

22-344



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**Técnica Quirúrgica de Caninos Superiores
Retenidos**

T E S I S

Que para obtener el título de:
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a :
ELIAS GARCIA RODRIGUEZ

México, D. F.

1900



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.

TECNICA QUIRURGICA DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

INDICE

	Pag.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I ETIOLOGIA	3
CAPITULO II CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS	9
CAPITULO III RELACIONES ANATOMICAS	12
CAPITULO IV HISTORIA CLINICA	17
CAPITULO V ESTUDIO RADIOGRAFICO	32
CAPITULO VI INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	39
CAPITULO VII PREMEDICACION Y ANESTESIA	44
CAPITULO VIII TECNICA QUIRURGICA	58
CAPITULO IX TRATAMIENTO POSTOPERATORIO	78
CONCLUSIONES	82
BIBLIOGRAFIA	83

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

Durante mi estancia en la clínica, he notado que entre los padecimientos dentales, que se presentan hoy endía, se encuentran con frecuencia aquellos que afectan a los caninos.

El tratamiento adecuado de los caninos retenidos o no erupcionados, depende de la comprensión de los factores anatómicos, fisiológicos y patológicos, relacionados con ellos.

Para la extracción de los caninos superiores retenidos, seguirán los principios quirúrgicos, de la preservación e integridad de los tejidos.

Es de suma importancia el estudio de las porciones coronarias y radicular, para planear, de acuerdo con los datos radiográficos de estas regiones, así como el método que más convenga, para que la extracción cumpla los postulados del menor traumatismo; la vía de menor resistencia y el control de la fuerza a realizarse, evitando-

molestias innecesarias para el paciente.

Es por ello que mi preocupación fundamental es pretender desarrollar dentro de mi tesis el tema de la Cirugía Bucal.

C A P I T U L O I

ETIOLOGIA DE DIENTES RETENIDOS

Se denominan dientes retenidos o impactados, aquellos que una vez llegada la época de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

Los dientes retenidos pueden presentarse en dos formas:

- a).- Cuando el diente está completamente rodeado, - por tejido óseo, (Retención Intraósea).
- b).- El diente se encuentra cubierto, por la mucosa gingival, (Retención Subgingival).

Cualquiera de los dientes temporales, permanentes o supernumerarios, pueden quedar retenidos en los maxilares.

Según la estadística de BERTEN-CIESZYNSKI, la frecuencia que corresponde a los dientes retenidos es la siguiente:

Tercer Molar Inferior	35%.
Canino Superior	34%.
Tercer Molar Superior.....	9%.
Segundo Premolar Inferior.....	5%.
Canino Inferior.....	4%.
Incisivo Central Superior.....	4%.
Segundo Premolar Superior.....	3%.
Primer Premolar Inferior.....	2%.
Incisivo Lateral Superior.....	1,5%.
Incisivo Lateral Inferior.....	0,8%.
Primer Premolar Superior.....	0,8%.
Primer Molar Inferior.....	0,5%.
Segundo Molar Inferior.....	0,5%.
Primer Molar Superior.....	0,4%.
Incisivo Central Inferior.....	0,4%.
Segundo Molar Superior.....	0,1%.

El número de dientes retenidos en un mismo paciente es variable.

El problema de la retención dentaria es ante todo - un problema mecánico. El diente que está destinado a hacer su normal erupción y aparecer en la arcada dentaria, como sus congéneres erupcionados, encuentre en su camino un obstáculo que impide la realización del normal trabajo que le está encomendado.

La erupción dentaria se encuentra, en consecuencia, impedida mecánicamente por ese obstáculo.

Se puede clasificar las razones por las cuales el - diente no hace erupción, de la siguiente manera:

- 1.- Causas Embriológicas.
- 2.- Causas Locales o Mecánicas.
- 3.- Causas Generales.

1.- CAUSAS EMBRIOLOGICAS. Por razones mecánicas el - germén dentario puede encontrarse, muy alejado de el sitio normal de erupción, se verá impedido para llegar al - borde alveolar.

En las causas embriológicas tenemos:

- a).- Herencia.
- b).- Sífilis Hereditaria.
- c).- Desnutrición.
- d).- Ausencia Congénita.
- e).- Enfermedades de los Maxilares.
- f).- Tuberculosis.

2.- CAUSAS MECANICAS.

a).- FALTA DE ESPACIO. En el caso del diente debido a su situación tan alta en la fosa canina, cuando este - debe erupcionar no lo pueden hacer, pues, no hay espacio para que tome su sitio correcto en la arcada, el cual, - ha sido ocupado por el lateral y el 1er. premolar que deben erupcionar primero.

Según Goldsmith, "El lugar que debe ocupar el canino permanente, es guardado por el canino temporal, mientras los incisivos y premolares erupcionan, por ser el - canino temporal de menos dimensión que el permanente, el espacio que mantiene no es suficiente por lo cual queda retenido o desviado".

Cuando es extraído un diente temporal prematuramente, los dientes vecinos sufren un cambio en su posición,

y por lo tanto, no hay espacio para la erupción del diente permanente.

b).- ENOSTOSIS. El tejido óseo se encuentra demasiado calcificado, que no puede ser vencido en el trabajo de erupción del órgano dentario.

c).- ELEMENTOS PATOLOGICOS. Pueden oponerse a la -- normal erupción dentaria como: Dientes Supernumerarios, -- Tumores Odontogénicos.

d).- PRESENCIA DE QUISTES. Los quistes dentígeros y tumores no permiten al diente, cuya corona envuelven, -- hacer erupción.

3.- CAUSAS GENERALES.

Todas las enfermedades generales se encuentran en -- relación, con las glándulas endocrinas pueden ocasionar, trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencias de dientes,

Las enfermedades ligadas al metabolismo de calcio - (Raquitismo), tienen tambien influencia sobre la retención dentaria.

Las enfermedades generales que pueden afectar la erupción dentaria, retenciones y ausencia de dientes son:

Diabetes.

Raquitismo.

Hipertiroidismo.

Hipotiroidismo.

C A P I T U L O I I

CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

La retención de los caninos superiores pueden presentarse de dos maneras, de acuerdo con el grado de penetración del diente en el tejido óseo:

- a).- Retención Intraósea, cuando la pieza dentaria está por entero cubierta de hueso.
- b).- Retención Subgingival, cuando parte de la corona emerge del tejido óseo, pero está recubierta por la fibromucosa.

Los caninos pueden ser clasificados de acuerdo:

- 1.- Con el número de dientes retenidos.
- 2.- Con la posición que estos dientes presentan en el maxilar.
- 3.- Con la presencia o la ausencia de dientes en la arcada,

a).- La retención puede ser simple o doble.

b).- Caninos situados en el lado palatino o si
tuados en el lado vestibular.

c).- Caninos en maxilares dentados o en maxila
res sin dientes.

De acuerdo con estos tres puntos se puede ordenar -
una clasificación que corresponde todos los casos de es-
tas retenciones:

CLASE I. Maxilar dentado. Diente ubicado del -
lado palatino. Retención unilateral:

a).- Cerca de la arcada dentaria.

b).- Lejos de la arcada dentaria.

CLASE II. Maxilar dentado. Dientes ubicados --
del lado palatino. Retención bilateral.

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

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

CLASE V. Maxilar dentado. Caninos vestibulopelatinos (con la corona o raíz hacia el lado vestibular), (retenciones mixtas o transalveolares, según Gietz).

CLASE VI. Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado pelatino:

a).- Retenciones unilateral.

b).- Bilateral.

CLASE VII. Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado vestibular;

a).- Retención unilateral.

b).- Bilateral.

C A P I T U L O I I I

RELACIONES ANATOMICAS (REGION PALATINA)

Llamada así la pared superior y posterior de la cavidad bucal, constituye una zona de alto interés para el odontólogo y el cirujano oral; Consta de dos porciones:

BOVEDA PALATINA O PORCION ANTERIOR.

LA PORCION POSTERIOR.

EL VELO DEL PALADAR.

El conjunto tiene la forma de una bóveda limitada - anterior y lateralmente por la arcada dentaria. Cóncava - en todos sentidos, la profundidad de la bóveda es variable en los distintos individuos.

BOVEDA PALATINA O PORCION ANTERIOR

La bóveda palatina se compone de tres capas:

- a).- La Membrana Mucosa.
- b).- El Esqueleto Oseo.
- c).- Vasos y Nervios.

a).- La Membrana Mucosa.

Se encuentra intimamente adherida al periostio subyacente, forma con él una membrana única que se denomina la fibromucosa palatina. Su espesor es variable. En el tercio medio del paladar es muy delgada y puede ser fácilmente perforada, a este nivel al desprendérsela del hueso con fines quirúrgicos. En los costados del paladar es más gruesa (5 milímetros de espesor).

La fibromucosa palatina contiene en su espesor y a los lados de la línea media una espesa capa glandular, las glándulas palatinas, que son glándulas salivales análogas a las de los labios.

Al desecarse el paladar manteniendo un tiempo la boca abierta o realizando anestesia sobre la bóveda, se ven fluir gotas de saliva producidas por estas glándulas.

Esta fibromucosa palatina se desprende con relativa facilidad del hueso subyacente por medio de instrumentos ad-hoc. Debido a su elasticidad puede ser desplazada, en trozos de tamaño diverso, a sitios diferentes donde fijan su nuevo asiento, sirviendo para plásticos.

Al ser repuesta sobre su lugar primitivo, después - de desplazada para operar sobre el hueso del paladar, -- adquiere pronto su primitiva fijeza y relación.

Por la capa profunda de la fibromucosa, y en con--- tacto con el esqueleto corren los vasos palatinos.

b).- El Esqueleto Oseo.

El esqueleto óseo palatino está constituido por las dos apófisis palatinas de los maxilares superiores, que se soldan en la línea media, y las dos apófisis horizontales de los palatinos que también se soldan entre sí.

Además de las suturas bimaxilares y bipalatinas, se encuentran en dicha bóveda la sutura entre las apófisis de los palatinos y de los maxilares: es la sutura máxilo palatina. Estas cuatro suturas toman en conjunto una disposición crucial.

La bóveda puede ponerse en relación con el seno, -- por el divertículo sinusal palatino.

Como accidente anatómico de importancia es el orificio del conducto palatino anterior, zona de importancia-

y que debe ser considerada en el curso de las intervenciones del paladar óseo y los orificios de los conductos palatinos posteriores, que están situados en el ángulo -- diedro formado por la apófisis horizontal y la arcade -- alveolar y próximos al tercer molar; por ellos emergen -- la arteria palatina superior, rama de la maxilar interna y el nervio palatino posterior.

c).- Vasos y Nervios.

ARTERIAS. Las arterias y nervios, se anastomosan -- con la arteria esfenopalatina, que sale por el agujero -- palatino anterior. En su trayecto da numerosos ramos que se distribuyen por la bóveda, mucosa y alvéolos dentarios.

Es fundamental recordar el trayecto de los vasos palatinos con el fin de no seccionarlos en el curso de una operación sobre la bóveda.

VENAS. Las venas de la bóveda palatina corren paralelas a las arterias; desembocan en varios troncos venosos: el plexo venoso pterigoideo, las venas de la mucosa nasal, de la lengua y de las amígdalas.

LINFATICOS. Desembocan en los ganglios profundos -- del cuello.

NERVIOS. Los nervios son de dos órdenes: motores y sensitivos; los primeros están destinados a la motilidad del velo del paladar.

Los nervios sensitivos provienen del ganglio esfenopalatino (del nervio maxilar superior).

VELO DEL PALADAR

Aunque esté un poco alejado de la patología dentomaxilar, haremos ligeras consideraciones sobre el paladar-blando. Entren en su constitución las dos primeras capas de la bóveda palatina, de las cuales son continuación y tienen parecidas características, sólo que la mucosa es más delgada y menos adherida al plano aponeurótico.

La capa glandular es de mayor espesor, poseyendo -- una capa aponeurótica y capa muscular que aquélla no tiene. Por el lado nasal, la cubre la misma mucosa pituitaria, continuación de la nasal. Detallar los músculos y la disposición de la aponeurosis sería entrar en consideraciones ajenas al tema en estudio.

C A P I T U L O I V

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

El Cirujano Dentista efectúa la historia clínica -- después de estudiar el cuestionario de la evaluación preliminar, lo cual incluye una evaluación más específica -- de los datos positivos derivados del interrogatorio previo. En la mayoría de los casos es poco el tiempo que se pierde en esta de evaluación. Si la historia preliminar indica puntos posibles de una investigación más minuciosa, y si el dentista es incapaz de seguir adelante, deberá consultar en ese momento al médico del paciente.

Para ayudar a confeccionar una historia detallada -- haremos una revisión general de ciertos grupos de enfermedades, sugiriendo una serie de preguntas para su evaluación odontológicas; solo mencionaremos las enfermedades más comunes y las que implican más riesgos.

ENFERMEDADES METABOLICAS.

DIABETES MELLITUS. Cualquier tratamiento odontológico en un diabético mal compensado implica un grave riesgo. Se ha demostrado que el stress emocional eleva la glucemia y aumenta la tendencia a la acidosis y al coma diabético.

La mayoría de los diabéticos pueden proporcionar una adecuada estimación de su estado clínico, ya que muchos de ellos determinan rutinariamente el azúcar contenido en la orina. Si el paciente duda con respecto al control de su afección, se le interrogará acerca de la presencia de sed excesiva, eliminación abundante de orina y pérdida anormal de peso. Todos estos son signos de diabetes mal compensada. Si la duda aún subsiste, se ordenará una consulta médica.

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

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

A causa de cierto grado de aprensión, los pacientes concurren a la consulta sin haber ingerido alimentos; -- además y dada la frecuencia con que actualmente se realizan varias sesiones diarias, el enfermo puede abstenerse de una o dos comidas después del tratamiento. En consecuencia si el dentista prevé esta circunstancia puede --- aconsejarle que disminuya la cantidad normal de insulina o que incluso la elimine por completo ese día para prevenir un posible shock insulínico (Coma Hipoglucémico). La elevación transitoria del azúcar en la sangre no es peligrosa.

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

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

INSUFICIENCIA SUPRARENAL. Debe considerarse la posibilidad de provocar una insuficiencia suprarrenal en un paciente que haya tomado adrenocorticoesteroides en los 6 meses previos a la consulta. En algunos casos los traumatismos, incluso aquellos mínimos como la anestesia local o una simple extracción dentaria, son capaces de provocar un shock irreversible; por ello, deberá consultarse antes al médico del paciente, quien probablemente reemplazará el corticosteroide antes del tratamiento odontológico.

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

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y CEREBROVASCULARES

INSUFICIENCIA CARDIACA. Fisiopatología. El corazón es una complicada bomba que puede estar enferma años antes de volverse insuficiente y de no poder asegurar un aporte adecuado de sangre a los tejidos del organismo.

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

1.- Una porción del músculo cardíaco irrigada por una arteria coronaria enferma puede ir a la isquemia (no necrótica) y perder transitoriamente su contractividad, a pesar de que el corazón sigue bombeando un caudal de sangre suficiente hacia los demás tejidos del organismo. Este es el síndrome de la angina de pecho, que no presente una insuficiencia sistémica.

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

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

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

El cuadro clínico de la insuficiencia cardíaca obe-
dece:

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

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

Las insuficiencias cardíacas anterógrada y retrógra-
da pueden ocurrir al mismo tiempo, pero los signos y sín-
tomas de congestión (insuficiencia cardíaca retrógrada -
son clínicamente más comunes,

Normalmente, el corazón izquierdo y el corazón dere-
cho bombean la misma cantidad de sangre, pero cuando el-
aporte del ventrículo izquierdo disminuye como consecuen-
cia de una enfermedad, el aporte del ventrículo derecho-

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

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

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

La expresión fatiga indebida puede que parezca demasiado vaga como para hacer una evaluación específica pero se debe recordar que el caso habitual de insuficiencia congestiva ha venido evolucionando meses o años antes de presentarse los signos y síntomas evidentes.

Durante meses o años los órganos vitales y los músculos esqueléticos del paciente han recibido un aporte nutritivo cada vez menor. Por meses o años los músculos intercostales han tratado de distender los pulmones húmedos y congestionados, aunque es probable que el paciente no presente las molestias clásicas de disnea de esfuerzo, disnea nocturna paroxística u ortopnea, se cansa fácilmente ante el menor ejercicio, de modo que la tendencia a fatigarse pasa a ser un signo de mucha importancia en la evaluación.

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

CARDIOPATIA CORONARIA. La cardiopatía coronaria es una entidad clínica que se presenta como angina de pecho o como infarto agudo del miocardio.

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

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

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

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

En el comienzo los síntomas del infarto agudo de miocardio son similares a los de la angina de pecho, pero el dolor retroesternal no se alivia ni con nitritos ni con reposo, y son comunes la disnea, la debilidad y la traspiración fría. La mayoría de los pacientes que han sufrido un infarto son capaces de suministrar el diagnóstico adecuado durante el interrogatorio.

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

Cuando se hace la historia clínica debe preguntarse

al paciente si ha tenido episodios pasajeros de síncope, de dificultad para hablar o de parálisis o parestia de -- una extremidad. Estos episodios temporarios no constituyen un verdadero ataque, sino que son prodrómicos y generalmente representan una insuficiencia transitoria de la irrigación cerebral. Un paciente con tales antecedentes deberá ser considerado como si hubiera padecido un verdadero ataque.

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

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

EXAMEN FISICO

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

pleta sin el examen físico.

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

1.- Color de piel.

Cianosis: Cardiopatía, Policitemia.

Palidez: Anemia, temor, tendencia al síncope.

Rubor: Fiebre, sobredosificación de atropina, hipertiroidismo.

Ictericia: Enfermedad Hepática.

2.- Ojos:

Exoftalmos: Hipertiroidismo.

3.- Conjuntivas:

Palidez: Anemia.

4.- Manos:

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

5.- Dedos:

Cianosis del lecho ungular: Enfermedad cardíaca.

En palillo de tambor: Enfermedad cardiopulmonar.

6.- Cuello:

Distensión de la vena yugular: Insuficiencia --
cardíaca derecha.

7.- Tobillos:

Hinchazón: Venas varicosas, insuficiencia car--
díaca derecha, enfermedades renales.

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

Adulto normal: 16-18 por minuto.

Niño normal: 24-28 por minuto.

9.- Abdomen:

Ascitis: cirrosis hepática, insuficiencia car--
díaca derecha.

PRESION ARTERIAL Y PULSO. Además de la revisión ha--
bitual se considera que, en cualquier paciente mayor de--
15 años, la determinación de la presión arterial debe --
ser rutinaria en el consultorio odontológico, y que tal--
determinación debería repetirse en pacientes que no ha--
yan sido examinados durante un período de 6 meses o más.

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

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

Las cifras aisladas no bastan para valorar el grado de hipertensión del paciente. Esta apreciación no solo depende de la presión arterial del enfermo sino también muy especialmente de la evaluación de su estado general.

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

AUSCULTACION DEL CORAZON Y LOS PULMONES. El examen-
estetoscópico del corazón y los pulmones, como elementos
que contribuyen a la evaluación física, no se emplea por
lo general en la atención odontológica. Sin embargo, cu-
ando este examen está indicado, el odontólogo puede rea-
lizarlo con toda propiedad si es competente para ello en
virtud de su capacitación y experiencia.

PRUEBAS DE LABORATORIO. Es práctica clásica en paci-
entes hospitalizados de efectuar antes de una anestesia-
general, efectuar un análisis de laboratorio mínimo, que
consiste en un exámen de orina y un recuento globular. -
Estas pruebas nunca fueron rutinarias en cirugía dental,
aunque en algunos pocos consultorios se determinan la he-
moglobina y las cifras de glucosa en orina. Es dudoso --
que este examen agregue datos significativos a la evalua-
ción básica aquí delineada, no obstante si existen dudas
acerca de una posible enfermedad renal, anemia, tendenci-
as hemorrágicas, diabetes, etc., lo aconsejable es remi-
tir al paciente a la consulta médica para contar con una
opinión autorizada al respecto.

C A P I T U L O V

E S T U D I O R A D I O G R A F I C O

El estudio radiográfico del canino retenido debe ser realizado tomando en cuenta ciertas normas para que sea de utilidad. Esta considerado como parte integrante, de la historia clínica, ya que es uno de los métodos auxiliares de diagnóstico, más importantes con que se cuenta en odontología.

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

Es necesario ubicar el diente según los tres planos del espacio; así como también es importante el observar el ápice y la cúspide, y conocer las relaciones que guarda el diente retenido con los dientes vecinos, así como de las estructuras subyacentes (seno y fosas nasales). La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo (densidad rarefacción, presencia del saco pericoronario, existencia de procesos óseos pericoronarios).

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

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

La existencia de ésta anomalía y la ubicación exacta del extremo radicular, deben ser conocidas antes de la operación.

Una buena radiografía debe mostrar:

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

RELACION VESTIBULOPALATINA

Lo primero que se necesita es conocer la posición - vestibular o palatina del diente retenido, para elegir - la vía de acceso. Aproximadamente un 85% de los caninos - retenidos son palatinos y que en muchas ocasiones el relieve que producen en la bóveda los identifica, hay que tener la absoluta seguridad de su posición.

La técnica para obtener la relación vestibulopalatina es la siguiente:

Se coloca al paciente sentado, con su espalda dirigida verticalmente. El plano del arco dentario superior debe ser horizontal; la película oclusal, después de ser sostenida entre ambos maxilares en oclusión, debe estar también horizontal.

En esta posición se hace coincidir el rayo central - que sea paralelo al eje mayor de los incisivos, el cono del aparato radiográfico deberá colocarse sobre la cabeza del paciente, sobre el hueso frontal, aproximadamente dos centímetros y medio sobre la Glabella, que coincide con la prolongación del eje de los incisivos.

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

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

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

UBICACION DEL DIENTE EN EL PLANO ANTEROPOSTERIOR (PLANO SAGITAL)

El sitio del diente en el plano sagital, se logra mediante varias tomas radiográficas, con placas comunes con la siguiente técnica: tres tomas son necesarias para conocer la dirección anteroposterior del diente retenido y las relaciones de la corona y ápice con los órganos cavidades y dientes vecinos. Estas tres tomas se denominarían (anterior, media y posterior).

TOMA ANTERIOR. La película se coloca en el lado palatino, haciendo coincidir la línea media de la placa -- con el espacio interincisivo. El rayo debe ser normal a la placa.

TOMA MEDIA. La película se coloca orientada verticalmente haciendo coincidir su borde anterior con el espacio interincisivo. Rayo normal a la película.

TOMA POSTERIOR. La película se coloca haciendo coincidir el borde anterior con la cara distal del incisivo-lateral. Rayo normal a la película.

IMPORTANCIA DE CONOCER LA PORCION CORONARIA

El canino puede encontrarse con la cúspide enclavada entre dos dientes, o en contacto con una cara de la raíz del central o lateral. Cualquiera de las dos formas significa un sólido enclaje para la corona del diente retenido y uno de los principales obstáculos para su eliminación.

El obstáculo para la extracción del canino retenido como para cualquier diente en las mismas condiciones, es té en su corona y no en su porción radicular.

IMPORTANCIA DE CONOCER LA PORCION RADICULAR

El ápice del canino retenido presenta, por lo gene rel, una pronunciada dilaceración, que se encuentra prac ticamente en todos los casos de caninos incluidos.

Su colocación a nivel, o por encima de los ápices - de los dientes vecinos, su proximidad con el seno maxi-- lar, deben ser satisfactoriamente investigadas por el e- examen radiográfico. No siempre es fácil. La gran canti- dad de tramas óseas que se interponen al paso de los ra- yos, oscurecen el diagnóstico del ápice del canino.

DELIMITACION DEL CANINO EN EL PLANO HORIZONTAL

La técnica para localizar el canino retenido en el- plano horizontal es la siguiente:

a).- Radiografía oclusal, con el rayo central en la línea media e incidencia perpendicular a la placa.

Con esta radiografía no se obtiene la precisa ubicación del canino, pues los rayos secundarios dan una imagen del diente que no es correcta, proyectándolo a través de las raíces de los demás dientes de la arcada.

b).- Una segunda radiografía, también oclusal, con el rayo central perpendicular a la placa, pasando por -- los premolares, se evita el inconveniente antes citado, -- obteniendo una imagen del diente en la relación con las demás piezas del maxilar.

DELIMITACION DEL CANINO EN EL PLANO VERTICAL

Se coloque una película oclusal, o una película para radiografías extraorales, sobre la mejilla opuesta al canino retenido, "dirigiendo el rayo central atravesando -- el maxilar en sentido horizontal y con incidencia perpendicular a la placa".

C A P I T U L O V 1

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

I N D I C A C I O N E S

Los dientes que permanecen retenidos en los maxilares, deben ser extraídos quirúrgicamente, cuando se producen accidentes nerviosos, inflamatorios o tumorales.

Tenemos la siguiente clasificación:

Infección o dolor, producidos por el diente retenido.

Accidentes nerviosos.

Presencia de quiste o tumor asociado al diente impactado.

Profillexis.

INFECCION O DOLOR. Estas afecciones están dado en los dientes retenidos, por la infección de su saco pericoronario.

La infección de este saco puede originarse por distintos mecanismos y por distintos vías de acceso.

Al hacer erupción el diente retenido, su saco se -- abre espontaneamente al ponerse en contacto con el medio bucal. El proceso infeccioso puede producirse como una -- complicación apical o periodóntica de un diente vecino.-- La infección del saco puede originarse por la vía hemáti-- ca.

La infección del saco folicular se produce por procesos de distinta índole: Inflamación local, con dolores aumento de temperatura local, absceso y fístula, osteítis y osteomielitis.

Los procesos infecciosos del saco folicular, que -- acabamos de considerar, pueden actuar como infección focal produciendo trastornos de las mas distintas índole. Sobre los órganos vecinos como por ejemplo, el seno del-- maxilar o las fosas nasales.

ACCIDENTES NERVIOSOS. Los accidentes nerviosos producidos por los dientes retenidos son bastante frecuentes. La presión que el diente ejerce sobre los dientes -- vecinos, sobre sus nervios o troncos mayores, es posible que originen neuralgias de intensidad, tipo, duración va-- riable.

PRESENCIA DE QUISTE O TUMOR. La presencia de un problema tumoral, ya sea maligno o benigno, comienza con -- hinchazones de repetición y dolor, pueden ser los primeros síntomas y signos de la aparición de un tumor o quiste dentígero. Es aconsejable realizar un estudio radiográfico periódico, hasta determinar con exactitud el tipo de proceso que afecta a la pieza dentaria, para llegar al diagnóstico del proceso tumoral. En algunos casos debe de efectuarse odontectomía profiláctica para hacer un exámen minucioso y determinar que clase de tumor es.

PROFILAXIS. Un diente retenido es un quiste dentígero en potencia, éstos dientes retenidos emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso en la hipergénesis del saco folicular a expensas del cual se originan, -- y por lo tanto, la potencialidad destructiva de una pieza incluida es la razón más consistente para efectuar la odontectomía profiláctica.

C O N T R A I N D I C A C I O N E S

Las contraindicaciones para una extracción dentaria se pueden clasificar, relacionándolas con el diente en -- sí y con el estado general del paciente.

Relacionado con el diente, tenemos:

Gingivitis ulcero membranosa.

Sinusitis aguda en el maxilar.

Estomatitis.

Procesos inflamatorios agudos.

Procesos Malignos.

Procesos Infecciosos.

En las complicaciones postoperatorias debemos de to
mer en cuenta todos los padecimientos ya mencionados, pa
re hacer una extracción dentaria.

Con el estado general del paciente:

Las enfermedades generales que contraindican toda -
intervención quirúrgica en la cavidad bucal. La prohibi-
ción de la operación estará dada, en general por el clí-
nico, enfermedades de los Aparatos y Sistemas.

Las cuales son:

Hipotiroidismo.

Enfermedades Cardíacas.

Infecciones de las vías respiratorias.

Diabetes.

Nefritis.

Glomerulonefritis.

Discrasias sanguíneas.

Leucemia.

Hemofilia.

Anemia.

Leucopenia.

C A P I T U L O V I I

P R E M E D I C A C I O N Y A N E S T E S I A

P R E M E D I C A C I O N

Los propósitos de la premedicación son los siguientes:

- 1.- Mitigar la esprensión, ansiedad o miedo.
- 2.- Elevar el umbral del dolor.
- 3.- Controlar la secreción de las glándulas salivales y mucosas.
- 4.- Controlar las arcadas.
- 5.- Contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos locales.
- 6.- Controlar los trastornos motores (En enfermedades como la parálisis cerebral).
- 7.- Disminuir la tensión, a fin de poder obtener -- "el registro control" en enfermos que resisten con energía a los movimientos pasivos.

SEDACION. Es un estado moderado de depresión cortical, en el cual el paciente está en calma y tranquilo pero despierto.

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

Los medicamentos usados para la premedicación actúan en el sistema nervioso central; sobre el cerebro, tálamo y bulbo raquídeo.

CEREBRO. Es el centro de conciencia, percepción y evaluación de los impulsos aferentes, que determinan las respuestas activas ejecutadas por los centros motores.

TALAMO. Se puede considerar como una subestación receptora de mensajes aferentes que serán retransmitidos hacia la corteza cerebral para su evaluación.

BULBO RAQUIDEO. Contiene los núcleos que rigen las funciones vitales inconcientes, como respiración y circulación sanguínea.

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

La odontología se encuentra en una posición especial con respecto a la premedicación en pacientes ambulatorios. Nuestro principal interés es seleccionar aquellos pacientes que obtendrán más beneficios con alguna farmacoterapia antes de la visita. Aunque cualquier paciente experimenta cierto grado de aprensión antes o durante el tratamiento.

La selección se centrará en los individuos incapaces de controlar la intensidad de sus reacciones ante un estímulo psíquico. Estos serían el adulto y el niño hipersensibles, el adulto y el niño mentalmente deficientes, y los ancianos debilitados y afectados de dolencias crónicas.

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

P A R M A C O L O G I A

Las características de la meperina, el pentobarbital y la prometazina como representantes típicos de los narcóticos, los hipnóticos y los ataráxicos, respectivamente.

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

El pentobarbital se absorbe rápidamente a nivel del tubo intestinal y es excretado casi exclusivamente por -- el riñon.

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

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

MEPERIDONA (Demerol). Se caracteriza por combinar -- las propiedades de la morfina y la sederina. Su potencia analgésica es intermedia entre ambos; la meperidina es superior a la codeína pero, al igual que ésta, las dosis muy elevadas no proporcionan un aumento significativo en el umbral del dolor.

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

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

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

TRANQUILIZANTES MENORES.

DIAZEPAN (Valium). Es un derivado de la benzodiazepina químicamente análogo al clordiazepoxido (librium).

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

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

HIDROXINA (Vistaril, starax). Es un antihistamínico que no tiene ningún parentesco químico con la fenotiacina. La droga aplaca a los niños ansiosos e hiperkinéticos y que mejora las neurosis, la agitación y la aprensión en los adultos.

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

La administración intravenosa está contraindicada - porque se comunicaron casos de gangrena con endarteritis y trombosis.

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

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

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

Baird y Curson propusieron una sencilla técnica para la administración oral del diazepam en pacientes somnolientos.

tidos a procedimientos odontológicos en el consultorio.-- Se entregan a cada paciente 3 comprimidos de 5 mg para -- tomar al acostarse, al levantarse y 2 horas antes de la consulta.

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

El pentobarbital, en cambio, presenta cualidades -- ideales y es el que mejor se ajusta al criterio de la -- premedicación en odontología. Calmará efectivamente al -- paciente disminuyendo su respuesta a un estímulo que podría ser, de otro modo, intolerable.

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

T E C N I C A Y D O S I F I C A C I O N

Para que tenga eficacia el pentobarbital debe de ad

ministrarse en dosis hipnóticas o incluso del doble de estas. Por lo tanto, el paciente no conducirá un automóvil durante las 6 horas posteriores a la administración de la droga.

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

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

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

A N E S T E S I A

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

BLOQUEO INFRAORBITARIO

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

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

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

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

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

BLOQUE PALATINO ANTERIOR

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

Con esta punción anestesiemos el nervio nasopalatino, y por regla general, sirve para reforzar la inyec--

ción infraorbitaria, o en caso, a la supraparióptica.

La técnica consiste en una punción en el paladar a nivel de la línea media, aproximadamente a un centímetro del cuello de los incisivos centrales. Sin embargo este tipo de punción es muy dolorosa, por lo que se recomienda hacer una punción intrapapilar para depositar unas cuantas gotas de solución anestésica, para que, posteriormente, poder depositar el resto de la solución anestésica en el lugar antes mencionado.

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

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

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

BLOQUEO SUPRAPERIOSTICO ALVEOLAR SUPERIOR

El punto de punción es en el pliegue mucó-labial, - en un punto situado entre las raíces del canino y del -- premolar. La aguja se introduce levemente inclinada en -- dirección distal, hasta alcanzar el ápice de la raíz del canino. La raíz puede apreciarse por palpación de la emnencia canina. Tanto en la técnica anterior como en la -- presente, la solución se deposita lentamente.

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

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

Tanto el cirujano dentista como sus asistentes, me-

diente sus modales y sus palabras, deben irradiar seguri
dad y dar confianza al paciente de que no hay porque te-
mer.

Deben mantenerse alejados de la vista del paciente,
todos los instrumentos que pudiesen causar algún temor.

En pacientes sumamente nerviosos, puede recurrirse-
a la premedicación, de algún hipnótico o sedante.

C A P I T U L O V I I I

T E C N I C A Q U I R U R G I C A

EXTRACION DE LOS CANINOS POR LA VIA PALATINA

RETENCION UNILATERAL. Anestesia infraorbitaria del lado a operarse. Anestesia local infiltrativa de la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y del agujero palatino posterior del lado a operarse.

RETENCION BILATERAL. Anestesia infraorbitaria en am los lados. Anestesia infiltrativa local en la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y de ambos agujeros palatinos posteriores.

ANESTESIA GENERAL. Los caninos retenidos pueden ser operados bajo anestesia general.

O P E R A C I O N

INCISION. Para extraer el canino retenido es necesario desprender parte de la fibromucosa. La extensión del colgajo debe estar dada por la posición del canino retenido.

La incisión se puede realizar en dos formas; la primera que se realiza en pleno tejido del paladar duro, -- tiene aplicación para la intervención de los caninos, -- alejados del borde alveolar.

La segunda forma de incisión, consiste en el desprendimiento del telón palatino, realizando previamente el desprendimiento de la fibromucosa palatina de los cuellos de los dientes. El bisturí debe ser de hoja corta, -- el cual se dirige entre los dientes y la encía, llegando hasta el hueso.

La incisión se inicia en el límite ya prefljado (cara distal del segundo premolar, cara distal del primer molar), y se extiende en sentido anterior hasta los incisivos centrales, lateral o molar del lado opuesto, según sea el sitio que ocupe el o los caninos retenidos.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO. Una vez realizada la incisión, el desprendimiento del colgajo se realiza con un instrumento romo (espátula de Freer o periostótomo). Este instrumento se dirige entre la arcade dentaria, y la encía y con pequeños movimientos, sin herir ni desgarrar la encía, se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso del paladar.

OSTEOTOMIA. Para eliminar el hueso que cubre el canino retenido, el cirujano emplea los instrumentos como la fresa quirúrgica y el escoplo (escoplo automatico, o impulsado a golpes de martillo).

CANTIDAD DE HUESO A ELIMINARSE. Es importante especificar la cantidad de hueso a eliminarse. Deben quedar descubierta, toda la corona retenida y parte de la raíz. Ya sea dicho que el principal obstáculo en la extracción del canino retenido esté en su corona y no en su raíz.

En la osteotomía se debe descubrir toda la corona, especialmente a nivel de la cúspide del diente retenido y en una anchura equivalente al mayor diámetro de su corona, para que éste se pueda eliminar de la cavidad ósea sin tropiezos y sin traumatismos.

Según sea la inclinación del canino, se exigirá mayor o menor sacrificio del hueso a nivel de su parte radicular.

USO DE LA FRESA. La fresa es el instrumento de nuestra preferencia. Elimina el hueso, limpiamente y rápidamente, sin molestar al operado.

La osteotomía a fresa se realiza con fresas redondas números 4 o 5 . Una vez ubicada con precisión la corona del diente retenido, por medio de la radiografía o por el relieve óseo, se practican orificios circundando la corona y el primer tercio radicular; la fresa debe -- llegar a tocar la corona del canino y el operador percibe la sensación de dureza del esmalte.

Los diversos orificios creados por la fresa se unen entre sí, seccionando el hueso que los separa con una -- fresa de fisura fina o con un escoplo que dirigido por -- pequeños golpes, cumple el mismo cometido.

Cuando la corona del canino esté muy superficial y el hueso que la cubre es papiráceo, puede ser eliminado en total con una fresa redonda grande.

USO DEL ESCOPIO. Se emplea un escoplo recto, angulado o de media caña. Se aplica verticalmente al hueso y con -- golpes de martillo se elimina el hueso que sea necesario.

En las retensiones superficiales el escoplo no causa molestias, sobre todo porque en tal condición puede -- ser usado bajo presión normal. En las profundas, el golpe de martillo es penoso soportado por el paciente. Evitarlo es mejorar el acto quirúrgico.

MARTILLO AUTOMATICO. La osteotomía puede realizarse por intermedio del martillo automático. El impacto es menos molesto. Pueden usarse las puntas de bayoneta con -- cortes bisel o en lanza. Pocos golpes bastan para sec--cionar el hueso de cubierta. El martillo automático exige que el que lo maneja tenga la suficiente experiencia -- para conocer sus efectos y saber dirigirlo con precisión.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. Realizada la osteotomía, hay que considerar el objeto primordial de la operación, que es la extracción del diente retenido.

Esta parte de la operación exige criterio, habili--dad y fineza, para no traumatizar o luxar los dientes ve

cinosa, o fracturar las paredes alveolares.

La operación consiste en eliminar un cuerpo duro -- inextensible (el diente) de un elemento duro que debe -- considerarse inextensible (el hueso). Esta maniobra sólo puede realizarse con palancas, que apoyadas en el hueso vecino más sólido y más protegido (el hueso del lado interno) elevan el diente siguiendo la brecha ósea creada.

Esto quiere decir que hay que facilitar, por algún medio, la eliminación de este cuerpo inextensible dentro del otro cuerpo que debe ser considerado inextensible. -- Este medio se resuelve por dos procedimientos: o se aumenta ampliamente la ventana ósea por donde debe eliminarse el diente o se disminuye el volumen del diente a extraer. El primer procedimiento exige el sacrificio estéril del tejido óseo vecino, porque para extraer sin -- traumatismos un camino retenido, será necesario extirpar una cantidad considerable de hueso.

El segundo procedimiento es sencillo, rápido y elegante. Es la aplicación del clásico método de la odontosección. Se corta el diente en el número de trozos que sea necesario, y se extraen sus partes por separado, y a expensas de los espacios creados por las partes desalojadas se completa la extracción de los trozos que quedan,

Existen algunos casos, en que el diente esté dirigido en un sentido próximo al vertical, en los cuales la sección no es aplicable. En tal posición, se crea un espacio con fresas, alrededor de la corona del canino, y siempre que la cúspide no se encuentre enclaustrada, puede ser extraído con un elevador recto, introducido entre la cara del retenido que mire a la línea media y la pared ósea contigua.

Con movimientos de rotación se introduce el instrumento, con lo cual se consigue imprimir al diente cierto grado de luxación. La extracción termina tomando el diente a nivel de su cuello (en los casos accesibles) con una pinza de premolares superiores y ejerciendo suaves movimientos de rotación y tracción en dirección del eje del diente. Dificultades a estos movimientos, significan dilaceración radicular. Hay que ser, en estas circunstancias, muy parcos en el esfuerzo empleado, por los peligros de fractura de un ápice dilacerado, cuya eliminación es difícilísima.

La odontosección puede realizarse con dos instrumentos: la fresa y el escoplo.

USO DE LA FRESA. La maniobra de la sección del diente

te retenido es sencilla. Exige, como condición necesaria una perfecta visión del diente y su fácil acceso; la osteotomía previa lo habrá logrado. El diente debe ser cortado a nivel de su cuello, con fresa de fisura números - 702 ó 560 dirigida perpendicularmente al eje mayor del diente. Si la región cervical no es accesible, habrá que cortar el diente a nivel de su corona. Para esto será necesario desgastar previamente el esmalte con una piedra, para permitir la introducción de la fresa.

Seccionado el diente, se introduce un elevador recto en el espacio creado por la fresa y se imprime al instrumento un movimiento rotatorio, con el cual se logrará separar definitivamente la raíz y corona, si aún quedaran unidas por algún trozo dentario, y dar a la corona un cierto grado de movilidad. Luego aplicamos el elevador a nivel de la cúspide del canino, se dirige la corona en dirección del ápice, aprovechando el espacio creado por la fresa de fisura. Con esto se logra desconectar la cúspide del retenido de su alojamiento óseo y de su contacto con los dientes vecinos.

USO DE ESCOPIO. La odontosección puede realizarse con el escopio y martillo o escopio-martillo automático,

Por el primer procedimiento, sólo se puede lograr,--
e duras penas, seccionar el diente. El escoplo automáti-
co cumple su cometido sin mayores molestias. El diente --
debe ser cortado a nivel de su cuello, el cual puede ser
previamente debilitado realizando una muesca con una fre-
sa.

El escoplo tiene que ser dirigido perpendicularmen-
te al eje mayor del diente. Dos, o lo sumo tres golpes,--
son suficientes para realizar la odontosección.

EXTRACCION DE LAS PARTES SECCIONADAS

EXTRACCION DE LA CORONA. La extracción de la corona
se logra introduciendo un elevador angular, de hoja del-
gada, entre la cara del diente mira hacia la línea media
y la estructura ósea. Con un movimiento de palanca, con-
punto de apoyo en el borde óseo y girando el mango del --
instrumento, se desciende la corona.

Las dificultades que puedan encontrarse a este mani-
bra, residen en insuficiente osteotomía, por escasa am-
plitud de la ventana ósea, menor que el mayor ancho de --
la corona o cúspide del canino introducida profundamente

en el hueso o en contacto con los dientes vecinos.

EXTRACCION DE LA RAIZ. Eliminada la corona, hay un amplio espacio para dirigir la raíz hacia la cavidad ósea vecina. Es más sencilla y exitosa esta maniobra, -- que tratar la luxación de la raíz a expensas de la "elasticidad" de la "porción" ósea del paladar que la cubre.

Cuando la osiestructura es escasa, puede luxarse la raíz introduciendo el mismo elevador angular que se usó para la corona, entre la pared radicular que mira a la línea media y el hueso adyacente y dirigiendo la raíz hacia abajo y hacia la línea media.

En otras condiciones es útil practicar, con una fresa redonda, un orificio en la bóveda ósea que llegue hasta la raíz. Introduciendo por esta perforación un elevador fino o un instrumento sólido se dirige la raíz hacia el espacio vacío.

También puede practicarse, como aconseja COGSWELL, -- con una fresa redonda, un orificio en la raíz, en el cual se introduce el elevador llevando la raíz hacia adelante. Si después de recorrer un trecho se nota una nueva sensación de resistencia, deberá inculparse a la dilatación.

ceración radicular (que debió ser prevista por el examen radiográfico). Una nueva sección de la raíz, a fresa o escoplo, permitirá vencer el anclamiento y eliminar la porción radicular.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA. Extraído el canino, debe inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea y extraer las esquirlas de hueso o de diente que puedan quedar y eliminar el saco pericoronario del diente retenido; éste se extirpa con una cucharilla filosa. La omisión de esta medida puede traer trastornos infecciosos y tumorales (CAHN).

Los bordes óseos agudos y prominentes deben ser alisados con una fresa redonda o con escofinas, o limas para hueso.

SUTURA, El colgajo se vuelve a su sitio, readaptándolo perfectamente, de manera que las lengüetas interdentarias ocupen su normal ubicación.

La sutura tiene por objeto reconstruir los planos incididos para favorecer la cicatrización, por lo tanto debe reunir algunos requisitos indispensables para que

pueda ser considerada como suture adecuada:

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

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

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

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

En los caninos unilaterales, generalmente un punto de suture es suficiente; se coloca a nivel del espacio.- Es necesario desprender, en una pequeña extensión la fibromucosa vestibular para poder pasar con comodidad la aguja.

Terminada la operación, se coloca un trozo de gase en la bóveda palatina, comprimiendo y manteniendo adosa-

da la fibromucosa.

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA DOBLE RETEN- CION DE CANINOS, EN MAXILARES CON DIENTES.

INCISION. La única incisión que conviene, en caso -
de caninos bilaterales, es el desprendimiento del colga-
jo palatino, separando la fibromucosa del cuello de los-
dientes, desde distal del segundo premolar o del primer-
molar (según la ubicación de los ápices de los caninos).

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO. Con una espátula de --
Freer o con el periostótomo, y con la misma técnica seña-
lada para la retención unilateral, se desprende la fibro-
mucosa. El colgajo se mantiene inmóvil, sujetándolo al -
segundo molar.

OSTEOTOMIA. Se practica como en la retención unila-
teral.

EXTRACCION. Seguiré los procedimientos enunciados.

SUTURA. Su empleo es más necesario que en el caso - de retención unilateral. Se pasan tres o cuatro puntos - de sutura en los sitios más accesibles.

EXTRACCION DE LOS CANINOS POR LA VIA VESTIBULAR

CANINOS RETENIDOS EN POSICION VESTIBULAR

Y CANINOS PALATINOS

La vía vestibular para la extracción de los caninos retenidos en el lado vestibular y los palatinos próximos a la arcada dentaria, con espacio suficiente dado por -- diastemas o dientes ausentes, es más sencilla que la palatine. La iluminación es más fácil y el acceso del diente retenido es más directo.

Las indicaciones para la extracción por esta vía -- son, los caninos palatinos, cuyos bordes incisales están colocados, por lo menos, a nivel del lateral; la extracción por vía vestibular de la corona de los que están -- muy próximos a la línea media, es muy difícil por esta --

vía; en estas circunstancias, cuando se ha iniciado la intervención por vía vestibular y no se logra luxar la corona, puede completarse la intervención por la vía palatina.

ANESTESIA. La anestesia de elección es la infraorbitaria; se completa con anestesia del paladar a nivel del agujero palatino anterior y una anestesia distal a la altura del ápice del canino. Si se opera con anestesia general, es útil realizar una anestesia infiltrativa en el vestíbulo, con fines hemostáticos.

INCISION. Se emplea la incisión en arco (PARTSCH) o la incisión hasta el borde libre (NEUMANN). Debe estar lo suficientemente alejada del sitio de implantación del diente, como para que éste no coincida con la brecha ósea, al reponer el colgajo en su sitio.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO. Sigue las normas trazadas para los otros tipos de colgajo. Este debe mantenerse levantado durante el curso de la operación con un separador roma que no traumatice. Hay que evitar tironeamientos que repercutan sobre la vitalidad del tejido gingival.

gival.

OSTEOTOMIA. La osteotomía se realiza a escoplo y -- martillo o a fresa. Ambos métodos son buenos. La tabla -- externa no tiene la dureza y solidez de la bóveda palati -- na y permite la osteotomía más fácilmente.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. Los caninos vestibula -- res, después de levantada la tapa ósea, pueden ser ex--- traídos enteros, luxándolos previamente con elevadores -- rectos que se insinúan entre el diente y la pared ósea, -- en los sitios más solidos. Luxado el diente, se toma con una pinza recta y se extrae.

Los caninos palatinos que se encuentren próximos a -- la arcada dentaria, y en caso de ausencia del incisivo -- lateral, del primer premolar o también de ambos dientes, pueden ser invertidos por la vía vestibular; para hacer -- posible su extracción es necesario seccionarlos.

La odontosección se realiza con fresa de fisura. El diente retenido se corta a nivel del cuello.

La corona se extrae con un elevador recto o angular.

En el espacio creado por la corona extraída se proyecta la porción radicular.

La raíz es movilizada en dirección de su eje mayor, con elevadores, o se practica un orificio en la raíz con una fresa redonda, en el cual se introduce un instrumento delgado con el que se la desplaza.

Puede ser necesario una nueva sección de la porción radicular, cuando la raíz al ser dirigida hacia adelante tropieza con el diente vecino.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA. Se inspecciona la cavidad ósea, se extirpa el saco pericoronario y los restos óseos o dentarios.

SUTURA. Dos o tres puntos de sutura con seda o hilo completan la operación, después de repuesto el colgajo en su sitio.

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

LA EXTRACCION SIMULTANEA DE LOS CANINOS RETENIDOS

Y DIENTES DE LA ARCADA.

Puede presentarse el caso de tener que extraer un canino retenido y los dientes de la arcada, por ser éstos portadores de complicaciones de caries o paradentosis. La extracción simultánea del canino y los otros dientes puede estar aconsejada en algunas oportunidades y contraindicada en otras.

Extraeyendo primero los dientes de la arcada, la porción alveolar queda así sumamente debilitada y la presión ejercida por los elevadores sobre el diente retenido puede fracturar grandes extensiones de hueso alveolar.

La indicación para la extracción simultánea está dada en los casos en que el canino se halla relativamente cerca de la tabla ósea de la bóveda y a condición de que el canino sea seccionado las veces que lo necesite, para disminuir los riesgos de la operación.

Los caninos profundamente retenidos deben ser intervenidos en distintos tiempos: antes que los dientes de la arcada, cuando se dispone de un proceso alveolar de

escasas proporciones y dientes grandes, es decir, por---
ción alveolar debilitada; se extraerá el canino y despu-
és de un tiempo prudencial, hasta que la regeneración --
ósea haya llenado la cavidad creada por esta operación,-
se eliminarán los dientes de la arcada. Después de los -
dientes, cuando el proceso alveolar sea sólido y firme.
Con todo, durante la intervención del canino retenido o-
de los dientes, pueden presentarse condiciones que aconse-
jen la extracción del canino y de los dientes en la --
misma sección.

LA EXTRACCION DE LOS CANINOS EN MAXILARES DESDENTADOS

La vía de elección para la extracción de caninos en
maxilares sin dientes, es la vestibular. La ausencia de-
dientes facilita el problema. Prácticamente, todos los -
casos pueden resolverse por esta vía, a no ser los colo-
cados muy profundamente, lejos de la tabla externa y pró-
ximos a la bóveda. Para estos últimos, el camino más cor-
to es la extracción por vía palatina.

Las normas para la extracción de estos dientes se ajustan a las señaladas para los otros tipos de caninos retenidos.

Para la extracción de los caninos retenidos en la proximidad de la arcada, deben preverse los riesgos de fractura de porciones de la tabla vestibular, lo cual acarrearía trastornos posteriores, desde el punto de viste protético.

Es preferible seccionar el diente, que ejercer presiones peligrosas.

C A P I T U L O I X

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

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

El tratamiento postoperatorio es la fase más importante del cirujano dentista. Tanto es así, que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente, una vez terminada la operación.

Los cuidados postoperatorios deben referirse a la herida misma (y al campo operatorio que es la cavidad bucal) y al estado general del paciente.

TRATAMIENTO LOCAL POSTOPERATORIO

HIGIENE DE LA CAVIDAD BUCAL. Terminada la operación el ayudante o la enfermera lava la sangre que pudo haber

se depositado sobre la cara del paciente, con una gasa -
mojada en agua oxigenada. La cavidad bucal será irrigada
con una solución tibia del mismo medicamento, que limpia-
rá así y eliminará sangre, saliva, restos que eventual-
mente pueden depositarse en los surcos vestibulares, de-
bajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espes-
ción interdentarios.

Estos elementos extraños entran en putrefacción y -
colaboren en el aumento de la riqueza de la flora micro-
biana bucal.

El paciente en su domicilio (ya realizada la forme-
ción del coágulo) hará lavajes suaves de su boca, cuatro
horas después de la operación, con una solución antisép-
tica cualquiera.

FISIOTERAPIA POSTOPERATORIA

El empleo de agentes físicos, como elementos post-
operatorios para mejorar y modificar las condiciones de-
las heridas en la cavidad bucal, que pueden ser frío, ca-
lor, irradiaciones ultravioletas.

FRÍO. El frío como tratamiento postoperatorio se --
emplea con gran frecuencia. Lo aconsejamos bajo la forma
de bolsas de hielo o toallas afelpadas mojadas en agua --
helada, que se colocan sobre la cara, frente al sitio de
la intervención.

Las funciones del frío es múltiple; evita la conges--
tión y el dolor postoperatorio, previene los hematomas y
las hemorragias, disminuye y concreta los edemas postope--
ratorios. El frío se usa por períodos de quince minutos,
seguidos de un período de descanso de otros quince minu--
tos.

Esta terapéutica sólo se aplica en los tres prime--
ros días siguientes a la operación. Prolongada por más --
tiempo, su acción es inútil cuando no perjudicial (pro--
ducción del dolor; no cesación del dolor postoperatorio;
en este último caso el calor esta más indicado,

CALOR. Lo empleamos con el objeto de "madurar" los--
procesos flogísticos y ayudan a la formación de pus; des--
pués del tercer día, puede aplicarse para disminuir las--
alveolitis y dolores postoperatorios.

LAMPARA SOLUX: Rayos Infrarrojos. Son fuentes de calor, que se emplean después de las apicectomías o de extracciones laboriosas. Se usan también en el tratamiento de las alveolitis.

En términos generales, un alvéolo que sangra y se llena con un coágulo, tiene la mejor defensa contra la infección y los dolores.

Si hay que extraer los puntos de sutura esto se hará el cuarto o quinto día (hacen excepción las suturas sobre el alvéolo del tercer molar o aun más posteriores en estos sitios, después del segundo día esta sutura actúa como cuerpo extraño, provocando inflamaciones localizadas y supuraciones; estos puntos, por lo tanto, serán retirados a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas después de la operación).

La alimentación del paciente en realidad no está restringida, pero se recomienda una dieta blanda y que disminuya los irritantes y las grasas.

Se le recetará al paciente antibióticos, antiinflamatorios y analgésicos según sea necesario.

C O N C L U S I O N E S

No se debe considerar a la extracción dentaria como una simple operación sin complicaciones, por lo que debemos de tener el conocimiento tanto del material mecánico como humano con el que vamos a trabajar para lograr con éxito los resultados deseados.

En la actualidad los avances científicos y las constantes evolución del hombre ha hecho que nuestra alimentación sea casi digerida, que nuestra dieta es blanda, dando como resultado una disminución de la función masticatoria y también una disminución de la dimensión de los maxilares.

Una correcta historia clínica, es fundamental para definir el tratamiento a seguir, así como el uso de la radiografía, por medio de la cual veremos la posición del canino, su profundidad en el hueso, retención, etc, para que con base a esto estudiemos el tipo de intervención a realizar.

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

RIES CENTENO, GUILLERMO A.

CIRUGIA BUCAL, PATOLOGIA CLINICA Y TERAPEUTICA

SEPTIMA EDICION,

BUENOS AIRES, EL ATENEO, 1973.

O. KRUGER, GUSTAV.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

CUARTA EDICION,

MEXICO, EDITORIAL INTERAMERICANA, 1978.

QUIROZ GUITIERREZ, FERNANDO

TRATADO DE ANATOMIA HUMANA,

DECIMA SEGUNDA EDICION,

MEXICO, EDITORIAL PORRUA, S. A. 1974.

BJORN JORGENSEN, NIELS.

JESS HAYDEN, JR.

ANESTESIA ODONTOLÓGICA.

PRIMERA EDICION,

MEXICO, EDITORIAL INTERAMERICANA, 1970.

Mc CARTHY, FRANK M.
EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA,
SEGUNDA EDICION,
BUENOS AIRES, EL ATENEO, 1973.

MANUAL DE ODONTOLOGIA ASTRA.