



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**Facultad de Odontología**

**GENERALIDADES SOBRE LOS CANINOS  
SUPERIORES RETENIDOS**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A**

**Ma. de la Luz Vergara García**



**México, D. F**

**1984**



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.

## TEMARIO:

- I.- INTRODUCCION
- II.- FACTORES ETIOLOGICOS
- III.- COMPLICACIONES
- IV.- CLASIFICACION Y ESTUDIO RADIOLOGICO
- V.- ESTUDIO CLINICO Y PREMEDICACION
- VI.- ANESTESIA E INSTRUMENTAL
- VII.- TECNICA QUIRURGICA
- VIII.- COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS
- IX.- TRATAMIENTO POSTOPERATORIO
- X.- CONCLUSIONES
- XI.- BIBLIOGRAFIA.

## INTRODUCCION.

El haber seleccionado este tema, ha sido motivado por el gran interés que ha despertado en mí, debido a que en la práctica diaria de los consultorios dentales se presentan éstos - casos, ante los cuales el Odontólogo tiene que afrontar con - el auxilio del conocimiento de las técnicas quirúrgicas apropiadas, instrumental adecuado y el apoyo de otras ciencias, - que de un modo u otro tienen que ver con el ser humano.

El fin principal es el de realizar la cirugía de los caninos retenidos para establecer un aparato masticatorio y una salud general satisfactoria.

He tratado de reunir aspectos importantes de los caninos superiores retenidos, ya que ocupan el 2o. lugar con un 34% - en frecuencia.

## TEMA : II

## FACTORES ETIOLOGICOS.

Con frecuencia en nuestra práctica diaria nos encontramos con pacientes que presentan dientes retenidos.

Los dientes retenidos (dientes incluidos, impactados) -- son aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción es impedida por dientes adyacentes o hueso; dientes en mal posición, hacia vestibular o palatino o en infraoclusión. La retención puede presentarse en dos formas: cuando el diente esta completamente rodeado por tejido óseo (retención intraosea) o cuando el diente está cubierto por la mucosa gingival (retención subgingival).

El número de dientes retenidos en un mismo paciente es variable y pueden quedar retenidos en los maxilares y presentarse en cualquiera de los dientes temporarios, permanentes o supernumerarios.

En la estadística de Berten-Cieszynski, la frecuencia de los dientes retenidos es la siguiente (tomando en cuenta la retención de los cinco dientes que se presentan con mayor frecuencia):

Tercer molar inferior - - - - -	35 %
Canino Superior - - - - -	34 %
Tercer molar superior - - - - -	9 %
Segundo premolar inferior - - - - -	5 %
Canino inferior e Incisivo central superior -	4 %

FACTORES ETIOLOGICOS CAUSANTES DE LA RETENCION DE LOS CANINOS SUPERIORES ( DEWELL ).

1.- En los caninos mal ubicados hacia lingual, el paladar duro ofrece más resistencia que el hueso alveolar para su erupción.

2.- Debido a los esfuerzos y presiones de la masticación, la mucosa que cubre el tercio anterior del paladar se vuelve -- gruesa y resistente, por lo que está más adherida a la estructura ósea que cualquier otro tejido.

3.- Al hacer erupción los dientes se hayan asociados al desarrollo apical; en los caninos esta ayuda se encuentra disminuida porque su raíz esta normalmente más formada que los -- otros. dientes al hacer su erupción.

4.- La distancia que debe recorrer un diente desde el punto -- de su desarrollo hasta la oclusión normal es variable, así -- entre más distancia a recorrer, hay más posibilidades de que se desvie de su curso normal y se produzca la retención, entre menos distancia recorrida, menos posibilidades de retención. El canino es el que más distancia debe recorrer para su completa oclusión.

5.- La corona de los caninos permanentes se encuentra colocada por lingual del apice de la raíz del canino primario durante su desarrollo. Cualquier cambio en la posición del canino primario, causado por caries o pérdida prematura de los molares primarios, se refleja a lo largo de su altura completa -- hasta el extremo de su raíz, por lo que se puede causar una -- desviación en la posición y dirección de crecimiento del germen del canino permanente.

6.- Retardada reabsorción de las raíces de los caninos primarios.

7.- Los caninos están más expuestos a las influencias ambientales desfavorables porque son los últimos en hacer erupción.

8.- Los caninos erupcionan entre dientes que se encuentran en oclusión y compiten por el espacio con los segundos molares - que también están en erupción.

9.- El canino se encuentra por encima del canino primario cuya distancia mesio-distal es menor que la del canino permanente.

Berger da las siguientes causas locales de retención: -- irregularidad en la posición y presión de un diente adyacente; la densidad del hueso que lo cubre; inflamaciones crónicas continuadas con su resultante, una membrana mucuosa muy densa; - falta de espacio en maxilares poco desarrollados; indebida retención de los dientes primarios, pérdida prematura de la dentición primaria; enfermedades adquiridas tales como necrosis - debida a infección o abscesos, cambios inflamatorios en el -- hueso por enfermedades exantémicas en los niños.

Las retenciones se encuentran en ocasiones donde no existen condiciones locales presentes.

a).- Causas prenatales

1.- Herencia

2.- Mezcla de razas

b).- Causas postnatales: Las que pueden inferir en el desarrollo del niño, tales como:

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

C).- Condiciones raras :

- 1.- Disostosis cleidocraneal
- 2.- Oxicefalia
- 3.- Progeria
- 4.- Acondroplasia
- 5.- Paladar fisurado

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

**Oxicefalia.-** Es la llamada cabeza cónica, en la cual la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

**Progeria.-** Representa envejecimiento prematuro. Es una forma de infantilismo, caracterizada por estatura pequeña, ausencia de vello facial y púbico, piel arrugada, cabello gris y el aspecto facial, actitudes y maneras del anciano.

**Acondroplasia.-** Es una enfermedad del esqueleto, que empieza-



en la vida fetal y produce una forma de enanismo. En estas — condiciones el cartilago no se desarrolla normalmente.

Paladar fisurado.— Deformidad manifestada por una fisura congénita en la línea media.

Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas pueden causar trastornos en la erupción y retenciones dentarias.

Nordine y otros, señalan que la razón por la que el hombre moderno presenta dientes retenidos, es a consecuencia de la disminución o falta total de estímulo que excite un desarrollo adecuado de los maxilares humanos. Por consiguiente se considera a la dieta moderna como una causa al no requerir un esfuerzo en el proceso de la masticación.

A consecuencia de estos factores los caninos superiores retenidos, ocupan el segundo lugar en frecuencia. Y la retención por palatino es tres veces más frecuente que por vestibular; y son veinte veces más frecuentes que los caninos inferiores.

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

## TEMA : III

**COMPLICACIONES.**

Todos los dientes retenidos son susceptibles de causar -- trastornos de diversa índole, a pesar de que en muchas ocasiones pasan inadvertidos y no ocasionan ninguna molestia al paciente.

Los caninos superiores retenidos, deben de ser extraídos a causa de la presencia de infecciones, reabsorción patológica de los dientes adyacentes y estructura ósea, como se ve en los quistes y tumores; dolor, fracturas y otras complicaciones. Estas complicaciones pueden ser clasificadas de la forma siguiente:

**Complicaciones mecánicas.-** Los caninos retenidos, cuando actúan mecánicamente sobre los dientes vecinos, pueden producir trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.

a).- Trastornos sobre la integridad anatómica del diente.- La constante presión que ejerce el canino retenido o su saco --- dentario sobre el diente vecino, se traduce por alteraciones en el cemento ( rizalisis ), en la dentina y aun en la pulpa de estos dientes. Como complicaciones de la invasión pulpar, pueden presentarse procesos periodónticos de diversa intensidad e importancia.

b).- Trastornos sobre la colocación normal de los dientes.--- En el maxilar, el trabajo mecánico del canino retenido en su intento de desinclusión produce desviaciones en la dirección-

de los dientes vecinos.

**Complicaciones infecciosas.**- Estas complicaciones están dadas en los caninos retenidos, con la infección de su saco pericoronario. La infección de éste saco puede originarse por distintos mecanismos y por diferentes vías:

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

Los procesos infecciosos ocasionan: inflamación local, con dolores, aumento de temperatura local, absceso y fístula, osteítis y osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos -- generales.

**Complicaciones nerviosas.**- Las complicaciones nerviosas provocadas por los caninos retenidos son bastante frecuentes. La presión que ejerce el canino sobre los dientes vecinos, ya sea sobre sus nervios o sobre sus troncos mayores, es posible origine algias de intensidad, tipo u duración variables (neuralgias del trigémino).

Los trastornos tróficos, provocados por los caninos retenidos son frecuentes tales como las peladas dentarias y canicie.

Varios autores han observado y han sido comentados que han provocado ataques epileptiformes y trastornos mentales.

**Complicaciones tumorales.**- Los caninos retenidos pueden-

**ocasionar:** quistes dentígenos; constituidos por una bolsa con juntivo epitelial, en cuyo interior se encuentra la corona de un diente, el cual permanece retenidos.

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

Se han reportado casos de tumores malignos, originados - por un canino retenido.

**Otras complicaciones.** Los dientes retenidos son cuerpos- en lam posición, y como tales son fuertes potenciales de -- otras complicaciones, las que se encuentran en menor frecuencia, que las ya mencionadas. Estas pueden ser: 1.- Sonido tinante, zumbante, del oído (tinnitus aurium), 2.- Otitis, 3.- afecciones de los ojos tales como: disminución de la visión,- ceguera, iritis, dolor que simula al del glaucoma.

## TEMA: IV.

### CLASIFICACION Y ESTUDIO RADIOLOGICO.

Clasificación de los caninos superiores retenidos.- La retención de los caninos superiores pueden ser clasificados de acuerdo:

1).- con el número de dientes retenidos. La retención puede ser simple ó doble.

Simple.- Cuando se localiza un canino solamente de un lado del maxilar.

Doble.- Cuando se localizan dos caninos, uno en cada lado del maxilar.

2).- Con la posición que estos dientes presentan en el maxilar.

3).- Con la presencia ó ausencia de dientes en la arcada dentaria.

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

Clase I : Caninos que se encuentran localizados en el paladar con diferentes direcciones: horizontal, vertical y semivertical.

Clase II: Caninos retenidos localizados en la superficie vestibular del maxilar superior, en las siguientes direcciones: horizontal, vertical y semivertical

Clase III: Caninos que se encuentran retenidos por vestibular y palatino ya sea con la corona o raíz hacia vestibular, se -

les denomina también retenciones mixtas o transalveolares.

**Clase IV:** Caninos que se encuentran retenidos, localizados en la apófisis alveolar entre el incisivo y el primer premolar en posición vertical.

**Clase V:** Caninos retenidos localizados en el maxilar superior desdentado.

## ESTUDIO RADIOLOGICO.

En toda intervención quirúrgica de caninos incluidos es necesario hacer un exámen radiográfico, que nos proporcione los datos requeridos para la elección de la técnica quirúrgica adecuada. Este exámen debe ser realizado según ciertas normas para que sea de utilidad.

Cualquier radiografía que esté indicada, ya sean placas dentales periapicales, oclusales, placas laterales de maxilares, proyecciones de las cavidades de los senos, radiografías panorámicas o placas especiales, como tomografías o imágenes estereoscópicas. Son de gran valor en el estudio del paciente.

Para encarar el problema quirúrgico, no es suficiente -- una radiografía intraoral, tomada sin reglas radiográficas -- precisas, imprescindibles para ubicar el diente a extraer. -- Tal radiografía intraoral sólo nos impondrá de la existencia del diente; siendo necesario ubicar el diente según los tres planos del espacio; es imprescindible ver las cúspides y el ápice, y de todo el diente con los órganos vecinos (seno y fosas nasales) y con los dientes vecinos. La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo, densidad, rarefacción, presencia -- del saco pericoronario, existencia de procesos óseos pericoronarios.

Antes de realizar la intervención quirúrgica de esta especie, se debe verificar, con absoluta precisión, la clase a que pertenece el canino retenido: posición vestibular o palatina, distancia de los dientes vecinos, número de caninos retenidos; para asegurar una técnica adecuada y evitar complicaciones du-

rante el acto operatorio. Solo así evitaremos operaciones -- mutilantes, traumáticas y llenas de inconvenientes.

Verificación de la relación vestibulopalatina.- (tomando como referencia al maxilar con dientes). Lo primero que se necesita conocer es la posición vestibular o palatina del canino retenido, para elegir la vía de acceso. Tomando en cuenta que un 85% de los caninos retenidos son palatinos y que en muchas ocasiones el relieve que producen en la bóveda los identifica, hay que tener la absoluta seguridad de su posición.

El método para el empleo de la radiografía oclusal, con el rayo central paralelo al eje de los incisivos, no siempre es preciso para ubicar con exactitud la relación vestibulopalatina de los caninos retenidos. Con éstas radiografías oclusales, a los sumo puede certificarse que los caninos palatinos se proyectan siempre en el lado palatino y los vestibulares -- aparecen a nivel de los dientes anteriores, o ligeramente vestibulares, o por el lado palatino.

La técnica adecuada para obtener ésta placa, hasta que se demuestre otro método, son las tres películas ( a.mp. ), anterior, media y posterior; con el rayo central perpendicular a cada una de ellas y aplicando la ley del objeto bucal.

La ley del objeto bucal (Ley de Ennis y Berry) 1959. Primero se tratarán algunos principios de óptica relacionados con la radiología, para explicar y aplicar esta ley al exámen de la posición de los caninos retenidos.

Si se colocan dos objetos opacos (a la luz o a los rayos X) sobre un mismo plano y sobre una misma línea y se proyecta-



un haz de luz o de rayos sobre una pantalla o película, se obtendrá una imagen que representa la superposición de los dos cuerpos sobre la pantalla receptora. Si se dejan los objetos mencionados y la pantalla o película en el mismo sitio, pero el aparato emisor se desplaza lateralmente, (de derecha a izquierda, en la radiografía dental serían de mesial a distal), los objetos opacos ya no aparecerán superpuestos, sino movilizados en el sentido del rayo emitido, pero con la disposición que es definitiva en la radiología: el objeto más próximo al aparato emisor, se desplazará en sentido contrario al que se ha desplazado la fuente originadora; el más lejano, esto es, el más próximo a la película, lo hará en el mismo sentido en que se ha desplazado la fuente aludida.

Aplicando esta ley para ubicar los dientes en su relación vestibulopalatina, suponiendo ambos en la misma línea, el diente vestibular (objeto bucal), con el rayo central del aparato radiográfico, en la misma línea y normal a la película, dará como resultado la superposición de las imágenes de los dientes. Si se desplaza la dirección de los rayos de mesial a distal, la imagen de los dientes superpuestos, se modifica en el mismo sentido. Por lo tanto el diente que fuere en el sentido en que se ha desplazado el cono, es el que se encuentra más próximo a la película, y más alejado al rayo, el que emigre en sentido contrario al desplazamiento del cono, estará más cerca que su vecino, del rayo y más lejos de la película. Es decir que en el primer caso, el diente que se movilice en el sentido que se ha desplazado el rayo, será palatino; el que escape en sentido contrario, será vestibular.

UBICACION DEL DIENTE EN EL PLANO ANTEROPOSTERIOR (Plano sagittal).- La ubicación del diente en el plano sagital se logra a través de varias tomas radiográficas, con placas comunes, empleando la siguiente técnica: tres tomas se necesitan para conocer la dirección anteroposterior del diente retenido, y las relaciones de la corona y ápice con los órganos, vecinos, como cavidades y dientes. Estas tomas radiográficas se denominan: a.m.p. (anterior, media y posterior).

Toma anterior.- (a): Se coloca la película en el lado palatino, haciendo coincidir la línea media de la placa con el espacio interincisivo. El rayo debe ser normal a la placa.

Toma media (m): Se coloca la película orientada verticalmente haciendo coincidir su borde anterior con el espacio interincisivo. Rayo normal a la película.

Toma posterior (p): Se coloca la película, haciendo coincidir el borde anterior con la cara distal del incisivo lateral. Rayo normal a la película.

Importancia de conocer la porción coronaria. La radiografía debe mostrar, con perfecta nitidez: 1o. la forma de la corona 2o. la existencia y dimensiones del saco periocoronario; 3o. La distancia y relación de la cúspide del camino con los incisivos central y lateral y la distancia con el conducto palatino anterior.

En las tres tomas del borde inferior de la película debe estar horizontalmente colocado y guardando una misma distancia con el borde incisal de los dientes próximos.

Reveladas las películas y puestas en el negatoscopio en sentido p-m-a (para el lado izquierdo) y a-m-p (para el lado derecho), tendremos ubicado el diente en el plano sagital y la relación con los órganos y dientes vecinos.

La cúspide del canino puede encontrarse enclavada entre dos dientes, o en contacto con una cara de la raíz del central o lateral. Cualquiera de las dos formas significa un sólido anclaje para la corona del diente retenido (canino) y un principal obstáculo para su eliminación. La corona no puede franquear, o lo hace a expensas de la elasticidad de los alvéolos de los incisivos (con peligro de fractura alveolar).

Para la extracción del canino retenido, nos enfrentamos ante un obstáculo, que está en la corona y no en su porción radicular. Por lo cual debemos saber la posición de la corona antes de la intervención quirúrgica, para fijar el método que conviene para su extracción.

La importancia de conocer la porción radicular.- El ápice del canino retenido presenta, por lo general, una pronunciada dilaceración. La existencia de esta anomalía, y la posición exacta del ápice, deben ser conocidas antes de la operación. Su colocación a nivel, o por encima de los ápices de los dientes vecinos, su proximidad con el seno maxilar, deben ser investigadas por el examen radiográfico. Aunque no siempre es fácil el diagnóstico radiográfico del ápice del canino;

por la gran cantidad de tramas óseas que se interponen al paso de los rayos, oscureciendo el diagnóstico. Si el ápice se ve muy grueso en la radiografía debe sospecharse una displaceración radicular, que se presente en el mayoría de los casos.

**Delimitación del canino en el plano horizontal.**- Se aconseja la siguiente técnica para localizar el canino retenido en el plano horizontal: a).- Radiografía oclusal, con rayo central en la línea media e incidencia perpendicular a la placa. Con esta radiografía no se obtiene la precisa ubicación del canino, pues los rayos secundarios dan una imagen del diente que no es la correcta, proyectándolo a través de las raíces de los demás dientes de la arcada. b).- Con una segunda radiografía, también oclusal, con rayo central perpendicular a la placa y pasando por los premolares, se obtienen una imagen del diente en relación con los demás dientes del maxilar.

**Delimitación del canino en el plano vertical.**- El método para ubicar el canino en el plano vertical es el siguiente: Se coloca una placa oclusal sobre la mejilla opuesta al canino retenido, "dirigiendo el rayo central atravesando al maxilar en sentido horizontal y con incidencia perpendicular a la placa".

De acuerdo con el examen radiográfico previo, la comparación de las radiografías y el examen clínico del caso, tendremos la ubicación del canino, su posición y sus relaciones con las cavidades y dientes vecinos.

Los métodos radiográficos presentados logran identificar correctamente la ubicación vestibular o palatina ( o sus posibles combinaciones ).

### ESTUDIO CLINICO Y PREMEDICACION.

Se da inicio con el interrogatorio o anamnesis.

**INTERROGATORIO.**— Se da éste nombre a una serie ordenada y lógica de preguntas que se dirigen al enfermo o a sus familiares. Generalmente el interrogatorio se dirige al enfermo, llamándose en éste caso directo, pero si el paciente es un niño o un adulto que por sus condiciones no puede responder, -- (gran debilidad, estado ... a etc.) las preguntas se dirigen a los familiares calificándose al interrogatorio de indirecto.

Las preguntas deben ser concretas de acuerdo a lo que se trata de investigar, no deben sugerir la respuesta y hay que hacerlas de acuerdo con la capacidad intelectual del enfermo y su modo de expresarse. Nunca pasarse a investigar otro dato clínico mientras no esté bien identificado el anterior.

En la actualidad en el campo Odontológico, el Cirujan Dentista tiene los medios suficientes en el campo del diagnóstico y terapéuticos para llevar a cabo sus funciones, en las cuales por medio del interrogatorio, toma conocimiento del estado general del paciente, evitando la tendencia a ocultar enfermedades por parte del paciente.

Hay preguntas de orden general que no deben omitirse:

- a).— ¿ ~~Se encuentra~~ ~~enfermo~~ actualmente, bajo el cuidado de -- algún médico o lo ha estado con anterioridad?
- b).— ¿ ~~Tomó~~ ~~algún fármaco~~ actualmente o lo ha tomado con anterioridad?

c).- ¿ Ha padecido alguna enfermedad grave o ha sido intervenido quirúrgicamente?

d).- ¿ Ha tenido reacciones desfavorables con el medicamento - administrado?

La historia clínica debe obtenerse en forma completa cuando se ve por primera vez al paciente; o poner al día la que se ha hecho previamente en pacientes subsiguientes.

Puntos de importancia en la historia clínica:

### I).- Interrogatorio.

1.- Ficha personal (ficha de identificación) donde se anotará el nombre del paciente, **sexo, edad, escolaridad, ocupación, --** origen (nacionalidad), esta o civil, **dirección, fuente de in--** formación, y fecha del estudio.

### 2.- Antecedentes heredofamiliares:

Comprenden éste grupo las enfermedades que han padecido - los ascendientes del enfermo. La importancia de éste punto es que existen enfermedades que se transmiten por herencia. Como - la diabetes, gota, alergias, obesidad, neoplasias, artritis, - cardiopatías, hipertensión, sífilis, hemofilia, T.B., padeci-- mientos mentales o nerviosos.

3.- Antecedentes personales no patológicos:- Costumbres, luga res en que se habita el género de vida. Número de personas que viven en casa, hábitos higiénicos, habitación, alimentación, - exposición a tóxicos, tabaquismo, onicofagia, alcoholismo, to-- xicománias.

Vacunas: B.C.G., poliomielitis, D.P.T., viruela, sarampión, --  
etc.

**4.- Antecedentes personales patológicos:-**

Reumatismo, tuberculosis, paludismo, enfermedades de la -  
infancia fiebres eruptivas (sarampión, varicela, rubeola, vi--  
ruela, escarlatina, etc., infecciones y parasitosis intestinal,  
disentería, hemorragias, epistaxis, hemoptisis, hematemésis, -  
rectorragia, melena, ictericia, diabetes, crisis convulsivas, -  
enfermedades mentales, alergias, sífilis, gorronea, flebitis, -  
infarto del miocardio, accidentes vasculares, amigdalitis, - -  
otitis, Úlcera péptica, antecedentes quirúrgicos, antecedentes  
traumáticos, antecedentes transfusionales, alergia a medicamen  
tos.

**5.- Padecimiento actual:**

Se entiende por éste nombre, la enfermedad que motiva a -  
la consulta. Declaración del padecimiento principal y la histo  
ria de la enfermedad presente.

¿ Desde cuándo está usted enfermo? fecha del principio aparen  
te del padecimiento.

¿ Antes de esa fecha estaba usted completamente bien?

¿ A que causa atribuye su mal?

¿ Cómo empezó? síntomas y signos.

Evolución de los síntomas y signos.

¿ Recuerda usted alguna otra molestia?

**7.- INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.**

Bajo éste nombre entendemos, al conjunto de condiciones -

orgánicas que el enfermo ha tenido en los días próximos al exámen; y no precisamente las que presenta el día en que éste se efectúa.

Se pregunta ordenadamente sobre las manifestaciones patológicas de los diferentes aparatos y sistemas y tan luego como el paciente manifieste haber tenido alguna, se investiga de ella su principio, sus caracteres, su evolución y el tiempo en que se presentó. Las manifestaciones deben investigarse en el orden siguiente:

1.- Aparato digestivo: Apetito normal, reducido, aumentado, se lectivo, polifagia, polidipsia, tipo de alimentación.

masticación: normal, bilateral o unilateral, pérdida de bolos, dificultad al tragar. Dolor, náusea, vómito, regurgitación, -- rumiación, mericismo, hematemesis, anorexia, pirosis, aerofagia, eructos, fiebre, meteorismo, diarrea, sialorrea, melena, -- aumento de volúmen del abdomen, tenesmo, prurito anal, dispepsia, hemorroides, pituitas, ardor, polifagia, características de la defecación, consistencia de heces fecales.

## 2.- RESPIRATORIO:

Dolor torácico, disnea, cianosis, tos: aislada, accesos, -- seca, productiva, con pus, con sangre. Expectoración, fiebre, -- obstrucción nasal, bronquitis, epistaxis, catarros frecuentes, disfonía, oídos, nariz y garganta; audición, otalgia, otorrea, tinnitus, desequilibrio, infección, disminución del olfato, se creción nasal, gusto, úlceras, dolor, garganta, ronquera, do-- lor en senos paranasales. Rirno respiratorio, respiraciones -- cortas, aumentadas. Sudoración nocturna, hipoxia, hiperventila



ción, cianosis, reflejo tucsigeno positivo o negativo. Fatiga, hipoventilación. Si necesita más de dos almohadas para mejorar la respiración.

### 3.- CARDIOVASCULAR:

Dolor precordial, disnea: esfuerzos, decúbito, paroxística, con ejercicio, emociones, palpitaciones, lipotimias, cianosis, edema, mareo, vértigo, cefalea, hipertensión arterial, --- insuficiencia arterial, várices, úlcera varicosa, episodios de flebitis, hemorroides, claudicación intermitente, palidez, --- frío, hormigueo, taquicardia, bradicardia, desmayos, tinitus y fosfenos, edema en miembros superiores, edema en miembros inferiores, presión arterial, frecuencia cardiaca.

### 4.- GENITOURINARIO:

Diuresis en 24 horas, número de micciones, urgencia, caracteres de la micción, caracteres de la orina (color, suspensión), disuria, poliuria, poliaquiuria, piuria, hematuria, dolor lumbral, nicturia, oliguria, incontinencia, ardor, dolor al orinar, acompañada de sangre, si hay sedimentación, secreción anormal, expulsión de arenillas o cálculos, inflamación de la cara por las mañanas, sensación de sequedad en la boca.

Genital femenino:-- Menarca, fecha de última menstruación, regularidad y duración, dolor menstrual, caracteres sexuales secundarios, esterilidad, libido, dispareunia, frigidez, leucorrea, prurito, hemorragia anormal, síntomas menopáusicos, Mamas: traumas, tumores, dolor.

Masculino: Inicio de la pubertad, caracteres sexuales ---

secundarios, normales, esterilidad, libido.

5.- HEMÁTICO Y LINFÁTICOS.-

Palidez, mareos, desmayo, fatiga, fácil, palpitaciones, esquistosis, hematomas, púrpura, infecciones frecuentes adenopatías, esplenomegalia, discrasias sanguíneas, tendencia hemorrágica, crecimiento ganglionar, crecimiento del abdomen izquierdo, tiempo de coagulación.

Revisión de cadena ganglionar.

6.- NERVIOSO:

Cefalea, parálisis, paresia, temblores, disminución de la movilidad, atrofas, convulsiones, confusión mental, dislopia, hemianopsia, movimientos involuntarios, coma, estupor, somnolencia, trastornos de la vista, dismetropías, disturbios sensoriales, amaurosis, fobias, escotomas, hemeralopia, fotofenopersistentes, trastornos del gusto, del olfato, equilibrio psicológico, excitabilidad, sueño, angustia, miedo, depresión, neurosis, ansiedad, memoria, orientación, talante, alucinaciones, incoordinación de movimientos.

7.- CABEZA:

Forma, volumen, pelo, piel, ictericia.

CARA: expresión, simetría, dolor, movimientos.

OJOS: Globos oculares, posición y movimientos, cornea y cristalino, pupilas tamaño, conjuntivas, reflejos, congestión, ictericia, edema, ptosis, epifora, lagofthalmos, disminución de la agudeza visual, dolor, diplopia, fotofobia, lagrimeo, supu-

**ración, hemorragia.**

**NARIZ:** mucuosa nasal, congestión atrofia, humedad o sequedad, secreciones, úlceras, tabiques, cornetes. Si presenta obstrucción nasal y epistaxis.

**BOCA:** Labios, frenillos, dientes, número condición higiénica, carrilos, percusión de dientes, sarro, prótesis dental, caries, gingivorragia, resección gingival, congestión hemorrágica, úlcera, supuración pigmentación, paladar forma e integridad, tejidos de sostén del diente, salivación, lengua; enrojecimiento, úlceras, grietas, cicatrices, leucoplasias, papilas, endurecimiento.

El exámen bucal debe hacerse en forma completa, en toda visita por el paciente. Todas las membranas mucosas bucales deberán inspeccionarse y palpase. Cuando se localice una zona anormal.

**FARINGE:**

Mucosa, congestión. amígdalas, hipertofia, sacreciones, úlceras, absesos, disfagia.

**OIDOS:**

Si hay disminución de agudeza auditiva, otalgias, acúfonos, secreciones, cerumen, otoscopia, congestión abombamiento, cuerpos extraños.

**CUELLO:**

Forma, volumen, movilidad, laringe, tráquea, tiroides: volumen y consistencia, vasos, ganglios, crecimiento, consisten-

cia, dolor.

#### INSPECCION GENERAL:

**PIEL:** cambios de coloración, temperatura, sudoración, sequedad, escamación, erupciones, petequias, equimosis, máculas, pápulas, vesículas. Seborrea, urticaria

Peso, estatura, pulso, tensión arterial, temperatura, -- pulso, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca.

Anotar los tratamientos dentales a los que ha sido sometido: amalgamas, incrustaciones, endodoncias, extracciones, -- profilaxis, prótesis fijas, removibles, total, cirugías, etc.

Sobre los estudios de laboratorio, además de la historia clínica y la exploración bucal, debe llevarse a cabo cualquier exámen de laboratorio que se considere necesario. Basándose en los detalles de la historia. Siendo de importancia -- las pruebas de coagulación sanguínea, biometría hemática, química sanguínea, prueba de susceptibilidad bacteriana para la -- selección del antibiótico, análisis de orina y otros, deberán solicitarse según esté indicado al laboratorio, centro de salud, etc., Por lo que hay que valorar la indicación de exámenes de laboratorio.

#### DIAGNOSTICO:

Destacar enfermedades, valorando: edad, sexo, frecuencia, padecimiento agudo o crónico, antecedentes. Y tomando en cuenta el interrogatorio por aparatos y sistemas y la exploración.

Se debe establecer un diagnóstico final. Basandose en el exámen cuidadoso, completo y sistemático, antes de dar el tra-

tamiento definitivo. Hecho el diagnóstico, se plantea la necesidad de la intervención quirúrgica.

**PREVENCIÓN:**

Medidas que se han de tomar en el caso que se nos presente tomando al paciente como un caso individual.

**PLAN DE TRATAMIENTO:**

Elección de fármacos y valorar la forma más conveniente de administrarlos.

**PRONOSTICO:** Tomando en cuenta la historia clínica, y los estudios de laboratorio (si se indicaron), radiografías. Y -- las medidas profilácticas. Se puede considerar si el pronóstico será bueno o no.

En determinado caso en que existe alguna duda respecto al interrogatorio efectuado al paciente será necesario recurrir a su médico familiar, para obtener un análisis completo referente al paciente.

El examen clínico y un buen criterio profesional nos llevará a resolver el problema eficazmente.

Se deberá poner mayor atención si el paciente presenta alguno de los estados siguientes:

**EMBARAZO:**— Los principales problemas lo presenta los estudios radiográficos y la utilización de anestesia local o general (se considera que la radiación que absorbe el feto es poca), no obstante es conveniente la protección de éste por medio de un delantal de plomo.

**OBESIDAD.**— Se puede presentar con relativa frecuencia y-

encierra una serie de complicaciones en el momento de la operación en la cual esté presente alguna enfermedad cardiovascular, obesidad alimentaria (exógena), endócrina. La debida a disfunción de alguna glándula endócrina como obesidad hipotiroidea. Endógena, la que tiene por causa alteraciones del metabolismo. En un paciente obeso es aconsejable la utilización de anestésicos locales.

**EDAD.**- Es muy importante puesto que el metabolismo corporal disminuye con la edad, en la vejez existe un mayor número de enfermedades, debido a las causas antes citadas y aunque no existan alteraciones orgánicas el tiempo de recuperación del paciente es mayor.

Entre los estados patológicos de interés en la cirugía bucal tenemos:

**ENFERMEDADES CORONARIAS.**- El corazón como todo órgano, debe tener una irrigación adecuada para desempeñar su función de manera eficaz. Y el suministro de sangre es obtenido de las dos arterias coronarias. Y en la mayor parte de los órganos del cuerpo hay una irrigación colateral. Sin embargo, la pared del corazón tiene una circulación colateral muy deficiente. Esto explica el gran número de personas que mueren anualmente de cardiopatía, ya que si se obstruye la irrigación de una porción del corazón, no hay un suministro sanguíneo suplente que compense tal anomalía.

Hay muchos tipos y grados de cardiopatía coronaria, pero la causa más común de ésta es la aterosclerosis.

Este tipo de problema puede ocurrir mientras se le está-

dando atención dental al paciente; y debido a la naturaleza de éstas enfermedades y a sus desenlaces fatales es necesario una consulta previa con el médico tratante de éstos pacientes.

**INFARTO DEL MIOCARDIO.**- Trastorno que se produce cuando un trombo ocluye una de las ramas mayores de las arterias coronarias lo cual impide el suministro de sangre del miocardio afectado y provoca su muerte (infarto). Aunque puede ocurrir infarto miocárdico sin que haya oclusión o trombosis coronaria o viceversa.

En éstos pacientes se debe evitar la inyección intravascular utilizar anestesia local y administrar premedicación.

**FIEBRE REUMÁTICA Y ENFERMEDADES CARDIACAS DE ORIGEN REUMÁTICO.**

La fiebre reumática es una enfermedad que sigue a una infección ocasionada por un estreptococo beta hemolítico del grupo A.

Se considera que es más predominante en zonas geográficas templadas y húmedas. Así mismo se piensa que tiene cierta ocurrencia estacional, predominando en los últimos meses de Otoño y en primavera, Se ha observado que en la extracción dental o cualquier otra manipulación dental produce un estado de bacteremia en gran cantidad de personas, siendo su grado e intensidad proporcional al grado de infección oral presente en el momento de realizar la extracción, desde luego es transitoria pero es suficiente para llegar a desencadenar endocarditis bacteriana en personas susceptibles a ellas, para evitar o disminuir este riesgo, deberá administrarse antibioticoterapia

pia como medida profiláctica, antes de realizar la intervención dental, independientemente de que se produzca sangre por el procedimiento. Y la administración también será durante y después de cualquier intervención dental.

En éste caso el fármaco de elección será la penicilina - por su gran efectividad sobre los microorganismos bucales responsables de la endocarditis. En caso de alergia a éste fármaco se puede sustituir por Eritromicina. El tratamiento antimicrobiano se administrará en el preoperatorio y en el posoperatorio.

**ASMA BRONQUIAL.**- El asma es una enfermedad que se caracteriza por espasmos de los músculos de los bronquios y los bronquiolos, los cuales sufren un estrechamiento. Los ataques asmáticos se presentan en forma periódica, especialmente durante la noche. El paciente asmático por lo general, puede inspirar pero sus músculos espiratorios; por lo que no puede expulsar el aire de sus pulmones. Esto produce sibilancias que pueden escucharse a distancia. La crisis asmática puede durar alrededor de una hora, o en ocasiones puede aparecer un ataque tras otro, de manera que el trastorno se presenta por varios días, tiempo durante el cual difícilmente duerme el paciente.

En enfermos de tal padecimiento se debe actuar con precaución, respetando dos principios importantes:

a).- Tipo de anestesia.- Se recomienda sea local de otra manera procuraremos usar Fluothane, debido a su acción dilatadora sobre los músculos.



b).- Los pacientes con asma severa generalmente toman grandes dosis de corticoesteroides durante períodos prolongados, lo cual es de importancia debido a los problemas ocasionados por el fármaco.

DIABETES.- Enfermedad hereditaria o adquirida en la que existe una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono, - secundaria a una deficiencia e insuficiencia absoluta o relativa de insulina. Razón por la cual presenta problemas para el - cirujano.

Cuando la diabetes es de importancia los sujetos tienden a ser cetogénicos, es decir que en ausencia de cantidad sufi-- ciente de insulina tienen tendencias a formar cuerpos cetóni-- cos y dar lugar a cetoacidosis, aunada a la sobrecarga que sig nifica la anestesia general o la intervención misma, la cual - es capaz de agravar la diabetes con la mayor necesidad de insu lina de parte del enfermo.

Aunque los valores de glucosa sanguínea son de 80 a 120 - mg. por ml. de sangre, en los pacientes con diabetes pueden -- elevarse a 200, 300 o hasta más. La herencia es un factor im-- portante en la diabetes, ya que predomina más en parientes de- diabéticos.

La diabetes puede presentarse a cualquier edad pero puede ser más común entre los 40 y 60 años de edad. Un individuo que contrae diabetes antes de los 15 años de edad se designa como- "diabetes juvenil".

Cuidados del paciente diabético.- Después de haber valora do al paciente diabético antes de operarlo y tras haberse con-

firmado que su diabetes está bajo control suficiente y que puede iniciarse el tratamiento dental, no seguirán unos cuantos -  
 lineamientos. Si se va a utilizar un anestésico local, no debe de llevar Epinefrina o si la contiene, no será en una concentración mayor de 1:100 000, pues ésta estimula la descomposición de glucógeno en glucosa y, por lo tanto, junto con la tensión de la intervención dental, puede elevar la glucemia. Puede utilizarse un anestésico local que contenga un vasoconstrictor diferente como la neocobefrina, la cual se encuentra en la carbocáina. Si se va a practicar una operación, es necesario asegurarse de que el paciente es físicamente capaz de soportar la -  
 intervención planeada, y después tomar todas las medidas para controlar el sangrado postoperatorio mediante suturas suficientes y cualesquiera otros auxiliares hemostáticos convenientes, de manera que el paciente pueda comer inmediatamente después de ser operado. Ya que se sabe por experiencia que si se sangra por la boca, no comerá ni beberá, y es en extremo importante que el diabético que ha tomado insulina, ingiera azúcar para que actúe ésta. Algunos pacientes, dependiendo del grado de infección y de la gravedad de su diabetes, pueden ser protegidos con antibioticoterapia, ya sea después de la operación solamente o antes y después de la misma, pues se sabe que en el diabético hay una disminución en la resistencia de los tejidos que da origen a una curación retardada.

**ENFERMEDADES DEL HIGADO.**- El hígado es un órgano situado arriba y a la derecha del estómago, bajo la superficie inferior del

diafragma, y cubierto casi por completo por las costillas. Es la glándula más grande del cuerpo, tiene un peso variable entre 1.3 y 1.8 Kg. y está compuesto microscópicamente por un gran número de lobulillos. Algunas de las funciones del hígado se mencionan a continuación: (1) Durante la formación del embrión es un órgano productor de sangre; (2) Almacena vitamina B12, (3) Produce heparina que se encuentra en pequeña cantidad en el cuerpo; (4) Produce protrombina y fibrinógeno, sustancias necesarias para la coagulación (5) El hígado almacena hierro y cobre; (6) Ayuda a regular el volumen sanguíneo mediante la producción y destrucción de algunos de sus componentes; (7) Destoxica ciertos productos secundarios de la digestión que serían peligrosos si permanecieran en el organismo (8) Ayuda al metabolismo de las proteínas al destruir algunas de ellas y sintetizar los aminoácidos necesarios para la formación de otros (9) Produce una enzima que se encarga de elaborar urea, un producto de desecho que se encuentra en la orina; (10) convierte glucosa en glucógeno, el cual es almacenado en el hígado y liberado cuando se requiere producción de glucosa adicional y energía; (11) También convierte los carbohidratos excesivos en grasas (12) ayuda a la producción de calor en el cuerpo (13) el hígado participa en la formación de vitamina A a partir del caroteno, lo cual a su vez puede afectar al crecimiento, la vista y la piel, y (14) la formación de bilis ocurre en el hígado. La bilis ayuda a la emulsión y absorción de grasas y vitaminas liposolubles en el intestino delgado, y está formada por agua, grasas, diversas sales orgánicas así como dos constituyentes principales: los pigmentos biliares y las -

sales biliares.

La hepatitis viral aguda.- Es una infección sistémica que afecta predominantemente al hígado. Son dos tipos de virus (A y B). Que se consideren agentes etiológicos de ésta infección.

Hepatitis A.- Son hepatitis infecciosa, hepatitis de corta incubación (15-45 días).

Hepatitis B.- Se conoce también con el nombre de hepatitis sérica, hepatitis de incubación prolongada (45-160 días).

En el consultorio dental se debe tener especial cuidado - al tratar pacientes que potencialmente padecen hepatitis sérica o que tienen antecedente de haber sufrido esta enfermedad - en virtud de que si algún equipo no es esterilizado en forma - apropiada, el virus puede ser transmitido de un paciente a otro (como medidas de precaución deben utilizarse jeringas y agujas desechables. Y se debe tener extremo cuidado al tratar a algún paciente portador o que tiene antecedente de hepatitis sérica, para evitar que su sangre pase a través de cualesquiera orificios o heridas en la piel del cirujano dentista. Téngase cuidado de no escoriarse mientras se atiende a estos pacientes o al quitar hojas de mangos o agujas de jeringas.

El pronóstico de la hepatitis viral aguda es variable pero en general se considera que la hepatitis infecciosa es menos grave que la hepatitis sérica. El curso de la enfermedad - es extremadamente variable y si bien la mayoría de los pacientes se recuperarán de manera satisfactoria, algunos pueden fallecer.

ANEMIA.- El trastorno más común de los eritrocitos es la-

anemia. Para cualquier tipo de anemia existe una insuficiencia en la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre, se encuentra disminuida, ya sea debido a una reducción del número de eritrocitos, a una disminución de su contenido de hemoglobina, o ambas. El principal interés de ésta y el de la mayor parte de las anemias, desde el punto de vista Odontológico, es que los tejidos privados de oxígeno (por la disminución de hemoglobina que lo transporta) curan de manera deficiente y el paciente es susceptible a las infecciones. Es de tomarse en cuenta el hecho de utilizar anestesia general, tanto en anemias moderadas como en anemias graves, debido al grado de tolerancia según sea el caso. Otro aspecto importante es el relacionado con la anestesia general del paciente anémico ya que éste puede no ser capaz de transportar suficiente oxígeno en su sangre para ser anestesiado de manera segura. Para que la anestesia general sea menos peligrosa es necesario tener el paciente en oxigenación al 100% durante el tiempo que dure la intervención quirúrgica.

**LEUCEMIA.**— Es una enfermedad caracterizada por una producción incontrolada de leucocitos inmaduros en la médula ósea que luego aparecen en la circulación general. Hay varios tipos de leucemia, la mayor parte de las cuales tarde o temprano son mortales. Las leucemias se clasifican de acuerdo a la célula predominante que las constituye, por ejemplo, linfocítica, monocítica, etc. También se dividen en agudas y crónicas según la rapidez de la evolución de la enfermedad.

Los pacientes leucemicos que necesitan tratamiento dental

deben recibirlo bajo la supervisión estrecha de su médico. Al nos individuos pueden requerir tratamiento dental debido al - curso prolongado de su enfermedad (algunos la padecen 5 años - antes de morir), pero otros pacientes pueden estar tan graves que es necesario posponer cualquier tratamiento dental a me-- nos que sea una urgencia extrema.

HEMOFILIA.- Este es el trastorno clásico de la primera - etapa de la coagulación. Es una enfermedad hereditaria caracte-- rizada por una deficiencia del factor VIII (factor antihemo-- filico) y que es transmitida por una madre portadora a su pro-- genia masculina. Así pues, las mujeres no pueden sufrir hemo-- filia; sólo los hombres padecen esta enfermedad, la cual es - transmitida por sus madres. Por lo general, se reconoce en la - lactancia o en la infancia cuando hay sangrado espontáneo, o - el paciente puede sufrir confusiones o sangrar por traumatis-- mos leves. En algunos individuos, la enfermedad puede ser diag-- nosticada por primera vez al extraer el primer diente deciduo, lo cual ocasiona sangrado abundante.

El paciente hemofilico suele ser un enfermo en el que -- largos años de complicaciones y temores han creado un estado - emocional muy afectado, lo cual debe de ser valorado con la - enfermedad orgánica. Estos enfermos pueden ser objeto de algu - na operación en la cavidad bucal, siempre y cuando se practi-- que en un hospital, bajo la supervisión estrecha de sus médi-- cos y sólo después de que se les haya transfundido el factor - VIII, del cual carecen.

**EPILEPSIA.**- Síndrome cerebral crónico paroxístico periódico de la función del cerebro en la cual se presentan ataques recurrentes, cambios en el estado de conciencia, pudiendo no ir acompañados de convulsiones. Hay dos tipos de ataques epilépticos: la epilepsia mayor (gran mal) y la epilepsia menor (pequeño mal).

El paciente al que se le ha hecho un diagnóstico de epilepsia por lo general, está recibiendo tratamiento medicamentoso para controlar sus ataques. No se debe temer al epiléptico bien controlado en el consultorio dental, y debe hacerse todo esfuerzo para evitarle una tensión emocional indebida. Por lo tanto, antes de comenzar el tratamiento dental en una persona epiléptica, es necesario asegurarse de que ha estado tomando los medicamentos necesarios. Si no ha tomado su medicamento, no se le practicará algún tratamiento dental, pues la tensión originada por éste puede desencadenarle convulsiones.

Como se puede apreciar los padecimientos que se han citado tienen gran importancia respecto a la intervención quirúrgica y no es sino por medio de la historia clínica como podemos orientarnos a que tipo de enfermedad nos enfrentamos.

#### **PREMEDICACION.**-

La premedicación es útil cuando se extraen dientes impactados bajo anestesia local. La música el ambiente apacible, y la conversación interesante del operador, ayudan a establecer una atmósfera favorable. Tener presente el estado psicológico

preoperatorio del paciente, ya que puede influir en su respuesta a la anestesia. Ya que un paciente inquieto o exitado, muchas veces necesita cantidades mayores de medicación.

Es recomendable una profilaxis contra infecciones en la cirugía de los caninos retenidos, debido a la posición anatómica que presentan. Sobre todo en pacientes con problemas reumáticos o por la poca resistencia que pueden presentar a las bacteremias y endocarditis bacteriana, será conveniente el administrar, si el organismo del paciente permite, la penicilina, en buenos niveles; o el uso de Eritromicina, en pacientes sensibilizados, y evitar reacciones indeseables. En general la antibioterapia para cirugía bucal es de base en la premedicación.

No hay que olvidar que la premedicación es un coadyuvante de todo tipo de anestésicos; para la anestesia local, podemos utilizar tranquilizantes por vía bucal, comenzando la noche anterior y una cápsula una hora antes de la intervención, pues ayuda y mejora sus efectos sobre todo en pacientes nerviosos, aprensivos y pusilánimes; sirve también para intervenciones largas, reduciendo notablemente los malestares posteriores.

Para pacientes tranquilos no es necesario o indispensable la administración de un fármaco sedante.

Cuando notemos que el paciente presente hipersecreción salival, es necesario y recomendable la administración de 20 gotas de atropina, media hora antes de la intervención quirúrgica con el objeto de que la secreción sea mínima en el momento del acto quirúrgico.



## ANESTESIA E INSTRUMENTAL.

Anestesia.- Como en toda intervención quirúrgica, la anestesia es fundamental. La extracción de los dientes retenidos es una operación larga y molesta. La anestesia debe acortar la longitud de la operación. Es interesante el empleo de una anestesia base, administrando al paciente un barbitúrico.

Para realizar la intervención quirúrgica de los caninos retenidos, será necesario vencer el dolor y librar al paciente del mayor número de molestias posibles.

Por regla general la potencia de un anestésico local depende solamente de su estructura química, mientras la duración aunque muy influenciada por la configuración molecular, también puede ser alterada por adición de una droga vasoconstrictora.

Tratándose de anestesia local y general hay gran variedad de fármacos que nos dan la oportunidad de conducir la cirugía en forma segura y eficaz.

La anestesia deberá ser de preferencia troncoregional, esto se logra en base a diversos procedimientos por medio de agentes bloqueadores como los que ha continuación se tratan:

**Procaina.-** (Novocaina, Etocaina, Neocaina).

La procaina (éster dietilaminoetilico del ácido paraaminobenzoico), es bastante potente para dar una anestesia segura - prácticamente en todas las circunstancias. La procaina se usa en Odontología en soluciones al 2%. Puede emplearse con adición de un vasoconstrictor a las soluciones de procaina.

**LIDOCAINA (clorhidrato de lidocaína).**- Xylocaína, octocaína. Se presenta al 2 % con concentraciones variables de vasoconstrictor, El efecto local que produce es muy rápido, más intenso y más amplio que el que produce la procaína a la misma concentración. La anestesia local de la lidocaína es efectiva tanto a la aplicación tópica superficial en mucosas como por infiltración y bloqueo nervioso.

Es el primer anestésico local de tipo no ester utilizado en Odontología. La droga es compatible con todos los vasoconstrictores.

**ADRENALINA.- (epinefrina),** se emplea en soluciones al milésimo (1:100.000), tiene un efecto vasoconstrictor sobre los capilares sanguíneos.

**MEPIVACAINA (Carbocaína).**- Clorhidrato de Mepivacaína.

Es un compuesto no ester. La droga es compatible con todos los vasoconstrictores y soporta el hervor y el autoclave. Se presenta en soluciones al 2% con vasoconstrictor, se obtiene en cartuchos de 1,8 ml. con dosis máxima sugerida es de aproximadamente de 300 mg.. Y en soluciones al 3 % sin vasoconstrictor, es un anestésico más potente que la novocaína

**PRILOCAINA ( Citanest ).**- Se considera que tiene menor grado de toxicidad sobre el sistema nervioso central que la lidocaína y sufre la biotransformación más rápidamente. La prilocaína puede ser utilizada a una concentración máxima del 4%. -

La droga es compatible con todos los vasoconstrictores.

Los agentes bloqueadores antes descritos llenan los requisitos para usarse actualmente en Odontología y son los siguientes:

- 1.- Período de latencia corto
- 2.- Duración adecuada al tipo de intervención.
- 3.- Compatibilidad con vasopresores.
- 4.- Una conveniente difusión
- 5.- Estabilidad de las soluciones
- 6.- Baja toxicidad sistémica.
- 7.- Alta incidencia de anestesia satisfactoria.

Para la intervención de los caninos retenidos se hace uso de las siguientes técnicas de anestesia:

La anestesia de los nervios dentarios anteriores.- Se efectúa a nivel del agujero infraorbitario, y por difusión del anestésico llega al nervio, se llega al conducto por dos vías: la intraoral y la extraoral.

Vía intraoral.- El dedo índice debe quedar fijo sobre el orificio suborbitario. Con el dedo pulgar se levanta el labio, dejando al descubierto el ápice del canino. Se punza en el fondo del surco vestibular, llevando la jeringa desde el canino - en dirección a la pupila, sin tocar hueso, hasta llegar al orificio buscado. Cuando el dedo índice percibe la aguja, estaremos en el sitio correcto. Se inyectan unas gotas de anestesia para proseguir con las maniobras posteriores. En éste momento se levanta la jeringa, Buscando la dirección del conducto y --

por acto se penetra en él solo medio centímetro, se deposita lentamente el anestésico, si la aguja no penetra en él por medio de masajes circulatorios suaves, realizados sobre la piel se difunde el anestésico.

Vía extraoral.- Es la de uso más frecuente, se palpa con el dedo índice de la mano izquierda el arco infraorbitario y se traza una línea imaginaria por el centro de la pupila y el eje del segundo premolar, marcando esta línea sobre la piel; se calculan 6 mm. por debajo del arco infraorbitario, sobre la línea vertical trazada, se marca éste punto; es la proyección sobre la piel del orificio buscado. En la misma línea de los orificios óseos y por debajo de la marca del agujero infraorbitario y a la misma distancia, es decir 6 mm. se traza otra señal (imaginaria), o con lápiz, siendo el lugar indicado para la punción. Se toma la piel entre los dedos índice y pulgar, haciendo un pliegue a la altura del punto inferior y allí se realiza la punción, o también se estira la piel con el dedo índice y mediano y entre ellos se realiza la punción. Hacemos un botón dérmico. Se toma la jeringa y se dirige en sentido del recorrido del conducto, de adelante a atrás, de adentro a afuera, y de abajo a arriba, formando un ángulo de 45 grados con la piel. Se punza la piel en la marca inferior, se avanza hasta la marca superior. Estamos en la entrada del orificio. En adelante debemos tener cuidado para evitar lesiones sobre los troncos nerviosos o vasos de la región. Se retira el émbolo de la jeringa para asegurarnos de no estar en la luz de un vaso y se avanza lentamente 5 mm., depositando go-

tas de anestesia a medida que se adelante. Estamos en la región de los nervios dentarios anteriores. Se vacía lentamente 2 c.c. de anestésico. Se retira la jeringa y se comprime con un dedo para evitar el reflujo del líquido. Con un masaje ligero, se difunde el anestésico dentro del conducto.

**Bloqueo del nervio palatino anterior.**— El nervio palatino anterior desciende a la bóveda por el conducto palatino posterior, el medio y el posterior lo hacen por conductos accesorios.

El agujero palatino posterior está situado en la bóveda palatina, en la apófisis horizontal del hueso palatino, a nivel de la raíz palatina del tercer molar y equidistante de la línea media y del borde gingival. A nivel de este orificio debe buscarse el nervio. Se introduce la aguja en el sitio indicado, que en el paciente lo localizamos por una depresión a éste nivel, teniendo el eje de la jeringa en la comisura opuesta, se inyectará 1 c.c. de anestésico.

**Anestesia del nervio nasopalatino (esfenopalatino).**— Sobre la línea media de la bóveda palatina y por detrás de los incisivos centrales, está el orificio exterior del conducto palatino anterior, formado a su vez por dos canales palatinos, cada uno al borde interno de la apófisis palatinas del hueso maxilar superior de cada lado. En el fondo del conducto se encuentran dos orificios por donde salen los nervios nasopalatinos derecho e izquierdo, estos nervios nasopalatinos inervan al paladar en su parte anterior hasta la altura del canino. El orificio coincide con la papila palatina. A nivel del conducto

palatino anterior se realiza la anestesia de éstos nervios, - se introduce la aguja en la base de la papila, del lado derecho o izquierdo, pero no en el cuerpo mismo de la papila, se atraviesa la mucosa llegando al conducto palatino, se deposita 0.5 a 1 c.c. de anestésico lentamente.

En el caso de la utilización de anestesia general, en la cirugía de caninos superiores retenidos, será aplicada cuando se hayan agotado todas las posibilidades en el uso de la anestesia troncular.

En la anestesia general se reconocen cuatro períodos o - fases:

- 1.- Estado de analgesia o movimiento voluntario.
- 2.- Estado de delirio o movimiento involuntario.
- 3.- Estado de anestesia quirúrgica, con tres planos: plano superficial, plano quirúrgico o normal y el plano profundo.
- 4.- Parálisis respiratoria. También conocida como una sobredosis o para bulbar.

En la anestesia general, el plano ideal es el quirúrgico.

La anestesia general está sujeta a una serie de indicaciones, las cuales debemos respetar por bien de nuestro paciente:

- 1.- Operaciones extensas. Fracturas, tumores, que afectan a zonas de inervación múltiple.
- 2.- Extracción de dientes con procesos inflamatorios agudos.
- 3.- Extracciones múltiples.
- 4.- Preparación del paciente para recepción de prótesis total.
- 5.- Sensibilidad a los vasos constrictores.
- 6.- Trismus.

- 7.- En niños
- 8.- En quistes, osteomielitis.
- 9.- Según el estado psicológico del paciente.
- 10.- En pacientes exageradamente nerviosos.
- 11.- A petición del paciente

Las contraindicaciones de la anestesia general, son las siguientes (tomando en cuenta la atención en el gabinete dental):

- 1.- En pacientes con síndrome de dependencia al alcohol.
- 2.- Padecimientos generales graves.
- 3.- Asma grave
- 4.- Cuando el paciente presente tos, catarro y resfrios frecuentes.
- 5.- Embarazo.
- 6.- En el período de menstruación.
- 7.- Con atletas.
- 8.- En pacientes seniles

En la aplicación de la anestesia general, debemos contar con los elementos indispensables para efectuar la intervención como:

- a).- abrebocas; b).- telón faríngeo; c).- correas; d).- aspirador quirúrgico.

Como podemos apreciar será necesaria la hospitalización, debido a que en el consultorio dental, se carece de varios elementos indispensables en caso de alguna complicación seria.

### INSTRUMENTAL.-

Para la intervención de los caninos retenidos, se necesita una serie de instrumentos, para vencer las posibles dificultades que se presenten durante el acto quirúrgico. Por lo que a continuación se cita el instrumental que es recomendable tener en el momento de la intervención, el cual se divide en:

- a).- Instrumental para tejidos blandos
- b).- Instrumental para tejidos duros.
- c).- Instrumental accesorio

#### Instrumental para tejidos blandos:

- 1.- Bisturí bard-parker, de hoja intercambiable, de preferencia con hoja del número 15. Y mango Bard-Parker No. 3
- 2.- Galvano o termocauterio.
- 3.- Legras.
- 4.- Separadores de Parabeuf.

#### Instrumental para tejidos duros:

- 1.- Cinceles
- 2.- Martillo
- 3.- Alveolotomo
- 4.- Fresas quirúrgicas (para baja velocidad)
- 5.- Disyuntor
- 6.- Limas para hueso
- 7.- Cucharillas para hueso
- 8.- Elevadores



- 9.- Elevador de periostio molt no. 9
- 10.- Curetas

Instrumental accesorio:

- 1.- Pinzas para algodón
- 2.- Espejo
- 3.- Pinzas de campo
- 4.- Jeringa y aguja
- 5.- Porta agujas mayo
- 6.- Agujas de sutura: **semicircular clásica.**
- 7.- Hilo de sutura
- 8.- Jeringa de 10 ml. o jeringa grande de pera (para irrigar)
- 9.- Solución salina
- 10.- Gasa estéril 5 x 5 cm.
- 11.- Tijeras rectas o en ángulo
- 12.- Pinzas de hemostasia de mosquito curvas o rectas
- 13.- Pinzas allis para asir tejido
- 14.- Eyector de saliva
- 15.- Equipo adecuado de aspiración
- 16.- Guantes y cubrebocas
- 17.- Campos quirúrgicos.

Es esencial que los instrumentos y materiales que se van a usar en cirugía bucal, estén absolutamente estériles. Por otro lado cada uno de los instrumentos mencionados tendrán un valor incalculable siempre y cuando se los de el uso adecuado y en el momento oportuno, ya que nos brindarán la oportunidad de desarrollar nuestra intervención con el mayor grado de comodidad y seguridad.

## TECNICA QUIRURGICA.

En éste momento es donde se integran cada uno de los temas que fueron presentados. Ahora nos encontramos delante del paciente, y todo está dispuesto para dar inicio a la intervención; los guantes y el cubrebocas se encuentran colocados en su lugar, se cuenta con el instrumental necesario, una buena iluminación, la anestesia es profunda y los campos quirúrgicos están en su lugar; y las radiografías podemos verlas claramente al negatoscopio.

El plan operatorio consiste en: el estudio radiográfico cuidadoso, para determinar la posición y relaciones con los demás dientes y con el seno maxilar; clasificación de la retención; determinación del tipo de colgajo; decidir si el seccionamiento del diente facilitará su extracción y al mismo tiempo la conservación del hueso.

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

En gran porcentaje de estas retenciones, la porción radicular está separada del seno maxilar y cavidad nasal por una delgada pared de hueso, y en algunos casos solamente por el epitelio ciliado que lo reviste. Por esta razón, la posibilidad de forzar la raíz del canino dentro del seno maxilar, durante la extracción seccionada de un canino, debe tenerse siempre presente. Con bastante frecuencia se han producido abertu-

ras de varios tamaños, en el seno maxilar, Debe observarse ri gida asepsia, pues de otro modo podría sobrevenir una infec-- ción aguda del seno maxilar; en cambio, con estricta asepsia, estas perforaciones accidentales de la membrana sinusal no -- traerán infección. Cuando el colgajo mucoso se coloca en su - lugar y se sutura manteniéndolo en contacto con el hueso pala-- tino, por varias horas, por medio de apósitos de gasa, la ci-- catrización tiene lugar sin complicaciones, además debe admi-- nistrarse antibióterapia.

Muchas de las raíces de los caninos retenidos tienen una pronunciada curvatura en el tercio apical, aproximadamente -- 80%; según Ries Centeno 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, o aún sobre la super-- ficie vestibular del maxilar superior.

Ahora se plantea el tratamiento quirúrgico y la vía de - acceso a elegirse.

Los caninos que están colocados del lado palatino de los dientes (con arcada dentaria completa), deben ser extraídos - por la vía palatina. Los caninos que se encuentran colocados-- del lado palatino, pero cerca de la arcada dentaria, y aún -- con un espacio entre incisivo, lateral y primer premolar o en-- tre incisivo central y primer premolar (por ausencia del late-- ral), pueden ser abordados por la vía vestibular. Cuando la - retención es francamente vestibular, la vía de acceso, desde-- luego, es la vestibular. Se considera que la vía vestibular - es más sencilla, más cómoda y de mejores resultados. No siem--

pre puede ser aplicada.

Una vez en función, la sala de operaciones y el paciente anestesiado, y el campo quirúrgico propuesto. Cirujano y ayudante, vestidos toman sus posiciones alrededor del campo operatorio y es el momento de iniciar la intervención.

Se cuenta con diferentes técnicas para la extracción de los caninos retenidos tomando en cuenta la clasificación del tipo de retención:

Técnicas para la extracción de los caninos retenidos de la clase I:

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

2.- Se separa el colgajo mucoso del paladar duro por medio de un periostótomo, hasta que la estructura ósea esté completamente expuesta. Ahora podremos ver una prominencia en el hueso, o la corona del canino.

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

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

5.- A excepción a esta regla será el caso en el cual una porción de la corona del diente retenido está en contacto con las raíces de los incisivos centrales, lateral o premolares. Si se exponen las raíces de estos dientes, se lesionarán. En estos casos, se aumenta la abertura sobre el lado opuesto a la corona por medio de fresas para hueso, o se corta la corona separándola de la raíz.

6.- Después que se ha expuesto la corona del canino retenido - por palatino se coloca el elevador apical, sobre cada lado de la corona, y con doble movimiento de elevación se trata de levantar el diente de su lecho. Hay que extremar los cuidados para no dañar los dientes vecinos.

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

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

lo general es casi imposible hacerla, ya que el espacio que -- existe es muy pequeño para la introducción de los bocados de -- la pinza.

9.- Limpiense todos los restos, sáquense las astillas de hueso y suavícense los bordes del alveolo. Remuévase el folículo den tario, si está presente, vuélvase el colgajo a su sitio y sutú raselo.

10.- Colóquese un apósito de gasa sobre el paladar, al nivel - de la superficie oclusal. Corte un bajalenguas de un largo que corresponda a la distancia entre la superficie vestibular de - los premolares superiores derecho e izquierdo, y redondee el - extremo cortado. Colóquese esto sobre el apósito palatino, e - instrúyase al paciente para mordeerlo.

Si el paciente está dormido, se pasan suturas de seda por los puntos de contacto de los premolares de ambos lados del ar co, se tienden sobre el apósito palatino y se anudan. Manténga se este apósito en su sitio durante cuatro horas.

Otra técnica para la extracción de los caninos retenidos- de la clase I.

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

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

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

3.- Límpiase el alveolo, sutúrese el colgajo y colóquese el a-- pósito de gasa como se describió previamente.

Técnica para la extracción de los caninos retenidos de la **clase II:**

1.- Se levanta el labio superior dejando al descubierto la par-- te donde se localiza el canino retenido.

2.- La incisión para el colgajo se hace alrededor del cuello - de los dientes y se sigue hacia el surco vestibular en ángulo-- de 45 grados abarcando por completo la zona donde se encuentra el diente retenido. Se levanta el colgajo con el periostótomo.

3.- Con una fresa de fisura y una de feldman se hacen unos ori-- ficios alrededor de la corona por medio de una fresa o escoplo quitando el hueso que cubre a la corona.

- 4.- Se colocan los elevadores apicales Miller No. 73 y 74 debajo de la corona y se eleva al diente de su alveolo apoyándonos con la cortical.
- 5.- Si el hueso que cubre la raíz es grueso y tenso permite liberar el diente y a continuación se corta la mitad de la corona con fresa de fisura dentada, se repara la corona de la raíz y se elimina.
- 6.- Se expone la superficie de la raíz unos milímetros más con un escoplo.
- 7.- Se realiza una perforación en la raíz, y se coloca en ella la punta del elevador No. 11 y se mueve la raíz hacia el espacio que ha dejado la corona siempre con el punto de apoyo en la cortical.
- 8.- Se limpia perfectamente el alveolo y se sutura el colgajo.

Técnica para la extracción de los caninos retenidos de la clase III:

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

- 1.- Se hace un colgajo vestibular semicircular, sobre la raíz.
- 2.- Por medio de fresas y escoplo, se efectúa la exposición ra



- 4.- Se colocan los elevadores apicales Miller No. 73 y 74 debajo de la corona y se eleva al diente de su alveolo apoyándonos con la cortical.
- 5.- Si el hueso que cubre la raíz es grueso y tenso permite liberar el diente y a continuación se corta la mitad de la corona con fresa de fisura dentada, se repara la corona de la raíz y se elimina.
- 6.- Se expone la superficie de la raíz unos milímetros más con un escoplo.
- 7.- Se realiza una perforación en la raíz, y se coloca en ella la punta del elevador No. 11 y se mueve la raíz hacia el espacio que ha dejado la corona siempre con el punto de apoyo en la cortical.
- 8.- Se limpia perfectamente el alveolo y se sutura el colgajo.

Técnica para la extracción de los caninos retenidos de la clase III:

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

- 1.- Se hace un colgajo vestibular semicircular, sobre la raíz.
- 2.- Por medio de fresas y escoplo, se efectúa la exposición ra

dicular por eliminación de hueso.

3.- La raíz se separa por medio de un escoplo afilado o fresa de fisura. Si se usa el escoplo, el golpe se dirige hacia arriba para evitar la traumatización de las raíces vecinas.

4.- Se utilizan elevadores, y se eleva la raíz de su lecho.

5.- Se hace un colgajo palatino y se quita completamente el hueso que cubre la corona para exponer la periferia.

6.- Se coloca un instrumento como en contacto con el extremo radicular de la corona, a través de la cavidad vestibular, y se golpea con un martillo, sacando la corona de su sitio.

7.- Se hace asepsia, y se vuelven los colgajos a su lugar y se suturan.

Técnica para la extracción de los caninos retenidos de la clase III, donde la corona está por vestibular y la raíz se extiende dentro del paladar.

Los pasos de la técnica son los siguientes:

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

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

en ángulo de 45 grados. Levántese el colgajo con el periostó--  
tomo.

3.- Elimínese la cortical vestibular con fresas y escoplos. --  
Hágase las perforaciones como ya se ha indicado, pero tenien--  
do cuidado de controlar la profundidad de penetración para evi--  
tar dañar los dientes vecinos y el seno maxilar.

4.- Se trata de tomar la corona con una pinza para extraccio--  
nes No. 226. Haciendo un movimiento de rotación hacia mesial y  
hacia distal. Y después hacia vestibular, y el diente saldrá -  
de su sitio.

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

5.- Limpiense todos los restos, eliminando las espículas óseas  
agudas y suavizando la periferia de las aberturas vestibular y  
palatina.

Elimínese el folículo dentario, si está presente, y sutú--  
rense los colgajos, vueltos a su lugar, con seda negra para su--  
tura. Empaquétese gasa en el paladar. Manténgase la gasa empa--  
quetada en su lugar durante cuatro horas.

**Técnica para la extracción de los caninos retenidos clase  
V, en una boca desdentada.**

en ángulo de 45 grados. Levántese el colgajo con el periostó--  
tomo.

3.- Elimínese la cortical vestibular con fresas y escoplos. --  
Hágase las perforaciones como ya se ha indicado, pero tenien--  
do cuidado de controlar la profundidad de penetración para evi--  
tar dañar los dientes vecinos y el seno maxilar.

4.- Se trata de tomar la corona con una pinza para extraccio--  
nes No. 226. Haciendo un movimiento de rotación hacia mesial y  
hacia distal. Y después hacia vestibular, y el diente saldrá -  
de su sitio.

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

5.- Limpiense todos los restos, eliminando las espículas óseas  
agudas y suavizando la periferia de las aberturas vestibular y  
palatina.

Elimínese el folículo dentario, si está presente, y sutú--  
rense los colgajos, vueltos a su lugar, con seda negra para su--  
tura. Empaquétese gasa en el paladar. Manténgase la gasa empa--  
quetada en su lugar durante cuatro horas.

**Técnica para la extracción de los caninos retenidos clase  
V, en una boca desdentada.**

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

Técnica para la extracción de los caninos bilaterales retenidos en el paladar:

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

El problema en éste caso se presenta con el tipo de colgajo. Se hace un colgajo simple bilateral cortando el paquete --vasculo nervioso nasopalatino (incisivo), al entrar en el colgajo. En pocas semanas se restablecerán las relaciones de vasos y nervios.

Por último se coloca un apósito palatino (como se describió anteriormente).

La vitalidad del colgajo se mantiene por la provisión sanguínea colateral.

## COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS.

El transoperatorio se define como la serie de mediciones de parámetros y cuidados clínicos que se llevan a cabo durante el acto quirúrgico. abarca el ingreso del paciente a la sala de operaciones hasta la recuperación de reflejos y respuestas homeostáticas básicas.

El transoperatorio puede dividirse en anestésico y quirúrgico.

### Complicaciones transoperatorias:

Muchas complicaciones y urgencias en potencia pueden evitarse mediante la valoración preoperatoria a fondo del paciente, ya esté enfermo o sano, de modo que pueden darse los pasos adecuados para asegurarse una operación sin sucesos inesperados.

El transoperatorio anestésico puede presentar dos complicaciones comunes, la respiración, el sostenimiento del volumen sanguíneo, hipoxia. El estado de choque es otro trastorno que de no tratarse oportunamente evoluciona hasta la irreversibilidad.

### Complicaciones más comunes:

La hipoxia, es una forma de insuficiencia respiratoria, de origen pulmonar o extrapulmonar, consecutiva a una disminu-

ción central en la saturación de oxígeno en el pulmón o, a una aumentada desaturación periférica de oxígeno o a una incapacidad de aprovechamiento celular tisular del mismo.

Hemorragia.- La hemorragia venosa se detendrá a menudo -- con compresión firme del sitio de hemorragia para detener o reducir el ritmo de pérdida de sangre.

En contraste, casi todo caso de hemorragia arterial general, debe controlarse por sutura directa o ligadura.

Las anomalías cardiocirculatorias que más frecuentemente se presentan durante la intervención quirúrgica en orden de importancia son:

- 1.- Paro circulatorio o para cardíaco.
- 2.- Arritmias severas
- 3.- Insuficiencia cardíaca
- 4.- Infarto al miocardio
- 5.- Estado de choque

Se recomienda la suspensión o la limitación del acto quirúrgico, si ésto es posible.

Es un principio fundamental en la cirugía, conservar en todo momento la permeabilidad de las vías respiratorias. El paciente consciente trata desesperadamente de recuperar la permeabilidad de las vías respiratorias, lo que no ocurre con el paciente inconciente; el signo inmediato de anorexia puede ser

la cianosis, seguida rápidamente por la depresión de todas las funciones vitales.

En toda intervención quirúrgica se pueden presentar complicaciones de distinta índole, el afán del operador debe ser prevenirlas.

La pérdida de sangre es una complicación constante en todo procedimiento quirúrgico. Por lo que se tratará a continuación.

#### Complicaciones locales:

**HEMORRAGIA.**- La salida de sangre en el curso de una operación es un suceso lógico ya que la cantidad de sangre puede hallarse disminuida por la acción de la anestesia local (por el vasoconstrictor). Conibir la hemorragia en el acto operatorio- en obra de la hemostasis. Y podemos hablar de una hemorragia - primaria, la que proviene después de la operación y secundaria la que se presenta poco después de la intervención (la que se produce después de las veinticuatro horas).

**Hemorragia primaria.**- El tratamiento de la hemorragia en la cirugía de los caninos retenidos; consiste en el taponamiento y la comprensión con un trozo de gasa. Generalmente volviendo el colgajo a su sitio y suturando. Si la hemorragia no cede y continúa brotando sangre entre los labios de la herida el mejor método de control de la hemorragia consiste en tomar y ligar el vaso sangrante.



Otra medida ha tomar en el control de la hemorragia es -- la siguiente: habrá que llenar la cavidad quirúrgica con una-- mecha de gasa, que debe reunir para éste caso ciertas condicio-- nes y para aumentar su acción hemostática la gasa puede ser im-- pregnada de con algún medicamento (trombina, tromboplastina, - adrenalina), y para evitar que la gasa se adhiera al tejido -- puede ser impregnada previamente con vaselina.

HEMORRAGIA SECUNDARIA.- Aparece en algunas horas o algu-- nos días después de la operación y puede obedecer al rompimien-- to del coagulo por algún esfuerzo hecho por el paciente, o por haber cesado la acción vasoconstrictora de la anestesia.

El tratamiento de éste tipo de hemorragia, se realiza por medio de un lavado de la zona afectada, de preferencia es útil emplear agua tibia, hasta localizar la zona por donde emana la sangre y la hemostasis se efectúa por taponamiento a presión - con gasa (simple o con medicamento), ésta presión debe ser man-- tenida por lo menos durante 30 min., la cual se retira con su-- mo cuidado. En caso de que persista el sangrado se insiste con-- la compresión; en muchas ocasiones no es fácil realizar cómo-- damente las maniobras para cohibir la hemorragia ya sea por -- que el paciente presente dolor, o al estar maniobrando exista-- molestia. En estos casos es recomendable utilizar anestesia lo-- cal. El empleo de éste procedimiento permitirá realizar las ma-- niobras y al final en el interior de la cavidad o herida san-- grante se recomienda colocar Oxichel o placenta. Y pasar por ú

82  
tino una sutura.

Toda intervención quirúrgica en la cavidad oral, puede ser seguida de complicaciones, muchas de éstas podemos prevenirlas, y otras escapan a nuestros buenos propósitos.

## TRATAMIENTO POSOPERATORIO.

Se entiende por posoperatorio. Al conjunto de maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico. Y colaborar en el logro del estado de salud del paciente.

El tratamiento posoperatorio, es una fase muy importante de nuestra intervención. Tanto es así, que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente una vez terminada la operación, puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica. Una operación realizada con maestría y buen éxito, se puede convertir en el mayor fracaso, si no se practica debidamente el tratamiento posoperatorio.

Los cuidados posoperatorios deben referirse a la herida misma y al estado general del paciente.

### Tratamiento local postoperatorio.-

Higiene de la cavidad bucal.- Terminada la operación el Cirujano debe de lavar perfectamente la sangre que pudo haberse depositado en la cara del paciente, y es recomendable usar una gasa impregnada con agua oxigenada. La cavidad bucal será irrigada con una solución tibia del mismo medicamento, con esto se limpiará y se eliminará sangre, saliva y restos que eventualmente pueden quedar depositados en los surcos vestibulares, en bóveda palatina, en espacios interdentarios y debajo de la lengua, ya que estos elementos, entran en putrefacción y cola-

boran en el aumento de la riqueza de la flora microbiana bucal.

**Cuidados de la herida.**— Cuando la herida en la cavidad -- oral es de evolución normal y satisfactoria, no necesita de -- quimioterapia, ya que con la formación del coagulo en la mejor defensa contra la infección.

La inflamación y trismo, durante las primeras 48 horas, -- después de la operación suelen atribuirse al traumatismo aso-- ciado con la cirugía. Por otro lado el paciente puede notar -- que su temperatura corporal se eleva a 37.8º C., o puede reflej ar cierto grado de deshidratación. Si los signos y síntomas -- empeoran a las 48 horas, debe considerarse la posibilidad de -- una infección.

**La cita posoperatoria.**— El paciente debe entender clara-- mente su asistencia a citas posteriores hasta su alta. Aunque cuando un paciente llama, porque cree que es necesaria una con-- sulta antes de su cita, el problema puede resolverse con fre-- cuencia por teléfono.

Es por lo tanto de suma importancia que el paciente cum-- pla con las instrucciones posoperatorias, para asegurar el éxi-- to de la intervención; éstas instrucciones deberán ser dadas -- en hojas impresas de preferencia, donde se le indicará al pa-- ciente el cuidado necesario, así como la fecha de su cita para -- revisión.

## INDICACIONES POSOPERATORIAS:

- 1.- Apósito de gasa al terminar la operación, para ocluir el alveolo abierto y ejerce presión sobre las membranas.
- 2.- Es recomendable que el paciente, tenga reposo (relativo) durante 1 ó 2 días después de la operación; según la extensión de la cirugía.
- 3.- Debe evitarse el trabajo físico, los deportes y no asolearse, durante las 24 horas siguientes.
- 4.- Es conveniente advertir al paciente que no se alarme si después de pasarle el efecto de la anestesia nota dolor, inflamación de la región y ligera hemorragia.
- 5.- Se recomienda dieta líquida las primeras 9 horas, y de preferencia tibia o fría. Dieta blanda durante 2 días, sin grasa y sin condimentos.
- 6.- Aplicación de fomentos húmedo-fríos en el sitio intervenido en las primeras 9 o 12 horas posteriores a la operación, con intervalos de una hora.
- 7.- El paciente debe dormir sobre dos almohadas, y que mantenga la cabeza elevada en un ángulo de 30°; ésto debido a que las heridas intrabucales estimulan la salivación con frecuencia. Y con la cabeza elevada pueden deglutirse las secrecio-

nes.

8.- Aseo bucal a partir del día siguiente de la operación,---  
sin tallarse en la zona intervenida.

9.- A partir del día siguiente de la operación, recomendar en  
juagues con agua oxigenada 3 veces al día durante 4 días.

10.- Los puntos de sutura (no absorbibles), se quitan una vez  
que ha desaparecido la inflamación 5 ó 7 días después.

11.- Indicación medicamentosa, todo paciente debe recibir una  
receta. Indicar analgésicos para aliviar el dolor, es usual--  
mente requerido. Otras drogas frecuentemente utilizadas inclu  
yen sedantes, antibióticos, drogas antiheméticas y antinflama  
torios, etc..

12.- Cita para revisión.

## CONCLUSIONES.

El conocimiento previo de la Cirugía de los cáninos retenidos desde cualquier punto de vista es de esencial interés para llevar a cabo un buen tratamiento. Considerando el problema que se presenta en esta tesis, y debido al alto índice de casos que se presentan en el consultorio dental.

Es necesario hacer la intervención quirúrgica de los cáninos retenidos debido a las alteraciones que pueden provocar en los pacientes como son la presencia de infecciones, reabsorción patológica de los dientes adyacentes y estructura ósea, quistes, y tumores y otras complicaciones, para evitarlos oportunamente.

El tratamiento posoperatorio es una fase muy importante de nuestro trabajo, tanto es así que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente una vez terminada la operación, puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos de la intervención quirúrgica.

La evolución misma de los elementos de la cavidad oral en la cual vamos a realizar un tratamiento quirúrgico nos puede enmarcar la conducta a seguir y considerar a la vez todos los elementos para el buen diagnóstico. Conocer lo normal de lo anormal, y saber las limitaciones a que estamos superitados.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- ARCHER, WILLIAM HARRY -  
Cirugía Bucal - Edit. Buenos Aires -  
Mundi 1968 Tomo I
- 2.- COSTICH, EMET R. Y RAYMOND P. WRITE JR.  
Cirugía Bucal. México, Interamericana, 1974
- 3.- DIAMOND, MORES - ANATOMIA DENTAL 2a. ED.  
México: Uthea.
- 4.- DUNN, DONALD MARTIN J.- F. BOOT - Medicina interna  
y Urgencias en Odontología.
- 5.- GURALNICK, WALTER C - Tratado de Cirugía Oral.
- 6.- HARRISON, T.R. - Medicina interna 3a. Ed. México -  
la prensa Médica Mexicana, 1970
- 7.- KURTH THOMA - Patología General
- 8.- KRUGER, GUSTAV O - Tratado de Cirugía Bucal 4a. Ed. -  
México - Interamericana, 1978
- 9.- MONHEIM, LEONARD M - Anestesia General en la práctica  
dental. Buenos Aires - Edit. Mundi.
- 10.- RIES CENTENO, GUILLERMO A.  
Cirugía Bucal 7a. Ed., Edit. Buenos Aires, México:  
El Atendo, 1978
- 11.- SANCHEZ SILVA ALFONSO. Introducción a la Técnica y  
Educación Quirúrgicas: Méndez Oteo 1978
- 12.- ZEGARELLI, EDWARD V. -  
Diagnóstico en Patología Oral - Barcelona, Salvat, 1972.