

201-672

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



Handwritten signature and initials

TECNICAS QUIRURGICAS DE LOS CANINOS INCLUIDOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:

MIGUEL ANGEL OROZCO MENDEZ





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION

El presente trabajo es una síntesis de lo que es una parte muy importante en la cirugía bucodental.

El propósito de este trabajo es dar a conocer técnicas y métodos para la extracción de caninos incluidos, encaminado hacia un mejor servicio para la humanidad sin pensar en el lucro.

En este trabajo se menciona la importancia que tiene la cirugía en la odontología, tomando en cuenta la destreza del cirujano dentista para la realización de esta.

Espero que este trabajo sea de gran utilidad para mis compañeros y sirva como un aliciente para los futuros dentistas.

TEMARIO

- I.- ETIOLOGIA.
 - II.- TRASTORNOS QUE OCASIONAN LOS DIENTES INCLUIDOS.
 - III.- CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS.
 - IV.- HISTORIA CLINICA, ESTUDIO RADIOGRAFICO, ESTUDIOS DE LABORATORIO, METODO DE DIAGNOSTICO.
 - V.- CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS.
 - VI.- TECNICAS QUIRURGICAS EN EL MOMENTO TRANSOPERATORIO.
 - VII.- COMPLICACIONES ASOCIADAS CON LA CIRUGIA.
 - VIII.- CONSIDERACIONES POSOPERATORIAS.
 - IX.- CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE CANINOS IN CLUIDOS.
 - X.- CONCLUSIONES.
- BIBLIOGRAFIA.

I

ETIOLOGIA

Los puntos más importantes en la Etiología de los caninos incluidos los mencionaremos como generales y locales.

GENERALES:

La explicación de la incidencia de dientes retenidos que parece más lógica es la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares humanos.

A.- CAUSAS PRENATALES.

- 1) Herencia.
- 2) Mezcla de razas regionales.

B.- CAUSAS POSNATALES.

- 1) Raquitismo.
- 2) Anemia.
- 3) Sífilis congénita.
- 4) Tuberculosis.
- 5) Disendocrinas.
- 6) Desnutrición.

C.- CONDICIONES RARAS.

- 1) Disostosis cleidocraneal.
- 2) Oxicefalia.

- 3) Progeria.
- 4) Acondroplasia.
- 5) Paladar fisurado.

1) Disostosis cleidocraneal.

Es una condición congénita muy rara, en la cual - hay osificación defectuosa de los huesos craneales, ausencia completa o parcial de las clavículas, recambio dentario retardado, dientes permanentes no erupcionados y dientes supernumerarios rudimentarios.

2) Oxicefalia.

Es la llamada "cabeza cónica", en la cual la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

3) Progeria.

Representa envejecimiento prematuro. Es una forma de infantilismo caracterizada por estatura pequeña, ausencia de bello facial y púbico, piel arrugada, cabello gris y el aspecto facial, actitudes y maneras de un anciano.

4) Acondroplasia.

Es una enfermedad del esqueleto, que empieza en la vida fetal y produce una forma de enanismo. En estas condiciones el cartílago no se desarrolla normalmente.

5) Paladar Fisurado.

Es una deformidad manifestada por una fisura congénita en la línea media.

Las mismas causas locales o generales pueden ser un factor etiológico de dientes en mal posición o no erupcionados.

LOCALES:

A) Los huesos del paladar duro ofrecen mayor resistencia que el del hueso alveolar a la erupción de los caninos mal ubicados hacia lingual.

B) La mucosa que cubre el tercio anterior del paladar esta sujeta a repetidos esfuerzos y presiones durante la masticación, por lo que se vuelve gruesa, densa y resistente.

Está adherida más firmemente a la estructura ósea que ningún otro tejido blando de la cavidad bucal.

C) La erupción de los dientes depende hasta cierto punto de un aumento asociado al desarrollo apical, esta ayuda a la erupción de los caninos, está disminuida porque su raíz se halla normalmente más formada en el momento de la erupción que la de cualquier otro diente permanente.

D) Cuando más grande es la distancia que un dien-

debe recorrer desde su punto de desarrollo hasta la oclusión normal tanto mayor son las posibilidades de que se desvíe su curso normal y se produzca la retención consiguiente.

E) Durante el desarrollo la corona de los caninos permanentes está colocada por lingual del ápice de la raíz del canino primario. Cualquier cambio en la posición o condición de este último, causado por caries o pérdida prematura de los molares primarios, se refleja a lo largo de su altura completa hasta el extremo de la raíz, pudiendo causar fácilmente una desviación en la posición y dirección del germen del canino permanente.

F) Reabsorción retardada de las raíces de los caninos primarios.

G) La pérdida prematura de los dientes temporales se debe en la mayor parte de los casos, especialmente a la caries y sus consecuencias, las afecciones pulpares y apicales.

Es conveniente la conservación de los dientes temporales hasta que los permanentes esten listos para ocupar su lugar.

Por la pérdida prematura de cierto número de los dientes temporales, acarrea la mengua del espacio, por lo tanto se pierde la guía y como resultado, los dientes perma

mentos pueden quedar impactados o erupcionados en linguover-
sión o buconversion.

La desviación de los dientes que cierran el espa-
cio es más marcada en los molares que en los incisivos, tam-
bién es mayor en el maxilar superior que en el inferior. Por
lo tanto puede ocurrir que se produzcan inclusiones del cani-
no por el movimiento hacia adelante del primer premolar supe-
rior.

Se aconseja el uso de mantenedores de espacio si -
se pierden los dientes temporales prematuramente.

H) La ausencia congénita del germen dentario favo-
rece la persistencia de los dientes temporales, puede ser en
grupos o individual, puede ser unilateral o bilateral.

I) Los caninos son los últimos en erupcionar por -
lo cual están expuestos a las influencias ambientales desfa-
vorables.

J) Los caninos erupcionan entre dientes que ya es-
tán en oclusión y entran en competencia por el espacio, con-
los molares segundos, generalmente también en erupción.

K) El canino esta precedido por un canino primario
cuyo diametro mesiodistal es mucho menor que el permanente.

L) Los quistes de erupción que se forman sobre la-
corona del diente representa el desarrollo de los quistes -

dentígeas, causan presión sobre la corona. La extirpación del quiste permite la erupción del diente.

La formación de un tumor o quiste en las proximidades del lugar que debe ocupar un diente, dan lugar a que este se desvíe hacia zonas de menor resistencia, apartándolo de su trayectoria normal y causando inclusión o erupción en un lugar impropio.

M) El desarrollo incompleto de la raíz, es más frecuente en terceros molares inferiores: Es una causa de inclusión de caninos. La inclusión ocasionada por esta anomalía es siempre en dirección vertical.

N) Los dientes supernumerarios de esta clase se parecen en forma y tamaño a los dientes normales, pueden ser incisivos, premolares y molares.

Los dientes supernumerarios con frecuencia se encuentran en labio o linguoversión o pueden estar retenidos en el maxilar después de impedir la erupción o acomodamiento de los dientes vecinos.

Son frecuentes en la región incisal, particularmente en el maxilar superior.

Encontramos dos clases:

1) Produce un diente bien formado, ya sea que se presente en la mandíbula o en el maxilar superior, pero de menor tamaño.

2) Se forma entre los incisivos centrales, por lo-
que se les llama mesiodents.

II

TRASTORNOS QUE OCASIONAN LOS DIENTES INCLUIDOS

Los dientes retenidos, no erupcionados o en mal posición, deben ser extraídos a causa de la presencia de infecciones, reabsorción patológica de los dientes adyacentes y estructura ósea bloqueada, como se ve en los quistes y tumores; dolor, fracturas y otras complicaciones.

La presión ejercida por el canino enquistado, puede causar mala posición en los incisivos, reabsorción de las raíces de los dientes contiguos y dolor reflejo que tiene características de neuralgia.

La erupción detenida puede alterar la posición de un diente o todo un grupo, es con frecuencia bilateral.

DOLOR

El dolor puede ser reflejo no solamente en las zonas de distribución de los nervios interesados, a menudo el dolor se refleja en el oído. El dolor puede ser ligero y localizado en el área inmediata del diente retenido.

Puede ser grave y aún agudísimo e incluir todos los dientes superiores e inferiores, en el lado afectado y el oído.

INFECCIONES

Entre las complicaciones que requieren extracción- pueden mencionarse las siguientes; pericoronitis, abscesos al veolares crónicos o agudos, osteitis supurativa crónica, necrosis y una osteomielitis.

FRACTURAS

La frecuencia con que se producen las fracturas - del maxilar superior a nivel de las zonas ocupadas por dientes impactados, demuestra que estos son un factor de debilitamiento a causa del desplazamiento de hueso.

OTRAS COMPLICACIONES

Los dientes impactados son cuerpos en malposición, y como tales son fuentes potenciales de otras complicaciones, como son:

- A) Sonido tintinante, susurrante, sumbante, del - oído.
- B) Otitis.
- C) Afecciones de los ojos, tales como:
 - 1.- Disminución de la visión.
 - 2.- Ceguera.

3.- Iritis.

4.- Dolor que simula el del glaucoma.

III

CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS

CLASE I

Caninos retenidos localizados en el paladar.

- a) Horizontal b) Vertical c) Semivertical

CLASE II

Caninos retenidos localizados en la cara labial o bucal.

- a) Horizontal b) Vertical c) Semivertical

CLASE III

Caninos retenidos localizados en los huesos, palatino, y maxilar.

CLASE IV

Caninos retenidos localizados en el proceso alveolar, entre incisivos lateral y primer premolar, en posición vertical.

CLASE V

Caninos retenidos localizados en un maxilar desdentado.

Los caninos superiores retenidos se encuentran con más frecuencia en las siguientes posiciones:

- 1.- En el paladar, con la corona hacia la cara lingual del incisivo lateral y raíz, extendiéndose hacia atrás-

paralela a las raíces de los premolares prolongándose hacia la superficie bucal.

2.- Con la corona del diente retenido sobre la zona palatina y el cuerpo de la raíz sobre la superficie bucal del maxilar superior.

3.- Con la corona del diente retenido sobre la cara bucal y la raíz extendiéndose hacia la cara lingual de las raíces del premolar.

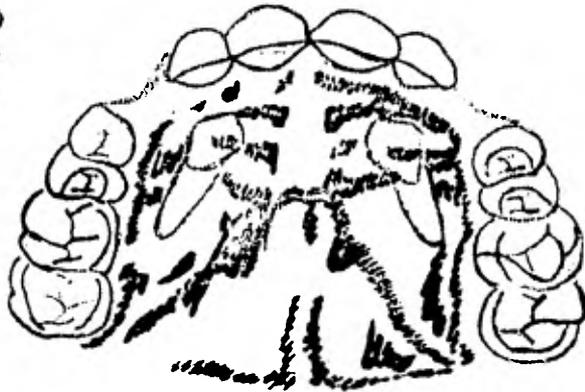
4.- Todo el diente colocado sobre la cara bucal.

5.- En bocas desdentadas.

6.- Retención bilateral sobre paladar o bucal.



RETENCION PALATINA
UNILATERAL.



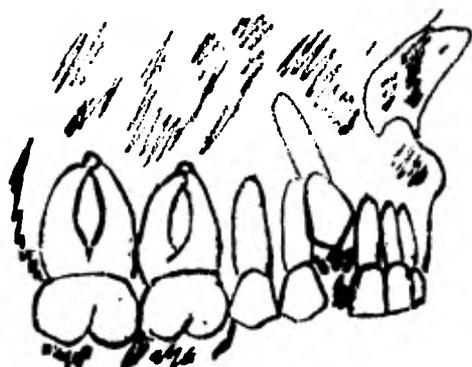
RETENCION PALATINA
BILATERAL.



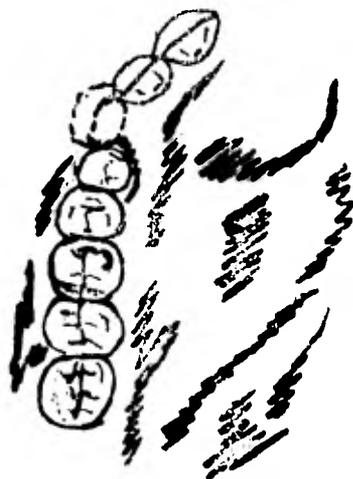
RETENCION
PALATOVESTIBULAR.



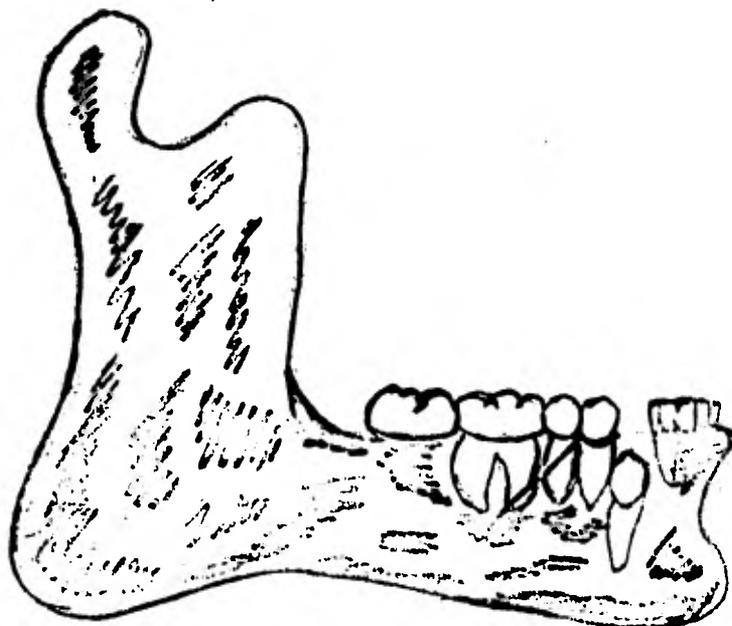
RETENCION
VESTIBULOPALATINA.



Retención Labial



Retención Labial



Retención Inferior

IV

HISTORIA CLINICA, ESTUDIO RADIOGRAFICO, ESTUDIOS DE LABORATORIO
 RIO Y METODO DE DIAGNOSTICO

HISTORIA CLINICA:

DATOS GENERALES:

NOMBRE:

EDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO:

OCUPACION:

SEXO:

DIRECCION:

FECHA:

NOMBRE: Es recomendable anotarlo con sus respectivos apellidos en caso de que el paciente regrese al consultorio en determinado tiempo, es más fácil encontrar su expediente por orden alfabético.

OCUPACION: Ciertas enfermedades son propias del trabajo desempeñado, por ejemplo: En la petroquímica se ve la destrucción de dientes y encía, en los tapiceros se presentan lesiones en la cavidad bucal por acción de los clavos introducidos en la boca.

EDAD: La edad es un dato importante, puesto que a una edad determinada, se presentan con mayor frecuencia cier

to tipo de enfermedades.

DIRECCION: Es importante para mantener en contacto la relación doctor-paciente.

LUGAR DEL NACIMIENTO: Importa este dato ya que las variadas regiones del país, tienen diferentes climas que pueden desencadenar cierto tipo de enfermedades.

SEXO: En ocasiones las enfermedades solo se presentan en uno u otro sexo.

FECHA: Dato muy importante ya que nos ayuda a mantener un orden cronológico para las citas de los pacientes.

DATOS PERSONALES NO PATOLOGICOS

En algunos casos, debido a la naturaleza de la enfermedad actual, se necesita el conocimiento detallado del estado económico y emocional del paciente, y de su ocupación, número y tipo de trabajo actual, exposición a agentes tóxicos y signos profesionales, es decir, ventilación, temperatura e iluminación.

DATOS PERSONALES PATOLOGICOS

Un resumen conciso de las enfermedades, exploracio

nes clínicas y hospitalizaciones anteriores.

Se especifica en detalle el tiempo de iniciación, - duración, complicaciones, secuelas y tratamiento: Ejemplos - importantes son; reumatismo, tuberculosis, neumonia, enfermedades venereas y tendencias hemorrágicas.

HISTORIA FAMILIAR

Esta nos da la oportunidad de valorar las tenden-- cias hereditarias del paciente o las posibilidades de adqui- rir la enfermedad dentro de su propia familia, ejemplo: cán- cer, diabetes, artritis, enfermedades vasculares como hiper- tensión; enfermedades de la sangre como la hemofilia, anemia perniciosa; estados alérgicos como el asma, e infecciones co mo la tuberculosis y la fiebre reumática.

PADECIMIENTO ACTUAL

Debe ser cronológico y ordenado: Cuales son las mo- lestias, dolores y sus características, tiempo que tiene con las molestias y medicamentos que esta tomando.

EXPLORACION

Es una combinación de interrogatorio con explora-- ción, por aparatos y sistemas, desde la cabeza hasta las ex- tremidades.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Normalmente la radiografía proporciona, las primeras sugerencias acerca de las alteraciones óseas observadas en la enfermedad.

La posición del diente y sus relaciones con otros dientes se estudian mejor por medio de las placas radiográficas.

Las placas radiográficas pueden dar a conocer el tamaño de lo que queda del folículo dental y sus alteraciones secundarias que lo afectan, tales como las formaciones de quistes, reabsorción e infecciones.

Nos sirve para descubrir la forma de las raíces y las relaciones anatómicas del diente con las estructuras vecinas. El examen radiográfico nos dará la información para elegir la técnica quirúrgica adecuada.

Las placas radiográficas ayudan no solo a establecer el diagnóstico, sino que también proporcionarán un medio para seguir la evolución de la enfermedad, ya sea en su desarrollo o en su respuesta al tratamiento.

ESTUDIOS DE LABORATORIO

Estos son útiles al cirujano dental y le ayudarán a obtener un diagnóstico correcto.

El examen sistemático de la sangre y de la orina, - algunas veces nos revela estados que pueden complicar el procedimiento quirúrgico, por ejemplo: La glucosuria debe tratarse antes de emprender la operación. Para los estudios de laboratorio es necesario obtener el examen de: Análisis, biometría hemática, química sanguínea.

METODO DE DIAGNOSTICO

El método de diagnóstico es la habilidad y destreza del clínico para descubrir, reconocer y saber la naturaleza del proceso patológico, estar familiarizado con las calidades, la evolución y el desarrollo patológico de la anomalía.

El canino incluido generalmente se encuentra por el lado lingual del arco, puede estar: vertical, entre los dientes contiguos cuando éstos se han cerrado ligeramente, - con más frecuencia esta en posición oblicua u horizontal en el paladar; la cuspide puede estar colocada contra la raíz del incisivo lateral y aún del central el ápice de la raíz - puede extenderse hasta el primer molar, en tales casos se observa un abultamiento en la parte anterior del paladar lo - cual también podemos palpar digitamente.

Del lado bucal del alvéolo puede palpase una prominencia en la superficie exterior del maxilar.

Se puede observar la separación de dientes laterales y primer premolar por la inclusión de un canino, clase - II.

Puede observarse un bulto bien marcado sobre el pa ladar.

Por palpación, el bulto puede sentirse sobre el la do bucal del maxilar, en las retenciones labiales, en las cuales la corona del canino esta en contacto con el tercio apical de la raíz del incisivo lateral, desviará la porción apical de la raíz del lateral hacia lingual y la corona hacia labial. En las retenciones horizontales en que la corona del canino está en contacto con el tercio medio gingival del incisivo lateral, también la corona del lateral es movilizada hacia labial. El movimiento de la corona del incisivo lateral puede usarse como guía solamente controlando con cuida do todos los demás indicios de diagnóstico.

CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS

- A) Uso de medicamentos en cirugía oral.
- B) Limpieza quirúrgica: métodos de asepsia y antisepsia.
- C) Preparación del equipo quirúrgico.

Uno de los principales principios de la cirugía es el manejo de los tejidos debe hacerse con un mínimo de traumatismo. El manejo cuidadoso de los tejidos, que están compuestos por infinidad de células, ayuda a la preparación y curación de las estructuras sometidas a los instrumentos quirúrgicos. Los tejidos lacerados y rotos tienden a perder vitalidad y se vuelven necróticas esto favorece la infección y retarda la curación.

Existen tres principios fundamentales en lo que se refiere a la utilización de colgajos.

- A) Debe conservarse el aporte sanguíneo del colgajo.
- B) El diseño del colgajo debe permitir su separación del campo operatorio.
- C) El diseño debe permitir que el colgajo cubra completamente el campo operatorio y que pueda

retenerse por suturas sin tensión cuando regrese a su sitio original.

USO DE MEDICAMENTOS EN CIRUGIA ORAL

Cuando se ha de intervenir quirúrgicamente, la salud del paciente tiene un valor especial. Estados como una tendencia hemorrágica, una diabetes, una afección cardiovascular, así como los medicamentos utilizados en el tratamiento de estas enfermedades, o la radioterapia maxilar pueden influir sobre las decisiones que hay que tomar con respecto a la conveniencia de una intervención quirúrgica o la elección de los anestésicos, la medicación previa, o los antibióticos que se tienen que administrar simultáneamente con la operación.

Se le han de dar instrucciones precisas sobre la dieta, porque el paciente tal vez este preocupado por la necesidad de ayunar antes y después de la operación. Antes de la operación que se realiza con anestesia local, el paciente no debe ayunar. Si el cirujano dental va a emplear la anestesia general, el paciente deberá ayunar siguiendo las indicaciones del cirujano.

Sedación del dolor, es una de las claves del éxito en la practica dental. Anestesia tópica, los pacientes apre-

cian la anestesia tópica previa a las inyecciones porque suprime las molestias de los pinchazos. Además tiene un valor psicológico adicional porque su uso demuestra que el dentista se preocupa de la comodidad del paciente. Los anestésicos tópicos se presentan en forma líquida, sólida como la pomada.

Premedicación, debe recordarse siempre la importancia de preparar debidamente a los pacientes nerviosos y excitados, a los que han de someterse a intervenciones quirúrgicas amplias en la cavidad oral.

La administración endovenosa lenta del 75 a 125 mg de pentobarbital sódico antes de administrar el anestésico local, disminuye la zozobra que la intervención quirúrgica produce en el paciente aprensivo.

Otros preparados como la difenhidramina (Benadril) o la promatazina (Fenergán) son también hipnóticos eficaces.

Anestesia local, a pesar de la rareza de las verdaderas reacciones alérgicas a los anestésicos locales, una historia de reacciones debe tomarse muy en serio y se ha de investigar antes de administrar ninguna inyección. En el caso de que el paciente tenga una historia de reacciones anteriores, se recomiendan los pasos siguientes:

1.- Si es posible, averigüe el carácter exacto de la reacción anterior llamando al médico que asistía al paciente durante aquella. Si el paciente puede dar una historia detallada, tal vez describa una reacción que no era alérgica, en cuyo caso puede administrarse sin temor un anestésico local.

2.- Si el paciente conoce la droga precisa causante de la reacción utilícese un preparado de otro grupo químico, por ejemplo: si la reacción estaba relacionada con un éster del ácido paraminobenzoico, puede utilizarse un derivado de la anilina.

3.- No se deben realizar pruebas de sensibilidad medicamentosa en el consultorio; una persona realmente alérgica puede presentar una reacción grave incluso a la solución diluida usada en la prueba.

Cuando, las pruebas de sensibilidad a los anestésicos locales son de difícil interpretación. El procedimiento más valioso en la determinación de la alergia es una historia detallada y precisa.

Cuando la historia no permite descartar la existencia de una sensibilización verdadera, se ha de remitir el paciente a un alergólogo para que determine qué anestésico local se puede utilizar sin riesgos.

4.- En la eventualidad poco probable de una alergia a todas las drogas anestésicas locales, se puede utilizar el tratamiento dental bajo anestesia general, si es indispensable.

Uso de la epinefrina en las soluciones anestésicas locales por tratarse de un vaso constrictor excelente, la epinefrina sigue usándose ampliamente en las soluciones anestésicas. Los anestésicos locales que contienen epinefrina proporcionan una anestesia más profunda y más prolongada que los que no la llevan, con lo cual se reduce mucho el riesgo de que el dolor provoque una liberación de epinefrina orgánica.

El paciente hipertiroideo puede presentar una contraindicación definida a la administración de epinefrina. La administración de mepivacaina al 3% sin vasopresor, proporcionará una anestesia adecuada para intervenciones de breve duración en tales pacientes.

Indicaciones de los antibióticos. Generalmente los antibióticos están indicados en las circunstancias siguientes incluso en el caso de que el paciente no presente ningún otro problema sanitario:

1.- Absceso dentoalveolar agudo con signos y síntomas generales tales como una temperatura oral de 38°C, difi-

cultad para deglutir la saliva, trismos, tumefacción con distensión notable de los tejidos, dolor intenso a la palpación de la región o signos y síntomas que ponen de manifiesto que el paciente está intoxicado y enfermo.

2.- Fracturas faciales complicadas y osteomielitis.

3.- Pericoronitis aguda con signos y síntomas generales acentuados.

Muchas infecciones orales, tanto en adultos como en niños, se tratan mejor con penicilina. Si el paciente es alérgico a ella se sustituye por eritromicina. Si las pruebas de sensibilidad descartan ambos medicamentos se recurre a la tetraciclina.

El antibiótico ha de administrarse sistemáticamente en las dosis recomendables. Se le prescribirá para cinco días y se recomendará al paciente que no lo suspenda antes de tiempo aunque su estado haya mejorado. Un período completo de cinco días evita la aparición de cepas bacterianas resistentes por mutación y es más probable que elimine completamente la infección.

LIMPIEZA QUIRURGICA: ASEPCIA Y ANTISEPCIA

La limpieza es necesaria antes de esterilizar los instrumentos Cepillando con jabón los instrumentos se consi-

que el arrastre mecánico de los residuos infectados. La limpieza mecánica con alcohol elimina el material superficial.

Este procedimiento reduce el número de organismos presentes pero no mata a los patógenos.

Ebullición, este método contra las esporas y los virus.

Cuando no se dispone de mejores facilidades, se han de frotar los instrumentos con un jabón detergente y someterlos a la ebullición durante treinta minutos.

Los agentes químicos rara vez producen una esterilización porque no actúan sobre las esporas, los virus y el bacilo tuberculoso.

Además las soluciones frías no penetran suficientemente en las hendiduras de los instrumentos, en el interior de las agujas de inyección, ni atraviesan las películas aceitosas que recubren algunos instrumentos.

Sin embargo en condiciones adecuadas se puede usar con seguridad las soluciones químicas para la desinfección de instrumentos que no han de estar en contacto con los tejidos, ni han de penetrar en ellos. Las soluciones frías deben de cambiarse con una regularidad de cada dos o tres días, porque su eficacia se pierde. Los instrumentos se mantienen en contacto con la solución durante treinta mi

nutos.

La autoclave es el método más eficaz de todos los medios de esterilizar. si el vapor es efectivo llega a todas las porciones de los materiales contenidos en el aparato. - Por lo tanto, los instrumentos han de estar libres de residuos, se envuelven en papel y se colocan adecuadamente en él según las indicaciones del fabricante. El período de esterilización usual es de quince minutos a 120°C, o veinte minutos más 20 libras de presión, si los instrumentos están envueltos en toallas. Las jeringas y agujas han de mantenerse en la autoclave a la misma temperatura, pero durante treinta minutos a 121°C y 15 libras de presión.

La autoclave en el aparato que generalmente destruye todos los organismos que forman esporas y los hongos. - Actúa por medio de presión en forma de vapor.

Color seco, este método es eficaz si actúa durante el tiempo suficiente para que el calor llegue a todas las partes del material.

Los paños y las gasas deben exponerse al calor seco durante tres horas a 160°C. Una hora es suficiente para los instrumentos de corte como tijeras y cinceles, si no están en un paño. Esta técnica proporciona un medio para esterilizar polvos, aceites.

PREPARACION DEL EQUIPO QUIRURGICO DEL CONSULTORIO

Repisa de instrumentos e iluminación. Al prepararla para la cirugía oral, la repisa de instrumentos se ha de cubrir con una toalla estéril.

El brazo de luz debe envolverse en una toalla limpia antes de realizar cualquier intervención quirúrgica en un paciente. La toalla se contamina cuando el dentista reajusta la luz durante el tratamiento, pero cuando aquélla acaba de cambiarse no es necesario que el dentista y el ayudante se laven las manos cada vez que modifiquen la posición de la luz. Es preferible una lámpara con mangos metálicos cambiables que puedan esterilizarse en la autoclave, porque se puede poner un mango esterilizado antes de tratar cada paciente y entonces es innecesario protegerlo con una toalla estéril.

Sillón, antes de sentarse el paciente, debe cambiarse la cubierta del cabezal y frotar con solución de alcohol propílico a 70% los brazos del sillón, las palancas y botones de ajuste.

Jeringa de agua, si es necesaria la irrigación se usará una jeringa asepto u otro tipo grande que pueda ser esterilizada en la autoclave.

Pieza de mano, actualmente existen piezas de mano- que se pueden poner en la autoclave, único tipo que se debe- ría utilizar en cirugía bucal.

Fresas y piedras deben ponerse en la autoclave. Se recomiendan las boquillas metálicas que puedan esterilizarse, antes hay que limpiarlas a fondo por dentro y por fuera. Du- rante las intervenciones quirúrgicas deben limpiarse periódi- camente al chorro de agua, para evitar la acumulación de san- gre coagulada.

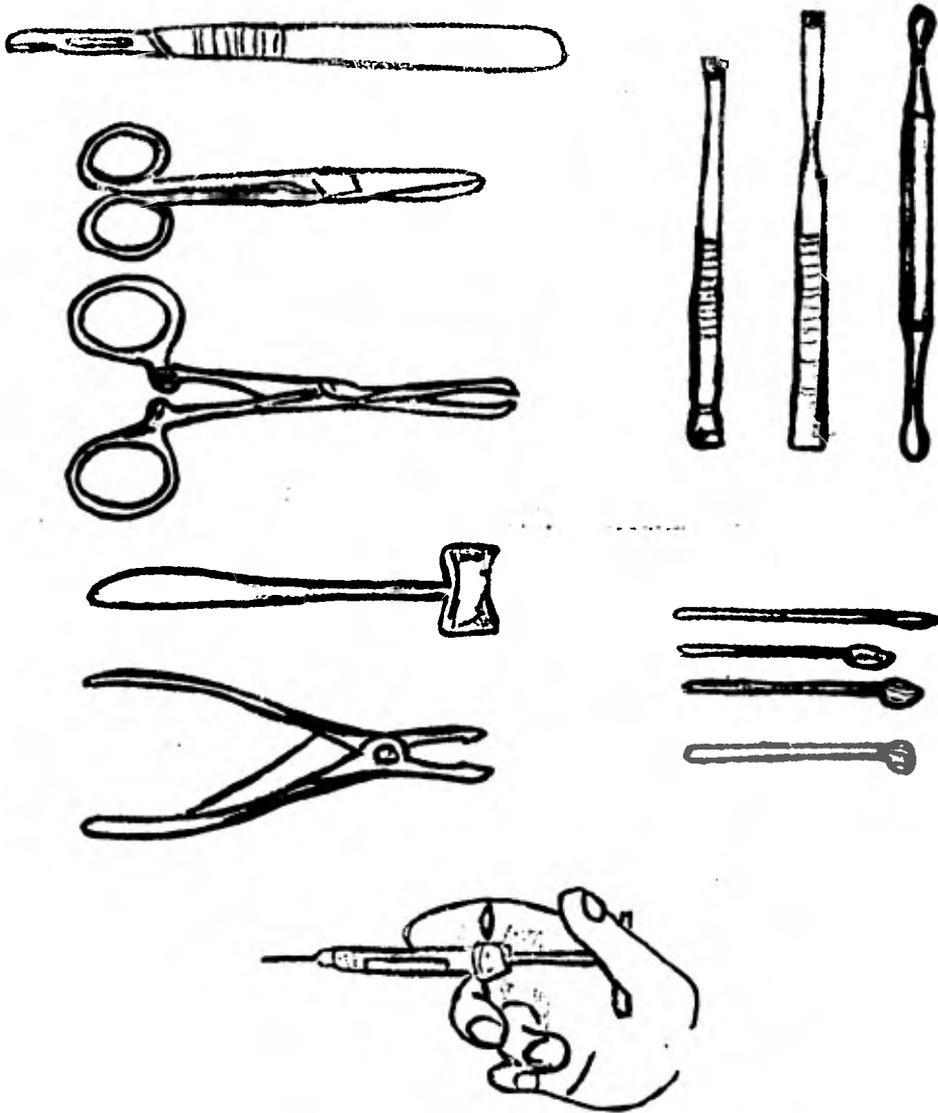
Gasa, se preparan compresas de 5 cm x 5 cm, sin - relleno de algodón que se envuelven en papel en grupos de - diez, se esterilizan y se guardan en un recipiente estéril.

En el equipo para anestesia local, lo ideal son - las agujas desechables, su uso asegura al operador una aguja nueva, afinada y estéril para cada paciente.

Lista mínima de instrumentos para cirugía oral.

- | | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| 1.- Bisturí | Mango de Bard-Parker No. 3 |
| 2.- Hojas de bisturí | Tipo Bard-Parker No. 15, 11 y 12. |
| 3.- Elevador de periostio | Mold No. 9. |
| 4.- Legras | |
| 5.- Tijeras | Tipo Dean, rectas o en ángulo. |

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 6.- Lima de hueso | De dos puntas. |
| 7.- Cucharillas | De dos puntas. |
| 8.- Hemóstatos de mosquitas | Curvos y rectos. |
| 9.- Porta agujas | Gardner, 5 ó 6 pulgadas. |
| 10.- Jeringa para irrigación | Luer o asepto. |
| 11.- Puntas para ápices | |
| 12.- Elevadores | |
| 13.- Separadores | |
| 14.- Suturas | |



INSTRUMENTAL QUIRURGICO

VI

TECNICAS QUIRURGICAS EN EL MOMENTO TRASOPERATORIO

El plan operatorio consiste en:

- A.- Estudio cuidadoso de las radiografias para determinar la posición y relaciones con los dientes y adyacentes, y con el seno maxilar en superior y conducto y agujero mentoniano. (Inf.)
- B.- Clasificación de la retención.
- C.- Determinar el tipo de colgajo.
- D.- Decidir si la odontosección facilitará la tarea de extracción.

PRESENTACIONES

- A.- Vestibular: la vía de acceso o aborde es la presentación semi-lunar.
- B.- Palatina: la vía de acceso o aborde es la presentación newman o semi-newman, o rodeando el cuello es vestibular.
- C.- Presentación sobre el reborde alveolar y practicamente esta sobre vestibular: la vía de acceso es vestibular.
- D.- Las inclusiones de los caninos en pacientes -

desdentados: su aborde o acceso, será de acuerdo a la posición de la pieza.

Antes de iniciar la técnica quirúrgica de los caninos incluidos en el maxilar superior debemos recordar su anatomía.

El maxilar superior, el más importante de todos los huesos de la cara, forma con su homólogo del lado opuesto, el centro del macizo facial y toma parte en la constitución de las principales regiones y cavidades de la cara, bóveda palatina, fosas nasales, cavidades orbitarias, fosas cigomáticas y fosas pterigomaxilares. Pero la principal peculiaridad, es que existe en este hueso una gran cavidad que ocupa casi toda su masa; es el seno maxilar o antro de highmore, cavidad que disminuye grandemente su peso sin restarle resistencia.

El maxilar superior se articula con nueve huesos, de los cuales dos corresponden al cráneo y siete a la cara; entre los primeros se encuentran el frontal y el etmoides; entre los segundos el maxilar superior del lado opuesto, el malar, el unguis, el hueso propio de la nariz, el vomer, la concha inferior y el palatino. En la articulación, con estos huesos, se pueden considerar cuatro puntos principales de unión: hacia arriba, por delante y por dentro se une por la-

apófisis ascendente a la apófisis orbitaria interna del frontal, al hueso propio de la nariz y al unguis; por fuera en el vertice de la apófisis piramidal, al malar: en la línea-media a su homólogo del lado opuesto y por detrás, a la apófisis pterigoides a través del palatino. De aquí se puede - imaginar que el arco alveolar en conjunto, esta sostenido - por tres columnas óseas a cada lado; en la línea media por las columnas frontonasales, por arriba y a los lados por las columnas yugal y cigomática, tanto que por detrás las apófisis pterigoides sostienen el maxilar en sentido anteroposterior.

TECNICAS PARA LA CIRUGIA DE CANINOS INCLUIDOS EN POSICION - PALATINA.

- A.- Estudio radiográfico.
- B.- Preparación del campo.
- C.- Presentación de instrumental a usar.
- D.- Técnicas de anestesia a emplear.
- E.- Técnica para la extracción del canino.

A.- Estudio radiográfico.

Las placas radiográficas se tomarán en cuenta para situarnos en un punto exacto en nuestra intervención, - las placas radiográficas pueden ser oclusales y periapicales.

B.- Preparación del campo.

Con esterilizador autoclave, eliminamos gérmenes y esporas del instrumental; ropa, guantes, gasas.

Quirófano, este debe ser de una forma ovoidal para evitar la acumulación de gérmenes, los muros deben ser lavables lo mismo que los pisos, puertas de doble acción con bisagra y ventanilla. Debe existir una ducha dentro del vestidor para estar perfectamente aseados antes de la operación, - esto en caso de que la cirugía se practique en un hospital.

Iluminación, luz natural por medio de ventanillas, luz artificial sin sombra para mayor efecto de iluminación.- El haz de luz debe ser directo al perímetro de la intervención, además el cirujano se puede ayudar de una lámpara frontal.

Equipo de anestesia, jeringa, agujas cortas y largas desechables, anestésicos de acuerdo al caso y al paciente.

C.- Presentación del instrumental a usar.

Instrumental de cirugía:

- 1.- Pieza de mano para alta y baja velocidad.
- 2.- Bisturí con hoja fina e intercambiable.
- 3.- Tijeras rectas y curvas.
- 4.- Pinzas de mosquito rectas o curvas de Kelly.

- 5.- Legras.
- 6.- Espejo con mango.
- 7.- Pinzas de curación.
- 8.- Separadores de garra o de farabiu.
- 9.- Botadores rectos o de bandera.
- 10.- Cucharillas.
- 11.- Limas para hueso.
- 12.- Cincel y martillo quirúrgicos.

Ropa para cirujano y ayudantes:

- 1.- Pantalón ligero de algodón.
- 2.- Bata y playera de manga corta.
- 3.- Cubre bocas y gorros para cirugía.
- 4.- Guantes esterilizados para cirugía.

Personal quirúrgico:

- 1.- Cirujano.
- 2.- Ayudante.
- 3.- Anestesista en caso de requerir anestesia general.
- 4.- Instrumentista.
- 5.- Enfermera circulante.
- 6.- Enfermera auxiliar.

D.- Técnicas de anestesia a emplear.

En la cirugía de los caninos incluidos, las técnicas de anestesia son las siguientes: inyección suprapariostica, inyección nasopalatina, inyección palatina posterior. Se utilizan también estas técnicas: inyección cigomática, inyección infraorbitaria.

Técnica Suprapariostica.

Nervio alveolar postero superior.

Instrumental.

1.- Jeringa, aguja N°. 4-2 calibre 25-27, adaptador corto o largo.

Volúmen de inyección de 1. 1.8 c.c.

Indicaciones.

Anestesia de premolares a terceros molares y raíz distal y mesial del primer molar.

Técnica.

Lugar de la punción: pliegue mucoso bucal sobre el 2° molar.

Dirección de la aguja.

Hacia arriba y hacia atrás.

Profundidad.

Se deposita la solución anestésica, sobre los ápices de las raíces del tercer molar.

Observaciones.

Esta técnica produce anestesia suficiente para -
operatoria dental o cirugía; Cuando se desea una mayor ampli-
tud en nuestro campo, se aplica una inyección suprapariósti-
ca sobre el ápice de la raíz del segundo premolar.

La preparación de las mucosas antes de inyectar-
es de suma importancia. Se debe secar la superficie y apli-
car un antiséptico.

A continuación practicar la inyección.

Técnica nasopalatina.

Nervio anesthesiado, nasopalatino.

Instrumental.

Jeringa, aguja No. 2 calibre 25-27, adaptador -
corto.

Volúmen de la inyección 0.5 c.c. a 1 c.c.

Fundamentos.

Las ramas terminales del nasopalatino, entremez-
cladas con algunas del palatino anterior, inervan los teji-
dos blandos del tercio anterior del paladar.

Indicaciones.

Anestesia del mucoperióstico anterior, de canino
a canino.

Dirección e inclinación de la aguja.

Hacia arriba y hacia la línea media, en dirección al agujero palatino anterior.

Profundidad.

Al momento de la punción deposite unas gotas de anestesia en la mucosa para anestesiarla. Después de llegar a la proximidad del agujero palatino anterior, deposite aproximadamente 0.5 c.c. a 1 c.c., de solución anestésica.

Técnica Palatina Posterior.

Anestésia del nervio palatino anterior.

Instrumental.

Jeringa, agujas 2-4, calibre 25-27, adaptador corto o largo.

Volúmen de la inyección 0.5 a 1 c.c.

Fundamento.

La inervación de los tercios posteriores del paladar esta a cargo de los nervios palatino anterior y medio que salen por el agujero palatino posterior (mayor).

Indicaciones.

Anestesia de los dos tercios posteriores de la mucosa palatina del lado de la punción, desde la tuberosidad

hasta la región canina y desde la línea media hasta el borde gingival.

Técnica.

La punción se realiza en el punto medio de una línea imaginaria que se traza desde el borde gingival del tercer molar superior, hasta la línea media, insertando la aguja desde el lado opuesto de la boca.

Dirección.

Hacia arriba y ligeramente lateral.

Profundidad.

La aguja no debe penetrar en el agujero palatino posterior, ya que el nervio palatino anterior ya traspasa dicho agujero.

Observaciones.

Si se deposita una cantidad excesiva de anestésico a nivel del mismo agujero, se anestesia el nervio palatino medio que inerva al paladar blando, causando serias molestias.

Las anestесias aplicadas por palatino, deben efectuarse en ambos cuadrantes (derecho e izquierdo).

Anestesia por bloqueo de la conducción.

En las anestésias por bloqueo, la solución se deposita en el punto del tronco nervioso situado entre el campo operatorio y el cerebro de esta manera se interrumpe la conducción nerviosa por lo tanto la sensación de dolor.

Posee varias ventajas; el área extensa de anestesia obtenida con un mínimo de inyecciones y la posibilidad de emplearse cuando esta contraindicada la técnica suprarrióstica, ésta técnica se debe emplear en casos específicos.

Técnica cigomática.

Nervio anestesiado.

Nervio alveolar posterosuperior.

Instrumental.

Agujas No. 4 calibre 25-27, adaptador corto, volumen de anestesia 1.8 c.c., jeringa.

Fundamento.

El nervio alveolar posterosuperior, puede bloquearse antes de que penetre en los canales óseos de la región cigomática, por encima del tercer molar.

Indicaciones.

En operatoria dental o cirugía.

Técnica.

Lugar de la punción: Punto más alto del pliegue de la mucosa de la nariz disto bucal del segundo molar.

Dirección e inclinación: Se dirige la aguja hacia arriba, hacia adentro y hacia atrás.

Se penetra unos 20mm., manteniendo la aguja cerca del periostio, para evitar la punción del plexo venoso pterigoideo.

Se deposita la solución lentamente "gota a gota".

Técnica infraorbitaria.

Nervios anestesiados.

Nervios alveolares superiores medio y anterior, ramas terminales del nervio infraorbitario.

Instrumental.

Jeringa, aguja N°. 4, calibre 23-25, adaptador largo o corto.

Volumen de la anestesia.

Aproximadamente 1.8 c.c.

Fundamento.

Para una mayor anestesia, cuando existe infección o cuando esta contraindicada la técnica supraperióstica.

Técnica

Lugar de la punción, pliegue mucoso bucal a nivel del segundo premolar o entre los incisivos central y lateral.

El agujero infraorbitario se localiza por palpación, está situado por debajo del reborde del mismo nombre, es una línea vertical imaginaria que pase por la pupila del ojo, mirando al paciente hacia el frente.

Dirección e inclinación de la aguja.

Hacia arriba, en dirección paralela al eje mayor del segundo premolar, hasta llegar al agujero infraorbitario.

Se deposita la solución anestésica lentamente.

Detalles especiales.

Para evitar el riesgo de penetrar en la órbita - debe medirse la distancia entre el agujero infraorbitario y la punta de la cúspide bucal del segundo premolar superior.

Normalmente son 4.6 cm.

La técnica infraorbitaria también anestesia las ramas terminales del nervio infraorbitario que inerva la piel del párpado inferior, el ala de la nariz y el labio superior.

Técnica Mandibular.

Nervio anestesiado.

Alveolar inferior.

Instrumental.

Jeringa, aguja N°4, calibre 23-25, adaptador largo.

Volumen de anestesia.

1.8 c.c.

Fundamento.

Bloqueo del nervio alveolar inferior, poco antes de penetrar en el conducto dentario, situado en el centro de la cara interna de la rama ascendente del maxilar inferior.

Indicaciones.

Produce anestesia en todos los dientes del lado de la punción, con excepción de los incisivos centrales, ya que estos reciben también inervación de las fibras del lado opuesto.

Técnica.

Lugar de la punción: Vértice del triángulo pterigomandibular.

Se palpa la fosa retromolar con el índice y se coloca la uña sobre la línea oblicua interna.

Dirección de la aguja.

Con el cuerpo de la jeringa por encima de los premolares del lado opuesto, se introduce la aguja paralelamente al plano oclusal de los dientes inferiores.

Profundidad.

La aguja se introduce entre el hueso y los músculos, se avanza unos 15 mm., la aguja choca con la pared del surco mandibular.

Detalles especiales.

El nervio lingual de anestesia, generalmente durante la inyección depositando unas cuantas gotas durante el trayecto de la aguja.

Técnica Mentoniana.

Nervios anestesiados.

Incisivo y mentoniano.

Instrumental

Jeringa, aguja No. 4, calibre 25, adaptador largo.

Volúmen de anestesia.

1 c.c.

Fundamento.

Cuando se anestesia a los nervios antes citados,

se produce bloqueo parcial del maxilar inferior.

Indicaciones.

Operatoria en primer premolar, canino e incisivos de un lado, se emplea esta técnica cuando resulta innecesaria a la técnica regional.

Técnica.

Se separa el labio y se punciona entre los dos premolares en punto situado a 10 mm. por fuera del plano bucal mandibular.

Dirección de la aguja.

La aguja se dirige hacia abajo y adentro a un ángulo de 45° en relación al plano bucal, orientando la aguja hacia el ápice de la raíz del segundo premolar.

Profundidad.

Se avanza la aguja hasta topar con hueso, se deposita 0.5 c.c., de la solución, se manipula la aguja sin extraerla hasta que penetre en el agujero, se depositan otros 0.5 c.c., la aguja debe permanecer con la misma angulación.

E.- Técnica para la extracción del canino en posición palatina.

Esta posición es la más frecuente, Una vez anes--

tesiado el paciente procedemos a la asepsia de nuestro campo a intervenir, la efectuaremos con torundas de gasa estéril - mojadas con solución antiséptica que no irrite la mucosa, como el benzalconio u otra solución.

Se procede hacer la incisión con un bisturí - bard-parker y una hoja convencional, en los espacios interdentesales palatinos, empezando con el espacio entre premolares izquierdos y alrededor de las fibras gingivales, palatinas y espacios interdentesales hasta el área del central superior izquierdo.

El colgajo mucoperióstico se desprende del hueso con una cureta Molt No. 4 a nivel del cuello de los dientes.

Una vez expuesta la estructura ósea se observa - una prominencia en el hueso o la corona del canino. A menos - que no se halle la protuberancia, por medio de nuestra radiografía situamos el lugar más indicado de nuestra inclusión, - la dirección de las raíces y procedemos a marcar por medio - de cuatro puntos, dando la forma de un cuadro en el lugar al cual vamos a penetrar.

Con la pieza de mano de alta velocidad o baja velocidad, si no se tiene mucha práctica y una fresa de bola - para hueso, se hacen orificios por palatino a una distancia - de tres milímetros alrededor de la corona del diente in-----

cluido, teniendo cuidado de no lastimar las raíces de los -
dientes adyacentes. Por medio del cincel o escolpo y marti--
llo, o con la misma pieza de mano de alta velocidad y una -
fresa punta de lápiz se unen entre si los orificios. Se reti-
ra está sección de hueso que cubre la corona.

Se aumenta el tamaño de la abertura hasta que se
vea completamente la corona. En caso de la corona del canino
este en contacto con la raíz de los incisivos central y late-
ral o de los premolares; es recomendable aumentar la abertu-
ra sobre el lado opuesto del contacto para evitar la exposi-
ción de dichas raíces.

Cuando se ha expuesto la corona del diente se -
odontosecciona, si es necesario, en el cuello anatómico con
cincel y escolpo o fresas para facilitar su extracción. Se -
retira pieza pequeña, se empuja la corona al espacio creado-
y se extrae, y se saca la raíz con elevador No. 34 o cureta-
molt.

O bien después que se ha expuesto completamente-
la corona del canino se coloca un elevador sobre cada lado -
de la corona y con un doble movimiento de elevación, se tra-
ta de sacar el diente de su lecho.

Hay que tener cuidado para no lesionar los dien-
tes vecinos.

Si no se tiene éxito en este intento, se agranda un poco la abertura y con un forceps 226 y con movimientos rotatorios podemos extraerlo. Una vez extraído el canino se procede a eliminar las virutas óseas, astillas de hueso y desechos.

Los cortes de hueso se regularizan con limas para hueso, procurando no dejar bordes cortantes y salientes que puedan ocasionar problemas posteriores. Hecho lo anterior procedemos a colocar el colgajo en su sitio y lo cerramos con tres o cuatro puntos de hilo de seda negra 4-0, a través de los espacios interdientales anudando sobre labial.

La presión por medio de movimientos suaves contra el velo del paladar durante 15 minutos, ayuda a evitar la formación de hematoma macroscópico. Algunos operadores usan una incisión con transfixión y dren de caucho a través de la mucosa palatina para evitar formación de hematoma por declive.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DEL CANINO EN POSICION LABIAL

Después de haber localizado la pieza dentaria, en este caso nuestro canino en posición labial, se anestesia al paciente, una vez hecho esto se procede a la asepsia de nuestro campo a intervenir, con torundas de gasa estéril-

mojadas con una solución de benzalkonio u otra solución anti séptica que no irrite la mucosa.

Se hace una incisión grande, en forma de media - luna, extendiéndose desde el frenillo labial hasta el área - del premolar, con la curvatura apuntando hacia el borde gin- gival.

El colgajo mucoperióstico se desprende del hueso con una cureta: Una vez expuesta la estructura ósea, se eli- mina hueso labial en forma de un cuadro, con nuestra pieza- de alta o baja velocidad, y una fresa de bola se marca con - cuatro puntos, dando la forma de cuadro, estos se unirán con una fresa de prótesis en forma de punta de lanza.

Todo esto alrededor de la corona del diente, te- niendo cuidado de no lastimar las raíces de los dientes veci nos, si es necesario ampliaremos el tamaño de la abertura - evitando la exposición de las raíces vecinas.

El canino puede estar alto sobre la superficie - facial del maxilar superior: Se odontosecciona en caso de - ser necesario a nivel de la corona y procedemos a hacer una- muesca a nivel del cuello para que nos sirva de apoyo a nues tro elevador.

Retiramos la corona con un forceps para raíces -

superiores inferiores tipo bayoneta, a continuación retiramos la raíz introduciendo la punta del elevador a la muesca y con movimiento hacia abajo extraemos la raíz sin tomar apoyo en los otros dientes.

Limamos para quitar las asperezas y bordes corrientes; limpiaremos la cavidad sacando todos los restos y astillas de hueso con una cureta.

Lavamos muy bien con agua bidestilada, con suero y procedemos a colocar el colgajo en su sitio dando tres puntos de sutura con hilo de seda negra 4-0.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DEL CANINO EN POSICION INTERMEDIA.

La posición corriente de una impacción intermedia es la corona sobre el paladar y la raíz sobre los ápices de los premolares, cerca de corteza bucal. Incluso cuando no se formulan diagnósticos de la afección antes de operar, deberá sospecharse su existencia al presentarse dificultades para extraer la porción radicular de cualquier canino colocado palatinamente.

Anestesiemos el lado bucal y hacemos una incisión en forma de media luna sobre la raíz, con la curvatura apuntando hacia el borde gingival. Desprendemos el colgajo del hueso con una cureta una vez descubierto el hueso proce-

demos a eliminarlo por medio de fresas o escoplo, para tener una exposición radicular, la raíz es separada de la corona - que está en posición palatina o bien con una fresa de fisura.

Si se usa el escoplo, el golpe se dirige hacia - arriba para evitar la traumatización de raíces vecinas.

Se retira la raíz de su lecho con instrumentos - convencionales.

Una vez hecho esto se hace una segunda incisión, siguiendo el cuello de los dientes desde el segundo premolar hasta el incisivo central del mismo lado, retiramos el colgajo y se retira el hueso que cubre la corona.

Se coloca un instrumento con punta roma en con-- tacto con el extremo radicular de la corona, a través de la cavidad vestibular y se golpea con un martillo quirúrgico, - logrando con esto sacar la corona de su sitio; los colgajos- vestibular y palatino se colocan en su sitio y realizamos diferentes puntos de sutura con hilo de seda negra 4-0 para - evitar un posible desprendimiento.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE CANINOS INCLUIDOS EN EL MAXILAR INFERIOR.

Estos dientes por lo general estan retenidos o - incluidos verticalmente y cerca de la superficie labial, muy rara vez se encuentran horizontalmente y cerca del lado lin- gual.

Su posición debe determinarse con ayuda de la ra
diografía.

Antes de iniciar la técnica quirúrgica de los ca
minos incluidos en el maxilar inferior debemos recordar su -
anatomía.

La mandíbula es un hueso impar, medio y simétrico que constituye por sí solo la parte inferior y posterior de la cara. En él se considera una parte central llamada -
cuerpo y dos extremidades laterales, o ramas ascendentes.

Es un arco en el cual se insertan 32 músculos, -
16 a cada lado; en el cuerpo, por su cara anterior, los si--
guientes músculos: borla de la bara, triangular de los la---
bios, cuadrado de la barba; y por su posterior, geniogloso,-
geniohiodeo, milohiodeo y constrictor superior de la farin-
ge, por su borde superior, el buccionador; por su inferior,-
digástrico cutáneo del cuello y transverso de la barba (in--
constante); en la rama, por su cara externa, el masetero y -
por su cara interna el pterigoideo interno; en el cuello del
cóndilo, el pterigoideo externo y en la apófisis coronoides-
el temporal.

La mandíbula tiene además relaciones íntimas con
el paquete dentario, en el espacio comprendido entre la espi
na de Spix y el agujero mentoniano, a través del conducto -

dentario; con la arteria maxilar interna, en el cuello del condilo; con la glándula parótida en el borde posterior de la rama ascendente; con la arteria facial, en el borde cervical del cuerpo, a la altura del borde anterior del masetero; en este mismo lugar, con la vena facial; con la glándula submaxilar, en el cervical y cara interna del cuerpo, más o menos a la mitad de longitud de éste y por la cara interna del cuerpo, con la glándula sublingual.

Además, se articula por arriba, con los dos temporales y por otra parte está en relación de contacto con los dos maxilares superiores, por intermedio de los arcos dentarios.

Una vez anestesiado el paciente, procedemos hacer una incisión newan con un bisturí y una hoja convencional. Hacemos el colgajo desprendiendo del perióstio nuestro tejido.

Ayudandonos de la radiofrapia y la palpación, localizamos el canino incluido y procedemos a trazar cuatro puntos de referencia en forma de cuadrado en la periferia de su corona a continuación uniremos estos puntos con ayuda de la fresa o con cincel.

Si el diente a extraer presenta zonas de retención, ampliaremos nuestro orificio en el hueso y en caso con

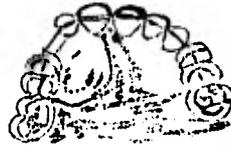
trario seccionaremos la corona a nivel de cuello dejando una pequeña muesca, en la raíz para que sirva de apoyo a nuestro elevador.

Retiramos la corona con un fórceps tipo bayoneta o con el mismo botador, a continuación retiramos la raíz introduciendo la punta del botador a la muesca y con movimientos hacia arriba elevamos nuestra raíz sin tomar apoyo en los otros dientes.

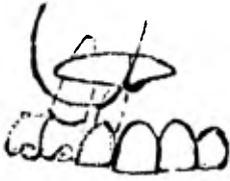
Limamos para quitar asperezas y bordes cortantes, curetamos el nicho para eliminar posibles quistes, lavamos muy bien nuestra cavidad y procedemos a colocar nuestro colgajo.

En caso de no haber adherencia colocamos un puntero. Se sutura el colgajo con puntos separados de hilo de seda negra 4-0.

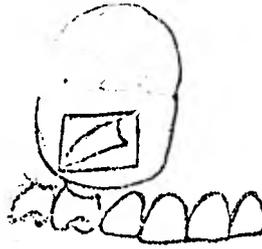
Puede colocarse un apósito de cemento quirúrgico para evitar desprendimiento del colgajo o una posible infección.



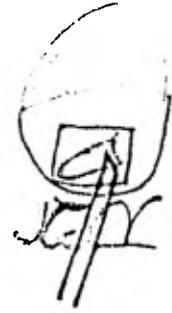
TECNICA QUIRURGICA DEL CANINO INCLUIDO EN POSICION PALATINA



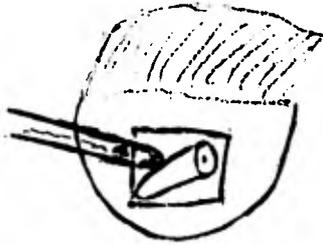
CANINO EN POSI-
CION VESTIBULO
PALATINO.



COLGAJO Y RAIZ-
DESCUBIERTA EN-
ZONA VESTIBULAR.



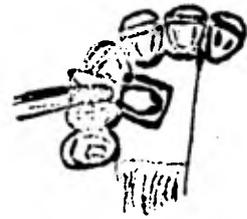
SECCIONAMIENTO
DE LA RAIZ.



EXTRACCION DE-
LA RAIZ.



POSICION DE LA-
CORONA DEL CANI-
NO EN PALATINO.



COLGAJO Y EXPO-
SICION DE LA -
CORONA DEL CA-
NINO.



ZONA SIN LA CO-
RONA.



CIERRE DE COLGA-
JO PALATINO.

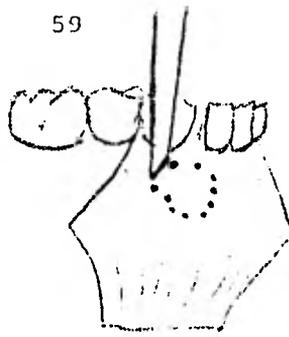


CIERRE DE COL-
GAJO VESTIBU-
LAR.

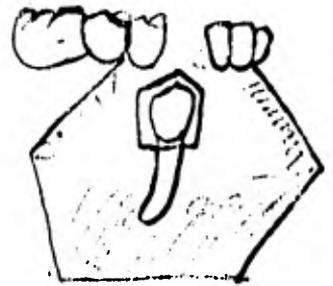
TECNICA QUIRURGICA DEL CANINO INCLUIDO EN POSICION VESTIBULOPALATINO



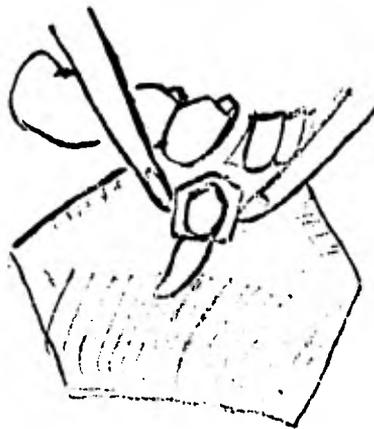
RETENCION DEL -
CANINO INFERIOR.



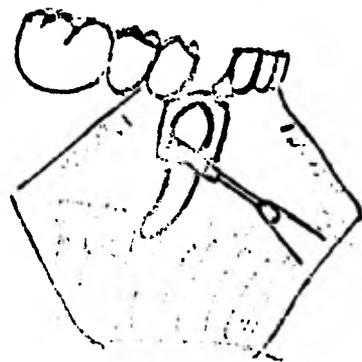
COLGAJO Y MARCA PARA
DESCUBRIR EL CANINO.



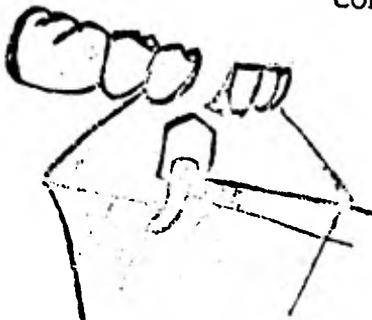
CORONA DEL CANINO -
DESCUBIERTA.



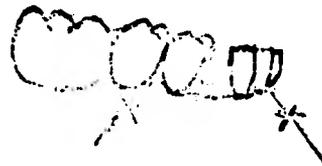
EXTRACCION DE LA
CORONA.



ODONTOSECCION



EXTRACCION DE LA RAIZ



CIERRE DEL COLGAJO.

TECNICA QUIRURGICA DEL CANINO INCLUIDO EN EL MAXILAR INFERIOR.

VII

COMPLICACIONES ASOCIADAS CON LA CIRUGIA

La extracción quirúrgica de un canino retenido profundamente en posición horizontal en el paladar, y en estrecha relación con el seno maxilar, cavidad nasal o ambas, es uno de los procedimientos quirúrgicos más difíciles de realizar en la cavidad bucal.

En razón de la proximidad de la corona o raíz de los caninos retenidos a los dientes adyacentes como son los centrales, laterales y premolares, hay mucho peligro de lesionarlos, como una extracción inadvertida o su fractura; y afectar también las estructuras vitales en el área de la intervención.

En gran porcentaje de estas retenciones, la posición radicular esta separada del seno maxilar y cavidad nasal por una delgada pared de hueso.

Por esta razón, la posibilidad de forzar la raíz del canino dentro del seno maxilar, durante la extracción, o seccionada de un canino, debe tenerse siempre presente.

Debe conservarse una rigida asepsia, pues de otro modo podría sobrevenir una infección aguda del seno maxilar.

Entre otras complicaciones inmediatas que suelen -

presentarse, encontramos las hemorragias, fracturas del seno y un gran segmento de la capa ósea labial con tejido mucoperióstico unido, lesión en el nervio mentoniano, palatino anterior, dislocación o fractura de la mandíbula o del maxilar superior, perforación del paladar, y fístula bucosinusal o nasobucal.

Las complicaciones mediatas que suelen presentarse son: hemorragia retardada al cabo de varios días, hay que atribuirle casi siempre a la desintegración del trombo ocluyente de la luz vascular por causa infecciosa; infección ósea, trismus y endocarditis bacteriana aguda.

Hematoma, es el derrame de la sangre en los tejidos, dando como resultado una masa de aspecto tumoral. Se ocasiona frecuentemente por la punción de aguja directamente a los vasos sanguíneos.

Traumatismo por instrumentación, es muy común el tomar los labios o carrillos entre los dientes causando serias lesiones. La penetración muy profunda de los elevadores causa traumatismo.

El uso de instrumental sin filo nos dan problemas.

ACCIDENTES EN LA APLICACION DE ANESTESICOS

El uso de los anestésicos, local como regionales para dominar el dolor o en cualquier intervención, es un procedimiento seguro y bien establecido. Sin embargo, puede originar fenómenos poco comunes que preocupen al dentista, si este no ha tenido experiencia en tales accidentes, estos trastornos pueden ser debido a la infiltración de solución anestésica en una vena, a idiosincrasia del paciente, anomalías anatómicas o circunstancias hasta el momento desconocidas.

LIPOTIMIA

Período de inconciencia debido a anoxia cerebral; esta es una una de las complicaciones más comunes. Al emplear anestesia local los síntomas clínicos se parecen a los del shock: el paciente se torna pálido, su piel se pone fría y sudorosa, el pulso es rápido y la tensión arterial baja aunque transitoriamente. La lipotimia responde rápidamente a tratamientos sencillos.

TRATAMIENTO

Se coloca al paciente en posición horizontal con la cabeza más baja que el cuerpo para facilitar la circulación -

del cerebro; se da al paciente una inhalación de amoniaco y se aplica un paño húmedo y frío sobre la cara.

SHOCK

Es una reacción similar a la lipotimia, es más intensa dicha reacción, con descenso súbito de la presión arterial y del volúmen sanguíneo circulante, se pierde la conciencia y el pulso se hace rápido pero débil; se parece al shock operatorio primario.

Se puede producir por infiltración intravascular del anestésico y en ocasiones requiere medidas de urgencia.

VIII

CONSIDERACIONES POSOPERATORIAS

A) INDICACIONES.

B) CONTRAINDICACIONES.

Cuando la operación esta terminada, se hace un examen cuidadoso para ver si no hay coágulos de sangre en la cavidad bucal y en la faringe, y se hace aspirar la boca en caso de encontrarse. Una vez hecho esto se procede a dar las indicaciones necesarias al paciente.

A) INDICACIONES:

- 1.- Absoluto reposo para el paciente durante 24 horas.
- 2.- Compresas de agua fría o bolsas de hielo sobre el rostro, por no más de 20 minutos; esto reduce de modo notable el edema posoperatorio.
- 3.- Alimentación por tres días a base de líquidos o licuados y huevos pasados por agua etc.

Se prescriben analgesicos de acción media como: - la dimetil piraxolona, pueden ser por vía oral, parenteral- o rectal.

Por vía oral: Darv-on, Metroxiprofeno, una capsu-

la cada 6 hrs.

Por vía rectal: Supositorios Mecotén-Cibalgina de acción media incorporando un barbiturico.

ANTIBIOTICOS

Ampicilina o eritromicina en capsulas de 500 mg. - o 250 mg.

Ilusone de 250 mg. dos capsulas cada 6 u 8 hrs.

En caso de edema: aplicación de compresas frías y calientes, 10 minutos de cada hora durante 6 horas, alternando las compresas frías y calientes.

Se cita al paciente a los seis u ocho días para retirar los puntos de sutura.

B).- CONTRAINDICACIONES:

Evitar la ingestión de grasas, picantes y alimentos duros.

Evitar el trabajo donde haya demasiado calor.

Dormir en posición horizontal.

Trabajos que ocasionen desarrollo físico anormal.

Evitar llevarse las manos sucias a la cavidad oral especialmente a la región operada.

IX

CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE CANINOS INCLUIDOS

Son pocas las contraindicaciones, una de ellas es cuando el diente puede ser llevado a su posición normal a una edad temprana; por medio de cirugía y ortodoncia.

Otras de las contraindicaciones es cuando el paciente es de corta edad.

El simple echo de la retención no es ningún motivo para extraer un diente, porque los dientes incluidos en los maxilares pueden permanecer en ciertas circunstancias toda una vida sin determinar trastornos.

X

CONCLUSIONES

La extracción de caninos incluidos comprende tres-tiempos: Preoperatorio, Transoperatorio y Posoperatorio.

No solamente la boca del paciente debe ser considerado como único elemento importante, sino todo el cuerpo humano.

La técnica más sencilla para la intervención dentaria ocurre al uso de diferentes y adecuados instrumentos y aparatos quirúrgicos, unos y otros con sus indicaciones.

Su empleo indebido puede ocasionar traumatización-exagerada de los tejidos duros y blandos vecinos a la intervención, lo cual acarreará serios problemas.

La extracción debe ser precedida de un correcto diagnóstico para precisar sus indicaciones, y la mejor forma de efectuarla.

Se debe tomar siempre en cuenta que el cirujano - dentista en toda clase de intervenciones y en particular en las inclusiones dentarias actúa como un agente previsor en el desarrollo crónico de diferentes enfermedades que ocasionan dichas inclusiones.

De este modo podemos devolver a la población en la

cual nos desenvolvemos y estamos intimamente ligados, la salud que es base importante para el desarrollo de una sociedad mejor.

XI

BIBLIOGRAFIA

W. HARRY ARCHER.
CIRUGIA BUCODENTAL.
TOMO I

RIES CENTENO.
CIRUGIA BUCAL.

KARL SCHCHARDT.
TRATADO GENERAL DE ODONTO-ESTOMATOLOGIA.
CIRUGIA DE LA BOCA Y LOS MAXILARES.

EDWARD V. ZEGARELL.
AUSTIN H. KUTSCHER.
GEORGE A. HYMAN.
DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.

GUSTAV. O. KRUGER.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.

MONHEIM L.M.
ANESTESIA.