



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

## CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

ENRIQUE SALGADO LOPEZ

México, D. F.

1984





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

CAPITULO I.- DEFINICION DEL CANINO RETENIDO.

CAPITULO II.- ETIOLOGIA DE LA RETENCION:

A).- LOCALES

B).- GENERALES

CAPITULO III. CLASES Y POSICIONES.

CAPITULO IV. COMPLICACIONES Y DERIVADOS DE LOS DIENTES RETENIDOS.

A).- ACCIDENTES MECANICOS

B).- ACCIDENTES INFECCIOSOS

C).- ACCIDENTES NERVIOSOS

D).- ACCIDENTES OSEOS

E).- ACCIDENTES TUMORALES

CAPITULO V.- HISTORIA CLINICA

A).- INTERROGATORIO

B).- EXPLORACION FISICA

C).- ESTUDIOS DE LABORATORIO

CAPITULO VI.- ESTUDIO RADIOGRAFICO.

CAPITULO VII.- ANATOMIA QUIRURGICA.

CAPITULO VIII.- PASOS FUNDAMENTALES EN LA TECNICA QUIRURGICA.

CAPITULO IX. PASOS A SEGUIR PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS EN CIRUGIA.

CAPITULO X. TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

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

El canino superior es uno de los dientes que más a menudo queda retenido.

La etiología de esta retención se debe tanto a factores locales como generales. Dentro de los factores locales mencionamos a los obstáculos mecánicos, como un órgano dentario y dientes vecinos, elementos patológicos como son tumores odontogénicos, etc.

Dentro de los generales podemos mencionar las enfermedades generales que están en relación directa con las glándulas endocrinas, síndromes específicos como Down, Disostosis Cleidoeraneal,

La retención del canino trae como una consecuencia una serie de accidentes de variado aspecto e intensidad que tiene lugar en edades muy distintas.

Los problemas anteriores se pueden clasificar clínicamente en: Infecciosos, Nerviosos, Óseos y Tumoriales.

Todo lo anterior me ha inducido a reunir datos para que el estudiante y cirujano dentista puedan recibir algún apoyo con esta tesis.

## C A P I T U L O I

DEFINICION DEL CANINO EN RETENCION

El canino es considerado como el diente más importante en la arcada dentaria, ya que de él depende la apariencia estética de la persona, según sea la posición correcta o incorrecta del canino.

El canino superior se forma entre los 4 ó 5 meses de edad, formándose el esmalte en su totalidad a los 6 ó 7 años y realizando su erupción entre los 12 años. La raíz de este se forma en su totalidad entre los 13 y 15 años de edad,

El canino inferior se forma entre los 4 ó 6 meses de edad, su esmalte se forma entre los 6 ó 7 años de edad y realiza su erupción a los 9 ó 10 años, terminándose de formar su raíz a los 12 ó 14 años.

Como se puede observar y sabemos que el diente canino es el último de los dientes anteriores que hacen erupción, por lo tanto y debido comúnmente a la falta de espacio este queda en retención o erupciona en mala posición.

Denominamos retención dentaria en la que se observa un diente total o parcialmente desarrollado que queda retenido en el interior del maxilar, pudiendo quedar encapsulado o cubierto por un saco epitelial conectivo intacto.

## CAPITULO II

ETIOLOGIA DE LA RETENCION

La etiología de los dientes retenidos que parece más lógica es la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares, dando por resultado maxilares más pequeños y por lo tanto falta de espacio para la erupción de los dientes, ahora bien su etiología es confusa y no esta bien dilucidada a la fecha.

Etiología:

A).- Por razones embriológicas (posición anomala de los germenes).

B).- Por causas tumorales (presencia de odontomas entre la primera y segunda dentición).

C).- Por causas genéticas (tales como el labio fisurado, paladar hendido, enanismo, acromegalia.)

D).- Por causas químicas (un ejemplo clásico es en los pacientes epilépticos, los cuales debido a que ingieren sustancias químicas como el epamin influyen en el desarrollo normal de sus encías y se vuelven fibrosas, ya que mastican con ellas.

E).- Por obstrucción mecánica.

Para esto existen varias teorías que a continuación enuncio:

CAUSAS LOCALES: Es ante todo un problema mecánico para la retención dentaria.

1.- El canino superior tiene un período más largo de desarrollo y su vía de erupción mayor al de los demás dientes, además erupciona en un diámetro mesio distal más pequeño que el de su propio tamaño.

2.- Erupciona junto a los dientes que ya tienen su oclusión establecida y se acomodará en el espacio que le han dejado estos.

3.- Hueso de tal condensación que no puede ser vencido en el trabajo de erupción.

4.- Elementos patológicos como dientes supernumerarios, quistes dentígeros y odontomas.

5.- Trauma e infección del germen dentario.

6.- Durante el desarrollo de la corona de los caninos, ésta quedará colocada por lingual del ápice del canino primario, si hubiere algún cambio en esta posición causada por caries o pérdida prematura de los molares temporales se refleja en los caninos permanentes para una posición anormal.

7.- Obstáculos mecánicos, como las raíces de dientes vecinos, dientes ectópicos, hábitos linguales, succión digital y respira

dores bucales crónicos influyen para su retención.

8.- Alteraciones cicatrizales del maxilar, debido a intervenciones quirúrgicas o bien atrofia maxilar, que es obstrucción nasal.

9.- Un anormal crecimiento y desarrollo de los dientes en el arco o bien fusión incompleta de la maxila con los maxilares.

CAUSAS GENERALES: Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endócrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencia de dientes.

A).- CAUSAS PRENATALES:

- 1.- Herencia.
- 2.- Mezcla de razas.

B).- CAUSAS POSTNATALES:

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

C).- COMPLICACIONES RARAS:

- 1.- Disostosis cleido craneal.



- 2.- Oxicefalia.
- 3.- Progeria.
- 4.- Acondroplasia.
- 5.- Paladar hendido.

Esta comprobado que es más frecuente la retención de los -- caninos superiores que los caninos inferiores y más común en los hombres 20%, también más unilateral que bilateral.

Así mismo la retención palatina es más común que la vestibular, debido a que la corona del canino en formación se coloca por palatino en relación a la posición del canino primario.

## C A P I T U L O    I I I

CLASES Y POSICIONES DE LOS CANINOS RETENIDOS

La retención de los caninos va de acuerdo, con el grado de penetración del diente en el tejido oseo, siendo:

A).- Retención intraosea, - El diente esta cubierto totalmente por hueso.

B).- Retención submucosa, - Parte de la corona emerge en el tejido oseo, pero esta recubierta por la fibromucosa.

Se pueden clasificar también de acuerdo a:

1.- El número de dientes retenidos que puede ser unilateral o bilateral.

2.- Su posición en el maxilar, siendo palatinos o vestibularizados.

3.- Si estan en maxilares dentados o desdentados.

CLASIFICACION:CLASE I

Se encuentra en maxilar dentado, el diente en el lado palatino pudiendo estar horizontal, vertical o semivertical, con retención unilateral y cerca o lejos de la arcada dentaria.

CLASE II

Caninos localizados en la superficie vestibular del maxilar y pudiendo estar vertical o semivertical.

CLASE III

Caninos retenidos localizados a la vez en palatino y vestibular.

CLASE IV

Caninos retenidos en la apófisis alveolar entre el primer premolar en posición vertical.

CLASE V

Caninos retenidos localizados en un maxilar desdentado y -- ubicados en el paladar con retención unilateral o bilateral.

CLASE VI

En maxilar desdentado los dientes estan ubicados del lado palatino, con retención unilateral o bilateral.

CLASE VII

En maxilar desdentado, los dientes estan ubicados del lado vestibular, con retención unilateral o bilateral.

POSICIONES:

- 1.- En el paladar con la corona localizada por lingual del-

incisivo lateral y la raíz extendida hacia atrás paralela a la raíz del premolar.

2.- Con la corona hacia lingual del incisivo central y la raíz extendida hacia atrás, paralela a las raíces de los premolares extendiéndose hacia la superficie vestibular.

3.- Con la corona del diente retenido sobre la zona palatina y el cuerpo de la raíz sobre la superficie vestibular del maxilar superior.

4.- Con la corona del diente retenido sobre la cara vestibular y la raíz extendida hacia lingual de las raíces del premolar.

5.- En todo el diente colocado sobre la superficie vestibular.

6.- En bocas desdentadas.

7.- Retención bilateral sobre el paladar o vestibular del maxilar.

## CAPITULO IV

COMPLICACIONES Y ACCIDENTES ORIGINADOS POR LOS DIENTESRETENIDOS.A).- ACCIDENTES MECANICOS:

En sí todos los dientes retenidos, actúan mecánicamente sobre los dientes vecinos, produciendo trastornos en la integridad del maxilar superior o de la mandíbula.

1.- Trastornos sobre la colocación normal de los dientes, - lo que produce un diente retenido en su intento de "Desinclusión", son desviaciones en la dirección de dientes vecinos, dando por resultado entrecruzamiento de dientes y apiñamientos anti-estéticos.

2.- Trastornos sobre la integridad anatómica del diente. - debido a la constante presión del diente retenido sobre los dientes - vecinos ocasiona alteración en el cemento, dentina y aun en la pulpa dental de estos, debido a la invasión pulpar puede producir procesos - priodónticos de diferente grado.

B).- ACCIDENTES INFECCIOSOS:

Este tipo de accidente está dado por la infección del saco - pericoronario del diente retenido, este saco se infecta por diferentes mecanismos y vías, tales son:

1.- Al hacer erupción el diente retenido, su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal.

2.- El proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o periodóntica de un diente vecino.

3.- La infección del saco puede originarse por la vía hemática.

La infección del saco folicular nos da diferentes signos y síntomas como son: Inflamación local con dolor y aumento de temperatura local, Absceso alveolar agudo o crónico, fístula y osteomielitis, a estos procesos se les conoce en general como pericoronitis.

#### 4.- PROBLEMAS PARODONTALES:

##### I.- ACCIDENTES MUCOSOS:

Son complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean al diente retenido generalmente se instala un proceso inflamatorio, con sus signos característicos; Tumor, Rubor y Calor.

##### II.- ACCIDENTES CELULARES:

En el caso del canino retenido es raro que se encuentren problemas de este tipo, es más bien característico del tercer molar retenido en el cual se producen abscesos del pilar anterior o subamigdalino de diferentes intensidades, Angina de Ludwig o flemones circunscriptos o difusos del piso de boca.

### III.- ACCIDENTES GANGLIONARES:

La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronitis es un hecho frecuente y común, podemos decir que las infecciones del saco pericoronario se acompañan de una afección ganglionar y cuando esto sucede el ganglio esta aumentado de volúmen, a la palpación es doloroso y el proceso tiene repercusión sobre el estado general.

### C).- ACCIDENTES NEUROLOGICOS:

Los accidentes neurológicos producidos por los dientes retenidos son frecuentes y son:

- A).- DOLOR
- B).- INFLAMACION DEL COROIDES
- C).- ALOPESIA
- D).- CEFALEAS

En el caso del nervio dentario pueden incidir transtornos - reflejo paticos y neurotróficos que se traducen en Herpes, peladas, canicie, eczemas, etc.

Uno de los accidentes neurológicos es el trismus como reacción antálgica.

### D).- ACCIDENTES OSEOS:

Los accidentes oseos como tales son muy raros, debido a que primero reaccionaría una Infección que sigue la vía hemática, a pesar de esto en ocasiones se presentan verdaderas osteítis, osteoflemones y osteomelítis.

### E).- ACCIDENTES QUISTICOS Y TUMORALES:

Todo diente retenido es un diente con tendencia a formar un quiste dentífero, estos quistes dentíferos llegan a infectarse y dan procesos supurativos que se complican con procesos oseos (osteítis y osteomelítis).

#### Quistes Dentíferos:

Estos son muy frecuentes que se observan en los dientes renidos, debido a que se desarrollan a expensas del saco pericoronario.

Ocasionalmente los dientes retenidos pueden considerarse -- como causales de tumores tales como el ameloblastoma o aún tumores -- más agresivos.

#### FRACTURAS:

Estas se pueden presentar, debido a que los dientes retenidos ocupan un lugar en el hueso, por lo tanto son un factor de debilitamiento a causa del desplazamiento del hueso.



## CAPITULO V

HISTORIA CLINICA

La historia clínica es un proceso ordenado y cronológico -- que nos orientará para el diagnóstico, pronóstico y manejo de una enfermedad.

Se divide o consta de dos partes:

- A).- El interrogatorio
- B).- La exploración física

1.- INTERROGATORIO:

Directo con el enfermo mismo, indirecto por medio de una -- persona que conozca bien la sintomatología del enfermo cuando este -- no puede expresarse o es muy pequeño de edad.

Consta de los siguientes componentes:

1.- Ficha de identificación:

- A).- Nombre
- B).- Edad
- C).- Sexo
- D).- Estado civil
- E).- Ocupación
- F).- Lugar de nacimiento
- G).- Fecha de ingreso
- H).- Dirección y teléfono

## 2.- ANTECEDENTES:

### A).- Antecedentes familiares

Por medio de este grupo sabremos las enfermedades a las --- cuales esta propenso nuestro paciente, como son la hemofilia, diabetes, angina de pecho, alergias, etc.

Preguntando quienes la presentan, a que edad y si fallecieron a consecuencia de esa enfermedad.

### B).- Antecedentes personales no patológicos

Es para ir valorizando a nuestro paciente y se preguntan -- edad, lugar de residencia, ocupación, estado civil, costumbres y hábi-  
tos.

### C).- Antecedentes personales patológicos;

Así sabremos la enfermedad actual y las de infancia, como - infecciones, traumatismos, operaciones, alergías, etc.

## 3.- PADECIMIENTO ACTUAL:

Aquí realizamos un interrogatorio detallado, por medio de - síntomas que el paciente refiera.

Esquema de interrogatorio:

¿Desde cuando esta usted enfermo?

¿A que atribuye su padecimiento?

¿Cuales fueron las molestias primarias?

¿Han continuado las molestias primarias?

¿Con la misma intensidad que el primer día?

¿Han aparecido otras molestias?

¿Hoy que molestias presenta?

#### 4.- INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

##### A).- Aparato digestivo:

Tiene apetito?

Distingue bien los sabores?

Tiene usted mucha sed?

Tiene mal sabor de boca? A que le sabe?

Dificultad al tragar?

Tiene eructos, agruras, acidez?

Tiene nauseas, vomitos?

Tiene retortigones, colicos, gases en abundancia?

Cuantas veces obra a las veinticuatro horas?

Hay dolor al obrar: Puja?

Es abundante su evacuación; color, consistencia dura, líquida o pastosa?

##### B).- Aparato respiratorio:

Dificultad al pasar aire por la nariz?

Tiene toz y sus características?

Vomitos?

Abundante expectoración, tiene pus en el esputo?

Dolor toracico?

C).- Aparato Cardiovascular:

Sufrio algún problema como el siguiente:

1.- Fiebre reumática,

Presión arterial alta?

Crisis coronaria?

Soplo cardiaco?

Angina de pecho?

Ataques?

Apoplegia?

Insuficiencia cardiaca?

Sífilis?

Insuficiencia renal?

Sufre usted o sufrio alguna vez la siguiente molestia:

Tiene palpitaciones que obedezcan a el esfuerzo?

Se fatiga al caminar?

Le duele el corazón?

Ha tenido desmayos?

Se le ha hinchado alguna parte de su cuerpo, si sí es dura-  
o blanda, palida o rojiza, dolorosa y a que hora es más no-  
table?

Se ha puesto morado?

Tiene dolor de cabeza constante?

Siente calambres u hormigueos?

Toma o tom6 algùn fármaco como:

Digital.

Nitroglicerina.

Quinidina.

Anticoagulantes.

Medicinas para la presión.

Tranquilizantes.

Antibióticos.

Raunolfia serpentina, reserpina serparsil.

Guanetidina (ismelin)

Cortisona.

Metildopa (aldomet).

Antihistaminicos.

Insulina.

Toma otros medicamentos? Cuales son?

Es usted hipersensible o alergico a los siguientes medica--

mentos:

Antibióticos.

Antihistaminicos.

Sueros.

Anestésicos locales.

Alimentos - A cuál ?

D).- Aparato genito urinario:

Orina muy frecuentemente al día?

Orina por las noches?

Que color tiene su orina? Que olor? Sale la orina con sangre?

Siente alguna molestia al hacerlo, como dolor, sensación -- de quemadura?

Siente dificultad al orinar?

E).- Sistema nervioso:

Duerme bien?

Cuantas horas duerme en la noche, en el día lo hace?

Tiene pesadillas, oye bien, huele bien, ve bien?

F).- Sintomas generales:

Esos sintomas son:

Anorexia

Astemia

Adinamia

Fiebre

Perdida de peso

II.- EXPLORACION FISICA

Hay cuatro medios exploratorios y son:

Inspección (Por medio de la vista)

Palpación (Por medio del tacto)

Percusión (Golpeando suavemente a través del sonido)

Auscultación (Recoger sonidos como el del corazón)

Además agregamos el Habitus exterior como es:

Marcha

Facies caracterizticas

Color de la piel

Actitudes

Constitución

Conformación

Complexión

Además los signos vitales:

Tensión arterial

Pulso

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Temperatura

Peso

### III.- PRONOSTICO

Favorable, reservado, desfavorable y comentarios.

### IV.- DIAGNOSTICO

### V.- PLAN DE TRATAMIENTO

### C).- ANALISIS DE LABORATORIO:

Este tipo de analisis es muy importante, ya que en algunas-  
ocasiones la historia clínica y el estudio radiográfico no nos da da-  
tos como los que obtenemos por medio de estos.

El exámen de sangre y orina es muy importante porque en al-  
gún tipo de intervención se nos presentara alguna complicación no sa-  
briamos de que origen y tipo es, pudiendo llegar al shock.

El exámen debe incluir el valor del hematocrito y la cuenta  
de los leucocitos, el número normal de leucocitos esta en cuatro a --  
seis mil células por cien centímetros cubicos de sangre.

#### PRUEBAS:

Tiempo de sangrado - Técnica de IVY

Es de cinco a seis minutos, comparado con otros métodos ---  
(DUKE) en el lóbulo de la oreja es de siete a ocho minutos.

Tiempo de coagulación:

Normalmente es de cinco a diez minutos.

Tiempo de protrombina:

Se considera entre doce y quince segundos.

#### BIOMETRIA COMPLETA:

Nos ayuda a conocer la respuesta general, en caso de infec-  
ción bucal y dichas pruebas son:



1.- Recuento del número total de globúlos rojos (cuatro a cinco y medio millones de globulos por metro cubico de sangre aprox.)

2.- Recuento del número total de globúlos blancos por metro cubico de sangre (De cinco a diez mil leucocitos por metro cubico de sangre circulante).

3.- Forma leucocitaria;

#### VARIETADES

Neutrofilo	3.000 a 7.000 por $\text{mm}^3$
Basofilos	0 a 100 por $\text{mm}^3$
Basinofilos	50 a 300 por $\text{mm}^3$
Linfocitos	1,000 a 3,500 por $\text{mm}^3$
Monocitos	100 a 600 por $\text{mm}^3$

4.- Medición de la concentración de Hemoglobina por cien -- mililitros de sangre.

En el hombre adulto su concentración es de trece a dieci--- seis gramos por cien mililitros de sangre.

En la mujer adulta se encuentran valores menores y son de - doce a catorce gramos por cien mililitros de sangre.

#### EXAMEN DE ORINA

Este exámen es importante porque podemos encontrar ciertas alteraciones bucales unidas con una diabétes, lo cual en un paciente-

sano es mucha mas rápida su evolución, no siendo así en un paciente--  
diabetico.

Los probleams que nos puede acarrear son una respuesta nega  
tiva a la terapéutica periodontal, tardanza en la cicatrización mu--  
guete o dolor bucal por protesis, infecciones agudas dolorosas.

Para encontrar azúcar en sangre se hacen las siguientes ---  
pruebas:

- 1.- El paciente debe estar en ayunas.
- 2.- Que el paciente se presente dos horas después de una --  
comida que contenga cincuenta a cien gramos de carbohidratos.
- 3.- Prueba de tolerancia a la glucosa- Es para casos dudo--  
sos de diabetes.

## C A P I T U L O VI

ESTUDIO CLINICO Y RADIOGRAFICO DE LOS CANINOSSUPERIORES RETENIDOS

El estudio clínico se realiza mediante la Inspección, Palpación y se apoya con exámen radiográfico.

1. INSPECCION:

Se realiza con la vista y se hace cuando hay ausencia del canino permanente en el maxilar o bien presenta el diente temporal, así pués sospechando de una retención.

En algunos casos encontramos una elevación o relieve en el paladar o vestíbulo, de ahí hacia donde esta retenido.

2.- PALPACION:

Se realiza con el dedo índice y consiste en confirmar que exista esa elevación o relieve, en algunos casos existira un proceso infeccioso con fístula, hasta chocar con un cuerpo duro y que en este caso sera en Canino.

3.- ESTUDIO RADIOGRAFICO:

Es muy importante, ya que mediante este estudio se pueden encontrar hallazgos tales como un diente incluído, un quiste, una -- fractura, raices, etc.

Además se establece la posición, forma y relación a tejidos vecinos de un diente incluído.

En el caso de un Canino superior retenido verificaremos la relación con los senos maxilares, ya que son una parte anatómica -- muy importante.

La posición del paciente es la siguiente:

La cabeza del paciente descanza sobre el cañezal del sillón, la línea A-B marca el plano horizontal que pasa por la parte inferior de la nariz y el centro del conducto auditivo externo (plano naso auricular) y el cuál debe estar paralelo al piso, la angulación en la zona de los caninos sera de cuarenta y cinco grados y la punta del cono debe estar colocada en la fosa canina o ala externa de la nariz.

En el caso de las radiografías oclusales la dirección del cono y posición sera sobre la punta de la nariz y la angulación es de noventa grados, esta radiografía sirve para verificar la forma de la bóveda palatina, relación del canino incluído con las raices de los incisivos y premolares, además nos sirve para poder elegir la -- vía de acceso.

Podemos tomar radiografías oclusales unilaterales, todo lo anterior es igual excepto la dirección de la punta del cono,

El canino incluído lo podemos encontrar por diferentes maneras, la más usual es con la cúspide hacia la línea media y la na--

riz hacia atras.

#### 4.- IMPORTANCIA DE CONOCER LA PORCION RADICULAR:

El ápice del canino retenido por lo general presenta una dilaceración pronunciada, por eso es muy necesario conocer el extremo o tercio apical del canino.

"Cuando en los caninos se ve el extremo radicular muy grueso debe sospecharse una dilaceración radicular, practicamente general para los caninos retenidos (Gietz).

Mayrhofer, opina que el grado de precisión de la imagen -- apical nos dara fundamentos sobre la altura a que se encuentra esta porción del diente.

Las partes más alejadas de la placa radiográfica dan sombras menos precisas y menos nitidamente definidas.

La gran cantidad de tramas oseas que se interponen al paso de los rayos, oscurecen el Diagnostico del ápice del canino.

La radiografía debe mostrar con perfecta nitidez:

A).- La forma de la corona.

B).- La existencia y dimensiones del saco pericoronario.

C).- La distancia y relación de la cúspide del canino con los incisivos central y lateral y la distancia con el conducto palatino anterior.

En ocasiones la cúspide del canino puede encontrarse enclavada entre dos dientes o en contacto con una cara de la raíz del central o lateral.

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

Cuando los caninos están colocados del lado palatino los dientes serán extraídos por la vía palatina, cuando están del lado palatino pero cerca de la arcada dentaria y con espacio por vestibular serán intervenidos por la vía vestibular, si la retención es por vestibular se realizara por la via vestibular.

## C A P I T U L O VII

ANATOMIA QUIRURGICA

Este capítulo es uno de los más importantes, ya que debemos tener un conocimiento claro de la región anatómica a la cual vamos a intervenir quirúrgicamente.

El maxilar superior consta de trece huesos dispuestos y articulados alrededor, dichos huesos son:

- A).- Maxilar superior.
- B).- Malar.
- C).- Huesos propios de la nariz.
- D).- Hueso unguis.
- E).- Cornete inferior.
- F).- Hueso vomer.
- G).- Hueso palatino.

Maxilar superior:

Oscificación del Maxilar superior:

El maxilar superior se origina mediante cinco centros de oscificación que aparecen al final del segundo mes de vida fetal y son:

- 1.- El externo o malar.
- 2.- El orbitonasal.
- 3.- El antero inferior o nasal.

4- El interoinferior o palatino.

5.- El que forma la pieza incisiva, situada entre los centros nasales y delante del palatino.

Estructura del maxilar superior:

Es la parte anterior de la apofisis palatina, la base de la apofisis ascendente y el borde alveolar estan formados de tejido esponjoso, mientras que el resto del hueso esta constituido por tejido compacto.

Región Palatina:

Es la pared posterior y superior de la cavidad bucal, sitio de gran interés para el odontólogo y el cirujano oral por la frecuencia con que hacen su desarrollo e invasión los procesos dentarios.

Consta de dos porciones:

1.- La bóveda palatina.

2.- El velo del paladar.

Características importantes de estas porciones.

Membrana mucosa;

Se encuentra adherida al periostio subyacente, formandose con el, una capa o membrana unica denominada Fibromucosa Palatina.

Los nervios que se encuentran son motores destinados a la movilidad del velo del paladar y sensitivos que provienen del gan-



glio esfenopalatino.

Velo del paladar:

También conocido como paladar blando, presenta una mucosa delgada y menos adherida al plano aponeurotico, la capa glandular es de mayor espesor y posee una aponeurosis y una capa muscular.

Como accidente anatómico importante para las intervenciones del paladar óseo, está el orificio del conducto palatino anterior así como los orificios de los conductos palatinos posteriores, por los cuales emergen la arteria palatina superior, rama de la maxilar interna y el nervio palatino posterior.

En sí el Maxilar superior forma la mayor parte de los huesos de la cara, su forma es aproximadamente cuadrangular siendo algo aplanada de adentro hacia afuera:

Presenta las siguientes partes:

- A).- Dos caras.
- B).- Cuatro bordes.
- C).- Cuatro angulos y una cavidad o seno maxilar.

Caras del maxilar superior:

Cara interna, - Esta cara forma parte del piso de las fosas nasales además tiene rugosidades que forman parte de la bóveda palatina, da origen al conducto palatino anterior y además forma la nasal anterior.

Cara externa,- Da a lugar a la implantación de los incisivos, observamos la foseta mirtiforme y la eminencia de la giba canina, encontramos en su cara posterior de la apófisis piramidal a la tuberosidad del maxilar y también a la fosa cigomatica.

Bordes del maxilar superior:

Borde anterior.- Forma con su homologo el orificio anterior de las fosas nasales y el borde anterior de la rama o apófisis ascendente.

Borde posterior,- Es grueso, redondeado y constituye la llamada tuberosidad del maxilar.

Borde superior,- Forma el limite interno de la pared inferior de la órbita, se articula con el unguis, etmoides y con el palatino.

Borde inferior.- Este borde es importante, aquí se encuentran los alveolos dentarios, este borde también es denominado borde alveolar.

Angulos maxilar superior:

El maxilar superior presenta cuatro angulos, de los cuales dos son superiores y dos son inferiores, del ángulo anteroposterior se destaca la apófisis ascendente del maxilar superior de dirección vertical y ligeramente inclinada hacia atrás.

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

PASOS FUNDAMENTALES EN LA TECNICA QUIRURGICA

Todo tipo de intervención quirúrgica esta constituida por una serie de pasos los cuales son:

## 1.- INCISION:

Es la división o sección metódica de las partes blandas, con un instrumento cortante (Ej: Bisturfi).

## 2.- HEMOSTASIA:

Es la maniobra quirúrgica que consiste en detener el sangrado o hemorragia en la incisión o corte de un tejido vitalizado.

## 3.- DISECCION:

Este paso consta de separar las capas y estructuras anatómicas por medios quirúrgicos, para llevar a cabo la extracción previamente planeada.

## 4.- EXPOSICION:

Es la separación de tejidos por tegumentos para obtener la mayor visualización del campo quirúrgico.

## 5.- SUTURA:

Tiene como fin unir los tegumentos incididos y así favore-

cer al máximo la cicatrización, por lo general se realiza en la aponeurosis.

Las suturas se dividen:

A).- SUTURAS ABSORVIBLES

B).- SUTURAS NO ABSORVIBLES

A).- SUTURAS ABSORVIBLES:

Su nombre lo indica, el organismo los absorbe durante el proceso de la cicatrización.

Podemos mencionar algunos de los materiales absorbibles -- son:

Catgut simple

Catgur crómico (es de mayor absorción tisular)

B).- SUTURAS NO ABSORVIBLES

Este tipo de material no lo absorbe el organismo y permanece en el durante todo el proceso de cicatrización hasta que sea retirado por el cirujano.

ASEPSIA:

Es la serie de procedimientos por lo general físicos para matar a todos los gérmenes infecciosos ya implantados.

### Métodos de Asepsia:

- 1.- Autoclave
- 2.- Calor seco
- 3.- Ebullición
- 4.- Calor húmedo
- 5.- Rayos ultravioleta (Evita el desarrollo de las -- bacterias.)
- 6.- Luz alpina mercurial (Durante treinta o cuarenta- minutos en la zona afectada).

## A N E S T E S I A

El hombre desde tiempos muy remotos trato de buscar como - evitar el dolor, en el Oriente ya se conocían drogas que mitigaban - el dolor y éstas eran hipnóticos y anodinas.

### Anestesia general:

Es la pérdida de la conciencia a través de métodos quími-- cos, además de la pérdida de la sensibilidad al dolor.

### Anestesia local:

Es la que se produce durante la aplicación de una droga -- anestésica en la zona operadora en el trayecto de los nervios sensi- tivos de la región;

### 1.- Clasificación de anestésicos:

#### Por inhalación (gases)

- A).- Protoxido de AZOE
- B).- Etileno
- C).- Ciclo propano
- D).- Propileno
- E).- Acetileno

#### 2.- Volatiles:

- A).- Eter etílico, dietílico o sulfúrico
- B).- Eter divinílico o vimetano
- C).- Cloruro de etilo
- D).- Cloroformo
- E).- Tricloro etileno
- F).- Fluotante

#### 3.- Intravenosos:

- A).- Epontal
- B).- Pentotal sodico
- C).- Evipan
- D).- Dorico sodico
- E).- Procaina
- F).- Amital sodico
- G).- Pentobarbital sodico
- H).- Pernoctin

## EL NERVIO TRIGEMINO:

Es un nervio mixto integrado por una porción motora y una porción sensitiva que es de mayor tamaño.

En la porción sensitiva se localizan tres ramas, la porción sensitiva se desprende de un ganglio que se llama Ganglio de Gasser o semilunar y se encuentra en el piso de la fosa cerebral media.

De este ganglio se desprenden tres grandes ramas.

- A).- Maxilar superior
- B).- Maxilar inferior
- C).- Rama oftálmica

El nervio maxilar superior es netamente sensitivo y su origen aparente es el agujero redondo mayor, para luego penetrar en la fosa pterigomaxilar.

### Bloqueo de la rama maxilar superior:

El nervio infraorbitario es continuación directa del nervio del maxilar superior, se introduce en la órbita a través de la hendidura esfenomaxilar y corre en el piso de la misma, primero en el surco y luego en el canal infraorbitario, para aparecer en el agujero infraorbitario y distribuirse por la piel del párpado inferior, la porción lateral de la nariz y el labio superior así como la mucosa del vestibulo nasal.

TECNICA INTRAORAL:

Con los dedos medios se palpa la porción central del borde inferior de la órbita, se desciende cuidadosamente un centímetro de bajo de este punto, a veces se palpa el paquete vasculo nervioso que sale por el agujero infraorbitario, manteniendo el dedo medio en este lugar, se levanta con el pulgar y el índice el labio superior y con la otra mano se introduce la aguja en el repliegue superior del vestíbulo oral, dirigiendola hacia el punto donde se encuentra el dedo medio, para luego depositar de dos a tres milímetros de anestesia quedando así bloqueado el nervio infraorbitario.

BLOQUEO DE LAS RAMAS ALVEOLARES SUPERIORES, NERVIO PALATINO ANTERIOR Y NERVIO NASOPALATINO.

Las ramas se desprenden del nervio infraorbitario, van de la superficie de la tuberosidad del maxilar superior y penetran en ellos para inervar a los molares superiores, a su vez dan ramas que inervan a premolares, caninos e incisivos superiores.

El nervio palatino anterior:

Corre desde la fosa pterigopalatina hacia abajo en el canal del conducto palatino posterior para aparecer en el paladar duro e inerve a la mucosa de esta región y la encía palatina correspondiente.



### El nervio nasopalatino:

Se dirige hacia abajo y adelante a lo largo del tabique nasal, atraviesa el conducto palatino anterior dando ramas a la porción más anterior del paladar duro y a la encía que rodean a los incisivos superiores.

### Técnica Intraoral:

Las ramas alveolares superiores posteriores se bloquean introduciendo la aguja por detrás de la cresta infracigomática e inmediatamente distal al segundo molar. Dirigiendo la punta de la aguja hacia el tubérculo maxilar e introduciendo de dos a tres centímetros haciéndola dibujar una curva aplanada de concavidad superior. Esta técnica se denomina también como de la tuberosidad.

## INSTRUMENTAL

En general toda operación en cirugía se propone a cortar en encía, desgastar hueso y eliminar el objetivo de la operación (tumor, diente o proceso patológico), después de esto se da por terminada la intervención.

Para poder realizar los trabajos manuales de dicha operación es necesario tener en existencia instrumental y material quirúrgico apropiado.

### Instrumentos para sección de los tejidos blandos:

#### A) Bisturí.

Esta compuesto por un mango y una hoja, la cual puede tener

distintas formas y tamaños, las hojas son intercambiables y el más usual en cirugía bucal es el bisturí de Bard Parker con hoja número 15. otros tipos de bisturí son el creado por Mead que tiene forma de Hoz y filo en sus bordes; Otro es el sindestomo (separa encía del diente), fué creado por Austin de la Mayo.

#### B). Pinzas de disección.

Estas pinzas son útiles porque mediante ellas podemos ir separando los tegumentos.

#### C) Tijeras.

Se utilizan para cortar suturas, para festonear la encía gingival.

#### D). Separadores.

Estos son muy útiles ya que tenemos un campo visual perfecto, sin traumatizar los colgajos, los más usuales son los separadores de Farabeuf o separadores de Bolkman.

#### E). Legra, espatulas y periostotomos.

Estos instrumentos son utilizados para separar el tejido incidido del hueso, es decir con el fin de obtener nuestro colgajo para la intervención quirúrgica.

## INSTRUMENTOS PARA SECCION DE TEJIDOS DUROS:

### A). Escoplos y Martillos.

Eran muy útiles anteriormente en cirugía bucal, pero en la actualidad ya casi no se han utilizado debido a que son muy traumáticos y el riesgo de su uso.

### B). Pinzas gubias.

Se utilizan para sección del hueso (osteotomía), están en forma recta y curva y extraen el hueso por mordiscos, es útil para -- eliminar bordes cortantes, crestas óseas o trozos óseos.

### C). Fresas.

El empleo de fresas quirúrgicas en la cirugía bucal es de gran utilidad ya que eliminan hueso con más rapidez y menos traumatismo a los tejidos, las fresas usadas son las de carburo del número cinco al ocho o bien troncoconica: 702 - 703 .

### D) Lima para hueso.

Son útiles para alisar bordes, eliminar puntas óseas o regularización de procesos.

### E). Pinzas para tomar algodón.

Sirven para mantener limpio el campo operatorio, es decir libre de saliva, sangre u otros líquidos.

F). Pinzas de Kocher.

Están destinadas para realizar hemostasis, en cirugía bucal su uso es restringido, por no ser de grueso calibre los vasos y arterias seccionadas.

G). Cucharillas para hueso.

Útiles para eliminar colecciones patológicas, granulomas, quistes, etc.. Son de diferentes formas y tamaños.

H). Pinzas para extracciones dentarias.

Son útiles sólo en el caso de que exista espacio para poder tomar con las puntas de las pinzas el diente a extraer.

I). Aguja para sutura.

Son para realizar el cierre de la herida quirúrgica junto con la sutura, existen agujas para cada tipo de tejido y siendo traumáticas o atraumáticas.

J). Porta agujas.

Son utilizadas para tomar la aguja, que no puede ser tomada o dirigida con la mano.

K). Elevadores.

Constan de tres partes que son: Mango Tallo y Punta operatoria; son muy importantes en cirugía bucal, ya que mediante estos podre

mos movilizar o bien extraer un diente.

## C A P T U L O I X

PASOS A SEGUIR PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS  
EN CIRUGIA

Ya hice mención de los tiempos que se requieren en Cirugía-  
General, pero la Cirugía Bucal requiere además de pasos particulares-  
y son los sigs:

- A) INCISION
- B) COLGATO
- C) OSTEOTOMIA
- D) OPERACION PROPIAMENTE DICHA
- E) TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD
- F) SUTURA

## A) INCISION:

Se realiza con un bisturí, se toma como si fuera un lápiz, -  
apoyandolo en la cara palmar del dedo índice, la cara palmar del dedo  
pulgare y el borde radial del dedo medio; La porción posterior del --  
bisturí descansa en el espacio interdigital de los dedos pulgar e ín-  
dice. Es muy importante que la mano que sostiene el bisturí tenga --  
punto de apoyo y se obtiene con los dedos meñique y anular apoyando--  
los sobre la arcada dentaria vecina.

El trazo de la incisión se hace de una sola intención; Exis-  
ten varios tipos de incisiones, entre ellas tenemos las sigs.:

## 1.- INCISION EN ARCO DE PARTSCH,

Es empleada para extraer quistes de los maxilares.

## 2.- INCISION DE NEUWMAN.

Es utilizada para tratamientos de Parodoncia y Apicectomías.

## 3.- INCISION EN FESTON DE LA BOVEDA PALATINA.

Empleada para extracciones quirurgicas.

## 4.- INCISION ANGULAR.

Es usada para la extracción de los terceros molares retenidos.

## 5.- INCISION LINEAL DE LA MUCOSA.

Se emplea para drenaje de los abscesos.

REGLAS PARA LA INCISION:

- A).- Debe ser de un solo trazo.
- B).- Debe ser perpendicular a los tegumentos.
- C).- Debe ser de una amplitud, dirección y forma necesaria.
- E).- Que sea de una profundidad requerida.
- F).- Que tenga un apoyo óseo.
- G).- Que no forme angulos muertos que necrosen el tejido.
- H).- Que sea muco perióstica.

El trazado de la incisión debiera ser hecha con el bisturí,-

energicamente hasta percibir por debajo del instrumento la sensación del hueso o de la corona del diente, además esta debe ser lo suficientemente extensa como para permitir un colgajo que descubra amplia y suficientemente el campo operatorio, evitando así el desgarramiento o ruptura del tejido gingival.

## 2.- PREPARACION DE LOS COLGAJOS.

Por lo general los colgajos se obtienen de la incisión de la mucosa, pero existe un tipo de incisión que no se traza en el tejido gingival, sino que se realiza despegando la fibromucosa de los cuellos de los dientes y se obtiene el colgajo palatino para extraer caninos retenidos.

El instrumento con que se desprende el colgajo se toma de la misma manera que el bisturí, apoyandose firmemente contra el hueso, y con movimientos suaves de lateralidad, se hace girar la espátula de Freer o legra desde su eje mayor y de esta manera queda despegada la mucosa y el periostio (I) Ries Centeno Vol. 1 Pág. 104 y 105.

Otro instrumento puede ser la pinza de disección de dientes de ratón, con esta se toma el borde de la incisión y al mismo tiempo que lo levanta, la espátula lo desprende.

## 3.- OSTEOTOMIA.

Es la eliminación del hueso en relación con el Canino Retenido el objetivo de ésta es eliminar la cantidad necesaria de hueso -



como para tener acceso al canino y así disminuir la resistencia que este produce; y que esta dada por la cantidad de hueso del que este rodeado.

Es la Osteotomía junto con la Odontosección tiempo importante en la cirugía, ya que evitan y simplifican el factor traumático.

La osteotomía se puede realizar con escoplo, Pinzas Gubias y Fresas (bajo un goteo de agua esterilizada o suero fisiológico, para evitar calentamiento del hueso ya que se produciría una Necrosis Osea).

DURBECK dijo: Es preferible extraer más hueso que el necesario eliminando de este modo la resistencia, que elimina deamaciado poco empleando como compensación de la fuerza traumática para eliminar el Canino.

La osteotomía colabora con la cirugía fisiológica:

La fuerza puede tener como resultado la fractura del maxilar o lesiones alveolares de distinta intensidad.

#### 4.- OPERACION PROPIAMENTE DICHA.

##### CANINO RETENIDO:

Eliminadas ya las estructuras oseas que significan la resistencia, se indica como iniciada la operación propiamente dicha, -- consiste en extraer el canino retenido merced a la aplicación de la palanca.

Existen maniobras que permiten disminuir los factores de la resistencia, es decir obrar sobre el mismo cuerpo del canino y dividirlo (a esto se le llama odontosección) para que de la unidad estructural del canino resulten varias porciones, las cuales se eliminan -- por separado.

### Extracción por Odontosección.

#### INDICACIONES:

- 1.- Cuando no se puede eliminar completo.
- 2.- Anormalidad radicular en forma y número: Bilaceraciones e Hiper-- cementocis.
- 3.- En restos radiculares.
- 4.- En dientes fuera de posición: Hectópicos y Hecterotpicos (Dien-- tes cercanos o lejanos a su lugar de origen).
- 5.- En dientes Necróticos o muertos.
- 6.- En dientes con endodoncia.

#### H EMOSTASIA:

La hemorragia puede tener varios origenes y segun el vaso - lesionado sera su importancia.

La primera instancia es realizar presion a las pequeñas ar- terias y venas gingivales mediante el colgajo adosandolo o bien con - una torunda de gasa seca e impreganda de medicamentos estipicos (Adre

nalina., Agua Oxigenada, Antipicina, Perclorito de hierro, Gasas y -- medicamentos Clauden Stripnon).

#### Hemostasis de los vasos palatinos:

En el curso de la intervención sobre la boveda palatina (para extraer los caninos retenidos) y al practicarse el descenso de la fibromucosa que la cubre, los vasos palatinos que se relacionan con el agujero palatino anterior son seccionados, produciendose una hemorragia, la cual se elimina relaizando compresión con una torunda de gasa, se deja algunos minutos el sitio sangrante, si no cediese al terminar la operación, se coloca el colgajo en su lugar y si aun persiste se debe cauterizar el vaso sangrante.

#### 5.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD:

Consiste principalmente en eliminar espículas oseas, la extracción quirúrgica del saco pericoronario (normal o patológico), lavar la cavidad osea con suero fisiológico o agua bidestilada. En ocasiones se colocan mediamentos para obturar la cavidad.

THOMA.- Encuadra los problemas en tres consideraciones:

1.- Medicamentos para combatir la Infección (bactericida y Bacteriostaticos); ejemplo: Cementos quirurgicos, solucion anestésica o penicilina.

2.- Agentes indicados para prevenir la excesiva hemorragia, Trombina y Fibrinfoam.

3.- Sustancias que actuan como obturadores de espacio, Celulosa oxidada o gelfoam.

6.- SUTURA: El cierre con sutura es el ideal quirúrgico y es el indicado para extracciones en Cirugía por su cicatrización.

Se revisa e inspecciona la cara interna del colgajo, se eliminan tejidos de granulación y restos oseos o dentarios, se adapta cuidadosamente el periostio y vuelve el colgajo a su sitio normal de ubicación.

Se empieza a suturar primero el colgajo palatino y posteriormente el vestibular, se realizan puntos separados ya que es lo mas usual en Cirugía Bucal.

#### VARIAS TECNICAS DE EXTRACCION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS.

##### 1.- Caninos en posición palatina.

Colocar la cabeza del paciente de modo de tener una visualidad directa sobre el paladar anterior, estando vertical el plano oclusal de la arcada dentaria. La anestésia debe ser local por infiltración de solución al uno por ciento adrelinada.

La incisión se hace semi circular a lo largo del cuello de los dientes, festoneandolos a dos milímetros por dentro para evitar

desnudar los cuellos, facilitar la sutura y la cicatrización. La --  
 incisión llega hasta el periostio.

Con una legra estrecha y larga, desprender del hueso la mu-  
 cosa palatina del colgajo semicircunferencial, que va del primer mo--  
 llar derecho al primer premolar izquierdo o al segundo premolar iz- --  
 quierdo si fuera necesario.

El pedículo nasopalatino es ligado y seccionado, se debe --  
 evitar el desgarrar su borde libre al comenzar el desprendimiento.

En el contorno de la saliente osea se delimita una serie de  
 perforaciones con fresa-redonda lanceolada número ocho, que va a ser-  
 tallada y eliminada con fresa para hueso. Se aborda el hueso esponjo  
 sa dentro del contorno de la brecha, hasta que la corona del diente -  
 sea descubierta, se libera progresivamente resecaando con fresa al hue  
 so que la encierra por encima y alrededor de ella. Ensayar movilizar  
 la corona cuando esta completamente libre; si no se mueve continuar -  
 la resección osea hacia la extremidad radicular, ensayando introducir  
 en la cavidad un elevador.

Si el diente es de corona regular, o con raíz recta, debe -  
 ser en ese momento movilizado, mediante un elevador recto o acodado -  
 insinuando bajo la corona, la cual se luxara y liberara de su cavi- -  
 dad.

Se hace limpieza de la cavidad eliminando los restos del sa  
 co pericoronario que pudiera existir.

Repartir en su sitio el colgajo mucoso, suturarlo con pun--

tos simples intercalados con puntos peridentarios.

A veces el diente en gran parte descubierto no puede ser luxado porque la raíz es retentiva a causa de una curvatura de su eje - en ese caso se corta el diente con fresa para ser liberado.

Eliminada la corona se actúa sobre la raíz con un elevador o con un forceps fino de raíces, o tallar una muesca con fresa lo que permite que un instrumento curvo, un gancho sidesmótomo acodado pueda engancharla y retirarla de su nicho.

2.- Canino retenido por su extremidad coronaria entre las raíces del incisivo central y el lateral derecho.

Descubierto el canino no puede ser eliminado o liberado por su extremidad, bajo riesgo de lesiones a los dientes vecinos.

Ensayar linear la raíz pero si esta se halla hundida en la profundidad no puede ser abordada sin daños oseos importantes y riesgos de afectar la nariz y el seno.

Seccionar luego el diente lo mas cerca posible del cuello - para poder ejercer presión suficiente sobre la raíz. Luxarla con elevador o con forceps de raíces finas, en bayoneta si se prefiere.

La corona, con muesca de fresa, es desprendida con un gancho, un elevador, un sidesmótomo acodado, o pinzandola con un forceps. También puede ser extraída la corona primeramente.

3.- El canino esta a "caballo" sobre las vertientes palatinas y vestibular.

El canino es curvo y profundo, la corona al paladar, la raíz en el vestibulo pasando entre las raíces del primero y segundo premolar.

Abordar el diente por vía palatina, descubrir la corona lo más posible. Ensayar la luxación sin fracturar la raíz, pero a veces su forma y su profundidad son obstáculos serios, que exigen una destrucción osea importante, con riesgos para los dientes vecinos.

Entrar por vía vestibular, descubriendo el ápice para rechazar el diente hacia la brecha palatina, o por lo menos movilizar la raíz si no cede seccionar el diente por debajo del cuello y extraer los dos fragmentos individualmente. Cuando la raíz esta netamente enclavada luego de haberla liberado, o con un sindesmótomo o elevador fino, rechazarla con un punzón truncado, golpeando con martillo según el método de MERLE.

4. Canino en posición-intermedia con raíz en gancho en el vestibulo.

La radiografía hace preveer la dificultad. Abordar la corona por vía palatina, ensayar movilizar el diente descubierto; si la raíz no es muy curva y extremidad ápical muy retentiva, el elevador actuando en el sentido de la curvatura puede a veces, luxar el órgano. No insistir y ejercer fuerte presión, peligrosa para los dientes vecinos.

Descubrir la raíz por vía vestibular, seccionarla con fresa de fisura lo más cerca posible de la corona. Prestar atención a las raíces del primer y segundo premolar derecho.

Con un punzón romo golpear el diente seccionado rechazándolo hacia la brecha palatina. La maniobra inversa es imposible porque la corona es más grande que la parte radicular.

#### 5. Canino en posición vestibular.

En este caso la extracción es más fácil, el hueso es menos denso el diente es más superficial, el abordaje más sencillo.

Estudio radiografico cuidadoso, para precisar bien la posición del diente, sobre la vertiente vestibular.

Anestésia local de toda la zona canina, con la ayuda de una solución al uno por cien adrenalizada (2cc), luego de premedicación - si fuera necesaria, anestésia complementaria de Escat.

Se hace una incisión curva de tres centímetros de concavidad superior, delimitando el colgajo de base superior, a media distancia del fondo del vestibulo y del borde gingival, entrando por la -- proyección del diente, incisión preferentemente hasta el hueso, des-- prender con una legra el colgajo de abajo hacia arriba, sostenerlo -- con un gancho, un separador de cuatro puntos o, con un separador espe-- cial de labio y colgajo.



Legrar toda el área de proyección del diente centrado, a veces por una eminencia osea preparar una ventana osea mediante perforaciones de fresa y levantarla con golpes de cincel (o cincel automático).

Descubrir el diente y liberarlo en la mayor extensión posible, con cincel o fresa; movilizarlo con elevador y luxarlo o asistirlo con un forceps fino de raices.

Si se produce una hemorragia persistente taponar dejando sobre salir la mecha medio centímetro; si no, dejar la brecha vacía -- con el proposito de que un coagulo la llene,

Rebatir el colgajo y suturarlo.. Durante la liberación del diente sea fresa, cincel o elevador, no con profundidad para no dañar el seno o la fosa nasal.

## C A P I T U L O X

### TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

Este tipo de tratamiento se puede enfocar en dos aspectos y son:

- 1.- El tratamiento inmediato.
- 2.- El tratamiento mediato.

Según Mead, el tratamiento postoperatorio es la fase más importante de nuestra labor, ya que mediante este podemos lograr la recuperación y bienestar de nuestro paciente aún cuando existieron inconvenientes durante la intervención.

#### 1.- Tratamiento postoperatorio inmediato.

Terminada la operación se procede a lo siguiente:

- A).- Limpiar la cara del paciente con una gasa impregnada de agua -- oxigenada.
- B).- Lavar la cavidad oral con un atomizador con el fin de eliminar -- sangre y restos blandos oseos o dentarios evitando así que los -- coagulos entre en estado de putrefacción.
- C).- Colocar una gasa esterelizada sobre el lugar de la extracción -- quirúrgica e indicarle a el paciente que muerda suavemente la -- gasa.

D).- Colocar breves minutos sobre la cara del paciente del lado inter-venido una bolsa con hielo, con el fin de reducir el edema y la hinchazón postoperatoria, ya que el frío tiene acción sobre la prevención de los hematómas y del dolor postoperatorio.

## 2.- Tratamiento postoperatorio mediato.

A el paciente se le entregara por escrito ciertas indica-ciones, las cuales debe seguir al pie de la letra para evitar cual-quier sintomatología anormal posterior a la invertención quirúrgica.-

- A).- Debera guardar reposo en cama las horas subsecuentes a la inter-vencción quirúrgica, ya que de esta manera se evitara la hemorra-gia postoperatoria.
- B).- Debera colocarse una bolsa con hielo en la cara del lado interve-nido durante quince minutos y quince de reposo. Es importante-que se coloque una capa de crema facial para evitar que se quemee la piel por la acción del hielo. Nieve en caso de abordaje pala-tino.
- C) No realizar ningún tipo de enaguatorio ni con dentríficos o anti-septicos de ninguna clase por lo menos durante las cinco horas --subsecuentes a la intevención, ya que de lo contrario se alterna-ria la integridad de nuestro coagulo.
- D) El paciente debera tener una DIETA BLANDA que consiste en lo si-guiente:

Durante las cuarenta y ocho horas posteriores a la operación debiera tener una alimentación líquida y los tres días posteriores debiera ingerir una alimentación blanda, libre de irritantes como lo son: Grasa, Vinagre, Alcohol, Tabaco, Citrico al natural o Chile.

E).- Analgésicos.

Se recetara una analgésico para el dolor postoperatorio y su dosis depende de el grado de trauma como: Aplastamientos, Desgarros que originan consecuencias dolorosas.

La ingestión de vitamina B y B<sub>12</sub> colabora a restitución de los tejidos en el proceso cicatrizal.

La prevención de procesos infecciosos se realiza por medio de antibioticos y su dosis dependera de el grado de esta.

La eliminación de los puntos de sutura se realiza dentro de los cuatro o cinco días posteriores a la intervención, ya que si se hace días antes podemos tener hemorragias secundarias o la movilización del coagulo y como sabemos la integridad del coagulo sera nuestra base del exito en el postoperatorio.

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

El diente canino superior es el diente anterior que más tar da en erupcionar, por esta razón se queda retenido o atrapado en el - maxilar superior, ya sea por falta de espacio u otras causas, lo que - implica que sea intervenido quirúrgicamente por el CIRUJANO DENTISTA.

Para intervenir a un paciente quirúrgicamente, debemos de - contar con una buena Historia Clínica para poder así establecer un -- Pronóstico, un acertado Diagnóstico y la utilización de un buen Tratam iento.

Además de contar con el examen radiográfico que nos permitir a conocer la posición del canino retenido.

Debemos de mantener en buen estado la salud de la cavidad - Bucal y una buena salud general; Se debera tomar tomar bastante im- portancia a el instrumental que se vaya a utilizar en la intervención quirúrgica, así como de los medicamentos a emplear en un caso de de - complicación.

En los pacientes que tengamos la menor duda de que vayan a - necesitar ser hospitalizados, debemos de tener mucho cuidado y caute- la.

El buen exito operatorio se basa en lo anterior y además el desarrollo durante la intervención quirúrgica del Cirujano Dentista y de sus ayudantes, sera precisa y cautelosa.

Además el cuidado postoperatorio significa mucho para el éxito de la intervención quirúrgica; El Cirujano Dentista debiera tener en cuenta sus limitaciones y utilizar los principios quirúrgicos, fundamentados en un buen Diagnóstico preciso.

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

- 1.- Cirugía Bucal con Patología Clínica y Terapéutica.  
Guillermo Aries Centeno.  
El Ateneo Septima Edición.
- 2.- Cirugía Bucal.  
W. Harry Archer Tomo I Segunda Edición en Castellano.  
Editorial Mundi.
- 3.- Tratado de Cirugía Bucal  
Gustavo O Kruger  
Edición cuarta Año 1979.  
Editorial Interamericana.
- 4.- Anatomía Humana.  
Dr. Fernando Quiroz G.  
Edición: Vigésima Año 1979  
Editorial Porrúa.
- 5.- Cirugía Odonto Maxilar (Primera parte)  
Ciro Durante Avellanal.  
Editorial Ediar Sec. Anon Editores Buenos Aires.
- 6.- Apuntes de Cirugía Oral del Dr. Rafael Ruiz (Clínica Santo Domingo).
- 7.- Cirugía Bucal.  
Kurt H Thoma.  
Edición I.