

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**Etiología, Diagnóstico y Tratamiento de
Caninos Retenidos**

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

MA. CONCEPCION LUVIANO GARCIA

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.

"ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE CANINOS RETENIDOS".

T E M A R I O

	PAGINA No.
CAPITULO I. INTRODUCCION.	1
CAPITULO II. DEFINICION Y GENERALIDADES.	2
CAPITULO III. ETIOLOGIA.	5
CAPITULO IV. HISTORIA CLINICA Y DIAGNOSTICO.	8
CAPITULO V. ESTUDIO RADIOGRAFICO.	12
CAPITULO VI. CLASIFICACION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS DE ACUERDO A SU POSICION.	16
CAPITULO VII. PREMEDICACION Y ANESTESIA.	20
CAPITULO VIII. TECNICA QUIRURGICA.	29
CAPITULO IX. TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.	41
CAPITULO X. COMPLICACIONES QUIRURGICAS.	44
CAPITULO XI. CONCLUSION.	49
BIBLIOGRAFIA.	50

CAPITULO I.- INTRODUCCION.

Con el presente trabajo pretendo exponer la técnica más adecuada para la extracción quirúrgica de dientes retenidos, incluidos o impactados en los maxilares, y especialmente los caninos superiores.

Para la extracción de estos dientes, deberán seguirse los principios quirúrgicos de la preservación e integridad de los tejidos, asimismo, la cirugía tendrá que planearse de acuerdo con la posición, tamaño y forma que el canino superior retenido presente en el maxilar.

Aspectos de suma importancia que deberán tomarse en cuenta para la extracción quirúrgica de este diente, son sin lugar a dudas la elaboración de una historia clínica completa y un estudio radiográfico veraz, entre otros, para la localización exacta del canino incluido.

Actualmente el cirujano dentista cuenta con muchos y variados métodos a su alcance para efectuar un estudio minucioso y completo del canino superior retenido por extraer.

Inicio pues un estudio breve sobre la etiología, diagnóstico y tratamiento de caninos superiores retenidos, mencionando paso a paso cada uno de los aspectos y técnicas a seguir para lograr con éxito su extracción quirúrgica.

CAPITULO II.- DEFINICION Y GENERALIDADES.

Se da el nombre de dientes incluidos o retenidos a aquellas piezas dentarias que una vez llegada la época normal de su erupción quedan atrapadas dentro de los maxilares manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La retención dentaria se presente de dos formas: -- intraósea cuando el diente está rodeado de tejido óseo y subgingival cuando está cubierto por la fibromucosa gingival.

Cualquier diente temporal, permanente o supernumerario puede quedar retenido en los maxilares, pero solo algunos presentan mayor predisposición para quedar atrapados y son principalmente los caninos y terceros molares superiores e inferiores.

El tratamiento adecuado de los caninos no erupcionados depende de la comprensión de los factores anatómicos, fisiológicos y patológicos relacionados con ellos. Para la eliminación de un diente impactado, es necesario hacer un diagnóstico exacto, valorar el riesgo quirúrgico local y general y sobre todo conocer los principios básicos de la cirugía.

La extracción de un diente retenido, consiste fundamentalmente en un problema mecánico, es pues la búsqueda

por medios mecánicos e instrumentales del diente incluido y su extirpación del interior del hueso donde está -- alojado mediante la aplicación de un conjunto de principios y normas que deben observarse en cirugía.

Estudios estadísticos sobre la frecuencia de los -- dientes retenidos mencionan en orden de importancia los siguientes:

Estudios estadísticos sobre la frecuencia de los -- dientes retenidos mencionan en orden de importancia los siguientes:

- 1.- Terceros molares superiores.
- 2.- Terceros molares inferiores.
- 3.- Caninos superiores.
- 4.- Caninos inferiores.
- 5.- Premolares inferiores.
- 6.- Premolares superiores.
- 7.- Incisivos centrales superiores.
- 8.- Incisivos laterales superiores.
- 9.- Incisivos laterales inferiores.
- 10.- Molares superiores e inferiores.

La relación que hay entre la cavidad bucal con centros vitales del organismo hace que toda intervención -- sea peligrosa tomando en cuenta que están comprometidos tanto tejidos blandos como huesos y considerando el poco

espacio que nos ofrecen labios, carrillos y lengua.

La saliva rica en microorganismos no solo normales sino también patógenos y la comunicación inmediata de la cavidad bucal con la laringe, el libre acceso de ésta — con la faringe y esófago, hacen necesario un estudio minucioso de cada intervención en particular para aplicar los principios quirúrgicos estrictos y cuidadosos para estos casos, como se aplican en cualquier otra parte del organismo humano.

En la mayoría de los casos las extracciones se realizan satisfactoriamente en el consultorio dental, pero hay intervenciones que necesitan mayor atención por parte de los cirujanos dentistas como son las extracciones múltiples, alveolotomías, extirpación de quistes, dientes impactados, reducción de fracturas, etc., mismas que efectuarse en un hospital donde el paciente reciba un — tratamiento adecuado y completo preoperatorio y postoperatorio, como medidas importantes para evitar posibles complicaciones que pueden poner hasta en peligro la vida del paciente.

CAPITULO III.- ETIOLOGIA.

Se han expuesto hasta la fecha muchos factores relacionados con el problema de dientes incluidos mencionándose en primer término a las anomalías de desarrollo del diente mismo que se producen en cualquier período de la formación del germen dentario hasta llegar a la definitiva calcificación de la corona y raíz.

A continuación hago mención en orden de importancia de los principales factores etiológicos más frecuentes de las inclusiones de los dientes permanentes:

- 1).- Factores de crecimiento y desarrollo.
- 2).- Obstrucción mecánica.
- 3).- Traumatismo y desplazamiento durante la etapa formativa del diente.
- 4).- Factores patológicos locales.
- 5).- Factores hereditarios.

Además de estos factores locales que son responsables de esta anomalía, podemos mencionar otros de tipo general y que influyen grandemente en la etiología de los dientes impactados.

Todas las enfermedades generales en relación directa con las glándulas endócrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencia de dientes, así como las enfermedades ligadas al metaboli-

mos del calcio y son principalmente: diabetes, raquitismo, hipertiroidismo e hipetiroidismo.

Otros factores que influyen en la etiología de los dientes retenidos son los que presentan las estructuras anatómicas propias de los maxilares y son:

- 1.- Los huesos palatinos ofrecen mayor resistencia que los alveolares a la erupción de los caninos, por lo que son empujados hacia el paladar.
- 2.- La fibromucosa que cubre el tercio anterior del paladar está sometida a esfuerzos y presiones durante la masticación por lo que se vuelve --- gruesa, densa y resistente y se haya más adherida al hueso que ningún otro tejido blando membranoso de la boca.
- 3.- La erupción dentaria depende en parte de un aumento asociado al desarrollo apical. Esta ayuda a la erupción de los caninos está disminuída, porque su raíz se encuentra normalmente más formada al erupcionar en relación con otros dientes.
- 4.- Mientras más grande es la distancia que tiene que recorrer un diente, desde su punto de desarrollo hasta la oclusión normal, mayores son -- las posibilidades de desviación de su curso normal, teniendo como consecuencia la retención y

el camino debe recorrer mayor distancia que todos los dientes para llegar a establecer contacto con su antagonista.

5.- Existe también una reabsorción retardada de las raíces de los caninos primarios.

6.- Los caninos permanentes son de los últimos dientes en erupcionar por lo que están más tiempo - expuestos a las influencias ambientales desfavorables.

7.- Además el canino permanente está precedido por un canino primario, cuyo diámetro mesio-distal es mucho menor.

Estudios anteriores sobre la frecuencia de inclusión en ambos maxilares han demostrado que los caninos superiores retenidos son veinte veces más frecuente que en vestibular; asimismo se ha observado que la gran mayoría de casos de retención se haya en mujeres, quizá porque los huesos del cráneo y los maxilares son en término medio, más pequeños que en el hombre.

El canino inferior en relación con el superior presenta menor retención y cuando aparece lo hace generalmente por vestibular y raras veces por lingual.

CAPITULO IV.- HISTORIA CLINICA Y DIAGNOSTICO.

Historia Clínica.

La historia clínica se efectúa haciendo un interrogatorio que puede ser una conversación profesional planeada que le permite al paciente comunicar al médico sus síntomas de manera que éste pueda establecer la naturaleza real o presuntiva de la enfermedad; la historia clínica para su elaboración podemos dividirla en dos partes:

- a).- Interrogatorio.
- b).- Exploración física.

El interrogatorio tiene por objeto recabar la información sobre los antecedentes del paciente, su enfermedad actual, antecedentes odontológicos, médicos y familiares, el estudio de aparatos y sistemas, enfermedades metabólicas, en los que podemos encontrar alguna patología y que son entre otros los siguientes:

- 1.- Cardiovascular.
- 2.- Genitourinario.
- 3.- Gastrointestinal.
- 4.- Cardiorespiratorio.
- 5.- Endócrino.

Exámen Bucal. Este merece cuidado especial debiendo inspeccionarse y palpase toda la región gingival y dentaria, así como carrillos, piso de la boca, lengua, -

paladar, vestíbulo para asegurarse de que ninguna superficie bucal nos presente cambios anormales.

Pruebas de Laboratorio. Los estudios de laboratorio son un auxiliar muy importante para completar nuestra historia clínica, por lo que deberán ordenarse este tipo de análisis que consisten en muestras de tejidos -- (biopsia), de sangre, de orina y otros que se someten a un estudio microscópico, bioquímico, microbiológico e inmunológico.

Algunos de los análisis de laboratorio más frecuentemente solicitados en la práctica odontológica son:

- 1.- Tiempo de sangrado.
- 2.- Tiempo de coagulación.
- 3.- Tiempo de protrombina.
- 4.- Biometría hemática.
- 5.- Exámen general de orina.

Estas pruebas de laboratorio son particularmente -- importantes porque pueden suministarnos información de -- gran utilidad, tanto para el diagnóstico de lesiones bucales como para identificar enfermedades sistémicas generales.

Exámen Físico. El exámen físico no debe pasarse -- por alto, prestando particular atención a los siguientes puntos:

a).- Color de la piel:

Cianosis: cardiopatía policitemia.

Palidez: Anemia, temor, tendencia al síncope.

Rubor: Fiebre, sobredosificación de atropina, hipertiroidismo.

b).- Ojos:

Exoftalmos: hipertiroidismo.

c).- Conjuntivas:

Palidez: anemia.

d).- Manos:

Temblor: hipertiroidismo, aprensión, histeria, parkinsonismo, epilepsia, esclerosis múltiple.

e).- Dedos:

Cianosis del lecho angular: enfermedad cardíaca.

En palillo de tambor: enfermedad cardiopulmonar.

f).- Tobillos:

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

g).- Cuello:

Distensión de la vena yugular: insuficiencia cardíaca derecha.

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

Presión arterial y pulso. Junto con la revisión habitual, consideramos que en un paciente mayor de 15 años, la determinación de la presión arterial debe ser rutinaria en el consultorio dental, misma que debe efectuarse en pacientes que no hayan sido examinados durante un período de seis meses o más.

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

CAPITULO V.- ESTUDIO RADIOGRAFICO.

El exámen radiográfico en realidad debe estar consi-
derado dentro de la historia clínica, ya que es uno de -
los métodos auxiliares del diagnóstico más importante --
con que cuenta la odontología.

Sin embargo, para el tratamiento de los caninos su-
periores retenidos y en general para cualquier otro diente
te en esta situación el uso de los rayos "X" es impres-
cindible, ya que antes de afrontar el problema quirúrgi-
co de estos casos, debemos verificar con absoluta pre-
cisión la ubicación a que pertenece (palatina o vestib-
lar), tamaño, posición, distancia de los dientes vecinos
número de dientes retenidos; así como conocer la por-
ción radicular, ya que el ápice de los caninos retenidos
presenta en general una pronunciada dilaceración. La --
existencia de esta anomalía y la ubicación exacta del --
extremo radicular, deben ser conocidos antes de la ope-
ración.

Radiografía Oclusal.- Relación vestibulo-palatina:

Esta relación es necesaria primordialmente para elegir -
la vía de acceso, ya que aproximadamente un 85% de los -
caninos superiores retenidos, presentan una posición pa-
latina. Para la localización de esta relación vestib-
lo-palatina se ha elegido la técnica de la radiografía -

oclusal superior que consiste en:

Posición del paciente.- Sentada con la espalda en el respaldo del sillón en forma vertical, de tal manera que al abrir la boca, el plano del arco dentario superior quede horizontal al piso.

Colocación del cono del aparato de rayos "X".- El rayo central será paralelo al eje mayor de los incisivos, colocando el cono del aparato sobre la cabeza del paciente, sobre el hueso frontal, aproximadamente a 2.5 cms. sobre la glabella que coincida con la prolongación del eje de los incisivos. Con 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 aparecerá por delante de la proyección de los dientes anteriores en caso que su ubicación sea vestibular y por detrás en caso de que sea palatina.

Ubicación del canino en el plano sagital.- Para lograr esta ubicación, la técnica a seguir se logra con la obtención de tres placas radiográficas periapicales a las que denominaremos anterior, media y posterior.

Toma anterior.- Se coloca la película en el lado palatino, haciendo que coincida la línea media de la placa con el espacio interincisivo, siendo la dirección del rayo perpendicular a la película.

Toma media.— Se hace que coincida el borde anterior de la radiografía periapical con el espacio interincisivo, colocándose la placa verticalmente y el rayo perpendicular a la película.

Toma posterior.— Se coloca la película haciendo coincidir el borde anterior con la cara distal del incisivo lateral, siendo normal la dirección del rayo.

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

El principal obstáculo para la extracción del canino retenido como para cualquier diente en similares condiciones, está en su corona y no en la porción radicular. Por esto, el estudio radiográfico debe dilucidar con exactitud las relaciones de la corona antes del acto operatorio para determinar el método más conveniente para su extirpación.

La importancia de conocer bien la porción coronaria radica principalmente en su forma, existencia y dimensiones del saco pericoronario, distancia y relación de la cúspide del canino con los incisivos centrales y lateral y la distancia del conducto palatino anterior. En la mayoría de los casos, la cúspide del canino puede

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

CAPITULO VI.- CLASIFICACION DE CANINOS SUPERIORES
RETENIDOS DE ACUERDO A SU POSICION.

Los caninos incluidos se encuentran en el maxilar superior en una proporción de veinte veces más que en el inferior; se desconoce el por qué de esta diferencia, -- ya que los factores etiológicos son los mismos y con respecto al sitio de localización, es tres veces mayor por palatino que por labial obucal.

En el maxilar superior se presentan generalmente en rotación sobre su eje longitudinal y en posición oblicua suele presentarse también en posición horizontal. Los caninos inferiores retenidos muy raramente se presentan en posición horizontal o al lado del eje lingual del arco.

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

Es importante que la posición de un canino incluido sea bien determinada antes de la cirugía. Este se localiza mejor con un examen radiográfico completo; además podemos valernos de otros métodos para descubrir la posición del diente incluido: puede presentarse un abul

tamiento marcado sobre el paladar y por palpación podemos percibirlo sobre el lado bucal del maxilar.

En las retenciones labiales, en las cuales la corona del canino está en contacto con el tercio apical de la raíz del incisivo lateral, desviará la porción apical de la raíz del lateral hacia lingual y la corona hacia labial. En las retenciones horizontales en que la corona del canino está en contacto con el tercio medio o gingival del incisivo lateral puede usarse únicamente como una guía, sin descubrir los demás aspectos del diagnóstico.

Los caninos superiores se localizan con más frecuencia en las siguientes posiciones:

- 1.- En el paladar, con la corona situada por lingual del incisivo lateral y la raíz extendiéndose hacia atrás paralela a las raíces de los premolares extendiéndose hacia la superficie bucal.
- 2.- Con la corona del diente retenido sobre la zona palatina y el cuerpo de la raíz sobre la superficie del maxilar superior; con la corona del diente sobre la cara bucal y la raíz extendiéndose hacia lingual de las raíces de premolar.
- 3.- Con todo el diente colocado sobre la superficie bucal.

4.- En bocas desdentadas.

5.- Retención bilateral sobre paladar y bucal.

Clasificación.- La retención de los caninos superiores puede presentarse de dos maneras, de acuerdo con el grado de la penetración del diente en el tejido óseo y blando.

Retención intraósea.- Cuando la pieza dentaria está cubierta totalmente por hueso.

Retención subgingival.- Cuando parte de la corona emerge del tejido óseo, pero está recubierta por la fibromucosa.

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

a).- Posición vertical.

b).- Posición horizontal.

c).- Posición angular.

Se clasifican también en relación a su situación en el maxilar superior en:

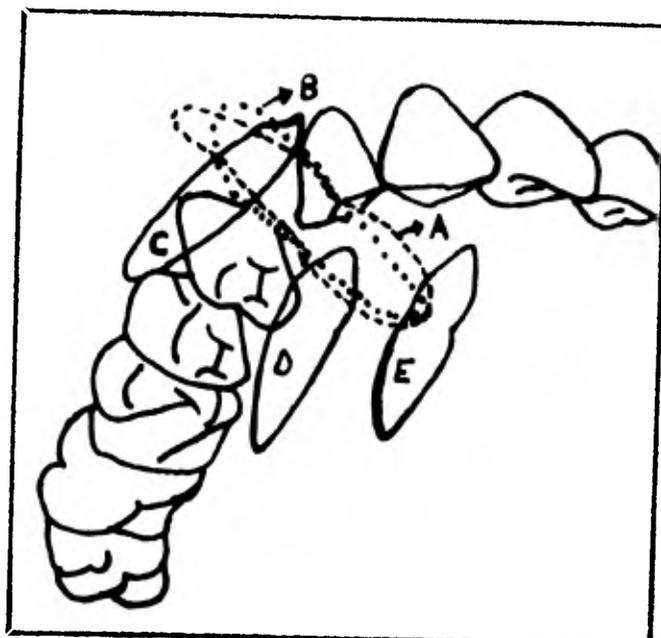
a).- Unilateral.

b).- Bilateral.

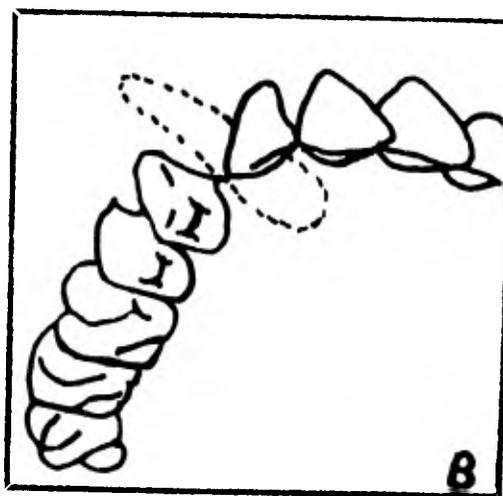
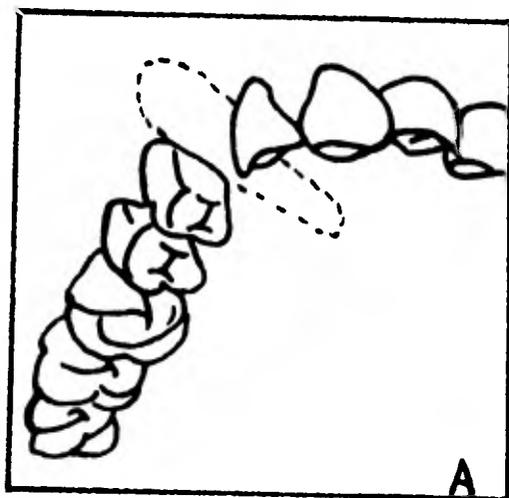
Para ordenar todos los casos de este tipo de retenciones tenemos que utilizar una última clasificación:

- Clase I. Maxilar dentado. Diente ubicado del lado pa-
latino, 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 vestibulo-palati--
nos.
- Clase VI. Maxilar desdentado. Dientes ubicados del la-
do palatino.
- a).- Retención unilateral.
- b).- Retención bilateral.
- Clase VII. Maxilar desdentado. Dientes ubicados del la-
do vestibular.
- a).- Retención unilateral.
- b).- Retención bilateral.

Debemos pues considerar minuciosamente estas clasi-
ficaciones de los caninos superiores retenidos, previa--
mente a cualquier intervención quirúrgica, ubicando ra--
diográficamente la posición exacta del órgano dentario,
ya que la placa radiográfica es un excelente método auxi-
liar del diagnóstico en estos casos.



Distintos tipos de retenciones que pueden presentar los caninos superiores: A) Vestibulopalatina, B) Palatoves-tibular, C) Vestibular, D) Palatina cerca de la arcada y E) Palatina lejos de la arcada.



Esquema de los tipos de retenciones de los caninos superiores en relación con la arcada dentaria. A: retención palatoves-tibular y B: retención vestibulopalatina, llamada también reten ción mixta.

CAPITULO VII. PREMEDICACION Y ANESTESIA.

Este capítulo tratará sobre una técnica simplificada para la premedicación con barbitúricos (sedantes del sistema nervioso) que permitan obtener una sedación ----- efectiva en odontología. El propósito fundamental de -- este tratamiento previo es obtener una sedación psíquica, de tal modo que el paciente se mantenga tranquilo, sin - ansiedad e indiferente cuando llega a la sala de opera-- ciones.

Aunque los principios básicos de la premedicación se mantuvieran inalterados, las técnicas se han modificado con la introducción de nuevas drogas; esto condujo al criterio generalizado del uso preoperatorio de combina-- ciones de fármacos que no solo tienen acciones múltiples, sino que además ayudan a la efectividad de otras drogas anestésicas.

En general se ha preferido la vía intramuscular porque la absorción es más rápida y porque se considera más previsible que si la droga se administrara por la boca, sin embargo, la administración oral es menos peligrosa - así como más conveniente y económica. La psicosedación implica una depresión del sistema nervioso central. Esta acción farmacológica es, por tanto, un requisito esencial para calificar cualquier droga como premedicamento.

Tanto las drogas hipnóticas como las narcóticas tienen la cualidad de actuar fundamentalmente sobre la corteza cerebral, produciendo una depresión que luego se propaga en sentido descendente. Los tranquilizantes menores de creciente importancia en muchos campos de la medicina actúan principalmente sobre estructuras subcorticales relacionadas con el control de las emociones.

La odontología se haya en una posición especial con respecto a la premedicación en pacientes ambulatorios, - nuestro principal interés es seleccionar aquellos pa----cientes que obtendrán más beneficios con alguna forma -- terapéutica antes de la visita. Aunque cualquier paciente experimenta cierto grado de aprensión antes o duran--te el tratamiento, no todos son candidatos a la psicose--dación.

En general el proceso de selección se centrará en - los individuos incapaces de controlar la intensidad de - sus reacciones ante un estímulo psíquico adverso, por -- ejemplo el adulto y el niño debilitados o afectados de - dolencias crónicas.

La técnica que se sugiere en las siguientes páginas es efectiva, simple y comparativamente segura, encamina--da a prestar ayuda a odontólogos noveles, quienes nece--sitan valerse de una droga única que sea a la vez eficaz y segura que pueda ser adaptada fácilmente al movimien--

to habitual del consultorio.

Hemos elegido el Pantobarbital (nembutal) entre como una droga excelente para emplearla en el consultorio; no solo se dispone en varias concentraciones sino que -- puede ser administrado fácilmente en casa ya sea por vía bucal o rectal; por lo tanto, la dosis, como la vía de -- administración puede adecuarse a cada paciente sin necesidad de cambios importantes en la técnica básica; mencionaremos también la Meperidina como otro representante típico de los narcóticos e hipnóticos. A continuación haremos mención de las características y acción farmacológica de cada una de estas drogas que son las más -- comunmente empleadas en el control del complejo ansiedad dolor.

Pentobarbital.- (Nembutal) Es una excelente droga de rápida acción cuyos efectos duran entre tres y seis horas, y su actividad se siente entre los treinta y cuarenta y cinco minutos después de su administración por -- vía bucal o rectal. Su acción se efectúa en la región -- cortical y en un grado menor, en los núcleos subcorticales en dosis moderadas alivia el nerviosismo y la in---- quietud, en dosis mayores tiene un efecto hipnótico. -- Esta droga disminuye la sensibilidad gástrica, de modo -- que inhibe los reflejos de la náusea o el vómito redu---- diendo al mínimo los inconvenientes postoperatorios.

Meperidina.- (Demerol) Se caracteriza por combinar las propiedades de la morfina y la Sederina; su potencial analgésico es intermedio entre ambas; la Meperidina deprime la respiración, aunque menos que la morfina. Las propiedades euforizantes y sedantes de este fármaco 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.

Tranquilizantes menores.- Diazepam (Valium). El Diazepam es un derivado de la Benzodiazepina químicamente similar al Clordiazepóxido (Librium), ambos actúan como sedantes menores y se usan para controlar la mayoría de los problemas emocionales. Se emplea mejor como psicosedante porque es un relajante muscular que actúa sobre el sistema nervioso central, reduciendo el espasmo muscular, potenciando así la acción sedante de este fármaco.

Es completamente inócuo si se emplea solo y en las dosis recomendadas, debiendo ser administrado por un profesional experimentado si se le combina con otros depresores.

Hidroxicina (Vistaril, Atarax) Es un antihistamínico que no tiene relación química con la fenotiacina; se usa esta droga en niños ansiosos e hiperkinéticos y me--

jora las neurosis, la agitación y la aprensión en los -- adultos. Puede administrarse por vía oral o parenteral, aunque la inyección resulta dolorosa.

Las acciones más sobresalientes de cada droga se re flejan en las respuestas fisiológicas que se observan en en el individuo normal; estas respuestas, principalmen-- te las desfavorables pueden ser más acentuadas en el pa-- ciente hipersensible o en el debilitado.

Reacciones desfavorables.

Las náuseas y los vómitos son muy penosos y anular los efectos beneficiosos de la premedicación; la acción sedante de un narcótico se debe a una depresión corti-- cal, si este efecto no se controla correctamente puede -- producirse rubor, depresión respiratoria y coma, en in-- dividuos susceptibles, estas reacciones indeseables po-- drían ser irreversibles o relativamente difíciles de tra tar. Por lo tanto, el manejo de estas drogas requiere -- de conocimientos sólidos que solo se logran con la expe-- riencia. De los tranquilizantes menores que se usan con menor frecuencia en la psicosedación, el Diazepam parece ser el más eficaz y de acción más constante.

ANESTESIA.

La extracción de cualquier diente retenido, requie-- re de una intervención quirúrgica que necesita fundamen-- talmente de métodos anestésicos por tratarse de un pro--

cedimiento que la mayoría de las veces resulta largo y molesto.

Con la anestesia debe preverse la duración de la operación, ya que conjuntamente con la premedicación se persiguen las siguientes ventajas:

- 1.- Disminuir la aprensión, ansiedad o miedo.
- 2.- Elevar el umbral del dolor.
- 3.- Controlar la secreción de las glándulas salivales y mucosas.
- 4.- Contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos locales.

Generalmente este tipo de intervenciones requiere solamente el uso de anestésicos locales; pero cuando por alguna circunstancia tuviera que recurrirse a la anestesia general, lo primero que debemos administrar es un barbitúrico de acción intermedia por vía endovenosa, para que después se proceda a la inducción del anestésico general (protóxido de azoe en combinación con oxígeno). La anestesia de la región canina se logra mediante el bloqueo de los siguientes nervios: Infraorbitario, Esfenopalatino y Palatino anterior y las técnicas empleadas para la aplicación del anestésico son: la inyección supraperióstica alveolar superior en combinación con la palatina del lado que se va a intervenir.

Bloqueo Infraorbitario. Mediante la inyección al -

nervio infraorbitario, rama del maxilar superior, así como las ramas terminales de éste: palpebral inferior, nasal externa, nasal interna y labial superior. Con este bloqueo se anestesia también la rama alveolar antero-superior y media, así como la posterosuperior que emergen del infraorbitario en la parte anterior del canal infraorbitario.

Cuando es necesario se usa analgesia en los incisivos superiores, caninos y premolares o cuando está contraindicado realizar la inyección supraperióstica en algunos de estos dientes.

La referencia principal para bloquear este nervio es el agujero infraorbitario que se localiza por palpación inmediatamente debajo de la escotadura infraorbitaria, aproximadamente a un centímetro del ala de la nariz a nivel de la pupila. La punción se hace a este nivel o a través del pliegue mucolabial (fondo de saco) manteniendo un dedo sobre el agujero para tener una adecuada noción de la dirección que sigue la aguja.

Bloqueo supraperióstico alveolar superior.

En el pliegue mucolabial se punciona y a nivel de las raíces del canino y del premolar. La aguja penetra levemente inclinada en dirección distal, hasta alcanzar el ápice de la raíz del canino, misma que puede apreciarse por palpación de la eminencia canina. En las dos téc

nicas mencionadas, la solución se deposita muy lentamente.

Bloqueo palatino anterior.

La inyección nos sirve para inhibir la sensibilidad de los tejidos blandos de la región palatina anterior así como para los dientes anterosuperiores, asimismo anestesiemos el nervio nasoplatino y reforzamos el bloqueo infraorbitario. La técnica se basa en hacer una punción en el paladar a nivel de la línea media, más o menos a un centímetro del cuello de los incisivos centrales o enseguida de las rugas palatinas. Como esta punción resulta dolorosa, se aconseja hacerla intrapapilar para depositar unas gotas de la solución o posteriormente inyectar el resto en el lugar anterior.

Con este bloqueo se anestesia la fibromucosa, el periostio del paladar y los seis dientes superiores (de canino a canino). Cuando es necesario (dependiendo de la posición del canino retenido) debe anesthesiarse toda la bóveda palatina. Para lo cual se inyecta a nivel de los agujeros palatinos posteriores que se localizan entre el segundo y tercer molar. La inyección en esta región nos bloquea el resto de la bóveda palatina, el periostio y las caras palatinas de todos los dientes de la arcada superior.

En virtud de que cada paciente es un caso diferente y cada quien presenta un temperamento y susceptibili-

dad muy propia y característica, es muy conveniente y recomendable que cada caso se trate con la delicadeza y -- con una actitud meditada, evitando siempre comentarios -- desfavorables en el transcurso de la intervención que -- puedan predisponer al paciente con reacciones indesea---bles tanto para él como para el operador y asistente.

Asimismo muchas veces las reacciones secundarias, -- como lipotimia, choque y colpso pueden ser evitadas y -- descartadas no solamente mediante la elaboración de una historia clínica completa, sino que también el ambiente y trato al paciente deben ser siempre de estímulo, con--fianza y seguridad, lográndose mejores resultados duran--te y después del tratamiento. Debemos también cuidar -- el importante aspecto de mantener lejos de la vista del paciente todas las maniobras instrumentales que puedan -- causarle intranquilidad y temor.

CAPITULO VIII. TECNICA QUIRURGICA.

La extracción quirúrgica del canino retenido es un procedimiento básicamente mecánico, ya que consiste en la eliminación del diente incluido por medios mecánicos e instrumentales del interior del hueso donde se haya -- ubicado.

Los métodos de que se vale el cirujano dentista para la realización de este procedimiento son los principios de la extracción a colgajo y la extracción por seccionamiento que conjuntamente con las maniobras de irrigación, limpieza y sutura, constituyen la técnica más adecuada -- en estos casos.

Para la extracción de los caninos retenidos debemos tomar en cuenta que tenemos dos vías de acceso que son:

- 1.- Vía Palatina.
- 2.- Vía Vestibular.

La vía de acceso se elige de acuerdo al previo estudio radiográfico que nos dará la ubicación correcta -- del diente impactado.

Anestesia..- La extracción del canino superior retenido por vía palatina se inicia con una eficaz anestesia que es parte fundamental del tratamiento quirúrgico; la anestesia debe preveer la duración del tiempo de la operación; debemos también administrar un tipo de anestesia

prequirúrgica del tipo de los relajantes musculares o barbitúricos. En la retención unilateral, la anestesia es la infraorbitaria del lado a intervenirse; anestesia local infiltrativa de la bóveda palatina, del agujero palatino anterior y del agujero palatino posterior del lado a operarse.

Incisión.- Para la extracción del canino retenido en la región palatina, es necesario desprender parte de la fibromucosa dejando descubierta la bóveda ósea. El objeto de la incisión es la obtención de un colgajo que servirá para darnos una visión suficiente del campo operatorio y con un diseño adecuado que no permita lesionarlo o traumatizarlo en el transcurso de la intervención.

La incisión se realiza generalmente con bisturí --- Bard-Parker No. 12, seccionando los tejidos palatinos -- gingivales alrededor del cuello de los dientes, desde -- palatino del incisivo central superior hasta la parte -- distal del segundo premolar la extensión del colgajo se determina por la posición del canino retenido. Cúspide y ápice del canino son los extremos por fuera de los --- cuales se traza la incisión. Esta puede tener dos tipos la de Partsch que tiene forma de arco o media luna o la de Newman que llega hasta el borde libre del segundo pre molar.

Desprendimiento del colgajo.- Este se realiza con un

instrumento romo, que se introduce cuidadosamente entre la arcada dentaria y la encía, y con movimientos pequeños sin herir ni desgarrar la encía, se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso del paladar. Es necesario que después de desprendido el colgajo, se tome con una pinza de disección para mantenerlo inmóvil durante el transcurso de la cirugía. El colgajo debe ser llevado al molar del lado contrario de la arcada, mediante un nudo realizado después de atravesar el colgajo con seda para sutura, con el objeto de mantenerlo aislado de la región de maniobrar y no mutilarlo ni lacerarlo para su posterior adosamiento y sutura.

Osteotomía.- Es el procedimiento que tiene por objeto eliminar el hueso que cubre el canino incluído. -- Antes de realizar la extirpación debemos explorar cuidadosamente el área, ya que por regla general puede observarse o palparse una eminencia prominente en el hueso o en la corona del canino aunque sea parcialmente.

Para este trabajo el cirujano dentista puede hacer uso básicamente de dos métodos que tienen la misma finalidad diferenciándose principalmente en el trauma quirúrgico que pueden ocasionar al paciente, y que consisten en el uso de la fresa quirúrgica de bola, troncocónica o de fisura (carburo o tungsteno) o cincel automático o manual.

El uso de la fresa es el método preferido, ya que es menos traumático, eliminándose el hueso en forma rápida, limpia y eficaz. La osteotomía con fresado se realiza después de haber ubicado con precisión la corona del canino y percibir la sensación particular de dureza de esmalte, haciendo varios orificios alrededor de ésta, que se unen entre sí, seccionando de esta forma el hueso que la cubre; esta unión de los orificios se realiza con una fresa de fisura fina No. 568 o con un escoplo accionado con pequeños golpes, levantándose la tabla ósea con una legra o con el mismo escoplo.

Es necesaria la irrigación constante con suero fisiológico para evitar el sobrecalentamiento cuando se usa el método de fresado para la osteotomía; asimismo en todo momento deberá estarse limpiando el campo operativo preferentemente con aspirador quirúrgico y con gasas estériles con el objeto de eliminar toda posible interferencia en la visibilidad del cirujano.

Es de considerable importancia especificar la cantidad de hueso a eliminarse, ya que se debe dejar descubierta toda la corona del diente retenido y parte de su raíz, porque el principal obstáculo en la extracción del canino retenido radica en su corona y no en su raíz.

La eliminación del hueso está relacionada también a la inclinación mayor o menor del canino, siendo sufi-

ciente eliminar el hueso que recubre el tercio cervical de la raíz. Otro factor que determina la más adecuada técnica de ostectomía, para eliminar la menor cantidad de hueso es la odontosección que generalmente se realiza para la extracción más eficaz del diente retenido.

Extracción del diente impactado.— Una realizada la osteotomía, se efectúa la extracción propiamente dicha, que consiste en la eliminación del diente retenido en -- el hueso; esta maniobra se realiza mediante el uso de pa lancas que deberán apoyarse en las porciones de hueso só lido.

En virtud de que este procedimiento puede requerir de un gran esfuerzo por parte del cirujano y las consi-- guientes fracturas que se pueden ocasionar al hueso al-- veolar delgado y frágil; pueden evitarse estas contingen-- cias aumentando el tamaño de la ventana ósea o seccionan do el diente y realizando la extracción por partes resul tando esta última técnica la más sencilla y menos traumá tica.

La técnica de la odontosección es aplicada para --- dientes en posición horizontal, ya que los dientes rete-- nidos en forma vertical presentan mayor dificultad para su seccionamiento; cuando el diente retenido se haya en esta posición (vertical) se hace un espacio con fresa -- alrededor de la corona del canino y siempre que la cúspi

de no se encuentra enclaustrada, puede ser extraído con un elevador recto introducido entre la cara del diente retenido, aplicando el instrumento con movimientos de rotación con lo que se consigue imprimir al diente cierto grado de luxación. La extracción en estos casos se termina tomando el diente a nivel de su cuello con una pinza de premolares superiores y con movimientos suaves de rotación y tracción en dirección del eje longitudinal del diente a nivel de su cuello con una pinza de premolares superiores y con movimientos suaves de rotación y tracción en dirección del eje longitudinal del diente.

Cuando existe dificultad para efectuar estos movimientos, significa que hay dilaceración radicular; por lo que debemos realizar un esfuerzo cuidadoso por los peligros de fractura de un ápice dilacerado cuya eliminación posterior es más difícil y traumática. La odontosección puede efectuarse también con dos instrumentos que son la fresa y el escoplo. La maniobra de sección del diente retenido con fresa es sencilla debiendo tener una perfecta visión del diente o su fácil acceso; el corte se hará a nivel de la unión cemento-esmalte utilizando fresa quirúrgica en dirección perpendicular al eje mayor del diente. Al realizar la extracción de la corona se recomienda hacer un surco en la porción radicular para facilitar su extracción con un elevador de bandera.

La odontosección por medio de cincel manual es muy traumática y se secciona el diente con dificultad, con cincel automático se reduce notablemente el trauma, pero -- es preferible siempre el uso de fresas.

Extracción de las partes seccionadas.— La extracción de la corona se logra introduciendo un elevador angular o de bandera entre la cada del diente, con un movimiento de palanca, con punto de apoyo en el borde óseo, girando el mango del instrumento se desciende la corona.

Las dificultades que acompañan esta maniobra residen en insuficiente osteotomía, por escasa amplitud de la ventana ósea, menor que el ancho de la corona o cúspide del canino introducida profundamente en el hueso o en contacto con los dientes vecinos. Estas dificultades pueden vencerse dirigiendo la corona en dirección apical a expensas del espacio creado por la fresa al dividir el diente.

La extracción de la raíz es más sencilla, ya que -- existe un amplio espacio para dirigirla hacia la cavidad ósea recién formada, y puede usarse un botador angular o apical. En caso de fractura del tercio apical debido a alguna dilaceración, es conveniente hacer nuevamente una sección de la raíz y extraer el ápice con elevador angular para eliminar completamente esta porción radioular.

Tratamiento de la cavidad ósea.— Una vez que se --

ha extraído totalmente el diente retenido, debe hacerse una cuidadosa inspección de la cavidad ósea eliminando - las esquirlas de hueso o de diente, así como el saco pericoronario, que se extirpa completamente con una cucharilla filosa ya que de no ser así, puede traer como secuelas desfavorables trastornos infecciosos y tumorales. Asimismo, los bordes óseos agudos y prominentes deben -- ser alisados con una fresa redonda o lima para hueso.

Sutura.- Es un tiempo importante e imprescindible - en toda intervención quirúrgica, el colgajo se vuelve a su sitio, readaptándolo perfectamente de manera que las - papilas interdientarias queden adosadas normalmente en su sitio. Como la sutura tiene por objeto reconstruir los planos incididos para favorecer una buena cicatrización, debe reunir algunos requisitos indispensables para que - se considere como adecuada y eficaz:

- 1o.- Que una tejidos de la misma naturaleza, es decir que la sutura hecha por planos reconstruya los diferentes elementos anatómicos.
- 2o. Que la unión de dichos planos sea perfecta para no dejar espacios muertos que favorezcan de sarrollo de gérmenes.
- 3o. Emplear la clase de sutura y el material adecuado para la finalidad a que está destinada (agujas delgadas atraumáticas, seda de tres ceros).

4o. La sutura deberá efectuarse en una herida limpia desprovista de coágulos, tejidos esfacelados o desprendidos en sus bordes y con una perfecta y definitiva hemostasis.

En la extracción de caninos unilaterales, generalmente uno o dos puntos de sutura son suficientes colocados a nivel del espacio dejado por el diente. En los caninos bilaterales retenidos, son necesarios más puntos de sutura para dar mayor firmeza al colgajo adosado nuevamente en su lugar. Terminada la operación, se coloca un apósito de gasa estéril en la bóveda palatina, conteniendo y manteniendo adosada la fibromucosa.

Extracción del canino retenido en vía vestibular.-

La extracción del canino retenido en esta parte del maxilar, resulta más sencilla que la palatina, ya que tanto la vía de acceso, visibilidad e iluminación de la región son más fáciles y directas.

Indudablemente que elegimos esta vía de acceso cuando el canino retenido se haya en posición próxima a vestibular o cuando tenemos una zona desdentada parcial o totalmente.

Anestesia.- La anestecia de elección es también la infraorbitaria, reforzada en el paladar a nivel del agujero palatino y una infiltración más a la altura del ápice del canino.

Incisión.- Esta puede ser de dos tipos, la de forma de arco o semilunar de **Partsch** y la de **Newman**. La primera debe ir más allá del sitio en que se efectúa la intervención para darnos posteriormente un buen soporte óseo; la segunda o de **Newman** es la preferida, ya que se efectúa a nivel del segundo premolar dirigiéndola hacia abajo y adelante hasta el borde libre de la encía, siguiendo el borde gingival hasta el lado mesial del incisivo lateral, de ahí se dirige hacia arriba para terminar a la altura del tercio apical de la raíz del incisivo central.

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

Desprendimiento del colgajo.- Se realiza con la legra, con espátula de **Freer** o con periostótomo evitando maltratarlo para que no repercuta en la vitalidad del tejido gingival.

Osteotomía.- Como en el caso de la vía palatina, esta maniobra puede hacerse con fresa, cincel manual o automático; siendo también la fresa la más adecuada; se hacen perforaciones siguiendo el contorno de la corona; recordando que en esta parte, el hueso ofrece menor resistencia ya que la tabla externa es mucho más delgada que en palatino, presentándose en algunas ocasiones la corona parcialmente expuesta, facilitándose más la eli--

minación ósea.

Extracción.- Una vez realizada adecuadamente la osteotomía, se procede a extirpar el diente retenido para lo cual se usará un elevador recto o angulado para luxar el diente, introduciendo el instrumento entre el hueso y el diente con un apoyo siempre en hueso firme. Cuando - tenemos la ausencia del incisivo lateral, del primer premolar o de ambos dientes, o a veces en presencia de ellos, para realizar la extracción del canino retenido será necesario seccionarlo.

La odontosección se efectúa con fresa de fisura y - a nivel del cuello del diente, extrayéndose la corona -- con elevador recto delgado o angulado; a la porción radicular puede hacerse una perforación para desplazarlo - más fácilmente con un elevador angulado. En ocasiones - es necesario una sección más del diente cuando se dirige hacia adelante y no es suficiente el espacio abierto en el hueso para su extracción.

Limpieza de la cavidad ósea.- Se inspecciona bien la cavidad para eliminar el saco pericoronario, así como los restos óseos y dentarios; los bordes óseos irregulares - se liman con limas para hueso.

Sutura.- Con dos o tres puntos de sutura, según el caso, son necesarios, una vez adosado el colgajo en un - sitio original. Si se desea se coloca apósito quirúrgi

co (Wonder-Pack) que sirve como sedante a la vez que pro
tege la reciente herida que deja la incisión.

CAPITULO IX. TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

Una vez terminada la operación normal de una extracción de canino retenido, es indispensable un tratamien--to postoperatorio, manteniendo vigilancia, cuidado y ---control del paciente, ya que de no ser así, pueden modi--ficarse y aumentarse los inconvenientes surgidos en el -curso de una intervención quirúrgica.

Las normas que deben seguirse después de una extraccion de este tipo dependen de varios factores como son: estado del enfermo, la afección dentaria o peridentaria que llevó a la extracción, estado de la cavidad ósea y de las partes blandas circunvecinas.

El tratamiento postoperatorio se efectúa una vez --terminada la operación, con el objeto de manter los fi--nes logrados por la intervención, como son la repara----ción de los daños que surjan durante el acto quirúrgico, eliminación de la patología que presentaba el diente re--tenido, así como colaborar con el proceso de regenera---ción de todas las estructuras que integran tanto los te--jidos duros (hueso) y los tejidos blandos (mucosa y en---cía).

Básicamente estas precauciones deben ir destinadas a la recuperación de la misma herida, para lo cual la cavidad bucal será cuidadosamente irrigada con suero fisio

lógico, agua bidestilada o una solución tibia de agua -- oxigenada; puede hacerse esta limpieza con un atomizador que limpiará más eficazmente eliminando sangre, saliva, restos que pueden alojarse en los surcos vestibulares, - en la vóveda palatina y en los espacios interproximales de los dientes.

Es conveniente también la toma de una radiografía - post-quirúrgica, para verificar que no hemos dejado restos óseos, dentarios o de otra índole en la cavidad ---- ósea; se recomienda efectuarse antes de suturar la herida o rellenar la cavidad ósea con algún material radiopaco que pudiera encubrir cualquier hallazgo post-operatorio.

Es necesario hacer algunas recomendaciones al pa---- ciente con el objeto de que contribuya a su pronto res-- tablecimiento, y estas consisten en:

- a).- Administración de fármacos: antibiótico, antiinflamatorio y analgésico, según el criterio - del operador y el curso de la intervención, -- que deberá tomarlos según instrucciones.
- b).- Indicaciones sobre: evitar hacer colutorios o gargarismos, guardar reposo durante algunas -- horas, principalmente con la cabeza en alto, - aplicar compresas de agua helada sobre la re-- gión operada, durante 15 minutos por 15 de descansos durante varias horas; tomar una dieta --

blanda, avisarle sobre el día en que serán retirados los puntos de sutura.

- c).- Prevenir el paciente sobre cualquier contingencia posterior como hemorragia, inflamación no controlable por los métodos comunes, para que se comunique con el cirujano dentista.

Finalmente es deseable hacer una revisión periódica del paciente, para conocer el estado y evolución del proceso post-quirúrgico, así como para verificar si hemos cumplido responsablemente con el tratamiento aplicado.

CAPITULO X. COMPLICACIONES QUIRURGICAS.

En toda intervención quirúrgica existe un posible riesgo de complicación o accidente, aunque muchas de estas emergencias y complicaciones carecen de importancia, algunas pueden tener consecuencias graves por lo que debemos tomar una serie de medidas encaminadas a disminuir al máximo este problema y sus secuelas.

Para reducir pues los riesgos y complicaciones, es esencial respetar los principios básicos de la cirugía - que incluye la asepsia, la anestesia, la adecuada exposición del campo operatorio, la hemostasis, la osteotomía conservadora, control de la fuerza que ha de emplearse, el desprendimiento cuidadoso del colgajo y la preservación en todo momento de la integridad de los tejidos. Estos principios son primordiales y siempre valederos - para evitar complicaciones si se les observa al pie de la letra.

Cuando se inicia la intervención debe tenerse establecido un plan ordenado y lógico de todos los pasos necesarios, aun cuando siempre resultan inconvenientes en la extracción quirúrgica de una pieza dentaria incluida. Para la extracción del canino retenido en la bóveda palatina, es necesario desprender una parte de la fibromucosa, por lo que podemos lesionar los tejidos blandos, desgarrar la mucosa, hacer heridas profundas y punzantes

en los tejidos blancos; la pérdida del control de los ins
trumentos produce a veces laceraciones y daños en mejil--
llas, lengua, piso de la boca o el paladar, luxación de
dientes vecinos, etc.

Todas estas lesiones son susceptibles de ser evitadas,
mediante el uso cuidadoso de los instrumentos y un sopor
te adecuado de la mano.

Cuando la raíz del canino superior retenido está en
relación con un granuloma, absceso o quiste apical, su -
remoción debe ser seguida por el tratamiento del hueso -
enfermo, hasta su eliminación total.

Otra complicación posible en la extracción del cani
no retenido en la bóveda palatina es por la cúspide del
canino que puede encontrarse enclavada entre los dientes
o en contacto con una cara de la raíz del control late--
ral, significando un sólido anclaje para la corona del -
diente y un obstáculo para su eliminación, ya que la co-
rona no puede franquear, o lo hace a expensas de la ----
elasticidad de los alveolos provocando la fractura en --
una amplia zona.

Sabemos que una cierta cantidad de dolor y molestias
es de esperarse después de un procedimiento quirúrgico -
en la cavidad oral; y es responsabilidad del profesional
dilucidar la causa; este síntoma es muy importante como
ayuda diagnóstica, ya que su comienzo, la localización,

el tipo, la duración y la intensidad son factores para valorarlo, aun cuando en su principio sea insidioso o insignificante, porque el dolor continuo por más de 24 horas, localizado en la región intervenida y sin disminución de intensidad, debe ser investigado.

La hemorragia postoperatoria que aparece intempestivamente o inmediatamente a la operación, puede denominarse como primaria y secundaria; la primaria se produce en el transcurso de la intervención y se controla mediante el pinzamiento, ligadura o compresión con gasa o taponamientos incluyendo alguna sustancia hemostática (trombina, tromboplastina, adrenalina), cuando es abundante.

La hemorragia secundaria es la que se presenta algunas horas o días después del procedimiento quirúrgico y puede deberse a la caída del coágulo por algún esfuerzo excesivo del paciente o por su licuación por microorganismos patógenos.

En muy raras ocasiones puede haber fractura accidental de la mandíbula, posponiéndose de inmediato la extracción para avocarse a la reducción de la fractura; cuando no se está capacitado para realizar esta operación, debe remitirse al paciente con el especialista.

Accidentes menos frecuentes son los ocasionados por cuerpos extraños como son roturas de agujas muy debilitadas por el uso, caída de algún fragmento de curación, --

amalgama o partes dentarias que deberán desalojarse en cuanto se perciban.

Dentro de las complicaciones generales podemos mencionar los choques anafiláctico y neurogénico; el primero se presenta como una reacción alérgica grave de desarrollo rápido que sucede cuando un individuo es expuesto a un antígeno al cual está sensibilizado, los síntomas característicos son: hipertensión, pulso rápido, piel fría pálida y pegajosa, respiración rápida, etc.

El choque neurogénico es un estado morboso que se refleja por trastornos nerviosos desde la palidez de la emoción hasta la muerte, presentando períodos intermedios que varían dependiendo del origen; la sintomatología en estos casos es presión arterial baja persistente, pulso acelerado, palidez, sudores y respiración superficial y rápida. Su tratamiento está encaminado siempre al restablecimiento de las funciones normales del organismo.

En el choque anafiláctico es útil la aplicación de epinefrina, debiendo colocar al paciente en posición de Trendelenburg, vigilando que haya una buena ventilación de las vías aéreas, puede también administrarse oxígeno en caso necesario.

Puede presentarse ocasionalmente un síncope o desfallecimiento que es la pérdida súbita de la conciencia,

debido a isquemia cerebral, siendo su etiología la hipertensión por la vasodilatación brusca y difusa y la bradicardia. Estos ataques son de corta duración restableciéndose la conciencia en unos minutos.

La bacteremia y septicemia se puede presentar también como una complicación de tipo general; cuando hay algún foco infeccioso y no se toman las medidas necesarias, como en el caso de granulomas o quistes infectados a los que no se les ha dado la terapia antibiótica necesaria, por lo que en el momento de la intervención los microorganismos patógenos penetran al torrente circulatorio; el tratamiento es a base de suero glucosado con antibiótico por vía endovenosa.

C O N C L U S I O N

A través del presente trabajo hemos podido darnos cuenta de que un diente impactado o incluido en cualquiera de los maxilares, es susceptible de desencadenar procesos patológicos que pueden variar de simples a complejos y hasta graves; por lo que debemos optar siempre por efectuar la extracción quirúrgica del diente que presenta esta anomalía, ya que resulta una entidad potencialmente patológica a nivel orgánico general.

Asimismo, el conocimiento de este tipo de anomalías deben impulsar al Cirujano Dentista para ambicionar una más amplia, completa y responsable preparación para llegar a obtener resultados más satisfactorios en la valoración y realización de las técnicas quirúrgicas aplicadas a los dientes retenidos.

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

- 1.- CIRUGIA BUCAL. G.A. RIOS CENTENO
SEPTIMA EDICION.
- 2.- MEDICINA BUCAL. LESTER W. BURKET.
SEXTA EDICION.
- 3.- TRATADO DE CIRUGIA DENTAL. DRUGE, GUSTAVO.
EDICION INTERAMERICANA.
- 4.- ANATOMIA DENTAL. M. DIAMOND.
SEXTA EDICION.
- 5.- ANATOMIA HUMANA. FERNANDO QUIROZ.
SEXTA EDICION.
- 6.- ANORMALIDADES Y DEFORMA-
CIONES DE LOS DIENTES. LEONARD HIRSCHFELD.
- 7.- EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA. FRANK M. MACARTY.
SEGUNDA EDICION.
- 8.- CIRUGIA BUCAL. ARCHER W. HARRY
SEGUNDA EDICION.