



24,310

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad Nacional de Odontología

GENERALIDADES SOBRE LOS CANINOS SUPERIORES INCLUIDOS

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

Manuel de Jesús Fries Arana

México, D. F.

1982





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

CONTENIDO

Introducción

Capítulo I

FACTORES ETIOLOGICOS Y COMPLICACIONES

Capítulo II

CLASIFICACION Y EXAMEN RADIOGRAFICO

Capítulo III

ESTUDIO CLINICO Y PREMEDICACION

Capítulo IV

ANESTESIA E INSTRUMENTAL

Capítulo V

INTERVENCION QUIRURGICA. TECNICAS

Capítulo VI

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

Conclusiones

Bibliografía.

Introducción.

El haber escogido este tema ha sido para mí un gran motivo de estudio debido a que en la práctica diaria de cualquier consultorio Dental se presentan estos problemas ante los cuales el Odontólogo tiene que abordar con el pleno conocimiento de las técnicas quirúrgicas apropiadas, instrumental adecuado y la ayuda de todas las ciencias de un modo u otro con el ser humano.

El resultado de esta inquietud sobre el conocimiento de tratamientos adecuados para estos casos, lo tienen ante sus ojos, con la esperanza de que encuentren en sus páginas algún concepto valioso que enriquezca el acervo cultural y la práctica, de todos aquellos que ven en la cirugía Bucal el tratamiento efectivo para los problemas de Caninos Superiores Incluidos.

CAPITULO I

FACTORES ETIOLOGICOS Y COMPLICACIONES

Factores Etiológicos.- Frecuentemente en nuestra práctica diaria nos encontramos con pacientes que presentan piezas retenidas. Las piezas retenidas son aquellas que una vez alcanzada la época normal de su erupción es impedida por dientes adyacentes o hueso; dientes en mal posición, hacia vestibular ó palatino, o en infraoclusión. Las piezas pueden presentar dos formas: cuando el diente está rodeado completamente por tejido óseo (retención intradésea) y cuando el diente está cubierto por la mucosa gingival (retención subgingival).

El número de dientes retenidos en un mismo paciente puede ser variable y pueden ser cualquiera de los dientes temporarios, permanentes ó supernumerarios.

En la estadística de dientes retenidos de Forten-Glassynski vemos que a los caninos superiores le corresponde el segundo lugar con un 14%.

Deriva de las siguientes causas locales de retención: posición y presión irregular de un

diente, la densidad del hueso que lo cubre, inflamaciones crónicas con el resultado de una mucosa muy densa, en maxilares poco desarrollados por falta de espacio, retención indevida de los dientes primarios, prematura pérdida de la dentición primaria; enfermedades adquiridas como necrosis causada por infecciones o abscesos, por enfermedades exantemáticas en los niños porque produce cambios inflamatorios en el hueso.

Las retenciones se encuentran, a veces, donde no existen condiciones locales presentes. En estos casos se encuentran las siguientes causas:

Causas prenatales: herencia y escasez de raíces.

Causas postnatales: raquitismo, anemia, sífilis congénita, tuberculosis, disendocrinas y desnutrición.

Condiciones raras: disostosis cleidocraneal, ostecefalia, progeria, acondroplasia y paladar fiavelado.

Disostosis cleidocraneal. Es una condición congénita muy rara, en la cual hay osificación de =

fectuosa de los huesos craneales, ausencia completa o parcial de las clavículas, cambio 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 termina en punta.

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

Acondroplasia.- Es una enfermedad del esqueleto que empieza en la vida fetal y produce una forma de enanismo. En estas condiciones el cartílago no se desarrolla normalmente.

Paladar fisurado.- Es una enfermedad manifestada por una fisura congénita en la línea media de la cavidad oral.

Además de estas causas hay otros factores etiológicos causantes de la retención de los caninos superiores.

1.- En los caminos 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 hallan asociados al desarrollo apical; en los caminos esta ayuda se encuentra disminuida porque su raíz está 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 recorrer, hay más posibilidades de que se desvíe de su curso normal y se produzca la retención, entre menos distancia recorrida menos posibilidades de retención. El camino es el diente que más distancia debe recorrer para su completa oclusión.

5.- La corona de los caninos permanentes se encuentra colocada por lingual del ápice de la-

raíz del canino primario durante su desarrollo. Cualquier cambio en la posición del canino primario, causado por caries ó pérdida prematura de los molares primarios, se refleja a lo largo de su altura completa hasta el extremo de su raíz, por lo que puede causar una desviación en la posición y dirección de crecimiento del germen del canino permanente.

6.- Retardada resorción 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.

A consecuencia de estos factores los caninos superiores ocupan el segundo lugar de frecuencia.

de los dientes retenidos, 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 es en las mujeres debido a que tienen el cráneo y maxilares más pequeños que el hombre.

Complicaciones.- Todos los dientes incluidos son susceptibles de causar trastornos de diversa índole a pesar de que muchas ocasiones pasan inadvertidos y no ocasionan ninguna molestia al paciente. Los caninos superiores incluidos deben ser extraídos a causa de la presencia de infecciones, reabsorción patológica de los dientes adyacentes y estructura ósea bloqueada, como se ve en los quistes y tumores; dolor, fracturas y otras complicaciones. Estas complicaciones pueden ser clasificadas de la siguiente manera:

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 colocación normal

en el maxilar.- El trabajo mecánico del canino retenido en su intento de desinclusión produce desviaciones en la dirección de los dientes vecinos.

b) **Trastornos sobre su integridad anatómica.-**
La presión constante que ejerce el canino incluído o su saco dentario sobre el diente vecino se traduce por alteraciones en el cemento (risalasia), en la dentina y aun en la pulpa de estos dientes. Como complicación de la invasión pulpar, puede haber procesos periodónticos de diferente intensidad e importancia.

Complicaciones infecciosas.- Estas complicaciones están dadas en los caninos incluídos por su saco pericoronario. La infección de este saco se origina por diferentes causas:

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 por una complicación apical del diente vecino.

c) El proceso infeccioso puede originarse por la vía hemática.

Estos 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 incluidos son bastante frecuente. La presión que ejerce el canino sobre los dientes vecinos, ya sea sobre sus nervios ó sobre troncos mayores puede producir algías de - diferente intensidad, tipo y duración (neuralgias - del trigémino).

Los caninos incluidos pueden provocar trastornos tróficos tales como las paladas dentarias y canicie, varios autores han comentado que han provocado ataques epiléptiformes y trastornos mentales.

Complicaciones Tumorales.- Los caninos incluidos pueden ocasionar quistes dentígeros. Constituidos por una bolsa conjuntiva epitelial, en cuyo interior se encuentra la corona de un diente, el - cual permanece retenido.

Todo diente retenido es un quiste dentígero - en potencia. Los dientes portadores de tales quistes

tes emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso, pues el quiste en su crecimiento rechaza centrifugamente el diente que lo ocasionó.

Se han dado casos de tumores malignos originados por un canino incluido.

CAPITULO II

CLASIFICACION Y EXAMEN RADIOGRAFICO.

CLASIFICACION DE LAS INCLUSIONES.- Los Caninos superiores incluidos pueden ser clasificados de acuerdo:

1) Con el número de dientes incluidos.- La retención puede ser simple 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 tienen en el maxilar.

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

De acuerdo a estos puntos se puede ordenar la siguiente clasificación correspondiente a todos los casos de retención.

Clase I.- los caninos que se encuentran en -

el paladar con diferentes direcciones: Horizontal, - - vertical y semivertical.

Clase II.- Los caninos que se encuentran retenidos por vestibular con diferentes direcciones : - horizontal, vertical y semivertical.

Clase III.- Los caninos que se encuentran retenidos por vestibular y palatino ya sea con la corona ó raíz hacia vestibular, se les denomina también retenciones mixtas o transalveolares.

Clase IV.- Los caninos que se encuentran retenidos en la apófisis alveolar entre el incisivo y el primer premolar en posición vertical.

Clase V.- Los caninos que se encuentran incluidos en el maxilar superior dementado.

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

Para encarar el problema, no es suficiente una radiografía intraoral, sin "radios radiográficos -

precisas", imprescindibles para ubicar el diente a extraer, tal radiografía intraoral solo nos impondrá de la existencia del diente, por lo tanto es necesario ubicar el diente según los tres planos del espacio; es de vital importancia conocer las relaciones de vecindad de la cúspide y el ápice y de todo el diente con los órganos vecinos (seno maxilar y fosas nasales) y con los dientes vecinos.

La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo: densidad, presencia del saco pericoronario, rarefacción, existencia de procesos óseos pericoronarios.

Antes de hacer la intervención quirúrgica se debe verificar, con precisión absoluta, la clase a que pertenece el canino incluido o sea posición vestibular o palatina, distancia de los dientes vecinos, número de caninos incluidos, para asegurar una técnica adecuada y evitar complicaciones durante el acto operatorio.

Verificación vestibulo palatina.- (Referencia del maxilar con dientes).- Lo primero que se necesita conocer es la posición vestibular ó palatina del canino incluido, para elegir la vía de acceso. Aproximadamente un 85% de los caninos incluidos son palatinos y muchas veces producen un relieve en la bóveda palatina que los identifica, sin embargo hay que tener una seguridad absoluta de su posición.

El empleo de radiografías oclusales, con el rayo central paralelo al eje de los incisivos, no es absolutamente segura para saber la relación vestibulo-palatina de los caninos incluidos. A lo sumo puede certificarse que con estas radiografías oclusales, 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.

Lo exacto, hasta que se demuestre otro método con las tres películas (a.m.p.) anterior media y posterior con el rayo central perpendicular a cada una de ellas y aplicando la ley del objeto bucal.

Ley del objeto bucal (Ennis y Berry).- Primero veremos algunos principios de óptica relacionados con la radiología para aplicar y explicar esta ley al examen de la posición de los caninos incluidos. Si se colocan dos objetos opacos sobre un mismo plano y una misma línea y se proyecta un haz de luz ó de rayos sobre una película o pantalla, se obtiene una imagen que representa la superposición de los dos cuerpos sobre la pantalla receptora. Si se dejan los objetos y película en el mismo sitio, pero el aparato emisor se desplaza lateralmente (de derecha a izquierda, en la

radiografía dental se traduce de mesial a distal), los objetos opacos ya no aparecen 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 desplazaría en sentido contrario al que se ha desplazado la fuente originadora; el más lejano, o sea el más próximo a la película, lo hará en el mismo sentido en que se ha desplazado la fuente aludida.

Aplicando esta ley para la ubicación vestibulo-palatina de los dientes, suponiendo ambos en la misma línea, el diente vestibular (objeto bucal), con el rayo central del aparato radiográfico, en la misma línea y normal en la película, dará como resultante la superposición de las imágenes de los dientes. Si se desplace la dirección de los rayos de mesial a distal, la imagen de los dientes superpuestos, se modificarán en el mismo sentido, por lo tanto el diente que fugue en el sentido en que se ha desplazado el cono, es el que se encuentra más próximo a la película, y más alejado del 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. En decir que en el primer caso, que el diente se movilice en el sentido que se ha desplazado el rayo, será palatino;

el que se escape en sentido contrario será vestibular.

Ubicación del diente en el plano anteposterior (plano sagital).- La ubicación del diente en éste plano se hace con radiografías comunes con la técnica siguiente: tres tomas se necesitan para conocer la dirección anteroposterior del diente incluido, además de las relaciones de la corona y ápice con los órganos vecinos, cavidades y dientes. Estas tomas las llamaremos 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 de 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 su borde anterior con la cara distal del incisivo lateral. Rayo normal a la película.

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 (lado -
 derecho), tendremos ubicado el canino en el plano sagital y relacionado con los órganos y dientes vecinos.

La radiografía debe mostrar con perfecta nitidez -
 la forma de la corona, la existencia y dimensiones del sa-
 co pericoronario, la distancia y relación de la cúspide -
 del canino con los incisivos central, lateral y la distan-
 cia con el conducto palatino anterior.

La cúspide del canino puede encontrarse metida -
 entre dos dientes, o bien estar en contacto con una cara-
 de la raíz del lateral o central, Esto significa un sólido
 anclaje para la corona del canino y un obstáculo principal
 para su eliminación. La corona no puede franquear, o lo -
 hace a expensas de la elasticidad alveolar de los incisi -
 vos con peligro de fractura alveolar.

El obstáculo para cualquier diente incluido está -
 en la corona y no en la parte radicular, por eso es neces -

sario saber la posición de la corona antes de la intervención quirúrgica, para fijar el método que conviene para su extracción.

El ápice del canino presenta casi siempre una dislaceración, la existencia de esta anomalía y la posición exacta del ápice deben ser conocidas antes de la operación. Si está colocado a nivel o encima de los ápices vecinos y su proximidad con el seno maxilar, No siempre es fácil el diagnóstico radiográfico del ápice del canino debido a las tramas óseas que se interponen en los rayos oscureciendo el diagnóstico. Si el ápice se ve muy grueso en la radiografía debe sospecharse una dislaceración radicular, que se presenta en la mayoría de los casos.

Delimitación del canino en el plano horizontal.

Para la localización del canino incluido en el plano horizontal se hace por medio de una radiografía oclusal con la siguiente técnica: el rayo central debe ser perpendicular a la placa oclusal pasando por los premolares, obteniéndose una imagen del canino 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 - entral atravesando el 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 posi - ción, relaciones con cavidades, órganos y dientes ve - cinos.

CAPITULO 111

EXAMEN CLINICO Y PREMEDICACION

EXAMEN CLINICO.- En la actualidad en el campo odontológico, el cirujano dentista tiene los medios suficientes en el campo del diagnóstico y terapéutica para llevar a cabo sus funciones, en las cuales por medio del interrogatorio el cirujano dentista 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) ¿ Toma algún fármaco actualmente o lo ha tomado con anterioridad ?

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

d) ¿ Ha tenido reacciones desagradables con el

medicamento administrado ?

En determinado caso en que exista alguna duda - respecto al interrogatorio efectuado al paciente será necesario recurrir a su médico de cabecera para tener un - análisis completo referente al paciente.

El examen clínico y un buen criterio profesio - nal nos llevará a resolver el problema eficazmente.

Si el paciente presenta alguno de los estados - siguientes se deberá poner más atención:

Embarazo.- Los principales problemas lo presenta los estudios radiográficos y la utilización de anestesia local o general, la radiación que absorbe el feto es poca, pero es conveniente la protección de éste por medio de un delantal de plomo.

Obesidad.- Se puede presentar con relativa fre - cuencia y encierra una serie de complicaciones en el mo - mento de la operación en la cual está presente alguna - enfermedad cardiovascular o metabólica (diabetes), en un paciente obeso es aconsejable usar anestesia local ya que le endovenosa presenta dificultad para la absorción.

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 mencionadas y aunque no existan alteraciones orgánicas el tiempo de recuperación del paciente es mayor.

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

Enfermedades de las arterias coronarias.- Debido a la naturaleza de estas enfermedades y a sus desenlaces fatales es necesario una consulta previa con el médico de cabecera de éstos pacientes.

Infarto del miocardio.- En el caso de éstos pacientes se debe evitar la inyección intravasoular, utilizar anestesia local y administrar premedicación.

Fiebre reumática y enfermedades cardíacas de origen reumático.- Se ha observado que en la extracción de dientes 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 realizarse 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 un antibiótico adecuado como medida profiláctica antes de realizar la intervención. En este 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 la administración del fármaco podemos sustituirla por eritromicina.

Asma bronquial.- En enfermos de tal padecimiento debemos actuar con precaución procurando respetar 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 regularmente toman grandes dosis de corticosteroides durante períodos prolongados, lo cual es de importancia debido a los problemas causados por el fármaco.

Enfermedades del hígado.- Hay que saber que tipo de lesión presenta, así como su extensión con el fin de determinar la posibilidad de someter al paciente a la intervención quirúrgica y anestésica, ya que debemos considerar los efectos sobre la hemostasia, y en anestesia general el empleo de barbitúricos.

La facultad de producción de protombina en un hígado lesionado, está dificultada en grado variable siendo proporcional el déficit de protombina al grado de lesión hepática.

Diabetes.- Enfermedad hereditaria o adquirida en la que existe una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono, secundaria a una deficiencia absoluta o relativa, 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 suficiente de insulina tienen tendencias a formar cuerpos cetónicos y dar lugar a una cetoacidosis, aunada a la sobrecarga que significa la anestesia general o la intervención misma, lo cual es capaz de agravar la diabetes con la mayor necesidad de insulina de parte del enfermo.

Epilepsia.- Es una alteración paroxística crónica de la función del cerebro en la cual se presentan ataques recurrentes, cambios en el estado de conciencia, pudiendo no ir acompañados de convulsiones.

Anemia.- Para cualquier tipo de anemia existe una insuficiencia en la capacidad de transporte de oxígeno debido a la falta de hematies y hemoglobina contenida en la sangre. Es de tomarse en cuenta el hecho de utilizar anestesia general, tanto en anemias moderadas como en graves debido al grado de tolerancia según sea el caso.- Uno de los problemas que puede presentarse en la oxigenación es la insuficiencia que da como consecuencia cianosis. Para que la anestesia general sea menos peligrosa es necesario tener al paciente en oxigenación al 100% durante el tiempo que dure la operación.

Leucemia.- Producida por un aumento anormal de leucocitos y de sus precursores a través de todo el cuerpo, especialmente del sistema retículo endotelial. Se puede presentar de forma aguda o crónica, pero siempre teniendo un desenlace fatal en meses o años.

Neofilia.- La Neofilia se debe a una deficiencia.

específica de uno de los factores que intervienen en los primeros estadios de la coagulación. Hoy en día se consideran que existen tres factores cuyas deficiencias dan lugar a tres formas de hemofilia.

El paciente hemofílico 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.

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

PREMEDICACION

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 bacterianas, será conveniente el administrar, si el organismo del paciente

...mite, la penicilina, en buenos niveles con las mayores garantías posibles para evitar reacciones indeseables en pacientes sensibilizados. En general la antibioterapia para cirugía bucal se refiere a la administración de derivados de la tetraciclina, con un nivel no menor de 12.5 $\mu\text{g}/\text{kg}$. de peso el día de la intervención, para que posteriormente vaya descendiendo la dosis según se observe respuesta positiva.

No hay que olvidar que la premedicación es un COADYUVANTE DE TODO TIPO DE ANESTESIAS; para la anestesia troncular podemos usar barbitúricos 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 y púbilímines; sirve también para intervenciones largas, reduciendo notablemente los malestares postoperatorios.

Para pacientes tranquilos no es necesario o indispensable la administración de un fármaco sedante, bastará que tome un par de aspirinas disueltas en té con bastante azúcar.

Cuando sea necesario usar anestesia general y el paciente sea anestésicoresistente, la premedicación será del todo necesaria administrándola-

lo permite, la penicilina, en buenos niveles con las mayores garantías posibles para evitar reacciones - indeseables en pacientes sensibilizados. En general la antibioterapia para cirugía bucal se refiere a la administración de derivados de la tetraciclina, con un nivel no menor de 12.5 mg/kg. de peso el día de la intervención, para que posteriormente vaya descendiendo la dosis según se observe respuesta positiva.

No hay que olvidar que la premedicación es - un COADYUVANTE DE TODO TIPO DE ANESTESIAS; para la - anestesia troncular podemos usar barbitúricos 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 y pusilánimes; sirve también para intervenciones largas, reduciendo notablemente los malestares postoperatorios.

Para pacientes tranquilos no es necesario o indispensable la administración de un fármaco sedante, bastará que tome un par de aspirinas disueltas en té con bastante azúcar.

Cuando sea necesario usar anestesia general y el paciente sea anestésicoresistente, la premedicación será del todo necesaria administrándola -

lo mismo que para la anestesia troncular y utilizando un anestésico más potente que el protóxido de ázoe, - reforzando la acción de éste con otro anestésico o - utilizando la anestesia endovenosa.

Quando notemos que el paciente presenta hipersecre - sión salival, es recomendable la administración de - 20 gotas de atropina, media hora antes de la opera - ción, con el objeto de que la secreción salival sea - mínima en el momento de la intervención quirúrgica.

CAPITULO IV

ANESTESIA E INSTRUMENTACION

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

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

La anestesia deberá ser de preferencia local regional, esto se logra por diversos procedimientos por medio de agentes bloqueadores como son los siguientes:

Novocaína.- Se emplea en soluciones al 1% y 4%, pueden emplearse grandes dosis sin producir efectos - dañinos.- La novocaína debe emplearse con agregado de adrenalina para formar su acción anestésica.

Adrenalina.- (epinefrina).- Se emplea en soluciones al milésimo, tiene un efecto y vasoconstrictor sobre los capilares sanguíneos.

Xilocaína.- Se presenta al 2% con concentraciones variables de vasoconstrictor, se requiere poca cantidad para alcanzar grandes niveles anestésicos, pero siendo más tóxica que la novocaína.

Compuestos de procaína con tetracelina.- Se emplean para intervenciones de larga duración.

Carbocaína.- Se presenta en soluciones al 2% con vasoconstrictor (necoobrefin 1:20 000) y en soluciones al 3% sin vasoconstrictor, es un anestésico más potente que la novocaína.

Monocaína.- Se presenta en soluciones al 1% con 1:75 000 de adrenalina y 1 1/2 - 1:100 500, posee una acción sinérgica con la epinefrina, por lo que puede emplearse dosis menores de adrenalina.

Todos 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 usan las siguientes técnicas de anestesia:

Anestesia de los nervios dentarios anteriores. -

Se efectúa a nivel del agujero infraorbitario, y por difusión el anestésico llega al nervio, se llega al conducto por dos vías; intraoral y la extrabucal o externa.

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 este momento se levanta la jeringa, buscando la dirección del conducto y por esto 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.

Vía extraoral o externa.- Es más simple, eficaz y la de uso más frecuente, se palpa con el dedo índice de la mano izquierda el arco infraorbitario y se marca sobre la piel con lápiz dermatográfico. 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 este 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 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 pincha la piel en la marca inferior, se avanza hasta la marca superior. Retiramos 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 gotas de anestesia a medida que se adelanta. -
 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 reflujó -
 del líquido. Con un masaje ligero se difunde el anestésico-
 dentro del conducto.

Anestesia de los nervios palatinos. El nervio pa -
 latino anterior desciende a la bóveda por el conducto pala -
 tino anterior, el medio y el posterior lo hacen por con -
 ductos accesorios.

El agujero palatino posterior está situado en la -
 bóveda palatina, en la apófisis horizontal del hueso pala -
 tino, a nivel de la raíz palatina del tercer molar y equi -
 distante 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 localiza -
 mos por una depresión a éste nivel, teniendo el eje de la -
 jeringa en la comisura opuesta, se inyectará 1 cc. 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 las apófisis palatinas del hueso maxilar superior de cada lado. En el fondo del conducto se encuentran dos orificios (orificios de Scarpa) 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 estos 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 anestesia general tendremos la precaución de saber que hemos agotado todas las posibilidades de la utilización de la anestesia troncular.

En la anestesia general se reconocen cuatro períodos, a saber:

- 1.- Analgesia
- 2.- Inconsciencia con reflejos exagerados.
- 3.- Anestesia quirúrgica con tres planos : a) plano superficial b) plano quirúrgico o normal; c) plano profundo.
- 4.- Parálisis bulbar con detención respiratoria.

Para nuestros fines el plano ideal es el tercero o sea el plano quirúrgico o normal. La anestesia general está sujeta a una serie de indicaciones, las cuales debemos respetar por bien de nuestro paciente:

- 1.- Extracción de dientes con procesos inflamatorios agudos.
 - 2.- Extracciones múltiples.
 - 3.- Preparación para recepción de prótesis total.
 - 4.- Sensibilidad a los vasos constrictores.
 - 5.- Triismus.
 - 6.- En niños.
 - 7.- En abertura de abscesos, quistes, sequestron en osteomielitis.
 - 8.- Pacientes exageradamente nerviosos.
 - 9.- A petición del paciente.
- En extracción de dientes causantes de trastornos

generales (fiebre reumática, septicemia, etc.)

En cambio las contraindicaciones de la anestesia general, en el gabinete dental nos dan precisa idea de la responsabilidad que contraemos:

- 1.- Extremados alcoholistas y fumadores
- 2.- Padecimientos generales graves
- 3.- Aaaa grave, Resfríos, tos y catarro.
- 4.- Embarazo
- 5.- En el período de menstruación
- 6.- Con atletas
- 7.- Con pacientes seniles.
- 8.- Para algunos tipos de intervenciones en los cuales es necesario que no haya sangrado profundo (apicoectomías).

Como se puede apreciar será necesaria la hospitalización debido a que en el consultorio se carece de varios elementos necesarios en caso de alguna complicación seria.

Para la anestesia total debemos contar con los elementos indispensables para efectuar la intervención como: a) abreboques; b) telón faríngeo; c) correas; d) aspirador quirúrgico.

Es positivo valor el uso de la anestesia endovenosa en el sillón dental como medio de inducción, - debe ser administrada en la mas pequeña dosis de barbitúrico y solamente, repito, como inducción seguida del mantenimiento con protóxido de ázoe por vía nasal. Al usar estos medicamentos tenemos como desventaja la lenta recuperación del paciente.

INSTRUMENTACION

Para la intervención de los caninos reteni - dos necesitamos una serie de objetos ideados para vencer las posibles dificultades que se presentan. Para - tal objeto cito a continuación el instrumental que es recomendable tener en el momento de la intervención, dividiéndolo en:

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

Instrumental para tejidos blandos:

- 1.- Bisturí de hoja intercambiable, de pre - ferencia con hoja No. 15.
- 2.- Galvano o termocauterio.
- 3.- Ligas.
- 4.- Separadores de Forstner.

Instrumental para tejidos duros:

- 1.- Cinceles o martillo
- 2.- Alveolotomo
- 3.- Fresas quirúrgicas.
- 4.- Disyuntor
- 5.- Limas para hueso
- 6.- Cucharillas para hueso
- 7.- Forceps.
- 8.- Elevadores

Instrumental accesorios:

- 1.- Pinzas para algodón
- 2.- Espejo
- 3.- Portaagujas mayo
- 4.- Agujas curvas para suturar.
- 5.- Pinesas de campo.

Cada uno de los instrumentos mencionados tendrán un valor incalculable siempre que se les de el uso adecuado y en el momento oportuno, ya que nos brindarán la oportunidad de desarrollar nuestra intervención con el mayor grado de conecidad.

CAPITULO V

INTERVENCION QUIRURGICA. TECNICAS.

Hemos llegado al momento donde se integran cada una de las secciones que fueron estudiadas en los demás capítulos, ahora nos encontramos delante del paciente, y todo está dispuesto para empezar están colocados los guantes y en su lugar el cubre bocas, tenemos el instrumental necesario, una buena iluminación, la anestesia es profunda y podemos ver claramente las radiografías en el negatoscopio.

Dependiendo del estudio de las radiografías podemos determinar la posición y relación con los demás dientes con el seno maxilar así como la clasificación del tipo de la retención.

Tenemos diferentes técnicas para la extracción de los caninos retenidos tomando en cuenta los siguientes factores que pueden complicar la extracción:

Como consecuencia de la proximidad de la corona o raíz de los caninos retenidos a los dientes adyacentes (centrales, laterales y premolares), hay peligro de lesionarlos y afectar las estructuras vecinas en el área de la intervención. En la mayoría de estas reten-

ciones el ápice del canino está separado del seno maxilar y cavidad nasal por una pared delgada de hueso, - en algunos casos únicamente por el epitelio ciliado -- que lo reviste, por esta razón debe tenerse presente - la posibilidad de forzar la raíz del canino dentro del seno maxilar, pues con bastante frecuencia se han producido aberturas de varios tamaños en el seno maxilar. Se debe tener la mayor asepsia, pues de no ser así - podría sobrevenir una infección aguda del seno maxilar; en cambio con estricta asepsia estas aberturas no - traerán infección. Cuando el colgajo mucoso se coloca en su lugar y se sutura manteniéndolo en contacto con el hueso palatino por varias horas y por medio de apósitos de gasa la cicatrización será satisfactoria.

Técnicas para la extracción de los caninos -
retenidos de la clase 1.

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

2.- Con una hoja No. 15 de Bard-Parker y a partir de la cresta de la papilla interdental en lingual, entre los dos incisivos centrales se hace una -

incisión longitudinal por el centro del paladar, en una -
 extensión de 4 cm. Esta incisión atraviesa el conducto -
 nasopalatino (incisivo) y se provoca un poco de hemorra -
 gia lo cual se controla por presión con una gasa durante -
 algunos minutos, si no para la hemorragia se empaque - -
 te una tira pequeña de gasa y yodoformada en el conduc -
 to. Se separa el colgajo mucoso el paladar duro por -
 medio de un periostotomo, hasta que la estructura ósea -
 está 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 orificios en el hueso palati -
 no, a una distancia de 3 mm. uno de otro alrededor de -
 la corona del diente retenido, con cuidado de no lasti -
 mar las raíces de los dientes vecinos.

4.- Por medio de una fresa o escopio y marti -
 llo se unen estos orificios y se quita ésta parte de -
 hueso que cubre la corona. Se aumenta el tamaño de la -
 abertura por medio de fresas hasta que se vea la corona -
 completamente.

5.- La excepción a esta regla será el caso en -
 el cual una porción de la corona del diente retenido es -
 tá en contacto con las raíces de los dientes incisivos -

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

6.- Cuando 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. Se extremen los cuidados para no lesionar los dientes vecinos.

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

8.- Si aún no se ha extraído el canino. Usese una pinza para extracciones del No. 226 con movimientos rotatorios. El uso de esta pinza es de mucha ventaja cuando la raíz del diente retenido termina en un gancho. Si se usen elevadores probablemente se ocasionará una fractura de este tipo de raíz.

9.- Se limpian todos los restos, se sacan las

esquirlas de hueso y se suavizan los bordes del alveólo con una lima para hueso. Se remueve el folículo dentario, si está presente, y se vuelve el colgajo a su lugar y se sutura.

10.- Se coloca unapósito de gasa sobre el paladar a nivel de la superficie oclusal; se corta un bajalengua de largo que hay entre la superficie vestibular de los premolares superiores derecho e izquierdo y se redondea el extremo cortado. Se coloca ésto sobre el apósito y se instruye al paciente para morderlo.

Si el paciente está dormido se hacen suturas de seda por los puntos de contacto de los premolares de ambos lados de la arcada, se tienden sobre el apósito palatino y se enudan. Se mantiene 4 horas el apósito en su lugar.

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

Esta técnica está indicada cuando está en contacto la punta de la corona del canino con las raíces de los dientes incisivos centrales o laterales.

1.- Cuando la corona del diente se ha expuesto

parcialmente se procede a seccionar la corona con una fresa de fisura dentada grande. Con la pérdida de tejido dentario de la corona permite que esta pueda correr hacia atrás sin causar agravio sobre los dientes en los cuales se apoyaba.

2.- Se hace otro orificio en la raíz del diente con una fresa con el objeto de mover la raíz hacia delante con un elevador apical apoyándose con el hueso palatino y se extrae.

3.- Se hace aneupsia del alveolo y se sutura el colgajo poniéndose el apósito de gasa como se describió en la técnica anterior.

Técnica para la extracción de los caninos retenidos de la clase II.

1.- Se levanta el labio superior dejando al descubierto la parte 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 periosteotomo.

3.- Con una fresa de fisura y una de Feldman se hacen unos orificios alrededor de la corona por medio de una fresa o escopio 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 el diente de su alveolo apoyándose 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 escopio.

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 clase III.

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

1.- Se hace un colgajo vestibular semicircular - sobre la raíz.

2.- Se elimina hueso por medio de fresas y escoplo y se deja al descubierto la raíz.

3.- La raíz se separa por medio de un escoplo - afilado o fresa de figura.

4.- Con elevadores se quita la raíz de su lecho.

5.- Por palatino se hace un colgajo quitando el hueso que cubre a la corona para exponer la periferia.

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

7.- Se hace asepsia y se procede a suturar - ambos colgajos.

La corona se encuentra por vestibular y la raíz =

se extiende dentro del paladar.

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

2.- La incisión del colgajo se hace alrededor de los cuellos de los dientes y se siguen hacia el surco vestibular en ángulo de 45 grados. Con el periostotomo se levanta el colgajo.

3.- Con fresas y escoplos se elimina la cortical vestibular y se hacen las perforaciones como se ha indicado antes, pero cuidando de no profundizar demasiado para no lesionar a los dientes vecinos y seno maxilar.

4.- Se trata de tomar a la corona con la pinza de extracciones 226 haciendo un movimiento de rotación hacia mesial y hacia distal y vestibular saliendo así el diente de su sitio.

En caso que lo anterior no resulte, se corta la corona y se hace un colgajo por palatino y se quita el hueso que cubre la raíz y con un instrumento como " " se empuja la raíz a través de la abertura vestibular.

5.- Se limpia la región perfectamente eliminando

do las espículas óseas agudas y suavizando la periferia de las aberturas vestibular y palatina.

Si ésta presenta el folículo dentario se elimina y se vuelven los colgajos a su lugar y se suturan. Se empaqa la gasa en el paladar y se mantiene así durante 4 horas.

Técnica para la extracción de los caninos retenidos en una boca desdentada (clase V)

La incisión para el canino retenido por palatino se hace a lo largo de la cresta y en el centro del paladar con una longitud de 4 cm. La técnica es la misma que se ha descrito anteriormente, con la ventaja de no exponer o lesionar los dientes vecinos.

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

El problema será si se debe extraer un canino o los dos al mismo tiempo. Cuando la retención bilateral es simple y el adulto es sano puede efectuarse la intervención en ambos lados. Si son retenciones difíciles es mejor hacerlas por separado. La técnica ya se ha descrito.

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

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

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

CAPITULO VI

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

El tratamiento post-operatorio es la fase mas importante de nuestra intervenci3n por lo tanto requiere vigilancia, tratamiento y cuidados hacia nuestro paciente, ya que una vez terminada la intervenci3n puede modificar y a3n mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervenci3n quir3rgica.

Desde luego que el post-operatorio en cirugia bucal no puede tener trascendencia del mismo que en una operaci3n de cirugia general.

Los cuidados post-operatorios deben de referirse a la herida misma y al estado general del paciente.

Tratamiento local post-operatorio.

Higiene de la cavidad bucal.- Terminada la operaci3n el cirujano debe de lavar perfectamente la sangre que pudo haberse depositado en la cara del paciente y para el caso es recomendable usar una gasa impregnada con agua oxigenada. La cavidad bucal ser3 irrigada con una soluci3n tibia del mismo medicamento, con esto se limpiar3 y se eliminar3 sangre, saliva y restos que eventual-

mente pueden depositarse en los surcos vestibulares, en bóveda palatina, en espacios interdentarios y debajo de la lengua, estos elementos extraños entran en putrefacción y colaboran en el aumento de la riqueza de la flora microbiana bucal.

Al paciente se le indicará que al día siguiente de la intervención haga enjuagues con una solución antiséptica cualquiera, además de llevar una dieta blanca y suprimir alimentos irritantes como picantes, carne de cerdo, pescados o mariscos y especialmente grasas para evitar una probable infección.

Cuidados de la herida.- La herida en la cavidad oral cuando su evolución es normal no necesita terapias ya que con la formación del coágulo es la mejor defensa contra la infección y los dolores. Si hay que extraer los puntos de sutura, estos se quitarán al tercero o cuarto día.

En el caso de una infección en los puntos de sutura se usará la técnica siguiente: se impregnará un algodón con yodo o mercuriolato con el cual se pasará sobre el hilo a extraer. Se toman unas pinzas de disección se toma el extremo del nudo que sobresale de la herida y se aprieta el hilo para obtener un trozo de este por debajo del nudo para poder cortarlo a ese nivel.

Es importante procurar que la menor cantidad de hilo infectado pase por el interior de los tejidos, - razones por lo cual son obvias.

De esta manera se elimina la encía ni entre - abrir los labios de la herida.

En algunas ocasiones, el nudo por hipertrofia - de las partes vecinas, se encuentra alojado en el fondo de un embudo, del cual es difícil desalojarlo.

En tales ocasiones conviene extirparlo cuanto - antes: demorar su extracción significa mantener la - causa irritativa de la hipertrofia (que es el hilo) - y las dificultades de la extirpación aumentan con el - tiempo. Con cuidado y delicadeza puede eliminarse - el punto. Si no es posible ubicar una tijera para - seccionarlo, esta objeto se logra con una aplicación - del galvano-cauterio.

Complicaciones de la Operación.

Toda operación puede ser seguida de complicaciones locales o generales de distinta índole el afán del operador debe ser prevenirlas.

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 (vasoconstricción). Cohibir la hemorragia en el acto operatorio es obra de la hemostasis, de la que ya se habló y podremos considerar como una hemorragia primaria la que proviene después de la operación y secundaria poco tiempo después de la intervención.

Hemorragia primaria.- El tratamiento de la hemorragia primaria en cirugía bucal y en este caso en la cirugía de la tercera pieza dentaria, y consiste en el taponamiento y la comprensión que se realiza 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 habrá que llenar la cavidad quirúrgica con una gacha de gasa, que debe reunir ciertas condiciones para este caso, y para aumentar su acción hemostática la gasa puede ser impregnada con algún medicamento por ejemplo trombina, trombo-plastina, adrenalina, percloruro de hierro; y para evitar que la gasa se adhiera a la cavidad ósea puede ser impregnada previamente con vaselina, o existen algunos tipos de gasas estériles como el clauden o strepon. El taponamiento que se

realiza es con el objeto de evitar una hemorragia.

Hemorragia secundaria: Aparece en algunas horas o algunos días después de la operación y puede obedecer al rompimiento del coágulo por algún esfuerzo hecho por el paciente, o por haber cesado la acción vasoconstrictora de la anestesia.

El tratamiento de este accidente se realiza por métodos locales y métodos generales.

En los métodos locales se efectúa un lavado de la zona afectada y se lava con agua caliente hasta localizar por donde emana la sangre y la hemostasia se efectúa por taponamiento a presión con grasa (simple o con medicamento). Esta presión debe de ser mantenida por lo menos durante media hora, la cual se retira con suma precaución. En caso de persistencia se insiste con la compresión o se administran los tratamiento generales en muchas ocasiones no es fácil realizar comodamente las maniobras para cohibir una hemorragia ya sea por que el paciente es intolerante o al estar maniobrando existe molestia, por lo cual es recomendable utilizar una compresa preestereotizada local en el lugar donde se localiza la hemorragia. Además de las ventajas que se obtienen por el poder vasoconstrictor del líquido anestésico el empleo de este procedimiento permitirá realizar con-

comodidad las maniobras y al final pasar un hilo de sutura - para aproximar los labios de la herida sangrante con colocación de Oxigel o placenta en el interior de la cavidad ósea.

Métodos generales. En este caso se mejorará el estado general del paciente administrando tónicos cardíacos por ejemplo: aceite alcanforado, cardiazol y así se trata de reemplazar la sangre perdida con una inyección de suero glucosado, transfusión sanguínea, y medicamentos coagulantes (Ergotina, coaguleno).

Complicaciones Generales.

Cualquier intervención en la cavidad oral puede ser seguida de complicaciones generales. Muchas de estas podemos prevenirlas y otras escapan a nuestros buenos propósitos.

CONCLUSIONES

Considerando el problema que presentamos en ésta tesis, y debido al alto índice de casos que se presentan en el consultorio dental, es necesario como Cirujanos Dentistas tener conocimiento más amplio en la materia para darles un tratamiento adecuado.

Es necesario hacer la intervención quirúrgica de los caninos incluidos debido a las consecuencias que después puede provocar en los pacientes como son la presencia de infecciones, reabsorción patológica de los dientes adyacentes, quistes y tumores, para evitarlos oportunamente.

BIBLIOGRAFIA

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1.- Guillermo A. Ries
Centeno. | CIRUGIA BUCAL. |
| 2.- Astra Chemicals | COMPENDIO DE ANESTESIA
EN ODONTOLOGIA |
| 3.- Diamond M. | ANATOMIA DENTAL. |
| 4.- Fernando G. Quiros | PATOLOGIA BUCAL. |
| 5.- W. Harry Archer. | CIRUGIA BUCAL |
| 6.- Guralnich Walter | TRATADO DE CIRUGIA ORAL, |
| 7.- Sicher y Tandler. | ANATOMIA PARA DENTISTAS, |
| 8.- Tomas Velázquez | ANATOMIA PATOLOGICA
DENTAL Y BUCAL. |