

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CANINOS INCLUIDOS

T E S I S

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

**MA. JUDITH MUÑIZ RUIZ
VICENTE MIER GONZALEZ**

México, D. F.

1981



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.

CANINOS INCLUIDOS

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
I EMBRIOLOGIA	2
II ASPECTOS GENERALES DE CAVIDAD BUCAL	10
III DEFINICION Y CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS	27
IV ETIOLOGIA Y FRECUENCIA	31
V HISTORIA CLINICA	34
VI PRE-OPERATORIO	40
VII ASEPSIA Y ANTISEPSIA	44 - 47
VIII INSTRUMENTAL	49
IX TECNICAS DE ANESTESIA	55
X TRATAMIENTO	63
XI TECNICAS QUIRURGICAS	70
XII COMPLICACIONES DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION	76
XIII POST-OPERATORIO	82
CONCLUSIONES	86
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

INTRODUCCION

La cirugía oral tiene como principal objetivo el poner al día los conocimientos del dentista general sobre esta rama, con el fin de que pueda prestar mejor asistencia quirúrgica.

El campo de la cirugía bucal abarca, diagnóstico, tratamiento quirúrgico, enfermedades bucales, traumatismos, defectos en los maxilares, que deben ser tratados con toda capacidad profesional, y con una excelente atención médica general del paciente.

EMBRIOLOGIA

EMBRIOLOGIA

Es el estudio de las etapas prenatales del desarrollo, de todo lo que ocurre durante el período embrionario.

Su estudio es importante porque amplía nuestros conocimientos sobre la iniciación de los seres vivos y los cambios - que ocurren durante el desarrollo.

El desarrollo es un proceso continuo que se inicia cuando un óvulo es fecundado por un espermatozoide.

El desarrollo se divide en período prenatal y período postnatal.

El período prenatal es el desarrollo que ocurre durante los dos primeros meses.

El período embrionario se extiende hasta fines de la séptima semana, época en la cual ya hay indicios de tejidos principales. El feto es el ser humano en desarrollo.

El período post-natal, son cambios que ocurren después del nacimiento.

Lactancia.- Es el primer año o después del nacimiento.

Infancia.- Es la etapa comprendida entre los 15 meses y los 12 a 13 años.

Pubertad.- Este período transcurre entre los 12 y 15 años en niñas, y entre 13 y 16 años en niños.

Adolescencia.- Es el período de 3 ó 4 años que sigue a la pubertad.

Adulto.- Ha terminado osificación y crecimiento, entre los 18 y 25 años.

A continuación, ocurren cambios del desarrollo con mucha - lentitud, y llevan a la senilidad.

PRIMERA SEMANA DEL DESARROLLO.

Los espermatozoides depositados en vagina pasan a través del conducto cervical, cavidad uterina y trompa uterina, donde - se realiza la fecundación.

SEGUNDA SEMANA (FORMACION DEL EMBRION)

Se forma una circulación utero-placentaria primitiva.

Se forman vellocidades primarias.

Se forman redes lacunares.

Se forman capas citotrofoblástica y sincitriotrofoblástica.

TERCERA SEMANA

A partir de esta semana se forman vasos sanguíneos y sangre.

El corazón está representado por pares de tubos cardíacos.

Se forman vellocidades secundarias.

Formación de somitas.

PERIODO EMBRIONARIO (Cuarta a séptima semana).

El intestino se desconecta del saco vitelino. Se forma el cordón umbilical.

Al final de este período ya se han establecido los puntos de iniciación de todos los sistemas orgánicos principales.

Se inicia la formación de cerebro, corazón, hígado, orejas, nariz y ojos. Este es el período más crítico del desarrollo.

PERIODO FETAL (Octava semana y crecimiento).

Este período se caracteriza por crecimiento corporal rápido y maduración de los sistemas orgánicos. Aparece el pelo cefálico.

Empezan a reabrirse los párpados hacia la vigésima sexta semana. El feto tiene aspecto rojizo hacia la trigésima semana.

El período terminal prepara a los sistemas que intervienen en el cambio desde el ambiente intrauterino hacia extrauterino.

DESARROLLO EMBRIONARIO DE CARA, LENGUA, GLANDULAS SALIVALES, PALADAR Y DIENTES.

El desarrollo requiere transformación del aparato branquial.

Los sacos faríngeos originan antros timpánicos, trompas faringotimpánicas, amígdalas palatinas, timo y glándulas paratiroides.

La glándula tiroides se desarrolla desde el piso de la faringe.

CARA

Los primordios faciales aparecen en la cuarta semana. Apareciendo la elevación frontonasal, procesos maxilares, procesos mandibulares, plácodos nasales. En la quinta semana se desarrolla el oído externo.

En la sexta y séptima semana aparecen elevaciones nasales, se originan el maxilar inferior, labio inferior y parte baja de la cara. Labios y encías se desarrollan al final de la sexta semana.

LENGUA.

En la cuarta semana aparece una elevación medial en el piso -

de la faringe. El tubérculo impar es la primera indicación del desarrollo de lengua. De esa elevación se deriva la rama lingual de la división maxilar inferior del nervio trigémino.

El nervio facial inerva yemas gustativas. El glossofaríngeo inerva el tercio posterior.

GLANDULAS SALIVALES.

Estas glándulas se inician durante la sexta y séptima semana. Se desarrolla a partir del estomodeo, la glándula parótida.

La glándula submaxilar tiene su desarrollo a partir del ectodermo.

La glándula sublingual aparece en el ectodermo en el surco paralingual.

PALADAR.

Se inicia durante la quinta semana, a partir de paladar pri-

mario y paladar secundario.

PALADAR PRIMARIO.- Se desarrolla a partir del segmento intermaxilar.

PALADAR SECUNDARIO.- Se desarrolla a partir de dos proyecciones mesodérmicas horizontales denominadas procesos palatinos laterales.

DIENTES.

Los dientes se desarrollan en tres etapas: Gemación; De Caperuza y de Campana y se desarrollan a partir del ectodermo y del mesodermo.

Etapa de Gemación.- Su desarrollo aparece en la sexta semana como engrosamientos lineales del epitelio bucal derivado del ectodermo superficial.

Etapa de Caperuza.- A la porción ectodérmica de la pieza den

taria en desarrollo se denomina órgano de esmalte. La capa celular externa del esmalte se denomina epitelio externo del esmalte.

Etapa de Campana. - Conforme prosigue la invaginación del esmalte, el diente en desarrollo adquiere forma de campana. Las células mesenquimatosas de la papila dental del esmalte se diferencian en odontoblastos, que producen predentina.

ASPECTOS GENERALES DE CAVIDAD BUCAL

ASPECTOS GENERALES DE CAVIDAD BUCAL.

La boca forma parte del aparato digestivo, y está formada por los siguientes elementos:

- 1.- Un tubo largo muscular que comienza en labios y termina en el ano.
- 2.- Varias glándulas voluminosas situadas fuera del tubo digestivo (salivales, hígado, vesícula biliar y - páncreas).

PARTES DEL APARATO DIGESTIVO.

Las partes del aparato digestivo son: boca, faringe, esófago, estómago, y los intestinos delgado y grueso.

La función del aparato digestivo es tomar de los alimentos ingeridos los metabolitos necesarios para el desarrollo y mantenimiento del organismo.

Cavidad bucal.- Está revestida por epitelio estratificado plano y presentan gránulos de queratina. El techo de la boca está

formado por paladar duro y paladar blando. El paladar duro descansa en tejido óseo y paladar blando en músculo estriado esquelético.

Labios.- Constituido por fibras musculares estriadas y tejido conectivo fibroelástico. Estan cubiertos de piel, que contiene folículos pilosos, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas.

Mejillas.- Están revestidas por epitelio grueso del tipo plano estratificado no queratinizado, constituyendo papilas elevadas.

Lengua.- Compuesta de músculo estriado, dispuesto en tres planos. La mucosa que reviste la superficie dorsal comprende dos partes. Una que cubre el cuerpo de la lengua; y la otra, - que cubre la raíz de la lengua.

La mucosa contiene papilas de tres tipos:

Filiformes, fungiformes y calciformes.

Dientes.- Se encuentran insertados en los huesos maxilar - superior y mandíbula respectivamente.

La masa de cada diente está formada de tejido conectivo denominado dentina.

Dentina.- Los odontoblastos forman dentina, que comprende fibras colágenas, llamadas fibras Korff. La dentina limita a pequeños conductos llamados túbulos dentinarios. La colágena constituye 90% de la dentina, 10% por fosfoproteína, con pequeñas cantidades de glucoproteína y mucopolisacáridos.

Esmalte.- Los ameloblastos producen esmalte, está constituido por una matriz que posee proteína y carbohidratos, con fosfato de calcio en forma de apatita. Los extremos de los ameloblastos reciben el nombre de prolongaciones de tomes.

Membrana Periodóntica.- Se desarrolla del mesénquima del saco dental, que rodea al diente en desarrollo, está formado por haces gruesos de fibras colágenas.

Pulpa.- Es un tejido conectivo, que proviene del mesénquima de la papila dental, ocupa las cavidades pulpares de los canales radiculares.

Glándulas Salivales.- Son tres; Parótida, submaxilar y sublingual. La saliva es la secreción mezclada de todas las glándulas salivales, contiene sales, gases y material orgánico (ptialina, amilasa salival y maltasa) y mucina.

Parótida.- Incluida entre la apófisis mastoides y la rama ascendente de la mandíbula, se extiende debajo del arco cigomático y de la glándula, su conducto de Stenon atraviesa al músculo buccinador a nivel del segundo molar superior.

Submaxilar.- Situada contra la cara interna del cuerpo de la mandíbula y su conducto de Wharton se abre delante de la lengua y por detrás de los incisivos inferiores.

Sublingual.- Situada debajo de la mucosa del piso de la boca, sus secreciones se vacían por el conducto de Rivinus.

Faringe.- Sirve de paso a los aparatos respiratorio y digestivo y consta de tres partes:

Faringe nasal situada encima del nivel del paladar blando.

Faringe bucal.

Faringe laríngea va desde el nivel del hioides hasta el esófago.

Amígdalas Palatinas.- Son masas ovoideas de tejido linfático, que se extienden entre los arcos glosopalatino y faringopalatino.

Esófago.- Es un tubo recto muscular que se extiende desde la

faringe hasta el estómago.

Su función es transportar el alimento de la boca al estómago.

Estómago.- Tiene como funciones, suministrar líquidos digestivos al bolo alimenticio para licuarlo e iniciar la digestión, - que es efectuada por el jugo gástrico.

Este jugo contiene tres enzimas (pepsina, rennina y lipasa) ácido clorhídrico y moco.

Intestino Delgado.- Tiene forma de herradura alrededor de la cabeza del páncreas, se continúa con el yeyuno y termina en el íleon.

Intestino Grueso.- Está formado por: ciego, apéndice, colon ascendente, transverso, descendente, pelviano y recto; terminando en el ano.

MAXILAR SUPERIOR.

Es de forma cuadrangular, presenta dos caras, cuatro bordes, cuatro ángulos y seno maxilar.

Cara interna. - Presenta la apófisis palatina, forma parte del piso de fosas nasales y de la bóveda palatina.

Cara externa. - Presenta la foseta mirtiforme, donde se inserta el músculo mirtiforme.

Borde anterior. - Forma el orificio anterior de las fosas nasales y borde anterior de la rama ascendente.

Borde posterior. - Constituye la tuberosidad del maxilar.

Borde superior. - Se articula con el unguis, etmoides.

Borde inferior. - Presenta los alveolos dentarios.

MANDIBULA

Presenta un cuerpo y dos ramas.

El cuerpo tiene dos caras y dos bordes.

Cara anterior. - Presenta la sínfisis mentoniana, hacia afuera y atrás se encuentra el agujero mentoniano, por donde sale el nervio y vasos mentonianos.

Cara posterior.- Presenta las apófisis geni, por fuera de la apófisis presenta la foseta sublingual que aloja la glándula - sublingual.

Borde Inferior.- Presenta las fosetas digástricas.

Borde Superior.- Presenta los alveolos dentarios.

Borde Posterior.- Presenta las apófisis interdientarias.

Ramas.- Forma cuadrangular, tiene dos caras y cuatro bordes.

Cara Externa.- Se inserta el músculo masetero.

Cara Interna.- Presenta el orificio superior del conducto - dentario.

Borde Anterior.- Forma la hendidura vestibulocigomático.

Borde Posterior.- Está en relación con la glándula parótida.

Borde Superior.- Presenta la escotadura sigmoidea entre la apófisis coronoides y el cóndilo.

Borde Inferior.- Forma el ángulo de la mandíbula.

MUSCULOS MASTICADORES.

Estos músculos son: temporal, masetero, pterigoideo interno, pterigoideo externo, los cuatro intervienen en movimientos - de elevación y lateralidad de la mandíbula.

TEMPORAL.

Ocupa la fosa temporal.

Inserciones: Por arriba en la fosa temporal, aponeurosis - temporal y en el arco cigomático. Por abajo en la apófisis - coronoides.

Relaciones: Con la aponeurosis temporal, vasos y nervios temporales, arco cigomático y masetero.

Inervación: Por nervios temporales profundos (anterior, medio y posterior) ramos del nervio maxilar inferior.

Acción: Eleva y dirige atrás la mandíbula.

MASETERO.

Va de la apófisis cigomática hasta la cara externa del ángulo de la mandíbula.

Inserciones: El haz superficial, por arriba en el borde inferior del arco cigomático y por abajo en el ángulo de la mandíbula.

El haz profundo, por arriba en la apófisis cigomática y por abajo en la cara externa de la mandíbula.

Relaciones: Con el canal de Stenon, cigomático mayor y menor, risorio y cutáneo del cuello.

Inervación: Por el nervio maseterino, ramo del maxilar inferior.

Acción: Elevador de la mandíbula.

PTERIGOIDEO INTERNO.

Este músculo comienza en la apófisis pterigoides y termina en

el ángulo de la mandíbula.

Inserciones: Por arriba de la fosa pterigoidea y apófisis piramidal del palatino. Por abajo en el ángulo de la mandíbula.

Relaciones: En su cara externa tiene relación con el pterigoideo externo. Por su cara interna pasan nervio lingual, dentario inferior y vasos dentarios.

Inervación: Por el nervio pterigoideo interno.

Acción: Elevador de la mandíbula.

PTERIGOIDEO EXTERNO.

Es un músculo que va de la apófisis pterigoides al cuello del cóndilo. Tiene dos haces, una superior o esfenoidal, otra inferior o pterigoideo.

Inserciones: El haz superior en el ala mayor del esfenoides. El haz inferior en el ala externa de la apófisis pterigoides.

Relaciones: Con la fosa cigomática, nervio temporal profundo

medio, maseterino, escotadura sigmoidea y bola de bichat.

Inervación: Dos ramos nerviosos procedentes del bucal.

Acción: Cuando se contraen los dos originan movimientos hacia adelante, y la contracción de uno solo, origina movimientos de lateralidad.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

Es una articulación diartroidea, desde el punto de vista morfológico, como funcional.

La articulación temporomandibular, en el hombre difiere de otras articulaciones en:

- a) Articulación doble, en forma de bisagra.
- b) Articulación a presión.
- c) Una articulación de cóndilo y eminencia articular.

ANATOMIA

La articulación temporomandibular es la articulación de la mandíbula con el cráneo. Esta formado por :

Superficies Articulares.- Una pertenece a la mandíbula y otra al temporal.

- a) Superficie Maxilar.- Constituída por el cóndilo que es la parte móvil de la articulación.

- b) Superficie Temporal.** - Es la parte fija de la articulación y presenta:
1. Una eminencia transversal convexa de delante atrás, llamada cóndilo del temporal.
 2. La cavidad glenoidea, de forma elipsoidal, por detrás del cóndilo.
 3. Menisco Interarticular. - Está relacionado con el cóndilo, que lo acompaña en todos sus movimientos.
 4. Cápsula articular que se inserta en el cuello del cóndilo, evitando la salida de líquido sinovial, que lubrica la articulación.
 5. Medios de Unión.
 - a) Ligamento Capsular. - Se articula en el cuello del cóndilo.
 - b) Ligamento Lateral Externo. - Se inserta en el tubérculo cigomático.
 - c) Ligamento Lateral Interno. Va de la cavidad glenoidea a la parte posterointerna del cuello.

- d) **Ligamentos accesorios:**
1. **Ligamento Pterlogomaxilar.**
 2. **Ligamento Esfenomandibular.**
 3. **Ligamento Estilomaxilar.**

TRIGEMINO

Nervio mixto que da sensibilidad a la cara y en la masticación, consta de :

- a) **Filete sensitivo**
- b) **Filete motor**
- a) **Filete sensitivo.- Inerva la cara, mitad anterior de la cabeza, órbita y fosas nasales.**
- b) **Filete motor.- Inerva los músculos masticadores.**

ORIGEN APARENTE

Se origina por dos raíces colocadas en la cara inferior de la protuberancia anular y son:

1. Voluminosa es sensitiva.
2. Pequeña es motriz.

ORIGEN REAL.

De rama motora y rama sensitiva.

- a) Rama motora.- Su origen real procede de un núcleo principal y un núcleo accesorio.
 1. Núcleo principal o masticatorio.- Es una pequeña columna gris situada profundamente en la protuberancia.
 2. Núcleo accesorio.- Está representado por un conjunto de células nerviosas. Las células vesiculares que comienzan a nivel del núcleo principal y que pueden seguir hacia arriba hasta el lado interno del tubérculo cuadrigémino anterior.

De estos dos núcleos se originan:

Una raíz superior que parte del núcleo accesorio.

Una raíz inferior que parte del núcleo principal.

Ambas raíces se fusionan y se dirigen hacia su punto de emergencia (cara inferolateral de la protuberancia).

- b) Rama Sensitiva.- Se origina en el ganglio de Gasser situado en la fosa de Gasser (cara anterosuperior de la boca).

RAMAS TERMINALES DEL TRIGEMINO.

OFTALMICO.- Nace en el ángulo anterointerno del ganglio de Gasser llegando a la órbita por la pared externa del seno cavernoso, se divide en tres ramas que son:

Nervio Nasal.- Forma el nasal interno y nasal externo.

Nervio Frontal.- Da lugar al nervio frontal externo e interno.

Nervio Lacrimal.- Alcanza la glándula lacrimal.

NERVIO MAXILAR SUPERIOR.- Es un nervio sensitivo nace de la parte media del borde anteroexterno del ganglio de Gasser. Sale del cráneo para el agujero redondo mayor y al llegar al agujero suborbitario se divide en: Ramas palpebrales, ramas labiales y ramas nasales.

NERVIO MANDIBULAR.- Nervio mixto que nace del borde - anteroexterno del ganglio de Gasser y se forma de la unión de la raíz motora y la raíz sensitiva que proviene del ganglio, se divide en sus ramas terminales:

- a) Tronco Anterior.- Da lugar al temporobucal, temporal profundo y temporo maseterino.
- b) Tronco Posterior.- Da lugar al dentario inferior, nervio lingual, auriculotemporal, nervios pterigoideo interno y externo.

DEFINICION Y CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS

DEFINICION Y CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS.

Se considera un diente incluído aquél que una vez llegada - la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La retención puede presentarse en dos formas:

- a) El diente está completamente rodeado de tejido óseo (retención intraósea).
- b) El diente está cubierto por mucosa gingival (retención subgingival).

CLASIFICACION DE CANINOS SUPERIORES INCLUIDOS.

Clase I Caninos incluídos localizados en paladar.

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

- Clase II** **Caninos incluidos localizados en superficie - vestibular.**
- a) **Horizontal.**
 - b) **Vertical.**
 - c) **Semivertical.**
- Clase III** **Caninos incluidos localizados tanto en palatino como vestibular.**
- Clase IV** **Caninos incluidos localizados en apófisis alveolar, entre el incisivo y primer premolar en posición vertical.**
- Clase V** **Caninos incluidos localizados en pacientes desdentados.**

CLASIFICACION DE CANINOS INFERIORES INCLUIDOS.

- Clase I** **Retención unilateral. Diente ubicado en lingual.**

- a) Vertical
- b) Horizontal

Clase II Retención unilateral. Diente ubicado en bucal.

- a) Vertical.
- b) Horizontal.

Clase III Retención bilateral.

1. Dientes en lingual.

- a) Vertical.
- b) Horizontal.

2. Dientes en bucal.

- a) Vertical
- b) Horizontal.

Clase IV Maxilar desdentado. Retención unilateral.

- a) Vertical.
- b) Horizontal.

Clase V Maxilar desdentado. Retención bilateral.

- a) Vertical.
- b) Horizontal.

Estudio clínico y radiográfico de caninos incluidos.

El diagnóstico de un canino incluido por su posición, relación con dientes vecinos y su clasificación, se realiza por la inspección, palpación y examen radiográfico.

Inspección: En caso de retención palatina o vestibular, la inspección visual descubre una elevación o relieve en paladar o vestibulo. La altura y forma de la bóveda palatina dará una indicación preliminar de la retención.

Palpación: El dedo índice confirma la existencia de la retención.

Examen Radiográfico: Se debe verificar la clase a que pertenece el canino incluido (posición vestibular o palatino, distancia de dientes vecinos, número de caninos incluidos), para imponer el tipo de operación (vía de acceso, incisión).

ETIOLOGIA Y FRECUENCIA

ETIOLOGIA Y FRECUENCIA.

Según DEWELL resume los factores etiológicos, de la retención de caninos incluídos de la siguiente manera:

- 1.- Los huesos del paladar duro dan mayor resistencia que el hueso alveolar a la erupción de caninos mal ubicados.**
- 2.- La mucosa que cubre el tercio anterior del paladar está sujeta a presiones durante la masticación, por lo cual se vuelve gruesa, densa y resistente.**
- 3.- La erupción de los dientes depende de un aumento asociado al desarrollo apical.**
- 4.- Cuanto más grande es la distancia que un diente debe recorrer desde su punto de desarrollo hasta la oclusión normal, son mayores las posibilidades de que se desvie su curso normal y se produzca la retención.**
- 5.- Durante el desarrollo, la corona de los caninos permanentes está colocada a lo largo del ápice de la raíz del canino primario. Cualquier cambio de posición de este canino produce la desviación en 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 erupcionar, por lo cual están expuestos a influencias ambientales desfavorables.
8. Los caninos erupcionan entre dientes que ya están en oclusión y entran en competencia, por el espacio, con los dos segundos molares.
9. El canino está precedido por un canino primario, cuyo diámetro mesiodistal es menor que el permanente.

ROHNER demostró que los caninos superiores retenidos es más frecuente que los caninos inferiores.

La retención por palatino es más frecuente que por vestibular.

La mayoría de los casos de retención se encuentra en mujeres, a causa de que los huesos del cráneo y los maxilares son, término medio, más pequeños que el hombre.

El canino inferior presenta menos retenciones que el canino superior, generalmente en el canino inferior la retención es por vestibular y rara vez por lingual.

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

- a) En paladar, con la corona por palatino del incisivo lateral y la raíz hacia atrás.**
- b) Con la corona hacia palatino del incisivo central y la raíz hacia atrás.**
- c) Con la corona del diente retenido sobre la zona retenida y el cuerpo de la raíz sobre la superficie vestibular.**
- d) Con la corona del diente retenido sobre la cara vestibular y la raíz hacia lingual de las raíces del premolar.**
- e) En bocas desdentadas.**
- f) Con todo el diente sobre la superficie vestibular.**
- g) Retención bilateral sobre paladar o sobre vestibular del maxilar superior.**

HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA. -

Representa la organización e interpretación del material obtenido durante el interrogatorio.

- a) **Datos de Identificación.** - Sirve para presentar al paciente y comprende: edad, sexo, profesión, estado civil, dirección, raza.
- b) **Procedencia y autenticidad de la historia.** - Se debe anotar la procedencia de toda la información obtenida.
- c) **Padecimiento Actual.** - Trata de los cambios más recientes ocurridos en la salud del enfermo.
- d) **Antecedentes Médicos Personales.** - Se deben organizar los datos, para proporcionar una imagen clara del estado de salud del enfermo en el pasado.

Salud General. - Se describe el estado de salud del enfermo.

Enfermedades de la Infancia. - Se refieren a: sarampión, paperas, varicela, tosferina, escarlatina, difteria, poliomielitís.

Salud del enfermo adulto.- Padecimientos como neumonía, hepatitis, diabetes, enfermedad cardíaca.

Intervenciones quirúrgicas.- Se registra tipo de intervención, fecha de intervención, complicaciones postoperatorias.

Padecimientos Psiquiátricos.- Neurosis, psicosis, alcoholismo, anotar diagnóstico, tratamiento y evolución general.

Historia obstétrica.- Se enumeran: embarazos, edad de la madre, tipo de parto, complicaciones, abortos y sus complicaciones.

Accidentes y traumatismos.- Pueden ser laceraciones, traumatismos craneales, esguinces, fracturas óseas, y por arma de fuego.

Alergias e Inmunizaciones.- Sensibilidad a los medicamentos, tipo de reacción, alergias medicamentosas, vacunaciones.

e) Antecedentes Familiares.

Estado de salud de la familia, causa de los decesos, edad

de cada uno, padecimientos importantes.

- f) **Historia Personal y Social.** - Se menciona: Situación actual del enfermo (casa y familia, posición económica, características personales y modo de vivir).
Desarrollo pasado (infancia y adolescencia, educación e historia profesional, historia marital).
- g) **Revisión de Sistemas.** -
- Piel.** - Cambios de color, prurito, petequias, infecciones, erupciones.
- Sistema Hematopoyético.** - Anemia, transfusiones y reacciones, hemorragias espontáneas, ganglios tumefactos.
- Cabeza y Cara.** - Cefalalgias, traumatismos, dolor facial.
- Oídos.** - Dolor, secreción, zumbidos, sordera.
- Ojos.** - Visión, dolor, inflamación, Infección.
- Nariz y Senos.** - Obstrucción, secreción, dolor en los - senos.
- Boca, Laringe y Faringe.** - Procesos inflamatorios, encías sangrantes, dientes, glositis, amígdalas, ronquera.

Mamas.- Bultos, dolor, secreción.

Vías respiratorias.- Tos, espectoración, dolor pleurítico, sudores nocturnos.

Sistema cardiovascular. - Dolor torácico, disnea, edema de miembros inferiores, palpitaciones, várices, presión arterial alta.

Sistema gastrointestinal.- Apetito, sed, náuseas, vómito, gases, dolor abdominal, estreñimiento, diarrea.

Vías urinarias.- Disuria, escosor, cálculos, retención.

Organos genitales.- (varón) Secreción, dolor, tumefacción testicular. (mujer) Menstruación, secreción, menopausia, enfermedades venéreas.

Esqueleto.- Dolor, rigidez, deformaciones, esguinces.

Sistema nervioso.- Convulsiones, síncope, vértigos, - desvanecimientos.

Sistema endocrino.- Temblor, poliuria, polidipsia.

Estado Psicológico.- Nerviosidad, irritabilidad, depresión, insomnio.

II EXAMEN FISICO.

Descripción general del enfermo

III DATOS DE LABORATORIO

IV DIAGNOSTICO.

Incluye identificación de datos anormales, interpretación y diagnóstico diferencial.

V PRONOSTICO.

Comprende apreciación de la gravedad del padecimiento.

VI PLAN DE ESTUDIO.

Comprende análisis químicos, estudios radiográficos, estudios microbiológicos e inmunológicos, estudios electrocardiográficos.

VII PLAN DE TRATAMIENTO.

Señalando farmacoterapia, tratamiento quirúrgico, consejos y educación del paciente, medicina preventiva.

PRE-OPERATORIO

PRE - OPERATORIO

Se define como la apreciación del estado de salud de una persona en vísperas de operarse, con el fin de establecer si la operación puede realizarse sin peligro y, en caso contrario - adoptar las medidas conducentes a que ese peligro desaparezca o disminuya.

Las medidas preoperatorias se clasifican en : Generales que son las del organismo total, y locales que se realizan en el campo operatorio.

Medidas generales son dos: que son el examen de orina y el tiempo de coagulación y sangre.

Estudio clínico del paciente.

Al efectuar la historia clínica podemos averiguar antecedentes hemorrágicos en intervenciones anteriores. La extracción es la causa más común de hemorragias en pacientes predispuestos debiendo examinar antecedentes hemorrágicos: Gingivitis, epistaxis, hematuria, hemoptisis, excesiva salida de sangre en traumatismos leves, fácil producción de hematomas, equimosis o petequias.

En caso de haber existido hemorragias, se valorará su intensidad, momento de producción y terapéutica empleada para cohibirla. Solo en contadas ocasiones se llegará a la conclusión de que es una diatésis hemorrágica (leucemia, cirrosis hepática, uremia, etc.).

Examen de orina:

Nos informa la existencia de elementos normales o anormales tales como albúmina, glucosa, y la acetona.

Medidas Locales.

Estado de la cavidad bucal.- Para realizar una operación bucal se exige que esté en condiciones óptimas de limpieza. El tártaro salival, raíces y dientes careados serán extraídos u obturados.

La gingivitis y la estomatitis contraindican una obturación; las lesiones tuberculosas y sifilíticas (chancro, placas mucosas) contraindican una operación en cavidad bucal por el contagio que representa para el operador.

La boca antes de la operación debe ser lavada con una solución

de agua oxigenada, o un antiséptico cualquiera y pintados con tintura de mercurio antes de la operación.

No es aconsejable operar a un paciente que no puede sobrevivir al anestésico o al procedimiento quirúrgico.

En pacientes con mucho riesgo quirúrgico, es mejor hacerle una valoración preoperatoria adecuada a fin de hacer preparativos para las complicaciones en estos casos de riesgos.

Se hace una historia clínica, para evitar riesgos innecesarios. Dando gran información al operador.

Antes de la operación, se debe buscar tendencias hemorrágicas y sensibilidad a las drogas.

El estado psicológico del paciente puede hacer necesario la sedación preoperatoria.

En pacientes aprensivos es necesario sedación preoperatoria; - sirve para aliviar tensiones emocionales. Pudiendo evitar síncope, convulsiones.

El dentista puede utilizar hipnóticos, analgésicos, sedantes y antisialagogos.

Se permite desayuno o comida dos horas antes de la operación.

Los cuidados pre y postoperatorios son parte importante de la técnica quirúrgica.

METODO SISTEMATICO PREOPERATORIO EN CIRUGIA BUCAL.

1. El paciente debe comprender la necesidad y extensión de la operación.
2. Al paciente se le informará tipo de anestesia.
3. Se le habla de la incapacidad postoperatoria que resulte de la operación.
4. Los pacientes masculinos deben rasurarse el día de la operación y los pacientes femeninos no utilizarán cosméticos.
5. Siempre se prescribe medicación preoperatoria.
6. No se debe hacer cirugía en menores de edad.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

ASEPSIA.

Es el conjunto de procedimientos que se emplean para evitar las infecciones de los tejidos en operaciones quirúrgicas. Se divide en tres fases:

- a) Antisepsia.- Es el método por el cual se suprimen los gérmenes de los tejidos vivos.
- b) Desinfección.- Es el método por el cual se hace la destrucción de gérmenes en los muebles, aparatos y locales.
- c) Esterilización.- Es el método por el cual se hace la destrucción total de los gérmenes en los objetos que se usan en la operación.

La esterilización se obtiene por procedimientos físicos, ya sea por calor seco o húmedo. El seco se obtiene por fuego directo, el húmedo se obtiene por dos procesos:

- 1. Ebullición del agua; es el acto de hervir.
- 2. Vapor de agua a presión.- Se logra por el autoclave.

**DEBERES DE LOS INTEGRANTES
DEL EQUIPO QUIRURGICO.**

Deberes del instrumentista:

- a) Llegar uniformado.**
- b) Lavarse y vestirse.**
- c) Colocarse gorro, cubreboca, bata y guantes.**
- d) Arreglar el instrumental, material de curación y sutura.**
- e) Proporcionar el instrumental al cirujano.**
- f) Retirar el instrumental que ya no se emplea del campo operatorio.**
- g) Mantener el instrumental listo y en orden.**
- h) Lavar el instrumental después de la operación.**

DEBERES DEL CIRUJANO.

- a) Llegar uniformado.
- b) Lavarse.
- c) Preparar el campo operatorio.
- d) Operar.
- e) Hacer el informe de la operación.

TECNICA DE LAVADO.

Se utiliza agua corriente y un jabón antiséptico.

- a) Tomar el cepillo con la mano derecha.
- b) Humedecer el cepillo, la mano y el antebrazo.
- c) Impregnar el cepillo con jabón.
- d) Enjabonar la mano en el siguiente orden:
 - 1. Uñas, surcos ungueales, pulpejos, dedos, pliegues interdigitales y antebrazo.

2. Enjuagar manos y antebrazos.
3. Embrocación con alcohol en ambas manos.
4. Secar manos y antebrazos.

ANTISEPSIA.

TECNICA.

1. Con una pinza se toma una torunda y se sumerge en una solución antiséptica.
2. Se inicia la embrocación de la región operatoria comenzando donde se va a hacer la incisión, siguiendo la dirección de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha. No se debe pasar dos veces por el mismo lugar.
3. Al terminar se repite toda la técnica en la misma forma, dos veces más.

Otra manera de hacerlo es con un movimiento en la espiral, yendo de la incisión a la periferia.

COLOCACION DEL EQUIPO QUIRURGICO.

1. Cirujano, a la derecha o izquierda del paciente.
2. Primer ayudante.- Enfrente del Cirujano.
3. Segundo ayudante.- Derecha o izquierda del Cirujano.
4. Instrumentista.- A la izquierda del primer ayudante.
5. Anestesiólogo.- A la cabeza del paciente.

INSTRUMENTAL

INSTRUMENTAL.

La operación en cirugía bucal propone abrir encía, llegar a hueso y eliminar el objeto de la operación (diente, tumor o proceso patológico).

Instrumentos para sección de tejidos blandos.

Bisturí.- Consta de un mango y una hoja, en cirugía bucal se usa hoja corta para incisiones.

Tijeras.- Se emplea para seccionar lengüetas, festones gingivales y trozos de encías, bridas fibrosas, cicatrices y trozos de colgajo. También se usan tijeras para cortar puntos de sutura.

Pinzas de Disección.- Se emplea para ayudarse en la preparación y sostén de los colgajos.

Instrumentos de Galvano y Termocauterio, radio bisturí o electrotomo.- Se utiliza para la sección de tejidos gíngivales, para incidir abscesos o destruir capuchones que cubren el - -

tercer molar.

Legras, periostotomos, espátulas romas.- Se emplean para el desprendimiento y separación de la fibromucosa incidida - por el bisturí, con el objeto de preparar el colgajo, también se emplea para despegar bolsas de los quistes.

Separadores.- Se emplean para mantener apartados los labios para no herirlos, o los colgajos para no traumatizarlos. También se emplea para separar el colgajo, en extracción del tercer molar inferior.

Instrumentos para sección de tejidos duros.- Escoplos y - Martillo.- Se emplean para reseca el hueso que cubre el objeto de la Intervención; la tabla externa en extracciones del tercer molar inferior retenido, hueso palatino que protege a caninos, en general la tabla ósea, para eliminar quistes de todo tipo. El escoplo también se usa para seccionar dientes en la odontosección.

Pinzas gubias.- Se emplean para realizar la resección del hueso que actúan extrayendo el hueso, por mordiscos sobre este tejido.

Fresas.- Se emplean para sacar hueso, o abrir camino a otros instrumentos. La Osteotomía no trae inconvenientes - cuando se aplica adecuadamente.

Limas para hueso (escofinas). Se emplea para la preparación de maxilares, para alisar bordes y eliminar puntos óseos, y para limar hueso.

Pinzas para tomar algodón, gasa.- Se emplea para eliminar sangre con trozos de gasa, también para introducir algodón en cavidades óseas, alveolos o cavidades patológicas.

Pinzas de Kocher.- Se emplean para hacer hemostasis, comprimiendo una arteria o vena que ha sido seccionada.

Cucharilla para hueso.- Se emplea para eliminar colecciones patológicas, granulomas, quistes del interior de las cavidades óseas.

Pinzas para extracción dentaria. - Son las indicadas en exodoncia.

Agujas para sutura. - Se emplean en toda cirugía bucal. Se usan para sostener los tejidos gingivales.

Porta agujas. - Pinza que toma la aguja en el sentido de su superficie plana y la guía en sus movimientos.

Sondas. - Se emplean para drenar abscesos, una vez que han sido incididos por el bisturí, para trayectos fistulosos, o como guía en el curso de una apicectomía.

Instrumentos para punción. - La punción exploradora se realiza con agujas para permitir el paso de colecciones líquidas, otras en quistes supurados.

Instrumentos para drenaje. - Se emplean dos métodos: Drenaje por tubos y Drenaje por gasas.

Drenaje por tubos.- Se emplea para focos de osteomielitis, - abscesos óseos, focos ganglionares.

Drenaje por gasa.- Actúa por capilaridad y drenando cavidades.

Instrumental para limitación del campo operatorio.

Pinzas de campo.- Se emplean para tomar y fijar compresas esterilizadas que se utilizan en protección del campo operatorio.

Material quirúrgico.

Ropas para cirujano y ayudante.

Delantal cerrado en su totalidad.

Cubre cabeza.- Se emplea para proteger la cabeza del operador.

Cubre boca.- Protege al cirujano de los peligros infecciosos que pueda transmitir el paciente, además protege el campo operatorio de la flora del cirujano.

Gautes de goma.- Este tipo de gautes son empleados para seguridad de esterillización posible.

Cepillos. - Para la asepsia de las manos del cirujano.

Compresas. - Se emplean para cubrir la mesa de instrumentos y proteger el campo operatorio.

Gasas. - Se emplean para cohibir la sangre o limpiar cavidades óseas grandes.

Material de sutura.

Se emplean: Catgut, seda, lino, crin, y nylon.

Catgut. - Es resorbible, se emplea para ligadura de los vasos seccionados.

Seda. - La más empleada en cirugía bucal.

Lino. - Tiene la ventaja de fácil hallazgo sobre la mucosa cubierta de fibrina.

Nylon. - No es común

TECNICAS DE ANESTESIA

TECNICAS DE ANESTESIA.

Bloqueo de las ramas del Nervio Maxilar Superior.

Nervio Infraorbitario.

Anatomía.- Este nervio es continuación del nervio maxilar superior. Se introduce en la órbita a través de la hendidura esfenomaxilar y corre en el piso de la misma, primero en el surco y luego en el canal infraorbitario, luego aparece en el agujero infraorbitario y se distribuye por la piel del párpado inferior, porción lateral de la nariz y labio superior, así como la mucosa del vestíbulo nasal.

Técnica.- Se palpa con el dedo medio la porción media del borde inferior de la órbita y luego desciende un centímetro debajo de este punto, donde se palpa el paquete vasculonervioso y sale por el agujero infraorbitario. Manteniendo el dedo medio en el mismo lugar, se levanta con el pulgar y el índice del labio superior y con la otra mano se introduce la aguja en el repliegue superior del vestíbulo oral. Se deposita la anestesia de dos a tres milímetros.

Indicaciones.- Intervenciones quirúrgicas en el lugar del nervio infraorbitario.

Diagnóstico diferencial para localizar zonas de disparo del nervio trigémino.

Extracciones complicadas con resección de colgajo sobre uno o varios incisivos o caninos.

Extirpación de quistes radicales o granuloma dentario.

Nervios Dentarios Posteriores.

Anatomía.- Estos nervios nacen del nervio Maxilar Superior, en la fosa pterigomaxilar antes de la entrada al conducto infraorbitario. Recorren la tuberosidad del maxilar y penetran por orificios situados en la tuberosidad a 2 ó 3 cm por arriba del ángulo distocervical del tercer molar superior.

Los nervios dentarios posteriores se anastomosan con los dentarios medios y anteriores; inervando primero, segundo y tercer molar superiores.

Técnica.- La punción se realiza en el fondo del surco vestibular, a nivel de la raíz distal del segundo molar.

Después de que la aguja se ha introducido, se deposita la anestesia, la aguja debe penetrar dos centímetros.

Nervio Nasopalatino.-

Anatomía.- Este nervio se localiza en la bóveda palatina, sobre la línea media y por detrás de los incisivos centrales, se encuentra el orificio exterior del conducto palatino anterior. En el fondo del conducto aparecen dos orificios, uno anterior y otro posterior, por donde emergen los nervios nasopalatinos izquierdo y derecho, los nervios nasopalatinos inervan la parte anterior del paladar hasta la altura del canino.

Técnica.- Se punciona la base de la papila, después de atravesar la mucosa y llegado al conducto palatino se deposita la anestesia.

Nervios Palatinos.

Anatomía.- Los nervios palatinos, anterior, medio y posterior, ramas del ganglio esfenopalatino, descienden a la bóveda, el primero por el conducto palatino posterior, el medio y el posterior por conductos accesorios. El palatino anterior - inerva la fibromucosa y encía palatina y se anastomosa con el eseno palatino. El agujero palatino posterior está situado en la bóveda, en la apófisis horizontal del hueso palatino, a nivel de la raíz palatina del tercer molar. A nivel de este - orificio debe buscarse el nervio.

Inyección Supraperlostica Nervio Alveolar Superoanterior.

Técnica.- Lugar de punción. Pliegue mucolabial, mesialmente al canino. Se explora el área labial palpando el canino antes de inyectar.

Dirección e inclinación de la aguja. Hacia arriba y ligeramente atrás.

Profundidad.- Se avanza la aguja hasta llegar un poco por encima del ápice en la raíz del canino, lugar donde se depositará la anestesia.

Indicaciones.- Practicada en ambos caninos, anestesia de los anteriores.

INYECCION SUPRAPERIOSTICA DEL CANINO SUPERIOR.

Técnica.- Lugar de punción. Pliegue mucolabial, en el punto medio entre las raíces del canino y el incisivo lateral. Se palpa el contorno de la raíz.

Dirección e Inclinación de la aguja. Se introduce hacia arriba y atrás, hasta llegar al ápice del canino.

Profundidad.- La solución debe depositarse encima del ápice de la raíz del canino, que se encuentra en un nivel superior al suelo nasal.

Indicaciones.- Operatoria dental y cirugía.

BLOQUEO DE LAS RAMAS DEL NERVIODENTARIO INFERIOR.

Anatomía.- Se desprende del maxilar inferior cuando éste se divide por debajo del agujero oval y se dirige hacia abajo, primero por dentro del músculo pterigoideo externo y luego por fuera del pterigoideo medio.

El nervio entra en el orificio del conducto dentario situado - en el punto medio de la rama y corre en el canal del mismo nombre; aquí se divide ramas para los dientes y encía.

Técnica.- Con el dedo índice se localiza la línea oblicua ó sea el borde interno de la rama del maxilar inferior. Se hace la punción en este punto, por encima del plano oclusal del tercer molar.

La jeringa debe mantenerse paralela al cuerpo de la mandíbula y sobre todo paralela al plano masticatorio de los dientes.

Desde este punto, se introduce la aguja lentamente pegada a la cara interna de la rama del maxilar, al mismo tiempo se gira la jeringa hacia los premolares del lado opuesto, manteniendo en el mismo plano horizontal.

La punta de la aguja estará siempre en contacto con la rama, inyectando de 1.5 a 2 ml de anestesia.

Indicaciones. - Cirugía bucal y tratamientos en mandíbula.

Intervenciones quirúrgicas en alveolos. Cuando se ha completado la anestesia con bloqueo del nervio bucal.

Nervio Mentoniano.

Anatomía. - Este nervio se origina en conducto dentario inferior a partir del nervio alveolar inferior, sale por el agujero mentoniano a la altura del premolar. Inerva piel y mucosa del labio inferior.

Técnica. - El foramen mentoniano se encuentra en el repliegue inferior del vestíbulo oral por dentro del labio inferior, - por detrás del primer premolar.

Con el dedo índice se palpa el paquete vasculonervioso a su salida del agujero mentoniano.

La aguja se introduce hacia dicho agujero, hasta que la punta esté en cercanía con el paquete vasculonervioso.

Indicaciones.- Tratamientos de incisivos, caninos o primer premolar.

Intervenciones quirúrgicas en labio inferior, mucosa gingival o porción labial del proceso alveolar.

Extracciones de incisivos, caninos y primeros premolares.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO. -

Algunos dientes incluidos pueden ser tratados y llevados a su sitio mediante procedimientos ortodónticos (ortodoncia quirúrgica).

La extracción de un diente retenido consiste en un problema mecánico, y se extrae por medios mecánicos o instrumentados, aplicando sus principios de la extracción a colgajo y la de seccionamiento.

ESTUDIO CLINICO Y RADIOGRAFICO DE LOS CANINOS INCLUIDOS.

Inspección.- La ausencia del canino permanente en la arcada, la persistencia del temporal, pueden hacer sospechar la retención.

La altura y forma de la bóveda palatina nos dará la probable ubicación, del diente retenido.

Palpación.- El dedo índice, confirma la existencia de esta ubicación, de la misma consistencia que la tabla ósea.

Examen Radiográfico. - Deben tomarse radiografías precisas para ubicar al diente a extraer. Se debe verificar posición - vestibular o palatina, distancia de los dientes vecinos, para imponer el tipo de operación necesaria.

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS CANINOS POR VIA PALATINA.

Anestesia. - Debe prevenir la longitud de la operación; ya que es una operación larga y molesta.

Retención unilateral. - Anestesia local a nivel de los agujeros palatino anterior y palatino posterior.

Retención bilateral. - Anestesia infraorbitaria en ambos lados.

OPERACION. -

Incisión. - Se desprende la fibromucosa dejando descubierta la bóveda ósea. El colgajo debe dar buena visión al campo operatorio, la extensión del colgajo está dada por la posición -

del canino incluído.

Se usa el bisturí de hoja corta, dirigido en sentido perpendicular a la bóveda, llegando a hueso.

Desprendimiento del colgajo.- Se realiza con el periostotomo, se insinúa entre la arcada dentaria y la encía con pequeños movimientos, sin herir ni desgarrar la encía. Se cohibe la hemorragia ósea.

Osteotomía.- Se pueden usar la fresa quirúrgica y el escoplo, tienen diferencias que se refieren al shock quirúrgico y a las molestias que pueda sentir el paciente.

Cantidad de hueso a eliminar.- Debe quedar descubierta toda la corona retenida y parte de la raíz.

Uso de la fresa.- Elimina hueso sin molestar al operado, debiéndose irrigar con suero fisiológico.

Extracción propiamente dicha.- Se puede realizar con palancas, apoyadas en el hueso vecino. Otro procedimiento es la odontosección.

Tratamiento de la cavidad ósea.- Se debe extraer de la cavidad ósea las esquirlas, eliminando saco pericoronario del diente - incluído.

Sutura.- El colgajo se vuelve a su sitio, de manera que las lengüetas interdientarias ocupen su normal ubicación. Se deben colocar de cuatro a cinco puntos. Terminada la operación, se coloca un trozo de gasa en la bóveda palatina. Colocando si es necesario un áposito.

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS CANINOS POR VIA VESTIBULAR.

Es más sencilla que la palatina, la iluminación es mejor y el acceso es más directo.

Se usa esta técnica cuando los bordes incisales están colocados por lo menos, a nivel del lateral.

Anestesia.- Se usa la infraorbitaria.

Incisión.- La de Partsh o la de Newmann.

Desprendimiento del colgajo.- Debe estar levantado durante el curso de la operación.

Osteotomía.- Se realiza con escoplo y martillo o fresa.

Extracción proplamente dicha.- Pueden ser extraídos enteros, luxándolos con elevadores rectos, que se insinúan entre diente y pared ósea.

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

La corona se extrae con elevadores rectos, la raíz es movilizada con elevadores.

Tratamiento de la cavidad ósea.- Se inspecciona la cavidad ósea, se extirpa el saco pericoronario y los restos óseos o dentarios.

Sutura.- Dos o tres puntos de sutura.

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS CANINOS INFERIORES INCLUIDOS.

El porcentaje de los caninos inferiores incluidos son de 4% por 51% de los caninos superiores incluidos.

EXAMEN CLINICO Y RADIOGRAFICO.

Deben ser radiografiados con exactitud para fijar su posición y su relación vestibulolingual.

La inspección clínica y la palpación individualizan la existencia del diente incluído y su posición vestibular o lingual, - porque el relieve del diente es más visible.

EXTRACCION DE LOS CANINOS INFERIORES INCLUIDOS POR VESTIBULAR.

Anestesia.- Regional

Operación.- Por vestibular.

Incisión.- La de Partsh, para no traumatizar al tejido gingival.

Desprendimiento del colgajo.- Se desprende con una legra o con un perlostotómo y se desciende el colgajo mucoperiostíco.

Osteotomía.- Se realiza con el escoplo o con fresa quirúrgica.

Extracción propiamente dicha.- Para facilitar el problema quirúrgico se hace la odontosección, que se realiza con fresa. Las porciones seccionadas se extraen con elevadores - rectos o angulares, según su posición.

Sutura.- Se puede realizar con seda, hilo, catgut o nylon.

TECNICAS QUIRURGICAS

TECNICAS QUIRURGICAS.

ALVEOLECTOMIA. - Es una técnica cuyo fin es suprimir parte de la tabla alveolar que protege al diente. Incidiendo fibromucosa gingival, eliminando tejido óseo de la tabla externa y practicar la enucleación del órgano dentario.

INDICACIONES.

Dientes fracturados en intentos quirúrgicos.

Alveolos hipercalcificados.

Fragilidad del diente.

Dientes retenidos total o parcialmente.

INSTRUMENTAL.

Bisturí.

Periostótomo.- Para separar fibromucosa gingival.

Separadores.- Romos o Farabeuf.

Instrumental para Osteotomía.- Escoplos o martillo automá -

lico, fresas para hueso.

Elevadores.- Varios tipos.

Pinzas.- Según el diente.

Material para sutura.- Aguja, hilo de seda, de lino.

TECNICA DE LA OPERACION.

Vías de acceso.- Es siempre por vestibular.

Tiempos de la operación:

1. Incisión.- Incisión recta, de un sólo trazo, el colgajo debe permitir campo operatorio amplio, de fácil acceso. La incisión debe situarse en tal posición que una vez - vuelto el colgajo a su sitio, esta sutura descansa sobre hueso sano. El corte debe llegar hasta hueso, pues el colgajo ha de ser mucoso y perióstico.
2. Preparación del colgajo.- Debe ser separado el colgajo - con periostótomo, iniciándose a nivel de la lengüeta interdientaria, en este punto se introduce la legra.

3. Osteotomía.- Es el objeto principal de la extracción quirúrgica, se elimina tabla ósea externa para eliminar retención.
Osteotomía con fresas.- Se efectúa aplicando la fresa - contra el hueso, el hueso debe irrigarse con suero fisiológico, para evitar su calentamiento.
4. Extracción.- Se puede realizar con pinzas o con elevadores.
5. Tratamiento de la cavidad ósea. Se deben eliminar lesiones óseas, esquirlas óseas, partículas de hueso, bordes filosos.
6. Sutura.- Se deben poner de dos a tres puntos de sutura para fijar el colgajo a su sitio normal de inserción.
Los puntos se deben retirar al cuarto o quinto día.

ODONTOSECCION (EXTRACCION POR SECCIONAMIENTO)

Consiste en dividir previamente al diente antes de extraerlo, puede aplicarse en dientes erupcionados o en dientes retenidos.

La sección puede aplicarse a nivel del cuello del diente, separando la corona de la porción radicular, o bien dividir el órgano dentario en dos o más fragmentos.

INDICACIONES.

1. Dientes en posición anormal parcial o totalmente retenido.
2. Dientes fracturados en intentos quirúrgicos.
3. Alvéolos hipercalcificados.

ESTUDIO CLINICO PREVIO.

Son dos las condiciones clínicas:

- a) Se refiere al grado o intensidad de la calcificación del sistema óseo.
- b) Está dado por el estado de la corona del diente.

ESTUDIO RADIOGRAFICO PREVIO.

Porción coronaria. - Se considera el tamaño y forma de la caries, el grado de descalcificación de la corona.

Porción radicular. - Se considerará forma, tamaño, y dirección de las raíces, existencia de cementosis, tratamientos radiculares, fragilidad del diente.

TECNICA PARA CANINO SUPERIOR.

La fractura del diente a nivel de su cuello anatómico.

Producida la fractura del diente a nivel del cuello anatómico, se siguen dos pasos:

 Limpieza del campo operatorio.

 Elección del método y su aplicación.

Limpieza del campo operatorio. - Se lava el campo operatorio con agua esterilizada y se seca con gasa.

Extracción de la raíz por el método a colgajo.

Se incide la encía, retraído el colgajo, se realiza la osteotomía, la raíz puede ser extraída con elevadores rectos. Se coloca el instrumento a nivel de la cara palatina de la raíz y se Intro -

duce con movimientos giratorios entre la pared del alvéolo y la cara palatina de la raíz.

Extracción de la raíz por el método a colgajo en canino inferior.

Se introduce con elevador en la cara proximal más accesible ejerciendo movimientos de rotación, perpendicularmente a la raíz.

FRACTURA DEL DIENTE POR DEBAJO DE SU CUELLO.

Generalmente se trata la fractura de su porción apical porque la raíz presenta curvaturas o dislaceraciones.

La eliminación de la raíz se hace de dos maneras:

Por vía alveolar y por extracción con alveolectomía.

Extracción por vía alveolar.- Se realiza con escoplos, que se pueden ubicar entre la pared ósea y la raíz, con movimientos de rotación.

Extracción por alveolectomía.- Es menos traumatizante, un pequeño colgajo a su nivel permita la extracción.

COMPLICACIONES DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION

COMPLICACIONES DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCION.

Las complicaciones pueden ser inmediatas y remotas.

Complicaciones inmediatas.- Son las que pueden producirse durante la operación e incluyen: síncope, paro cardíaco, -- shock, hematoma, infarto de miocardio, reacciones alérgicas a los antibióticos o anestésicos, edema angioneurótico, enfisema, agujas rotas, raíces fracturadas, raíces en seno maxilar, hemorragia de la herida operada, fractura de dientes - adyacentes, lesión en el nervio, dislocación de mandíbula, perforación de paladar, laceración de tejido vecino.

Complicaciones remotas.- Son posteriores a la operación que incluyen: dolor postoperatorio, hemorragia retardada, infección de tejidos blandos, infección ósea, trismo, reacciones alérgicas a los antibióticos, endocarditis bacteriana, nefritis aguda y rara vez carcinoma.

Síncope.- Es la forma más precoz del shock y es pasajero.

Sus signos son: coloración gris cenicienta de la piel, trans-

piración fría, pulso pequeño, sensación de vértigo o náuseas y desvanecimiento.

Shock. - Es una deficiencia circulatoria de origen cardíaco o vasomotor, caracterizada por disminución de la potencia cardíaca y hemoconcentración.

El shock pasa por varios estados:

1. Shock primario resultante de reflejos y causas emocionales.
2. Si el shock primario no es fatal, se produce una reacción y el paciente vuelve a la normalidad.
3. Aparece el shock secundario.

Al presentarse un shock la piel se vuelve pálida, fría y viscosa por el sudor, las mucosas están pálidas; los labios, las uñas y las puntas de los dedos y orejas, adquieren color gris azulado, la cara está contraída, los ojos hundidos y fijos, el pulso es - débil.

Infarto de Miocardio. - Sus signos objetivos y subjetivos son: Dolor torácico medioesternal; sensación de impedimento respiratorio, sofocación y muerte: respiración entrecortada; rápida

y profunda sudoración; vómitos; hipotensión; taquicardia y leucocitosis.

EDEMA ANGIONEUROTICO. - Es un síntoma complejo al cual se le reconoce variedad de mecanismos de base hereditaria y factores psicofisiológicos.

EQUIMOSIS. - La decoloración facial va desde el rojizo ligero hasta el azul púrpura profundo. Es causado por: extensión de la intervención quirúrgica y la tendencia hemorrágica del paciente.

ACCIDENTES DE LOS DIENTES. - Incluyen: extracción equivocada, movilidad de diente vecino, fractura de una porción de corona de un diente vecino, dislocación o fractura de diente vecino, pérdida de diente vecino, pérdida del sostén óseo alveolar.

FRACTURAS DE MANDIBULA. - Se produce durante la extracción, debido al uso incorrecto de elevadores o falta de reconocimiento de la gran fuerza que es preciso hacer.

HEMATOMA.- Es un derrame de sangre en los tejidos, que da por resultado una masa de aspecto tumoral. Se produce por un pinchazo de vasos sanguíneos por la aguja, al inyectar el anestésico.

ENFISEMA.- Es una tumefacción por aire en los intersticios del tejido conjuntivo. Se palpa como una sensación de crepitación o crujido que lo distingue de la hinchazón por el edema.

AGUJAS ROTAS.- La mayoría de las agujas rotas se produce durante la anestesia troncular. Una mala técnica es la causa más frecuente de la rotura, más la mala calidad de las agujas.

HEMORRAGIA.- Se halla disminuido por acción de la anestesia local (vasoconstrictor). Cohibir la hemorragia es obra de la hemostasis, la hemorragia postoperatoria aparece intempestivamente e inmediatamente a la operación (hemorragia primaria) o un tiempo después (hemorragia secundaria).

Hemorragia primaria. - Su tratamiento se realiza por dos procedimientos.

1. **Instrumental:** Tiene su aplicación en la ligadura o en el aplastamiento del vaso que sangra.
2. **Actúa mecánicamente** y se logra por taponamiento y compresión con un trozo de gasa. Volviendo el colgajo a su sitio y suturando, la hemorragia cesa.

Hemorragia secundaria. - Aparece horas después de la operación pudiendo ser la caída del coágulo luego de un esfuerzo, o por haber cesado la acción vasoconstrictora de la anestesia. El tratamiento se realiza por métodos locales y métodos generales.

METODOS LOCALES. - Se lava la región, con agua caliente o el enfermo hace enjuagatorio para retirar restos de coágulo y la sangre dificulta la visión.

La hemostasis se realiza por taponamiento a presión con gasa. Encima de la herida se deposita gasa manteniéndose durante media hora.

METODOS GENERALES. - Se mejorará el estado general (pulso, tensión, corazón) administrando tónicos cardíacos, tratando de reemplazar la sangre perdida con suero glucosado, transfusión sanguínea y medicamentos coagulantes (coaguleno).

POST-OPERATORIO

POSTOPERATORIO.

Es el conjunto de maniobras que se realizan después de la intervención con objeto de mantener los fines logrados por la - intervención, reparar los daños que surjan del acto quirúrgico.

Los cuidados postoperatorios se refieren a la herida misma y al estado general del paciente.

Tratamiento local postoperatorio.

Higiene de la cavidad bucal.- Terminada la intervención, la boca será irrigada con agua oxigenada, que limpiará y eliminará sangre, saliva, restos depositados en surcos vestibulares, debajo de lengua, en bóveda palatina y en espacios interdentarios. Estos elementos entran en putrefacción aumentando la flora microbiana bucal.

El paciente en su domicilio hará lavajes suaves (ya formado el coágulo) aproximadamente cuatro horas después de la intervención.

Fisioterapia postoperatoria.

Es un tratamiento que se refiere al calor, frío y radiaciones ultravioletas.

Calor. - Se emplea con objeto de madurar los procesos logísticos y ayudar a la formación de pus; después del tercer día, se puede aplicar para disminuir alveolalgias y dolores postoperatorios.

Frío. - Se emplea la forma de bolsas de hielo sobre la cara, - frente a la intervención, ya que el frío evita la congestión y dolor postoperatorio, previene hematomas y hemorragias. El hielo se aplica quince minutos y deja de aplicarse quince minutos.

Lámpara Solux: Rayos infrarrojos.

Se emplea después de apicectomía o extracciones laboriosas.

Cuidados de la herida.

Después del segundo día, la herida será irrigada con suero fisiológico. Los puntos de sutura se harán al cuarto o quinto día, en general, un alveolo que sangra y se llena en un coágulo, tiene mayor defensa contra dolores e infecciones.

Tratamiento general del paciente.

Se refiere al mantenimiento de pulso, presión arterial, emun- torios, alimentación del paciente, tratamiento de complicaciones postoperatorias (vacunoterapia, sulfamidoterapia, hemorragias, sueros, transfusión sanguínea, shock).

Alimentación del paciente.

La primera comida se hará seis horas después de la interven- ción, siendo la alimentación adecuada por la circunstancia de la intervención.

Instrucciones para el paciente.

Darle las siguientes indicaciones que debe tener en su domici- lio, Tratamiento postoperatorio, enjuagatorios, alimentación, - tratamiento médico (antibióticos, quimioterápico, corticoides).

Guardar reposo con la cabeza en alto al llegar a casa.

Colocar bolsa de hielo en la región operada, durante quince - minutos y quince de descanso.

No realizar enjuagatorios en el término de tres horas después de la intervención.

En caso de dolor, tomar una tableta del medicamento indicado.

Si tiene hemorragia mayor de lo normal, tapar la herida con un trozo de gasa oprimiendola durante media hora.

La alimentación en las seis primeras horas deberá ser líquida.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Cuando se ha de intervenir quirúrgicamente, la salud general tiene valor especial, estados como tendencia hemorrágica, diabetes, afección cardiovascular, así como medicamentos empleados pueden influir sobre las decisiones que hay que tomar con respecto a una intervención quirúrgica.

El cirujano dentista puede enjuiciar el estado de salud general del paciente observando su estado físico, antes de proceder a la exploración oral.

Antes de comenzar una intervención quirúrgica, han de correlacionarse la historia clínica y la dental, la exploración clínica, radiografías y resultados de pruebas de laboratorio, con el fin de hacer un diagnóstico diferencial y plan de tratamiento.

Se debe concentrar en la región a operarse, viendo la anatomía normal y pensando en cambios que pudieran ocurrir en la región a operarse.

BIBLIOGRAFIA

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

1. CIRUGIA BUCAL
Guillermo Ries Centeno
Edit. Ateneo
2. CIRUGIA BUCAL
Costich White
Edit. Interamericana.
3. CIRUGIA BUCAL
W. Harry Archer
Edit. Mundi
4. PROPEDEUTICA MEDICA
William L. Morgan
George L. Engel
Edit. Interamericana
5. MANUAL DE ANESTESIA
Winthrop
6. MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA
Astra
7. TRATADO DE ANATOMIA HUMANA
Fernando Quiroz Gutiérrez
Tomos I y III
Edit. Porrúa

8. HISTOLOGIA BASICA
L.C. Junqueira
J. Carneiro
Edit. Salvat
9. EMBRIOLOGIA CLINICA
Keith L. Moore
Edit. Interamericana
10. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
Kruger
11. EMBRIOLOGIA MEDICA
Jan Langman.
Edit. Interamericana
12. TECNICAS QUIRURGICAS
Mariano Ramírez D.
José Ignacio Rivero C.
13. CIRUGIA BUCAL
Kurt H. Thoma
Edit. Uthea
14. COMPENDIO DE ANATOMIA DESCRIPTIVA
L. Testut
A. Latarjet.
15. TRATADO DE HISTOLOGIA
Arthur W. Ham
Edit. Interamericana