

330

201

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología



**MANEJO DE LOS DIENTES RETENIDOS
EN PACIENTES EDENTULOS.**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MA. DEL PILAR NAVARRETE REAL

México, D. F.

1986



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.

I N D I C E

MANEJO DE LOS DIENTES RETENIDOS EN PACIENTES EDENTULOS

INTRODUCCION

TEMA I - GENERALIDADES DE LOS DIENTES RETENIDOS

- 1.- Etiología de los dientes retenidos
- 2.- Clasificación de los dientes retenidos
- 3.- Etiopatogenia (problemas producidos por los dientes retenidos)

TEMA II - LOS DIENTES RETENIDOS Y LA PROTESIS

TEMA III - INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE LOS DIENTES RETENIDOS

TEMA IV - TECNICA QUIRURGICA

- 1.- Preoperatorio
- 2.- Intraoperatorio
- 3.- Postoperatorio

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N

El tema de Dientes retenidos ha sido ampliamente estudiado; se han hecho investigaciones y estadísticas, se han formulado teorías acerca de su etiología, clasificaciones, y la manera de prevenir los problemas que puedan originarse.

En este trabajo únicamente se mencionan algunas teorías, de las más importantes. Aquí se tratará de hacer una recopilación de información para quienes se interesen en este padecimiento; información que me será de gran utilidad para el desarrollo y ejercicio de mi profesión.

Existen innumerables padecimientos originados por los dientes retenidos, que dan como resultado un desequilibrio en el balance de la Salud en general del organismo; se ve como padecimiento inofensivo, pero en realidad todo se deriva de la retención de uno o más dientes.

DIENTES INCLUIDOS

Y

DIENTES RETENIDOS

Son dientes incluidos los aislados que no brotan generalmente por falta de fuerza. Dientes retenidos son los que no pudieron brotar por la presencia de alguna barrera física en su trayectoria de erupción.

La falta de espacio debido al apiñamiento de los arcos dentales o la pérdida temprana de dientes primarios con el consiguiente cierre del espacio que ocupaban es un factor común de la etiología de los dientes parcial o totalmente retenidos. Más común todavía es la rotación de los gérmenes dentales cuyo resultado son dientes "orientados" en una dirección errada porque su eje mayor no es perpendicular a la trayectoria normal de erupción.

Puede quedar retenido cualquier diente, pero algunos son afectados con mayor frecuencia que otros. Es así que los terceros molares superiores e inferiores y los caninos superiores son los retenidos más frecuentemente, seguidos de los premolares y dientes supernumerarios. De los terceros molares, los inferiores son más propensos a tener retención más intensa que los superiores.

El tratamiento de un diente retenido depende en gran medida del tipo de pieza que se trate y de las circunstancias particulares. En algunos casos con un canino retenido, es posi-

ble, mediante una intervención quirúrgica y un aparato de ortodoncia adecuado, llevar al diente a oclusión normal. Sin embargo, la mayoría de los dientes retenidos deben ser extraídos quirúrgicamente. Debido a su localización, las piezas retenidas pueden resorber las raíces de los vecinos. También producen dolor periódico e incluso trismo, particularmente cuando la infección aparece en dientes de retención parcial. Asimismo, se ha descrito la presencia de dolor irradiado de los dientes retenidos.

En torno a la corona de una pieza retenida puede desarrollarse un quiste dentífero y producir el desplazamiento del diente y destrucción ósea. En un estudio de Dachi y Howell, el 37 por 100 de los terceros molares inferiores retenidos y el 15 por 100 de los terceros molares superiores retenidos presentaban una zona radiolúcida sobre la corona. Alrededor del 10 por 100 de estas imágenes radiolúcidas eran de un tamaño tal que se les podría considerar como quistes dentíferos.

Además se observó la presencia de ameloblastomas en la pared de estos quistes.

A veces, dientes completamente incluidos en el hueso presentan resorción de la corona o de esta y la raíz. Stafne y Austin señalaron que aunque por lo común esta resorción comienza en la corona, la destrucción de todo el epitelio adamantino no es un requisito previo para el comienzo de la resorción.

En algunos casos, solo se destruye una cantidad limitada de epitelio, y el tejido conectivo entra en contacto con la

corona y así inicia el proceso de resorción. Estos investigadores registraron que los dientes de retención total son los más propensos a presentar resorción. En un estudio de 226 dientes retenidos en los cuales había resorción, hallaron que el 78 por 100 de los dientes estaban en el arco superior y que el 60 por 100 de estos eran caninos.

Este hallazgo es desudado y significativo porque aunque los terceros molares superiores e inferiores superan por mucho a los caninos superiores en la frecuencia de retención, los caninos sufren resorción con mayor frecuencia que los terceros molares. La razón de esto es desconocida. Los dientes supernumerarios retenidos, particularmente el mesiodens, también están propensos a ser resorbidos. El cuadro radiográfico presentado por estos dientes es poco usual, en particular cuando la resorción es en la corona del diente.

Frecuentemente, la destrucción irregular hace pensar que el diente retenido o incluido tiene caries, cosa obviamente imposible.

Los dientes retenidos también causan la resorción de las raíces de dientes adyacentes sin experimentarla ellos mismos.

Esto es muy común en el caso de terceros molares inferiores con retención horizontal o mesioangular que presionan las raíces del segundo y el tercer molar, y la presión del último activa las células de resorción, estableciendo así el terreno propicio para la destrucción dental.

CAUSAS DE LOS DIENTES RETENIDOS

Como causa de la retención parcial o total de dientes, parecen estar en primer plano factores mecánicos a base de una discrepancia disposicional entre la suma de la anchura de los dientes y el tamaño del maxilar.

La explicación teórica de los terceros molares retenidos que parece más lógica, es la de la reducción evolutiva gradual en el tamaño de los maxilares humanos.

Esto da por resultado maxilares demasiado pequeños para acomodar los terceros molares. En apoyo de esta teoría observamos la ausencia congénita de algunos terceros molares o su aspecto rudimentario. Es verdad que otros dientes también presentan ausencia congénita o malformaciones, pero no tan frecuentemente como los terceros molares.

Nodine senala que, por lo menos desde hace doscientos años, se ha creído a la civilización responsable de la disminución o falta total de estímulo que excite un desarrollo adecuado de los maxilares humanos, un desarrollo que provea suficiente espacio para una erupción normal de todos los dientes.

Este estímulo perdido sería la fuerza necesaria para la masticación de alimento duro. Las dietas modernas no requieren un esfuerzo decidido en la masticación y esto de acuerdo con Nodine y otros, es la falta de estímulo de crecimiento de los maxilares y la razón por la que el hombre moderno tiene dientes retenidos.

Esta teoría está fortalecida por los hechos presentados por Nodine, y del examen efectuado en los maxilares y dientes de antiguos egipcios y modernos beduinos, esquimales del Norte, aborígenes australianos del Sur e indios de México, que demuestran que estos pueblos no tienen dientes retenidos. Su comida ya sea animal o vegetal o pecas, es simple: simple en variedad y simple en preparación. Su consistencia cuando está preparada es tal que requiere una masticación poderosa en el niño pequeño.

Nodine sugiere que "la mayor causa básica de los dientes retenidos o anormales en los adultos de Europa Occidental, -- Gran Bretaña e Irlanda, Estados Unidos y Canadá" es la alimentación artificial de los bebés: los hábitos de los niños; los alimentos dulces y blandos de niños y jóvenes.

CAUSAS LOCALES DE RETENCIÓN

Berger menciona las siguientes causas locales de retención: irregularidad en la posición y presión de los dientes adyacentes; densidad del hueso que lo cubre; inflamaciones crónicas continuadas, una membrana mucosa muy densa; falta de espacio por maxilares poco desarrollados; permanencia excesiva de los dientes primarios; enfermedades adquiridas; como son necrosis por infección o abscesos; cambios inflamatorios en el hueso por enfermedades exantematosas en los niños.

CAUSAS SISTEMICAS DE RETENCION

Las retenciones se encuentran, a veces, donde no existen condiciones locales presentes. En estos casos hay, según Berger:

I.- CONDICIONES SISTEMICAS DE RETENCION.

A. - Prenatales.

1) Herencia. 2) Mezcla de razas blancas y negras. 3) Sífilis. 4) Tuberculosis. 5) Desnutrición.

B. - Posnatales: causas que pueden interferir con el desarrollo del niño:

1) Raquitismo. 2) Anemia. 3) Sífilis hereditaria. 4) Tuberculosis. 5) Enfermedades exantematosas. 6) Falta de espacio en maxilares poco desarrollados. 7) Enfermedades de los maxilares y tejidos vecinos. 8) Disendocrinias.

II.- CONDICIONES RARAS:

A. - Disostosis cleidocraneal.

B. - Oxicefalia.

C. - Progeria.

D. - Acondroplasia.

E. - Fisura palatina.

Las mismas causas locales o sistémicas pueden ser el factor etiológico de dientes en mala posición o no erupcionados.

Se ha observado que los dientes retenidos se presentan en el siguiente orden de frecuencia: 1) Terceros molares inferiores, 2) Terceros molares superiores, 3) Caninos superiores, 4) Caninos inferiores, 5) Premolares inferiores, 6) Premolares superiores, 7) Incisivos centrales superiores, 8) Incisivos laterales superiores.

Los primeros molares superiores o inferiores raramente se presentan retenidos.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

La siguiente clasificación, sugerida por Pell y Gregory, - que incluye una parte de la clasificación de George B. Winter es una de las más excelentes:

A) Relación del diente con la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar:

CLASE 1:

Hay suficiente espacio entre la rama y el lado distal del segundo molar para la acomodación del diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE II:

El espacio entre la rama y el extremo distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE III:

Todo o casi todo el tercer molar está localizado en la rama ascendente.

B) Posición relativa del tercer molar en el hueso:

POSICION A: La porción más alta del diente está a nivel o por encima de la línea oclusal.

POSICION B: La porción más alta del diente está por debajo del plano oclusal, pero por encima de la línea cervical -- del segundo molar.

POSICION C: La porción más alta del diente está por debajo de la línea cervical del segundo molar.

C) La posición del eje largo del tercer molar inferior retenido en relación con el eje largo del segundo molar (de la clasificación de Winter):

- | | |
|--------------------|------------------------|
| 1.- Vertical. | |
| 2.- Horizontal. | Estos pueden |
| 3.- Invertida. | presentarse en: |
| 4.- Mesioangular. | a) Desviación bucal. |
| 5.- Distoangular. | b) Desviación lingual. |
| 6.- Bucoangular. | c) Torsión. |
| 7.- Linguoangular. | |

D) Factores que complicarán la técnica operatoria en la extracción quirúrgica del tercer molar inferior retenido:

- 1.- Curvatura anormal de las raíces.
- 2.- Hipercementosis.
- 3.- Proximidad al conducto dentario.
- 4.- Gran densidad ósea, especialmente en los pacientes an
cianos.
- 5.- Espacio folicular lleno de cemento o hueso, lo que --
observa con más frecuencia en los pacientes ancianos.
- 6.- Ocasionalmente, las coronas de los dientes retenidos
en pacientes ancianos, son parcialmente reabsorbidas
por actividad osteoclástica y luego la superficie ero
sionada es llenada con hueso por la actividad osteo--
blástica. El resultado es una anquilosis entre diente
y hueso, que necesita una remoción completa de todo -
el hueso alrededor de la corona antes que el diente -
pueda ser luxado, o dividido en secciones por la frc
sa. El escoplo no es muy efectivo para separar estos-
dientes anquilosados.
- 7.- Acceso difícil al campo operatorio causado por: a) --
Músculo orbicular de los labios. b) Incapacidad para-
abrir bien la boca. c) Lengua grande e incontrolable.

La extracción de los terceros molares inferiores reteni-
dos es un procedimiento quirúrgico complicado que incluye los
tejidos, músculos y parte el hueso más duro del esqueleto. -
La zona de operación es muy restringida y de difícil acceso;
está muy vascularizada e inundada constantemente por saliva, -
lo que hace necesario el uso continuo del aparato de succión.

Las variaciones en la posición del maxilar son similares en el maxilar superior que en el inferior.

La retención del molar puede ser intraósea o submucosa. - En este último término, pueden estar total o parcialmente retenidos.

Las distintas posiciones que el tercer molar puede ocupar en el maxilar superior, son las siguientes:

a) Posición vertical. El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.

b) Posición mesioangular. El eje del molar retenido está dirigido hacia adelante. En esta posición, la raíz del molar está vecina a la apófisis pterigoides. Esta posición y el contacto de las cúspides mesiales del molar superior retenido impiden su normal erupción; son frecuentes las caries en la cara distal de la raíz o corona del segundo molar superior.

c) Posición distoangular. El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara triturante del tercer molar mira hacia la apófisis pterigoides, con la cual puede estar en contacto.

d) Posición horizontal. 1.- El molar está dirigido hacia el carrillo, con el cual la cara triturante puede ponerse en contacto, dando los accidentes más arriba mencionados. 2.- La cara triturante del molar suele también dirigirse hacia la bóveda palatina o presentarse horizontal, forma rara, paralelo

a la arcada dentaria, con su cara oclusal hacia mesial o distal. El molar puede erupcionar en la bóveda.

e) Posición paranormal. El molar retenido puede ocupar diversas posiciones, que no se encuadran en la clasificación anteriormente dada.

La operación debe ser cuidadosamente planeada por adelantado, con planes de procedimientos distintos, para decidirse si en el curso de la operación se debe hacer algún cambio.

Basada en la posición anatómica.

1.- Profundidad relativa de los terceros molares superiores retenidos en el hueso:

CLASE A:

La porción inferior de la corona está a nivel con el plano oclusal del segundo molar.

CLASE B:

La porción inferior de la corona está entre el plano oclusal del segundo molar y la línea cervical.

CLASE C:

La porción inferior de la corona está en / o por encima de la línea cervical del segundo molar.

2.- La posición del eje largo del diente retenido en relación con el eje largo del segundo molar:

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| a) Vertical. | Estos suelen presentarse |
| b) Horizontal. | simultáneamente |
| c) Mesioangular. | en: |
| d) Distoangular. | a) Desviación bucal. |
| e) Invertida. | b) Desviación lingual. |
| f) Mesio angular. | c) Torsión. |
| g) Linguoangular. | |

FACTORES QUE COMPLICAN LA EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

Son los siguientes: aproximación del seno maxilar; colocación del tercer molar en parte dentro o por encima de las raíces del segundo molar superior; fusión del tercer molar con las raíces del segundo; curvatura radicular normal; hipercementosis; proximidad al proceso cigomático del maxilar, densidad ósea extrema, especialmente en pacientes mayores; espacio folicular lleno de cemento o hueso, lo que se ve más frecuentemente en pacientes ancianos; dificultad de acceso al sitiooperatorio a causa del músculo orbicular de los labios o incapacidad para abrir adecuadamente la boca.

NOTA: Es muy difícil obtener visión directa en esta zona, pueda o no el paciente abrir la boca. Es anatómicamente imposible hacer un colgajo grande en las zonas de los terceros molares superiores e inferiores.

CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

CLASE I: Caninos retenidos localizados en el paladar:

a) Horizontal. b) Vertical. c) Semivertical.

CLASE II: Caninos retenidos localizados en la superficie labial o bucal:

a) Horizontal. b) Vertical. c) Semivertical.

CLASE III: Caninos retenidos localizados en los huesos palatino y maxilar, ej.: la corona está en el paladar y la raíz pasa entre las raíces de los dientes adyacentes terminando en un ángulo agudo sobre la superficie bucal o labial del maxilar.

CLASE IV: Caninos retenidos localizados en el proceso alveolar, entre el incisivo y primer molar, en posición vertical.

CLASE V: Caninos retenidos localizados en un maxilar dentado.

La retención de los caninos superiores puede presentarse de dos maneras, de acuerdo con el grado de penetración del diente en el tejido óseo: retención intraósea, cuando la pieza dentaria está por entero cubierta de hueso, y retención subgingival, cuando parte de la corona emerge del tejido óseo pero está recubierta por la fibromucosa.

Los caninos pueden ser clasificados de acuerdo: 1) con el número de dientes retenidos; 2) con la posición que estos - -

dientes presentan en el maxilar; 3) con la presencia o la ausencia de dientes en la arcada.

1) La retención puede ser simple o doble, presentándose -ambos caninos retenidos.

2) Caninos situados en el lado palatino o situados en el lado vestibular,

3) Caninos en maxilares dentados o en maxilares desdentados.

De acuerdo con estos tres puntos se puede ordenar una clasificación que corresponda a todos los casos de estas retenciones.

CLASE I: Maxilar dentado. Diente ubicado del lado palatino. Retención unilateral: a) cerca de la arcada dentaria; b) lejos de la arcada dentaria.

CLASE II: Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado palatino. Retención bilateral, retención similar para el lado opuesto.

CLASE III: Maxilar dentado. Diente ubicado del lado vestibular. Retención unilateral.

CLASE IV: Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado vestibular. Retención bilateral.

CLASE V: Maxilar dentado. Caninos vestibulopalatinos (con la corona o raíz hacia el lado vestibular) (retenciones -

mixtas o transalveolares, según Gietz).

CLASE VI: Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado palatino; a) retención unilateral; b) bilateral.

CLASE VII: Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado vestibular; a) retención unilateral; b) retención bilateral.

CLASIFICACION DE LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS

Los caninos inferiores retenidos, al igual que los superiores, son susceptibles de encuadrarlos dentro de una clasificación, de la siguiente manera.

CLASE I: Maxilar dentado (esta consideración es a nivel del diente retenido). Retención unilateral. Diente ubicado en el lado lingual. a) Posición vertical. b) Posición horizontal.

CLASE II: Maxilar dentado. Retención unilateral. Diente ubicado en el lado bucal. a) Posición vertical; b) Posición horizontal.

CLASE III: Maxilar dentado. Retención bilateral. a) Dientes ubicados en el lado lingual. a') Posición horizontal. a2) Posición vertical. b) Dientes ubicados en el lado bucal. b') - Posición horizontal. b2) Posición vertical.

CLASE IV: Maxilar desdentado. Retención unilateral. a) Posición horizontal. b) Posición vertical.

CLASE V: Maxilar desdentado. Retención bilateral. a) Posi

ción horizontal. b) Posición vertical.

Los dientes retenidos, no erupcionados o en malposición pueden 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.

ACCIDENTES ORIGINADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS

Todo diente retenido es susceptible de producir trastornos de índole diversa, a pesar de que muchas veces pasan inadvertidos y no ocasionan ninguna molestia al paciente portador.

Estos accidentes pueden ser clasificados de la siguiente manera:

ACCIDENTES MECANICOS. Los dientes retenidos, actuando mecánicamente sobre los dientes vecinos, pueden producir trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.

a) Trastornos sobre la colocación normal de los dientes. El trabajo mecánico del diente retenido, en su intento de "desinclusión" produce desviaciones en la dirección de los dientes vecinos y aun trastornos a distancia, como el que produce el tercer molar sobre el canino e incisivos, a los cuales desvía de su normal dirección, produciendo entrecruzamientos de dientes y conglomerados antiestéticos.

b) Trastornos sobre la integridad anatómica del diente. La constante presión que el diente retenido o su saco denta-

rio ejerce sobre el diente vecino, se traduce por alteraciones en el cemento (rizalísis), en la dentina y aun en la pulpa de estos dientes.

c) Trastornos protéticos.

ACCIDENTES INFECCIOSOS. Estos accidentes están dados, en los dientes retenidos, por la infección de su saco pericoronario. La infección de este saco puede originarse por distintos mecanismos y por distintas vías.

a) Al hacer erupción el diente retenido, su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal; b) el proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o periodóntica de un diente vecino; c) la infección del saco puede originarse por la vía hemática.

La infección del saco folicular se traduce por procesos de distinta índole: inflamación local, con dolores, aumento de temperatura local, absceso y fístula consiguiente, osteítis y osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos generales.

Deberán ser contenidos dentro de éste los procesos que se han originado como consecuencia de las caries en los dientes retenidos (resorción idiopática) y producidos por efracciones o perforaciones (pueden ser invisibles y, sin embargo, comunicar al diente con el medio externo:

Los procesos infecciosos del saco folicular, que acabamos

de considerar pueden actuar como "infección focal", produciendo trastornos de la más diversa índole y a distancia. Sobre los órganos vecinos (como por ejemplo el seno maxilar o las fosas nasales) la presencia de un diente retenido da trastornos diversos.

Gietz (1920) cita un caso interesante, en que la erupción de un tercer molar superior, en dirección de la apófisis coronoides, ocasionó al paciente un cuadro complejo, de trismus prolongado, dolores y otras perturbaciones que, interpretadas equivocadamente como trastornos articulares, curaron y remitieron con la extracción del diente retenido.

ACCIDENTES NERVIOSOS. La presión que el diente ejerce sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios o sobre troncos mayores, es posible origine algias de intensidad, tipo y duración variables (neuralgias del trigémino).

La presión que el tercer molar en sus diversas formas de retención produce, a veces, sobre el nervio dentario inferior, puede ser causa de trastornos nerviosos de toda índole. Con todo, los verdaderos procesos neurálgicos por terceros molares retenidos, no son tan frecuentes como el número de tales dientes; aun en molares después de extraídos, puede observarse en una de sus caras radiculares, un surco creado por el conducto dentario; los dolores son excepcionales.

Trastornos tróficos por retenciones dentarias son frecuentes, tales las peladas y canicie.

Maurel y Cantonnet han observado un caso de ulceración -- persistente de la córnea en relación con un tercer molar retenido, en el límite de la bóveda palatina, en la fosa pterigomaxilar.

Ataques epileptiformes (Carrea y Samengo) y trastornos mentales han sido comentados por varios autores (Aison, "J. Am. Dent. A". 1926).

Glasserman (citado por Loos) observó en un caso que ataques epilépticos que se repetían con frecuencia, y que iban precedidos por dolores en la región nasal, desaparecieron después de la extracción de un diente retenido.

Nodine A. (Aberrant teeth, "Dent. Items of Int". 66:41, 1943) presenta varios casos de trastornos mentales, que eran originados por dientes retenidos.

ACCIDENTES TUMORALES. Quistes dentígeros. Estos tumores de origen dentario, que tienen su comienzo indudable en la hipergenesis del saco folicular a expensas del cual se forman.

Todo diente retenido es un quiste dentígero en potencia. Los dientes portadores de tales quistes emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso, pues el quiste en su crecimiento rechaza centrífugamente el diente originador.

TUMORES DE OTRO TIPO. Maurel cita el caso de un épolis. Otras formaciones tumorales, aunque también citadas, nunca las hemos encontrado. Loos presenta un caso de tumor maligno

originado por un diente retenido.

FRACTURAS.

La frecuencia con que se producen las fracturas mandibulares a nivel de zonas ocupadas con dientes retenidos, demuestra que éstos son un factor de debilitamiento a causa del desplazamiento de hueso.

LOS DIENTES RETENIDOS Y LA PROTESIS

Denomina Maurel, de un "modo significativo", a los trastornos de índole protética que originan en múltiples ocasiones los dientes retenidos (trastornos protéticos).

Se tiene la confirmación de estos trastornos con innumerables casos, los cuales pueden concretarse como sigue: pacientes portadores de aparatos de prótesis, advierten que sus placas basculan en la boca y no se adaptan con la comodidad a -- que estaban acostumbrados. Un examen clínico descubre una protuberancia en la encía y una radiografía aclara el diagnóstico de una retención dentaria. El diente, en su trabajo de -- erupción, cambió la arquitectura del maxilar con las naturales molestias.

Con frecuencia los caninos hacen erupción en bocas de dentadas de pacientes viejos en virtud de la estimulación causada por la dentadura.

INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS

Existen varias razones para la extracción de los dientes retenidos: consideraciones ortodóncicas; infección o dolor (o ambos); presencia de un quiste o de un tumor asociado al diente retenido, y finalmente la profilaxis.

Una neuralgia puede motivar la extracción de un diente retenido y lo mismo los fenómenos de resorción de las raíces de

dientes vecinos observada en la radiografía.

El más frecuente motivo para la intervención, es sin embargo, la infección crónica en la región del tejido pericoronar, la que se confirma en la radiografía por el ensanchamiento irregular de la hendidura pericoronar, cuyo tránsito al quiste folicular ofrece todos los grados intermedios imaginables. Trauner propugna la extirpación profiláctica de los dientes retenidos, porque en su vecindad se encuentran a menudo tumores, aunque para él solo parece previsible el granuloma de células gigantes de aspecto de tumor, mientras Schuchardt comunica un caso en el que se desarrolló un carcinoma en la inmediata vecindad de un diente retenido.

La extracción del tercer molar está indicada cuando el diente está parcialmente en erupción. El tercer molar no brotado puede extraerse cuando sea conveniente para impedir las complicaciones.

El tiempo oportuno para la extracción es el momento en que las raíces están formadas en dos tercios o tres cuartas partes; entonces la formación de la raíz no causa complicaciones.

CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS

Cuando un diente puede ser llevado a su posición normal mediante procedimientos quirúrgicos ortodóncicos a una edad temprana, no debe ser extraído.

Debemos considerar que enfermedades orgánicas tales como: Anemias, trombocitopenias, diabetes no controlada, etc., pueden considerarse como contraindicaciones temporales.

Una vez ya controlados estos padecimientos, ya se puede llevar a cabo la cirugía sin ningún riesgo.

HISTORIA CLINICA

Cuando el paciente se presenta por vez primera y, por lo regular antes que el médico lo observe, se acopian algunos datos personales útiles de la índole de:

Edad, sexo, raza, talla, peso, presión arterial, temperatura y frecuencia del pulso, que se convierten en los primeros pasos para estudiar al enfermo y el problema de salud que presenta. Viene en seguida el interrogatorio por el médico y la elaboración de la historia clínica.

El interrogatorio o historia, la segunda parte de la hoja clínica del paciente, es en realidad, una biografía médica - - - suscita de la vida del enfermo, en la que se da atención especial a trastornos físicos, dificultades personales, caracteres hereditarios, hábitos y medio.

La historia clínica, es la narración de los acontecimientos relativos al estado en que se encuentra la salud de una persona. Esta narración debe ser hecha siguiendo un orden cronológico estricto.

La historia clínica debe comprender únicamente, los datos que hayan sido recogidos, sin hacer la menor interpretación de los mismos.

En efecto la historia clínica tiene por objeto hacer un relato fiel de los datos que sean encontrados y no la interpretación que haga el relator de dichos hechos.

Se trata, en efecto, de que el lector de la historia forme, por sí mismo, su propio juicio, de acuerdo con los datos que le son proporcionados.

La historia clínica deberá contener los siguientes datos:

Nombre.- Es el dato que nos reportará definitivamente la identificación del individuo a interrogar.

Edad.- Ciertas enfermedades se producen en edades especiales. P/ej. cáncer, el cual es más frecuente en la etapa madura del individuo.

Sexo.- Ciertas enfermedades tienden a ser más frecuentes en determinado sexo o son propias del mismo.

Empleo.- Puede dar un aspecto importante al motivo por el cual se ha determinado una consulta, ya que existen enfermedades las cuales son propias de determinados hábitos ocupacionales, como ejemplo: costureras, zapateros, etc., pueden pre-

sentar abrasión dental, mineros, plomeros y radiólogos pueden presentar anomalías propias del contacto con elementos minerales que trabajan o bien recibir radiaciones que pueden llegar a provocar algún tipo de tumoración o malformación.

Procedencia. - En este aspecto la importancia del lugar de nacimiento o los sitios donde el paciente a residido puede ser un dato importante para el diagnóstico, como ejemplo se cita a la fluorosis dental en la cual en determinadas ciudades suele presentarse, como en: México, Zacatecas, Durango y Aguascalientes, presentan una mayor fluoración en el agua comparativamente con otras ciudades provocando el cuadro denominado fluorosis dental o esmalte moteado.

Domicilio. - Dato que significa la localización del paciente.

Teléfono. - Dato de localización y recordatorio de las siguientes consultas.

A N T E C E D E N T E S

HEREDITARIOS Y FAMILIARES. - Sobre enfermedades que incluyan a: padre, madre, hermanas, hermanos, esposa e hijos - edad y estado o edad al morir y causa de la muerte. Diabetes, hipertensión, tuberculosis, enfermedades nerviosas, enfermedades mentales, cáncer, cardiopatías, asma, alergias, fiebre del heno.

PERSONALES NO PATOLOGICOS. - 1) Estado matrimonial: duración, salud del cónyuge, compatibilidad, número de hijos, - -

edad de los mismos, adaptación al matrimonio y a los hijos.

2) Hábitos: alcohol (uso y cantidad), tabaco, sedantes y otros medicamentos; hábito de sueño.

3) Antecedentes sociales: describir las condiciones de vida, que incluyan habitación, educación, puesto que se ocupa en la sociedad, ingresos y problemas económicos especiales -- (sobre todo durante la enfermedad actual).

4) Ocupación y medio: trabajo actual y pasado, exposición a peligros de trabajo, satisfacción emocional y económica, lugares en que ha vivido y que ha visitado.

PERSONALES PATOLOGICOS. - 1) Enfermedades desde la infancia en orden cronológico.

2) Escarlatina, coquea, reumatismo, neumonía.

3) Lesiones.

4) Operaciones y hospitalizaciones.

5) En mujeres, interrogar número de gestaciones y abortos.

6) Alergias e hipersensibilidad a medicamentos.

PADECIMIENTO ACTUAL. - En orden cronológico, hágase la descripción de cada síntoma relacionado con la enfermedad actual; cada síntoma debe describirse en cuanto a tiempo y modo de comienzo, duración e intensidad. Se interrogará cuidadosamente la relación que guarden los síntomas con alimentos, trabajos, esfuerzo muscular, excitación, ingestión de medicamentos u - -

otros factores. Deberán investigarse tratamientos seguidos -- por el enfermo, en los que se incluirán medicamentos, médico- y hospital, y curso de la enfermedad.

APARATOS Y SISTEMAS.-

SISTEMAS.- 1) Cabeza: Cefalalgias (duración, intensidad, carácter, sitio, etc.).

2) Ojos: Vista, diplopía, enfermedades inflamatorias, fotofobia, dolor, visión borrosa, lagrimeo, pérdida de la agudeza visual.

3) Oídos: Audición, otalgia, otorrea, tinnitus, infecciones.

4) Nariz, garganta y boca: Amigdalitis, secreción nasal crónica, obstrucción nasal crónica, epistaxis, sentido del olfato, hemorragia gingival, sentido del gusto, úlceras, faringoamigdalitis recurrente, ronquera, problemas de los senos paranasales.

5) Aparato respiratorio: Tos, expectoración (volumen y carácter), hemoptisis, dolor, fecha de la última radiografía, asma, resfriados frecuentes, fiebre, sudación nocturna.

6) Aparato cardiovascular: Disnea, ortopnea, fatiga, dolor retrosternal, palpitaciones, necesidad de ponerse en cuclillas, presión arterial alta; hormigueos, desvanecimientos, calambres en las piernas, edema, claudicación, várices, pies fríos o de color azul. Fármacos: Nitroglicerina, digital, diu

réticos.

7) Aparato gastrointestinal: Dieta corriente, apetito, -- alimentos que se apetecen, alimentos que disgustan, náuseas, -- vómitos, hematemesis, disfagia, melena, diarrea, estreñimiento, laxantes, color y forma de las heces, ictericia, dolor o cólico abdominales, hemorroides, evacuaciones intestinales.

8) Aparato genitourinario: Polaquiuria, nicturia, disuria, hematuria, incontinencia, oliguria, escurrimiento de orina, -- titubeo para comenzar a orinar, modificación en el calibre y -- la fuerza del chorro de orina, polidipsia, orina turbia, re -- tención urinaria , expulsión de cálculos. Enfermedades vené -- reas por síntomas, duración y clase de tratamiento. Hábitos -- sexuales; potencia.

9) Historia menstrual: Menarquía, intervalos entre las -- menstruaciones, regularidad, duración, volumen de la catame -- nia, fecha del último período menstrual, dismenorrea, menorra -- gia, hemorragia irregular, síntomas de menopausia, flujo vagi -- nal, prurito.

10) Aspectos metabólicos: Peso normal, aumento o pérdida -- de peso, distribución del pelo, crecimiento y desarrollo nor -- males.

11) Sistema neuromuscular: Disartria, parestesias, pare -- sia y parálisis, desvanecimientos, inconsciencia, adormeci -- mientos, convulsiones, zumbido de oídos, pérdida de la audi -- ción, vértigo y vahídos, afasia y otros trastornos del habla,

dificultades de la memoria, crisis de amnesia, adormecimiento peribucal, ataxia, (torpeza, tambaleos, incoordinación), trastornos vesicales (incontinencia, micción urgente, polaquiu-
ria); interrogatorio acerca de pares craneales: I a XII.

12) Aspectos psiquiátricos: Estabilidad o inestabilidad emocional, historia de enfermedades mentales, "colapso nervioso", tensiones ambientales, defectos de memoria.

EXPLORACION FISICA:

1.- Signos vitales: Peso, talla, temperatura, pulso, respiración, presión arterial.

2.- Inspección general:

a) Postura.

b) Físico, estado nutricional, edad aparente.

c) Gravedad y carácter agudo de la enfermedad.

d) Estado emocional en relación con la enfermedad.

3) Piel: Tez, textura, turgencia, pigmentación, erupciones, lesiones, ictericia, palidez.

4.- Cabeza: Cráneo y cuero cabelludo; configuración, cicatrices.

5.- Ojos:

a) Párpados: Edema, ptosis, retardo en los movimientos, anchura de hendiduras palpebrales.

b) Escleróticas: Ictericia, hemorragia.

- c) Conjuntiva: Palidez, congestión, petequias.
- d) Córnea: Cicatrices, úlceras, arco senil.
- e) Pupilas: Tamaño, forma, igualdad, reacción a la luz y a la acomodación.
- f) Vista: Agudeza visual, campos visuales por confrontación, convergencia.
- g) Estudio oftalmoscópico: Papilas ópticas, vasos retinianos, exudado, hemorragia.

6.- Oído:

- a) Oído externo: Tofos.
- b) Oído interno: Examen otoscópico, secreción, tímpano, perforaciones.
- c) Agudeza auditiva (tic tac del reloj escuchado a -- cm); conducción aérea y ósea.

7.- Nariz: Forma, desviación o perforación del tabique, - cornetes, congestión, secreción, pólipos.

8.- Boca y garganta:

- a) Labios: Simetría, cianosis, queilitis, herpes, hiperqueratosis o úlceras, pigmentación.
- b) Faringe y amígdalas.
- c) Mucosas y encías: Palidez, úlceras, pigmentación.

d) Lengua: Color, atrofia de las papilas, úlceras, -- desviación, palpación.

e) Dientes: Caries, piezas faltantes, restauraciones dentales.

9.- Cuello:

a) Vasos sanguíneos: Congestión de venas, investigar si hay pulsaciones normales y anormales, cicatrices, thrill, -- ruidos auscultables, graduación del pulso carotídeo.

b) Tiroides: Aumentado de volumen, nodular, ruido -- apreciable por auscultación.

c) Tráquea: Posición, en la línea media o desviación, tiro traqueal.

d) Ganglios linfáticos: Cervicales anteriores y posteriores, preauriculares y retroauriculares, supraclaviculares

e) Glándulas salivales: Aumento de volumen de parótidas, submaxilares.

10.- Tórax y pulmones:

a) Inspección general: Contorno, simetría, expansión, igualdad de la expansión, frecuencia y ritmo, uso de músculos accesorios.

b) Palpación: Frémito táctil.

c) Percusión: Resonancia, matidez, comparación de -- áreas simétricas, nivel del diafragma y movimientos del mismo.

d) Auscultación: Carácter e intensidad de los ruidos respiratorios, duración comparativa de inspiración y espiración, estertores, frotos, ruidos anormales.

e) Inspección del esputo.

11.- Corazón:

a) Inspección: Choque de la punta, pulsaciones anormales.

b) Palpación: Sitio de choque de la punta; thrill-sitio y cronometración; frecuencia, ritmo, volumen, igualdad y deficiencia del pulso; choque o empuje precordial - sitio y grado.

c) Percusión: Anchura de la matidez mediastínica, -- bordes derecho e izquierdo del corazón.

d) Auscultación: Ruidos cardiacos - intensidad, primer ruido, segundo ruido, en focos aórtico y pulmonar, carácter del ritmo cardiaco; soplos - sitios de intensidad máxima, duración, intensidad (grados 1 a 6), relación cronológica con el ciclo cardiaco, transmisión; efecto de esfuerzo o cambio de posición sobre el soplo; frote.

12.- Mamas:

a) Inspección (en posición sentada): Forma, volumen, simetría, pezones, úlceras, secreción, pigmentación, retracción de pezones o piel.

b) Palpación (posición supina colocando una almoha-

da debajo del hombro homolateral): Investigación de masas, dolor a la palpación, secreción, adenopatía axilar.

13.- Abdomen:

a) Inspección: Contorno, cicatrices, venas dilatadas, nevos arácnos, peristaltismo visible, cambios de color del ombligo, masas.

b) Palpación: Espasmo muscular, consistencia de la pared abdominal, rigidez, dolor a la palpación superficial y profunda, tumoraciones; sitio, aumento de volumen o dolor a la palpación del hígado, bazo, riñones, vejiga; pulso aórtico.

c) Percusión: Timpanismo, matidez cambiante, onda líquida, volumen del hígado, matidez esplénica.

d) Auscultación: Carácter y frecuencia de los ruidos intestinales.

e) Hernias: Crural, inguinal - describir completamente. Examinar en posiciones de decúbito y de pie. Examinar el calibre del anillo inguinal externo y la resistencia del conducto inguinal.

f) Ganglios linfáticos: Aumento de volumen.

14.- Genitales:

a) Varón: Secreción, lesiones y cicatrices en pene, atrofia o masas testiculares, hidrocele, nevos, varicocele.

b) Mujer (debe hacerse con un interno, un residente o un miembro del personal): Inspección de genitales, cuello uterino; exploración bimanual de útero y anexos para estimar sitio, forma, volumen, dolor a la palpación y masas; exploración rectovaginal; investigación de cistocele y rectocele.

15.- Extremidades:

a) Superiores: Manos - color y humedad de las palmas, uñas, dedos hipocráticos, cianosis del lecho ungueal; tumefacción o deformidad de las articulaciones de hombro o codo; nevus, temblor, atrofia, parálisis, estabilidad ligamentosa, -- pulso radial y cubital.

b) Inferiores: Movilidad o deformidad de articulaciones, color, y temperatura de los pies, pulsaciones de las arterias femoral, poplítea, pedia y tibial posterior (0+ a 4+); edema, varices, nevus, estabilidad ligamentosa.

16.- Dorso y raquis: Movilidad, curvaturas, dolor en ángulo costo vertebral a la percusión, postura, marcha.

17.- Sistema nervioso:

a) Marcha, postura, movimientos anormales, aspecto facial, estremecimientos y fasciculaciones musculares. Anomalías de la forma de cabeza, desigualdades en el desarrollo de cabeza y extremidades, lesiones cutáneas (hemangiomas, neurofibromas, manchas en café con leche).

b) Aparato motor: Exploración sistemática para bus--

car debilidad.

c) Sistema sensitivo: Sensaciones de dolor, tacto y vibración; sentido de posición; distribución de dermatomas, - distribución de nervios periféricos, distribución de sudación.

d) Pruebas de función cerebelosa:

1.- De equilibrio.

2.- De otra índole.

e) Reflejos tendinosos profundos, reflejos superficiales, reflejos patológicos.

f) Investigación de la función de pares craneales, - incluyendo campos visuales y fondo de los ojos.

g) Estado mental: Orientación, memoria, afasia, este reognosia.

18.- Exploración rectal:

a) Inspección: Masas, hemorroides, secreción.

b) Palpación: Tono del esfínter, grietas, próstata, - masas, carácter de las heces.

c) Proctoscopia: Según está indicada.

Los datos obtenidos por interrogatorio se anotan y se suplementan por exploración física y algunos estudios de laboratorio. Todo lo obtenido se anota, estudia, valora e interpreta. Se pesan las posibilidades, se elabora el diagnóstico di-

ferencial, y por último, se llega al diagnóstico preterapéutico o de presunción, que posteriormente se utiliza para hacer el pronóstico y planear el tratamiento. La observación continuada, incluso las reacciones terapéuticas, pueden modificar las conclusiones preliminares.

Todas estas observaciones, hipótesis y conclusiones se anotan debidamente en la hoja clínica, que difiere poco del libro de anotaciones que utiliza el científico en su mesa de trabajo.

ANÁLISIS DE LABORATORIO Y GABINETE

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

La radiografía, algunas veces, nos dá información que no podemos obtener por medio de la inspección, palpación o auscultación. Además de las radiografías periapicales se pueden tomar radiografías oclusales, panorámicas, laterales o posteroanteriores.

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.

Debe ser sistemático el examen de la biometría hemática y de la orina de todos los pacientes que se vayan a internar en el hospital.

Puede ser indispensable llevar a cabo otras pruebas de laboratorio, según las necesidades del paciente. Así, un paciente que ha presentado hemorragia prolongada después de la extracción puede exigir otras pruebas, como tiempo de sangrado, de coagulación y de protrombina. Las pruebas de sangrado y de coagulación puede llevarse a cabo en el consultorio dental.

El método de Duke para el tiempo de sangrado se hace con una pequeña punción en el lóbulo de la oreja, con una aguja o

punta de bisturí. Cada 30 segundos la sangre se recoge con un pedazo de papel absorbente. El tiempo normal de sangrado es de unos 3 minutos.

Para determinar el tiempo de coagulación se colocan varias gotas de sangre en un portaobjetos y cada minuto se pasa una aguja a través de una o dos gotas.

Cuando la fibrina se adhiere a la aguja, la coagulación se ha llevado a cabo. El tiempo normal es de siete minutos, o menos.

El tiempo normal de protrombina (método de Quick) puede variar de 9 a 30 segundos, según la actividad de una de las soluciones (tromboplastina) que se utiliza en el laboratorio. Cada 48 horas se establece una norma para la solución de tromboplastina.

Los tiempos de protrombina varían de un laboratorio a otro, pero pueden estar dentro de las cifras normales establecidas para cada laboratorio.

EVALUACION PREOPERATORIA

La evaluación preoperatoria cuidadosa permitirá la planeación adecuada para cirugía subsecuente. La radiografía deberá estudiarse cuidadosamente para localizar la impacción y para precisar forma, número e inclinación de las raíces. Frecuentemente, la raíz se dirigirá hacia el observador o en dirección opuesta a él, en vez de mesial o distalmente. Las raíces pequeñas, frecuentemente están superpuestas y pueden faltar en el diagnóstico radiográfico. Deberá observarse, la relación del diente con el conducto dentario inferior de manera que pueda prevenirse al paciente de una posible parestesia posoperatoria. La presencia de una gran restauración, especialmente una obturación antigua de amalgama, sobre el segundo molar, deberá ser causa de advertir al paciente que el operador está consciente de la situación y, en consecuencia, tratará de salvar la restauración de daño inadvertido durante el proceso quirúrgico.

PREMEDICACION

La premedicación con anestesia local para extracciones, es útil, especialmente si se provee que la operación comprenda procedimientos complicados. La premedicación deberá delinear-se para cada individuo.

Puede variar desde medicamentos ataráxicos o barbitúricos, tomado por la boca en casa, o en la sala de espera, hasta inyección intramuscular de un narcótico sintético o inyección intravenosa de un barbitúrico administrados cuando el paciente esté en el sillón.

La premedicación intravenosa es tanto arte como ciencia. Se han desarrollado técnicas que varían desde una sola inyección intravenosa hasta inyección continua usando una combinación de medicamentos para proporcionar sedación durante un procedimiento más prolongado. Estas técnicas proporcionan sedación y amnesia, pero no producen inconsciencia ni los factores adicionales inherentes a ella que necesitan vigilancia instrumental automática como son respiración, presión arterial y vía aérea.

Una técnica ampliamente usada comprende la inyección intravenosa de diazepam en cantidades de 20 mg o menos antes de administrar el anestésico local. El medicamento se inyecta en la vena mediana basilica o preferentemente en alguna vena de la mano. Se prefiere esto último por ser más seguro (la vena nunca se confunde con la arteria en la mano), aunque tal vez

sea más doloroso. El medicamento se inyecta a una velocidad de 5 mg por minuto, y se interrumpe la inyección cuando empiecen a caer los párpados.

Se inyecta anestésico local en los tejidos bucales inmediatamente después de retirar la aguja de la mano.

Sin embargo, parece ser una técnica mejor la inyección de atarácico intravenoso inmediatamente antes de iniciar el procedimiento quirúrgico. En este procedimiento, se administra anestesia local sin premedicación, usando técnica cuidadosa precedida por anestésico tópico que haya permanecido contra el lugar de inyección durante tres minutos. Se permite al paciente permanecer sentado en la tranquila sala de operaciones hasta que haya anestesia profunda. La premedicación intravenosa administrada justo antes de la cirugía cambia su actitud mental en el momento más importante. Se necesitarán rara vez más de 10 mg si se administran en esta coyuntura.

La analgesia por inhalación con oxígeno y óxido nitroso es un avance reciente importante en las técnicas de sedación.

Posición del Sillón.- La posición del sillón deberá ser lo suficientemente baja como para que el codo derecho del operador se encuentre en dirección opuesta al hombro derecho del paciente.

Compresas.- Se coloca una cortina de compresas para aislar el campo quirúrgico si se usa técnica de cincel. Se coloca una compresa de gasa de exodoncia de 7.5 x 7.5 cm. con un-

ángulo cerca de los incisivos inferiores y otro bajo la lengua en el lado de la operación. La compresa evita que pase -- saliva al campo, así como fragmentos y sangre a la garganta, - y elimina la pérdida de tiempo asociada a la expectoración. - El tipo de saliva espesa, filamentosa, "simpática", frecuentemente encontrada en pacientes quirúrgicos, es difícil de quitar de la boca. Cambiar la compresa, cuando se humedezca, elimina la expectoración y se ahorrará tiempo.

Separadores.- El ayudante deberá estar entrenado para sos tener el separador en la mano derecha. El borde de la gasa so bre el lado lingual se mantiene bajo la punta del separador, - que a su vez se mantiene contra la placa lingual cuando se - opera en el lado derecho del paciente. La lengua no se mantiene hacia la línea media. Cuando se opera en el lado izquierdo del paciente, la punta del separador se mantiene bajo el colgajo micoperiódico, contra el hueso. Si el ayudante tira fuerte mente del colgajo, provocará linfedema posoperatorio exce sivo. Con la mano izquierda puede emplearse compresas y maza. - Si se usa aspirador, sería útil tener otro ayudante.

Armamentario.- Los cinceles se vuelven a afilar después - de cada uso, y se cambian frecuentemente durante el curso de una operación.

Muchos operadores prefieren usar fresas. Deberá concederse atención a la esterilidad de la pieza de mano y fresas.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS
DE LA CLASE I

Es importante que la posición de un canino retenido sea cuidadosamente determinada antes de la operación.

Esto se decide mejor por un examen radiográfico completo. Para establecer si se hallan en vestibular o en palatino se utiliza la técnica radiográfica del desplazamiento de la imagen.

La radiografía puede sugerir que la raíz de los caninos localizados palatinamente pase a través del reborde alveolar finalizando en la cortical ósea vestibular. Es de lamentar que aún la imagen oclusal sea a menudo de escaso valor para determinar esta posibilidad, o no. Deberá decidirse, por fin, cuando la corona y una parte de la raíz sean expuestos en la intervención para la extracción.

Hay, sin embargo, algunos indicios que pueden investigarse:

Puede haber un bulto bien evidente sobre el paladar.

Por palpación, el bulto puede sentirse sobre el lado vestibular del maxilar.

En las retenciones vestibulares, en las cuales la corona del canino está 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 vestibular. En --

las retenciones horizontales en que la corona del canino está en contacto con el tercio medio o gingival del incisivo lateral, también la corona del lateral es movilizada hacia vestibular.

El movimiento de la corona del incisivo lateral puede usarse como guía solamente, controlando con cuidado todos los demás indicios de diagnóstico.

Los caninos superiores retenidos se encuentran con mayor frecuencia en las siguientes posiciones: 1) en el paladar, -- con la corona localizada por lingual del incisivo lateral y la raíz extendida hacia atrás, paralela a las raíces del premolar; 2) con la corona hacia lingual del incisivo central y la raíz extendida hacia atrás, paralela a las raíces de los premolares, extendiéndose hacia la superficie vestibular; 3) con la corona del diente retenido sobre la superficie vestibular del maxilar superior; 4) con la corona del diente retenido sobre la cara vestibular y la raíz extendida hacia lingual de las raíces del premolar; 5) con todo el diente colocado sobre la superficie vestibular; 6) en bocas desdentadas; 7) retención bilateral sobre el paladar o sobre vestibular del maxilar superior.

1.- Con un bisturí Bard-Parker No. 12 se seccionan los tejidos linguales alrededor del cuello de los dientes, desde -- lingual del incisivo central superior y hasta distal del segundo premolar.

11.- Con una hoja No. 15 Bard-Parker, y a partir de la cresta de la papila interdental, en lingual, entre los dos incisivos centrales, se hace una incisión longitudinal por el centro del paladar, en una extensión de 4cm. Esta incisión atraviesa el conducto nasopalatino (incisivo), y se produce algo de hemorragia, la cual se controla por presión con una gasa durante pocos minutos. Si así no se frena la hemorragia, se empaqueta una pequeña tira de gasa, yodoformada, en el conducto. Se separa el colgajo mucoso del paladar duro por medio de un periostótomo, hasta que la estructura ósea esté completamente expuesta.

Ahora podremos ver una prominencia en el hueso, o la corona del canino.

111.- Con un taladro de punta de lanza o una fresa para hueso, se hacen orificios en el hueso palatino, a una distancia de 3mm uno de otro, alrededor de la corona del diente retenido, con cuidado de no lastimar las raíces de los dientes vecinos.

IV.- Por medio de una fresa o escoplo y martillo se unen estos orificios y se saca éste trozo de hueso, que cubre la corona. Se aumenta el tamaño de la abertura por medio de fresas, hasta que se vea completamente la corona.

V.- La excepción a esta regla será el caso en el cual una porción de la corona del diente retenido está en contacto con las raíces de los incisivos centrales, lateral o premolares.

Si se exponen las raíces de estos dientes, se lesionarán. En estos casos, se aumenta la abertura sobre el lado opuesto a la corona por medio de fresas para hueso, o se corta la corona separándola de la raíz.

VI.- Después que se ha expuesto la corona del canino retenido por palatino, se coloca el elevador apical, sobre cada lado de la corona, y con doble movimiento de elevación se trata de levantar el diente de su lecho.

Hay que extremar los cuidados para no dañar los dientes vecinos.

VII.- Si no se tiene éxito en este primer intento, se agranda la abertura y se repite el procedimiento por medio de dos elevadores, de la misma manera.

VIII.- Si todavía no se ha extraído el canino úsese una pinza para extracciones No. 226, con movimiento rotatorio. El uso de esta pinza es muy ventajoso cuando la raíz del diente retenido termina en un gancho. Si se emplean elevadores, probablemente se producirá una fractura de este tipo de raíz.

IX.- Limpiense todos los restos, sáquense las astillas de hueso y suavícense los bordes del alveolo. Remuévase el folículo dentario, si está presente, vuélvase el colgajo a su sitio y suturese.

X.- Colóquese un apósito de gasa sobre el paladar, al nivel de la superficie oclusal. Corte un bajalenguas de un largo que corresponda a la distancia entre la superficie vestibular

lar de los premolares superiores derecho e izquierdo, y redondee el extremo cortado (la otra terminación ya es redondeada). Colóquese esto sobre el apósito palatino, e instrúyase al paciente para morderlo. Si el paciente está dormido, se pasan suturas de seda por los puntos de contacto de los premolares de ambos lados del arco, se tienden sobre el apósito palatino y se anudan. Manténgase este apósito en su sitio durante cuatro horas.

OTRA TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS DE LA CLASE 1

Esta técnica se indica cuando la punta de la corona del canino está en contacto con las raíces de los incisivos centrales y laterales.

1.- Después que la corona del diente se ha expuesto parcialmente, secciónese con una fresa de fisura dentada grande. Esta pérdida de sustancia dentaria permite correr la corona hacia atrás, sin molestar los dientes bajo los cuales está apoyada.

2.- Hágase otro orificio en la raíz del diente, con una fresa. Insértese la punta de un elevador apical en este orificio, muévase la raíz hacia adelante, con el hueso palatino como punto de apoyo, y extráigase.

3.- Límpiase el alveolo, sutúrese el colgajo y colóquese-

el apósito de gasa como se describió previamente.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS DE LA

CLASE 11

Extracción de un canino superior retenido por vestibular.

Note la relación con la cavidad nasal, el seno maxilar y las raíces de los dientes superiores. El canino primario está aún en su lugar.

Con una fresa de fisura y una de Feidman expóngase la corona.

Con la cortical como punto de apoyo, coloque los elevadores apicales Miller No. 73 y No. 74 debajo de la corona y eleve el diente de su alveolo.

Si el hueso que cubre la raíz es grueso y denso, permite liberar el diente, y por la técnica anterior se corta a continuación la mitad de la corona con fresa de fisura dentada, se separa la corona de la raíz y se elimina la corona.

Con un escoplo, expóngase varios milímetros más la superficie de la raíz.

Realícese una perforación en la raíz; colóquese la punta del elevador No. 11D en ella, y con punto de apoyo en la cortical mueva la raíz hacia el espacio creado por la extirpa-

ción de la corona.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS DE LA - -
CLASE 111

La corona está en el paladar, y la raíz, sobre vestibular.

- 1.- Colgajo vestibular semicircular, sobre la raíz.
- 2.- Exposición radicular por eliminación de hueso, por medio de fresas y escoplo.
- 3.- La raíz es separada por medio de un escoplo afilado o fresa de fisura. Si se usa el escoplo, el golpe se dirige hacia arriba para evitar la traumatización de las raíces vecinas.
- 4.- Se eleva la raíz de su lecho.
- 5.- Se hace un colgajo palatino y se quita completamente el hueso que cubre la corona para exponer la periferia.
- 6.- Se coloca un instrumento romo en contacto con el extremo radicular de la corona a través de la cavidad vestibular, y se golpea con un martillo, sacando la corona de su sitio.
- 7.- Se vuelven los colgajos a su lugar y se suturan.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS DE LA CLASE 111, DONDE LA CORONA ESTA POR VESTIBULAR Y LA RAIZ SE EXTIENDE DENTRO DEL PALADAR.

1.- La corona está por vestibular y la raíz se extiende hacia lingual de las raíces de los premolares.

2.- La incisión para el colgajo se hace alrededor de los cuellos de los dientes y a continuación hacia el surco vestibular, en ángulo de 45°.

Levántese el colgajo con el periostótomo.

3.- Elimínese la cortical vestibular con fresas y escoplos.

Háganse las perforaciones como ya se ha indicado, pero teniendo cuidado de controlar la profundidad de penetración para evitar dañar los dientes vecinos y el seno maxilar.

4.- Trate de tomar la corona con una pinza para extracciones No. 226,

Se hace un movimiento de rotación hacia mesial y hacia distal, y después hacia vestibular, y el diente saldrá de su sitio.

Si no se tiene éxito, corte la corona, haga un colgajo palatino, quite el hueso que recubre la raíz, y con instrumento romo empuje la raíz a través de la abertura vestibular.

5.- Límpiense todos los restos, eliminando las espículas óseas agudas y suavizando la periferia de las aberturas vesti

bular y palatina.

Elimínese el folículo dentario, si está presente, y suturense los colgajos, vueltos a su lugar, con seda negra para sutura. Empaquetése gasa en el paladar. Mantengáse la gasa empaquetada en su lugar durante cuatro horas.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS EN UNA BOCA DESDENTADA

La incisión para el canino retenido por palatino se hace a lo largo de la cresta y en el centro del paladar en una extensión de 4 cm. La técnica es la misma que se ha descrito. Sin embargo, no hay peligro de exponer o traumatizar las raíces de los dientes adyacentes.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS BILATERALES RETENIDOS EN EL PALADAR.

La cuestión de si debemos extraer un canino o los dos al mismo tiempo depende de las dificultades del caso. Una retención bilateral simple en un adulto joven y sano puede ser efectuada al mismo tiempo. Si se trata de retenciones difíciles, será preferible hacerlas por separado, la técnica ya se ha descrito.

El problema del tipo de colgajo se presenta en estos casos. Se hace un colgajo simple bilateral cortando el paquete vasculonervioso nasopalatino (incisivo) al entrar en el colga

jo.

Las relaciones de vasos y nervios se restablecerán en pocas semanas.

La provisión sanguínea colateral es adecuada para mantener la vitalidad del colgajo.

Es especialmente importante colocar y mantener un apósito palatino en estos casos, como se describió previamente.

IMPACCION DE CANINO EN MAXILAR SUPERIOR

Las impacciones del canino superior se clasifican como labial, palatina e intermedia. La localización es importante, puesto que las técnicas quirúrgicas para eliminar los tres tipos varían tanto que son casi operaciones totalmente distintas.

Pueden examinarse radiografías intrabucales para estimar la forma del diente, así como su localización (regla de Clark; regla de objeto bucal). La auténtica proyección oclusal hecha con "chasis" intrabucal y las proyecciones extrabucales, frecuentemente son necesarias. La palpación clínica sobre el lado labial no es segura, puesto que la protuberancia sentida puede ser el diente impactado o la raíz de incisivo o premolar desplazada labialmente.

POSICION PALATINA DEL CANINO

La posición palatina es la situación más frecuente. Se hace incisión en los espacios interdentes palatinos, empezando con el espacio entre premolares sobre un lado y alrededor de las fibras gingivales libres palatinas y espacios interdentes hasta el área del premolar en el otro lado.

El pesado colgajo mucoperiosteico se desprende del hueso con cureta Molt Núm. 4. Los contenidos del agujero incisivo se dividen con bisturí en el lugar en que entran al colgajo.

Se elimina hueso con el cincel empezando con un pequeño rectángulo por detrás del incisivo que aparezca más cercano a la impacción en la radiografía (a menos que una protuberancia obvia localice al diente). El rectángulo tiene la misma anchura que el cincel al principio y se agranda en cuanto se localiza la corona de esmalte. Debe tenerse cuidado de diseccionar anteriormente en la región de los incisivos, y deberá mantenerse un margen de 1 a 2 mm de hueso alrededor de sus alveolos.

Cuando se ha expuesto la mitad o dos tercios del diente, se hace una hendidura en el cuello anatómico. Si la corona se encuentra cerca de los incisivos de manera que su punta esté en un socavado, se hace inmediatamente una segunda división, 3 mm hacia la punta, a partir del primer corte.

Se retira la pieza pequeña, se empuja la corona al espa-

pacio creado, y se extrae, y se saca la raíz con elevador número 34 o cureta Molt.

Las virutas óseas y desechos se eliminan, se alisan los bordes de la herida ósea con una cureta, se coloca una porción de una tableta de sulfonamida en el defecto, y se cierra la herida con tres o cuatro puntos de sutura a través de los espacios interdientales anudando sobre labial. La presión sobre un gran rollo de gasa sobre el paladar durante 15 minutos ayuda a evitar la formación de hematoma macroscópico.

Para sostener el colgajo palatino contra el hueso, es útil una férula palatina preformada de acrílico transparente.

Algunos operadores usan una incisión con transfixión y dren de caucho a través de la mucosa palatina para evitar formación de hematoma por declive.

POSICION LABIAL DEL CANINO

Después de haber localizado la impacción, se hace una incisión grande, en media luna, extendiéndose desde el frenillo labial hasta el área del premolar, con la curvatura apuntando hacia el borde gingival.

Se elimina hueso labial en la forma acostumbrada hasta haber localizado el diente; puede estar alto, sobre la superficie facial del maxilar superior. Se logra suficiente disección hasta poder elevar el diente con instrumentos apropiados.

POSICION INTERMEDIA DEL CANINO

La posición corriente de una impacción intermedia es con la corona sobre el paladar y la raíz sobre las puntas de los premolares, cerca de la corteza bucal.

Incluso cuando no se formule diagnóstico de la afección - antes de operar, deberá sospecharse su existencia al presentarse dificultades para extraer la porción radicular de cualquier canino colocado palatinamente.

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 impacción, que puede empujarse desde la abertura bucal hasta la herida palatina. Los dos sitios quirúrgicos se cierran.

FACTORES QUE COMPLICAN LA EXTRACCION DE LOS CANINOS. SUPERIO- RES RETENIDOS

En razón de la proximidad de la corona o raíz de los caninos retenidos a los dientes adyacentes (centrales, laterales, y premolares), hay mucho peligro de lesionarlos y afectar también las estructuras vitales en el área de la intervención.

En gran porcentaje de estas retenciones, la porción radicular está separada del seno maxilar y cavidad nasal por una delgada pared de hueso, y en algunos casos solamente por el epitelio ciliado que lo reviste. Por esta razón, la posibilidad de forzar la raíz del canino dentro del seno maxilar, durante la extracción seccionada de un canino, debe tenerse siempre presente. Con mucha frecuencia se han producido aberturas de varios tamaños, en el seno maxilar. Debe observarse rígida asepsia, pues de otro modo podría sobrevenir una infección aguda del seno maxilar; en cambio, con estricta asepsia, estas perforaciones accidentales de la membrana sinusal no traerán infección.

Cuando el colgajo mucoso se coloca en su lugar y se sutura, manteniéndolo en contacto con el hueso palatino, por varias horas, por medio de apósitos de gasa, la cicatrización tiene lugar sin complicaciones.

Muchas de las raíces de los caninos retenidos tienen una pronunciada curvatura en el tercio apical; en la mayoría de los casos, en ángulo recto.

Con frecuencia, la corona está sobre el paladar y la raíz sobre los ápices de los premolares (Clase III), o aún sobre la superficie vestibular del maxilar superior.

TRATAMIENTO POSOPERATORIO A LA EXTRACCIÓN DE DIENTES

RETENIDOS

Después de que se ha extraído el diente hay que secar los alveolos y explorarlos con una pequeña cureta para eliminar los restos de estructura ósea o dentaria. Esto es muy importante cuando se ha usado la técnica del seccionamiento.

Si hay restos del órgano del esmalte, liberar cuidadosamente el tejido blando que lo forma, del tejido blando que lo rodea, a fin de prevenir la formación de un quiste.

Suavizar el borde periférico del alveolo con un escople afilado o fresa de hueso y terminar con una lima para hueso.

Llenar el alveolo con sulfanilamida cristalizada.

Suturar el colgajo en su lugar sobre el alveolo.

Si hay hemorragia colocar Gelfoam (esponja de gelatina) en el alvéolo y suturar el tejido blando sobre el alvéolo.

Dar al paciente unas cuantas gasas e instruirlo de modo que coloque una gasa sobre el alvéolo y la mantenga firme mordéndola. Cuando esté muy mojado se reemplaza con otra.

Esto debe continuar por una hora.

Prescribir comprimidos de vitaminas básicas. Una tableta-tomada una hora y media después de cada comida, dará al pa- - ciente un total diario de 30 mg. de tiamina (vit.B); 15 mg. - de riboflavina (vit.B); 450 mg. de niacinamida y 450 mg. de - ácido ascórbico (vit.C). Tomarlas durante diez días por lo - menos.

Si la retención era de un tercer molar instruir al pa- - ciente que muerda vigorosa y constantemente "chiclets" - empezando una hora después de la operación.

Prescribir aplicaciones calientes y frías cada hora alter- - nadamente durante las primeras veinticuatro horas. Después -- aplicación de calor en cualquier forma.

Cada seis horas debe administrarse 2 comprimidos de 250.000 unidades de penicilina durante tres días o dar 600.000 unida- - des inyectables cada veinticuatro horas durante dos días.

Informar al paciente sobre la posibilidad de edema y equi- - mosis posoperatorio y sus razones.

Si hubiera habido la posibilidad de que el conducto denta- - rio inferior y su contenido hubieran sido traumatizados, ex- - plicar al paciente sobre la transitoria falta de sensibilidad que experimentará en el labio durante algunos días.

Haga volver al paciente al día siguiente.

En esta sesión irrigar la cavidad bucal y limpiar el área operada suavemente con una solución antiséptica.

Tres días después eliminar las suturas.

Si sobreviene dolor en el alvéolo por el llamado alvéolo-seco (alveolítis), deberá tratarse.

Dar siempre al paciente una lista impresa con instrucciones.

COMPLICACIONES DURANTE O DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES RETENIDOS

Entre las muchas complicaciones que pueden ocurrir durante o después de la extracción de los dientes retenidos, pueden mencionarse las siguientes:

1) Exposición del conducto dentario inferior; 2) corte del nervio dentario inferior, 3) Trismus agudo, que impide la masticación; 4) fractura de raíces. 5) desgarramiento de los vasos sanguíneos por lesión o compresión de la arteria y vena dentaria inferior. Interrupción del afluyente sanguíneo al colgajo palatino durante mucho tiempo, lo que da lugar a una necrosis; 6) fractura importante del proceso alveolar; 7) traumatismo o desplazamiento de los dientes vecinos; esto puede dar lugar a la pérdida de la vitalidad de los mismos y a procesos infecciosos periapicales; 8) decoloración de los tejidos blandos por encima y debajo de la mandíbula, debajo del ojo, mejillas o labio inferior, dependiendo del sitio operado; esto es el resultado de una equimosis producida por una hemorragia posoperatoria; 9) lesiones en los labios, mejillas y -

mucosas por el uso de instrumentos; 10) abertura del seno maxilar; 11) caída de un diente dentro del seno maxilar; 12) empujar un tercer molar superior dentro de la fosa pterigopalatina; 13) comunicación con la cavidad nasal; 14) pérdida de una gran parte del proceso alveolar por necrosis debido al mal planeo de la técnica para usar en la extracción del diente retenido, lo que se produce generalmente por un gran traumatismo del hueso por un exceso de presión con el elevador, escoplos no afilados, quemadura del hueso por las fresas usadas a mucha velocidad o sin corte; 15) fracturas del maxilar o de la mandíbula; 16) gran traumatización de los tejidos blandos; 17) exposición exagerada de las raíces de los dientes vecinos, que pueden dar por resultado la pérdida de éstos dientes; 18) un ápice empujado al espacio submaxilar o al seno maxilar o al conducto dentario inferior; 19) dolor, que puede ser el dolor normal por un trauma normal, o el dolor intenso de la alveolitis; durante la operación bajo anestesia local en la mandíbula, si se ejerce mucha presión con las raíces o con los instrumentos sobre el nervio dentario inferior, el paciente experimenta dolor, lo que es cierto a pesar de que el paciente presente insensibilidad del labio y se ha observado muchas veces cuando el anestésico usado era clorhidrato de procaína al 4% con epinefrina 1:50,000; del mismo modo cuando hay exposición pulpar como resultado de la técnica por seccionamiento, los tejidos pulpaes son dolorosos al contacto con la punta del suctor. El dolor como resultado del

contacto o de la compresión del nervio dentario inferior, o de una pulpa expuesta, es la regla más bien que la excepción.

C O N C L U S I O N

En lo particular este trabajo me sirvió mucho porque me ayudó a ampliar mi campo de conocimientos, así como también adquirí nuevos conceptos y reafirmé otros.

Es un tema interesante y extenso, como para resumirlo en un pequeño trabajo.

Desde el inicio me pareció muy importante y de gran interés para las personas que les guste la Cirugía Bucal, porque hay factores que muchas veces no tomamos en cuenta para llevar a cabo un buen procedimiento quirúrgico, como es la técnica correcta para cada caso, tipo de retención dentaria, historia clínica, etc.

Sobre todo me dí cuenta que en cualquier cirugía por pequeña que sea, la debe llevar a cabo una persona especializada, para que no se lleguen a ocasionar accidentes, que se pueden evitar, con sólo dejar el caso en manos de un cirujano.

En resumen, me gustó mucho realizar este trabajo porque creo que va a ser de utilidad para mis compañeros, así como ya lo fué para mí.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- KRUGER
Tratado de Cirugía Bucal.
Nueva Editorial Interamericana.
México, D.F. 1983.
- 2.- RIES CENTENO.
Cirugía Bucal.
Librería "EL ATENEO" Editorial Octava edición
1979.
- 3.- HARRY ARCHER
Cirugía Bucodental y Atlas detallado de Técnica
Quirúrgica.
Editorial Mundi. 1968
- 4.- GURALNICK
Tratado de Cirugía Oral.
Salvat Editores, S.A.
1971.
- 5.- COSTICH
Cirugía Bucal.
Editorial Interamericana
1974
- 6.- WILLIAM G. SHAFER, MAYNARD K. HINE, BARNET M. LEVY.
Tratado de Patología Bucal.
Nueva Editorial Interamericana. México, D.F.
1985

- 7.- KURT H. TOMA, D.M.D.
Patología Bucal
Salvat Editores, S.A.
1981.
- 8.- MAHLON H. DELP. Y ROBERT T. MANNING
Propedéutica Médica de Major
Editorial Interamericana, S.A.
1970
- 9.- HAUPL KARL
Tratado General de Odonto-Estomatología Tomo III,
Volumen I
Editorial Alhambra, S.A.
Madrid-México 1962
- 10.- MORGAN
Propedéutica Médica.
Nueva Editorial Interamericana
1971.