



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**COMPLICACIONES EN LA CIRUGIA DEL
CANINO SUPERIOR INCLUIDO.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
LUCIA MAGDALENA VILLASEÑOR ANAYA

MEXICO, D. F.

V. B. P.
[Signature]

1985.



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 está 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.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION:	1
CAPITULO I: ASPECTOS GENERALES.	3
a) DEFINICION	3
b) ANTECEDENTES	3
c) IMPORTANCIA	4
d) EMBRIOLOGIA	5
e) ANATOMIA	7
CAPITULO II: ETIOLOGIA Y CLASIFICACION.	12
a) ETIOLOGIA	12
b) CLASIFICACION	13
c) TRASTORNOS CAUSADOS POR LA INCLUSION.	15
CAPITULO III: DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO.	17
a) DIAGNOSTICO CLINICO	17
b) DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO	17
c) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	20
d) PRONOSTICO	20
CAPITULO IV: VALORACION PREOPERATORIA.	21
a) HISTORIA CLINICA	21
b) ANALISIS DE LABORATORIO	25
c) VALORACION PSICOLOGICA	27
d) ELECCION DE LA ANESTESIA	28
e) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DEL CANINO SU- PERIOR INCLUIDO.	29

	Pág.
CAPITULO V: CONSIDERACIONES PRELIMINARES A LA TECNICA QUIRURGICA.	31
a) INSTRUMENTAL QUIRURGICO	31
b) CAMPOS QUIRURGICOS	34
c) POSICION DEL PACIENTE Y DEL OPERADOR.	35
d) TECNICA DE ANESTESIA	36
CAPITULO VI: TECNICA QUIRURGICA DEL CANINO SUPERIOR INCLUIDO.	39
a) POSICION PALATINA	39
b) POSICION VESTIBULAR	41
c) POSICION INTERMEDIA	42
d) CUIDADOS POSTOPERATORIOS	42
CAPITULO VII: COMPLICACIONES EN LA CIRUGIA DEL CANINO SUPERIOR INCLUIDO.	44
a) COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS	44
b) COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	55
CAPITULO VIII: CONCLUSIONES.	59
BIBLIOGRAFIA.	61

INTRODUCCION:

Al paso del tiempo, el devenir de la historia ha planteado múltiples circunstancias adversas al hombre no tan sólo en el manejo de la naturaleza principal motivo de su preocupación sino aun en el control de la más importante de sus esferas; su cuerpo, el cuál desde el inicio de su evolución ha sufrido múltiples cambios.

El más importante es quizá el aumento del volumen en la cavidad craneana, que ha traído consigo una mayor masa encefálica, e inteligencia consigo, pero todo esto fué posible gracias a la reducción de tamaño de los maxilares ó sea a expensas de estos, podemos especular que la sofisticación de los alimentos, la mayor elaboración hacen innecesario el poderoso aparato masticador.

Sabemos que estos métodos de la naturaleza en la regularización de la evolución humana nos trae hasta el momento actual ciertos desajustes, uno de ellos es que con la reducción de los maxilares, en algunos casos no queda espacio para la erupción de las piezas dentales que brotan ó erupcionan al último, estas piezas normalmente son: terceros molares y caninos. Al no tener espacio quedan, estas piezas incluidas en los maxilares, marcando así alguna de sus causas.

En la práctica médica, en especial el odontólogo debe aprender a vencer aquellas sorpresas que el destino pone en su camino, porque aun nosotros que llevamos la responsabilidad de un paciente y la aplicación de todos esos conocimientos que nos distinguen de nuestros ancestros debemos recapacitar y memorizar hasta la perfección dichos métodos -

para aplicarlos cuando se necesitan, o sea en el momento -- oportuno sin dilación sin duda, para salvaguardar siempre el bienestar de nuestro paciente.

En nuestro campo profesional, en nuestro circulo -- mexicano es necesario recapacitar sobre muchos factores que aun formando parte de nuestro paciente, desconocemos; hábi-- tos alimenticios, nutrición, escolaridad y capacidad emocional para aceptar lo desconocido.

Estos factores pueden determinar llegado el momen-- to, el efecto de nuestros intentos por restablecer la homeos-- tasis de nuestro paciente ó desestabilizarla, aquí empieza -- la labor del verdadero odontólogo: A) Interrogar al paciente satisfactoriamente para evitarlo. B) En caso de llevarlo a -- algún extremo de inestabilidad, saber como llevarlo otra vez a la normalidad, con el menor riesgo posible y la rapidez -- adecuada.

Un segundo de duda o vacilación puede llevar a -- nuestro paciente a algún estado irreversible en el peor de -- los casos.

La rapidez, la actuación acertada y oportuna, la -- capacidad del odontólogo y sobre todo evitar en lo posible -- llegar a una situación crítica, hacen del tratamiento en las complicaciones un nefasto capítulo del pasado.

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES.

a) DEFINICION.

En ocasiones los dientes no toman su posición normal funcional dentro de la arcada dentaria, a estos dientes se les llama dientes incluidos, retenidos, impactados o atrapados.

Inclusión significa contener una cosa o parte dentro de otra. Dentición anormalmente prolongada en su lugar normal de producción.

Existen varias definiciones de inclusión dentaria, siendo las más aceptables las siguientes.

Inclusión Dentaria.- Es aquel diente que una vez llegada su época normal de erupción, queda encerrado dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

Inclusión Dentaria.- Es aquella cuya erupción es parcial o totalmente obstruida por el hueso o por otros dientes adyacentes.

Inclusión Dentaria.- Es aquel diente que no llega a ponerse en posición normal en el medio bucal, sino que queda atrapado dentro del maxilar y cubierto por los tejidos duros o blandos de la región.

b) ANTECEDENTES.

El hombre en su evolución a sufrido cambios importantes en su cuerpo, muestra de ello es el aumento en su di-

mención de la caja craneana a expensas de los maxilares los que han ido disminuyendo de tamaño, así como el número de los órganos dentarios, Esto se debe a que actualmente no se necesita un aparato masticatorio potente debido a que se lleva una dieta blanda y refinada, que requiere menos masticación, por esta razón y otras, en la actualidad un gran número de personas tienen dientes incluidos.

Es conveniente recordar que los dientes deciduos - como los permanentes, quedan incluidos fisiológicamente durante un período en los maxilares y mucosas, para salir a la cavidad bucal a ocupar su sitio y función cuando han adquirido su desarrollo.

La verdadera inclusión es aquella que se produce - cuando una vez llegada su época normal de erupción del diente este no erupciona, en años puede estar anquilosado o engastado en hueso no elástico y altamente calcificado.

Dentro de los dientes incluidos los terceros molares inferiores ocupan el primer lugar en frecuencia siguiéndoles los caninos superiores, esto se debe porque el canino es el último diente en erupcionar en la región de los dientes anteriores.

La inclusión del canino superior no muestra preferencia por ningún sexo, y se presenta en los adultos preferentemente, su posición más frecuente es en la región palatina.

c) IMPORTANCIA.

La importancia del canino superior tiene su base en diferentes puntos de vista; El Funcional, el Estético y el Protético.

Desde el punto de vista funcional se considera al canino superior, como una parte integral del sistema o aparato masticatorio que sirve para desgarrar los alimentos y soporte de músculos.

Estéticamente se dice que el canino por su forma - da características anatómicas y por su colocación dentro de la arcada dentaria da características especiales a la boca y cara.

Protéticamente es muy importante el canino superior debido que es el diente que posee la raíz más larga y con gran valor periodontal.

d) EMBRIOLOGIA.

Todos los órganos dentarios en su desarrollo pasan por los mismos períodos embriológicos; los cuales serán descritos a continuación.

La capa basal del revestimiento epitelial de la cavidad bucal se desarrolla en la sexta semana de vida intrauterina, esta prolifera apresuradamente y forma una estructura a lo largo de los maxilares en forma de C que es la lámina dental, posteriormente origina varias evaginaciones que se introducen en el mesénquima subyacente forma brotes, diez para el maxilar inferior y diez para el superior que son los - primordios de los componentes ectodérmicos de los dientes, - la superficie profunda de estos brotes se invagina y se llega al período de caperuzo o casquete.

Este período consiste en una capa externa (epitelio dental externo), capa interna (epitelio dental interno) y un centro de tejido laxo (retículo estrellado).

La papila dental se forma cuando el mesénquima ce-

ta situado en la concavidad limitada por el epitelio dental interna que prolifera y se condensa.

Después del período de caperuzo se desarrolla y da paso al período de campana se le llama así porque adquiere el diente un aspecto de campana.

Los odontoblastos se forman por la diferenciación de las células de mesénquima de la papila adyacente a la capa dental interna, estos forman la predentina que se deposita debajo de la capa dental interna. Pasado un tiempo esta se calcifica y se transforma en dentina definitiva.

Las fibras dentinarias son prolongaciones citoplásmicas que se forman por el engrosamiento ininterrumpido de la capa de dentina, los odontoblastos retroceden hacia la papila dental y ahí dejan en la dentina estas prolongaciones. La capa de odontoblastos dura toda la vida del diente y sigue produciendo predentina la cual se transforma en dentina. La pulpa del diente se forma de las otras células de la papila dental.

Al mismo tiempo las células epiteliales de la capa interna se convierten por diferenciación en ameloblastos. -- Que son células que producen los prismas del esmalte, o formadores de esmalte.

El esmalte se deposita primero en el ápice del diente de ahí hacia el cuello. Por oposición de nuevas capas el esmalte se engruesa, los ameloblastos retroceden hacia el retículo estrellado para alcanzar por último la capa epitelial dental externa donde experimenta regresión y dejan temporalmente una membrana delgada (cutícula dental) sobre la superficie del esmalte que al brotar el diente está poco a poco se desprende.

La raíz del diente comienza a desarrollarse después de brotar la corona, a partir de una prolongación bilateral del órgano del esmalte llamada vaina radicular epitelial de Hertwig; las células de la papila dental que están en contacto con esta vaina se convierten en odontoblastos, que depositan una capa de dentina que se continúa con la de la corona, al depositarse más dentina en el interior de la capa formada, la cavidad pulpar se estrecha y finalmente se forma un conducto por el que pasan los vasos sanguíneos y nervios de la pieza dentaria. Las células mesenquimatosas situadas fuera del diente y en contacto con la dentina de la raíz, se convierten en cementoblastos, éstos van a originar una capa delgada de hueso especializado, el cemento, que se deposita sobre la dentina de la raíz, también del mesénquima se origina el ligamento periodontal, sus fibras se introducen en el cemento y en la pared ósea del alvéolo, manteniendo al diente en posición y actuando como amortiguador de fuerzas masticatorias.

Al alargarse la raíz, la corona es empujada através de los tejidos suprayacentes hasta la cavidad bucal. Los esbozos de los dientes permanentes están situados en la cara lingual de los dientes deciduos y se forman durante el tercer mes de vida intrauterina, estos primordios siguen las mismas etapas de formación, pero permanecen inactivos hasta el sexto año de vida, comenzando a crecer y posteriormente al desarrollar su proceso eruptivo contribuye a la caída de los dientes deciduos.

e) ANATOMIA.

La dividiremos en dos partes para su estudio.

1.- Anatomía del canino superior.

2.- Consideraciones anatómicas de la región del canino superior.

1.- Anatomía del canino superior, es el diente más largo e importante como soporte de músculos faciales propios de la expresión, dando forma a las comisuras bucales.

Se le estudia, una superficie vestibular, una lingual, una mesial, distal, incisal y una raíz.

a) Superficie Vestibular.- Tiene cinco bordes vestibulares, una cuspide que divide el borde incisal en dos partes, una incisal mesial y otra incisal distal, tiene un reborde de vestibular descentrado hacia la superficie mesial y a cada lado un surco de desarrollo labial.

b) Superficie Lingual.- Es más estrecha que la vestibular tiene una elevación extendida de la punta cuspídea al cingulo y se llama borde lingual, tiene dos fosas una lingual mesial y otra lingual distal.

c) Superficie Mesial.- El borde incisal es relativamente grueso en sentido vestibulolingual, y el reborde marginal es prominente, vista de proximal el canino tiene forma triangular, la superficie vestibular es casi derecha, del borde incisal al cuello.

d) Superficie Distal.- Es similar a la mesial con línea cervical de menor curvatura, el reborde marginal distal es más irregular.

e) Superficie Incisal.- El reborde vestibular es muy notable, los bordes mesial y distal convergen hacia lingual para formar el perfil destacado del cingulo lingual.

f) Raíz.- Es la más larga de la dentición humana y

fuerte, la curvatura de las superficies vestibular y lingual es convexa mientras que las superficies mesial y distal son anchas y aplanadas en la porción media. El ápice de la raíz está inclinado hacia distal. La cavidad pulpar sigue la forma del diente, la forma del conducto radicular es elíptica.

Las medidas medias del canino superior son:

Longitud total del diente	27.0 mm.
Diámetro mesiodistal mayor de la corona entre los puntos de contacto	7.6 mm.
Longitud de la Corona	10.9 mm.
Diámetro mesio distal cervical	5.6 mm.
Diámetro labio lingual cervical	8.1 mm.

2.- La región del canino superior en el maxilar -- anatómicamente estará formada por dos porciones; una vestibular y otra palatina.

Vestibularmente la región canina estará limitada - de la siguiente manera: Hacia adelante con el borde anterior del maxilar superior, donde se encuentra la espina nasal, la escotadura nasal y parte de la apófisis ascendente del maxilar; hacia atrás por un plano vertical paralelo a la cara -- distal del segundo premolar; hacia arriba por un plano horizontal paralelo al plano de oclusión y a nivel del borde anterior de la apófisis piramidal; y hacia abajo por el reborde alveolar.

Las estructuras anatómicas que se encuentran dentro de esta área serán las siguientes; Por arriba de las raíces de los incisivos, estará una depresión vertical de profundidad variable llamada mirtiforme, en la que se inserta - el músculo mirtiforme; arriba de la misma se inserta el músculo dilatador del ala de la nariz, un poco más atrás y arri

ba se inserta el músculo transverso de la nariz. La fosa mir-
tiforme está limitada atrás por una eminencia muy marcada --
que corresponde a la raíz del canino, llamada eminencia cani-
na, atrás de esta eminencia en la cara anterior de la apófi-
sis piramidal, encontramos un orificio llamado agujero subur-
bitario, del cual sale el nervio del mismo nombre, que es ra-
ma terminal del nervio maxilar superior, que es la segunda --
rama del trigémino, este agujero se continúa con un canal --
no profundo que se dirige oblicuamente hacia abajo y adelan-
te, terminando en una depresión llamada fosa canina donde se
insertará el músculo canino.

El agujero suborbitario es la terminación de un --
conducto del mismo nombre, en la parte anterior se deriva un
conducto llamado: conducto dentario anterior que se dirige --
hacia abajo, a los alvéolos dentarios en los cuales pasa el
nervio dentario anterior y la arteria del mismo nombre que --
inerva e irriga a los incisivos y canino.

La región canina palatualmente estará limitada ha-
cia adelante por la porción anterior del reborde alveolar; --
hacia atrás por un plano horizontal a nivel de la cara dis-
tal del segundo premolar; hacia adentro por el borde interno
de la apófisis palatina; y hacia afuera por la parte media --
reborde alveolar.

Gran parte de esta área, estará formada por la apó-
fisis palatina, hacia adelante y céntrico a ambos incisivos
centrales se encuentra un canal que al unirse con el del --
maxilar opuesto forma un conducto llamado conducto palatino
anterior o nasopalatino, por el que pasa el nervio nasopala-
tino que es rama colateral del nervio maxilar superior que --
da inervación a la mucosa palatina de canino a canino, pasa

también la arteria esfenopalatina , rama terminal de la arteria esfeno palatina , rama terminal de la arteria maxilar interna; esta área será también irrigada por ramos terminales de la arteria palatina superior o descendente, rama colateral de la maxilar interna, e inervada por ramos terminales del nervio palatino anterior, rama colateral del nervio esfenopalatino. Toda esta área presenta numerosas rugosidades -- llamadas arrugas palatinas, así como de orificios vasculares; toda esta zona estará cubierta por una fibromucosa sumamente resistente.'

La región canina del maxilar superior se relaciona con dos cavidades que forman parte de la cara y que son: las fosas nasales y el seno maxilar.

CAPITULO II

ETIOPATOGENIA Y CLASIFICACION.

a) ETIOLOGIA:

Existen tres teorías en general de la inclusión dentaria.

1.- Teoría Ortodóntica; cualquier interferencia en el crecimiento de los maxilares y en el movimiento de los dientes causa inclusión dentaria.

Algunas interferencias son: Cuando el hueso es denso puede provocar retraso dental y afecciones patológicas. - Dentro de los hábitos orales, la respiración bucal constante produce contracción en las arcadas dentarias y de los dientes anteriores el canino es el último en erupcionar y al no encontrar sitio queda incluido. Igualmente la pérdida precoz de la dentición decidua.

2.- Teoría Filogenética; según esta teoría, la naturaleza trata de eliminar aquello que no se emplea, y nuestra civilización con sus hábitos nutricionales ha ido eliminando la necesidad humana por maxilares grandes y fuertes.

3.- Teoría Mendeliana; esta teoría se refiere a la herencia, como la transmisión de unos maxilares pequeños de un padre y de dientes grandes del otro.

Las causas específicas de la inclusión del canino de mayor importancia clínica y quirúrgica son:

1.- Falta de desarrollo del maxilar.

2.- Falta de espacio en el sitio correspondiente del canino superior.

3.- Persistencia del diente temporal; y se debe a

que el diente deciduo permanece en la arcada más tiempo de lo normal causando una obstrucción mecánica, que impide al canino erupcionar.

4.- Anomalías de las raíces de los dientes vecinos; de las causas de inclusión esta es la menos frecuente, y se presenta sólo en grandes hipertofias o dilaceraciones radiculares.

5.- Calcificación exagerada de hueso; cuando el diente deciduo se extrae o se pierde tempranamente, ocasiona que el alvéolo sea ocupado por tejido óseo calcificado.

6.- Mala posición del germen dentario; el canino superior se encuentra en su sitio normal pero en otra posición y en su trabajo de erupción lo hace en sentido de su eje longitudinal en dirección coronaria, otra causa es cuando el germen está muy alejado y la fuerza eruptiva se agota antes de llegar a su sitio normal.

7.- Presencia de quistes o tumores en la proximidad donde debe erupcionar el canino superior; la presencia de los quistes o tumores obstruye el trayecto del canino, ocasionando la inclusión.

8.- Existencia de dientes supernumerarios en la región anterior del maxilar superior; cuando un diente está de más en la arcada obstaculiza la erupción del canino o de varios dientes.

b) CLASIFICACION:

Existen varias clasificaciones de acuerdo a la forma y características en que se presenta la inclusión del canino superior.

Según la posición que se presenta en la arcada —
Kruger nos da la siguiente clasificación del canino superior:

- 1.- Posición Palatina.
- 2.- Posición Labial o Vestibular.
- 3.- Posición Intermedia.

Fieldy-Acderman, da la siguiente clasificación:

- 1.- Situación Labial: a) Corona en íntima relación con -- los incisivos.
b) Corona muy por encima de los ápices de los incisivos.
- 2.- Situación Palatina: a) Corona profundamente incluida en estrecha relación con las raíces de los dientes incisivos medio y lateral.
- 3.- Situación Intermedia: a) Corona entre las raíces del segundo incisivo y del primer bicúspide, bastante cerca de la superficie.
b) Corona encima de los dientes en la situación labial con la raíz palatina o viceversa.
- 4.- Situaciones raras: En la pared antroanasal.

Clasificación por su grado de penetración ósea:

Inclusión Total:

a) Incluidos completamente en el hueso, sin contacto con los tejidos blandos. Inclusión intrabósea total.

b) Parcialmente cubierta por hueso y totalmente -- por la mucosa. Inclusión mixta.

c) Libre de hueso y totalmente cubierta por la mucosa. Inclusión Submucosa.

Inclusión Parcial:

a) Cubierta en parte con el hueso y por la mucosa, con una porción de la corona en contacto con la cavidad oral

b) Libre de hueso y cubierta por una parte de la --

mucosa bucal, con una porción de la corona en contacto con la cavidad oral.

Por la dirección del eje longitudinal del diente se clasifica en:

- 1.- Vertical.
- 2.- Angulado: a) Mesioangulado
b) Distoangulado
- 3.- Horizontal.

Por el número de dientes incluidos:

- 1.- Inclusión Unilateral.
- 2.- Inclusión Bilateral.

c) TRASTORNOS CAUSADOS POR LA INCLUSIÓN:

Los dientes incluidos pueden producir trastornos, se han clasificado en:

- 1.- Trastornos Mecánicos.
- 2.- Trastornos Infecciosos.
- 3.- Trastornos Nerviosos.
- 4.- Trastornos Tumoriales.

1.- Trastornos Mecánicos. Los dientes incluidos - actúan mecánicamente sobre los dientes vecinos alterando su integridad anatómica y su colocación. Se presenta en cualquiera de las tres formas siguientes:

a) Trastornos sobre la colocación de los dientes - vecinos. El trabajo mecánico del canino incluido en su intento de desinclusión produce alteración de los dientes vecinos desviándolos en su dirección y produciendo entrecruzamiento de dientes.

b) Trastornos sobre la integridad anatómica del --

diente. La continua presión del canino y su saco dentario -- ejercida sobre el diente vecino, produce alteración en el cemento, dentina y pulpa, por lo cual los dientes vecinos presentan enfermedades del periodonto.

c) Trastornos Protéticos. Hay pacientes que portan aparatos protésicos al principio ajustan muy bien y con el tiempo los pacientes advierten que ya no se adaptan a la boca. Un examen clínico descubre una protuberancia en la encía y la radiografía aclara el diagnóstico, que es una inclusión de canino. Se debe a que el diente incluido en su trabajo de erupción cambia la arquitectura del maxilar con sus -- respectivas molestias.

2.- Trastornos Infecciosos. La infección en su saco pericoronario del canino superior incluido, puede originarse por varios mecanismos y vías.

a) Cuando el diente incluido erupciona, su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal. Puede actuar como foco de infección produciendo trastornos diversos de diferente índole y distancia sobre los órganos vecinos.

3.- Trastornos Nerviosos. Estos trastornos son -- frecuentes, la presión que ejerce el canino incluido sobre los dientes vecinos en los nervios o troncos mayores puede originar neuralgias del trigémino, su intensidad, su tipo y duración es variable.

4.- Trastornos Tumorales. La degeneración del saco folicular origina quistes dentígeros. Por lo cual al diente incluido se le considera potencialmente quístico.

CAPITULO III

DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO.

a) DIAGNOSTICO CLINICO:

El diagnóstico clínico del canino superior incluido casi siempre es por casualidad, al estar revisando la cavidad bucal por otra afección o al tomar una radiografía cerca de la inclusión, nos damos cuenta que existe una inclusión dentaria.

Para el diagnóstico clínico, se hará mediante la -- Inspección y Palpación.

Inspección.- Observaremos la forma de la arcada -- dentaria, la ausencia del canino permanente o la presencia -- del diente deciduo, si hay desviaciones de los dientes vecinos al área de inclusión, si hay elevaciones o relieves, cuya altura y forma nos darán una indicación de la ubicación de -- la inclusión.

Palpación.- Con el dedo índice, se investiga y con -- firma la elevación de la tabla ósea, de puntos dolorosos por una posible infección, si hay movilidad en los dientes vecinos al área de inclusión. Como los caninos superiores son -- portadores de quistes dentígeros, de volumen y estado clínico variable se descubrirán mediante este método.

b) DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO:

Una vez que clínicamente se ha determinado la presencia del canino superior incluido, se precede a realizar -- el examen radiográfico. Por el cual se sabra la posición --

exacta de la inclusión. Es necesario además de la radiografía común , ubicar al diente incluido en tres planos del espacio:

- 1.- Plano Sagital.
- 2.- Plano Horizontal.
- 3.- Plano Vertical.

1.- Plano Sagital. También recibe el nombre de Anteroposterior, se obtiene mediante tres tomas radiográficas con placas comunes o periapicales. Esta técnica es intraoral nos da a conocer la dirección anteroposterior y la relación que guarda la corona y ápice del canino incluido con los demás dientes y cavidades vecinas. Estas tomas son:

a) Toma Anterior.- Se coloca la película de lado palatino de manera que coincida con la línea media de la misma, con el espacio interincisivo, dirigiendo el rayo normalmente a la película.

b) Toma Media.- Se coloca la película orientandola verticalmente, de modo que coincida con el borde anterior de la película con el espacio interincisivo, dirigiendo el rayo normalmente a la película.

c) Toma Posterior.- Se coloca la película haciendo la coincidir con el borde anterior de la cara distal del incisivo lateral, dirigiendo el rayo normalmente a la película.

Para el estudio radiográfico del canino superior - incluido en el plano sagital se colocarán las radiografías - en el siguiente orden, para el lado derecho; anterior, media y posterior, para el lado izquierdo ; posterior, media y anterior. Esta técnica se puede aplicar para los dientes superiores e inferiores.

2.- Plano Horizontal. En esta técnica se toman dos

radiografías oclusales.

a) En la primera toma la radiografía se coloca paralela al plano de oclusión, el rayo central en la línea media que incida perpendicularmente a la película.

b) La segunda toma radiográfica, la película se coloca paralela al plano de oclusión, con el rayo central perpendicular a la película y pasando por los premolares.

En la primera radiografía oclusal no se obtiene la ubicación exacta del canino superior incluido, ya que los rayos secundarios dan una imagen incorrecta del diente proyectándolo a través de las raíces de los demás dientes de la arcada. En la segunda toma radiográfica se evita lo anterior, obteniendo una imagen del diente incluido en relación con las demás piezas del maxilar.

3.- Plano Vertical. Para ubicar al canino incluido en el plano vertical se coloca una película ya sea oclusal o común, para radiografía extrabucal. Se coloca la película en el lado opuesto a la inclusión sobre la mejilla dirigiendo el rayo central en sentido horizontal y con incidencia perpendicular a la película.

En el examen radiográfico del canino superior incluido, se comparan las radiografías tomadas en los tres planos del espacio, las cuales deben ser nítidas para que sean de utilidad quirúrgica. Observaremos lo siguiente:

- 1.- Forma de la corona y raíz.
- 2.- Sus relaciones adyacentes de todo el canino superior incluido.
- 3.- Proximidad con los órganos vecinos.
- 4.- Distancia y relación de los dientes vecinos.
- 5.- Tipo de tejido óseo, su densidad.

- 6.- Presencia del saco pericoronario.
- 7.- Posición del canino incluido.
- 8.- Vía de acceso de la incisión.
- 9.- Número de dientes incluidos.
- 10.- Ubicación exacta del extremo radicular.
- 11.- Existencia de alguna anomalía.

El canino incluido superior, al encontrarse dentro de hueso guarda una relación íntima con los dientes y cavidades vecinas, por lo que la radiografía debe mostrar lo más - claramente posible, que tan cerca se encuentra de estos, para que no se presenten complicaciones durante la realización del acto quirúrgico, como podría ser una fractura del diente vecino o una comunicación con el seno maxilar.

c) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Ya que se han efectuado el examen clínico y radiográfico, el diagnóstico diferencial se estableciera por diferenciación.

d) PRONOSTICO:

El pronóstico para el canino superior incluido, es favorable ya que no pone en peligro la vida del paciente. Se puede corregir esta anomalía por medio de la ortodoncia en - pacientes jóvenes y este indicado, o bien estar indicada la extracción quirúrgica para evitar problemas severos.

CAPITULO IV

VALORACION PREOPERATORIA.

a) HISTORIA CLINICA:

La historia Clínica, es una relación ordenada y detallada de todos los datos y conocimientos, tanto anteriores como actuales, personales y familiares, que se relacionan con el paciente. Sirven de base para un juicio de la enfermedad actual.

La historia clínica nos ayuda para prevenir algunas de las complicaciones que se pudieran presentar en la cirugía del canino superior incluido o en cualquier otra cirugía. En caso de que se presentara alguna complicación, tener el antecedente y estar preparado. También sirve para dar un diagnóstico presuncional.

Para hacer la historia clínica nos valdremos de los siguientes métodos:

- 1.- Interrogatorio.
- 2.- Exploración en general.
- 3.- Exploración bucal.

1.- Interrogatorio, es una serie ordenada de preguntas que se hacen al paciente o a sus familiares, y tiene por objeto ilustrar al odontólogo, datos que no puede obtener, por la observación personal del enfermo.

Las preguntas deben ser concretas, no se debe sugerir la respuesta, se harán de acuerdo a la capacidad intelectual del paciente.

Los puntos que se van investigar en el interrogato

rio son los siguientes:

a) Ficha Personal.- Se le pregunta al paciente su nombre, edad, sexo, ocupación, domicilio, teléfono, lugar y fecha de nacimiento, y en caso que este hospitalizado el número de expediente y cama.

b) Antecedentes Heredo Familiares.- Son datos de las enfermedades que han padecido o padecen los ascendientes (abuelos, padres, tíos, hermanos) del paciente, se pregunta porque hay enfermedades que se transmiten por herencia. -- Otras aunque no se han podido demostrar su transmisión hereditaria, se presentan con suma frecuencia en los familiares directos, por ejemplo en la diabetes, cáncer, etc. Los datos que se preguntan son: Luéticos, fímicos, diabéticos, cardiacos, neoplásicos y nerviosos.

c) Antecedentes Personales no Patológicos.- Se anotaran datos referente a: condiciones de vida y nivel socioeconómico del paciente, como donde habita (tipo de construcción, si tiene todos los servicios, si hay suficiente ventilación, cuantos cuartos hay, cuantas personas la habitan y si hay animales). Alimentación: (Que come, cuantas veces al día, si comparte los alimentos con líquidos). Higiene personal: (cuantas veces se baña a la semana, cuantas veces al día se lava las manos y los dientes).

Hábitos: si fuma tabaco, si toma bebidas alcohólicas con que frecuencia, al igual que las toxicomanias.

d) Antecedentes Personales Potológicos.- Se anotara todo lo referente a las enfermedades que ha padecido el paciente en el curso de su vida, de ser posible en orden cronológico. Interrogando sobre enfermedades propias de la niñez, como sarampión, viruela, etc. Enfermedades crónicas; co

no la repetición de amigdalitis, cuadros de diarrea, catarrros y sobre otras enfermedades importantes, como fiebre reumática, convulsiones, enfermedades cardíacas, venereas, renales y pulmonares. Se interrogara sobre antecedentes hemorrágicos, traumáticos, quirúrgicos, alérgicos y si a tenido transfusiones de sangre.

Este punto es importante para el odontólogo, ya que puede establecer el diagnóstico y tratamiento, en relación con posibles complicaciones hemorrágicas, anestésicas, etc.. Otras veces al investigar se encuentra el principio de la enfermedad actual.

e) Padecimiento Actual.- Se entiende por este nombre la enfermedad que motiva la consulta, se anota la fecha de inicio o su aproximación, sus síntomas, localización, causa a que lo atribuye, evolución, si ha tomado algún medicamento. Terminada esta parte del interrogatorio se tendrá un diagnóstico de presunción, que será necesario completar o modificar.

f) Estado Orgánico Actual del paciente.- Preguntaremos sobre las condiciones orgánicas del paciente, en los días próximos al examen, y serán por orden las preguntas.

Aparato Digestivo.- Si tiene apetito, sed, erutos, acedias, vómitos, caracteres y composición de las materias vomitadas. Sensaciones anormales en el vientre (plenitud, peso, dolor), estreñimiento y diarrea.

Aparato Respiratoria.- Disnea, tos, expectoración, dolor en el tórax e hipo.

Aparato Cardiovascular.- Palpitaciones, dolor, vértigos, hemorragias, edemas y bochornos.

Aparato Renal.- Frecuencia de las micciones, canti

dad de orina y caracteres de ella.

Sistema Nervioso.- Movilidad, sensibilidad, funciones psíquicas y sueño.

Aparato Genital.- Funciones genitales en el hombre y en la mujer menstruación.

Síntomas Generales.- Escalofríos, calentura, sudores, adinamia y enflaquecimiento.

2.- Exploración General. Se observara, la constitución, conformación, facies, orientación, actitud, marcha y movimientos. Para esto nos valdremos de la inspección y palpación.

a) **Exploración de Cabeza.**- Se observa, la posición, forma, volumen, movimientos, implantación del cuero cabelludo, frente, ojos y anexos, nariz, boca y orejas.

b) **Cuello.**- Palpar los ganglios submaxilares, la tiroides, el ganglio de Chassaignac, canal laringio-traqueal y pulso carotídeo, también se inspecciona la forma, volumen y pliegues.

c) **Tórax.**- Se observa, forma, volumen, estado de la superficie, y movimientos de tipo respiratorio.

d) **Abdomen.**- Forma, volumen, alteraciones y movimientos peristálticos.

e) **Extremidades.**- Forma, longitud, simetría, movimientos y pulso.

3.- Exploración Bucal. Los datos que el cirujano obtendrá y asentará en relación con las características específicas de la inclusión del canino superior, se apoyará en los siguientes métodos:

a) **Observación.**

- b) Palpación.
- c) Percusión.
- d) Auscultación.

a) Observación.- Se enfocará como parte esencial - el área de inclusión, en el siguiente orden: presencia o ausencia del canino deciduo, coloración y aumento de la mucosa palatina y vestibular, etc.

b) Palpación.- Se obtendrá, aumento de volumen de la mucosa, movilidad de los dientes vecinos al área de inclusión y posiblemente la posición del canino superior incluído.

c) Percusión.- Se comprobarán puntos dolorosos o reflejos. La percusión se lleva a cabo con un instrumento, golpeando suavemente en determinada región y tratando de obtener dolor a la percusión vertical u horizontal.

d) Auscultación.- Datos de tipo acústico como la crepitación quística, característica de los quistes dentígeros.

b) ANALISIS DE LABORATORIO.

Cuando se va hacer una intervención quirúrgica ya sea mayor o menor como en el caso de una inclusión de canino superior, es necesario que se practiquen los análisis de laboratorio. Los cuales nos proporcionara información respecto al estado de nuestro paciente. Los de rutina son:

- 1.- Biometría Hemática.
- 2.- Grupo Sanguíneo y Factor Rh.
- 3.- Química Sanguinea.

1.- **Biometría Hemática.** Este examen nos reporta el volumen de los elementos figurados de la sangre, sus valores normales son:

	Hombre	Mujer
Hemoglobina	15-20	13.5-17 G.
Hematócrito	45-60	40.0-52 ml/dl
Volumen Globular	83-104	
Leucositos	5,000-10,000 mm ³	
Linfositos	24-38 %	
Monocitos	4-9 %	
Neutrófilos	50-70 %	
Eosinófilos	1-4 %	

2.- **Grupo Sanguíneo y Factor Rh.** En la cirugía del canino incluido, su importancia de este examen es para una - posible transfusión sanguínea, en una complicación hemorrágica.

La clasificación universal del grupo sanguíneo es: A, B, AB y O, dependiendo de la presencia de aglutinogenos.

El Factor Rh, puede ser positivo si la sangre se aglutina con suero que contenga aglutininas anti Rh, si no hay reacción el Rh. será negativo.

3.- **Química Sanguínea.** No es muy importante, sólo se practicara a pacientes diabéticos, etc.

Otras pruebas importantes para la buena realización de la cirugía son:

Tiempo de Sangrado: 1 a 3 minutos.

Tiempo de Coagulación: 8 a 12 minutos.

La retracción del coágulo se inicia a los 30 minu-

tos y se completa dentro de los siguientes 240 minutos.

c) VALORACION PSICOLOGICA.

El odontólogo antes de iniciar el tratamiento deberá valorar psicológicamente al paciente.

Su actitud en general, la confianza, la seguridad que muestre, las experiencias odontológicas ya sean favorables o desfavorables y su porte, dan indicaciones sobre sus reacciones posteriores; se tomara en cuenta si es necesario planear un manejo especial y premedicación.

Algunos pacientes sientan temor tan sólo al saber que se les tiene que hacer una cirugía o se les anestesiara. Estos pacientes son de tipo nervioso o neurótico, se debe a que sufren inestabilidad nerviosa, pasan por situaciones de esfuerzo y alarma en la vida. A este tipo de pacientes hay que darle un trato especial, porque por cualquier cosa se irritan y son sensibles al dolor. El odontólogo debe infundir confianza, seguridad, explicar lo que se le tiene que hacer y porque es necesario, utilizando palabras adecuadas, nunca que sean alarmantes, los instrumentos no hay que exponerlos a la vista del paciente. De preferencia charlar de cosas interesantes con el paciente durante la cirugía, hará que se sienta menos tenso.

La firmeza del operador, seguida después de la cirugía, por algunas palabras de elogio sobre su buen comportamiento durante la cirugía, harán que se sienta bien y ganar por completo su confianza.

d) ELECCION DE LA ANESTESIA.

Para la cirugía del canino superior incluido se puede utilizar anestesia local, regional o general. Dependiendo de los siguientes factores:

- 1.- Edad y estado físico del paciente.
- 2.- Presencia de Infección.
- 3.- Estado emocional del paciente.
- 4.- Alergias.
- 5.- Duración de la cirugía.
- 6.- Presencia de Trismo.
- 7.- Criterio del cirujano.

1.- Edad y estado físico del paciente. Para los niños es preferible aplicar anestesia general, facilita nuestro trabajo., para las personas de edad avanzada, tienen dificultad para metabolizar los barbitúricos y por esta razón es recomendable aplicar anestesia local, al igual en los trastornos cardíacos sistémicos. Cuando el niño coopera con nuestro trabajo se puede aplicar anestesia local.

2.- Presencia de Infección. Antes que nada se debe tratar el proceso infeccioso con antibióticos, de no ser posible irradiar la infección. Se maneja al paciente con anestesia general, cuando la infección es aguda. Se utilizarán, relajantes musculares y abrebocas.

Se obtendrán, niveles sanguíneos adecuados de antibióticos antes de la cirugía.

3.- Estado emocional del paciente. Algunas personas sufren fobia a las inyecciones dentro de la boca, en general a los procedimientos odontológicos. Estos pacientes serán tratados bajo anestesia general, si se tratan bajo anes

tesia local, será necesario recetarle sedantes un día antes de la intervención quirúrgica.

4.- Alergias. Algunos pacientes son alérgicos a la procaína y casi no a la lidocaína, que tiene muy baja reacción alérgica.

5.- Duración de la Cirugía. Se elige la anestesia dependiendo del tiempo que dure la cirugía. En el procedimiento quirúrgico que se lleve mucho tiempo, se utilizara anestesia general, en un lugar adecuado y con todo lo necesario. En las cirugías rápidas se utiliza, anestesia local.

6.- Presencia de Trismo. Es la incapacidad del paciente para abrir la boca. El trismo puede dificultar la administración del anestésico local por vía normal, en este caso se administra anestesia general ó bloqueo nervioso extra-bucal.

La anestesia general, es lo suficientemente profunda para obtener relajamiento muscular. Es de mucha ayuda cuando el trismo es de causa traumática o infecciosa.

7.- Criterio del Cirujano. El cirujano debe elegir el tipo de anestesia que más le convenga al paciente, tomando en cuenta, la historia clínica y evaluación, que se le hicieron anteriormente.

e) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DEL CANINO SUPERIOR INCLUIDO.

Indicaciones:

1.- Si es antiestético

2.- Si a producido alguno de estos trastornos:

a) Infeccioso.

- b) Tumoral
- c) Mecánico
- d) Nervioso

3.- Si la ortodóncia no esta indicada.

4.- Si el diente incluido esta fuera del arco y deforma las partes blandas.

Contraindicaciones:

1.- Cuando puede ser tratado por otras técnicas.

2.- En pacientes diabeticos y cardiópatas no controlados.

3.- En procesos infecciosos.

4.- En pacientes con insuficiencia renal.

5.- Cuando el diente diciduo que ocupa el lugar -- del canino superior incluido, esta intacto tanto la corona -- como la raíz o la mayor parte de esta. Y el diente incluido no cause ningún trastorno.

CAPITULO V

CONSIDERACIONES PRELIMINARES A LA TECNICA QUIRURGICA.

a) INSTRUMENTAL QUIRURGICO:

Dentro de la práctica de la cirugía bucal, existen cientos de instrumentos que prestan ayuda al odontólogo, por lo cual nos ocuparemos de los más usuales.

Cada odontólogo dentro del campo de la práctica dental, ocupa el instrumental con el que mejor se adapta para cada uno de los tiempos quirúrgicos. Así mismo se debe acostumbrar, al uso de diferentes instrumentos y a la más diversa colocación.

La posición ideal del instrumental es, colocado en charola ó bandeja estéril, en orden progresivo ó anticipado de uso. El instrumental debe estar previamente esterilizado.

El fin de este punto es hacer una recapitulación del instrumental que se utiliza comunmente en la cirugía del canino superior incluido.

Jeringa para Anestesia.- La que más se utiliza en la de aspiración, posee un estilete afilado como extensión del mango. Se introduce el cartucho, la parte que contiene el hule se dirige al estilete, este se inserta al hule, permitiendo la aspiración al jalar el mango.

Por lo general se utiliza aguja corta desechable en la cirugía del canino superior incluido. Se inserta en el cartucho y se fija atornillandola en la jeringa.

Eyector Quirúrgico- Es un aparato eléctrico, tiene un pequeño motor, que por medio de una mangera y al final de esta se puede colocar un eyector de plástico, sirve para ---

succionar cualquier solución líquida ó acuosa, dentro de la boca. durante la cirugía. Estas soluciones son succionadas y depositadas en un frasco de vidrio que tiene el eyector - quirúrgico.

Porta Agujas.- Son pinzas con puntas pequeñas y - las estrías son entrecruzadas, de manera que se asegura - la aguja en su lugar, no permitiendo que se deslice. Tam- - bién se utiliza para colocar la hoja al mango del bisturí.

Bisturí.- Consiste en un mango y una hoja. Por lo general el mango del bisturí que se utiliza es el de Bard - Parker No. 3. Las hojas son desechables vienen numeradas de acuerdo a su diseño, las más usuales para la cirugía bucal son del número 12 y 15, se emplean sólo una vez.

Legra.- Levanta y separa el colgajo mucoperiostico de su inserción ósea después de la incisión. El más utilizado es el del Dr. Seldin, consta de un mango con una cuchilla en cada extremo.

Pinzas de Disección .- Las más utilizadas por el cirujano Dentista son las de dientes de ratón, que sirven para sostener el colgajo y así tener visibilidad amplia. No lesiona el tejido.

Separadores.- Retraen el colgajo y algunos la - - comisura labial.

Fresas Quirúrgicas.- Las utiliza el cirujano Dentista para practicar la Osteotomía y la Odontosección, son fresas largas de carburo, las hay de fisura del No. 701, - - 702 y 703 ó redondas grandes, del número 6, 7 y 8. Se utilizan con pieza de mano de alta velocidad o de baja veloci- - - dad.

Pinzas de Kelly.- En la cirugía del canino incluido se utilizan curvas, que sirven para tomar el folículo ó restos de él, fragmentos de dientes o hueso y tejido patológico. También se utilizan como pinzas hemostáticas.

Elevador. Se utiliza para la extirpación de fragmentos dentarios, para debridar. El más usual es el recto -- universal.

Alveolotomo o Pinzas Gubias.- Se utilizan para la resección del hueso, elimina bordes cortantes, crestas óseas ó trozos óseos.

Lima para Hueso.- Consta de dos puntas de trabajo que deben mantenerse afiladas y libres de desechos. Sirve -- para eliminar los bordes óseos antes de la sutura.

Curetas ó Cucharillas para Hueso.- Se utilizan las acodadas de diferentes diámetros, remueve y elimina tejido granulematoso, espículas de hueso, fragmentos radiculares y restos del saco pericoronario.

Tijeras.- Las hay curvas y rectas, las primeras se emplean para eliminar el exceso de tejido ya sea patológico ó para regularización de tejidos blandos. Las rectas se emplean para cortar los remanente de los puntos de sutura.

Material de Drenaje.- Los más utilizados son la gasa y el Penrose. La primera se produce en varias anchuras, mantiene una vía permeable de salida de sangre, pus u otros líquidos.

Jeringa para Irrigación.- Es de uso común la jeringa con pera de succión, la pera es de caucho plástico que se adhiere al cuello de la jeringa, esta tiene una aguja con -- punta cónica. Es necesaria para la colocación de sustancias Ringer durante la osteotomía y odontosección.

Agujas para Sutura.- Consta de tres partes; el centro, el tallo y el bisel. Por su forma las agujas más utilizadas son: medio curvas y curvas, las hay traumáticas y atraumáticas, esta última tiene el material de sutura fusionado en un extremo.

Material de Sutura.- Por lo general se utiliza sutura no absorbible como la cera negra de 3-0 ó 000.

Abrebocas.- Existen diversos diseños, el de Kule - tipo bloque de McKesson y el de tipo raqueta de Moulton.

El abrebocas de McKesson, se ajusta dentro de la cavidad bucal y se fabrican en tres tamaños; pequeño, mediano y grande. Los abrebocas permiten mantener la boca del paciente abierta. Permiten al paciente que descansa su mandíbula.

b) CAMPOS QUIRURGICOS:

El propósito de utilizar campos quirúrgicos estériles es hacer una área estéril alrededor de la zona operativa. El campo estéril debe conservarse más arriba de la cintura, hasta que se coloca en su sitio. De ser necesario se desdoblará el campo en el área donde se va intervenir. se colocará los campos quirúrgicos, permitiendo que los bordes caigan debajo del nivel aceptado. Deben evitarse siempre que sea posible la corriente de aire y palmeo de las ropas; por lo tanto, no deben sacudirse o agitarse los campos quirúrgicos.

Los guantes estériles del cirujano deben estar bien protegidos por ropas estériles.

Los campos quirúrgicos que se colocan en el pacien

te deben ser lo suficientemente grande para que cubra en su totalidad la cabeza y por abajo las rodillas, dejando al --- descubierto la boca.

El instrumental estéril viene protegido con una --- cubierta de tela y se retirará empezando por la punta visi--- ble que se extiende en sentido contrario a donde estamos --- nosotros, después seguiremos con las puntas de los bordes la--- terales y por último la cuarta punta la extenderemos hacia --- nosotros siempre cuidando de no rozar los bordes ni el inte--- rior del bulto ya que si lo hacemos contaminaríamos el equi--- po. En los paquetes pequeños se procede de igual manera reti--- rando primero el papel testigo y luego siguiendo los pasos --- ya descritos.

e) POSICION DEL PACIENTE Y DEL OPERADOR:

En la cirugía del canino superior incluido ó en --- cualquier procedimiento operatorio, tanto el paciente como --- el operador deben ubicarse en el consultorio o en la sala de --- operaciones en una relación que facilite las maniobras opera--- torias.

Posición del Paciente.- Tanto en el consultorio --- como en la sala de operaciones el paciente permanece vestido --- y sentado comodamente. Su espalda apoyada en el respaldo del --- sillón dental y su cabeza colocada cómodamente en el cabe--- zal. El sillón dental se coloca arriba y el respaldo del si--- llón se inclina hacia atrás con un ángulo de 120° con rela--- ción al asiento del sillón, el cabezal ligeramente inclinado --- hacia atrás, de manera que el plano oclusal de la arcada su--- perior forme un ángulo de 90° con el eje del tronco, para te--- ner visión directa en la zona por operar.

La arcada superior del paciente queda a la altura de los hombros del operador.

Una vez que el paciente este en posición se procede hacer la antisepsia de la cavidad oral y de la piel con el objeto de disminuir la flora bacteriana, después se coloca el campo operatorio estéril.

Posición del Operador.- De pie o sentado de acuerdo como más se acomode, colocado a la derecha del paciente dándole el frente. Sus brazos deben moverse con comodidad y amplitud, la luz debe adaptarse a las circunstancias.

La mano derecha se destina para el manejo de los instrumentos, con la mano izquierda si no cuenta con ayudante lo será esta mano, ya sea sosteniendo el maxilar, separando los labios o las mejillas, etc.

La posición del Ayudante, se colocará a la izquierda del paciente con dominio y acceso al campo operatorio, debe seguir los movimientos y maniobras del cirujano.

c) TECNICA DE ANESTESIA:

Para la técnica de anestesia local es importante saber perfectamente las estructuras anatómicas que se van anestesiar.

El objetivo de la anestesia local es el de colocar entre el estímulo doloroso en la periferia y área receptiva del cerebro un bloqueo que impida la conducción de la transmisión de impulsos dolorosos de la periferia a las áreas receptoras del cerebro, esto se logra depositando el anestésico local en alguna parte entre estos dos puntos.

Para la cirugía del canino superior incluido se --

utiliza anestesia general ó local, Siendo la más usual la -- anestesia local infiltrativa por lo cual hablaremos de ella en este inciso.

La anestesia local infiltrativa se colocara siem-- pre por vestibular y palatina, en cualquier procedimiento -- quirúrgico, dependiendo de la zona quirúrgica. Utilizando -- las siguientes técnicas introrales.

- 1.- Bloqueo del Nervio Alveolar superior anterior.
- 2.- Bloqueo del Nervio Alveolar superior medio.
- 3.- Bloqueo del Nervio Alveolar superior posterior
- 4.- Bloqueo del Nervio Palatino Mayor ó Anterior.
- 5.- Bloqueo del Nervio Nasopalatino.

1.- Bloqueo del Nervio Alveolar superior anterior. Este nervio inerva a los incisivos y caninos. Se bloqua se-- paradamente para cada diente. Se aplica una inyección intro-- duciendo la aguja en la mucosa gingival que rodea el diente, sobre el ápice de este, inyectando de 1 a 2 ml.' de aneste-- sia.

Si se desea anestesiar a los seis dientes anterio-- res, se aplica inyecciones bilaterales.

2.- Bloqueo del Nervio Alveolar superior medio. La inyección se aplica sobre la punta del ápice del primer pre-- molar. Se anestesia separadamente o en forma bilateral los -- premolares.

Este nervio inerva a los premolares y la raíz me-- sio bucal del primer molar.

3.- Bloqueo del Nervio Alveolar superior poste-- rior. Esta rama nerviosa inerva al seno maxilar y a los mola-- res, con excepción de la raíz mesiobucal del primer molar y

y la encía bucal alrededor de los molares.

Se le pide al paciente que abra la boca completamente, se retrae la mejilla con el dedo índice a medida que el paciente cierre poco a poco la boca, la aguja se inserta en el fondo del saco vestibular adyacente al área de la tuberosidad y se dirige distal y mesialmente. Durante esta maniobra se inyecta aproximadamente 2 ml. de solución anestésicas.

4.- Bloqueo del Nervio Palatino Mayor. Es un nervio muy útil para los procedimientos quirúrgicos que involucra la mucosa palatina adyacente al diente que se va intervenir.

Su bloqueo se lleva acabo depositando unas décimas de ml. de anestesia, en 6 al lado del agujero palatino mayor que se localiza sobre el segundo molar a 1.5 cm. hacia la línea media del paladar. Bloquea la mucosa palatina a lado de la zona de los molares y los premolares.

5.- Bloqueo del Nervio Nasopalatino. Es el mayor de las ramas nasales, emerge del canal nasopalatino para inervar la mucosa del paladar, sobre los incisivos y los caninos.

Se bloquea inyectando unas décimas de ml. de anestesia, dentro del agujero nasopalatino, que se localiza identificando la papila incisiva, atrás de los incisivos centrales y pasando la aguja através de la papila incisiva hasta el agujero nasopalatino. Cuando se hace una buena anestesia se bloquea la mucosa palatina sobre los dientes anteriores.

CAPITULO VI

TECNICA QUIRURGICA DEL CANINO SUPERIOR INCLUIDO.

La técnica quirúrgica para la extracción del canino, varia en el tipo de incisión y sutura según la posición en que éste colocado, los demás tiempos quirúrgicos son similares.

Quando el canino esta en posición palatina la vía de acceso será por palatine; cuando se encuentra en posición intermedia la vía de acceso será por vestibular y palatina; y cuando el canino se encuentra en posición vestibular se debe eliminar por vía vestibular.

a) POSICION PALATINA:

Para la extracción del canino superior incluido -- en posición palatina siendo la más frecuente ésta posición. Se efectuara de la siguiente manera:

Incisión: Se hace con un bisturí del número 3 y -- con hoja del número 12 ó 15, en los espacios interdentes -- palatinos comensando con los espacios entre los premolares -- alrededor de la fibras gingivales. libres palatinas y espacios interdentes hasta el área de premolares del lado -- opuesto.

Después de la incisión se procede a desprender el colgajo mucoperiostico, el cual se desprende del hueso con -- una legra. La legra se insinúa entre la arcada dentaria y la fibromucosa palatina y con pequeños movimientos sin herir ni desgarrar la encía se desprende la fibromucosa hasta el hueso de la bóveda palatina.

El calgaje debe ser amplio de modo que sea visible el campo operatorio y que no sea traumatizado en el curso de la intervención, para esto hay que mantenerlo inmóvil con unas pinzas de disección.

Osteotomía: Se elimina el hueso que cubre al canino superior incluido con fresa quirúrgica, quedando al descubierto la corona retenida y parte de la raíz.

Se utiliza una fresa quirúrgica redonda o de fisura, se hacen orificios circundando la corona y el primer tercio radicular, la fresa tiene que tocar la corona del canino. Los orificios se unen con la fresa seccionando el hueso que los separa, la tapa ósea se levanta con una legra.

Odontosección: ya que el diente está visible y con fácil acceso se cortará a nivel del cuello con fresa de fisura dirigida perpendicularmente al eje mayor del canino. Si la región cervical no es accesible se cortará el diente a nivel de la corona, se desgastará antes el esmalte.

Extracción de los fragmentos seccionados: La extracción de la corona del canino incluido superior se hace con un elevador, entre la cara del canino que mira hacia la línea media y la estructura ósea, haciendo movimientos de palanca tomando como apoyo el borde óseo, girando el mango del elevador.

La extracción de la raíz del canino incluido es más sencilla, se introduce la punta del elevador entre la raíz y la pared del hueso, con apoyo sobre el borde óseo, girando el mango en el sentido, que se quiere desplazar el canino, el elevador estará actuando como una rueda.

Una vez movilizados los fragmentos, se retiran de la cavidad con una pinza Kelly.

Tratamiento de la cavidad ósea: Ya extraído el canino incluido se procede a eliminar las virutas óseas que -- puedan quedar. Para eliminar el saco pericoronario del canino se utiliza una cucharilla o legra, se alisan los bordes de la herida ósea con limas para hueso o con fresa quirúrgica.

Con una jeringa se irriga aguas salinas para limpiar la herida, antes de suturar.

Sutura: Se coloca el colgajo en su sitio original readaptandolo perfectamente, se hacen tres o cuatro puntos aislados con sutura de cera negra de 3-0 y una aguja curva pequeña a través de los espacios interdientales anudando sobre labial.

b) POSICION VESTIBULAR:

La técnica para la extracción del canino superior incluido en posición vestibular es: ya localizada la inclusión se procede hacer la incisión de media luna ó de Newman semitrapezoidal o trapezoidal, la extensión de ambas estara determinada por el área de inclusión.

La insición de media luna se extiende desde el --- frenillo labial hasta el área de premolares, la curvatura de be ir apuntando hacia el borde gingival.

Los demás tiempos quirúrgicos se haran similarmente a la técnica descrita anteriormente.

Sutura: Se hacen dos o tres puntos aislados de sutura de seda negra de 3-0 con aguja curva pequeña.

c) POSICION INTERMEDIA:

La posición más común de la inclusión intermedia es cuando la corona esta sobre el paladar y la raíz sobre las puntas de los premolares, cerca de la corteza bucal.

Técnica quirúrgica: La exposición palatina se hace de la manera acostumbrada, y se extrae la corona. Se hace un colgajo bucal separado en la región sugerida por los hallazgos radiográficos y clínicos, generalmente por encima y entre los premolares del mismo lado. La extirpación cuidadosa de hueso descubrirá la extremidad radicular de la inclusión, que puede empujarse desde la abertura bucal hasta la herida palatina. Los dos sitios quirúrgicos se cierran.

d) CUIDADOS POSTOPERATORIOS:

Estos cuidados postoperatorios, como su nombre lo dice se hacen después de la cirugía, es necesario decirle al paciente que siga estos cuidados al pie de la letra, para evitar ciertas complicaciones.

1.- Inflamación. La inflamación postoperatoria llamada edema es la acumulación de líquido entre las células las cuales alcanzaran su punto máximo en 48 horas posteriores y después comenzarán a disminuir.

Para reducir la inflamación se coloca una bolsa de hielo en pedacitos envuelto en una toalla, aplicandose en la zona quirúrgica, durante las primeras 24 horas. Después de la aplicación de hielo que es cada media hora, se aplicara una bolsa de agua caliente de la misma forma que el hielo hasta que la inflamación haya disminuido.

Si la inflamación no cede y por lo contrario es -- peor en el tercer día será mejor consultar al medico cirujano.

2.- Enjuagues. El paciente no puede abrir mucho la boca por lo que no se recomienda cepillarse la boca, sino -- que se enjuague suavemente después de cada alimento un día -- después de la intervención, para que los residuos de comida no se acumulen.

3.- Reparación. No jugar con la herida en la cavidad bucal ya sea con los dedos, palillo de dientes o lengua, debido a que se irrita la herida pudiendo sangrarse o infectarse.

4.- Alimentación. Tomar una dieta blanda o líquida durante las primeras 24 horas. Tomar mucho líquido, nada de alimentos grasos e irritantes por tres días posteriores a -- la intervención. Evitar traumatizar la herida durante el -- acto masticatorio.

5.- Evitar. Hay que evitar cualquier esfuerzo músc-- ular de la región bucal que pueda provocar desgarrro de los bordes y la dehiscencia de la herida.

6.- Dolor. Es frecuente que se presente dolor postoperatorio, puede ser de tipo leve al tipo fuerte o prome-- dio. Se receta analgesicos de acuerdo al tipo de dolor.

7.- Si ocurre cualquier sintoma poco usual, llamar o acudir al consultorio.

Sutura; los puntos de sutura se retiraran de cua-- tro a cinco días, lavando la herida antes y después de qui-- tar los puntos procurando que sea indoloro.

Se citara al paciente después para observar la evo-- lucion de la cirugía.

CAPITULO VII

COMPLICACIONES EN LA CIRUGIA DEL CANINO SUPERIOR INCLUIDO.

Las complicaciones que se presentan en el transoperatorio y el postoperatorio de la intervención quirúrgica -- del canino superior incluido deben estar en el conocimiento del odontólogo, para no intervenir sin previa y profunda --- evaluación de las estructuras anatómicas y quirúrgicas.

Dentro de estas complicaciones, existen desde las que no representan la mayor importancia hasta las que ponen en peligro la vida del paciente. Es posible y recomendable -- desde el punto que se vea impedir que se produzcan, pero des pués y desgraciadamente ya en el transcurso se necesita mano firme, saber dar el diagnóstico exacto, actuar con decisión y conocer el vasto campo bucal!

a) COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS:

Las complicaciones que suceden en transoperatorio y que debemos como odontólogos evitar ó saber tratar son:

1.- Complicaciones de la Anestesia.

2.- Complicaciones por Instrumentación Defectuosa.

1.- Complicaciones de la Anestesia, en la anestesia sus inconvenientes se pueden traducir en complicaciones que a continuación detallaremos.

a) Síncope.- Podemos decir que el síncope dentro de la práctica odontológica es el factor común a tratar en -- nuestras urgencias, podemos decir que el síncope es una ---

racción sistematizada y sistémica, derivada de un estímulo psíquico-neurológico.

Al referirnos directamente sobre el síncope como entidad nosológica debemos definirlo como resultado en esencia de la súbita alteración metabólica que en un momento determinado sufre el cerebro al reducirse el torrente circulatorio que sobre éste revierte, situandolo a expensas de hipotensión.

Agregaremos que dentro del síncope el temor natural al tratamiento dental que en mucho conocemos y que el paciente desconoce puede llevarlo a una reacción en cadena que tiene por objetivo la vasodilatación generalizada y fallas del retorno sanguíneo al corazón.

El síncope comprende atónia generalizada de los músculos con franca incapacidad para sostenerse, también hay inconciencia. Generalmente el paciente es advertido del desmayo debido al malestar generalizado, vértigos, confusión sensorial, bostezos o deja abierta la boca, trastornos visuales, auditivos que se acompañan de náuseas y a veces de vómitos, hay palidez intensa y transpiración fría. La profundidad de la pérdida del conocimiento así como su duración varían, el pulso es poco amplio y a veces no se siente, la presión arterial es baja y la respiración casi imperceptible.

Tratamiento. Debe colocarse al paciente en posición de Trendelenburg, todas las ropas han de ser aflojadas y la cabeza rotada hacia uno de los lados para evitar se bloquee el paso del aire por la garganta, se aplicará toalla fría en la cara y cuello, se le hará inhalar amoníaco con cautela, no se incorporara hasta que se pierda la sensación de debilidad nunca se debe administrar oxígeno puro al pa-

ciente por el peligro que representa, provocar una reacción de parocardiorespiratorio irreversible y el paciente muera, esto debido a la excitación del centro respiratorio.

b) Paro Cardíaco. Dentro de las urgencias esta en la más grave de todas pues es la raya que separa la vida de la muerte, el paro puede presentarse sin haber causales aparentes aunque puede presentarse secundario a la aplicación de un medicamento como reacción a la aplicación de algún -- anestésico.

El termino cardíaco puede situarnos como una palabra que en mucho puede significar muerte súbita y el éxito del tratamiento radica en la rapidez con que se descubra el paro y la asistencia médica necesaria para evitar la muerte biológica por daños a los tejidos nerviosos aunque ya exista la muerte clínica.

La determinación del paro cardíaco radica en la -- presencia o inexistencia de pulso y tensión arterial, siendo el pulso el único aparato disponible al odontólogo para determinar la existencia de vida, debiera observarse las pupilas debido a la irrigación del corazón sobre el tejido nervioso, si al observarse las pupilas estas aparecen dilatadas deberemos suponer la existencia de sufrimiento por parte del tejido nervioso y sin dilación atender dicho paro.

Las medidas a ejercer serán las esenciales en tanto se transporta al paciente a una unidad hospitalaria donde lo valoren y atiendan manos expertas, estas medidas se centraran en ventilación artificial o sea respiración boca a boca o instalación de oxígeno, masaje cardíaco con tórax cerrado alternando con respiración artificial o en caso más severo y después de que la ayuda médica no se hubiere presentado

haciendo mención que sólo manos expertas pueden practicarlo se efectuara el masaje cardiaco con tórax abierto o masaje cardiaco directo, antes de poner en práctica este último tenemos como odontólogos un lapso de 4 a 5 minutos en los que podemos llamar una ambulancia como para practicar cualquier otra forma de ayuda sin abrir la caja torácica.

e) Shock. Es una deficiencia circulatoria con origen cardiaco y vasomotor, el shock en sí es una falla en el intercambio extra e intracelular de líquidos con consecuencias de hemoconcentración, siendo la complicación quirúrgica más frecuente.

Podemos referir como causas las siguientes; debido al mantenimiento de la presión arterial, tenemos como factores que dependen del gasto cardiaco y del tono vasomotor periférico, sin embargo la reducción acentuada en cualquiera de estas variables, sin la respectiva elevación compensadora de la otra, produce hipotensión sistémica. La reducción del volumen cardiaco debido a la hipovolemia o infarto agudo al miocardio, esta entre las causas más frecuentes y fáciles de catalogar por el odontólogo.

Es de mencionar el shock traumático después o durante el acto quirúrgico prolongado. El shock atraviesa por varios estadios:

Shock Primario, es un período pasajero se debe la disminución del retorno venoso y baja del volumen cardiaco.

Shock Secundario, aparecen signos característicos la piel se vuelve fría, pálida y sudor viscoso.

Tratamiento, administración de analgésico o narcótico por vía intravenosa mantentangase en posición adecuada al paciente (cabeza más baja que los pies), si es por hipo

volemia administrece expansores de volumen sanguíneo como el plasma etc., sólo si el odontólogo cuenta con todo lo necesario, si no es así es preferible llevarlo a un hospital.'

Para el odontólogo que incursiona en la práctica médica es de vital importancia saber cuando hay presión central alta ó baja durante el transcurso del shock una ayuda o guía es el observar las venas yugulares externas, el tratamiento es más efectivo si va dirigido a la etiología que produjo el shock.

d) Infarto Al Miocardio. Dentro de la práctica odontológica es raro atender infartos en el consultorio, pero pueden verse después de un choque quirúrgico ó durante la intervención, consecuencia de una gran cantidad de sedación o administración de anestésicos. En los momentos posteriores al ataque es necesario que el odontólogo sepa valorar e identificar las causas de los síntomas que van presentandose durante el transcurso del infarto.'

La sintomatología inmediata es dolor leve retrosternal, simulando una indigestión con irradiaciones al hombro y brazo izquierdo, quizá se presente diarrea, dolor gástrico o vómito en menor escala, este dolor puede progresar y degenerar hasta hacerse insoportable sin ceder al descanso, presentandose disnea anoxia, sudor frío y profuso, desplome de la presión arterial, etc.

El tratamiento debe ser dado sin la pérdida de tiempo ni la duda mínima ya que la vacilación o la falta a cualquiera de los parámetros significa la vida del paciente.'

El tratamiento a seguir es:

1.- Colocación del paciente en la posición de trendelenburg.'

2.- Administración de Oxígeno.

3.- Se procura mantener permeable tanto las vías aéreas como una vena para la perfusión de líquidos y medicamentos.

4.- Se administraran para el alivio del dolor morfina de 10 a 15 mg. I.M.

5.- Se traslada al paciente al hospital más cercano, para su valoración y atención debida.

e) Aguja Dental Rotas: La mala técnica en la causa más frecuente de la rotura de las agujas, para evitarse deben seguir las siguientes indicaciones:

1.- No usar agujas viejas.

2.- No usar agujas de diámetro 2 mm. use una aguja por lo menos de 42 mm. y de diámetro 4 ó 5 para inyección troncular.

3.- Conocimiento de estructuras anatómicas por la que pasará la aguja.

4.- Localización de puntos de referencia con el dedo índice.

5.- Pase la aguja sin detenerse.

6.- No aplique presión lateral para cambiarla de dirección.

7.- No forzar la aguja a través de los tejidos duros.

8.- No introducir la aguja hasta la unión de la jeringa.

Siempre se le debe decir al paciente si es que esto ha sucedido para proceder a su extracción, por tranquilidad de este.

Localización de la aguja rota:

1.- Se hace otro inyección con jeringa Luer en dirección y profundidad de la aguja rota.

2.- Se toman radiografías, postero anteriores y laterales de la cabeza.

3.- Déjese la aguja en su lugar desconectando la jeringa Luer, fijese con sutura de seda la aguja guía.

4.- Tomese radiografías con aguja guía.

5.- Las radiografías nos mostraran si esta o no cerca de la aguja rota sino habrá que sacarla y volverla a insertar para estar seguros de su ubicación, durante la eliminación quirúrgica de la aguja rota.

Después se procedera a su extirpación quirúrgica con anestesia local o general, haciendo una incisión sin profundizar y haciendo disección con instrumentos romos, proceder de acuerdo a nuestro criterio. En el postoperatorio con gárgaras de agua salada tibia y goma de mascar.

2.- Complicaciones por Instrumentación Defectuosa. Este problema puede evitarse siguiendo los principios quirúrgicos, una buena técnica y controlando la fuerza que se ha de emplear. Pero aun así y por desgracia se llegan a producir. Y a continuación detallaremos:

a) Lesiones Oseas:

Fractura del borde alveolar. Se produce por la presión mal ejercida y en un sitio inadecuado con los elevadores.

En algunas ocasiones el hueso fracturado queda adherido al diente extraído o permanece dentro de la herida. Cuando el hueso fracturado sale junto con el diente, la parte que rodea al alveolo queda áspera, se alizan los bordes -

irregulares del hueso con una lima para hueso.

Si el trozo de hueso alveolar fracturado queda en la herida, es pequeño y se ha desprendido de su inserción --perióstica,, se retira y se alisa la cavidad ósea. Cuando la fractura es grande y su inserción perióstica esta intacta se coloca en su posición normal por medio de presión digital y se fija con puntos pasando por el tejido blando suprayacente.

b) Traumatismos del Tejido Blando. Cuando se utilizan instrumentos punzo cortantes o cualquier instrumento odontológico, es de vital importancia el cuidadoso uso del mismo y la suficiente habilidad para no lacerar o desgarrar la mucosa gingival, lengua, piso de la boca, carrillos, labios, etc. Son accidentes frecuentes,, se producen por la pérdida de control de los instrumentos.

Las laceraciones o desgarros limitados no son lo suficientemente profundos como para asegurar el cierre con planos, y se tratan después de terminar la cirugía. En cambio cuando son desgarros o laceraciones profundas deben tratarse inmediatamente; en la mayoría de los casos se procede a una sutura primaria sin desbridamiento. La hemorragia se controla generalmente por compresión digital sobre un pedazo de gasa colocado en la zona sangrante, aunque a veces es necesario ligar los vasos principales o los sitios que sangran.

c) Lesiones de los Dientes Adyacentes. El uso imprudente de pinzas o elevadores puede luxar, arrancar o fracturar las piezas adyacentes.

El tratamiento de cualquier lesión de los dientes vecinos dependen de la importancia del traumatismo. En el caso de una pieza floja con movilidad mínima, con el tiempo --

el diente adquirirá una buena adherencia. Si la movilidad es grande, será necesario estabilizarlo con una barra curva o con la tablilla adecuada. En el caso de un diente arrancado por completo debe extraerse si tiene poca importancia funcional. Cuando es importante y está sano, se fija inmediatamente en su lugar y se intentará estabilizarlo con férulas.

Si se fracturan pequeñas porciones de la corona de un diente adyacente, la corona lesionada debe ser recontorneada y pulida; pero si la fractura es más grande, se coloca una curación temporal y se efectúa la restauración más adelante.

Es casi imposible extraer un diente por equivocación en la práctica quirúrgica.

d) Lesiones del Tronco Nervioso. Una intervención quirúrgica puede ocasionar una lesión de gravedad variable sobre los troncos nerviosos.

En la cirugía del canino superior incluido los accidentes más importantes son los que tienen lugar sobre el nervio palatino anterior, puede consistir en sección, aplastamiento o desgarramiento del nervio. Son poco frecuentes estas lesiones.

e) Lesiones del Seno Maxilar. El accidente suele deberse a negligencia o a la aplicación de técnicas inadecuadas, aunque es importante mencionar que pueden ocurrirle al odontólogo más experimentado. Las lesiones del seno maxilar son:

1.- Perforación del piso del seno maxilar.

2.- Penetración de un diente o una raíz en el seno maxilar.

1.- Perforación del piso del seno maxilar o Antro de Highmore. Cuando las radiografías revelan que el canino superior incluido esta cerca o descansa una parte en el piso sinusal, hay que operar con destreza y cautela para no -- provocar la perforación del piso del seno, pero a pesar de -- todo lo llegamos a perforar con algún instrumento; elevador, cucharilla, etc.

Tratamiento. Generalmente el coágulo se encarga de obturar la perforación, basta colocar una torunda de gasa en la comunicación del seno para que favorezca la hemostasis, o una punta de sutura que acerque los bordes, establece mejores condiciones para la contención del coágulo.

Algunas veces el coágulo se retrae y se desprende se realiza una pequeña plástia.

2.- Penetración de un diente o una raíz en el seno maxilar. Esto sucede al tratar de exponer el canino superior incluido por lo regular en posición vestibular, puede presentarse también al exponer otros dientes.

La raíz o diente penetra en el Antro desgarrando -- la mucosa sinusal y se sitúa en el piso del seno, se desliza entre la mucosa del seno y el piso óseo quedando cubierto -- por la mucosa.

Para su extracción el examen radiográfico nos revela la ubicación exacta de la raíz o del diente. El tratamiento se podrá hacer en la misma sesión o posteriormente a ella, de acuerdo al criterio del cirujano.

Para su extracción es por medio de la operación -- de Caldwell-Luc, siguiendo los pasos siguientes:

1.- La vía de elección para su búsqueda es por -- vestibular.

2.- Se anestesia. .

3.- Se eleva el labio superior con separadores.

4.- Se realiza una incisión en forma de U a través del mucoperiostio hasta el hueso.

5.- Se realizan incisiones verticales a nivel del canino y segundo molar, desde el sitio inmediatamente superior a la inserción gingival hasta más allá del repliegue mucobuéal.

6.- Se hace una línea horizontal conectando las dos incisiones verticales en la mucosa alveolar, varios milímetros arriba de la inserción gingival de los dientes.

7.- Se despega el tejido del hueso con elevadores de periostio, llegando hacia arriba hasta el canal infraorbitario

8.- Se cuida de no traumatizar el nervio.

9.- Se hace una abertura en la pared facial del antro arriba de las raíces de los premolares, utilizando un cincel o fresa quirúrgica, agrandándola con un osteótomo y así permitir la inspección de la cavidad. La abertura debe ser alta para no tocar las raíces de los dientes.

10.- Se procede a extraer la raíz o el diente con una cureta y unas pinzas adecuadas.

La extirpación radical de la mucosa del seno no se requiere en todas las ocasiones, pero si se cree necesario - quitarla, se hace fácilmente con elevadores y raspas para periostio.

Se limpia la cavidad; se coloca de nuevo en su lugar el colgajo del tejido blando y se sutura sobre el hueso con puntos separados de seda negra 3-0 dejándolos de 6 a 7 días.

b) COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

Infección.- Consiste en infección o colección de pus en la herida, se forma en el sitio de la operación o su vecindad.

La infección es causada cuando la intervención es prolongada, cuando la contaminación es inevitable o por instrumental mal esterilizado.

La mayoría de las infecciones postoperatorias de la herida son causadas por estafilococos y bacterias entéricas gran negativas.

Cuadro clínico de infección. El principal signo es la fiebre y ocurre por lo común después de la intervención - 2 ó 3 días. En ocasiones el diagnóstico radica sólo en signos de inflamación local.

Para su tratamiento la administración de antibióticos logra desaparecer la infección.

Hematoma.- El hematoma es un derrame de sangre en los tejidos, y da por resultado una masa de aspecto tumoral. Se caracteriza por el aumento de volumen a nivel del sitio operado y un cambio de color de la piel vecina. Siguiendo las variaciones de la transformación sanguínea. Este cambio de color de piel dura varios días y termina en el octavo o noveno día.

El hematoma que se produce después de la cirugía - en la cavidad bucal consiste en la difusión de sangre, siguiendo planos musculares, ó a favor de la menor resistencia que le oponen a su paso los tejidos vecinos del lugar donde se ha practicado la cirugía.

Tratamiento.- Colocar una bolsa de hielo durante -

24 horas, seguidas de calor para facilitar la absorción de la sangre.

Hemorragia.- Aquellos que manejamos el campo bucal estamos consientes de los problemas que nos ocasiona el continuo movimiento de la boca. El odontólogo se enfrenta a inconvenientes como no poder tener técnicas comunes ni practicar sutura por planos anatómicos y en contrario se practican cierres semiabiertos sobre alveolos que regulan sangre por los vasos abiertos en sus paredes recientemente traumatizadas. Sin embargo la naturaleza obra de manera espontanea para llevarla a cabo.

Causas: Bioquímicas y mecánicas, son las primordiales en nuestro campo.

Bioquímicas.- Dependen de la anomalía de los elementos sanguíneos o del sistema vascular que impiden la normal formación del coágulo o de su organización posterior y tienen su origen en padecimientos como la hemofilia, trastornos hepáticos, discracias sanguíneas, etc.

Para su tratamiento debe verse dos tipos de pacientes el habitual que hemos atendido y el que ha operado otro cirujano. Los hemofílicos poseen una historia familiar típica y característica; un caso especial es el del hemofílico idiopático el cual presenta antecedentes de varones muertos por hemorragias incoercibles sin un tiempo de coagulación anormal y así tomar por sorpresa al desprevenido.

Mecánicas.- Resultan de la lesión o sección de vasos de cualquier calibre, sin interrupción por no formarse el coágulo o porque se rompe o porque es expulsado del sitio de su origen y se condicionan según el calibre del vaso, sea

arteria o vena, la cantidad de vasos o el trauma postoperatorio.

La hemorragia mecánica se clasifica en primaria y secundaria.

Primaria. En el transoperatorio cuando se ha suturado la región quirúrgica, la hemorragia cesa en los pacientes normales si no cesa a los 4 ó 5 minutos de terminada la cirugía se le debe controlar durante el postoperatorio inmediato. La hemorragia puede ser de tejidos blandos o del hueso.

Tratamiento. Si se secciona alguna arteria emergente se debe cohibir la hemorragia con un instrumento como o colocar cera para hueso sobre el orificio sangrante. Cuando la hemorragia es en los tejidos blandos se trata por medio de la sutura.

Secundaria. Se produce la hemorragia secundaria -- después de las 24 horas de la cirugía. Puede ser por la ruptura del coágulo sanguíneo.

Tratamiento local. Se puede utilizar uno de los métodos que se detallan a continuación:

1.- Si las suturas se han aflojado, se anestesia la zona y se coloca una sutura continua, firme sobre el lugar de la hemorragia.

2.- Aplicar un vasoconstrictor directamente en la zona sangrante. Una esponja embebida en epinefrina; esto produce la constricción del vaso sanguíneo hasta que se forme un nuevo coágulo

3.- Aplicar un agente local para acelerar la coagulación, como trombina, fibrinógeno y tromboplastina. Estas sustancias se colocan sobre una gasa y se mantienen por pre-

sión en las ZONAS sangrantes.

Sinusitis Maxilar. Se estima que el 10 al 15 % de sinusitis maxilar son de origen dental o relacionado con él.

Por lo general se presenta después de la abertura accidental del seno maxilar durante la extracción del canino superior incluido o de otro diente, penetración de raíces y de dientes completos en el antro durante la extracción e infecciones introducidas a través del piso del antro por dientes con abscesos apicales y parientales.

Síntomas.- Dolor de cabeza y dolor facial, sensibilidad e inflamación con obstrucción nasal, algunas veces causa malestar de la garganta y tos, sensación de dientes grandes o dolor de dientes.

Tratamiento.- Guardar reposo, recetar sedantes, -- analgésicos, anticongestionantes nasales por vía bucal, antibióticos generales, frecuentemente producen una rápida resolución de la infección. Dieta ligera y líquidos.

Los senos no deben ser manipulados durante la infección aguda. La irrigación del antro se hará sólo después de que la inflamación aguda haya desaparecido.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES:

En mi opinión particular y después del estudio de las diferentes inclusiones he dado el segundo lugar de frecuencia al canino superior, así como la posición más frecuente del canino superior incluido la catálogo en la región palatina, pero existen posiciones intermedia y vestibular.

No halle una relación con el sexo.

El factor hereditario se hace una causa en la inclusión del canino superior, así como también la pérdida prematura de los dientes anteriores deciduos.

El canino superior incluido puede presentar trastornos de tipo nervioso, mecánico, infeccioso y tumoral acompañando al padecimiento o no.

En su tratamiento quirúrgico el canino superior incluido, determina la técnica quirúrgica según la posición en la que se encuentre, al igual que la técnica de anestesia.

Durante el transoperatorio el factor más importante es la elaboración de una buena técnica quirúrgica y especial control del instrumental quirúrgico, así como el estudio amplio de la historia clínica del paciente.

En mi práctica odontológica sobre tratamiento del canino superior incluido me llamo la atención, durante el postoperatorio la inflamación especial del área quirúrgica así como las circunvecinas.

Al término he visto que sólo la experiencia en el manejo del múltiple instrumental, así como las diversas técnicas nos dan el verdadero estilo y la técnica especial a ca

da odontólogo que práctica dichas intervenciones.

Durante y después de estas intervenciones, gracias a los conocimientos generales y actuales no tenemos más que exitosas intervenciones quirúrgicas, sin embargo se presentan gran cantidad de complicaciones como: Hematomas, infección, etc. Que fueron ya explicadas y a las cuales podemos dar rápido tratamiento y pronta recuperación.

BIBLIOGRAFIA.

ANATOMIA DENTAL

Harry Sicher y

Lloyd DuBrul

Editorial Interamericana. México.

6a. Edición 1978.

ANATOMIA DENTAL Y DE CABEZA Y CUELLO

Martin J. Dunn y

Cindy Shapiro

Editorial Interamericana. México.

1a. Edición 1978.

ANATOMIA HUMANA TOMO I Y II

Fernando Quiróz Gutiérrez

Editorial Porrúa. México.

22a. Edición 1981.

CIRUGIA BUCAL

Guillermo A. Ries Centeno

Editorial "El Ateneo". Buenos Aires.

8a. Edición 1980.

CLINICA CIRUGIA MAXILO FACIAL

Editorial "Alfa". Buenos Aires.

3a. Edición 1959.

DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO

Dr. Marcus A. Krupp

Dr. Milton J. Chatten

Editorial El Manual Moderno. México.

17a. Edición 1982.

DICCIONARIO ODONTOLOGICO

Avellanar Giro D.

Editorial Mundi. Buenos Aires.

3a. Edición 1978.

DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS

Dr. José Ma. Mascaró y Percar

Editorial Salvat. México.

11a. Edición 1974.

EMBRIOLOGIA MEDICA

Dr. Jan Langman

Editorial Interamericana. México.

3a. Edición 1976.

EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA

Frank M. Mc. Carthy

Editorial "El Ateneo". Buenos Aires.

3a. Edición 1981.

ENFERMERA DE QUIROFANO

Shirley M. Brooks.

Editorial Interamericana. México.

2a. Edición 1981.

EXODONCIA

C.D. José de Jesús Romero Gonzales

Facultad de Odontología. U.N.A.M.

2a. Edición 1981.

**FARMACOLOGIA, ANALGESIA, TECNICAS DE ESTERILIZACION
Y CIRUGIA BUCAL EN LA PRACTICA DENTAL**

Dr. Martin J. Dunn, Donald F. Booth y

Marie Clancy

Editorial El Manual Moderno, S.A. México.

1a. Edición 1980.

MEDICINA INTERNA

Harrison

Editorial La Prensa Médica Mexicana, S.A.

5a. Edición en español 1984.

MEDICINA INTERNA Y URGENCIAS EN ODONTOLOGIA

Martin J. Dunn y

Donald F. Booth

Editorial El Manual Moderno, S.A. México.

1a. Edición 1980.

PROPEDEUTICA FUNDAMENTAL

Manuel Ortega Cardona

Editorial Mendez Oteo. México.

13a. Edición 1981.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
Gustav O. Kruger
Editorial Interamericana. México.
4a. Edición 1980.