

105
28

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología



TECNICA QUIRURGICA DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS.

11/15
Jose Felix Cortes Velazquez

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



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

C O N T E N I D O .

CAPITULO	I	:	GENERALIDADES
CAPITULO	II	:	ETIOLOGIA
CAPITULO	III	:	TRANSTORNOS OCASIONADOS POR LOS CANINOS SUPERIORES RETE NIDOS.
CAPITULO	IV	:	POSICION Y CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS.
CAPITULO	V	:	RELACIONES ANATOMICAS.
CAPITULO	VI	:	HISTORIA CLINICA.
CAPITULO	VII	:	EXAMEN RADIOGRAFICO.
CAPITULO	VIII	:	PREMEDICACION Y ANESTESIA
CAPITULO	IX	:	TECNICA QUIRURGICA.
CAPITULO	X	:	TRATAMIENTO POST-OPERATORIO.

CAPITULO I.
GENERALIDADES.

GENERALIDADES.

Generalmente se le da el nombre de dientes incluídos o retenidos a todas las piezas dentarias que aún - llegando al término de su evolución y desarrollo, no - llegan a ponerse en contacto con el medio bucal, sino - quedan dentro del maxilar, según el caso de posición - dentaria la pieza podría estar en inclusión ósea o submucosa.

El tratamiento adecuado de los caninos retenidos - o no erupcionados, depende de la comprensión de los - factores anatómicos fisiológicos y patológicos relacio - nados con ellos. Para eliminar un diente retenido, es - necesario hacer un diagnóstico exacto, valorar el ries - go quirúrgico local y general, y sobre todo conocer - los principios básicos de la cirugía.

La extracción de un diente retenido, consiste fun - damentalmente en un problema mecánico; es la búsqueda - por medios mecánicos e instrumentales, del diente rete - nido y su eliminación del interior del hueso donde es - tá ubicado, aplicando los principios de la extracción-

ya sea por colgajo, o bien por método de seccionamiento, elementos que se denominan: extracción quirúrgica de los dientes retenidos.

Se han hecho estudios estadísticos sobre la frecuencia de los dientes retenidos, y se acepta generalmente el siguiente orden relativo:

- 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
- 9 - Incisivos inferiores
- 10.- Molares superiores e inferiores.

La relación que existe entre la cavidad bucal con centros vitales del organismo hace que toda intervención quirúrgica sea peligrosa, teniendo en cuenta que están comprometidos tanto tejidos blandos como huesos, considerando el poco espacio que nos ofrecen labios y carrillos, todo esto aunado a la problemática que nos ofrece la lengua, primer factor de dificultad y la man díbula como dificultad secundaria.

La abundante salivación rica en factores nocivos al organismo y la comunicación inmediata de la cavidad bucal, con la laringe, el libre acceso de ésta con la-

laringe y esófago.

Por lo que se hace necesario un estudio minucioso de cada intervención en particular para aplicar los principios quirúrgicos primordiales para estos casos, como se aplican en cualquier parte del organismo humano.

La cirugía bucal practicada en pacientes es una de las intervenciones quirúrgicas más arriesgadas para el cirujano dentista, de lo cual gran parte incluye las extracciones dentarias. Por lo que todo cirujano dentista debe hacer un examen físico sistemático del paciente antes de iniciar el tratamiento.

Necesita conocer una técnica eficaz de evaluación física puesto que; la muerte, algunas enfermedades graves, y ciertas reacciones físicas menores pueden estar relacionadas con la anestesia o el tratamiento dental.

Determinando la capacidad física y emotiva de un enfermo permitirá un procedimiento dental específico, seguro y exitoso.

En la mayoría de los casos las extracciones se realizan satisfactoriamente en el consultorio dental; pero hay operaciones que necesitan más atención de parte de los cirujanos dentistas, entre ellas están las extracciones múltiples, alvéolotomías, extirpación de quistes, dientes retenidos, reducción de fracturas, etc. Las cuales deben realizarse en un hospital donde el paciente reciba tratamiento adecuado, preparatorio como medidas para evitar complicaciones en que peligra

la vida:

El dentista, cuyo interés se concentra anatómicamente en la cavidad bucal y órganos que la rodean será capaz de diagnosticar en esta región incluso en casos de patología médica.

Su deber es hacer un examen que nos lleve a diagnosticar:

Enfermedades de los tejidos duros y blandos, enfermedades de los tejidos de sostén (periodónticos), enfermedades que se limitan a labios, lengua, mucosa bucal y glándulas salivales, lesiones de la cavidad bucal y órganos vecinos que formen parte de una enfermedad general, conocer las enfermedades generales susceptibles de modificar o impedir maniobras del tratamiento odontológico.

El diagnóstico es la identificación de la enfermedad existente que constituye una cadena lógica de deducción y diferenciación de la enfermedad existente, cuya base es el interrogatorio del paciente, la exploración física y los estudios de laboratorio indicados. Teniendo oportunidad para identificar signos tempranos de enfermedades del metabolismo, contagiosas, permitiendo su tratamiento temprano.

La cavidad bucal es muy diferente y especial a otras cavidades corporales, ya que, está en contacto inmediato con el ambiente exterior, recibiendo estímulos continuos de naturaleza térmica, mecánica, o química, al comer, beber, fumar, o hablar, como la cantidad

diversa de flora microbiana de cepas patógenas, contando también el ambiente tibio y húmedo y resto de los alimentos que se alojan entre los dientes, favorecen el desarrollo microbiano, acelerando la necrosis de los tejidos enfermos.

En toda intervención quirúrgica deben aplicarse los principios aplicados en la cirugía, como saber si está indicado o contraindicado el tratamiento.*

INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE LOS DIENTES

Dientes careados sin posibilidades terapéuticas, cuando los dientes son foco de infección, dientes con pulpas devitalizadas o pulpitis aguda o crónica, cuando el tratamiento de conductos no está indicado. casos de periodontoclasia grave en las cuales se han destruido una gran parte de hueso de soporte; dientes no tratables por medio de la apicectomia, dientes que interfieren en la colocación de aparatos restauradores, dientes no restaurables por medio de la operatoria dental, dientes retenido y no erupcionados, dientes supernumerarios, dientes primarios retenidos cuando su diente sucesor está presente y en posición normal no tratables por medios ortodonticos, restos radiculares-dientes que traumatizan los tejidos blandos, (si otro tratamiento no impida este traumatismo)

CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE DIENTES O DE OTRAS OPERACIONES QUIRURGICAS EN LA BOCA.

El interrogatorio verificado durante la elaboración de la historia clínica nos dirá si existe contraindicación local o general, la evaluación del paciente con respecto a su resistencia, edad, estado físico y psíquico, la severidad y duración de la intervención - determinarán el momento oportuno para llevar a cabo la intervención.

1 - Enfermedades del aparato cardiovascular como son:

- a).- Neurosis cardiaca
- b).- Angina de pecho
- c).- Infarto del miocardio
- d).- Endocarditis bacteriana
- e).- Cardiopatía reumática-Fiebre reumática
- f).- Hipertensión
- g).- Lesiones congenitas del corazón
- h).- Síncope
- i).- Insuficiencia cardíaca congestiva
- j).- Trombosis venosa y tromboflebitis.

2 - Deficiencias nutricionales y enfermedades del metabolismo:

- a) - Enfermedades por carencia de alimentos (desnutrición).

- b).- Diabetes
- c).- Obesidad.
- d).- Gota - artritis gotosa
- e).- Xantomatosis - metabolismo de lípidos.

3.- Enfermedades hematológicas:

- a).- Agranulocitosis - neutropenia maligna.
- b).- leucemia?
- c).- Mononucleosis infecciosa.
- d).- Hemofilia.
- e).- Anemia, etc.

4 - Enfermedades de glándulas endocrinas y órganos de reproducción.

- a). Hipopituitarismo.
- b).- Hiperpituitarismo
- c).- Hipertirodismo - bocio exoftálmico
- d).- Hipotiroidismo - Mixedema juvenil
- e).- Hiposuprarrenalismo - enfermedad de Addison.
- f).- Hipersuprarrenalismo - enfermedad de Cushing

5 - Enfermedades del aparato respiratorio:

- a).- Sinusitis
- b).- Asma.
- c).- Absceso pulmonar.
- d).- Cuerpos extraños en los pulmones
- e).- Neumonía.
- f).- Pleuresía.

g).- Edema pulmonar agudo

6.- Enfermedades del aparato digestivo.

a).- Fiebre tifoidea.

b) - Tétanos.

c).- Bruselosis.

7º- Enfermedades infecciosas :

a).- Sífilis

b).- Tuberculosis

c).- Lepra.

d).- Linfopatía venérea

e) - Actinomicosis.

8 - Cáncer bucal.

CONTRAINDICACIONES LOCALES.

1.- Infecciones gingivales agudas por fusospiroquetas o estreptococos.

2.- Pericoronitis aguda, frecuente en terceros molares parcialmente erupcionados; estas infecciones deben tratarse y llevar los tejidos a la normalidad antes de intentar la extracción?

3.- La extracción de premolares y molares superiores - están contraindicados en casos de sinusitis maxilar aguda.

4 - La extracción de piezas dentarias o restos radiculares con proceso maligno estimula el crecimiento del neoplasma.

CAPITULO II

ETIOLOGIA.

ETIOLOGIA.

Muchos son los factores que se han expuesto para dar lugar a estas inclusiones debiéndose éstas, en primer término a las anomalías de desarrollo del diente, mismas que pueden producirse en cualquier período de la formación del germen dentario y llegar a la definitiva calcificación de la corona y la raíz.

Pero indudablemente el origen más frecuente de las inclusiones de los dientes permanentes y las más importantes desde el punto de etiológico son:

- 1.- Factores de crecimiento y funcionales
- 2 - Obstrucción mecánica.
- 3 - Traumatismo y desplazamiento que resulta de ellos y que se producen habitualmente durante la etapa formativa del diente.
- 4.- Factores patológicos locales sistémicos.
- 5 - Factores hereditarios.

Además de los factores generales responsables de los dientes retenidos, hay otros factores etiológicos causantes de la retención de los caninos superiores, que según Dewell se expone a continuación un resumen -

de dichos factores.

1.- Los huesos del paladar duro ofrecen mayor resistencia que el hueso alveolar a la erupción de los caninos; los cuales son empujados hacia palatino.

2 - La mucosa que cubre el tercio anterior del paladar está sujeta a repetidos esfuerzos y presiones durante la masticación, por lo cual se vuelve gruesa, densa y resistente. Está adherida más firmemente a la estructura ósea que ningún otro tejido blando membranoso de la cavidad oral.

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

4.- Cuanto más grande sea la distancia que un diente debe recorrer desde su punto de desarrollo hasta la oclusión normal, mayores son las posibilidades de que se desvíe su curso normal y se produzca la retención consiguiente.

El canino debe recorrer la distancia mayor de todos los dientes para llegar a la oclusión normal.

Es igualmente cierto que cuando menor es la distancia que un diente debe recorrer, menores son las posibilidades de retención. Los primeros molares permanentes son los que recorren la distancia más corta, por

lo tanto son los que menos quedan retenidos.

5.- Durante el desarrollo, la corona de los caninos permanentes está colocada por lingual al eje largo de la raíz del canino infantil; cualquier cambio en la posición o condición de este último causado ya sea por caries, o por pérdida prematura, se refleja a lo largo de su altura completa, pudiendo causar fácilmente una desviación en la posición y dirección de crecimiento del germen del canino permanente.

6.- Reabsorción retardada de las raíces de los caninos primarios.

7.- Los caninos son los últimos dientes en erupción, por lo tanto, están más tiempo expuestos a las influencias ambientales desfavorables.

8.¿ Los caninos erupcionan entre los dientes que ya están en oclusión y entran en competencia por el espacio, con los segundos molares, generalmente también en erupción.

9.- El canino está precedido por un canino primario, cuyo diámetro masio-distal es mucho menor que el permanente.

A consecuencia de estos factores, el canino superior es el tercero en frecuencia de los dientes retenidos.

Estudios hechos por Rohrer demostraron que los caninos superiores retenidos son veinte veces más fre-

cuentas que los inferiores, y la retención por palatino es más frecuente tres veces que en vestibular.

La gran mayoría de los casos de retención se encuentran en las mujeres, a causa de que los huesos - del cráneo y los maxilares son, en termino medio, más pequeños que en el hombre.

El canino inferior en contraste con el superior, presenta menos retenciones, y cuando se presenta lo - hace, generalmente, por vestibular y muy rara vez por lingual.

C A P I T U L O I I I

TRANSTORNOS OCASIONADOS POR LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS.

TRANSTORNOS OCASIONADOS POR LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS.

Al estar incluidos los caninos como cualquier otra pieza dentaria se ocasionan los siguientes trastornos:

1.- Mal posición de los dientes contiguos. La presión ejercitada por el diente interrumpido en su erupción, puede causar versión, desplazamiento o rotación de los incisivos laterales.

2 - Absorción de las raíces de los dientes vecinos producida generalmente por la presión de la corona del diente retenido.

El examen radiográfico ha menudo no revela la destrucción de las raíces, debido a la superposición de imágenes.

3.- Caries del diente retenido o de los dientes contiguos.

4 - Dolor. Este dolor es un síntoma común asociado al diente retenido; casi siempre es de tipo neurálgico referido al ojo, oído senos maxilares, hueso -

frontal, cara, cabeza y zonas de los maxilares localizados tanto superior como inferior. Al hacer la avulsión del diente retenido, inmediatamente desaparece este tipo de dolor.*

La odontología verdadera casi siempre es provocada por el ataque a la pulpa o raíz de los dientes subyacentes.

El dolor es de tipo sordo, causado por compresión y se irradia pudiendo obedecer a la formación de quistes o tumores situados cerca de la corona del diente referido.

5. - Desajuste de las dentaduras totales artificiales. Cualquier aplicación de prótesis dentales sobre los rebordes alveolares del maxilar o de la mandíbula transmiten presión hacia el tejido óseo aumentando la circulación local, causando irritación o probablemente estimule la erupción del diente retenido.

El primer síntoma en este caso puede ser una prótesis mal ajustada, en segundo término se puede observar una zona de infección superficial; por ello los dientes retenidos deben extraerse antes de la elaboración de las prótesis ya sea parcial o total.

6 - Infección. Esta es rara, excepto cuando se difunde desde el ápice del diente, a partir de un diente primario retenido o por infección de un diente contiguo que pudiese llegar al saco pericoronario del diente retenido.

7.- Tumores o quistes dentígenos. Estos quistes se originan en los sacos foliculares que rodean las coronas de los dientes en desarrollo.

Aunque pueden estar asociados a cualquier diente, los dientes más comunmente afectados por los quistes son los caninos y los terceros molares retenidos, y se encuentran con mayor frecuencia en la mandíbula que en el maxilar.

CAPITULO IV.

POSICION Y CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS

POSICION Y CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS .

Como ya se ha dicho, los caninos retenidos se encuentran en el maxilar superior en una proporción, veinte veces más que en el inferior; porque sucede esto cuando los factores etiológicos son los mismos; ninguno ha sido capaz de explicarlo. Con respecto al sitio de localización, es tres veces mayor por palatino, que por labial o bucal.

En el maxilar superior se presentan generalmente en rotación sobre su eje longitudinal y en posición oblicua. A veces se presentan también en posición horizontal.

Los caninos inferiores retenidos muy raramente se presentan en posición horizontal o al lado del lingual del arco.

Los caninos aberrantes se encuentran entre el primero y segundo premolares, en la raíz, en el seno maxilar, en la órbita, en el labio, debajo de la lengua y debajo del mentón.

Es importante que la posición de un canino incluido sea cuidadosamente determinada antes de la operación. Esto se decide mejor con un exámen radiográfico-completo. Además existen otros métodos para descubrir la posición del canino incluido: Puede haber un bulto bien marcado sobre el paladar, por palpación del bulto puede sentirse sobre el lado bucal del maxilar.

En las retenciones labiales, 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 labial. En las retenciones horizontales en que la corona del canino está en contacto con el tercio medio o gingival del incisivo lateral puede usarse como guía solamente, cuidando los demás indicios de diagnóstico.

Los caninos superiores se encuentran más frecuentemente en las siguientes posiciones:

1.- En el paladar, con la corona localizada por lingual del incisivo lateral y la raíz extendiéndose hacia atrás paralela a la raíz, extendiéndose hacia atrás paralela a las raíces de los premolares, extendiéndose hacia la superficie bucal.

2 - Con la corona del diente retenido sobre la zona palatina y el cuerpo de la raíz, sobre la superficie del maxilar superior; con la corona del diente retenido sobre la cara bucal y la raíz extendiéndose --

hacia lingual de las raíces del premolar.

3.- Con todo el diente colocado sobre la superficie bucal.

4.- En bocas desdentadas.

5.- Retención bilateral sobre el paladar y sobre bucal.

CLASIFICACION.-

Los caninos retenidos superiores, se clasifican en:

a).- Retención intraósea - Cuando el diente está cubierto en su totalidad por tejido óseo.

b).- Retención subgingival.- Cuando el diente retenido está cubierto únicamente por la mucosa gingival.

De acuerdo a la dirección de su eje mayor, los caninos retenidos se clasifican en:

a).- Posición vertical.

b).- Posición horizontal.

c).- Posición angular.

La clasificación de acuerdo a su situación puede ser:

a).- Unilateral.

b).- Bilateral.

De acuerdo a su situación en el maxilar los caninos incluidos se clasifican en :

Clase I.- Caninos retenidos localizados en el paladar:

- a).- Horizontal.
- b).- Vertical.
- c).- Semi-vertical.

Clase II.- Caninos retenidos localizados en la superficie vestibular del maxilar superior:

- a).- Horizontal.
- b).- Vertical.
- c)º.- Semi-vertical.

Clase III.- Caninos retenidos localizados a la vez en palatino y vestibular; o sea que la corona está en el paladar y la raíz pasa entre las raíces de los dientes adyacentes terminando en ángulo agudo sobre la superficie vestibular del maxilar superior.

Clase IV.- Caninos retenidos localizados en la apófisis alveolar, entre el incisivo y el primer premolar en posición vertical.

Clase V.- Caninos retenidos localizados en un maxilar superior desdentado.

CAPITULO V
RELACIONES ANATOMICAS

RELACIONES ANATOMICAS.

Para poder efectuar una buena cirugía, es necesario conocer la región anatómica sobre la cual se va a trabajar. Por lo cual, a continuación explicaremos la anatomía de la región del maxilar superior, con el fin de llevar a cabo cirugías de caninos superiores retenidos.

MAXILAR SUPERIOR

Este hueso forma la mayor parte de la mandíbula superior, es de forma cuadrangular y presenta las siguientes partes: 2 caras, 4 bordes, 4 ángulos, y una cavidad o seno maxilar.

Cara interna - En su límite inferior destaca un saliente, de forma cuadrangular, denominado apófisis palatina. Esta apófisis más o menos plana tiene una cara superior que forma parte del piso de las fosas nasales y otra inferior rugosa con muchos orificios vasculares que forma gran parte de la bóveda palatina.

La bóveda palatina está constituida por una capa ósea y otra mucosa. La capa ósea, esta como dijimos

anteriormente formada por la cara inferior de las apófisis palatinas y la lámina horizontal de los palatinos. La mucosa, que cubre la superficie ósea en toda su extensión, es gruesa, resistente y se adhiere íntimamente al periostio por medio de su lámina propia, muy delgada que recibe el nombre de rafe.

El epitelio que recubre la mucosa del paladar duro es del tipo plano estratificado queratinizado, y el que recubre la mucosa del paladar blando es plano estratificado no queratinizado.

El borde externo de la apófisis palatina está unido al resto del maxilar, y su borde interno muy rugoso se articula con el mismo borde de la apófisis del maxilar del lado opuesto. Este borde en su parte anterior termina en prolongación que constituye una especie de semiespina que al articular con la del lado opuesto forman la espina nasal anterior.

El borde anterior de la apófisis palatina, cóncava por arriba, forma parte del orificio anterior de las fosas nasales y el borde posterior se articula con la parte horizontal del palatino.

Al nivel del borde interno, por detrás de la espina nasal anterior, existe un surco que con el del otro maxilar (al articular) forma el conducto palatino anterior, por donde pasan el nervio esfenopalatino interno, y una rama de la arteria esfenopalatina.

La apófisis palatina divide a la cara interna del

maxilar superior en dos porciones: la inferior forma parte de la bóveda palatina, es muy rugosa y está recubierta por la fibromucosa palatina. La superior más amplia presenta de atrás rugosidades en las que se articula la rama vertical del palatino. Más adelante se encuentra el seno del maxilar, el cual en el cráneo articulado queda muy disminuido en virtud de la interposición de las masas laterales del etmoides por arriba, del cornete inferior por abajo, del unguis por delante y de la rama vertical del palatino por detrás.

Por delante del seno maxilar existe un canal vertical o canal lagrimonasal cuyo borde anterior está limitado por la apófisis ascendente del maxilar superior, la cual sale del ángulo anterosuperior del hueso.

Esta apófisis en su cara interna y en su porción inferior presenta la cresta turbinal inferior que se articula con el cornete inferior, que se articula con el cornete medio.

Cara externa.- En su parte anterior se observa por encima del lugar de implantación de los incisivos la fosa mirtoforme donde se inserta el músculo mirtoforme, esta fosa está limitada posteriormente por la eminencia o giba canina. Por detrás y arriba de esta eminencia destaca una saliente llamada apófisis piramidal la cual presenta una base por la que se une al hueso, un vértice rugoso que se articula con el hueso malar, tres caras y tres bordes. La cara superior u orbitaria

forma parte del piso de la órbita y lleva un canal anteroposterior que recibe el nombre de conducto suborbitario. En la cara anterior se abre el agujero suborbitario, por donde sale el nervio suborbitario. Entre dicho orificio y la giba canina se encuentra una depresión llamada fosa canina.

De la pared inferior el canal suborbitario salen unos conductillos excavados en el espesor del hueso, que terminan en los alveolos destinados al canino e incisivo, son los conductos dentarios anteriores. La cara posterior de la apófisis piramidal corresponde por dentro a la tuberosidad del maxilar y por fuera a la fosa cigomática. Exhibe diversos canales y orificios, denominados agujeros dentarios posteriores, por donde pasan los nervios dentarios posteriores y las arterias alveolares destinadas a los molares.

Borde anterior.- Abajo presenta la apófisis palatina con la espina nasal anterior, mas arriba muestra una escotadura que con la del lado opuesto forma el orificio anterior de las fosas nasales y más arriba aún, el borde anterior de la apófisis ascendente.

Borde posterior.- Constituye la tuberosidad del maxilar. Este borde se articula por arriba con la apófisis orbitaria del palatino y por abajo con la apófisis piramidal del palatino y borde anterior de la apófisis pterigoides. Esta articulación está provista de un canal que forma el conducto palatino posterior, por

donde pasa el nervio palatino anterior.

Borde superior.- Forma el límite interno de la pared inferior de la órbita y se articula por delante con el unguis, después con el etmoides y atrás con la apófisis orbitaria del palatino.

Borde inferior.- También llamado alveolar por estar formado por los alveolos dentarios donde se alojan las raíces de los dientes.

Angulos.- Son dos superiores y dos inferiores.

El ángulo anterosuperior está formado por la apófisis ascendente, que en su parte superior presenta rugosidades para articularse con la apófisis orbitaria interna del frontal, la cara interna de esta apófisis forma parte de la pared externa de las fosas nasales, mientras que su cara externa, presenta una cresta vertical llamada cresta lagrimal anterior, por delante de la cresta inserta el músculo elevador común del ala de la nariz y del labio superior.

El borde anterior de la apófisis ascendente se articula con los husos propios de la nariz, en tanto que el posterior lo hace con el unguis.

SENO MAXILAR O ANTRO DE HIGHMORE.

Tiene forma de pirámide cuadrangular, de base interna y vértice externo. Por lo tanto se distinguen: base, vértice y bordes. La pared anterior corresponde a la fosa canina, donde se abre el agujero suborbitario. La pared superior es el lado opuesto de la cara orbitaria.

ria de la apófisis piramidal y lleva, por consiguiente, el conducto suborbitario el cual con frecuencia comunica con esta cavidad. La pared posterior se corresponde con la fosa cigomática. La pared inferior es estrecha y está en relación con las raíces de los dientes.

La base en realidad parte de la pared externa de las fosas nasales. En ellas se encuentra el orificio del seno, cruzado por el cornete inferior.

El vértice de la apófisis piramidal.

INERVACION.

La inervación está dada por varias ramas colaterales del nervio maxilar superior, que a su vez es una de las ramas terminales del 5º. par craneal.

Las ramas colaterales son las siguientes :

1.- Nervio Esfenopalatino.- Se desprende del maxilar superior cuando éste penetra en la fosa pterigomaxilar. Se dirige hacia abajo y adentro, pasando fuera del ganglio esfenopalatino, al cual le proporciona uno o dos ramos anastomóticos, y después se divide en sus numerosas ramas terminales, que son: los nervios orbitarios, los nasales superiores, el nasopalatino, el pterigopalatino, el palatino anterior, el palatino medio y el palatino posterior.

a). Los nervios orbitarios son dos y penetran por la hendidura esfenomaxilar a la órbita, hasta llegar al agujero etmoidal posterior, en el cual penetran para distribuirse por las celdillas etmoidales.

b). Los nervios nasales superiores son las ramas externas del esfenopalatino. Penetran por el agujero esfenopalatino, y llegan a las fosas nasales para innervar la mucosa de los cornetes superior y medio.

c). El nervio naso palatino, penetra por el agujero esfenopalatino, pasando por delante de la arteria esfenopalatina. Alcanza el tabique de las fosas nasales, por el cual corre de arriba abajo y de atrás

adelante hasta llegar al conducto palatino anterior - Atraviesa por éste para inervar la mucosa de la parte anterior de la bóveda palatina, no sin haber emitido antes numerosos ramos destinados a la mucosa que cubre el tabique.

d). El nervio pterigopalatino o faringeo de Rock se dirige hacia atrás y penetra al conducto pterigopalatino de donde sale para distribuirse por la mucosa de la rinofaringe.

e). Nervio palatino anterior. Desciende para alcanzar el conducto palatino posterior dando en su trayecto un ramo para el conchete inferior; al salir del conducto, emite ramas para la bóveda palatina y el velo del paladar.

f). Nervio palatino medio. - Desciende acompañado a veces del anterior, aunque en otras ocasiones pasa por uno de los conductos accesorios, de donde sale para distribuirse por la mucosa del velo del paladar.

g). Nervio Palatino Posterior. Al igual que los dos anteriores descende para penetrar en el conducto palatino accesorio, al salir del cual se divide en una rama anterior sensitiva para la mucosa de la cara superior del velo del paladar, y otra posterior que inerva al parestafilino interno, al palatoglobo y el faringeostafilino.

2.- Nervios Dentarios Posteriores. - Son dos o -

tres ramos que se desprenden del maxilar superior en la parte anterior de la fosa pterigomaxilar y descienden adosados a la tuberosidad del maxilar para penetrar en los conductos dentarios posteriores, proporcionando ramos a los molares superiores, así como a la mucosa del seno maxilar.

3.- Nervio Dentario Medio.- Nace del maxilar superior en pleno canal suborbitario por la parte anteroextrema del seno desciende para anastomosarse con el dentario anterior, y así formar el plexo dentario, emitiendo ramos para los premolares superiores y a veces al canino superior.

4.- Nervio dentario anterior.- Emanado del nervio maxilar cuando éste pasa por el conducto suborbitario camina por el periostio para alcanzar el conducto dentario anterior y suministrar ramos a los incisivos y caninos superiores.

Cuando el maxilar superior, sale del agujero suborbitario, toma el nombre de este agujero, emitiendo ramos ascendentes o parpebrales destinados al párpado inferior; ramos labiales, que se distribuyen en la mucosa y tegumentos del labio superior y del carrillo; y ramos nasales, que inervan mucosa y tegumentos de la nariz.

IRRIGACION.

Está dada por las ramas anteriores, las ramas posteriores y una de las ramas descendentes de la arteria interna, rama de la carótida externa.

Rama descendente o arteria palatina superior.

Corre a lo largo del conducto palatino posterior; al salir, se curva hacia adelante para llegar al conducto palatino anterior, donde se anastomosa con la arteria esfenopalatina (rama terminal de la maxilar interna), emitiendo con anterioridad ramas que irrigan la mucosa gingival y palatina, así como la bóveda palatina.

Ramas anteriores.

a). Arteria-Alveolar.- Camina hacia la tuberosidad del maxilar superior, donde se divide en tres ramas que penetran en los conductos dentarios posteriores para irrigar a los molares superiores.

b).- Arteria Infraorbitaria.- Nace antes que la maxilar interna penetra al trasfondo de la fosa pterigomaxilar; se introduce luego en el agujero y al salir irriga el párpado inferior, la parte anterior de la mejilla y labio superior. En su trayecto esta arteria emite ramos mucosos al seno maxilar, y una rama dentaria anterior que recorre el conducto dentario, dando ramos a los incisivos superiores.

Ramas posteriores.-

a). Arteria vidiana. Corre hacia atrás por el conducto vidiano y va a terminar en la mucosa de la faringe, en la región de la bóveda y parte superior de la pared lateral.

b). Arteria pterigopalatina.- Corre por el conducto pterigopalatino y va a ramificarse en la mucosa de la bóveda de la faringe.

Arteria Esfenopalatina.- Es la rama terminal de la maxilar interna, atraviesa el agujero esfenopalatino y se introduce en las fosas nasales, desciende hasta el conducto palatino anterior, lo recorre llegando a la bóveda palatina, donde se anastomosa con la arteria palatina superior.

C A P I T U L O V I .

H I S T O R I A C L I N I C A .

HISTORIA CLINICA.

El dentista efectúa la historia clínica después de estudiar el cuestionario de la evaluación preliminar, lo cual incluye una evaluación más específica de los datos positivos derivados del interrogatorio previo. En la mayoría de los casos es poco el tiempo que se pierde en esta etapa de evaluación. Si la historia preliminar indica puntos posibles de una investigación más minuciosa, y si el dentista es incapaz de seguir adelante o prefiere hacerlo, deberá consultar en ese momento al médico del paciente. Para ayudar a confeccionar una historia detallada haremos una revisión general de ciertos grupos de enfermedades, sugiriendo una serie de preguntas para su evaluación odontológica; solo mencionaremos las enfermedades más comunes y las que implican más riesgos; en este aspecto se han simplificado los caracteres médicos de cada entidad mórbida.

ENFERMEDADES METABOLICAS.

Diabetes mellitus. - Cualquier tratamiento odontológico

gico en un diabético mal compensado implica un grave riesgo. Se ha demostrado que el stress emocional eleva la glucemia y aumenta la tendencia a la acidosis y al coma diabéticos.

La mayoría de los diabéticos pueden proporcionar una adecuada estimación de su estado clínico, ya que muchos de ellos determinan rutinariamente el azúcar contenido en la orina. Si tal determinación es negativa, o si solo muestra vestigio o alcanza al (una cruz), cabe esperar pocos problemas en el tratamiento odontológico.

Si el paciente duda con respecto al control de su afección, se le interrogará acerca de la presencia de sed excesiva, eliminación abundante de orina y pérdida anormal de peso. Todos estos son signos de diabetes mal compensada. Si la duda aún subsiste, se ordenará una consulta médica.

Corresponde señalar aquí que el diabético avanzado no responde con facilidad al tratamiento con antidiabéticos orales del tipo Dimelor, el Diabeneso o el DBI. Si el paciente toma habitualmente uno de estos medicamentos, o si controla su enfermedad con dieta solamente puede considerarse que su afección no es grave.

El diabético presenta una franca tendencia al desarrollo prematuro de arteriosclerosis, razón por la cual conviene interrogarlo sobre posibles síntomas de insuficiencia cardíaca y angina de pecho.

No es raro que, a causa de cierto grado de aprensión, los pacientes concurren a la consulta sin haber-

ingerido alimentos; además y dada la frecuencia con que actualmente se realizan varias sesiones diarias, el enfermo puede abstenerse de una o dos comidas después del tratamiento. En consecuencia si el dentista prevé esta circunstancia puede aconsejarle que disminuya la cantidad normal de insulina, o que incluso la elimine por completo ese día para prevenir un posible shock insulínico (coma hipoglucémico). La elevación transitoria del azúcar en la sangre no es peligrosa.

En el posoperatorio del diabético lábil se debe prestar mucha atención al contenido de glucosa y cuerpos cetónicos en la orina. Se recomienda que en estos pacientes se determinen la glucosa y los cuerpos cetónicos urinarios cuatro veces por días después de un tratamiento que ha producido stress, y que se comunique al dentista cualquier desviación fuera de lo común, para así consultar con el médico.

Hipertirodismo.- El antecedente de hipertirodismo debe hacer sospechar la posibilidad de enfermedad cardíaca o angina de pecho. Los hipertirodismos moderados con taquicardia, sudores, dolor de cabeza y manifestaciones nerviosas son malos candidatos para cualquier tratamiento odontológico.

Insuficiencia suprarrenal. Debe considerarse la posibilidad de provocar una insuficiencia suprarrenal en un paciente que haya tomado adrenocorticosteroides en los 6 meses previos a la consulta. En algunos casos los trau

matismos, incluso aquellos mínimos como la anestesia local o una simple extracción dentaria, son capaces de provocar un shock irreversible; por ello, deberá consultarse antes al médico del paciente, quien probablemente restituirá el corticosteroide antes del tratamiento odontológico.

El paciente puede hallarse bajo terapéutica con corticosteroides por una afección crónica del colágeno como la artritis reumatoidea, el lupus eritematoso difuso y otras enfermedades autoinmunes. En esas circunstancias el médico puede decidir aumentar la dosis del esteroide si se planea una cirugía bucal amplia o cuando cabe esperar una reacción de stress.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y CEREBROVASCULARES.

Insuficiencia cardíaca: fisiopatología. El corazón* es una complicada bomba que puede estar enferma años antes de volverse insuficiente y de no poder asegurar un aporte adecuado de sangre a los tejidos del organismo.

Existen tres causas por las cuales el corazón puede entrar en insuficiencia:

1.- Una porción del músculo cardíaco irrigada por una arteria coronaria enferma puede ir a la isquemia (no necrótica) y perder transitoriamente su contractilidad, a pesar de que el corazón sigue bombeando un

caudal de sangre suficiente hacia los demás tejidos del organismo. Esto es el síndrome de la angina de pecho, que no presenta una insuficiencia sistémica.

2.- En la inactividad cardíaca o en la fibrilación ventricular el síncope es inmediato y el paciente muere.

3 - Lo más común es que el corazón enfermo pierda su capacidad para bombear con eficiencia la sangre hacia los tejidos periféricos, de modo que se instala poco a poco el cuadro clínico denominado insuficiencia cardíaca periférica.

La insuficiencia circulatoria ocurre cuando el corazón no es capaz de bombear la cantidad de sangre que el cuerpo necesita. Puede que no consiga bombear la sangre de retorno que le llega por las grandes venas (insuficiencia cardíaca) o bien el retorno venoso puede ser inadecuado (insuficiencia circulatoria periférica).

El cuadro clínico de la insuficiencia cardíaca: obedece :

1.- Al aporte inadecuado de sangre a los tejidos periféricos (insuficiencia cardíaca anterógrada).

2.- El avenamiento inadecuado de los tejidos periféricos, con acumulación de un exceso de sangre en los tejidos y órganos (insuficiencia cardíaca retrógrada).

Las insuficiencias cardíacas anterógrada y retrógrada pueden ocurrir al mismo tiempo, pero los signos-

y síntomas de congestión (insuficiencia cardíaca retrógrada) son clínicamente más comunes.

Normalmente, el corazón izquierdo y el corazón derecho bombean la misma cantidad de sangre, pero cuando el aporte del ventrículo izquierdo disminuye como consecuencia de una enfermedad, el aporte del ventrículo derecho es relativamente mayor, sobreviene una descarga del lecho vascular del sector pulmonar y los pulmones se tornan congestivos y edematosos. Esto se denomina insuficiencia cardíaca izquierda. Cuando disminuye el aporte del ventrículo derecho, el aporte del ventrículo izquierdo conduce a una sobrecarga del lecho vascular periférico y aparecen los síntomas de congestión y edemasistémicos. Esto se denomina insuficiencia cardíaca derecha. Desde el punto de vista clínico las insuficiencias cardíacas derecha e izquierda son simultáneas, pero pueden predominar signos y síntomas de congestión venosa pulmonar (insuficiencia cardíaca izquierda) o de congestión venosa sistémica (insuficiencia cardíaca derecha).

Insuficiencia cardíaca congestiva. La descompensación cardíaca o insuficiencia cardíaca congestiva representa uno de los riesgos más comunes en el consultorio odontológico. Con el propósito de simplificar el tema se ha incluido en esta clasificación tanto la insuficiencia cardíaca derecha como la izquierda, aunque habitualmente se les trate por separado.

El síntoma principal de la insuficiencia cardíaca* es la disnea o fatiga, y en orden de importancia le sigue el edema, que comienza en los tobillos.

La expresión fatiga indebida puede que parezca de masiado vaga como para hacer una evaluación específica pero se debe recordar que el caso habitual de insuficiencia cardíaca congestiva ha venido evolucionando meses o años antes de presentarse los signos y síntomas evidentes. Durante meses o años los órganos vitales y los músculos esqueléticos del paciente han recibido un aporte nutricional cada vez menor. Por meses o años los músculos intercostales han tratado de distender los pulmones húmedos y congestionados, aunque es probable que el paciente no presente las molestias clásicas de disnea de esfuerzo, disnea nocturna paroxística u ortopnea, se cansa fácilmente ante el menor ejercicio, de modo que la tendencia a fatigarse pasa a ser un signo de mucha importancia en la evaluación.

El cuadro clínico de la insuficiencia cardíaca congestiva obedece a distintas variedades de enfermedad cardíaca, como una cardiopatía congénita, valvular o coronaria (cardiopatía isquémica), hipertensión arterial, ciertas arritmias cardíacas, pericarditis, miocarditis, endocarditis o aneurisma aórtica. La mayoría de estas enfermedades específicas no requieren un comentario especial con respecto a la evaluación física ni al tratamiento de emergencia.

Cardiopatía Coronaria.- La cardiopatía coronaria es una entidad clínica que se presenta como angina de pecho o como infarto agudo de miocardio.

°Depende por entero de un considerable estrechamiento (de por lo menos un tercio de lo normal) o de la oclusión completa de una arteria coronaria. Salvo la rara excepción de la aortitis sifilítica, la entidad anatomopatológica de la cardiopatía coronaria o de la cardiopatía izquémica es la aterosclerosis coronaria, lo cual explica que comunmente se hable de cardiopatía coronaria aterosclerótica.

Angina de Pecho.- Los pacientes con este trastorno representan un riesgo considerablemente mayor que los que tienen un grado mediano de insuficiencia cardíaca. Debe tenerse presente que el ataque puede llevar a la trombosis coronaria y a la muerte.

Este paciente presentará una historia de episodios recurrentes de dolor retroesternal de intensidad variable, con propagación al hombro o brazo izquierdo, raramente al hombro derecho o a la espalda. El dolor aparece a menudo a raíz de un esfuerzo o de una excitación, y generalmente calma con el reposo. Es aconsejable la consulta con el médico para considerar conjuntamente el plan de tratamiento odontológico.

Infarto Agudo de Miocardio. El infarto agudo de miocardio también se conoce como oclusión coronaria y

trombosis coronaria. Este paciente, lo mismo que el anginoso, representa un riesgo de mortalidad por lo menos 30 por ciento mayor que el término medio. Cerca del 75 por ciento de todos los infartos de miocardio obedecen a trombosis coronaria. El infarto puede desarrollarse aunque no haya una oclusión reciente, y la trombosis de la arteria coronaria puede existir sin que necesariamente dé lugar al infarto.

En el comienzo los síntomas del infarto agudo de miocardio son similares a los de la angina de pecho, pero por el dolor retroesternal no se alivia ni con nitritos ni con reposo, y son comunes la disnea, la debilidad y la traspiración fría. La mayoría de los pacientes que han sufrido un infarto son capaces de suministrar el diagnóstico adecuado durante el interrogatorio. Suele haber, en general, una historia de internación seguida de algunas semanas o meses de inactividad en cama. Se recomienda la consulta médica.

Hipertensión Arterial.- El antecedente de hipertensión arterial obliga a investigar la posible existencia de una insuficiencia cardíaca o de una angina de pecho. Aunque en estos casos parece natural pensar primero en un accidente cerebrovascular.

Cuando se hace la historia clínica debe preguntarse al paciente si ha tenido episodios pasajeros de síncope, de dificultad para hablar o de parálisis o paresia de una extremidad. Estos episodios temporarios no -

constituyen un verdadero ataque, sino que son prodrómicos y generalmente representan una insuficiencia transitoria de la irrigación cerebral. Un paciente con tales antecedentes deberá ser considerado como si hubiera padecido un verdadero ataque.

La anamnesis minuciosa puede descubrir el antecedente de un verdadero accidente cerebrovascular (apoplejía, hemorragia o trombosis cerebral).

En orden de aparición, éste se caracteriza por intenso dolor de cabeza, vómitos, somnolencia y confusión, posible coma o convulsiones y parálisis, con recuperación funcional o sin ella.

EXAMEN FISICO

La historia de rutina, junto con el interrogatorio que acaba de detallarse, nos darán en la mayoría de los casos una adecuada evaluación física previa al tratamiento odontológico. Con todo, ninguna orientación será completa sin el examen físico.

Inspección. La inspección del paciente constituye el primer paso de cualquier examen físico. Debe prestarse particular atención a los siguientes tres puntos:

1. - Color de piel:

Cianosis: cardiopatía, policitemia

Palidez: anemia, temor, tendencia al síncope.

Rubor : Fiebre, sobredosificación de atropina
hipertiroidismo.

Ictericia: Enfermedad Epática.

2.- Ojos:

Exoftalmos: hipertiroidismo.

3.- Conjuntivas:

Palidez : anemia.

4.- Manos:

Temblor: Hipertiroidismo, aprensión, histeria parkinsonismo o parálisis agitante, epilepsia esclerosis múltiple.

5 - Dedos:

Cianosis del lecho ungular: enfermedad cardíaca

En palillo de tambor: enfermedad cardiopulmonar.

6.- Cuello:

Distensión de la vena yugular: insuficiencia cardíaca derecha.

7.- Tobillos:

Hinchazón: venas varicosas, insuficiencia cardíaca derecha, enfermedades renales.

8.- Frecuencia respiratoria, particularmente con respecto a la insuficiencia cardíaca.

.. Adulto normal: 16-18 por minuto.

Niño normal : 24-28 por minuto

9.- Abdomen:

Ascitis: cirrosis hepática - insuficiencia cardíaca derecha.

Presión arterial y Pulso.- Además de la revisión habitual se considera que, en cualquier paciente mayor de 15 años, la determinación de la presión arterial debe ser rutinaria en el consultorio odontológico, y que tal determinación debería repetirse en pacientes que no hayan sido examinados durante un período de 6 meses o más.

Es muy importante valorar la presión sanguínea si se planea administrar sedantes por vía oral o intravenosa; el mismo concepto se aplica, junto con la determinación del pulso, en los casos en que se sospeche una enfermedad cardíaca o cerebrovascular.

Presión Arterial.- La presión arterial oscila entre 90/60 y 150/100 milímetros de mercurio en el adulto normal. Como puede variar de 20 a 30 mm, en un período breve, por el esfuerzo o la emoción, conviene efectuar varias mediciones en caso de duda y tomar en cuenta la cifra más baja.

Las cifras aisladas no bastan para valorar el grado de hipertensión del paciente. Esta apreciación no solo depende de la presión arterial de enfermo sino

también-y muy especialmente- de la evaluación de su estado general.

Prueba del tiempo de apnea.- Al completar la historia y el examen físico pueden quedar serias dudas sobre la reserva funcional de un paciente afectado de enfermedad cardiovascular o pulmonar. Si es así, la prueba del tiempo de apnea (tiempo durante el cual el paciente puede contener la respiración) es muy útil y de gran precisión. Puede considerársle de valor similar al de una prueba de esfuerzo (subir escaleras).

Auscultación del corazón y los pulmones. El examen estetoscópico del corazón y los pulmones, como elemento que contribuye a la evaluación física, no se emplea por lo general en atención odontológica. Sin embargo, cuando este examen está indicado, el odontólogo puede realizarlo con toda propiedad si es competente para ello en virtud de su capacitación y experiencia.

Pruebas de Laboratorio.- Es práctica clásica en paciente hospitalizado antes de una anestesia general, efectuar un análisis de laboratorio mínimo, que consiste en un exámen de orina y un recuento globular. Estas pruebas nunca fueron rutinarias en cirugía dental, aunque en algunos pocos consultorios se determinan la hemoglobina y las cifras de glucosa en orina. Es dudoso que este examen agregue datos significativos a la evaluación básica aquí delineada no obstante, si exis-

ten dudas acerca de una posible enfermedad renal, anemia, tendencias hemorrágicas, diabetes, etc., lo aconsejable es remitir al paciente a la consulta médica para contar con una opinión autorizada al respecto.

CAPITULO VII

EXAMEN RADIOGRAFICO

EXAMEN RADIOGRAFICO.

El examen radiográfico en realidad está considerado como parte integrante de la historia clínica, ya que es uno de los métodos auxiliares de diagnóstico -- más importantes con que se cuenta en odontología.

Sin embargo, para el tratamiento de los caninos-- superiores retenidos, y en general para cualquier otro diente en la misma situación, el uso de los rayos "X"-- es de suma importancia.

Una vez que hemos llegado al diagnóstico de caninos retenidos deberemos establecer la posición exacta que ocupa en los maxilares; para encarar el problema quirúrgico, no es suficiente tomar una radiografía intraoral solo para comprobar el diagnóstico, sino que -- será necesario, llevar a cabo ciertas reglas para que -- nuestro estudio sea adecuado y obtengamos el máximo de beneficios de él.

Es necesario ubicar el diente según los tres planos del espacio; así como también es importante el observar el ápice y la cúspide; conocer la relación que guarda el diente retenido con los dientes vecinos, así

como las estructuras subyacentes (fosas nasales, seno-maxilar), La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo (densidad, rarefacción, presencia del saco pericoronario y existencia de procesos óseos pericoronarios)

Antes de atacar un problema quirúrgico de este tipo, debemos verificar, con absoluta precisión, la clase a que pertenece el canino retenido (posición vestibular o palatina, distancia a que los dientes vecinos - número de caninos retenidos) para imponer el tipo de operación necesaria, (vía de acceso, incisión, etc), ya que solo así evitaremos operaciones mutilantes, traumáticas y llenas de inconvenientes.

Una buena radiografía debe mostrar:

- 1o. La forma de la corona,
- 2o. La existencia y la forma del saco pericoronario.
- 3o. La distancia y relación de la cúspide del canino con los incisivos central y lateral y con el conducto palatino anterior.

La cúspide del canino puede estar en contacto con la raíz del central o del lateral, o enclavada entre los dientes: cualquiera de estas formas constituyen serio obstáculo para su extracción.

También es de suma importancia conocer la porción radicular ya que el ápice de los caninos retenidos presenta en general una pronunciada dilatación.

La existencia de esta anomalía y la ubicación

exacta del extremo radicular, deben ser conocidas antes de la operación

A).- Relación Vestíbulo-Palatina.-

Esta relación es necesaria primordialmente para elegir la vía de acceso. Aproximadamente un 85% de los caninos superiores retenidos, presentan una posición palatina; sin embargo para comprobar este hecho, tomaremos una radiografía mediante la siguiente técnica:

Colocando al paciente sentado en posición vertical de tal manera que el plano del arco dentario superior tome una forma horizontal, y colocaremos una película radiográfica oclusal entre ambos maxilares.

La colocación del cono del aparato de rayos "X" deberá ser paralela a los ejes longitudinales de los incisivos, colocando dicho cono sobre el hueso frontal del paciente, aproximadamente a dos centímetros y medio de la eminencia frontal.

Siguiendo esta técnica, obtendremos una radiografía en donde se aprecian los incisivos de tal modo que solo se percibe el corte del ecuador de cada diente, sin que se vea la proyección de la raíz.

El canino retenido aparece por delante de la proyección de los dientes anteriores en el caso que sea vestibular, y por detrás de la misma, en caso de que sea de colocación palatina.

Si la colocación del rayo del aparato fuera perpendicular a la placa, podría suceder que el canino vestibular apareciera, radiográficamente, palatino.

B).- Ubicación del Canino en el plano Sagital.

Para lograr esta ubicación, la técnica a seguir - se logra con la obtención de tres placas radiográficas a las que denominaremos; Anterior; Media y Posterior.

Toma Anterior: Se coloca la película en el lado - palatino; haciendo coincidir la línea media de la placa con el espacio interincisivo, siendo la dirección - del rayo en la forma común para este tipo de tomas.

Toma media.- Se hace coincidir el borde anterior - de la radiografía periapical con el espacio antes mencionado. La placa se coloca verticalmente y el rayo es normal a la película.

Toma Posterior./ En esta se hace coincidir el bor - de anterior de la placa, con la cara distal del inci - vo lateral, siendo normal la dirección del rayo.

Una vez reveladas las placas, colocaremos en el - negatoscopio una orden de p-m-a (para el lado izquier - do) y a-m-p (lado derecho), y tendremos ubicado en el plano sagital y las relaciones con órganos y dientes - vecinos.

C).- Delimitación del canino en el plano horizon - tal.-

Los autores Gietz y Gravioto, aconsejan el siguien - te método para localizar el canino retenido en el pla - no horizontal. En esta técnica se usa una radiografía - oclusal con el rayo central perpendicular a la placa -

y pasando por los premolares, lo que evita que los rayos secundarios den una imagen incorrecta del diente - proyectándolo a través de las raíces de los demás dientes en la arcada.

D).- Delimitación del Canino en el plano vertical.

Los autores antes mencionados, sugieren el siguiente método para la localización del plano vertical de los caninos retenidos.

Se coloca una placa, que bien puede ser del tipo-extraoral, o bien oclusal, sobre la mejilla opuesta al canino retenido, dirigiendo el rayo central de manera que atraviese el maxilar en sentido horizontal e incida perpendicularmente a la placa radiográfica.

C A P I T U L O V I I I .
P R E M E D I C A C I O N Y A N E S T E S I A .

PREMEDICACION.

En este capítulo presentamos una técnica simplificada para premedicar con barbitúricos que permite obtener una sedación efectiva en odontología. Para ello, y con fines comparativos, se efectuará una revisión de algunos representantes típicos del grupo de los atarácicos y los sedantes.

La prescripción de agentes sedantes para aliviar la aprensión es, desde hace mucho tiempo, una ayuda valiosa para la anestesia general en ambientes hospitalarios. El propósito fundamental de este tratamiento previo es obtener una sedación psíquica, de modo tal que el paciente se mantenga tranquilo, sin ansiedad e indiferente cuando llega a la sala de operaciones.

Algunas veces estas drogas, además, se caracterizan por reducir al mínimo las secreciones del aparato respiratorio y por potenciar la anestesia primaria, sea general o local.

Aunque los principios básicos de la premedicación se mantuvieran inalterados, las técnicas se han modificado con la introducción de nuevas drogas.

Esto condujo al criterio, ahora generalizado, del empleo preoperatorio de combinaciones de fármacos que no solo tienen acciones múltiples, sino además potencian la efectividad de otras drogas anestésicas.

Con el advenimiento de nuevas técnicas para anestesia, se está dando mucha importancia a las drogas que despliegan la acción primaria de suprimir la ansiedad. Su papel ya no consiste en suplementar al anestésico general, sino lo ideal es que ocasionen una depresión psíquica, reduciendo así la respuesta del paciente frente a todo estímulo desagradable.

Uno de los problemas que plantea la administración parental y que se menciona como causa frecuente de demandas judiciales por ejercicio incorrecto de la profesión es la lesión en el sitio de la inyección.

En general se ha preferido la vía intramuscular porque la absorción es más rápida y porque se la considera más previsible que si la droga se administrara por la boca. Sin embargo, la administración oral es menos peligrosa y al mismo tiempo más conveniente y económica.

Otros estudios demostraron que, por lo menos en una población quirúrgica electiva a la que por rutina se le restringe la administración oral, la absorción gastrointestinal es suficiente para la administración de las drogas por vía bucal y resulta clínicamente práctica.

La psicosedación implica una depresión del siste-

ma nervioso central. Esta acción farmacológica es, por tanto, un requisito esencial para calificar cualquier droga como premedicamento. Tanto las drogas hipnóticas como las narcóticas tienen la cualidad de actuar fundamentalmente sobre la corteza cerebral, produciendo una depresión que luego se propaga en sentido descendente. Los tranquilizantes menores, de creciente importancia en muchos campos de la medicina, actúan principalmente sobre las estructuras subcorticales relacionadas con el control de las emociones.

La odontología se encuentra en una posición especial con respecto a la premedicación en pacientes ambulatorios. Nuestro principal interés es seleccionar aquellos pacientes que obtendrán más beneficios con alguna forma terapéutica antes de la visita. Aunque cualquier paciente experimenta cierto grado de ansiedad antes o durante el tratamiento, no todos son candidatos a la psicosedación.

En líneas generales el proceso de selección se centrará en los individuos incapaces de controlar la intensidad de sus reacciones ante un estímulo psíquico adverso. Ejemplos de esto serían el adulto y el niño, hipersensibles, el adulto y el niño mentalmente deficientes, y los ancianos debilitados y afectados de dolencias crónicas. Estamos de acuerdo con Jorgensen en que tales enfermos merecen la misma consideración que los pacientes de cirugía, y que en ellos la anestesia

general no es la única solución.

El dentista deberá ver al paciente en una consulta preliminar, en la cual no solo lo examinará sino que intentará también alcanzar un máximo de armonía con los pacientes u otras personas responsables. Durante esta visita podrá explicar claramente el procedimiento que se ha de seguir y detenerse en cualquier consideración adicional sobre los problemas particulares del paciente. Esto hará que los acompañantes cooperen más cuando se den las indicaciones para administrar las drogas.

Desde el punto de vista del paciente, la necesidad de que le acompañen hasta y desde el consultorio podría representar un inconveniente innecesario. Cuando el dentista recuerde los últimos problemas con que debió enfrentarse, y cuán traumática fué la experiencia para ambas partes, admitirá que los beneficios que se obtienen con el pretratamiento superan en gran medida a los inconvenientes.

La técnica que se sugiere más adelante es efectiva, simple y comparativamente segura. También disponemos de muchos otros métodos que podrían ser más adecuados en casos especiales o en determinados problemas anestésicos, pero que a su vez requieren mayor experiencia por parte del odontólogo. Nuestro método, por tanto, se dirige a los novicios, quienes necesitan valerse de una droga única que sea a la vez eficaz y segura, y que pueda ser adaptada fácilmente a las técni-

cas habituales del consultorio.

Cuando domine totalmente el uso de esta droga - para tranquilizar al paciente, el odontólogo podrá - entonces si lo desea utilizar narcóticos, atarácicos - o una combinación de ambos.

Hemos elegido el pentobarbital entre (nembutal) - como una excelente droga única para emplear en el con- sultorio; en nuestra opinión es, hasta el momento, el - agente más seguro y eficaz en manos del odontólogo no- vel. No solo se dispone en varias concentraciones sino que puede ser administrado fácilmente en la casa sea - por vía bucal o rectal. En consecuencia, tanto la dosis como la vía de administración puede adecuarse a cada - paciente sin necesidad de cambios importantes en la - técnica básica.

Describiremos brevemente la acción farmacológica - de cada una de las drogas más comunmente empleadas en - el control del complejo ansiedad-dolor.

Farmacología:

Se pasará revista a las características de la mepe- ridina, el pentobarbital y la prometazina como repre- sentantes típicos de los narcóticos, los hipnóticos y - los atarácicos, respectivamente.

Meperidona (Demerol). Se caracteriza por combinar - las propiedades de la morfina y la sederina. Su poten- cia analgésica es intermedia entre ambas; la meperi- dina es superior a la codeína pero, al igual que esta, -

Las dosis muy elevadas no proporcionan un aumento significativo en el umbral del dolor.

La meperidina deprime la respiración, aunque menos que la morfina. Las propiedades euforizantes y sedantes de la meperidina son menores que las de la morfina.

La toxicidad de la meperidina es similar a la de la morfina, excepto que, con la primera, puede predominar la excitación.

Las reacciones desfavorables producidas por las dosis comunes de meperidina son similares a las de la morfina; vértigo, náuseas, vómito y convulsión.

Pentobarbital (Nembutal). Es una excelente droga de acción rápida, cuyos efectos duran entre tres y seis horas, su actividad se hace sentir ya entre 30 y 45 minutos después de administrarla por vía bucal o rectal.

El pentobarbital se absorbe rápidamente a nivel del tubo intestinal y se excreta casi exclusivamente por el riñón.

Su acción se ejercitará en la región cortical y, en un grado menor, en los núcleos subcorticales.

En dosis moderadas el pentobarbital alivia el nerviosismo y el desasosiego; en dosis mayores tiene un efecto hipnótico.

La droga disminuye la sensibilidad gástrica, de modo que inhibe los reflejos de la náusea o el vómito y reduce al mínimo los inconvenientes postoperatorios.

Tranquilizantes Menores :

Diazepam (valium). El diazepam es un derivado de la benzodiazepina químicamente análogo al clordiazepoxido (librium).

Ambos actúan como ansiolíticos (tranquilizantes menores) y se emplean para controlar la mayoría de los trastornos emocionales. El diazepam se presta mejor como psicosedante porque es un relajante muscular. Esta es una acción sobre el SNC que reduce bien el espasmo muscular, potenciando así la acción sedante del diazepam.

Es perfectamente inocuo si se emplea solo y en las dosis recomendadas, pero debe ser administrado únicamente por un profesional experimentado si se lo combina con otros depresores del SNC.

Hidroxina (vistaril, atarax). Es un antihistamínico que no tiene ningún parentesco químico con la fenotiazina. Sus fabricantes dicen que la droga aplaca a los niños ansiosos e hiperactivos y que mejora las neurosis, la agitación y la aprensión en los adultos.

Se puede administrar por vía oral e intramuscular aunque pacientes se quejan que la inyección es dolorosa.

La administración intravenosa está contraindicada porque se comunicaron casos de gangrena por endarteritis y trombotis.

Comentario :

Las acciones más sobresalientes de cada droga ---

reflejan las respuestas fisiológicas que se observan en el individuo normal (tabla 1). Estas respuestas, particularmente las desfavorables pueden ser más acentuadas en el paciente hipersensible o en el debilitado.

(TABLA 1) ACCION FARMACOLOGICA DE CINCO PSICO SEDANTES DE USO COMUN

Drogas	Sedación	Anal- gesia	Reacciones Desfavorables
Narcótico:			
Meperidina (demerol)	Regular	Buena	Náuseas, vómitos, depresión respiratoria.
Hipnótico:			
Pentobarbital (nembutal)	Buena	No	Depresión respiratoria, e-somnolencia.
Tranquilizantes			
Menores :			
Diazepam (valium)	Buena	No	Somnolencia
Clordiazepóxido (librium)	Regular	No	Somnolencia.
Hichoxicina (vistaril ataraz)	Deficiente	No	Inyección dolorosa.

En términos de seguridad, los narcóticos serían los menos convenientes dentro de las tres categorías mencionadas.

Las náuseas y los vómitos son muy penosos y anulan los efectos beneficiosos de la terapéutica previa. La acción sedante de un narcótico se debe a una depresión cortical, si este efecto no se controla correctamente puede producirse rubor, depresión respiratoria y coma.

En el individuo susceptible, estas reacciones indeseables podrían ser irreversibles o relativamente difíciles de tratar.

Por lo tanto, el manejo de esas drogas requiere conocimientos sólidos que solo se logran con la experiencia. De los tranquilizantes menores que se emplean con menor frecuencia en psicosedación, el diazepam parece ser el más eficaz y de acción más constante.

Los estudios comparativos efectuados con la meperidina y el diazepam por Cormier y col, empleando 100 mg de meperidina y 10 mg de diazepam en un ensayo controlado, indicaron que el diazepam controla mejor la ansiedad del preoperatorio y que los pacientes lo prefieren. Además se reduce la incidencia de náuseas antes y después del acto quirúrgico, de modo que el paciente se siente más cómodo.

Es interesante señalar que en este estudio ninguna de las drogas disminuyó la cantidad de relajantes musculares y de agentes de anestesia general necesarios para el acto operatorio, lo cual sugiere, que los efectos depresores de ambas drogas son mínimos para estas dosis.

Brandt y colaboradores hicieron un estudio "doble - ciego", con 100 mg de pentobarbital y 20 mg de diazepam. La primera dosis se administró en el momento de acostarse y la segunda 90 minutos antes de la operación. Ambas drogas fueron superiores al placebo en cuanto a reposo nocturno, pero no hubo ninguna diferencia significativa entre ellas dos respecto a la inducción del sueño.

En este estudio, la evaluación de las drogas reveló que el diazepam es un tanto superior en la supresión de la aprensión y que produce mayor relajación en el preoperatorio que el pentobarbital. Esto se basó en la respuesta del paciente y en las impresiones clínicas del analgésico.

También revistió interés en encuesta sobre la amnesia de los pacientes en el día de la intervención quirúrgica. Esto se hizo el primer día del postoperatorio. Más de la mitad de los pacientes que habían recibido diazepam no recordaban nada de lo acaecido antes de la inducción de la anestesia, en comparación el 25% de los tratados con pentobarbital.

Los autores aseguran que ya no hace falta narcotizar al paciente antes de la operación, si se le puede proporcionar una buena noche de sueño y liberarlo de su carga de ansiedad mediante el empleo de drogas como el diazepam.

En el estudio de Murray y Col. se compararon los psicosedante pentobarbital, etelorvinol (placidy), diazepam.

zepam, hidrocixina (vistaril, atarax) y oxacepam (se--
 rax). Todas las drogas fueron administradas por boca en do-
 dosis variables y la evaluación estuvo a cargo de dos -
 observadores y de los propios pacientes. No se comprobó
 ninguna mejoría perceptible de la aprensión entre los -
 que recibieron hidrocixina u oxacepam, mientras que dis-
 minuyó significativamente entre los que tomaron diaze--
 pam y etelorvinol.

El pentobarbital, 200 mg fue el que produjo mayor-
 sedación, pero también mayor somnolencia. Los autores -
 llegaron a la conclusión de que el efecto ansiolítico -
 significativo obedeció a la actividad sedante similar de
 la droga.

En el ambiente hospitalario la somnolencia no es -
 un efecto indeseable, pero en el consultorio de odonto-
 logía el paciente no podría regresar a su casa sin --
 asistencia.

Baird y Curson propusieron una sencilla técnica pa-
 ra la administración oral del diazepam en pacientes so-
 metidos a procedimientos odontológicos conservadores en
 el consultorio. Se entregan a cada paciente 3 comprimi-
 dos de 5 mg para tomar al acostarse, al levantarse y 2-
 horas antes de la consulta.

En su estudio sobre 100 pacientes, los que recibie-
 ron el placebo en la primera visita y se mostraron muy-
 ansiosos, tuvieron mucho menos aprensión en la segunda-
 visita, cuando se les dió el diazepam.

Sobre la base de estos estudios y sobre muchos otros, el diazepam parece ser una droga que halla utilidad en odontología como psicosedante útil para disipar la aprensión, y que el odontólogo general puede emplear.

Con respecto al pentobarbital, tiene la ventaja de que produce la relajación de la musculatura y menos somnolencia.

El pentobarbital, en cambio, presenta cualidades ideales y es el que mejor se ajusta al criterio de la premedicación en odontología. Calmará efectivamente al paciente disminuyendo su respuesta a un estímulo que podría ser, de otro modo, intolerable. El factor analgesia pierde importancia porque el dentista se valdrá de la anestesia local durante el procedimiento. Si surge la necesidad de controlar un dolor postoperatorio, puede prescribirse un analgésico para que el paciente lo tome en su domicilio.

Como su margen de seguridad es bastante amplio, es raro que se produzca una reacción tóxica por sobredosis y esta complicación se observa con las dosis apropiadas. Por lo general la sobredosis de barbitúricos se debe a la mala interpretación de las instrucciones por el paciente; en consecuencia, este aspecto ha de ser tratado en la consulta inicial.

Las ventajas de la flexibilidad de administración de pentobarbital son más evidentes cuando la técnica es

discutida.

Técnica y Dosificación sugeridas:

Para que alcance un nivel de real eficacia, el pentobarbital debe darse habitualmente en dosis hipnóticas o incluso del doble de estas. Por lo tanto, el paciente no conducirá un automóvil durante las 6 horas posteriores a la administración de la droga.

Como prueba, se recomienda que la primera dosis sedante sea la mitad de la dosis hipnótica normal (niños o adultos). Esta dosificación, podrá modificarse en futuras visitas de acuerdo con cada caso en particular.

El pentobarbital se suele suministrar por vía bucal o rectal entre 30 y 45 minutos antes de la consulta. El acompañante deberá estar al tanto de las reacciones del paciente (somnolencia, pérdida de la agudeza normal) y de la necesidad de una supervisión constante.

Para el caso de una depresión respiratoria exagerada o de un síncope, el odontólogo podrá salvar la situación con un simple aparato de oxigenoterapia.

Se aconseja una anema evacuante previa cuando se decida la administración rectal de la droga. Una vez que se introducido el supositorio, es necesario comprimir firmemente las nalgas entre sí durante 5-10 minutos.

Esta maniobra impedirá la expulsión del fármaco y

permitirá que el supositorio se derrita por acción de la temperatura corporal.

Dosificación:

I.- Bucal (cápsulas o elixir)

- A. Adulto, dosis hipnóticas : 100-20 mg.
- B. Niños, dosis hipnótica : según la regla de Dilling:
 - 1.- A los 20 años dosis del adulto
 - 2.- A los 10 años -media dosis del -
 adulto.
 - 3.- A los 5 años un cuarto de dosis
 Adulto.
 - 4.- A los 2½ años Un octavo de dosis
 Adulto.
 - 5.- Al año Un doceavo de dosis
 Adulto.

II.- Rectal (supositorio)

- A. Niños (con problemas serios de comportamiento)
 - 1.- A los tres años 120 mg.
 - 2.- A los dos años 60 mg.
 - 3.- Al año 30 mg.

Resúmen:

Se ofrece al dentista no experimentado una técnica de premedicación simple basada en el empleo de una sola droga.

El pentobarbital nos parece el fármaco de elección porque es el que mejor se adecúa al criterio de la --

premedicación y es aplicable a la práctica del consultorio.

Ofrece una sedación efectiva, y su administración es segura y flexible.

Las reacciones indeseables de los narcóticos, tan frecuentes, los convierten en drogas inadecuadas para uso en el consultorio especialmente en manos de un profesional inexperto.

El diazepam ganó popularidad como droga que produce sedación efectiva y relajación muscular.

Después de que el odontólogo haya interiorizado de la técnica descrita en este capítulo estará en condiciones de utilizar el diazepam junto con la anestesia local.

Las diversas concentraciones de pentobarbital, en los preparados comerciales, permiten administrarlo con facilidad.

Esta característica proporciona al odontólogo la facilidad de elegir la medicación adecuada para cada caso en particular.

ANESTESIA.

La extracción de los caninos retenidos, como en toda intervención quirúrgica, requiere fundamentalmente de métodos anestésicos, por tratarse de procedimientos molestos y largos.

La anestesia debe prever la duración de la operación, ya que, junto con la premeditación, los objetivos que se persiguen son los siguientes:

- a) Disminuir la aprehensión, ansiedad o miedo.
- b) Elevar el umbral de dolor.
- c) Controlar la secreción de la glándulas salivales y mucosas.
- d) Contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos locales.

En general este tipo de intervenciones solo requieren de la utilización de anestésicos locales, cuyas diversas técnicas, en que por alguna circunstancia se tuviera que recurrir a la anestesia general, lo primero que hay que administrar es un barbitúrico de acción intermedia por vía endovenosa, para que después, se

proceda a la inducción de protoxido de azoe en combinación con oxígeno .

Por regla general, la anestesia de la región canina la lograremos mediante el bloqueo de los nervios infraorbitario, esfeno-palatino y palatino anterior. En realidad las técnicas que se llevan a cabo para el bloqueo de la región canina son: la supraperióstica alveolar superior en combinación con la palatina, del lado que se va a intervenir.

Bloqueo Infraorbitario.-

Consiste en la inyección del nervio infraorbitario rama del maxilar superior, así como las ramas terminales de este que son: palpebral inferior, nasal externa nasal interna y labial superior.

En el bloqueo queda involucrada la rama alveolar entero-superior-media, así como la posterosuperior, las cuales emergen del nervio infraorbitario en la parte anterior del canal infraorbitario.

Se emplea cuando se necesita analgesia de los incisivos superiores caninos y premolares, o bien, cuando hay alguna contraindicación para realizar la inyección-supraperióstica de alguna de estos dientes.

Para este bloqueo la referencia principal es el agujero infraorbitario que se localiza por palpación inmediatamente abajo de la escotadura infraorbitaria, aproximadamente a un centímetro del ala de la nariz a nivel de la pupila.

La punción se podrá hacer a este nivel, o bien a través del pliegue mucolabial (fondo de saco), manteniendo un dedo sobre el agujero para tener una adecuada noción de la dirección de la aguja.

Bloqueo suprapariético alveolar superior.-

El punto de punción también es el pliegue mucolabial, en un punto situado entre las raíces del canino y del premolar. La aguja se introduce levemente inclinada en dirección distal, hasta alcanzar el ápice de la raíz del canino. La raíz puede apreciarse manifiestamente por palpación de la eminencia canina. Tanto en la técnica anterior como en la presente, la solución se depositará lentamente gota a gota.

Bloqueo Palatino Anterior.-

Esta inyección nos sirve para el bloqueo de los tejidos blandos de la región palatina anterior, así como para los dientes anterosuperiores.

Con esta punción anestesiaremos el nervio nasopalatino, y por regla general, sirve para reforzar la inyección infraorbitaria, o en su caso, a la suprapariética.

La técnica consiste en una punción en el paladar a nivel de la línea media, aproximadamente a un centímetro del cuello de los incisivos centrales. Sin embargo este tipo de punción es muy dolorosa, por lo que se recomienda hacer una punción intrapapilar para deposi-

tar unas cuantas gotas de solución anestésica, para - que, posteriormente, poder depositar el resto de la solución anestésica en el lugar antes mencionado.

Esta inyección anestesia la membrana mucosa y el periostio de la región del paladar hasta los seis dientes superiores, o sea de canino en canino.

A veces, y dependiendo de la posición del canino retenido, habrá necesidad de anesthesiarse toda la bóveda palatina, para lo cual se requiere inyectar a nivel de los agujeros palatinos posteriores, los cuales se localizan a nivel del segundo y tercer molares.

La inyección a este nivel, nos da la anestesia del resto de la bóveda palatina, del periostio, y de las caras palatinas de todos los dientes de la arcada superiores.

Después de enunciar brevemente algunas de las técnicas, de uso más frecuente para este tipo de intervenciones, cabe hacer una consideración de las diversas personas que en un momento dado van a someterse a un tratamiento bucal de nuestra parte.

Los pacientes difieren en temperamento, estado físico e inteligencia siendo por ello importante considerar que no podemos tratarlos como si fueran autómatas; hay veces en que se pueden estreopar los resultados de una inyección de anestésicos, a pesar de haber realizado una técnica operatoria adecuada, debido a la actitud poco meditada o comentarios innecesarios del operador.

Las reacciones secundarias tales como lipotimias, shock y colapso, se pueden evitar no solamente con una buena historia clínica del paciente, sino inclusive con un trato agradable y humano para con nuestros pacientes.

Tanto el cirujano dentista como sus asistentes, mediante sus modales y sus palabras, deben irradiar seguridad, y dar confianza al paciente de que no hay por qué temer.

Sin embargo, deben mantese alejados de la vista del paciente, todos los instrumentos que pudiesen causar algún temor.

En pacientes sumamente nerviosos, puede recurrirse a la premedicación, como lo mencionamos al principio de este capítulo, por ejemplo de algún hipnótico o sedante.

CAPITULO IX
TECNICA QUIRURGICA.

TECNICA QUIRURGICA.

Tratamiento. -

Ahora entraremos de lleno a lo referente a la téc
nica operatoria por seguir.

Para la extracción de los caninos retenidos reco
ndaremos que tenemos dos vías de acceso que son:

- 1.- Vestibular,
- 2.- Palatina

La vía de acceso se elegirá de acuerdo al estudio-
radiográfico previo, y así, lógicamente los caninos re
tenidos del lado palatino (con arcada dentaria comple
ta), deberán ser por la vía palatina. Los caninos que-
se encuentren colocados del lado palatino, pero cerca-
de la arcada dentaria, y con un espacio entre incisivo
lateral y primer premolar, o entre incisivo central y-
primer premolar (por ausencia del lateral), pueden ser
abordados por vía vestibular. Cuando la retención es -
francamente vestibular, desde luego que ésta será la -
vía de acceso; ésta última es la más sencilla, cómoda-
y da mejores resultados, pero desgraciadamente no siem
pre puede ser aplicada.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE CANINO RETENIDO POR PALA TINO.

El plan operatorio consiste en ;

1). Estudio cuidadoso de las radiografías para determinar la posición y relaciones con los otros dientes y el seno maxilar

2). Clasificación de la retención

3). Determinación del tipo de colgajo

4). Decidir si el seccionamiento del diente facilitara su extracción y al mismo tiempo la conservación de la mayor cantidad de hueso.

Hay factores que un momento dado pueden complicar la extracción del canino superior retenido. En razón de cercanía de la corona o la raíz del canino retenido, -- con los dientes adyacentes, hay peligro de lesionarlos, o bien causar trastornos en diversas áreas del área intervenida.

En gran porcentaje de estas retenciones dentarias la parte radicular se separa del seno maxilar, o bien -- cavidad nasal, por una delgada pared ósea, o inclusive -- muchas veces solo por epitelio ciliar que reviste a estas cavidades.

Por ellos la posición de forzar la raíz dentro del seno, durante la extracción del canino por seccionamiento, deberá tenerse siempre presente, ya que con frecuen

cia se han producido aberturas de varios tamaños en el seno maxilar, por tanto deberá observarse rigida asepsia, pues de otro modo puede sobrevenir una infección aguda del seno maxilar.

Con respecto al colgajo mucoso, si se coloca en su lugar y se sutura manteniéndola en contacto con el hueso palatino por varias horas, por medio de apótesis 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 bien aún, sobre la superficie vestibular del maxilar superior; en este caso podrá ser necesario una combinación de técnicas quirúrgicas, es decir, usando las vías palatina y vestibular.*

Por último, antes de entrar en operación propiamente dicha, cabe recordar que, una vez que ha sido anestesiado el paciente, lo colocaremos en el sillón dental de tal manera de que se sienta cómodo tanto él como nosotros, además de que trataremos de obtener la mayor visibilidad posible, una adecuada iluminación y en general, la obtención de un mejor campo operatorio sin obstrucciones de ninguna especie.

TECNICA OPERATORIA.

Operación.-

A). Incisión - Para extraer un canino retenido en la bóveda palatina, es necesario desprender parte de la fibromucosa, dejando al descubierto la bóveda ósea.

El objeto de la incisión es la obtención de un colgajo, el cual servirá posteriormente para darnos una visión suficiente del campo operatorio, y estar diseñado de tal modo, que no vaya a ser traumatizado en el curso de la intervención.

La incisión la haremos por lo general, con un bisturí Bard-Parker No.12, con el cual se seccionan los tejidos palatinos gingivales alrededor del cuello de los dientes, desde palatino del incisivo central superior, hasta distal del 2o. premolar.

La hoja del bisturí se introduce entre el diente y la encía, perpendicular a la bóveda palatina llegando siempre hasta el hueso. En caso de faltar el canino infantil, el corte se llevará a cabo en la parte más prominente de la cresta alveolar, o bien, en caso de reten

ción del canino de la dentición en arcada, el corte se lleva a cabo de igual manera que otros dientes.

La otra porción de la incisión será a partir de la línea media palatina hacia la parte posterior (dirección antero-posterior). Sin embargo, algunas ocasiones cuando el canino retenido está situado posteriormente, no será necesario que la incisión pase por la línea media, respetando así, de cierta manera los elementos del agujero palatino anterior.

B). Colgajo; desprendimiento del mismo.- Una vez que se ha realizado la incisión, se procede al desprendimiento del tejido fibromucoso palatino; para ello utilizaremos un instrumento con punta plana y roma, como la espátula de Freer o bien el periostótomo, Este instrumento se insinúa entre la arcada dentaria y la encía, o bien entre los labios de la incisión palatina y por movimientos leves, sin herir ni desgarrar la encía, se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso del paladar.

Es conveniente después de desprendido un trazo de fibromucosa, tomar este con unas pinzas de disección, ya que el colgajo, será necesario mantenerlo inmóvil e intacto durante el transcurso de la operación.

Para tal acción pasaremos un hilo de sutura en un punto del colgajo aproximadamente en la parte media de la zona correspondiente al canino y una vez totalmente desprendido, se fijará por medio de un nudo, al primer

molar del lado opuesto, o también se toman sus cabos con unas pinzas hemostáticas y a su vez estas se fijan a la compresa que cubre al paciente.

Se cohibe la hemorragia ósea o de los vasos palatinos, una vez que ha sido fijado el colgajo, y la que tenemos el campo limpio proseguimos con la operación.

C). Osteotomía - Este procedimiento tiene el objeto de eliminar el hueso que cubre al canino retenido. Algunas veces, el canino solo estará cubierto por fibromucosa, pero en caso necesario, se hará la eliminación ósea pertinente.

Antes de proceder a la extirpación del hueso, se explora cuidadosamente el área, ya por regla general podremos ver una prominencia en el hueso o en la corona del canino, aunque sea parcialmente.

Para dicha osteotomía, el Cirujano Dentista puede valerse de varios métodos, que aunque su meta es la misma, se diferencian principalmente en lo referente al trauma quirúrgico que pueden ocasionar al paciente.

Los principales instrumentos para este fin son:

a) Fresas quirúrgicas: bola y tronco-cónicas o fisura.

b). Cincel: automático o manual . .

c). De este instrumental, es preferible el uso de fresas quirúrgicas, ya que son mucho menos traumáticas además que la eliminación ósea es rápida y nítida. Por

lo general son de carburo de tungsteno.

b). El uso de cincel automático o manual, es también aceptable, pero su uso requiere experiencia previa por parte del Cirujano, ya que si no se le da un manejo adecuado, puede ser mucho muy traumático.

En la presente técnica, una vez localizada la corona de canino retenido, usaremos las fresas quirúrgicas (instrumental de elección) de los Nos. 4 o 5, con los cuales se hacen orificios en el hueso palatino, a una distancia aproximada de 3 mm, entre uno y otro, alrededor de la corona del diente retenido, cuidando de no lastimar las raíces de los dientes vecinos, lo cual lo podremos observar en nuestras radiografías preoperatorias, que dan la posición exacta del diente. Se hacen las perforaciones necesarias, de acuerdo al tamaño de la corona.

Se recuerda que el uso de las fresas quirúrgicas requiere de una irrigación con suero fisiológico por ejemplo, para evitar el sobrecalentamiento, así como el embotado de la fresa por restos óseos. Una recomendación pertinente, es que el ayudante, en todo momento, deberá estar limpiando el campo operatorio preferentemente con aspirador quirúrgico y con gasas, eliminando toda posible interferencia en la visibilidad del Cirujano.

Una vez hechas las perforaciones, habrá que unir las ya hechas por medios de una fresa de figura quirúrgica²

fina, o bien con cincel y martillo finos también para-
que, posteriormente se elimine la tapa ósea que cubre-
la corona.

Es importante especificar la cantidad de hueso a-
eliminarse, ya que debe quedar ampliamente descubierta
toda la corona del diente retenido y parte de su raíz.
Haciendo una pequeña aclaración, cabe decir que el prin-
cipal obstáculo en la extracción del canino retenido e
está en su corona y no en su raíz.

La osteotomía debe descubrir toda la corona, espe-
cialmente a nivel de la cúspide del diente retenido y
tener una anchura que sobrepase ligeramente el diáme-
tro mayor de la corona, para que ésta pueda ser elimi-
nada de la cavidad ósea sin provocar traumatismos inn-
cesarios.

También la eliminación de hueso estará en rela-
ción a la inclinación mayor o menor del canino, ya que
generalmente es suficiente con la eliminación del hue-
so que recubre el tercio cervical de la raíz.

Otro factor que interviene, es el tipo de técnica
utilizada, así tenemos que en la extracción del canino
retenido por odontosección, la osteotomía es mucho me-
nor.

D). Extracción propiamente dicha.- Una vez reali-
zada la osteotomía, hay que considerar el objeto prin-
cipal de la intervención, o sea, la extracción del
diente retenido.

Esta parte de la operación exige criterio y habilidad para no lesionar los dientes vecinos, así como tampoco fracturar las paredes óseas.

El procedimiento consiste en eliminar un cuerpo duro inexistible (diente retenido) de un elemento también duro e inextensible (hueso).

Este tipo de maniobras exigen necesariamente el uso de palancas, las cuales tendrán apoyo en las porciones de hueso sólido (es decir por la parte interna).

Sin embargo, dichas maniobras pueden requerir de un gran esfuerzo por parte del Cirujano, aparte de las siguientes molestias que se pueden ocasionar al hueso alveolar más delgado y frágil.

Para evitar tales contingencias, o sea, para facilitar la operación, se pueden usar dos formas paralelas:

1o.- Aumentar el tamaño de la ventana ósea lo que significa un sacrificio inútil de tejido óseo.

2o.- Seccionar el diente, y hacer la extracción en pedazos siendo esta técnica más sencilla y sobre todo menos traumática.

Los conceptos anteriores podrán ser aplicados para dientes retenidos en posición horizontal, ahora bien, los dientes retenidos, cuya posición esté aproximadamente en forma vertical, presentan mayor dificultad para su seccionamiento.

En la posición que presentan es más sencillo --

crear un espacio alrededor de la corona, por medio de fresas, siempre y cuando la cúspide no se encuentre adosada al hueso, para que así, se pueda utilizar un elevador recto, entre la pared ósea y el diente, dando un cierto movimiento rotatorio al instrumento, de tal manera que se produzca en el diente cierta luxación. La extracción en tales casos se termina tomando el diente a nivel del cuello con unas pinzas para premolares superiores, ejerciendo suaves movimientos de rotación y tracción en dirección del diente.

Las dificultades que se pueden presentar es que haya dilaceración radicular, que en caso de fracturarse, su extracción es sumamente difícil.

En lo que toca a la odontosección, puede ser realizada por medio de fresas quirúrgicas o con cincel.

Al hacer la odontosección, es necesario que haya una perfecta visibilidad. Esta operación es sencilla. El corte se hará a nivel de la unión cemento esmalte, usándose fresas del No 702 o 750 en dirección perpendicular al eje mayor del diente.

Al hacer la extracción de la corona, es recomendable hacer un surco en la región radicular, para que se facilite su extracción con un elevador de bandera.

La odontosección por medio del cincel manual es sumamente traumática y difícilmente se secciona el diente. Con cincel automático se puede reducir notablemente al trauma, pero aún así es preferible el uso de fresas.

La extracción de la corona seccionada, como anteriormente se mencionó, se hará por medio de un elevador angulado o de bandera, efectuando un movimiento de palanca con punto de apoyo en el borde óseo y girando el mango del instrumento.

Eliminada la corona, hay espacio suficiente para dirigir la raíz hacia la cavidad ósea recién formada.

Para la eliminación se puede usar un botador angulado o apical para extraer la raíz. También en caso necesario, se podrá hacer por medio de fresa, un orificio o surco, que servirá para poder introducir un elevador de bandera, el cual hará palanca también con los bordes óseos.

En el caso de que llegara a fracturarse el tercio apical debido a una dilaceración, es conveniente hacer una nueva sección de la raíz y extraer el ápice con un elevador angular para poder eliminar la porción radicular.

E). Tratamiento de la cavidad ósea.- Una vez que ha sido extraído totalmente el diente retenido, se tendrá que hacer una cuidadosa inspección de la cavidad ósea, esto es, eliminar posibles esquirlas óseas o del diente.

La sección más importante es la eliminación del saco pericoronario, el cual puede ser causante de trastornos infecciosos y tumorales.

La extirpación de dicho saco, la haremos con una-

cucharilla filosa, raspando contra las paredes de la cavidad ósea.

En algunos casos es recomendable hacer aplicaciones tópicas de alguna sustancia antiséptica.

F). Sutura.- Así como la incisión es el paso preliminar en toda técnica quirúrgica, la buena evolución y una buena cicatrización.

La sutura tiene por objeto reconstruir los planos incididos para favorecer la cicatrización, por lo tanto debe reunir algunos requisitos indispensables para que pueda ser considerada como sutura adecuada.

1o.- Que una tejidos de la misma naturaleza, esto es, que la sutura hecha por planos, reconstruya los distintos elementos anatómicos.

2o.- Que la unión de dichos planos sea perfecta para no dejar espacios muertos que favorezcan el desarrollo de gérmenes.

3o.- Emplear la clase de sutura y el material adecuado para la finalidad a que está destinada.

4o.- Finalmente, la sutura se efectuara de una herida limpia, desprovista de coágulos, tejidos esfacelados o desprendidos en sus bordes y con una perfecta y definitiva hemostasia.

En los caminos unilaterales, generalmente un pun

to de sutura es suficiente, y se coloca a nivel del espacio dejado.

En otros casos será necesario suturar las diversas incisiones efectuadas, con el fin de dar mayor firmeza al colgajo depositado nuevamente en su lugar.

Terminada la operación, se coloca un trazo de gasa en la bóveda palatina, comprimiendo y manteniendo adosada la fibromucosa.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE CANINO RETENIDO POR VIA VESTIBULAR.

Como anteriormente se mencionó la extracción de los caninos retenidos por vía vestibular es más sencilla que la palatina, esto debido a que la vía de acceso, así como la visibilidad e iluminación al diente son más fáciles, directas y adecuadas!

Logicamente esta vía es la de elección cuando el canino retenido se encuentra en posición próxima a vestibular, o bién, se pueda tener acceso al diente por esta vía cuando se encuentre una zona desdentada ya sea parcial o total.

Una vez aplicada la anestesia y colocando al paciente de tal manera que nuestro campo operatorio quede a un nivel cómodo y de fácil acceso, podremos entrar de lleno a la operación propiamente dicha.

TECNICA OPERATORIA VESTIBULAR.

I. - Incisión.

La incisión para la extracción del canino retenido por vía vestibular, puede variar de acuerdo a la posición de éste en relación con los dientes vecinos y con el tamaño del espacio desdentado.

a). Incisión en Angulo.

Este tipo de incisión la podremos usar cuando la posición del canino retenido sea oblicua y horizontal, y tenga una dirección ligera antero-posterior y su ápice se dirija hacia arriba.

Aunque su realización es más sencilla presenta los siguientes inconvenientes: no da una visibilidad defectuosa de nuestro campo operatorio. Además que, al reponer el colgajo en su sitio, coincide con la cavidad ósea que formamos en la operación.

Si recordamos los principios básicos para un buen colgajo, sabemos que su base deberá ser amplia, para tener mayor irrigación sanguínea; deberá evitarse los-

cortes terminados en ángulos rectos, ya que estas zonas se pueden necrosar.

Otro requisito esencial, es que el colgajo, una vez vuelto a su lugar, deberá estar siempre apoyado sobre hueso sano, y principalmente, la mayor porción de dicho colgajo, deberá estar soportado en tejido óseo convenientemente irrigado, por vasos sanguíneos.

Además, los colgajos suturados sin soporte óseo adecuado, se retraen y en un momento dado, se pueden desprender o romper los puntos de sutura.

b). Incisión de Partsch.

Tiene la forma de arco (o incisión semi-lunar) y su extensión deberá de ir más allá del sitio en que se hará la intervención para darnos posteriormente un buen soporte óseo.

c). Incisión de Newman:

Esta es la incisión más práctica. Se efectúa una incisión a nivel del 2o. premolar se dirige hacia abajo y adelante hasta el borde libre de la encía, continúa siguiendo el borde gingival hasta el lado mesial del incisivo lateral; desde ahí se dirige hacia arriba para terminar a la altura del tercio apical de la raíz del incisivo central.

Este tipo de incisión nos brinda un amplio campo de visibilidad y nos facilita sobremedura la intervención.

2.- Desprendimiento del Colgajo.

Como en otro tipo de colgajos, se desprende con un instrumento romo, con una espátula de Freer o con el periostotómo.

Hay que evitar maltratos que repercutan sobre la vitalidad del tejido gingival.

3 - Osteotomía.

Como en el caso palatino, se puede realizar con cincel manual o automático o bien con fresas, siendo estas últimas las de elección. Se hacen perforaciones siguiendo el contorno de la corona. Se recuerda que el hueso ofrece mucha menor resistencia ya que la tabla externa es mucho más delgada que en el hueso del paladar. Inclusive algunas veces, la corona podrá estar parcialmente expuesta lo que facilitará la eliminación ósea.

La cantidad de hueso a eliminar estará dada por la técnica que se piensa seguir. Además es conveniente tener precauciones al hacer la eliminación por medio de cincel manual, ya que, como se dijo, el hueso es mucho más frágil y pueden fracturarse zonas aledañas.

También es conveniente recordar la cercanía de las cavidades tanto nasal como del seno maxilar.

4.- Extracción propiamente dicha:

Una vez retirada la capa ósea, su extracción se

puede hacer completa.

Para tal efecto se usará un elevador recto o bien uno angulado para luxar el diente introduciendo el instrumento entre el hueso y el diente retenido, con apoyo siempre en hueso firme.

Luxado el diente se toma con una pinza recta y se extrae.

En otro caso, la ausencia del incisivo lateral, del primer premolar, de ambos dientes, o aún presencia de ellos, para hacer la extracción del canino retenido será necesario hacerla por la técnica de seccionamiento.

La odontosección se realiza con fresa de fisura a nivel del cuello.

La corona se extrae con un elevador recto o angulado.

Para la extracción de la porción radicular, como en la técnica palatina se hace una perforación en la raíz para que después se desplace con un elevador angulado.

Algunas veces puede ser necesaria una nueva sección de la porción radicular, cuando al dirigirla hacia adelante, no es suficiente el espacio abierto en el hueso para su extracción.

5 - Limpieza de la cavidad ósea:

Se inspecciona la cavidad ósea por medio de una

cucharilla filosa; se extirpa el saco pericoronario -- y los restos óseos o dentarios.

Los bordes óseos se eliminan con osteotómo y se liman con lima para hueso.

6.- Sutura.

Dos o tres puntos de sutura complementan la operación una vez adosado el colgajo a su posición original.

Los distintos tipos de retenciones vestibulares y palatinas pueden operarse siguiendo las normas señaladas, con ligeras variantes que presente cada caso en particular.

CASOS ESPECIALES.

En los dos capítulos anteriores vimos en un panorama general, las principales técnicas para la extracción de caninos retenidos, ya sea por la vía palatina o por vía vestibular.

Trataremos brevemente los siguientes casos:

- a). Doble retención de los caninos superiores
- b). Caninos superiores retenidos en posición palatina y vestibular.
- c). Extracción de caninos retenidos en maxilares desdentados.
- d). Caninos retenidos en posición vertical.

Aunque su frecuencia es relativamente baja, es

conveniente dar una explicación del tratamiento a seguir en cada uno de estos casos.

A). Retención de ambos caninos en la bóveda palatina:

Se presenta esta condición con cierta frecuencia por lo general la posición de estos dientes es inclinada de abajo hacia arriba y de adelante hacia atrás - aunque también se les puede encontrar completamente horizontales.

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. En retenciones difíciles, será preferible hacerlas por separado, pero en general, se recomienda hacer la extracción de ambos caninos en la misma sesión.

TECNICA QUIRURGICA.

A.- Incisión.-

La única incisión que conviene, es el desprendimiento del colgajo palatino, para lo cual el corte lo iniciaremos a nivel de la cara distal del 2o premolar, siguiendo el contorno dental por el borde libre de la encía.

Esta incisión la continuaremos de igual manera hasta el 2o. premolar del lado opuesto.

Deberá tenerse en cuenta la ubicación de los

ápices de los caninos.

B.- Desprendimiento del Colgajo:

La elevación de la fibromucosa la efectuaremos con una espátula de Freer o con el periostotómo, y con la misma técnica señalada para la retención canina unilateral.

Para mantener inmóvil el colgajo, se podrá pasar un hilo en su porción más anterior, para poder anudarlo al 2o. molar del lado conveniente a nuestra operación.

C y D.- Osteotomía y Extracción:

Se practicará como en la retención palatina unilateral. El objeto será descubrir la corona del diente retenido para hacer su eliminación por odontosección. Posteriormente, con la técnica ya descrita, se hace la extracción de la porción radicular.

La extracción se hará con elevadores rectos o angulados, los que tendrán su punto de apoyo en la cara de la raíz que mira hacia la línea media.

E.- Limpieza de la cavidad ósea:

Una vez que han sido extraídos ambos dientes, con una cucharilla se eliminan los sacos pericoronarios, los posibles restos óseos o dentarios que pudieran quedar, así como restos de tejidos blandos si es que los hay. Los bordes óseos se alisan con fresas quirúrgicas y se limpian con limas para hueso.

F.- Sutura.

Una vez hecha totalmente la limpieza de la cavidad ósea, soltamos la atadura que fija nuestro colgajo llevándolo a su sitio, donde se hará compresión con una gasa estéril, indicando al sujeto que él la sujete con la lengua.

En este caso no suele ser necesario sutura, pero si esto fuese indispensable, se pasará de tres a cuatro puntos de sutura en los sitios más accesibles.

B).- Retención de los caninos en posición Vestibular y Palatina:

Este tipo de retención corresponde a la clase III de la clasificación ya enunciada de los caninos retenidos superiores.

En realidad su extracción se basa en una combinación de técnicas, que aunque no son de alto grado de dificultad, son operaciones muy laboriosas.

Este tipo de retención es más bien poco frecuente pero puede presentarse en los casos de retención unilateral. El criterio para la extracción de estos dientes nos lo da principalmente el estudio radiográfico, así como la situación de los otros dientes en la arcada.

TECNICA QUIRURGICA

A) Incisión:

En este caso específico usaremos la incisión de Partsch o de semiluna, debido a que nos da la visión -

necesaria de acuerdo a la posición de la raíz.

Esta incisión se hará a nivel del tercio apical del incisivo lateral, llevándose el corte en forma de arco, hasta el nivel del tercio medio del 1o. o 2o. premolar.

B) Colgajo y Osteotomía:

La elevación del colgajo se hará de igual manera que la ya descrita en la técnica vestibular.

La osteotomía se hará con fresa quirúrgica y con cincel manual, siguiendo el contorno de la raíz.

D). Extracción.

Una vez descubierto la porción radicular procedemos al seccionamiento de la misma.

Para tal efecto podremos usar un cincel, delgado y filoso o bien una fresa quirúrgica de fisura. Si se usa cincel el golpe se dirige hacia arriba, para evitar traumatismos a las raíces de los dientes vecinos. La extracción de la raíz se logra luxando con un elevador recto o angulado y tomando la porción radicular con unas pinzas de bocados rectos.

Ahora el siguiente paso de esta operación consiste en hacer una incisión en el paladar con elevación del mucoperiostio, técnica que se realiza de igual manera que si se tratara de una intervención por vía palatina exclusivamente.

La osteotomía que se realiza una vez que se ha

fijado e inmobilizado el colgajo, consiste en descubrir la corona del diente retenido, por los medios acostumbrados. La exposición puede facilitarse, puede probablemente al levantar el colgajo, la corona estar parcialmente descubierta.

La extracción de la corona se hará de la siguiente forma: tomando un instrumento de punta roma e introduciéndolo por la cavidad vestibular, golpeamos ligeramente, de tal manera que por la presión ejercida, saquemos la porción coronaria de su sitio, siendo así, la manera más sencilla y rápida de realizar la extracción del diente retenido.

E) Limpieza de la cavidad ósea.

Aunque los accesos fueron por una vía vestibular y palatina, en realidad es una sola cavidad ósea la que nos queda.

Al igual que en otras técnicas, se retira el saco pericoronario, los restos óseos, dentarios y de tejidos blandos, en caso de estar presentes.

F) Sutura:

Una vez limpia completamente la cavidad ósea, se colocan los colgajos en su lugar y en el lado de intervención vestibular efectuamos 2 o 3 puntos de sutura, y en lado palatino 4 o 5 puntos, variando esto de acuerdo a la extensión del colgajo, y de acuerdo también a las necesidades del caso.

Como en otras técnicas cabe recordar la colocación de gasas estériles, sobre los colgajos suturados, para evitar secuelas desagradables y tener una mejor cicatrización.

C) Extracción de Canino Retenidos en Maxilares Desdentados:

La vía de elección para la extracción de caninos retenido en maxilar sin dientes, es la vestibular, ya que la ausencia de diente facilita la operación.

En general, todos los casos de este tipo, pueden resolverse por esta vía, a no ser los colocados muy profundamente, lejos de la tabla externa y próximos a la bóveda.

En la extracción de los caninos próximos a las arcadas desdentadas, debe tenerse cuidado y preverse los riesgos de una fractura de la tabla ósea vestibular, lo que traería consigo trastornos posteriores desde el punto de vista práctico.

En estos casos, es preferible hacer la odontosección que hacer presiones peligrosas o innecesarias.

Técnica Quirúrgica:

La incisión va a depender de la localización del diente retenido. Así tenemos que podrá ser una incisión Parusch o de semi-luna en caso de ser una intervención por vía vestibular.

También puede llegar a usarse la incisión de

Newman, siguiendo el corte en borde alveolar.

La separación y elevación del colgajo no difiere de otras técnicas, únicamente se hará con mayor cuidado para no traumatizar al borde alveolar.

La ostectomía se realizará por los medios ya enunciados (fresas o cincel), eliminando la cantidad de hueso que el caso requiera.

Como la extracción se recomienda el seccionamiento del diente, dichos cortes se harán tantos como sean necesarios para evitar al máximo un traumatismo o fractura de la tabla externa.

La eliminación de las secciones tanto coronaria como radicular será realizada de la manera ya explicada en técnicas anteriores.

Antes de volver al colgajo a su sitio, se limpiará perfectamente la cavidad de todo resto óseo o dentario que hubiese quedado.

Va a ser importante una adecuada regularización ósea, ya que como se recuerda que nos encontramos ante un maxilar desdentado el cual, deberá quedar en forma adecuada y limpia, desde el punto de vista de la resección futura de una prótesis bucal.

La colocación del colgajo y la sutura es llevada en forma ya descrita.

D). Extracción de los caninos en retención vertical.

Este tipo de retención por lo general, se deberá-

a una falta de erupción del canino debido probablemente a retención del canino de la 1ª dentición.

Su retención es vertical y paralela al eje longitudinal de los dientes vecinos.

TECNICA QUIRURGICA:

La incisión que se realiza es la de Partsch, para levantar un colgajo de forma semicircular.

Al elevar el colgajo descubriremos parte de la corona o toda ella, En el supuesto caso de que hubiera una capa ósea, esta será por regla general muy delgada la cual es de muy fácil eliminación con pinzas gubias o con osteotómo.

Una vez que se ha descubierto la corona se introduce un elevador recto en la cara palatina; el diente se luxa y en ocasiones llega a salir de su alveolo, en caso de que no suceda esto, se usará una pinza o fórceps de bocado recto (hayoneta) para que, con movimientos leves de vestibular a palatino y viceversa se haga la extracción del diente.

Una vez que ha sido eliminado el diente, se liman los bordes óseos con excesos, se limpia la cavidad ósea, y se vuelve a su lugar el colgajo suturándolo.

En este tipo de intervención, por lo general, no hay problemas post-operatorios.

C A P I T U L O X
TRATAMIENTO POST-OPERATORIO.

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO.

La conducta a seguir después de una extracción - depende de múltiples factores entre los cuales deben - citarse el estado del enfermo, la afección dentaria o - periodontaria que llevó a la extracción, el estado de - la cavidad ósea y de las partes blandas circunvecinas.

Terminada la operación normal de una extracción - de canino retenido, el paciente mantiene su boca abier - ta y se impide por los procedimientos habituales (gasa - eyector de saliva, aspirador de sangre) que la saliva - penetre o moje la herida.

Es conveniente tomar una radiografía post-quirúr - gica, para asegurarse de que no hemos dejado restos - óseos ni dentarios en la cavidad ósea.

De preferencia debe realizarse antes de suturar - la herida o rellenar la cavidad ósea con algún mate - rial radiopaco que pudiera encubrir cualquier hallazgo - post-operatorio.

Antes de que el paciente se retire, será necesari - o anotarle las indicaciones que deberá hacer el pa - ciente después de que ha sido operado y que incluirá:

1.- Administración de fármacos analgésicos, anti-inflamatorios o antibióticos, según el criterio del operador y el curso de la intervención.

2 - Indicaciones de los cuidados al herido; evitar hacer colutorios o gargarismos, y de la misma manera indicar al paciente la fecha que le serán retirados los puntos de la sutura de la herida.

3 - Por último, hacer saber al paciente que en caso de hemorragias, inflamaciones o cualquier otro tipo de contingencia no controlable por los medios de costumbre (fomentos de hielo, agua caliente, etc), ponerse en contacto inmediatamente con el Cirujano Dentista.

Finalmente, cabe hacer una revisión más o menos periódica de nuestro paciente para saber la evolución de su proceso post-quirúrgico, y para poder estar satisfechos de haber cumplido adecuadamente y con eficacia, con nuestro tratamiento.

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

RIES CENTENO, GUILLERMO A.

CIRUGIA BUCAL, PATOLOGIA CLINICA Y TERAPEUTICA

QUINTA EDICION,

BUENOS AIRES, EL ATENEO, 1957.

ARCHER, W. HARRY,

CIRUGIA BUCAL, ATLAS PASO POR PASO DE TECNICAS QUIRURGICAS.

SEGUNDA EDICION

BUENOS AIRES, MUNDI, 1968.

Mc CARTHY, FRANK M.

EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA

SEGUNDA EDICION

BUENOS AIRES, EL ATENEO, 1973.

QUIROZ GUTIERREZ, FERNANDO

TRATADO DE ANATOMIA HUMANA

DECIMA SEPTIMA EDICION

MEXICO, D.F. EDITORIAL FORRUA, S.A. 1977

MANUAL DE ODONTOLOGIA ASTRA.