



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TRATAMIENTO DE LOS CANINOS
RETENIDOS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A :

**MARIA DE LOURDES TIHUIT
NETZAHUALCOYOTL PINEDA**



MEXICO. D. F.

*No. Bo.
Rafael Ruiz R.*

1983



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.

TRATAMIENTO DE LOS CANINOS RETENIDOS

I N D I C E

Pag.

INTRODUCCION

CAPITULO I.- GENERALIDADES:

A. Definición.....	1
B. Etiología.....	2
C. Incidencia.....	7
D. Accidentes.....	9
E. Clasificación.....	12
F. Terapéutica Preventiva.....	13

CAPITULO II.- TECNICA OPERATORIA:

A. Estudio del Enfermo.....	18
B. Estudio Radiográfico.....	25
C. Anestesia.....	29
D. Cirugía Propiamente dicha de los Caninos Retenidos.....	30
E. Manejo Posoperatorio.....	48

CAPITULO III.- COMPLICACIONES POSOPERATORIAS:

A. Sangrado Posoperatorio o Sangrado Primario.....	54
B. Hemorragia Interna o Recurrente.....	55
C. Hemorragia Secundaria.....	56
D. Sangrado Retardado.....	56
E. Hematoma.....	58
F. Infección.....	58

	Pag.
G. Inflamación.....	59
H. Dolor.....	60
I. Trismus.....	60
J. Alveolitis Seca.....	60
 CAPITULO IV.-	
Conclusiones	62
BIBLIOGRAFIA	64

- - - - -

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

Los caninos por ser unos de los últimos dientes en hacer erupción suelen presentar diversas alteraciones en su posición normal. Debido a las causas que principalmente menciona el Dr. Radash sobre los factores mecánicos que pueden ser ocasionados; por falta de espacio, dientes vecinos que por su extracción prematura del diente temporal cierran el espacio, acercando sus coronas y obstruyendo consecuentemente la erupción del diente definitivo. Estos factores podrían evitarse como se indica en el inciso titulado "Terapéutica Preventiva" en este inciso hago énfasis en los subincisos "Extracción de Dientes Temporarios" y "Mantenedores de Espacio"; el primero por la importancia de elegir cuando está indicado hacer la extracción de un diente temporario y cuando no se deberá hacer; el segundo por ser un paso necesario después de realizar una extracción antes de la caída normal del diente. Si el Cirujano Dentista utilizara los mantenedores de espacio en dichos casos, le evitaría al paciente en gran medida tener problemas posteriores de retención, estética, funcionamiento o de mala oclusión.

El capítulo II; es de suma importancia en el tratamiento de los dientes retenidos, ya que debido a un buen estudio del paciente, de una elección adecuada de la técnica operatoria y de su tratamiento posoperatorio, dará como resultado el éxito absoluto del Cirujano Dentista, en el tratamiento de los dientes retenidos.

En el capítulo III. (complicaciones), menciono también el tratamiento a seguir, de acuerdo a la complicación que se presente, pues alguna de ellas podría presentarse en la práctica diaria del Cirujano Dentista como son; dolor, infección, alveolitis,,étc.

Por último espero que la elaboración de esta tesis sea una aportación en forma modesta para aquellas personas que por su trabajo o por estudio de investigación la lleguen a consultar. Y que para su lector sea de interés por lo menos o pueda despertar la motivación para seguirse documentando al respecto.

CAPITULO - I

(GENERALIDADES)

TRATAMIENTO DE LOS CANINOS RETENIDOS

CAPITULO 1.- Generalidades:

A. DEFINICION:

Existen varias definiciones para los dientes retenidos, por lo que se indicarán únicamente las que se consideran más acertadas.

El Dr. Ries Centeno menciona "que los dientes retenidos (RETINIERTE ZAHNE "DIENTES INCLUIDOS IMPACTADOS") son aquellos que una vez llegada la época de su erupción normal quedan encerrados dentro de los maxilares. manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico."

Considera que las retenciones dentarias pueden presentarse de dos formas y las define como:

1. "RETENCION INTRAOSEA": Cuando el diente esta completamente rodeado por tejido óseo.
2. "RETENCION SUBGINGIVAL": Cuando el diente esta cubierto por la mucosa gingival.

El Dr. Archer: Define como dientes retenidos "aquellos cuya erupción normal es impedida por dientes adyacentes o hueso, dientes en mal posición hacia lingual o vestibular con respecto al arco normal, o en infraoclusión y también los dientes que no han erupcionado después de su tiempo normal de erupción".

Existen otras definiciones como son las siguientes:

Los dientes incluidos o impactados son aquellos que por su posición defectuosa, por espacio insuficiente u otro impedimento, no han podido hacer su erupción normal.

En general los dientes retenidos se pueden definir como la obstrucción parcial o total del o los dientes, obstruida por hueso o por procesos patológicos de cualquier índole.

B. ETIOLOGIA:

La explicación a la incidencia de los dientes retenidos se puede relacionar con ausencia congénita o malformaciones, es por eso que el Dr. Nodine sugiere "las principales causas básicas de dientes retenidos o anormales en los adultos de Europa Occidental, Gran Bretaña e Irlanda como de Estados Unidos, pueden ser los alimentos artificiales de los bebés, los hábitos de la infancia y niñez, los alimentos dulces y blandos de niños y jóvenes, son mezclas desproporcionadas."

El Dr. Berger señala las siguientes causas locales: "Irregularidad en la posición y presión de un diente adyacente, la densidad del hueso que lo cubre. inflamaciones crónicas continuadas con su resultante una membrana mucosa muy densa: falta de espacio en maxilares poco desarrollados, indebida retención de los dientes primarios. pérdida prematura de la dentición primaria; enfermedades adquiridas tales como necrosis debida a infección o abscesos, cam-

bios inflamatorios en el hueso por enfermedades exantemáticas en los niños."

El Dr. Ries Centeno dice que "la etiología de los dientes retenidos puede ser ocasionada por causas sistémicas", y explica que -- las retenciones se encuentran a veces, donde no existen condiciones locales presentes; y en estos casos hay:

I. CAUSAS PRENATALES:

- a) Herencia.
- b) Mezcla de razas.

II. CAUSAS POSNATALES:

Son todas las causas que pueden interferir en el desarrollo del niño, y son como:

- a) Raquitismo.
- b) Anemia.
- c) Sífilis.
- d) Tuberculosis.
- e) Disendocrinias.
- f) Desnutrición.

III. CONDICIONES RARAS:

- a) Disostosis cleidocraneal.
- b) Oxicefalia.
- c) Acondroplasia.
- d) Progeria.

e) Paladar fisurado.

DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL: Es una condición muy rara, en la cual - hay osificación defectuosa de los huesos craneales, ausencia completa o parcial de las clavículas, recambio dentario retardado. - dientes permanentes no erupcionados y dientes supernumerarios rudimentarios.

OXICEFALIA: Es llamada "cabeza cónica", en la cual la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

PROGERIA: Es un envejecimiento prematuro. Es una forma de infantilismo caracterizada por estatura pequeña, ausencia de vello facial y púbico, piel arrugada, cabello gris y el aspecto facial, - actitudes y maneras del anciano.

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

PALADAR FISURADO: Es una deformidad manifestada por una fisura - congénita en la línea media.

Las mismas causas locales o generales pueden ser el factor etiológico de dientes en malposición o no erupcionados.

El Dr. Radash dice que "los factores etiológicos se pueden clasificar por las razones!":

- I. EMBRIOLOGICAS: La ubicación del germen dentario en sitio -- muy alejado del de su normal erupción por tal motivo, esta -- imposibilitado el germen dentario a llegar hasta el borde -- alveolar.

El germen puede encontrarse en su sitio pero con una angulación tal que al calcificarse, y empezar el trabajo de erupción la corona tome contacto con un diente vecino retenido o erupcionado, constituyendo esto a una verdadera fijación del diente en erupción. Sus raíces se constituyen, pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje tal que le permita su erupción normal.

- II. MECANICA: Esta puede ser por las siguientes razones:

- a) Falta de Espacio:

Ej. caninos superiores, que tengan un germen situado en lo más elevado de la fosa canina. Al completarse su calcificación y en maxilares de dimensiones reducidas, no tiene lugar en la arcada para ocupar su sitio, ya que se lo impiden el incisivo lateral y el primer premolar que ya se hayan erupcionados.

Goldsmith dice que "El canino se halla alto en el maxilar cuando los premolares van hacer erupción, en ese -

mismo momento los incisivos se encuentran implantados - en su posición del plano frontal y el canino temporal - que se supone debe mantener el espacio para su sucesor, es muy angosto mesiodistalmente. La presión distal del segundo molar en su erupción es transmitida de un diente a otro, hasta el canino decíduo, causando su acuñamiento o retardando su retención por un periodo de tiempo considerable, aun estando su raíz casi absorbida, -- ocasionando esta situación una contracción parcial de esta zona donde desciende el canino, causando su desviación hacia una posición anormal.

b) Enostosis:

Que el hueso sea de tal condensación que no pueda ser vencido en el trabajo de erupción.

c) Dientes vecinos:

Que por su extracción prematura del diente temporal, - han acercado sus coronas constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del definitivo.

d) Posición viciosa:

También puede ser ocasionado por la posición viciosa - de un diente retenido que choca contra las raíces de los dientes vecinos.

e) Elementos Patológicos como:

1. Dientes supernumerarios que ya han erupcionado ocupando el lugar del diente que se encuentra retenido.
2. Tumores odontogénicos. Como los odontomas que constituyen un impedimento mecánico de la erupción dentaria.

Los quistes dentígeros lógicamente no permiten al diente hacer erupción ya que envuelven su corona. Por otra parte un quiste puede rechazar o inducir profundamente al diente que se encuentre en su camino, impidiendo su normal erupción.

III. CAUSAS GENERALES:

Todas las enfermedades relacionadas con las glándulas endocrinas. enfermedades ligadas al metabolismo del calcio.

Ej. raquitismo.

C. INCIDENCIA:

Cualquiera de los dientes temporales, permanentes o supernumerarios pueden quedar retenidos en los maxilares. La retención de los dientes temporales es muy rara, entre estos dientes existe la inclusión secundaria, esta puede ser posible por una acción mecá

nica de los dientes vecinos, que vuelven a introducir al diente -
temporario dentro del hueso de donde provenía.

Existe un conjunto de dientes que presentan una mayor predisposi-
ción para quedar retenidos como son principalmente los caninos y
los terceros molares.

El Dr. Blum en 1923 elaboró un cuadro de los dientes que con ma-
yor frecuencia él ha observado se encuentran retenidos:

DIENTES RETENIDOS	MANDIBULA		MAXILAR	
	NUM.	%	NUM.	%
Temporarios	3	2	1	0,4
Supernumerarios	11	6	5	2
Incisivo central	9	5	0	-
Incisivo lateral	1	0,5	1	0,4
Canino	99	51	10	4
Primer premolar	0	-	2	0,8
Segundo premolar	5	3	14	6
Primer molar	0	-	2	0,8
Segundo molar	0	-	1	0,4
Tercer molar	62	33	231	86
	190		267	

El Dr. Berten-Cieszynski elabora una estadística y obtiene la --
siguiente frecuencia:

DIENTES RETENIDOS	MAXILAR	MANDIBULA
Incisivo central	4,0	4,0
Incisivo lateral	1,5	0,8
Canino	34,0	4,0
Primer premolar	0,8	2,0
Segundo premolar	3,0	5,0
Primer molar	0,4	0,5
Segundo molar	0,1	0,5
Tercer molar	9,0	35,0

Nota: El número de dientes retenidos en un paciente es variable.

D. ACCIDENTES:

Los accidentes ocasionados por dientes retenidos pueden ser de -
diversas índoles y estos pueden pasar inadvertidos por el pacien-
te, ya que no producen ninguna molestia.

Debido al trastorno ocasionado los podemos clasificar de la mane-
ra siguiente:

i) Mecánicos:

Los dientes retenidos actuando mecánicamente sobre los dien-
tes vecinos, pueden llegar a producir trastornos que se tra-

ducen sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.

Estos se pueden dividir a su vez en:

- a) Trastornos sobre la colocación normal de los dientes: -
Producen desviaciones en la dirección de los dientes vecinos y este puede ser a distancia como sucede con el tercer molar sobre el canino e incisivos.

- b) Trastornos sobre la integridad anatómica del diente: -
La presión que el diente retenido o su saco dentario -- ejerce sobre el diente vecino, produce alteraciones sobre el cemento (rizalísis), en la dentina y aun en la pulpa de estos. Llegando a ocasionar como complicación de la invasión pulpar, procesos periodónticos de diversa índole, de diferente intensidad e importancia.

- c) Trastornos Protéticos: -
Son trastornos de índole protética, por ejemplo; pacientes portadores de aparatos de prótesis, notan que se -- adaptan fácilmente. Al hacer un examen clínico se observa una protuberancia en la encía y con la radiografía se observa una retención dentaria, es decir que el diente al tratar de erupcionar cambia la arquitectura del maxilar.

ii) Accidentes Infecciosos:

Estos son debido a los dientes retenidos por la infección de su saco pericoronario. Puede ser ocasionado por distintos mecanismos y por distintas vías:

- a) Al erupcionar el diente retenido, su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal.
- b) Puede producirse el proceso infeccioso, como una complicación apical o periodóntica de un diente vecino.
- c) La infección del saco puede ser originada por la vía hemática.

La infección del saco folicular puede ser provocada por diversos procesos, como son:

- Inflamación local con dolor.
- Aumento de temperatura local.
- Absceso y fístula consiguiente.
- Osteítis y osteomielítis.
- Adenoflemones y
- Estados sépticos generales.

iii) Accidentes Nerviosos:

Estos son muy frecuentes, son originados por la presión que el diente ejerce sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios o sobre sus troncos mayores, puede originar ALGIAS de -

intensidad, tipo y duración variables como (neuralgias del trigémino). También puede ocasionar ataques epileptiformes y trastornos mentales, esto ha sido comentado por varios -- autores (Aison, Glasserman, Nodine A.). Glasserman reporta que se acompañaban por dolor en la región nasal.

iv) Accidentes tumorales (quistes dentígeros):

Se originan en la hipergénesis del saco folicular del diente retenido. Estos dientes portadores de quiste emigran del -- sitio primitivo de iniciación del proceso, ya que el quiste en su crecimiento rechaza centrifugamente el diente que lo originó. Puede presentar tumores de otro tipo como (épulis).

E. CLASIFICACION:

La clasificación de dientes retenidos inferiores en general, es -- de acuerdo a la posición en que se localizan:

1. Mesioangular.
2. Horizontal.
3. Vertical.
4. Distoangular.

De acuerdo a como se desplaza el diente:

Puede ser hacia los lados, bucal o lingual o localizarse en un -- nivel oclusal alto (cuando esta cerca de la superficie del reborde) o en nivel oclusal bajo.

Para los dientes superiores será:

- Clase I - Cuando se localizan en paladar.
- Clase II - Cuando se encuentran localizados en la superficie vestibular del maxilar.
- Clase III - Cuando están a la vez en palatino y en vestibular.

Esta es una clasificación muy generalizada, ya que mas adelante se hará de acuerdo al diente retenido que se trata.

F. TERAPEUTICA PREVENTIVA:

1) Extracción de Dientes Temporarios:

En algunas ocasiones los dientes temporarios necesitan ser extraídos, fuera de la época normal de su caída espontánea, provocando con ello en algunas veces los dientes retenidos, debido al desplazamiento que pueden llegar a sufrir y en consecuencia no permitir la erupción del diente permanente.

Es por esto que trataré de dar a continuación algunas indicaciones que podrían ser muy útiles para evitar en gran parte este problema.

1.1 Indicaciones para la extracción de los dientes temporarios:

- a) Dientes temporarios que por cualquier circunstancia no puedan ser tratados por los procedimientos-

conservadores.

- b) Complicaciones inflamatorias por caries de cuarto-grado.
- c) Retardo en la caída del temporario y su persistencia, cuando por la edad del paciente y el examen radiográfico, comprueben la existencia del diente-permanente.
- d) Cuando el diente temporario esta en relación o vecindad, con un proceso tumoral en los molares.
- e) Dientes temporarios en retención total en época de su caída normal deberán ser extraídos, para la evolución normal de los permanentes.

1.2 Contraídicaciones para la extracción de dientes temporarios:

- a) No se debe de extraer un diente temporario antes de la época de su caída normal.
- b) Cuando un diente temporario no presente ninguna -movilidad cuando normalmente debería ser reemplazado, este no se deberá de extraer antes de verifi--car que el permanente existe y este próximo a ha-

car erupción.

- c) Se puede extraer un diente temporario cuando es -
acuñado e impulsado dentro del hueso por la pre--
sión de los dientes vecinos.

Cada vez que sea necesaria la extracción de los molares temporarios cuando se presenta la clase II de Angle -- (una distocclusión), se deberá hacer para permitir el - desplazamiento de los primeros molares permanentes inferiores hacia mesial.

2. Mantenedores de espacio:

Es importante resaltar también, que los dientes retenidos - pueden ser efecto de una extracción temprana, aunada a la - actitud decidiosa del odontólogo o de los padres del paciente.

Existen procedimientos sencillos, que requieren un mínimo de instrumentos, tiempo y materiales, para casos en los que la intervención pueda evitar o aliviar ciertas afecciones que - de no tratarse, desencadenarían normalmente serios problemas ortodónticos.

TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO:

- Fijos, semifijos, removibles.
- Con banda o sin ella.
- Funcionales o no funcionales.
- Combinaciones de los anteriores.

INDICACIONES GENERALES PARA EL USO DE MANTENEDORES:

- Cuando se pierde un segundo molar primario, antes de que el segundo premolar este preparado para ocupar su lugar.
- Si el espacio que quedo después de la extracción se va cerrando a un ritmo mayor que el de la erupción del segundo premolar.
- Casos de ausencias congénitas de segundos premolares, es mejor dejar emigrar por si sólo el molar permanente hacia adelante y ocupar el espacio.
- Los incisivos laterales superiores frecuentemente faltan por causas congénitas, Los caninos desviados mesialmente, casi siempre se pueden tratar para sustituir los laterales faltantes y dar un mejor aspecto estético que los puentes fijos en espacios mantenidos abiertos. Por esto es mejor dejar que el espacio se cierre.

- La pérdida de piezas primarias tempranas deberá remediarse con un mantenedor de espacio.

- Si el segundo molar primario se pierde poco tiempo antes de la erupción del primer molar permanente, una protuberancia en la cresta del borde alveolar indica el lugar de erupción, las radiografías ayudarán a determinar la distancia de la superficie distal del primer molar primario, a la superficie mesial del primer molar permanente no brotado. En un caso bilateral de este tipo es de gran ayuda el mantenedor de espacio (funcional inactivo y removible).

C A P I T U L O - I I

(TECNICA OPERATORIA)

CAPITULO II.- Técnica Operativa:

A. ESTUDIO DEL ENFERMO:

Para valorar el estado del paciente es necesario apoyarse en la - Historia Clínica, y esta deberá ir de lo general a lo particular.

La Historia Clínica llevará todos los resultados del interrogatorio y de los exámenes: Se hacen consideraciones diagnósticas — clínicas de la enfermedad de carácter presuntivo y hacia las cuales orientaremos los pedidos especializados para los exámenes de laboratorio.

No hay que dejar de tomar una fotografía del paciente, lo cual - nos permite seguir la evolución del caso.

Al elaborar la Historia Clínica es importante el contacto con el paciente, ya que este casi siempre llega al consultorio por alguna molestia que presenta. En estas condiciones el paciente puede alterar la exactitud de los datos clínicos, por tal motivo se deberán de vigilar las respuestas del paciente. El examinador, debe demostrar confianza, paciencia, cortesía, consideración y educación, para así lograr tranquilizar al enfermo, obteniendo de - esta forma mayor cooperación.

A medida que se va haciendo la Historia Clínica se le deberá de - explicar al paciente todos los procedimientos, para no provocar - sorpresa en el enfermo.

En ocasiones es necesario causar alguna molestia o dolor, pues es to será con el fin de valorar correctamente su estado del enfermo.

Es importante que el paciente este físicamente lo más relajado -- posible. También el operador deberá estar en una posición comoda y relajado, pues de lo contrario pueden alterarse las percepciones. Es sumamente indispensable que el examinador tenga buena - iluminación, ambiente tranquilo, equipo indispensable.

EQUIPO NECESARIO PARA EL EXAMEN FISICO GENERAL:

1. Linterna portátil
2. Vascula
3. Regla para medir la estatura
4. Termómetro
5. Reloj con segundero
6. Esfigmomanómetro
7. Estetoscopio
8. Papel y pluma

Para realizar el estudio del paciente nos valemos de la Historia-Clinica, pues esta es imprescindible, para llegar a un diagnóstico correcto la dividimos en:

1. Ficha del paciente
2. Hábitos
3. Antecedentes hereditarios patológicos

4. Antecedentes personales patológicos (desde la infancia)
5. Exámen general del paciente
6. Exámen bucal

Los primeros cuatro pueden ser realizados por la enfermera o por un ayudante.

1. FICHA DEL PACIENTE - Son los datos personales del paciente, - sirve para localizar e identificar al paciente y conocer el medio en el cual se desarrolla, por lo que se divide en:

- 1.1. Nombre completo del paciente (si es menor de edad se recomienda anotar también los datos del padre o del acompañante).
- 1.2. Edad.
- 1.3. Fecha de nacimiento.
- 1.4. Ocupación.
- 1.5. Domicilio del paciente y teléfono.
- 1.6. Nombre de la empresa donde trabaja.
- 1.7. Dirección de la empresa y teléfono.

2. HABITOS - Indicar el modo de vida del paciente como:

- 2.1. Tabaquismo.
- 2.2. Alcoholismo.
- 2.3. Farmacodependencia.
- 2.4. Alimentos que acostumbra comer.
- 2.5. Vitaminas.
- 2.6. Tranquilizantes, etc.

3. ANTECEDENTES HEREDITARIOS PATOLOGICOS - En este punto es importante preguntar sobre las enfermedades sufridas por los abuelos, padres, tios, hermanos, ya que de existir, podrían presentarse en el paciente. En este inciso se debe preguntar si viven estos y en caso de ser finados interrogar cual fué la causa de su deceso.

4. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS - En este se debe incluir desde:

4.1. Vacunas administradas.

4.2. Enfermedades desde la infancia hasta la fecha en que se realiza la historia clínica.

4.3. Intervenciones quirúrgicas.

Todo esto es importante ya que en caso de que el paciente necesite un tratamiento quirúrgico, es necesario saber si se deberá pedir la autorización de su médico general, o si es necesario realizar un estudio más detallado.

5. EXAMEN GENERAL - Este examen se puede empezar desde el primer momento, observando las manos del paciente al saludarlo. Continuar la observación de manera sistemática, pero discreta, durante toda la entrevista; después es conveniente iniciar el contacto físico, vigilando los signos vitales del paciente y examinando sus manos. Durante todo este proceso se deberá tomar nota de lo siguiente:

5.1. ESTADO APARENTE DE SALUD.-

5.1.1. Débil

5.1.2. Agudo o

5.1.3. Crónicamente enfermo

5.2. SIGNOS DE MALESTAR, Ej.-

2.1. Dificultad Cardiorespiratoria: Dificultad respiratoria como jadeo, tos.

5.2.2. Dolor: Expresión facial, sudación protección de una parte adolorida.

5.2.3. Ansiedad: Expresión ansiosa, movimientos inquietos, palmas húmedas, frías.

5.3. COLOR DE LA PIEL.-

5.3.1. Palidez

5.3.2. Cianosis

5.3.3. Ictericia

5.3.4. Cambios de pigmentación.

5.4. ESTATURA Y HABITOS CORPORALES.-

5.4.1. De ser posible medir la talla del paciente.

5.4.2. Observar su estructura corporal, proporciones del cuerpo y cualquier deformidad.

5.5. PESO.-

5.5.1. Pesar al paciente.

5.5.2. Observar si el paciente es obeso o delgado para su estructura corporal.

5.5.3. Observar la distribución de la grasa en el cuerpo.

5.6. POSTURA, ACTIVIDAD MOTORA Y MARCHA SI ES POSIBLE.-

- 5.6.1. Observar su postura recta o hundida, actividad lenta en depresión.
- 5.6.2. Temblor.
- 5.6.3. Parálisis.
- 5.6.4. Ataxia.

5.7. VESTIDO, ASPECTO E HIGIENE PERSONAL.-

- 5.7.1. Aspecto desaseado o limpio,
- 5.7.2. Frecuencia del baño,
- 5.7.3. Cepillado de dientes cuantas veces al día.

5.8. OLORES DEL CUERPO Y DEL ALIENTO.-

- 5.8.1. Aliento alcohólico
- 5.8.2. Aliento de acetona (diabetes), etc.

5.9. EXPRESION FACIAL.-

- 5.9.1. En reposo
- 5.9.2. Ansiedad
- 5.9.3. Depresión, dolor
- 5.9.4. Apatía

5.10. MODALES.-

humor y afinidad hacia personas y cosas que rodean al paciente, falta de cooperación, hostilidad, cólera, resentimiento, depresión, llanto, desconfianza, etc.

5.11. LENGUAJE.-

Incluir ritmo de hablar, entonación y claridad.
(Hablar rápido signo del hipertiroidismo).

5.12. ESTADO DE CONOCIMIENTO, CONCIENCIA.-

- 5.12.1. Rápidez en la respuesta a las preguntas,
- 5.12.2. Rápidez en la comprensión de las mismas,
- 5.12.3. Falta de atención,
- 5.12.4. Somnolencia,
- 5.12.5. Estupor,
- 5.12.6. Coma.

5.13. SIGNOS VITALES.-

- 5.13.1. Pulso.
- 5.13.2. Respiración.
- 5.13.3. Presión arterial.
- 5.13.4. Temperatura.

6. EXAMEN BUCAL - El examen bucal consta de los siguientes pasos:

6.1. BOCA EN REPOSO.-

Observar color, textura y tamaño de la superficie externa de los labios.

6.2. CON LOS LABIOS SEPARADOS SIN ABRIR LA BOCA.-

Observar, estética, color, forma, textura, posición, — margen gingival, cara bucal de los dientes anteriores y posición de los dientes anteriores, dientes ausentes, — frenillos, labio superior, labio inferior, profundidad — del vestíbulo.

6.3. SEPARAR CARRILLOS.- Por

Por medio de espejo o dedo separar los carrillos y obser

bar; mucosa de los carrillos, orificio del conducto de salida de Stenon.

6.4. CON LA BOCA ABIERTA.-

Observar la úvula, paladar duro y blando, posición margen gingival, caras bucales y oclusales de los dientes superiores.

6.5. DESPLAZAR LA LENGUA.-

Desplazar la lengua con el espejo hacia la derecha y -- hacia la izquierda y observar el piso de la boca, posición frenillo lingual, posición margen gingival cara -- bucal y oclusal de los dientes inferiores, orificio salida del conducto de Bartoline, orificio de salida del conducto de Warth.

6.6. INDICAR AL PACIENTE QUE SAQUE LA LENGUA.-

Examinar cara dorsal, bordes laterales y punta de la -- lengua.

6.7. OCLUSION.-

En pacientes con la boca cerrada en reposo, observar, -- los movimientos funcionales, movimientos laterales, -- trucción, retrucción.

B. ESTUDIO RADIOGRAFICO:

El estudio radiográfico de cualquier diente retenido debe ser -- realizado con ciertas normas para poder ubicar el diente reteni-- do, según los tres planos del espacio, es menester poder ver la -- cúspide y el ápice, conocer las relaciones vecinas de estos dien-

tes con relación a los órganos vecinos (seno y fosas nasales, -
dientes vecinos).

Al mismo tiempo la radiografía nos dará el tipo de tejido óseo -
(densidad, rarefacción, presencia del saco pericoronario, de pro-
cesos óseos pericoronarios).

La radiografía nos sirve también para verificar la clase a que -
pertenece el diente retenido, es decir si esta en posición ves-
tibular o palatina, distancia de los dientes vecinos, número de
dientes retenidos y así de acuerdo a este estudio poder elegir -
el tipo de vías de acceso, incisión, etc.

MÉTODOS RADIOGRÁFICOS PARA LOS CANINOS RETENIDOS:

- RADIOGRAFÍA OCLUSAL.-

Con el rayo central paralelo al eje de los incisivos.

Técnica: Paciente sentado, con su espalda dirigida verti-
calmente. El plano del arco dentario superior debe ser ho-
rizontal, sostener la radiografía entre ambos maxilares en
oclusión en posición horizontal, para que el rayo central -
sea paralelo al eje mayor de los incisivos, el cono del --
aparato de Rx debiera ir sobre la cabeza del paciente, sobre
el hueso frontal, con esta radiografía aparecerá el canino-
retenido por delante, o por detrás de la proyección radio-
gráfica de los dientes anteriores.

En maxilares superiores que presentan la tabla vestibular y los dientes perpendiculares, puede ser visible en una radiografía oclusal.

Existen varias técnicas de acuerdo a la posición que ocupe el diente retenido y estas pueden ser:

- POSICION EN PLANO SAGITAL.-

La ubicación de este diente se logra mediante varias -- varias tomas radiográficas, con placas comunes y con la siguiente técnica:

Son necesarias tres tomas para conocer la dirección -- anteroposterior del diente retenido y las relaciones de la corona y ápice con los órganos, cavidades y dientes-vecinos y son:

- TOMA ANTERIOR (a): Colocar la película en palatino y hacer coincidir la línea media de la placa -- con el espacio interincisivo. El rayo es normal a la placa.
- TOMA MEDIA (m): Colocar la película orientada ver ticalmente haciendo coincidir su borde anterior -- con el espacio interincisivo. Rayo normal.
- TOMA POSTERIOR (p): Colocar la película, y hacer coincidir el borde anterior con la cara distal del incisivo lateral. Rayo normal a la película.

En las tres tomas el borde inferior de la película debe de estar horizontalmente colocado y guardando una misma distancia con el borde incisivo de los dientes vecinos.

La radiografía debe mostrar:

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

- POSICION EN PLANO HORIZONTAL.-

Para la localización de este diente retenido es aconsejable la siguiente serie de radiografías:

- RADIOGRAFIA OCLUSAL: Con rayo central en la línea media e incidencia perpendicular a la placa.
- RADIOGRAFIA OCLUSAL CON RAYO CENTRAL PERPENDICULAR A LA PLACA Y PASANDO POR LOS PREMOLARES: Se evita el inconveniente que la anterior radiografía de proyectar el diente en las raíces de los demás dientes, obteniendo así la imagen del diente con relación a los demás dientes.

- POSICION EN PLANO VERTICAL.-

(utilizar radiografias extraorales) Colocar la pellicula sobre la mejilla opuesta al diente retenido y dirigir el rayo central atravesando el maxilar en sentido horizontal y con incidencia perpendicular a la placa.

C. ANESTESIA:

La anestesia es fundamental en toda intervencion quirurgica, se debe prever la dificultad de la intervencion para asi calcular el tiempo que debera durar la anestesia.

Anestesia para Retencion Unilateral:

1. Infraorbitaria - Del lado a operarse.
2. Local Infiltrativa de la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y del agujero palatino posterior - del lado a operarse.

Anestesia para Retencion Bilateral:

1. Anestesia Infraorbitaria - En ambos lados.
2. Anestesia Infiltrativa local - En la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y de ambos agujeros palatinos posteriores.
3. Anestesia General - Pueden ser operados bajo esta anestesia.

D. CIRUGIA PROPIAMENTE DICHA DE LOS CANINOS RETENIDOS:

El promedio de los caninos retenidos presenta mayor dificultades que los terceros molares inferiores retenidos, esto es debido al lugar en que se llegan a localizar.

ETIOLOGIA:

Además de las generales el Dr. Dewell señala otros factores:

1. Huesos del paladar duro que ofrecen mayor resistencia que el hueso alveolar, a la erupción de los caninos mal ubicados hacia lingual.
2. Mucosa que cubre el tercio anterior del paladar, está sujeta a repetidos esfuerzos y presiones durante la masticación, por lo cual se vuelve gruesa, densa y resistente. Esta adherida más firmemente a la estructura ósea que ningún otro tejido blando de la cavidad bucal.
3. El desarrollo apical ayuda a la erupción de los dientes y en los caninos esta disminuida porque su raíz se halla normalmente más formada en el momento de la erupción que la de cualquier otro diente permanente.
4. Entre más grande es la distancia que debe recorrer un diente, desde su punto de desarrollo hasta la oclusión normal mayores serán las posibilidades de que se desvíe su curso normal y se produzca la retención. El canino a diferencia-

de los demás dientes recorre la mayor distancia para llegar a su oclusión.

5. Durante el desarrollo la corona de los caninos permanentes-esta colocada por lingual a lo largo del ápice de la raíz - del canino primario. Cualquier cambio en la posición o con dición de este último causado por caries, perdida prematura de los molares primarios, se refleja a lo largo de su altura completa hasta el extremo de la raíz, pudiendo causar -- fácilmente una desviación en la posición y dirección de cre cimiento del germen del canino permanente.
6. Reabsorción retardada de las raíces de los caninos prima- - rios.
7. Los caninos por ser los últimos en erupción estan expuestos a las influencias ambientales desfavorables.
8. Los caninos erupcionan entre dientes que ya estan en oclu- sión y entran en competencia por el espacio con los segun- - dos molares generalmente también en erupción.
9. El canino sustituye a un canino primario cuyo diametro me- diodistal es mucho menor que el permanente.

Por lo anteriormente expuesto es que el canino es el tercero en frecuencia de los dientes retenidos.

Rohner demostró que los caninos superiores retenidos son 20 veces más frecuentes que los inferiores siendo de estos, tres veces más por palatino que por vestibular, y es más frecuente en mujeres por que los huesos del cráneo y los maxilares son, término medio, (más pequeños que en el hombre).

CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES:

CLASE I
Localización en paladar

- Horizontal
- Vertical
- Semivertical

CLASE II
Localizados en la superficie Vestibular del Maxilar

- Horizontal
- Vertical
- Semivertical

CLASE III

Localizados a la vez en palatino y vestibular.

Ej. Cuando la corona esta en el paladar y la raíz pasa entre -- las raíces de los dientes adyacentes, terminando en ángulo agudo sobre la superficie vestibular del maxilar.

CLASE IV

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

CLASE V } Son los caninos retenidos localizados en maxilares desdentados.

LOCALIZACION:

Es muy importante que sea cuidadosamente determinada la posición del canino retenido antes de la operación y para este objetivo es necesario realizar un examen radiográfico completo, para saber así si se halla en palatino o en vestibular, es preferible usar la técnica radiográfica de desplazamiento de la imagen.

Para la localización del canino, nos podemos ayudar de la siguiente manera:

PALPACION:

Puede haber un bulto evidente en el paladar y por medio de la palpación el bulto puede sentirse sobre el lado vestibular del maxilar.

En las retenciones vestibulares, en que la corona del canino se puede encontrar 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 vestibular.

RETENCIONES HORIZONTALES:

En las cuales la corona del canino está en contacto con el tercio medio o gingival del incisivo lateral, también la corona -- del lateral es movilizada hacia vestibular.

Esto se puede usar como guía solamente controlando con cuidado todos los demás indicios de diagnóstico.

FRECUENCIA:

1. Con mayor frecuencia se localiza en paladar con la corona localizada por lingual del incisivo lateral y la raíz extendida hacia atrás paralela a las raíces 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.
4. La corona del diente retenido sobre la cara vestibular y la raíz extendida hacia lingual de las raíces del premolar.
5. Con todo el diente colocado sobre la superficie vestibular.
6. En bocas desdentadas.
7. Retención bilateral sobre el paladar o sobre vestibular -- del maxilar.

CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DEL CANINO RETENIDO:

Cuando puede ser llevado a posición normal, por procedimientos quirúrgicos o combinación de cirugía y ortodoncia a edad temprana, es decir por medio de amarre dentario.

TECNICA PARA LA EXTRACCION QUIRURGICA DE CANINOS RETENIDOS POR PALATINO (C L A S E - I) .-

Tratamiento Preoperatorio:

1. Estudiar las radiografías cuidadosamente, para determinar la posición y relaciones con los otros dientes y con el seno maxilar.
2. Clasificar la retención de acuerdo a la posición y lugar en que se encuentra.
3. Determinar el tipo de colgajo que se estime el más adecuado.
4. Decidir si el seccionamiento del diente facilitará su extracción y la conservación del hueso.

Técnica Quirúrgica:

1. Con un bisturí No. 12 se seccionan los tejidos linguales alrededor del cuello de los dientes, desde lingual del incisivo central superior y hasta distal del segundo premolar.

2. Con un bisturí No. 15 y a partir de la cresta de la papila interdental, en lingual, entre los dos incisivos centrales se hace una incisión longitudinal por el centro del paladar alrededor de 4 cm. de extensión, esta atraviesa el conducto nasopalatino incisivo, produciendo hemorragia leve, que se controla por presión por medio de una gasa durante pocos minutos, de no ser controlada así la hemorragia se pone en el conducto una gasa yodoformada.

Separar el colgajo mucoso del paladar duro con un periostótomio hasta que la estructura ósea esté completamente expuesta.

3. Con taladro de punta de lanza o una fresa para hueso, hacer orificios en el hueso palatino de 3 mm. de distancia entre sí, alrededor de la corona del diente retenido hacerlo con cuidado de no lesionar las raíces de los dientes vecinos.
4. Por medio de una fresa o escoplo y martillo se unen estos orificios y se saca este trozo de hueso, que cubre la corona. Aumentar la abertura por medio de fresas, hasta que se vea completamente la corona.
5. No se hará esto cuando una porción de la corona del diente retenido esté en contacto con las raíces de los incisivos-

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

6. Una vez expuesta la corona del canino retenido por palatino se coloca el elevador apical, sobre cada lado de la corona, y con doble movimiento de elevación se trata de levantar el diente de su lecho.
7. Si no se logra hacer la extracción se deberá agrandar la abertura y se repite el procedimiento por medio de los dos elevadores, de la misma manera que en el punto anterior.
8. Si tampoco se logra la extracción del canino hay que usar una pinza para extracciones con movimiento rotatorio.
9. Posteriormente deberá limpiarse todos los restos, sacar las astillas de hueso y suavisar los bordes del alveolo, remover el folículo dentario, si está presente, colocar el colgajo en su sitio y suturarlo.
10. Colocar un apósito de gasa sobre el paladar al nivel de la superficie oclusal. Mantener este apósito durante cuatro horas.

Otra técnica quirúrgica para la clase I :

Indicada para cuando la punta de la corona del canino está en contacto con las raíces de los incisivos centrales y laterales.

1. Después que la corona del diente se ha expuesto parcialmente, seccionar con una fresa de fisura dentada grande. Esta pérdida de sustancia dentaria permite correr la corona hacia atrás, sin molestar los dientes bajo los cuales está apoyada.
2. Hágase otro orificio en la raíz del diente, con una fresa. Insértese la punta de un elevador apical en este orificio, muevase la raíz hacia adelante, con el hueso palatino como punto de apoyo, y extráigase.
3. Limpiar el alveolo, suturar el colgajo y colocar el apósito de gasa como se indica en la técnica anterior.

COMPLICACIONES:

- Peligro de lesionar los dientes adyacentes, debido a la proximidad de la corona de la raíz de los caninos retenidos a los centrales laterales y premolares.
- Peligro de afectar las estructuras vitales en el área de la intervención.
- Peligro de lesionar el seno maxilar ya que un gran porcen-

taje de estas retenciones, la porción radicular está separada del seno maxilar y cavidad nasal por una delgada pared de hueso, y en algunos casos solamente por el epitelio ciliado que lo reviste. Es por esto que existe la posibilidad de forzar la raíz del canino dentro del seno maxilar, durante la extracción seccionada de un canino, debe tenerse siempre presente. Es muy importante tener una rígida asepsia, pues podría sobrevenir una infección aguda del -- seno maxilar.

- Complicaciones en la cicatrización del colgajo cuando es -- muy prolongada la intervención.

Para evitar esto se puede hacer lo siguiente; cuando el -- colgajo mucoso se coloca en su lugar y se sutura, manteniéndolo en contacto con el hueso palatino, por varias -- horas, por medio de apósitos de gasa, la cicatrización tendrá lugar sin complicaciones.

- Curvatura pronunciada en el tercio apical del diente retenido esto se observa en la mayoría de los casos se presenta en ángulo recto.
- Corona sobre el paladar: Con frecuencia la corona está -- sobre el paladar y la raíz sobre los ápices de los premolares (clase III) o aun sobre la superficie vestibular del -

maxilar, de ocurrir esto se debe llevar la técnica para la -
clase III.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS DE LA ---
(C L A S E - II) .-

Los pasos para la extracción de un canino superior retenido por vestibular son los siguientes:

1. Localización.
2. Con una fresa de fisura y una de Feldman exponer la corona.
3. Con la cortical como punto de apoyo, colocar los elevadores apicales debajo de la corona y elevar el diente en su alveo lo.
4. Si el hueso que cubre la raíz es grueso y denso, permite liberar el diente, y por la técnica anterior se corta a continuación la mitad de la corona con una fresa de fisura dentada, luego se separa la corona de la raíz y se elimina la -- corona.
5. Con un escoplo, exponer varios milímetros más la superficie de la raíz.
6. Realizar una perforación en la raíz; colóquese la punta del elevador en ella, y con un punto de apoyo en la cortical --

mueva la raíz hacia el espacio creado por la extirpación de la corona.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS DE LA - - --
(C L A S E - III) .-

En esta clase III la corona del diente retenido se encuentra en el paladar, y la raíz sobre vestibular, por lo que para su extracción se usara la técnica siguiente:

1. Elaborar un colgajo vestibular semicircular, sobre la raíz.
2. Exposición radicular por eliminación de hueso, por medio de fresas y escoplo.
3. La raíz es separada por medio de un escoplo afilado o fresa de fisura. Si se usa el escoplo, el golpe se dirige hacia arriba para evitar la traumatización de las raíces vecinas.
4. 5.
Eleva la raíz de su lecho con la ayuda de un elevador.
6. 7. 8.
Hacer un colgajo palatino y quitar completamente el hueso -- que cubre la corona para exponer la periferia.
9. 10.
Colocar un instrumento como en contacto con el extremo radi-

cular de la corona, a través de la cavidad vestibular, y golpear con un martillo, sacando la corona de su sitio.

11. 12.

Volver los colgajos a su lugar y suturar.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS SUPERIORES -
(C L A S E - III) CUANDO LA CORONA ESTA POR VESTIBULAR Y LA -
RAIZ SE EXTIENDE DENTRO DEL PALADAR.-

En este caso la corona del diente retenido se encuentra por vestibular y la raíz se extiende hacia lingual de las raíces de los premolares. Para su extracción se siguen los siguientes pasos:

1. Hacer la incisión para el colgajo alrededor de los cuellos de los dientes y luego hacia el surco vestibular en un ángulo de 45° , posteriormente se levanta el colgajo con el periostótomo.
2. Eliminar la cortical vestibular con fresas y escoplos y hacer las perforaciones en el hueso como ya se indicó anteriormente, hay que tener cuidado para no dañar los dientes vecinos y el seno maxilar al hacer las perforaciones muy profundas.
3. Tomar la corona con una pinza para extracción, hacer un movimiento de rotación hacia mesial y hacia distal y después hacia vestibular, hasta que el diente salga de su sitio.

Si no se tiene éxito de esta forma, hay que cortar la corona del diente, hacer un colgajo palatino, quitar el hueso que recubre la raíz, y con un instrumento como, empujar la raíz a través de la abertura vestibular.

4. Limpiar todos los restos, eliminar las espículas óseas agudas y suavizar la periferia de las aberturas vestibular y palatina. Eliminar el folículo dentario, si está presente y suturar los colgajos en su lugar con hilo de seda negra para sutura.
5. Empaquetar gasa en el paladar y mantenerla así durante cuatro horas.

(C L A S E - V) CANINOS RETENIDOS EN MAXILARES DESDENTADOS . -

La técnica de extracción de los caninos retenidos en maxilares -- desdentados es la vestibular, al haber ausencia de dientes facilita la extracción.

La mayoría de los casos se pueden atender usando esta técnica a -- diferencia de los que están muy profundos, lejos de la tabla externa y próximos a la bóveda, para estos será por vía palatina.

Pasos para su extracción:

1. Incisión.
2. Desprendimiento del colgajo por el lado vestibular, sosteniéndolo con un separador de Farabeuf.
3. Hacer lo mismo por palatino.
4. Osteotomía.
5. Con un elevador de Winter se moviliza el diente, que se termina de extraer con una pinza para incisivos.
6. Suturar.

La incisión del canino retenido por palatino se hace a lo largo -- de la cresta y en el centro del paladar en una extensión de 4 cm.

La técnica es igual a las descritas por palatino, pero en este caso no hay peligro de exponer o traumatizar las raíces de los dientes adyacentes.

NOTA: Para la extracción de caninos retenidos en la proximidad de la arcada, deben preverse los riesgos de fractura de porciones de la tabla vestibular, lo que acarrearía trastornos posteriores protéticos. En este caso es preferible seccionar el diente que ejerce presiones peligrosas.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE CANINOS BILATERALES RETENIDOS EN PALADAR, EN MAXILARES CON DIENTES:

En estos casos se pueden extraer los dientes retenidos, pero esto será de acuerdo a las dificultades que presente el caso. Una retención bilateral simple en un adulto joven y sano puede ser efectuada al mismo tiempo. Cuando se trata de retenciones difíciles, lo mejor es hacerlas por separado.

TECNICA DE INCISION:

- Se hace por palatino, es bilateral hacer el desprendimiento del colgajo palatino, separando la fibromucosa del cuello de los dientes, desde distal del segundo premolar o del primer molar, según la ubicación de los ápices de los caninos.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

- Se hace con un periostótomo y con la misma técnica para la-

retención unilateral, desprender la fibromucosa, mantener el colgajo inmóvil, sujetándolo al segundo molar.

OSTEOTOMIA Y EXTRACCION:

- Se elaboran igual como en la retención unilateral.

SUTURA:

- Se hacen tres o cuatro puntos de sutura, en los sitios más accesibles.

EXTRACCION DE LOS CANINOS INFERIORES VESTIBULARES:

INCISION:

- Vía de elección es la vestibular. La incisión en arco, sin llegar al borde gingival.
- Puede prepararse un colgajo a expensas del borde libre, trazando una incisión vertical y desprendiendo la encía de los cuellos dentarios.
- El desprendimiento de los colgajos se hace con una legra fina, con el periostótomo, o con la espátula de Freer, se desciende el colgajo mucoperióstico:

OSTEOTOMIA:

- Puede realizarse a escoplo o con fresas.

EXTRACCION:

- Hacer odontosección con fresa o con escoplo y martillo. Las porciones seccionadas se extraen por separado, con elevadores rectos o angulares.

SUTURA:

- Suturar con seda, cat-gut o nylon.

EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES LINGUALES:

Este tipo de caninos retenidos es muy raro.

Vía de acceso puede realizarse por vestibular, cuando hay espacio entre los dientes vecinos.

EXTRACCION:

- Por lingual no es aconsejable pues es muy laboriosa, hay mala iluminación y visibilidad.

TECNICA:

- Odontosección.

Cuando se encuentran transalveolares a los superiores (vestibulo-linguales a los inferiores). La raíz se encuentra en el lado vestibular y la corona en el lado lingual. Debe realizarse en estos casos la alveolectomía vestibular, la sección del canino a nivel del cuello y la extracción de los 2 elementos por la vía en que -

están ubicados: La corona por lingual y la raíz por vestibular.

EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES RETENIDOS EN DESDENTADOS:

Vía de acceso vestibular.

INCISION:

- Incisión angular de preferencia; el tramo horizontal de esta incisión llega hasta las proximidades del borde libre y el vertical se traza en ángulo recto con el primero. La incisión de Neuman se puede realizar.

TECNICA:

- Extracción y alveolotomía. Osteotomía con fresa redonda, - eliminar hueso hasta descubrir la corona del diente retenido y su porción cervical.

Colocar un elevador entre la cara mesial del diente retenido, se luxa el canino, dirigiéndolo hacia bucal. Eliminar el saco pericoronario con cucharillas para hueso. Se realiza la alveolectomía correctora necesaria con una pinza - - gubia. Se adapta el colgajo y se sutura.

E. MANEJO POSOPERATORIO:

El tratamiento posoperatorio de los pacientes, es de suma importancia. Es por esto que se le deberá de recomendar al paciente - que no descuide su tratamiento posoperatorio, ya que de este dependerá su pronta recuperación.

ASISTENCIA POSOPERATORIA A REALIZAR POR EL CIRUJANO DENTISTA:

1. LAVADO DE LA CAVIDAD BUCAL:

Al terminar la operación se deberá lavar con una gasa mojada en agua bidestilada o suero fisiológico, la sangre que haya sobre la cara del paciente.

La cavidad bucal se irriga con suero fisiológico o con agua bidestilada, para eliminar la sangre, saliva, que se haya depositado en los surcos vestibulares, bóveda palatina, debajo de la lengua y en los espacios interdentarios.

2. APOSITO DE GASA:

Si al terminar la operación, se presenta un sangrado ligero, debe colocarse apósito de gasa húmeda para ocluir el alveolo y ejercer presión sobre las membranas mucosas que han sido reflejadas.

El apósito evita la acumulación de sangre bajo el colgajo y limita la sangre al alveolo mientras hay formación de coágulo.

El paciente deberá de dejar el apósito durante 30 a 45 minutos, en caso de continuar el sangrado deberá el paciente colocar nuevamente un apósito y dejarlo otros 45 minutos. En caso de continuar el sangrado deberá el paciente consultar al dentista.

INDICACIONES PARA EL PACIENTE:

1. Reposo durante uno o más días evitar trabajo físico extenuante y deportes.
2. Al acostarse, deberá dormir con la cabeza más alta que el resto del cuerpo. Deberá de utilizar dos almohadas cubiertas con alguna otra cosa para que le de más altura y le mantenga la cabeza elevada en un ángulo de aproximadamente 30°.
3. Compresas calientes y frías:
Las compresas frías pueden ser de hielo envuelto en tela, colocar sobre la cara durante las ocho horas siguientes a la operación, de la siguiente manera:
Aplicar compresas frías durante 20 minutos y quitarlas durante 10 minutos, alternando. El frío es para reducir al mínimo la inflamación, evita la congestión y el dolor posoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y concreta los edemas posoperatorios.
Compresas calientes:
Con agua tibia aplicar compresas calientes, durante 15 minutos y quitarlas durante 15 minutos, esto se recomienda durante todo el día, al día siguiente de la operación. El calor es con el fin de madurar los procesos flogísticos.
4. Higiene bucal:
Indicar al paciente que no debe escupir ni enjuagarse la bo-

ca durante las primeras 12 horas después de la operación (esto es con el fin de que el paciente se enjuague la boca y --escupa en forma excesiva).

Cepillado -

Cepillar la lengua y los dientes no afectados durante la operación, deben cepillarse a la hora de acostarse, con un cepillo de cerdas suaves cortadas en forma plana. Al día siguiente de la operación el paciente puede empezar a enjuagarse la boca con cualquier enjuague bucal, también se puede enjuagar con una cuarta parte de una cuchara de té de sal disuelta en 180-ml. de agua caliente. El enjuague no debe ser vigoroso, y debe de ser 5 ó 6 veces al día durante 3 ó 4 días. Esto es para evitar el desarrollo bacteriano.

5. Dieta:

Explicar al paciente que deberá mantener una ingestión adecuada de alimentos y líquidos, como son alimentos para beber, gelatinas, flanes, natillas, lícados, etc.

- Dieta líquida: Durante las siguientes 24 hrs. posteriores.
- Dieta blanda: Después de las 24 hrs. de la operación, durante 3 días.
- Dieta normal: Esta deberá de ser poco a poco de acuer-

do a la tolerancia del paciente.

- Bebidas alcohólicas: Indicar al paciente que no deberá de ingerirlas, ya que el alcohol es un vasodilatador.

6. Quimioterapia:

Antes de hacer la receta el dentista deberá volver a revisar el expediente del paciente y checar su hipersensibilidad a las drogas, la receta debe ser por una cantidad de drogas su ficientes para 48 horas, de persistir el dolor se deberá extender otra receta.

La receta deberá constar de:

- Analgésicos.
- Antiinflamatorios
- Antibióticos

7. CITAS POSOPERATORIAS:

Explicar al paciente que deberá asistir a su cita el día que se le indique, para observar su proceso de curación retirar puntos y de ser necesario dar nuevo tratamiento.

ELIMINACION DE LOS PUNTOS DE SUTURA:

La sutura se elimina entre el cuarto y octavo día después de la operación.

Pasos a seguir para eliminar la sutura:

1. Se pasa una gasa mojada en tintura de yodo o de merthio late, sobre el hilo a extraerse para esterilizar la -- parte del hilo que se encuentra infectado por estar expuesto.
2. Con una pinza de disección y con la mano izquierda se toma un extremo del nudo que emerge sobre los labios de la herida con una tijera se corta el hilo.

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

(COMPLICACIONES POSOPERATORIAS)

CAPÍTULO III .- COMPLICACIONES POSOPERATORIAS:**A. SANGRADO POSOPERATORIO O SANGRADO PRIMARIO:**

- En ocasiones el paciente presenta sangrado grave dentro de las -- 24 horas siguientes de la operación:

Puede ser su origen:

- Restos del tejido de granulación, o producirse por el movimiento de segmentos de hueso alveolar fracturado o por rotura del coágulo a causa de enjuagarse, escupir o mascar vigorosamente.
- Puede ser causado también por el edema que al distender los tejidos y romper algún vaso sanguíneo pequeño que haya sido lesionado durante la operación.

Tratamiento:

- Indicar al paciente que muerda compresas de gasa estéril, durante 30 minutos. Si el vaso sangrante se encuentra en los tejidos blandos puede ser cerrado con una pinza hemostática o un punto de sutura a manera de amarre o de ocho.
- Si la hemorragia continúa, se puede reforzar la sutura con otras adicionales en la zona sangrante, y de continuar la hemorragia se colocarán apósitos de gasa firmemente apretados durante cinco o diez minutos.

- Si el origen del sangrado es en hueso, puede ser necesario quemar el agujero de un canal nutriente o quitar un fragmento de hueso fracturado con adhesión perióstica mínima.
- Si el sangrado es de fragmentos de tejidos de granulación residual en el alveolo o adherido al colgajo, este tejido debe quitarse.

B. HEMORRAGIA INTERNA O RECURRENTE:

Es un sangrado que se presenta dentro de las 24 horas siguientes de concluida la operación. Durante esta hemorragia la presión sanguínea del paciente puede haber descendido por un semishock, y vuelve a las cifras normales al recobrase el paciente, por lo que se produce la hemorragia recurrente. Esta hemorragia puede ser ocasionada por haberse desatado las suturas, o porque el paciente se quito los apósitos antes de tiempo y al acostarse, la presión sanguínea arrastra el coágulo por no tener ya la presión del apósito.

Tratamiento:

Se puede utilizar uno o más de los métodos siguientes:

- Aplicar presión directa sobre la zona hemorrágica.
- Cuando las suturas se han aflojado, se anestesia y se coloca una sutura continua y firme sobre el lugar de la hemorragia.

- Aplicar un vasoconstrictor directamente en la zona sangrante, por ejemplo la aplicación de una esponja con epinefrina, produciendo así la constricción del vaso sanguíneo hasta que se forme un nuevo coágulo.
- Aplicar un agente local para acelerar la coagulación:
Ej. trombina, fibrinógeno o tromboplastina.

La aplicación se hace colocando estas sustancias sobre una gasa y se presiona en la zona sangrante.

C. HEMORRAGIA SECUNDARIA:

Esta hemorragia se presenta después de formarse el coágulo inicial, 24 horas a 10 días después de la cirugía. Casi siempre es por la ruptura del coágulo sanguíneo.

Tratamiento:

- Puede ser alguno de los tratamientos de la hemorragia anterior.

D. SANGRADO RETARDADO:

Es sangrado profuso que se presenta después de las 24 horas de la operación. Se asocia con mayor frecuencia a infecciones.

Es ocasionado por la reacción inflamatoria que erosiona vasos pequeños produciendo sangrado.

Se debe valorar al paciente revisando su temperatura e interrogarlo si ha tenido escalofríos, malestar o dolor. Cuando la infección es crónica o leve puede ser por el crecimiento exagerado del tejido de granulación y este al ser traumatizado durante la masticación, sangra profusamente.

La acumulación del tejido de granulación puede ser secundaria a cuerpos extraños que llegan al alveolo o por fragmentos de hueso, dientes con calculos que no se han tratado después de la operación.

Tratamiento:

- Quitar el tejido de granulación y corregir el factor precipitante. Es necesario limpiar e irrigar el alveolo en caso de infección y si esta es grave, hacer drenaje de pus que se haya acumulado. El dentista deberá de citar varias veces al paciente para cambiar apósitos si se han colocado o para quitar el drenaje e irrigar el área para eliminar desechos.
- En ocasiones es necesario el tratamiento antibiótico.
- Si la hemorragia es originada por tejido de granulación exuberante asociado con desechos o con cuerpo extraño, estos últimos deberán quitarse.
- Si el tejido de granulación es producido por defectos en el cierre de la herida, estos deben suprimirse y si es posible -

colocar puntos de sutura para corregir la dehiscencia.

E. HEMATOMA:

Es el derrame sanguíneo en los tejidos, es una masa de aspecto tumoral. Puede producir cambio de coloración en el lugar de la operación, de la piel y su periferia.

El hematoma puede ser ocasionado por la lesión de vasos sanguíneos con la aguja al momento de anestesiar.

Tratamiento:

- Aplicación de fomentos fríos seguidos de calor (para la absorción de la sangre). Cuando el hematoma supura, se trata como un absceso.
- También se puede hacer la absorción por medio de jeringa, de la sangre aún líquida del hematoma, esto es con el fin de disminuir la tensión.

F. INFECCION:

La infección posoperatoria puede ser causada por la descomposición de tejidos necróticos o por invasión bacteriana, en ocasiones se presentan las dos causas.

Tratamiento:

- Es importante localizar anatómicamente la infección como el -

tipo de tejido infectado.

- Para las infecciones agudas se recomienda la quimioterapia.

Tratamiento de los tejidos infectados:

- Incisión y drenaje.
- Eliminar el foco de infección como son dientes enfermos, hueso necrótico, granulomas, quistes, etc.

Recomendaciones Generales:

- Descanso.
- Ingestión de líquidos.
- Analgésicos.
- Alimentación adecuada.
- Fisioterapia.

G. INFLAMACION:

Puede ser por causa física, química o por ataque de algún microorganismo patógeno.

Tratamiento:

- Antiinflamatorios y

- Fisioterapia.

H. DOLOR:

El dolor se presenta casi siempre después de la operación en una - zona tan sensitiva como es la cavidad bucal.

Tratamiento:

- Analgésicos.

I. TRISMUS:

Después de cualquier intervención operatoria, herida o infección - que afecte los tejidos en las inmediaciones de la articulación - - temporomandibular, puede ocasionar trismus.

Tratamiento:

- Antiflogísticos y

- Fisioterapia.

J. ALVEOLITIS SECA:

Complicación más común de heridas por extracción.

Es cuando el coágulo se ha perdido con producción de mal olor, y -

con dolor intenso, sin presentar supuración.

Tratamiento:

- Colocar un apósito con obtundente.

C A P I T U L O - I V

(CONCLUSIONES)

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

Debido a las complicaciones que puede desencadenar una inclusión dentaria, debemos considerar la importancia que representa la extracción de un diente retenido.

Asimismo, debemos reconocer que para lograr alcanzar el éxito es preponderante la elaboración de una buena Historia Clínica, detallada y completa. Ya que gracias a ella podremos realizar una atención preoperatoria, transoperatoria y posoperatoria, adecuada a cada paciente. --
Sobre todo a aquellos que hayan sufrido enfermedades sistémicas, infecciones, o que presenten algún problema cardíaco, respiratorio. --
étc.

Igualmente es importante la localización del diente impactado con ayuda de la radiografía, para así poder determinar si será aconsejable la extracción y de ser así puede elegir la técnica más adecuada.

Es de gran importancia tener siempre presente, la asepsia y la anti-sepsia, en cualquier intervención, dado que de estas depende en gran medida el lograr una pronta recuperación del paciente.

También es parte del éxito la atención posoperatoria tanto del odontólogo como la que le corresponde al paciente, es por esto que hay que indicarle al paciente la importancia de su cooperación en todas las indicaciones que se le den.

Para concluir cabe mencionar que realizando cada paso, el profesional podrá obtener éxito en todo tratamiento y el reconocimiento de sus pacientes.

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

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

1. ARCHER W. HARRY, Cirugía Bucal, Atlas paso por paso de --
Técnicas Quirúrgicas, 2a. Edición, Tomo I, Ed.Mundi, S.A.
C.I.F., Buenos Aires, Argentina.
2. ARCHER W. HARRY, Cirugía Bucal, Atlas paso por paso de --
Técnicas Quirúrgicas, 2a. Edición, Tomo II, Ed. Mundi, --
S. A. C.I.F., Buenos Aires, Argentina.
3. BURKET LESTER W., Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamien
to, Sexta edición, Editorial Interamericana, México 1973.
4. COSTICH EMMET R. & WHITE RAYMOND P. JR., Cirugía Bucal, -
Ed. Interamericana, primera Ed. en Español 1974, Traduc-
ción al Español por la Dra. Georgina Guerrero.
5. DIRIGIDOX KARL HAUPL, Tratado General de Odonto-Estomato-
logía, Tomo III Vol. I, Ed. Alhambra, S. A., Madrid-Méxi-
co 1972, Traducción al Español por el Dr. Serrano Salaga-
ray.
6. FINN SIDNEY B., Odontología Pediátrica, Ed. Interamerica-
na.

7. GOMEZ MATTALDI, Radiología Odontológica, 2a. Edición, -- Ed. Mundi, S. A. C.I.F., Buenos Aires, Argentina.
8. LESLIE D. MELLOR, Métodos de Laboratorio, segunda edición 1972, Noeva Editorial Interamericana, S. A. DE C.V.
9. MEAD STERLING V., Cirugía Bucal, Tomo I, Tercera edición, Editorial Hispano-Americana.
10. RIES CENTENO GUILLERMO A., Cirugía Bucal, Séptima edición 1975, Editorial El Ateneo.
11. WAITE DANIEL E. Cirugía Bucal Práctica, 1978, Compañía - Editorial Continental, S. A.
12. BATES BARBARA, Propedeutica Medica, 1a. edición 1977, -- Ed. Interamericana, Traducción al Español por Remedios - Martínez G.
13. MAJOR, Propedeutica Medica, 7a. Edición, Ed. Interamericana, México 1979.