

24/92



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CANINOS INCLUIDOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
MARIO BARENAS SANABRIA

1962



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.

I N D I C E.

Introducción.

Capítulo I :

Descripción de las estructuras anatómicas relacionadas con la región de caninos incluidos en maxilar y mandíbula.

- a) Región palatina.
- b) Región mentoniana.
- c) Región gingivodentaria.
- d) Seno maxilar.
- e) Fosas nasales.

Capítulo II :

Anatomía dental del canino incluido.

- a) Corona.
- b) Cámara pulpar.
- c) Cuello.
- d) Raíz.

Capítulo III :

Patología y accidentes provocados por la erupción y retención de caninos.

- a) Generalidades.
- b) Patogenia.
- c) Accidentes.
- d) Clasificación.

Capítulo IV :

Exámenes clínicos.

- a) Historia clínica.
- b) Estudio radiográfico.
- c) Análisis de laboratorio.

Capítulo V :

Anestesia.

- a) Premedicación.
- b) Anestésicos.
- c) Técnicas de anestesia.

Capítulo VI :

La intervención quirúrgica.

- a) Instrumental quirúrgico.
- b) Campo operatorio.
- c) Técnicas quirúrgicas.

Capítulo VII :

Post-operatorio.

- a) Instrucciones al paciente.

- b) Medicación.
- c) Revisión periódica.

Capítulo VIII :

- Accidentes y complicaciones.**
 - a) Accidentes de la extracción dentaria.
 - b) Complicaciones debidas a la solución anestésica.
 - c) Complicaciones post-operatorias.

Conclusiones.

Bibliografía.

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

El tema que ahora presento y el cuál pongo a consideración del H. Jurado, es para mi motivo de gran satisfacción, ya que en la elaboración de el, he puesto gran empeño.

El tema (Caninos Incluidos), lo considero muy extenso y por esta razón el trabajo que presento, no pretende resolver en su totalidad y en forma teórica, los problemas que se puedan presentar dentro del consultorio dental, al llevar a cabo una intervención quirúrgica de este tipo, si no que en caso de presentarse, saber o tener nociones de como enfrentarse a este tipo de problemas y darles una solución adecuada. Por lo que tratare de hacer un enfoque global del tema expuesto.

La realización de este trabajo me ha dado la oportunidad de profundizar un poco más mis conocimientos acerca de este tema, que si bien no son extensos, cuentan con una base sólida y científica, que me ha ayudado para afianzar más mis conocimientos y aprendizaje.

El estudio de la inclusión de caninos, constituye un tema poco tratado, es por esta razón que solo espongí lo que a mi juicio creo más importante, no dude que tenga errores, pero la mínima experiencia que poseo ha sido vertida en la realización de este trabajo con el entusiasmo de ver terminada una etapa de mis estudios.

C A P I T U L O I

**DESCRIPCION DE LAS ESTRUCTURAS ANATOMICAS
RELACIONADAS CON LA REGION DE CANINOS IN-
CLUIDOS EN MAXILAR Y MANDIBULA.**

ESTRUCTURAS ANATOMICAS RELACIONADAS CON LA REGION DE CANINOS INCLUIDOS EN MAX. Y MAND.

El conocimiento exacto de las estructuras anatómicas sobre las cuales hemos de intervenir, es elemento necesario e imprescindible en la práctica del cirujano oral.

La cirugía que nos ocupa, se realiza esencialmente en la cavidad oral, espacio limitado hacia adelante por los labios, lateralmente por las mejillas, hacia arriba por el paladar (blando y duro), y hacia abajo por el piso de la boca.

La cavidad bucal está constituida por dos porciones: la anterior o vestibulo de la boca y la posterior o cavidad bucal propiamente dicha, que se comunica hacia atrás con la faringe por el istmo de las fauces.

El vestibulo de la boca es el espacio existente entre los labios y las mejillas por delante y los arcos alveolodentales por detrás.

La cavidad propia de la boca se extiende desde los dientes por delante y lateralmente, a la faringe por detrás. Limitada por arriba por la bóveda palatina dura y la cara anterior del paladar blando; el suelo de la boca está constituido por el diafragma bucal (formado por los músculos milohioides) y está ocupado por la lengua.

En relación con la anatomía quirúrgica que corresponde a la región de caninos incluidos, tanto a nivel de maxilar como de la mandíbula estudiaremos las siguientes regiones:

I.- REGION PALATINA.

Se le conoce por este nombre a la pared superior y posterior de la cavidad bucal, zona de gran interés para el odontólogo por ser el sitio hacia el cual, frecuentemente hacen su desarrollo e invasión los procesos de origen dentario. Se le divide en dos porciones: una anterior y otra posterior (vólv del paladar).

El conjunto tiene la forma de una bóveda limitada anterolateralmente por el arco dentario. Concava en todos los sentidos.

REGION ANTERIOR O BOVEDA PALATINA:

1.- Membrana mucosa. Intimamente adherida al periostio subyacente, constituyendo una membrana única; la fibromucosa palatina, cuyo espesor es variable. En el rafe medio es muy delgada y puede ser fácilmente perforada a este nivel al desprenderse del hueso con fines quirúrgicos. En las porciones laterales del paladar es más gruesa (5 mm. de espesor). Esta fibromucosa tiene en su espesor y a los lados de la línea media una capa capsular, que son glándulas salivales semejantes a las de los labios y que reciben el nombre de glándulas palatinas.

Esta fibromucosa se desprende con relativa facilidad del hueso subyacente, por medio del uso de instrumentos apropiados.

Debido a la elasticidad puede ser desplazada en trozos de tamaño diverso a sitios diferentes, donde se fijan su nuevo asiento. Al ser repuesta sobre su lugar primitivo, después — desplazada para operar sobre el hueso del paladar, adquiere pronto su primitiva fijez y relación por la cara profun-

En contacto con el esqueleto sorren los vasos palatinos.

2.- Esqueleto óseo. El esqueleto óseo palatino (apofisis palatinas, está constituido por los dos procesos palatinos de los maxilares (derecho e izquierdo), que se fusionan en la línea media y las dos laminas horizontales de los dos huesos palatinos (apofisis horizontales de los palatinos), que también se fusionan entre sí. Además de las suturas bimaxilares bipalatinas se encuentran en dicha bóveda, la sutura entre los procesos palatinos de los maxilares y las laminas horizontales de los palatinos; constituyendo así, la sutura maxilopalatina. Estas cuatro suturas toman en conjunto una disposición en forma de cruz.

La bóveda puede pensarse en relación con el seno, por el artículo sinusal palatino. Digno de mención es el agujero y el canal palatino menor anterior y los orificios de los canales palatinos mayores (conjuntos palatinos posteriores), que están situados en el ángulo diedro formado por la lamina horizontal y el arco alveolar y próximos al tercer molar. Por allí emergen ramos de la arteria maxilar (arteria palatina superior) que se coparan y se dirigen hacia abajo por el canal palatino mayor y salen a través de los agujeros palatinos mayor y menor, ramificándose en el paladar óseo y blando, recibiendo el nombre de arterias palatinas, que se acompañan con los nervios palatinos, ramos del nervio maxilar.

3.- Vasos y nervios.

a).- Arterias. La tercera porción de la arteria maxilar superior proporciona tres ramos, de los cuales nos interesan los : ramos para de la faringe y la tuba auditiva, de donde — desprenden las arterias palatinas, que después de emerger por los agujeros palatinos mayores, recorren la bóveda próxima al arco alveolar en compañía de las vv y nn. y se anastomosan con la arteria esfenopalatina (tercer ramo de la tercera porción).

El otro ramo que nos interesa es la propia arteria esfenopalatina que sale por el agujero palatino menor (anterior) y en su trayecto dan numerosas ramas que se distribuyen por la bóveda, mucosa y alveolos dentales.

b).- Venas. Las venas de la bóveda palatina corren paralelas a las arterias. Descubican en varios troncos venosos; el tronco venoso pterigoideo, las venas de la mucosa nasal, de la lengua (que desemboca en la vena lingual) y de las amígdalas.

c).- Nervios sensitivos. Los nervios provienen del ganglio trigémaxilar (ganglio esfenopalatino) que da los siguientes ramos : nervio nasopalatino, que es el más grande de los ra-

nos nasales posteriores. El nervio nasopalatino, pasa a través del conducto incisivo e inerva las glándulas de la mucosa del paladar duro.

Los nervios nasopalatinos, bajan por el conducto palatino mayor y al salir por los agujeros palatino mayor y menor inervan las glándulas de la mucosa del paladar duro y blando.

II.- REGION MENTONIANA.

Situada por debajo de la región labial, corresponde a la región ósea de este nombre, cuyos límites son: por arriba - el surco mentolabial; por abajo, el borde inferior de la mandíbula, lateralmente, la prolongación imaginaria del surco labiogeniano.

Planes constitutivos de la región mentoniana.

Piel, capa muscular, periostio y hueso (cara anterior del cuerpo de la mandíbula).

Piel.- Análoga a la de la región labial.

Capa muscular.- Está constituida por tres músculos en relación con la piel y con: depresor del ángulo de la boca (triangular de los labios), labio inferior (cuadrado del mentón) y el músculo mental (barba de la barba).

Periostio.- Es una película fina y consistente de tejido conjuntivo de color rosa pálido, que rodea al hueso por su exterior.

Hueso.- (Cara anterior del cuerpo de la mandíbula)

Los accidentes óseos que están incluidos en la región mentoniana son los siguientes:

a) Crista mandibular (Crista mentoniana). Es una cresta vertical que se encuentra localizada en la línea media de la mandíbula y que es huella de la consolidación de las dos mitades simétricas de la misma.

b).- Protuberancia mental. (protuberancia mentoniana). Continuación de la anterior, presenta forma de pirámide triangular, que se confunde con el borde inferior de la mandíbula.

Es redondeado y grueso, de extraordinaria dureza.

c) Tubérculos mentales (Tubérculos mentonianos). Son dos pequeñas elevaciones que se encuentran a cada lado de la eminencia.

d) Fosita mental (Fosita mentoniana). Se localiza entre el tubérculo mental y la eminencia canina. Es una depresión dentro de la cual existen orificios para el paso de los vasos y nervios.

e) Agujero mental (Agujero mentoniano). Orificio de salida del canal mandibular que da paso a vasos y nervios mentales.

Se encuentra ubicado en la cara lateral del cuerpo mandibular a nivel del primero y segundo premolares y en un punto equidistante los bordes superior e inferior (en el adulto).

f) Línea oblicua externa. Es una cresta ósea que se extiende diagonalmente hacia atrás y arriba del tubérculo mental y que termina en el borde anterior de la rama mandibular. En esta línea se insertan tres músculos: el depresor del labio -

inferior, el depresor del ángulo de la boca y el cutáneo del mento.

Vasos y nervios.

Arterias. - Proviene de la arteria mental (mentoniana), que es continuación de la alveolar inferior. La arteria mental proviene del hueso por el agujero homónimo. Se ramifica en la piel y los músculos de la región.

Venas. - Las venas van a desembocar en las venas facial y en la submentoniana. Estas a su vez desembocan en la yugular interna.

Nervios. - Los nervios de esta región son motores y sensitivos. Los primeros dependen del facial y los segundos del mental (rama del nervio alveolar inferior). El nervio mental (mentoniano) es un ramo grueso, que emerge del agujero mental y se extiende por la piel del mentón y del labio inferior.

III.- REGION GINGIVODENTARIA.

Esta región es obviamente, la de mayor importancia puesto que representa el campo donde ocurren la mayor parte de la patología.

La región gingivodentaria consta de tres elementos en íntima relación: la encía, el hueso y los dientes.

Encía. - La encía es parte de la membrana mucosa bucal, que cubre los procesos alveolares de los maxilares y el paladar duro y rodea al cuello de los dientes. Clínicamente se divide en las áreas: marginal o libre, insertada e interdentaria. La gingiva está formada por la mucosa y la submucosa.

Mucosa gingival. - Se compone de epitelio escamoso estratificado. La capa mucosa consta de cuatro estratos o capas, que van de afuera hacia adentro: capa córnea, capa lúcida, capa prurúlea y capa generatriz o de Malpighi.

Submucosa gingival. - Está compuesta por tejido conectivo esencialmente colágeno. En algunas ocasiones, la submucosa está íntimamente ligada o adherida al periostio subyacente, de forma tal, que constituye una capa única; la fibromucosa parodontal. En otras regiones, está separada del periostio por cantidades variables de tejido conectivo laxo.

La submucosa está constituida por dos capas:

- a) La capa de las papilas.
- b) La capa reticular.

La primera capa presente, como su nombre lo indica, son papilas que contienen vasos sanguíneos, dicha propiedad, produce que el límite entre esta capa y la capa mucosa sea altamente irregular.

La segunda capa, está conformada por fibras elásticas en una disposición variada, constituyendo un sistema importante de haces de fibras colágenas. Esta capa se encuentra en contacto con el periostio.

Vasos y nervios de la encía.

1.- Arterias subgingivales.

2.- Vasos del ligamento periodontal.

3.- Arterias que emergen de la cresta del tabique interdentario y se extiende en sentido paralelo a la cresta ósea, para anastomosarse con vasos y capilares del ligamento periodontal, surco gingival y la cresta alveolar.

IV.- SENO MAXILAR.

El seno maxilar o antro de Highmore, se llama así porque - la palabra antro significa cavidad o hueco, especialmente en el hueso.

Tiene la forma de una piramide triangular, situada entre - la orbita por arriba, la cavidad bucal por abajo y la nariz - por dentro.

La pared anterior corresponde exteriormente a la mejilla y la fosa canina y sube hasta el reborde orbitario. En su parte superior está el canal suborbitario que desemboca en el agujero suborbitario, situado en la cara externa de esta pared. La parte inferior corresponde al fondo del saco gingivo-labial. Es de escaso espesor, de un milimetro aproximadamente, puede explorarse por palpación y es el lugar del abordaje quirúrgico. Es recorrida interiormente por el conducto dentario anterior y superior.

La pared posterior, de forma externa convexa corresponde - a la pared anterior de la fosa pterigomaxilar y al trasfondo. En esta región sanan los vasos maxilares internos; las venas forman un rico plexo anastomozado con los plexos vecinos. Está excavada por los conductos de los nervios posteriores.

La pared superior u orbitaria, constituye el piso de la - orbita. Presenta una eminencia alargada de delante atrás formada por el relieve del conducto suborbitario, que recorre - el nervio suborbitario. Las anastomosis vasculares son ricas en esta región.

La base corresponde a la pared externa de las fosas nasales. Es una lamina vertical sobre la que, del lado nasal se - inserta el cornete inferior, que delimita dos partes, una inferior o meato inferior que es delgada y está constituida por la apófisis auricular del cornete y por la apófisis maxilar - del palatino que se articula con la precedente.

El conducto lacrimomaxilar se abre en la parte anterior de - este segmento. El meato inferior se aprovecha para penetrar - en el seno con el trocar para una punción exploradora o para un drenaje.

La parte superior corresponde al meato medio. Presenta el orificio de salida del seno llamado ostium, que está situado inmediatamente por detrás de la eminencia del conducto lacrimomaxilar y por el cual el seno comunica con la fosa nasal. El - ostium es muy estrecho, de 3 a 5 mm. de diámetro.

Su situación en el fondo de la parte posterior del canal - del unciforme, oculta por la ampolla etmoidal y cubierta por el cornete medio, hace su acceso casi imposible por los medios clínicos ordinarios.

Además, no está en situaciones de declive.

En el meato medio se abren también los orificios del seno frontal y de las células etmoidales anteriores.

Los bordes del seno corresponden al contorno de la base.

El borde superior formado por la unión del suelo de la órbita y la pared nasal, sigue el borde superior del hueso. El borde anterior vertical, corresponde a la unión de la pared anterior de la base. El borde posterior, corresponde a la tuberosidad del maxilar, por lo tanto la hendidura pterigomaxilar y a los órganos que se alejan en ella, principalmente al nervio maxilar superior y al ganglio de Meckel. El borde inferior tiene la forma de un canal entre la pared anterior y la pared posterior. Corresponde al reborde alveolar donde están implantados los dientes.

Normalmente hay una altura de hueso suficiente para englobar sus raíces cuyas extremidades se encuentran separadas del seno por una lámina de varios milímetros de espesor de este tejido. Los más próximos al seno son el segundo premolar y el primer molar. La relación es muy variable según el desarrollo del seno. El vértice corresponde al hueso malar.

La fosa oval de Vilar Fiol.

Rafael Vilar Fiol expuso una peculiaridad anatómica nueva que se encuentra entre los pasajes nasales y los senos maxilares y frontal. Este canal o fosa oval es importante desde el punto de vista anatómico y clínico.

Vascularización.

La vascularización del seno es asegurada por la maxilar interna y sus ramas. La arteria proveniente de la seno retrocondilea tiene un trayecto horizontal hacia adentro, dirigida hacia el trasfondo de la fosa pterigomaxilar. Camina sobre la tuberosidad donde sus ramas maxilares y dentarias que siguen las paredes del seno. El sistema venoso está ricamente anastomosado en el espesor del tejido esponjoso del hueso, en su superficie y con las plexos vecinos, que representan las vías de drenaje; orbitarias, faciales, nasales y pterigoideas, es por la vía venosa que a menudo se propagan y difunden las infecciones de esta región.

Inervación.

Esta asegurada por el nervio maxilar superior que proviene del agujero redondo mayor, llega al trasfondo de la fosa pterigomaxilar, donde continúa su camino por la pared superior, alojado en un canal para ramificarse en el agujero infraorbitario.

En su trayecto da ramas óseas, dentarias posteriores que forman el plexo dentario posterior e medias y una anterior para el canino y los incisivos.

Al nervio maxilar superior está conectado el ganglio esfenopalatino, situado en el trasfondo, del que se desprenden anastomosis para todas las ramas del maxilar y para los nervios vecinos.

El carácter común de esta inervación con la de los dientes

y sus anastomosis con los otros nervios de la vecindad, explica la variabilidad de los dolores de una sinusitis.

Histología.

La cavidad del seno se halla tapizada por el periestio, sobre el que se dispone una capa de tejido esclular submucoso.

La mucosa es una emanación de la pituitaria y a veces existen en ellas glándulas.

El epitelio de revestimiento es cilíndrico ciliado. Las cilias son vibrátiles y se encuentran animadas de un movimiento permanente, que normalmente conduce hacia el ostium las secreciones poco abundantes.

El seno es una cavidad aérea, la presión del aire en su interior es igual a la de la atmósfera y este equilibrio está asegurado por la comunicación representada por el ostium. Esta cavidad es generalmente única pero a veces está tabicada por bridas fibromucosas particularmente frecuentes en el piseo.

V.- FOSAS NASALES.

Están situadas en el centro de la cara, por debajo y adentro de las cavidades orbitarias y por encima de la cavidad bucal. Son dos, derecha e izquierda, hallándose separadas por un tabique mediano y vertical, y tapizadas en vivo por la mucosa pituitaria, que contiene las terminaciones del aparato olfativo.

Aunque aplanadas transversalmente, se pueden distinguir en ellas cuatro paredes y dos orificios.

Pared superior o bóveda. Es estrecha y cóncava transversalmente de adelante atrás, interviniendo en su constitución la cara posterior de los huesos propios de la nariz, las partes laterales de la espina nasal del frontal, la cara inferior de la lamina cribosa del etmoides, la cara anterior del cuerpo del esfenoides y la cara inferior del mismo, que se halla recubierta por las alas del vomer y por la apófisis esfenoidal del palatino. En la parte más posterior de esta pared se encuentra el orificio de desembocadura del seno esfenoidal y del conducto pterigopalatino, que comunica la parte posterior de la fosa nasal con la bóveda faríngea y por la cual se deslisan los vasos y nervios pterigopalatinos.

Pared inferior o piso. Es transversalmente cóncava y plana de delante hacia atrás. Entran en su constitución la apófisis palatina del maxilar superior y la rama horizontal del hueso palatino. Presenta en su parte delantera el conducto palatino anterior, que se dirige hacia adentro para formar con el del lado opuesto un solo conducto que se va abriendo en la bóveda palatina.

Pared interna. Corresponde al tabique de separación de ambas fosas y se halla constituida en la parte superior por la lamina vertical del etmoides, mientras la inferior la está por el vomer. Hacia adelante, el tabique se completa en el vivo por el cartilago del tabique, y aunque ocupa aproximada-

mente el plano medio, con frecuencia presenta desviaciones a la derecha o a la izquierda.

Pared externa. Es la que alcanza mayor complicación, por presentar una serie de salientes y entrantes, y numerosos orificios, mediante los cuales se comunican los senos de los huesos que la forman con las fosas nasales. Está ligeramente inclinada hacia abajo y afuera, interviniendo en su constitución los siguientes huesos: unguis, etmoides, esfenoides, palatino, maxilar superior y cornete inferior.

Los salientes de la pared externa se denominan cornetes y generalmente son tres: medio, superior e inferior. Los dos primeros pertenecen al etmoides, mientras que el tercero es un hueso independiente.

Las entradas de la pared se llaman meatos y son también tres: superior, medio e inferior. Quedan limitados los meatos hacia el exterior por la pared externa propiamente dicha y hacia el interior por la cara externa del cornete correspondiente. En cada uno de ellos se puede observar diversos orificios por los cuales desembocan los diferentes senos de las fosas nasales. Así, la parte posterior del meato superior lleva uno o dos orificios pertenecientes a las celidillas etmoidales posteriores. En el meato medio se halla situado el orificio del seno maxilar; por encima de él se abre el orificio del infundíbulo, donde desemboca el seno frontal y por debajo los orificios de las celidillas etmoidales anteriores.

Todas estas cavidades se llaman cavidades paranasales.

En el meato inferior desemboca el conducto nasal, continuación del canal lacrimomaxilar. Este conducto parte, como es sabido, de la pared interna de la órbita y se dirige hacia abajo, atrás y adelante; se ensancha paulatinamente conforme desciende y por último viene a desembocar en la parte superior anterior del meato inferior.

El agujero esfenopalatino se abre en la pared externa, por detrás del meato superior y comunica la fosa nasal con el pterigomaxilar.

Orificio anterior. En el esqueleto, el orificio anterior es único, a causa de la desaparición del cartilago del tabique. Su forma es más o menos triangular, con la base hacia abajo. En la formación de su contorno intervienen los maxilares superiores y los huesos propios de la nariz. Presenta este orificio en la pared inferior y media de la espina nasal anterior, en tanto que su vértice superior se halla constituido por un agudo saliente de los huesos propios de la nariz.

Orificio posterior. Cada una de las fosas nasales se abre posteriormente, por encima de la bóveda palatina, mediante un orificio de forma cuadrangular y más alto que ancho. Estos orificios reciben el nombre de conchas y en la constitución de cada una de ellas intervienen los siguientes huesos: el cuerpo del esfenoides y el ala del vómer forman su parte superior; la rama horizontal del palatino ocupa la parte inferior; el -

borde posterior del vómer forma el lado interno, y por último el borde posterior del ala interna de la apofisis pteregoides constituye el lado externo.

C A P I T U L O I I .

ANATOMIA DENTAL DEL CANINO INCLUIDO.

ANATOMIA DENTAL DEL CANINO INCLUIDO.

Los caninos son piezas dentarias de mayor volumen que los incisivos, tanto en la corona, como en la raíz. Es el tercer diente a partir de la línea media. Su posición en el arco anterior coincide con la esquina o ángulo que forma el plano labial con el plano lateral del vestibule y también con la comisura de los labios.

Por lo general decimos que es un diente poderoso, está fijado con mayor firmeza por tener la raíz más larga, punto sobresaliente, que debe tenerse en cuenta en los casos de restauraciones protésicas, ya que tienen un soporte preferido a cualquier otro.

La calcificación en su corona principia de los cuatro a los seis meses de edad, un poco antes de la erupción del primer incisivo inferior de la primera dentición y termina a la edad de los 7 años, casi al momento en que los incisivos inferiores de primera dentición están por ser reemplazados. La erupción se efectúa entre los 11 y 12 años y la raíz termina de formarse de los 12 a los 13 años de edad.

Siendo una de las piezas últimas en erupcionar, hace que se encuentren complicaciones, como la retención dentaria de los mismos. Esta complicación es debida a la falta de estímulo que existe en los maxilares para un buen desarrollo de estos.

A continuación citaremos algunas de las particularidades anatómicas de los caninos tanto superiores como inferiores.

CANINO SUPERIOR .

a) Corona.

La corona del canino difiere en forma de los otros dientes anteriores debido a que su borde incisal no es recto mesio-distalmente, tiene una cúspide que lo divide en dos tramos, llamados brazos del borde incisal.

Los lóbulos de crecimiento están colocados en el mismo orden descrito en los incisivos, pero en el canino el lóbulo central está ostensiblemente desarrollado, tanto hacia la parte cervical como a la incisal. Los lóbulos mesiales y distales son pequeños, conforman la corona dándole un aspecto conocido como piramidal. Se lo estudian cuatro caras axiales: labial-lingual, mesial y distal. Además, borde incisal y plano cervical.

b) Cámara pulpar.

La cámara pulpar siempre afecta la forma del diente, y así sucede en el canino superior; la cavidad coronaria es sólo un engrosamiento del conducto radicular; no se reconoce al techo ni fondo. En la región que corresponde al borde incisal es-

a los cuernos de la pulpa; el cuerno central está más desarrollado y los laterales están ligeramente señalados.

El conducto radicular tiene luz de forma elíptica, con un diámetro mayor de labial a lingual; se advierten algunas pequeñas curvaturas en su recorrido longitudinal.

c) Cuello.

La línea cervical que circunda la corona del canino es ondulante, igual que los otros dientes anteriores. De las escotaduras proximales, la mesial es la más pronunciada que la distal.

El canino superior se caracteriza por tener un diámetro labio-lingual mayor que los demás dientes anteriores.

d) Raíz.

Es recta y única, la más poderosa por su longitud, grosor y aneuria. Llega hasta tener 1.8 veces el tamaño de la corona. En raras ocasiones se encuentra bifida.

En su forma coincide, termina su calcificación con la formación del ápice a los 12 o 15 años. Llega a tener la forma de llanura, distorsionando el tercio apical hacia distal, también a veces hacia lingual. Es más grande el diámetro labio-lingual, que mesio-distalmente. En la misma forma que las raíces de los anteriores, se estudiarán sus caras labial, lingual, mesial y distal.

Cara labial. Tiene forma triangular isósceles, cuya base está en el cuello o trenso y el vértice en el ápice.

Cara lingual. Similar a la labial, pero más reducida en superficie; se recordará que en un corte transversal la raíz del canino superior tiene forma ovalada, aplastada en los lados axiales, convergiendo ambas hacia lingual. En este corte parece más a la raíz del lateral, pero de mayor dimensión.

Cara mesial y distal. Son de forma triangular como la labial, pero más amplias. Tiene una depresión o canaladura a lo largo de toda la raíz. La diferencia entre las dos superficies está en que la mesial es más grande y la distal tiene una concavidad en el tercio apical, provocado por inclinación de la raíz hacia distal.

CANINO INFERIOR.

a) Corona. El parecido que existe con la corona del canino superior es muy grande pero tiene ciertas diferencias que citaré.

Siendo el mismo largo las dos coronas, la del inferior es más angosta de mesial a distal, lo que hace ver más alargada la figura. Los contornos son menos marcados longitudinalmente.

Como todos los dientes inferiores, el eje longitudinal de la corona se desvía ligeramente hacia lingual. Se describen cuatro caras axiales: labial, lingual, mesial y distal; además, borde incisal y plano cervical.

b) Cámara pulpar. Muy semejante a la del canino superior pero de menor diámetro. Con alguna frecuencia se encuentra bifurcación en el conducto radicular, uno labial y otro lingual.

Encuentranse raramente dos forámenes en una sola raíz. Cuando existe la bifurcación cada raíz tiene su conducto.

c) Cuello. Poco puede agregarse a lo ya referido en la descripción del canino superior. Su diámetro es amplio labiolingualmente, hasta 1 mm. más que en el canino superior, pero — más reducido mesiodistalmente, de tal manera que éste es casi la mitad de la de aquel. De todos modos la medida es más amplia que en los incisivos inferiores: la línea cervical es — también menos ondulada.

d) Raíz. Normalmente es unirradicular, pero con más frecuencia que el canino superior se bifurca o trifurca.

La raíz de este diente es de mayor diámetro labiolingualmente. Sus caras proximales tienen forma triangular. El tercio cervical es casi tan amplio como la corona. El cuerpo de la raíz o tercio medio es del mismo diámetro que el tronco — y hay casos en que el perfil labial y lingual son paralelos — para unirse violentamente en el resto apical, haciéndolo un poco intrínseco. Se insinúa en muchas ocasiones hacia distal y un poco hacia lingual.

Considerando la forma de la raíz como una pirámide cuadrangular sus cuatro caras son : labial, lingual, mesial y distal.

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

**PATOLOGIA Y ACCIDENTES PROVOCADOS POR
LA ERUPCION Y RETENCION DE CANINOS.**

**PATOLOGIA Y ACCIDENTES PROVOCADOS POR
LA ERUPCION Y RETENCION DE CANINOS.**

GENERALIDADES.

Con relación a este tema, sabemos que frecuentemente los dientes retenidos, producen trastornos de diversa índole, aspecto e intensidad; ya que van desde una simple, inadvertida y asintomática molestia, por parte del paciente portador, hasta un severo, doloroso y traumático trastorno para el sujeto. Dichos accidentes tienen lugar en todos los climas, edades, y en ambos sexos e inclusive en ambos maxilares.

En lo que respecta a la raza son más predominantes en la raza blanca debido a la falta de espacio en los maxilares para la erupción normal. En cambio tenemos que la raza negra se dan con menos frecuencia esta clase de anomalías debido a que sus maxilares son de mayor tamaño y dan cabida a la erupción normal de los dientes.

Con respecto al sexo, hay un ligero predominio de la mujer sobre el hombre, según recientes estadísticas, quizás esto se deba a los trastornos fisiológicos de la mujer.

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

| | | |
|-----------------------------|----|---|
| Tercer molar inferior | 15 | } |
| Canino superior | 14 | |
| Tercer molar superior | 6 | |
| Segundo premolar inf. | 4 | |
| Canino inferior | 4 | |
| Incisivo central sup..... | 4 | |
| Segundo premolar sup..... | 3 | |

PATOGENIA.

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

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

- a) Razones embriológicas.
- b) Obstáculos mecánicos.
- c) Causas generales.

a) Razones embriológicas.

La ubicación de un germe dentario en un sitio muy alejado del de normal erupción; por razones mecánicas, el diente originado por tal germe está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar .

El germe dentario puede hallarse en su sitio, pero en una angulación tal, que la calcificación del diente y empezar el trabajo de erupción , la corona toma contacto con un diente -

vicino, retenido o erupcionado; este contacto constituye una verdadera fijación del diente en erupción en posición viciosa.

Sus raíces se constituyen, pero su fuerza impulsiva no le permite colocar al diente en un eje que le permita erupcionar normalmente.

Radson (1927). Dice que "los factores etiologicos, de las inclusiones son exclusivamente de caracter embriologico. Sostiene que las inclusiones se producen por trastornos de las relaciones afines, que normalmente existen entre el folículo dentario y la cresta alveolar, durante las diversas fases de evolución.

Los cambios de evolución que sufren estas estructuras se producen como consecuencia de alteraciones en la formación del tejido óseo y que hace desplazar al folículo dentario".

Obstáculos mecánicos.

• Falta material de espacio, aquí se pueden considerar varias posibilidades :

El germin del canino superior está situado en lo más elevado de la fosa canina. Completa la calcificación del diente y a los maxilares de dimensiones reducidas, no tiene lugar para ir a ocupar su sitio normal en la arcada. Se lo impiden el incisivo lateral y el premolar que ya están erupcionados.

Goldsmith (1931) dice : " El canino se halla alto en el maxilar cuando los premolares van a hacer la erupción. En ese momento los incisivos se encuentran implantados en su posición frontal.

El canino temporario, que debe mantener el espacio para su sucesor permanente, es muy angosto para retener el espacio necesario mesiodistalmente. La presión mesial del segundo molar en erupción es transmitida de un diente a otro, hasta el canino deciduo, causando su acunamiento y retardando su erupción por un período de tiempo considerable, aun estando su raíz casi resorbida.

Esta situación origina una contracción parcial de esta zona donde desciende el canino, causando desviación hacia una posición anormal".

••) Hueso con una condensación tal que no puede ser vencido en el trabajo de erupción (encostosis, osteitis condensa, osteosclerosis), procesos óseos que originan una imagen blanca o blanquecina.

•••) El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser un órgano dentario; dientes vecinos, que por extrusión prematura del temporario han acercado sus coronas, constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del permanente, posición viciosa de un diente retenido que choca contra las raíces del diente o dientes vecinos.

••••) Elementos patológicos pueden oponerse a la normal erupción dentaria; dientes supernumerarios, tumores odontogénicos (odontomas), constituyen un impedimento mecánico de la erupción dentaria.

1) Causas generales.

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

Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio (raquitismo) y las enfermedades que le son propias, tienen también influencia sobre la retención dentaria.

Tarasido (1938) dice "que la causa más frecuente de la inclusión del canino es la que tiene origen en el desequilibrio de tensión entre la musculatura externa e interna de las arcos dentarias.

Cuando por hábito adquirido o contracciones espasmódicas, que se efectúan en los movimientos mímicos, tics y otras modalidades gesticulatorias, se produce un exceso de presión externa, que sumada al final del día, no ha sido igualmente compensada por la presión interna, como la de la lengua, por ejemplo al alterarse el equilibrio que mantiene a los dientes en su posición normal y es por sí solo, especialmente en los niños, capaz de perturbar el crecimiento y detener el desarrollo de los maxilares.

Y agrega después de otras consideraciones, que "esa ligera pero constante presión muscular que reciben los dientes anteriores y que es suficientemente fuerte para tercerlos, y a esa misma presión retransmitida sucesivamente a cada diente hacia atrás, puede influir hasta el tercer molar, de cuya inclusión, no duda, sea también la causa, por estar limitada por delante la expansión de las arcadas y de este modo mantener disminuido el crecimiento de los maxilares.

ACCIDENTES ORIGINADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS (PATOLOGIA).

Todo diente retenido es susceptible de producir trastornos de índole diversa, a pesar de que muchas veces pasan inadvertidos y no ocasionan ninguna molestia para el paciente portador. Estos accidentes se pueden clasificar de la siguiente manera :

1.- Accidentes mecánicos . Los dientes retenidos, actuando mecánicamente sobre los dientes vecinos, pueden producir trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.

a) Trastornos sobre la colocación normal de los dientes.

El trabajo mecánico del diente retenido, en su intento, de "desinclusión" produce desviaciones en la dirección de los dientes vecinos y aun trastornos a distancia.

b) Trastornos sobre la integridad anatómica del diente.

La constante presión que el diente retenido o su saco dentario ejerce sobre el diente vecino, se traduce por alteraciones en el cemento (risolisis), en la dentina y aun en la pulpa de estos dientes. Como complicación de la invasión pulpar, puede haber procesos periodonticos de diversa índole, de diferente intensidad e importancia.

c) Trastornos protéticos. Así denomina Maurel, de un modo significativo, a los trastornos de índole protética que originan en múltiples ocasiones los dientes retenidos. Formas - La confirmación de estos trastornos con innumerables casos, - los cuales pueden concentrarse como sigue : pacientes portadores de aparatos de prótesis advierte que sus chapas basculan en la boca y no se adaptan con la comodidad a que estaban acostumbrados. Un examen clínico descubre una protuberancia en la encía y una radiografía aclara el diagnóstico de una retención dentaria. El diente, en su trabajo de erupción, cambió la arquitectura del maxilar con las naturales molestias.

2.- Accidentes infecciosos. Osteomielitis. Estos accidentes están dados, en los dientes retenidos, por la infección del saco pericoronario. La infección de este saco puede originarse por distintos mecanismos y por distintas vías.

a) Al hacer la erupción del diente retenido, su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal.

b) El proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o periodontica de un diente vecino.

c) La infección del saco puede originarse por vía hemática.

La infección del saco folicular se traduce por procesos de distinta índole : inflamación local, absceso y fístula, consiguiente, osteitis y osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos generales.

Los procesos infecciosos del saco folicular que acabamos -

considerar, pueden actuar como "infección focal", produciendo trastornos de la más diversa índole y a distancia.

Sobre los órganos vecinos (seno maxilar o las fosas nasales), la presencia de un diente retenido da trastornos diversos.

3.- Accidentes nerviosos. Los accidentes nerviosos producidos por los dientes retenidos son bastante frecuentes. La presión que el diente ejerce sobre los dientes vecinos, sobre los nervios o sobre troncos mayores, es posible origine algias de intensidad, tipo y duración variables (neuralgias del trigémino).

4.- Accidentes tumorales. Quistes dentigeros. Todos los dientes retenidos son un quiste dentigero en potencia. Los dientes portadores de tales quistes emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso, pues el quiste en su crecimiento rechaza centrifugamente el diente originador.

También podemos encontrar tumores de otro tipo. Maurel cita el caso de un epulis. Otras formaciones tumorales, aunque bien citadas, nunca se han encontrado. Loos presenta un caso de un tumor maligno originado por un diente retenido.

Estos accidentes contribuyen para llevar a cabo la extracción indicada de los caninos retenidos tomando en cuenta consideraciones ortodónticas, factor predisponente para la extracción e conservación de estos, siendo contraindicado solamente la extracción, cuando el canino pueda ser llevado a posición normal por los procedimientos quirúrgicos e intervención de la cirugía y ortodoncia a edad temprana.

CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS.

Caninos superiores.

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

- a) Retención intrabósea, cuando la pieza dentaria esta por entera cubierta de hueso.
- b) Retención subgingival, cuando parte de la corona emerge de tejido óseo, pero esta cubierta por fibromucosa.

Los caninos pueden ser clasificados de acuerdo :

- 1.- Con el número de dientes retenidos.
 - 2.- Con la posición que estos dientes presentan en el maxilar.
 - 3.- Con la presencia o ausencia de dientes en la arcada.
- Otra clasificación es la siguiente :
- 1.- La retención puede ser simple o doble, presentándose ambos caninos retenidos.
 - 2.- Caninos situados en el lado palatino o situados en el lado vestibular.
 - 3.- Caninos en dentados o en maxilares sin dientes.

De acuerdo a estos tres puntos se puede ordenar una clasificación que corresponda a todos los casos de estas relaciones.

Clase I ; Maxilar dentado. Diente ubicado del lado palatino.

o. Retención unilateral ;

- a) Cerca de la arcada dentaria.
- b) Lejos de la arcada dentaria.

Clase II ; Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado opuesto. En la región palatina. Retención bilateral.

Clase III ; Maxilar dentado. Diente ubicado del lado vestibular. Retención unilateral.

Clase IV ; Maxilar dentado. Dientes ubicados en el lado vestibular. Retención bilateral.

Clase V ; Maxilar dentado. Caninos vestibulopalatino (Con la corona e la raíz hacia el lado vestibular) (retenciones simples o transalveolares, según Glets).

Clase VI ; Maxilar edentado. Dientes ubicados del lado palatino.

- a) Retención unilateral.
- b) Bilateral.

Clase VII ; Maxilar edentado. Dientes ubicados del lado vestibular.

- a) Retención unilateral.
- b) Retención bilateral.

CANINOS INFERIORES.

Los caninos inferiores existen en número mucho menor que los superiores.

Clasificación :

Los caninos inferiores retenidos, lo mismo que los superiores son susceptibles de encuadrarlos dentro de una clasificación, que es la siguiente :

Clase I : Maxilar dentado (esta consideración es a nivel - diente retenido). Retención unilateral. Diente ubicado en lado lingual.

- a) Posición vertical.
- b) Posición horizontal.

Clase II : Maxilar dentado. Retención unilateral. Diente ubicado en el lado bucal.

- a) Posición vertical.
- b) Posición horizontal.

Clase III : Maxilar dentado. Retención bilateral.

- a) Dientes ubicados en el lado lingual.
 - Posición vertical.
 - Posición horizontal.
- b) Dientes ubicados en el lado bucal.
 - Posición vertical.
 - Posición Horizontal.

Clase IV : Maxilar desdentado. Retención unilateral.

- a) Posición horizontal.
- b) Posición vertical.

Clase V : Maxilar desdentado. Retención bilateral.

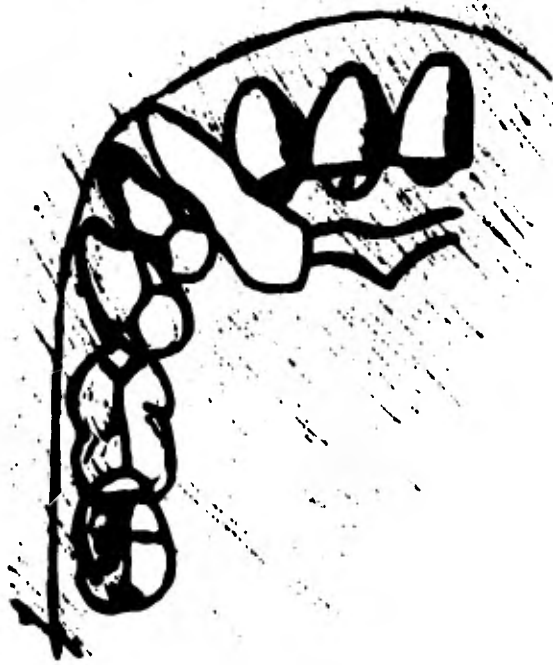
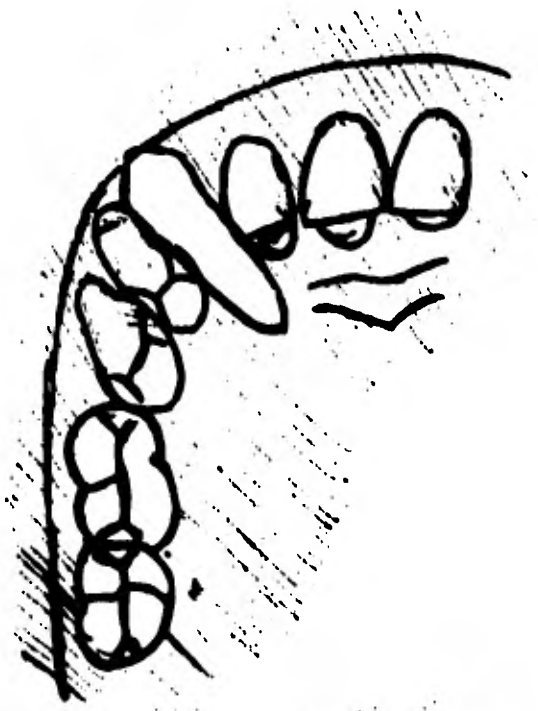
- a) Posición horizontal.
- b) Posición vertical.

DISTINTOS TIPOS DE CANINOS RETENIDOS SUPERIORES.



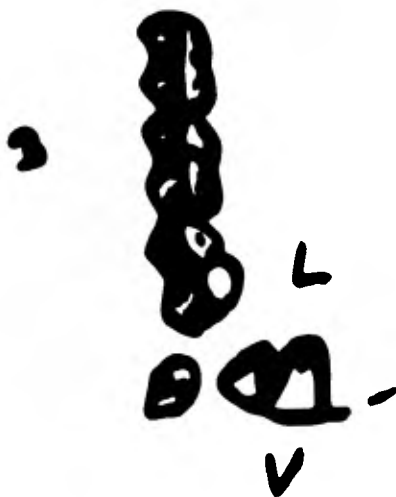
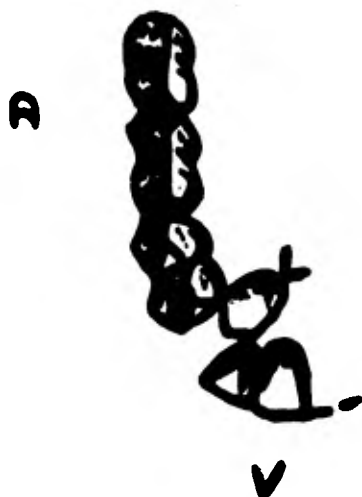
Distintos tipos de retenciones que pueden presentar los caninos superiores:

- a) Vestibulopalatina.**
- b) Palatovestibular.**
- c) Vestibular.**
- d) Palatina cerca de la arcada.**
- e) Palatina lejos de la arcada.**



Esquema de los tipos de retenciones de los caninos superiores en relación con la arcada dentaria. Retención palatovestibular, y vestibulopalatina. Denominada retención mixta.

CANINOS RETENIDOS EN EL MAXILAR INFERIOR.



- A) Canino lingualmente colocado, en dirección vertical (ubicación rara).
B) Canino colocado hacia el lado vestibular, - que también presenta dirección vertical.



- C) Posición lingual (horizontal).
D) Posición vestibular (horizontal).

CAPITULO IV.

EXAMENES CLINICOS.

HISTORIA CLINICA.

Es necesario recabar una gran serie de datos fededignos — sobre el paciente y organizarlos de manera sistemática.

Las fuentes de estos datos son los signos y los síntomas — del paciente y los métodos o procedimientos auxiliares que — nos integrarán una historia médica suficientemente veraz, que nos guíara acertadamente a la segunda etapa de valoración.

Mediante la historia clínica el odontólogo podrá percatarse de cualquier afección presente y tendrá oportunidad de alterar en forma apropiada el plan de tratamiento, para evitar situaciones que puedan traer como resultado alguna complicación asociada.

De lo anterior se deduce que el cirujano dentista, debe — conocer a través del informe recogido en la historia clínica, la normalidad ó anomalías del organismo, en el que actúa para cuidar las estructuras bucales.

Para obtener una buena historia clínica se debiera tener — presentes ciertas reglas generales :

La primera y quizá la más importante es :

1.- En ningún momento se deberá reducir la entrevista a la emisión mecánica e impersonal de preguntas sistémicas.

2.- Deberá seguir un ordenamiento lógico, claro, conciso y redactado en lenguaje científico.

3.- Iniciado el estudio del síntoma o los síntomas debe — completarse y no pasar intempestivamente a otro.

4.- Las preguntas deben ser positivas, específicas, claras no sugerentes y lo más breve posibles.

5.- Deberán tomarse como eje de interrogatorio del padecimiento actual los síntomas que se consideren más importantes.

6.- Integrado el cuadro clínico con el que se inicia el — padecimiento se estudiará su evolución, anotando las modificaciones que tenga hasta el momento.

7.- Se fijara con claridad el tiempo en que se desarrolle el síntoma.

8.- Los síntomas o datos que no tengan una relación directa con el padecimiento se dejarán para el final, cuando se — pregunten los antecedentes del enfermo.

9.- Se llevará la siguiente sucesión al interrogar al paciente :

a) Identificar el padecimiento y la afección principal. — Dejar que el paciente haga un relato espontáneo de su enfermedad procurando que sea breve pero sin interrumpirlo.

b) Historia de la enfermedad. Teniendo como base lo anterior se interrogará todo lo concerniente al padecimiento actual. Localización, duración y progreso de la enfermedad. Carácter y efecto de tratamientos anteriores.

c) Historia de las afecciones pasadas; alergias, enfermedades, medicamentos, hospitalizaciones, vacunas, etc.,

d) Investigar los posibles factores genéticos y socio ambientales.

e) Proseguir con el estudio de los diversos aparatos y sistemas y dar principio con el que tenga más relación con el padecimiento.

f) Por último realizar una exploración sistemática de la cabeza a los pies.

Generalmente la historia clínica debe contener los siguientes aspectos :

ANAMNESIS .

I.- Identificar primero al paciente :

Nombre Edad ; Sexo ;
Fecha de Nac ; Edo. civil ; Ocupación ;
Dirección ; Origen ; Telefono ;
Fecha de admisión ;

II.- Antecedentes heredo-familiares ; Diabetes. Cardiopatías. Enfermedades hemorrágicas. Alergias. Padecimientos mentales. Obesidad.

III.- Antecedentes personales :

a) No patológicos : Alimentación, hábitos (higiénicos, toxicomanías), inmunizaciones, ocupaciones anteriores, escolaridad, deportes y vivienda.

b) Patológicos : Sífilis, tuberculosis, diabetes, alergias, fiebres eruptivas, paludismo, infecciones y parasitosis intestinal, hemorragias (epistaxis, hemetipsis, hematemesis, melenas), convulsiones, úlcera péptica, amigdalitis, accidentes vasculares cerebrales, reumatismo.

IV.- Intervenciones quirúrgicas :

Transfusiones, traumatismos, antecedentes de tratamientos médicos.

V.- Padecimiento actual :

Fecha de inicio, síntomas, evolución. Terapéutica usada y exámenes previos relacionados con él.

VI.- Estudio de aparatos y sistemas :

a) Aparato digestivo : Alteraciones de apetito, masticación, deglución, dolor, sitio, irradiación, relación, edema, hematuria, náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento, sangrado en heces.

b) Aparato respiratorio : Dolor torácico, cianosis, tos seca o productiva, disnea, expectoración abundante o escasa, purulenta o sanguinolenta.

c) Aparato cardiovascular : Disnea de decubito ó de esfuerzo, edema, dolor precordial, palpitaciones, cianosis, cefalea, vértigo con los cambios bruscos de posición, dolor de las extremidades, con el ejercicio se enfrían.

d) Genito -urinario :

Es normal la menstruación, su ritmo, cantidad, duración. - Hay flujo, que características presenta. Es satisfactoria la micción, que ritmo tiene la diurésis, con normales las características de la orina, hematuria.

e) Sistema nervioso : Parálisis, temblores, sensibilidad, reflejos, disminución de la memoria, de la ideación, de la coordinación.

f) Endocrino : Poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso. Hay diarrea, temblor digital, intolerancia al calor. Miopía, bradilalia, bradisiquia, dolores óseos.

g) Sistema hemático y linfático : Manifestación de anemia, tendencia hemorrágica, menor resistencia a las infecciones, -demopatia.

h) Sistema músculo esquelético : Algias, atrofias.

i) Organos de los sentidos.

j) Ganglios

EXPLORACION FISICA :

Es la segunda parte de la historia clinica y pone al médico en contacto con los signos que presenta el paciente, pudiendo percibir ciertos datos que el enfermo pasó por alto. Se realiza sistemáticamente y consta de cinco procedimientos básicos :

1.- Inspección : Observación visual del cuerpo.

2.- Palpación : Tacto de las diversas partes del cuerpo.

3.- Percusión : Auscultación de los ruidos que se producen observación del grado de resistencia de la región.

4.- Auscultación : Escuchar los sonidos que ocurren dentro del cuerpo.

5.- Olfacción : Los olores de una enfermedad pueden ser característicos.

Teniendo en cuenta estos conocimientos se empezará por obtener algunos datos generales como :

I.- Constitución, estatura, conformación, marcha, movimientos anormales, peso.

II.- Posteriormente se procederá a tomar los signos vitales :

a) pulso : Es un indicio de gran valor para dar cuenta del estado del organismo. Se puede tomar en cualquier arteria grande que descansa directamente sobre hueso, contra el cual se puede oprimir.

El pulso varía en relación con tal estado de salud, edad, sexo, temperamento, actividad emocional o física, por lo que la siguiente tabla da un promedio de las frecuencias cardíacas en el estado de salud y reposo a distintas edades.

E D A D (años)

FRECUENCIA CARDIACA X MIN.

| | |
|----------------|-----|
| 0 (nacimiento) | 150 |
| 5 | 135 |
| 10 | 125 |
| 15 | 95 |
| 20 | 80 |
| | 75 |

Se consideraran signos muy peligrosos, las contracciones cardiacas rápidas y débiles así como el pulso por debajo de 60 mínimo.

b) Presión arterial ; Depende de la intensidad del latido cardíaco, de la elasticidad o tono de los vasos, volumen y viscosidad de la sangre.

Heymans da los siguientes promedios en presiones normales:

| | |
|------------------|---------------------|
| Primera infancia | 75 a 90 mm de Hg. |
| Segunda infancia | 90 a 110 mm de Hg. |
| Adolescencia | 100 a 120 mm de Hg. |
| Edad adulta | 125 a 130 mm de Hg. |
| Vejes | 140 a 150 mm de Hg. |

La determinación de las presiones arterial y venosa pueden en el curso de una urgencia, convertirse repentinamente en medidas terapéuticas necesarias para la vigilancia sistémica de los signos vitales y suministro de medicamentos importantes.

c) Respiración ; Consiste en el ascenso y descenso rítmico de las paredes torácicas y del abdomen que se realiza a una velocidad media de 18 a 24 respiraciones por minuto en el adulto y de 20 a 25 en los niños y a un ritmo de 30 a 40 en lactantes.

Debe observarse el ritmo, el carácter de la respiración, el movimiento y expansión del pecho y del abdomen, el color del paciente y la posición que intempestivamente toma.

d) Temperatura ; La temperatura normal varía ligeramente según la edad (siendo menos estable en los niños) y las distintas áreas del cuerpo. También se ve afectada por el temperamento y las emociones.

III.- Expresión facial y piel. Es importante la expresión de la cara, pues ella demuestra la evolución favorable o desfavorable de la enfermedad.

Se observara rápidamente el color, si existe palidez, dedos se hacen patentes en las extremidades y en la cara manifestándose problemas de anemia aguda.

Se analizará también la textura de la piel y mucosas. Si existen pigmentaciones, petequias, úlceras, reacciones medicamentosas.

La tercera parte de la historia clínica corresponde a los siguientes datos :

I.- Pruebas de laboratorio ; Biometría hemática, química sanguínea, grupo y factor Rh, tiempo de coagulación, tiempo de protrombina, glucosa en sangre.

II.- Diagnóstico de pronóstico. Este se obtiene después de haber realizado una buena historia clínica, para saber la salud y estado físico del paciente.

III.- Pronóstico.

- IV.- Plan de tratamiento.
- V.- Epicrisis : Juicio comprobatorio del tratamiento.
- VI.- Técnica empleada.
- VII.- Complicaciones.
- VIII.- Indicaciones postoperatorias.
- IX.- Próxima cita.
- X.- Alta del paciente (con ó sin complicaciones).

ESTUDIO RADIOGRAFICO.

La radiografía intraoral nos sirve para conocer las relaciones de el diente con el seno, fosas nasales y con los dientes vecinos. También nos da el tipo de tejido óseo (densidad, refracción, presencia de saco pericoronario).

Antes del acto quirúrgico se verificará con absoluta precisión la clase a la que pertenece el canino retenido, el número de caninos retenidos, distancia de los dientes vecinos.

Los dos tipos de radiografías intraorales que se utilizan son :

1.- La radiografía oclusal ; Nos sirve para ubicar la relación vestibulopalatina del diente.

Con esta radiografía el diente retenido aparecerá por delante o por detrás (vestibular o palatino) de la proyección radiográfica de los dientes anteriores.

2.- La radiografía periapical ; Nos da la ubicación del plano anteroposterior (plano sagital) del diente retenido.

Tres tomas son necesarias para conocer la dirección anteroposterior. Esta técnica se conoce como "Técnica A, M, P ó -- y del objeto bucal (Ley de Ellis y Berry 1959).

La radiografía deberá mostrar una perfecta actitudes :

1.- La forma de la corona.

2.- Existencia y dimensiones del saco pericoronario.

3.- Distancia y relación de la cúspide del canino con los incisivos central y lateral, y la distancia con el conducto palatino anterior.

ANALISIS DE LABORATORIO.

Estos son utiles al cirujano bucal y le ayudarán a obtener un diagnostico correcto.

El examen sistemático de la sangre y de la orina, algunas veces nos revelan estados que pueden complicar el procedimiento quirúrgico. Debe ser sistemático el examen de la sangre y la orina de todos los pacientes que se vayan a intervenir quirúrgicamente.

Los exámenes de laboratorio que se han de practicar al paciente son los siguientes :

I.- BIOMETRIA HEMATICA.

| | VALORES NORMALES. |
|----------------|---------------------------|
| a) Eritrocitos | 4.5 a 6.5 millones X mlj. |
| b) Leucocitos | 5 mil a 10 mil X mlj. |
| c) Plaquetas | 200 a 400 mil X mlj. |

II.- PRUEBAS DE TENDENCIA HEMORRAGICA.

| | |
|--------------------------|--------------|
| a) Tiempo de sangrado | 3 a 5 min. |
| b) Tiempo de coagulación | 8 a 10 min. |
| c) Tiempo de protrombina | 13 a 15 seg. |

III.- ANTECEDENTES DIABETICOS.

| | |
|----------------------|--|
| a) Glucosa en sangre | 80 a 120 mg X cmj. Hasta 160 es normal. |
|----------------------|--|

IV.- EXAMENES DE GABINETE.

- a) RX periapicales, oclusales.
- b) Ortopantomografía.
- c) Lateral del cráneo.
- d) Lateral oblicua.

CAPITULO V.

ANESTESIA.

A N E S T E S I A .

En que la operación se lleve a cabo con el paciente bajo anestesia local o general depende de muchos factores, incluido costumbres, entrenamiento y equipo del dentista, deseo y estado físico del paciente. Una pericementosis ó pulpitis aguda puede ocasionar la dificultad para la inducción de la anestesia local, así como una infección de tejidos circundantes y en algunas ocasiones también extensión del procedimiento.

Algunos operadores usan anestesia local para todo tipo de procedimiento, con anestesia de bloques y premedicación para mejorar los casos difíciles. Otros recurren a la anestesia general para cualquier tipo de intervención.

PREMEDICACION :

La premedicación con anestesia local para las extracciones es útil especialmente si se prevé que la operación será un procedimiento complicado. La premedicación deberá individualizarse para cada individuo. Puede variar desde el medicamento ataraxico o barbiturico, tomado por vía oral en casa, o la inyección de éter, hasta la inyección intramuscular de un sedativo sintético ó inyección intravenosa de un barbiturico administrado cuando el paciente está en el sillón.

La premedicación intravenosa es tanto arte como ciencia. Se han desarrollado técnicas que varían desde una sola inyección intravenosa, hasta inyección continua usando una combinación de medicamentos, para proporcionar sedación durante procedimientos más prolongados. Estas técnicas proporcionan siempre sedación y amnesia, pero no producen inconsciencia, ni los factores adicionales inherentes a ella, que requiere vigilancia instrumental automática como con respiración, presión arterial y vía aérea.

Una técnica ampliamente usada comprende la inyección intravenosa de diazepam en cantidades de 20 mg. ó menos antes de administrar el anestésico local.

El medicamento se inyecta a una velocidad de 5 mg. por minuto, y se interrumpe la inyección cuando empiezan a caer los párpados.

Se inyecta anestésico local en los tejidos bucales inmediatamente después de retirar la aguja de la mano.

Sin embargo, parece ser una técnica mejor la inyección de éter intravenoso inmediatamente antes de iniciar el procedimiento quirúrgico. En este procedimiento, se administra anestesia local, sin premedicación, usando una técnica cuidadosa precedida por anestésico tópico que haya permanecido sobre el lugar de la inyección durante tres minutos.

Se permite al paciente permanecer sentado en la tranquila

ala de operaciones hasta que haya anestesia profunda. La -
remedicación intravenosa administrada justo antes de la ciru
ia cambia la actitud mental en el momento más importante. Se
necesitara rara vez más de 10 mg. si se administran en esta -
oyuntura.

La analgesia por inhalación con oxígeno y óxido nítrico es
n avance reciente, importante en las técnicas de sedación.

ANESTESICOS.

Los medicamentos que se utilizan en la practica odontologica, son sin duda los anestésicos locales, por lo que el cirujano dentista debe conocer ampliamente su farmacología para poder emplearlos adecuadamente en la practica diaria.

Modo de acción de los anestésicos locales. Actúan de manera reversible disminuyendo la conducción de sensaciones dolorosas, desde el area bucal hasta el sistema nervioso central. Esta acción queda limitada al segmento de la fibra que se halla en contacto intimo con el anestésico.

La mayor parte de los anestésicos usados en la odontología son de origen sintético y se dividen en dos grandes grupos :

1.- Anestésicos que contienen un enlace éster.

2.- Anestésicos que contienen un enlace amida.

La diferente estructura química entre dos anestésicos originan importantes diferencias farmacológicas en lo que se refiere al metabolismo, duración y efectos secundarios.

PROPIEDADES NECESARIAS DE LOS ANESTESICOS LOCALES.

1.- Su acción debe de ser reversible.

2.- No debe irritar al aplicarse localmente.

3.- Tener grado muy bajo de toxicidad sistémica general.

4.- Rápida inducción y duración prolongada.

5.- La duración del efecto debe ser lo suficiente para permitir la ejecución de la intervención quirúrgica.

6.- Que sea efectivo en cualquier lugar que se administra.

7.- Que la solución sea estable, es decir, que soporte la ebullición sin sufrir alteraciones.

8.- No debe producir reacciones alérgicas.

9.- Compatibilidad con vasopresores.

De acuerdo a su estructura química los bloqueadores locales y regionales se dividen en :

I.- Esteres derivados del ácido benzoico:

- | | |
|---------------|---------------|
| a) Piprocaina | { Metocaina) |
| b) Isobucaina | { Einesina) |
| c) Meprocaina | { Orocaina) |

II.- Esteres derivados del ácido para-aminobenzoico.

- | | |
|-----------------|----------------|
| a) Procaina | { Novocaina) |
| b) Tetracaina | { Pentocaina) |
| c) Butetamina | { Monocaina) |
| d) Propoxicaina | { Ravocaina) |

III.- Esteres derivados del ácido meta-aminobenzoico.

- | | |
|-------------------|----------------|
| a) Metabutetamina | { Unocaina) |
| b) Primocaina | { Primocaina) |

IV.- Esteres derivados del ácido para-oxibenzoico.

- | | |
|------------|----------------|
| a) Dioxina | { Intracaina) |
|------------|----------------|

V.- Derivados de anilinas (no esterés).

- | | |
|----------------|----------------|
| a) Lidocaina | (Xilocaina) |
| b) Mepivacaina | (Carbocaina) |
| c) Prilocaina | (Citanest) |

En la practica odontologica, la prilocaina (citanest) y la mepivacaina (carbocain), son las soluciones que tienen las propiedades deseadas para hacer una correcta selección de la anestesia y obtener el maximo exito en la técnica anestésica.

TECNICAS DE ANESTESIA.

I.- BLOQUEO DE CONDUCCION :

En este tipo de anestesia, la solución se deposita en un punto del tronco nervioso, situado entre el campo operatorio y el cerebelo. De esta manera se interrumpe la conducción nerviosa, y por lo tanto, la percepción dolorosa.

Ventajas :

a) Se obtiene una mayor área de anestesia.

b) Se emplea cuando está contraindicada la inyección supra-orbitaria.

1.- INYECCION INFRAORBITARIA.

Se anestesian los nervios alveolares superiores, medio y anteriores y las ramas terminales del nervio infraorbitario.

Esta técnica se emplea cuando la inflamación o la infección impide practicar la inyección suprarperióstica.

Se anestesian la raíz mesial del primer molar, el primero segundo premolar, el canino, el incisivo lateral y central del lado correspondiente.

La punción se hace a nivel del segundo premolar o entre los incisivos central y lateral.

El agujero infraorbitario se localiza por palpación. Está situado inmediatamente por debajo del reborde infraorbitario, a la línea vertical imaginaria que pasa por la pupila del ojo. Al colocar los dedos suavemente sobre el agujero, puede sentirse el pulso. Se retrae la mejilla y se mantiene el dedo sobre el agujero infraorbitario.

La aguja se dirige hacia arriba, en dirección paralela al eje mayor del segundo premolar, hasta que el dedo colocado sobre el agujero sienta que la aguja ha llegado a éste.

Se deposita lentamente el anestésico, para evitar que ponga en la órbita ocular.

También anestesia las ramas terminales infraorbitarias que nervian la piel del párpado inferior, el ala de la nariz y el labio superior.



2.- INYECCION MANDIBULAR.

Con esta técnica anestesiarnos el nervio alveolar inferior, antes de que penetre en el conducto dentario inferior.

Con el dedo índice izquierdo se localiza la línea oblicua o decir, el borde interno de la rama del maxilar inferior.

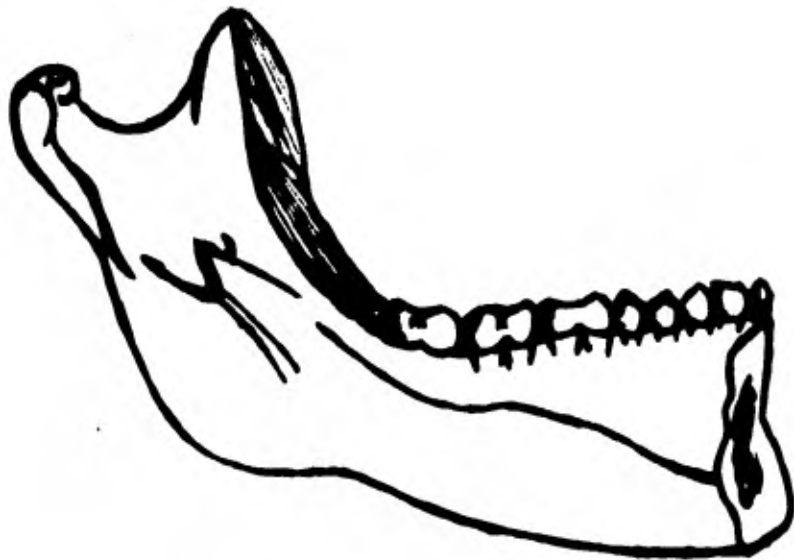
Con el cuerpo de la jeringa descansando sobre los premolares del lado opuesto, se introduce la aguja paralelamente al plano oclusal de los dientes del maxilar inferior, en dirección a la rama del maxilar y a la mitad de la uña del dedo índice.

La aguja se introduce entre el hueso, los músculos y los ligamentos que lo cubren.

Después de avanzar unos 15 mm. se siente que la punta de la aguja choca con la pared posterior del surco mandibular.

Se deposita la solución a un lado del nervio alveolar inferior.

Con esta técnica anestesiarnos todos los dientes del lado inyectado, a excepción de los laterales y centrales, que quedan parcialmente anestesiados, por recibir también inervación del lado opuesto.



3.- INYECCION MENTONIANA.

Con esta técnica anestesiarnos el nervio incisivo y mentoniano, cuando estos salen del agujero mentoniano.

TECNICA.

Separarnos la mejilla y la punción se hace entre ambos premolares, en un punto situado a unos 10 mm por fuera del plano oclusal de la mandíbula.

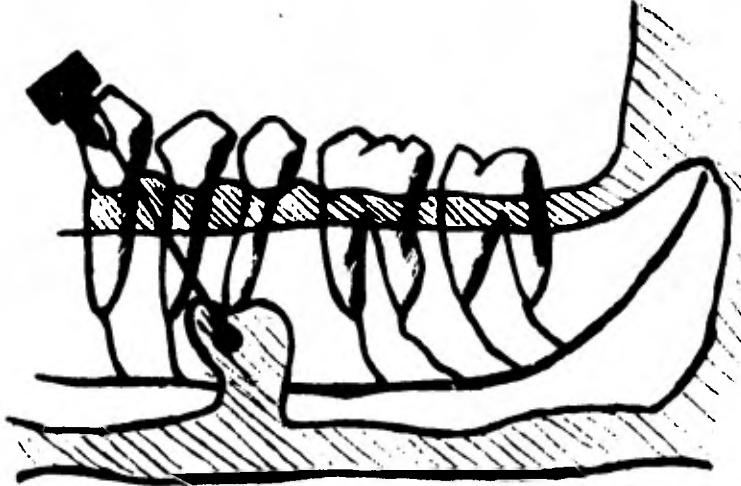
La aguja se dirige hacia abajo y adentro, a un ángulo de 5° en relación al plano bucal, orientándole hacia el ápice de la raíz del segundo premolar.

Con esta inyección anestesiarnos los premolares y canino -

l lado correspondiente.

Para producir anestesia completa de los incisivos, se blo-
can las fibras del lado opuesto.

En exodoncias se complementa con la inyección lingual.



II.- INYECCIÓN SUPRAPERIOSTICA.

La inyección suprapariosteal o por infiltración, es el procedimiento anestésico más utilizado para los dientes del maxilar superior.

El hueso del maxilar superior es muy poroso (esponjoso), lo cual permite que cuando se deposita la solución anestésica esta se difunda rápidamente y bien. El tiempo de latencia es corto.

Este método produce anestesia de la pulpa y de los tejidos blandos del lado labial, en el lado de la inyección y puede utilizarse en cualquier diente del maxilar superior.

El lugar de la punción se efectúa en el pliegue mucoso gingival o mucolabial (también llamado fondo de saco).

En general, la aguja se dirige hacia arriba, se introduce gradualmente inyectando pequeñas cantidades de anestésico y poco antes de alcanzar la región apical se modifica la dirección. Con esto evitamos el riesgo de perforar el periostio.

El efecto del anestésico dura poco, a causa de la riqueza vascular de la zona.

En todos los casos la solución anestésica se aplicara lentamente.

1.- Nervio alveolar anterior.

Anestesia el canino, el incisivo lateral y el incisivo central del lado en cuestión.

La punción se hace en el pliegue mucolabial y ligeramente hacia mesial del canino.

La inclinación de la aguja es hacia arriba y ligeramente hacia atrás. Se avanza la aguja hasta llegar un poco por encima del ápice del canino y se deposita lentamente la solución.



III.- TÉCNICAS ADICIONALES.

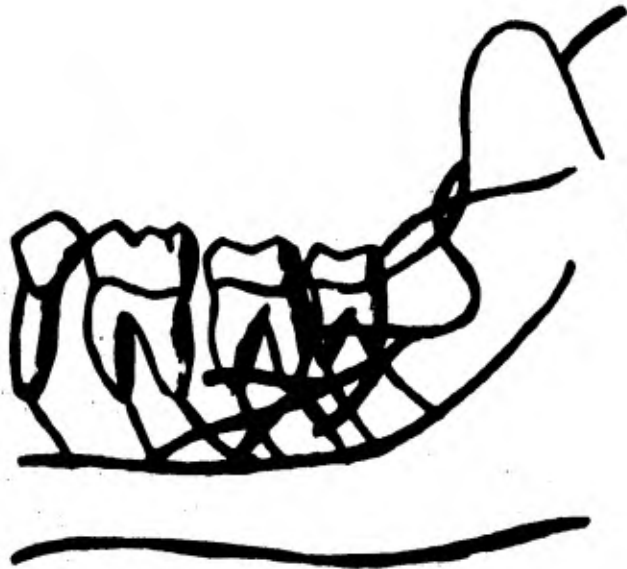
a) INYECCIÓN BUCAL.

Anestesiarse el nervio buccinador o bucal largo, que corre a lo largo de las caras vestibulares de los molares inferiores.

La punción se hace en el pliegue mucodental, inmediatamente después del molar que se quiere anesteciar.

La solución se deposita lentamente.

Esta técnica se usa cuando vamos a realizar una extracción u otro tipo de operaciones sobre molares inferiores.



b) INYECCION LINGUAL.

Para lograr un bloqueo completo del maxilar inferior efectuase la inyección lingual.

La punción se hace en la parte lingual del diente que va a anestesiar, en el periostio, a nivel del tercio medio.

El efecto anestésico se realiza casi inmediatamente.

Sin ejercer presión, se deposita lentamente el anestésico en el neoperiostio.



C A P I T U L O V I .

LA INTERVENCION QUIRURGICA.

LA INTERVENCION QUIRURGICA.

I.- Instrumental quirúrgico.

Un factor indispensable y de gran ayuda durante la operación es contar oportunamente con el instrumental necesario -- entendiéndose beneficios como son :

- 1.- El realizar más fácilmente nuestros movimientos sin -- dida de tiempo.
- 2.- Menor probabilidad de accidentes causados por el uso -- instrumental inadecuado y en malas condiciones.
- 3.- Reducción de traumatismos que se ejerce sobre los tejidos -- parodontales.

4.- Menos molestias post-operatorias para el paciente.

Es importante vigilar personalmente lo siguiente.

- 1.- Selección del instrumental quirúrgico apropiado para -- extracción de la pieza que estamos tratando.
- 2.- Revisar su mantenimiento periódicamente.
- 3.- Perfecta esterilización del instrumental.
- 4.- Adiestramiento de la asistente dental para disponer -- instrumental sobre el bracket, con un orden práctico y co--

El instrumental quirúrgico que se utiliza para realizar la intervención se puede clasificar en :

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

Instrumental para tejidos blandos :

- 1.- Bisturi (mango # 3).
- 2.- Hojas de bisturi # 11, 12, 15.
- 3.- Pinzas de mesco o Kelly.
- 4.- Tijeras rectas o curvas.
- 5.- Pericóctimo o logra.
- 6.- Elementos de sutura.
 - a) Pinzas portaagujas.
 - b) Aguja o hilo.

7.- Separadores.

8.- Pinzas de disección.

Instrumental para tejidos duros.

- 1.- Escople y martillo.
- 2.- Limas para hueso (scoofinas).
- 3.- Curetas para hueso de Lucas.
- 4.- Instrumental para exodoncia.
 - a) Elevadores.
 - b) Forceps.
- 5.- Pinzas gubias (alveolotomía)
- 6.- Fresas quirúrgicas :
 - a) Redonda de # 5 para osteotomía.
 - b) De figura # 503.

7.- Motor de baja velocidad.

II.- CAMPO OPERATORIO.

El campo operatorio es la región quirúrgica en sí, la cual en ocasiones es conveniente delimitar, por medio de compresas verticiladas, que van a ser fijadas con pinzas de campo.

Estas compresas tienen la ventaja de mantener accesibles y limpio al campo operatorio, evitando también manchar la ropa del paciente; el único inconveniente que tienen es el psicológico, ya que determinados pacientes se intimidan, haciendo gestos de acuerdo a la gravedad de la intervención, haciendo caso omiso a las explicaciones que ya le han sido dadas o fundamentalmente temor y desconfianza.

Este tipo de pacientes prefieren ver las maniobras que realiza el cirujano.

Es indispensable evitar hasta donde sea posible que el paciente vea el instrumental quirúrgico que vamos a utilizar de lo que puede impresionarse innecesariamente.

EXTRACCION DE LOS CANINOS POR VIA PALATINA.

1.- ANESTESIA.

Retención unilateral; se pondrá anestesia infraorbitaria del lado a operarse, se pondrá también anestesia local infiltrativa de la bóveda a nivel del agujero palatino anterior y del agujero palatino posterior del lado a operar.

Retención bilateral. Anestesia infraorbitaria en ambos lados, anestesia infiltrativa en la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y de ambos agujeros palatinos posteriores.

Anestesia general. Los caninos retenidos pueden ser operados con este tipo de anestesia (barbitúricos por vía endovenosa, más peróxido de azo y oxígeno), colocando al paciente en posición horizontal.

2.- INCISION . Consiste en el desprendimiento del telón se usa un bisturí hoja corta el cual se insinúa entre los dientes y la encía dirigiendo en sentido perpendicular a la bóveda, la incisión será de la cara distal del 2o. premolar hacia las incisivos centrales, lateral ó molar del lado opuesto según sea uní ó bilateral, si existe el canino temporal la incisión lo rodea por su cara palatina.

En caso de un canino situado más posteriormente, no es necesario que la incisión pase la línea media, respetando por lo tanto, al descenderse el colgajo, los elementos que se relacionan con el agujero palatino anterior.

3.- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO. Se realiza con un instrumento como espátula de Freer ó periostotómo, se insinúa entre la arcada dentaria y la encía y con pequeños movimientos se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso del paladar, hacemos sets sin morir, ni desgarrar la encía.

Después de desprenderse se pasa un hilo de sutura por un punto de la fibromucosa despreñida, el hilo se anuda a un ángulo del lado opuesto.

4.- OSTECTOMIA. La ostectomía debe descubrir toda la corona, especialmente a nivel de la cúspide del canino y en una anchura mayor del diámetro de la corona, a nivel radicular es suficiente descubrir el tercio cervical de la raíz.

La fresa es el instrumento de preferencia porque elimina el hueso, limpia rápidamente, sin molestar al operado.

Es útil irrigar el hueso con suero fisiológico, tibio esterilizado.

La ostectomía se realiza con fresas redondas número 4 ó 5 de alta velocidad, se hacen perforaciones alrededor de la corona y el primer tercio radicular (la fresa debe tocar la corona del canino y el operador percibe la sensación particular de la dureza del esmalte), las perforaciones se unen entre sí seccionando el hueso que las separa con una fresa de figura -

Pina No. 568.

Cuando la corona del canino esta muy superficial y el hueso que la cubre es papiráseo, puede ser eliminado en total — con una fresa redonda grande No. 8 ó 9 para contra ángulo ó — pieza de mano.

Uso del escoplo. Se emplea un escoplo recto, angulado ó de media caña. Se aplica verticalmente y con golpes de martillo se elimina el hueso que sea necesario. Esta osteotomía se cumple por partes, retirando el hueso en pequeños trozos.

En las retenciones superficiales el escoplo no causa molestias, sobre todo porque en tal condición puede ser usado bajo presión manual. En las profundas, el golpe del martillo es — penosamente soportado por el paciente. Evitarlo es mejorar el acto quirúrgico.

5.- **ODONTOSECCION.** El diente debe ser cortado a nivel del suelo con fresa de fisura para contra ángulo No. 702 ó 560, dirigida perpendicularmente al eje mayor del diente.

Seccionando el diente se introduce un botador recto a nivel de la cúspide del canino, se dirige la corona en dirección del ápice aprovechando el espacio creado por la fresa — de fisura, con esto se logra desconectar la cúspide del diente retenido de su alojamiento óseo y de su contacto con los — dientes vecinos.

La extracción de la corona se logra introduciendo un elevador angular de hoja doblada entre la cara del diente que mira hacia la línea media y la estructura ósea con un movimiento — de palanca con punto de apoyo en el borde óseo y girando el — mango del instrumento se desciende la corona.

La extracción de la raíz se logra con una fresa redonda se hace un orificio en la raíz con la fresa, en la cual se introduce un elevador fino y se lleva hacia adelante la raíz.

6.- **TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA.** Ya extraído el diente se debe inspeccionar la cavidad ósea y extraer las esquirlas de hueso ó diente que puedan quedar y eliminar el caso pericoronario del diente retenido, esto se extirpa con una cucharilla filosa, porque si se omite este raspado nos puede producir trastornos infecciosos y tumorales.

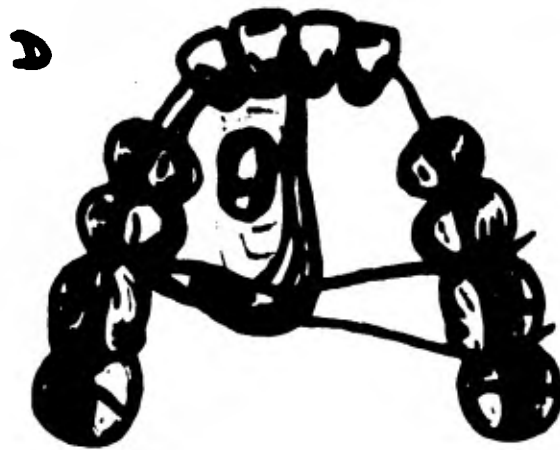
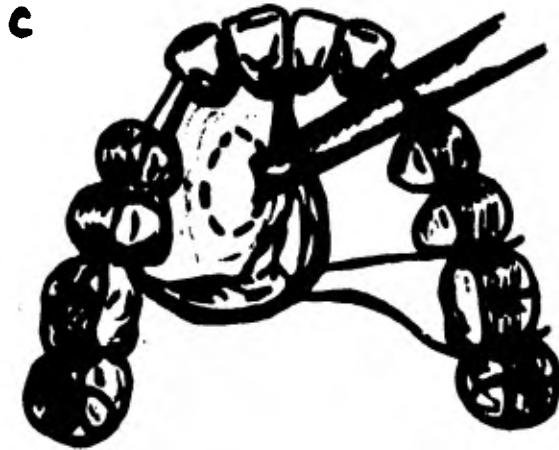
Los bordes óseos prominentes deben ser alineados con una — fresa redonda ó con limas para hueso.

7.- **SUTURA.** Devolvemos el colgajo a su sitio, readaptándolo perfectamente a manera que las lenguetas interdientarias ocupen su sitio normal, a la vez que se hace una presión sobre el mismo, lo que se llama normalmente el planchado del — colgajo, con el fin de que se adhiera el periostio perfectamente al hueso.

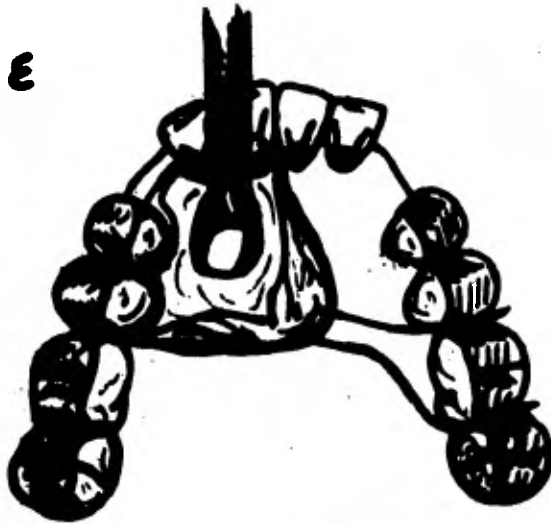
En los caninos unilaterales generalmente un punto de sutura es suficiente y en los caninos bilaterales se pasan 3 ó 4 puntos de sutura en los sitios más accesibles, que son generalmente los espacios interdientarios, aplicando puntos de tensión.



Extracción de un canino superior derecho en el
lado palatino.
a) Incisión.
b) Desprendimiento del colgajo.



- e) Osteotomia realizada con un escople.
d) El colgajo se sostiene con un hilo a un --
molar; después de practicada la osteotomia
aparece la corona del canino;



- e y e') Sección del diente e nivel de su cuello usando un escoplo.
- f) Sutura del colgajo palatino, siguiendo para realizar este monester, las indicaciones convenientes.



Extracción de caninos bilaterales.
A) Incisión.
B) Desprendimiento del colgajo.



Extracción de caninos en retención bilateral.
 C) Descendido del colgajo, este se mantiene fijado con un hilo a un molar vecino ó a la compresa que cubre al paciente.
 D) Osteotomía, que se realiza: a y a', — con escoplo recto; b, con fresa redonda; b', levantamiento de la tapa ósea con un escoplo.



- E) Sección a fresa, de los caninos; a, la corona, una vez seccionando el diente, se extrae con un elevador e con una pinza de disección; b, con una fresa redonda, se practica un orificio en el diente, donde se introducen elevadores angulares finos, que dirigen la raíz hacia adelante, a favor del espacio logrado por la extracción de la corona, c; d, se realiza la regularización de los bordes óseos con fresa redonda;
- F) Vuelto el colgajo a su sitio, se realiza la sutura.

EXTRACCION DE LOS CANINOS POR VIA VESTIBULAR.

La vía vestibular para la extracción de caninos retenidos en el lado vestibular y los caninos palatinos próximos a la arcada dentaria es más sencilla que la palatina porque el acceso al diente retenido es más directo y la iluminación es más fácil.

1.- ANESTESIA. La anestesia de elección es la infraorbitaria completándola con anestesia del paladar a nivel del agujero palatino anterior y una anestesia distal a la altura del ápice del canino.

2.- INCISION. Se emplea la incisión en arco (PARTSCH) ó la incisión hasta el borde libre (NEUMANN).

3.- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO. Este debe mantenerse levantado durante el curso de la operación con un separador como que no traumático, hay que evitar tironeamientos del colgajo para que no repercutan en su vitalidad.

4.- OSTECTOMIA. Se realiza con fresa, la tabla externa no tiene la dureza y la solidez de la bóveda palatina y es más fácil realizarla.

5.- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. Los caninos vestibulares después de la ostectomía y de quitar la tapa ósea pueden ser extraídos enteros, luxándolos previamente con elevadores rectos que se insinúan entre el diente y la pared ósea, luego el diente se toma con una pinza recta y se extrae.

En caso de que no salga, se realiza la odontosección, ésta la efectuaremos con fresa de figura para pieza de mano, se corta el diente a nivel del cuello.

La corona se extrae con un elevador recto ó angular (12 - de WIENER).

En el espacio creado por la corona extraída se proyecta la porción radicular, la raíz se mueve en dirección de su eje mayor con elevadores ó se hace un orificio en la raíz con una fresa redonda por donde se introduce un elevador fino con el que se desplaza.

Cuando la raíz al ser dirigida hacia adelante tropieza con el diente vecino puede ser necesaria una nueva sección de la porción de la raíz.

6.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA. Se inspecciona la cavidad cuidando de no dejar el saco pericoronario y restos de tartaros ó escurrias.

7.- SUTURA. Se devuelve el colgajo a su sitio y se dan 2 ó 3 puntos de sutura con hilo de seda tres ceros.

EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS EN PACIENTES DEDENTADOS.

La vía de elección de este tipo de extracción es la vestibular. La ausencia de dientes facilita el problema.

Solamente se hará la extracción por la vía palatina cuando el camino se encuentra lejos de la tabla externa y próxima a la bóveda.

Las normas para la extracción son las señaladas anteriormente para la extracción de caninos retenidos en la proximidad de la arcada debemos tener cuidado para no fracturar la tabla externa, lo cual acarrea problemas desde el punto de vista protético. Es preferible seccionar el diente, que ejercer presiones peligrosas.



Extracción de un canino superior, por vía vestibular.

A) Incisión.

B) Desprendimiento del colgajo.

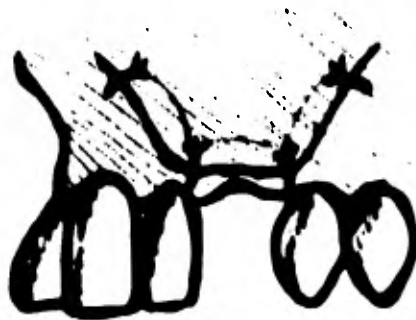
C) Osteotomía con una fresa redonda.

D) Sección del canino retenido a nivel de su cuello.

E



F



E) Extracción de ambos elementos, corona y raíz por separado;
F) Sutura.

A



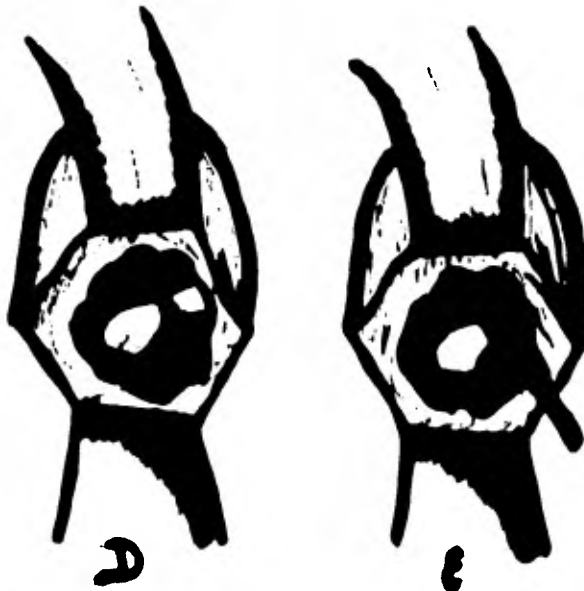
B



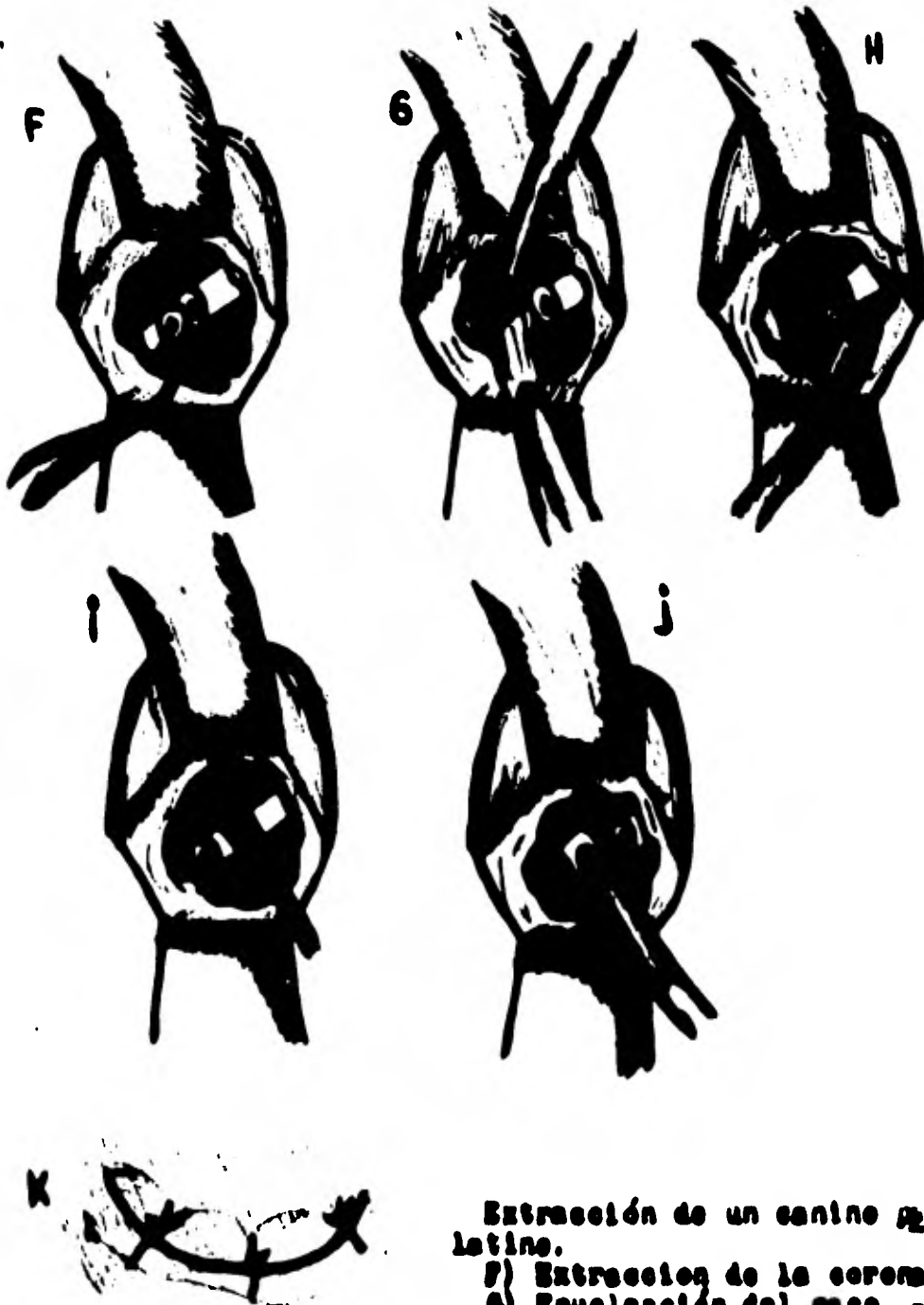
Extracción de un canino palatino, con espacio en la arcada, por ausencia del incisivo lateral (existe un aparato de prótesis).

A) Incisión de Partsch.

B) Desprendimiento del colgajo con periostótomo.



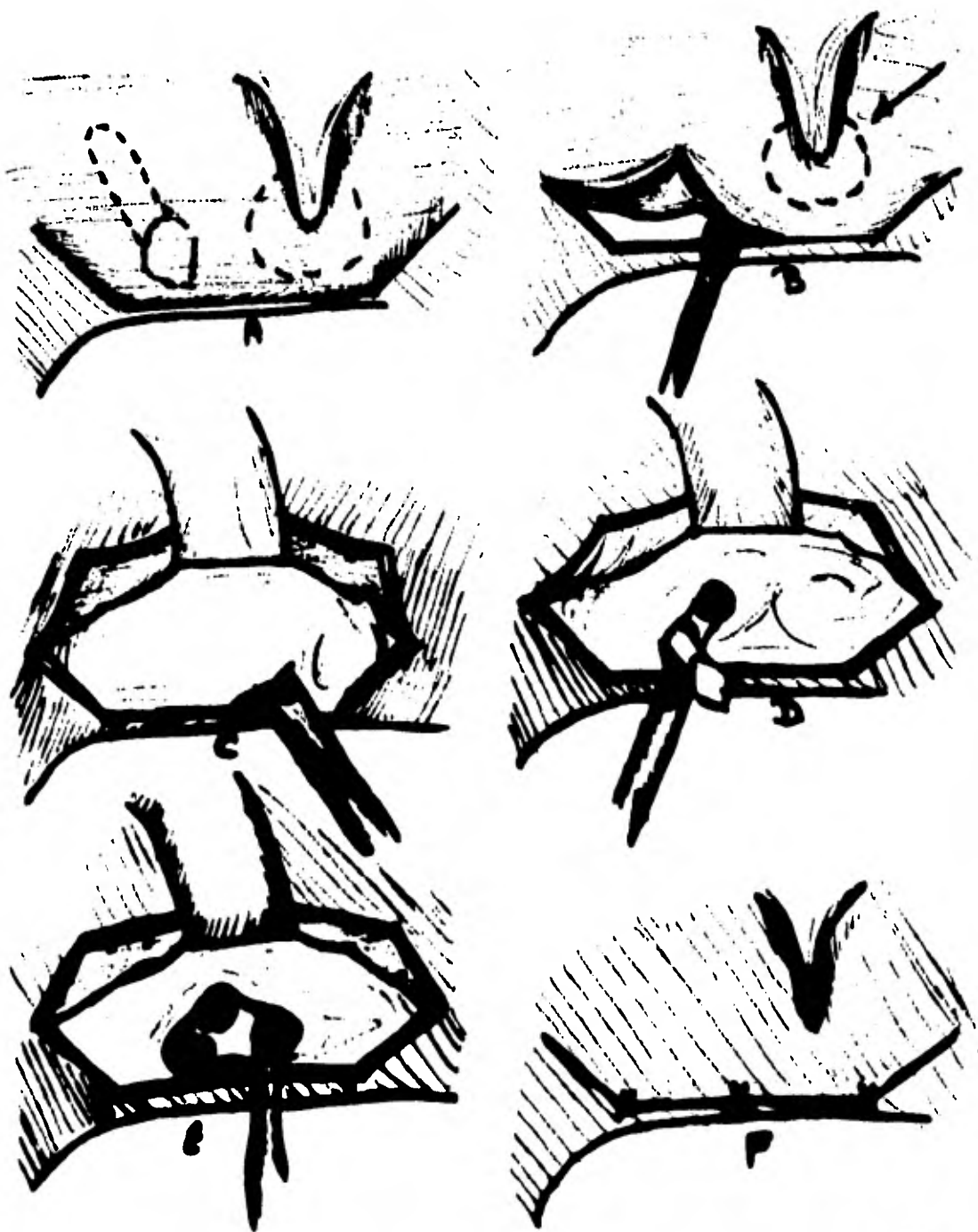
- C) Oostectomía.
D) Aparece la corona del canino retenido, cuyo cúspide está colocada por detrás de la raíz del incisivo central.
E) Sección con fresa del canino.



Extracción de un canino en latino.

**F) Extracción de la corona;
G) Enucleación del anexo -
paricoronario.**

H) Se proyecta la raíz en dirección del incisivo central. I) Nueva sección de la raíz con fresa de figura. J) Extracción de la mitad cervical de la raíz con pinzas de disección, la mitad apical se elimina con elevador dirigiéndola hacia No. 5. K) Sutura (nylon).



Extracción de un canino en dentedado. Quiste del con-
 ducto palatino anterior (flecha). A) Incisión. B) Des-
 premiendo del colgajo. C) Osteotomía. D) Luxación del
 canino retenido con elevador recto. E) Extirpación del
 quiste del conducto palatino, con una cucharilla para
 hueso. F) Sutura con seda del colgajo vestibular.

EXTRACCION DE LOS CANINOS INFERIORES POR VIA VESTIBULAR.

1.- ANESTESIA. Los caninos inferiores retenidos pueden ser intervenidos con anestesia regional ó con anestesia general.

La operación se ajusta de igual forma a las normas, ya señaladas en la extracción de caninos superiores. La vía de elección es la vestibular (aún en ciertos casos de caninos linguales verticales y con espacio en la arcada, por la ausencia de los dientes vecinos).

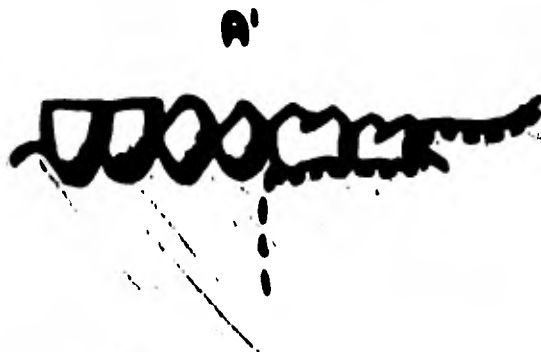
2.- INCISION . Pueden realizarse dos tipos de incisiones. Una es en forma de arco, sin llegar al borde gingival, ésta posee un colgajo suficiente, además de que no traumatiza el estrecho gingival entre la incisión y el borde libre. Y la otra es preparando un colgajo a expensas del borde libre, trazando una incisión vertical y desprendiendo la encía de los cuellos dentarios. De esta manera corren menor riesgo de ser traumatizadas, durante las maniobras quirúrgicas, las franjas gingivales entre el borde libre y la incisión. Correctamente adaptado el colgajo no deja huellas.

3.- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO. De acuerdo con el tipo de incisión que se haya utilizado, con una legra fina, con el periostotomo ó con la espátula de Freer, se desprende el colgajo mucoperióstico, que se sostiene con un separador remo.

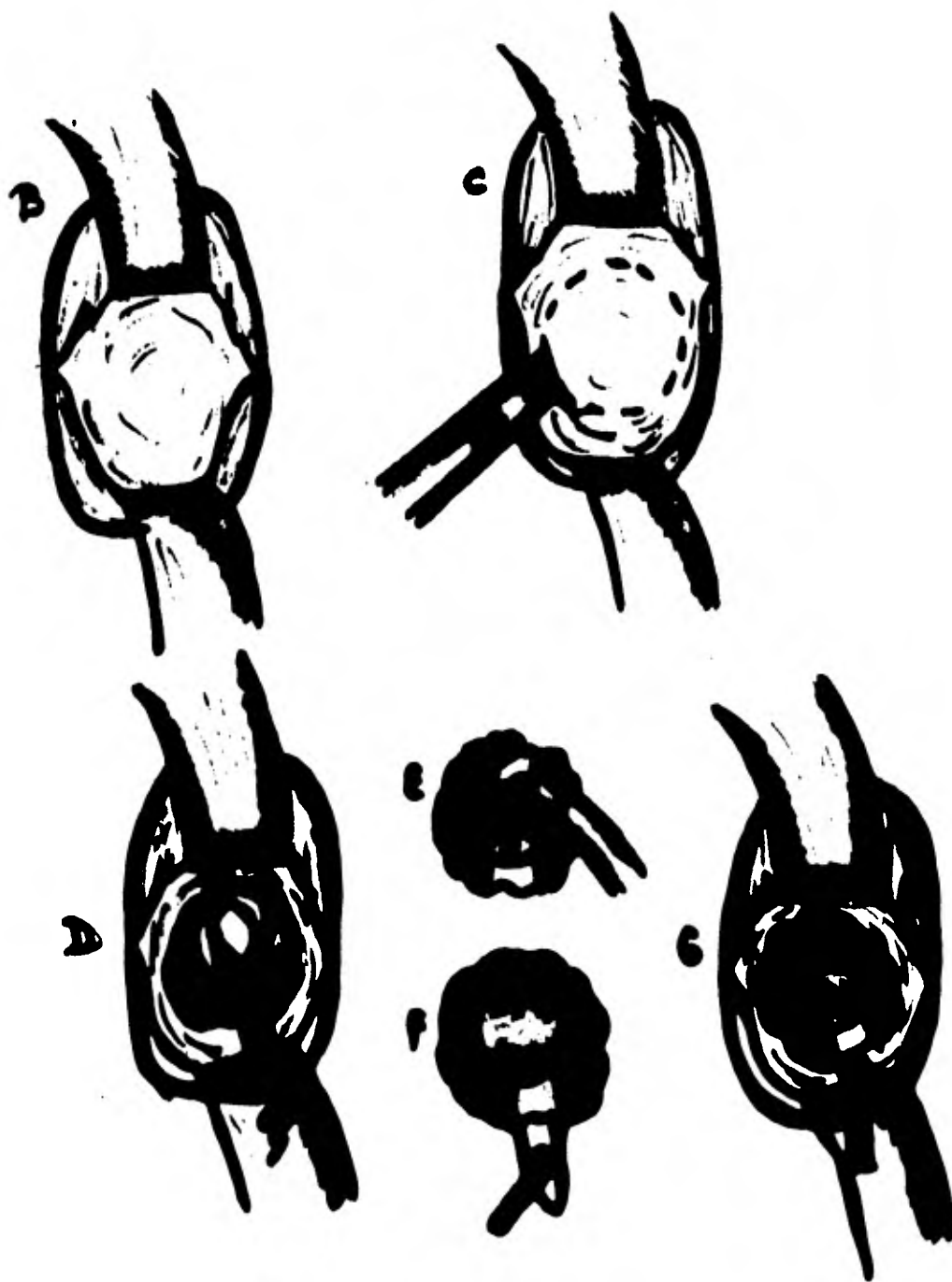
4.- OSTECTOMIA. Esta puede llevarse a cabo con un escople ó con fresa redonda # 8.

5.- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. Para facilitar la intervención quirúrgica, es de gran utilidad realizar la odontosección, ya que como el maxilar superior, la escasa elasticidad del hueso maxilar inferior en su porción basilar, exige la disminución del volumen del diente retenido. Dicha odontosección puede realizarse con fresa, con escople y martillo ó con escople automático; ya una vez seccionada la pieza, las porciones se extraerán por separado, con elevadores rectos ó angulares, según la posición y facilidad de acceso.

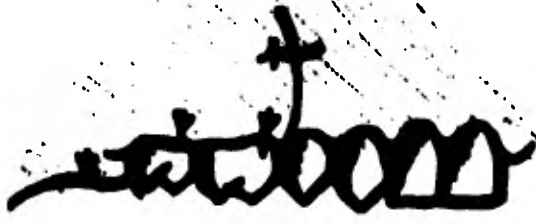
6.- SUTURA . Ya una vez eliminado el diente retenido y lavada la cavidad, se coloca el colgajo en su lugar y se procede a suturar, esto se puede realizar con hilo de seda tres ceros.



Extracción por vía vestibular, de un canino - inferior. A) Incisión en arco de Partsch. A') - Puede también realizarse la incisión a expensas del borde libre, que es la de preferencia.



B) Separación de coronas. C) Osteotomía a co-
 cepto. D) Sección del canino a la altura de
 su cuello. E) Extracción de la corona. F) --
 Con frasa redonda se practica un orificio en
 el hueso, a nivel del tercio medio radicular.
 G) Con un punzón y mediante un golpe de mar-
 tillo, se eleva la raíz hacia la cavidad de-
 jado por la corona extraída. H) Sutura, cuan-
 do se practica la incisión en arco. I) Suti-
 ra de la incisión del borde libre.



S. H.

H



S. H.

H

EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES POR VIA LINGUAL.

La posición es relativamente rara. Como ya se mencionó anteriormente la intervención puede realizarse por vía vestibular cuando exista espacio entre los dientes vecinos.

Esta técnica, por vía lingual, es muy laboriosa por dificultades de acceso que presenta en cuanto a la mala iluminación y visibilidad a este nivel. Por eso es preferible elegir vía vestibular.

Al igual que el maxilar superior existe una forma de los caninos inferiores retenidos, que pueden llamarse transalveolares ó vestibulo-linguales. En éstos, la raíz o parte de ella se encuentra en el lado vestibular y la corona en el lado lingual. En estos casos se puede realizar la alveolectomia vestibular, la sección del canino a nivel del cuello y la extracción de los dos elementos por la vía que están ubicados; corona por el lado lingual y la raíz por el vestibulo.

El método de odontosección disminuye los riesgos de lesión sobre los dientes vecinos y presión o fuerza excesiva que puede comprometer la integridad del maxilar. Aquí también la falta de menor resistencia y el control de la fuerza deben dirigir el acto operatorio.

EXTRACCION DE LOS CANINOS INFERIORES EN DESDENTADOS.

Es siempre la vía vestibular la vía de acceso. Se prefiere la incisión angular, el trazo horizontal de esta incisión llega hasta la proximidad del borde libre y vertical se traza en ángulo recto con el primero. También la incisión de Neumann es útil y eficaz.

La operación sigue los mismos pasos ya mencionados.

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

POST - OPERATORIO.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

El conjunto de maniobras que se realizan después de la operación, con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, se conoce como postoperatorio. Reparar los daños que surgen con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza, con el logro del perfecto estado de salud, son también, términos que pueden incluir en la definición de postoperatorio.

Una de las fases más importantes de nuestro trabajo es el tratamiento postoperatorio, tan importante, que la vigilancia cuidadosa y tratamiento del paciente una vez terminada la operación, puede modificar o aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

Al estado general del paciente, a la herida misma y al campo operatorio que es la cavidad bucal; son los aspectos a los que se debe dirigir los cuidados operatorios.

A continuación se citan las indicaciones que se le darán por escrito al paciente:

- 1.- Reposo relativo. Durante los 2 primeros días después de la intervención quirúrgica.
- 2.- Dieta líquida durante las 12 horas siguientes después de la intervención quirúrgica (que puede ser tibia o fría). No tomar leche.
- 3.- Dieta blanda a partir de las 12 horas, cuenta de gramos e irritantes. Durante 3 o 4 días.
- 4.- Aplicación de una bolsa con hielo por fuera de la zona intervenida, durante 24 horas en forma intermitente. Ya que el frío reducirá la congestión, el edema y el dolor postoperatorio.
- 5.- Higiene normal de la cavidad oral, 24 horas después de la intervención quirúrgica, excepto sobre la zona intervenida.
- 6.- Colutorios o buches de agua, combinada con agua oxigenada.

3 partes de agua y una parte de agua oxigenada.
Estos colutorios se llevarán a cabo 24 horas -- después de la intervención.

MEDICACION (Indicaciones especiales) :

- 1.- Se le receta al paciente analgésicos para combatir el dolor postoperatorio (solo en caso de presentarse).
- 2.- Antibioterapia; Si hubo procesos infecciosos o seersos se le receta al paciente antibióticos con el fin de prevenir complicaciones y eliminar totalmente dichos procesos.
- 3.- Anti-inflamatorios; Dependiendo del traumatismo ocasionado por la intervención quirúrgica sobre los tejidos pa-

dentales (duros y blandos), se le recetan también anti-inflamatorios.

4.- La ingestión de vitamina B y B12 colaboran con la restauración de tejidos en el proceso de cicatrización.

5.- Relajantes musculares.

REVISIÓN PERIÓDICA .

1.- Se cita al paciente a las 48 horas después de la intervención para ver si no hubo complicaciones, se le practica un lavado sobre el sitio operado y sus vecindades, eliminando -- el mal gusto y el mal aliento.

2.- Se cita a los cinco días, para retirarle los puntos de sutura y se proyecta un delicado chorro de agua tibia sobre la zona intervenida.

3.- Por último, se cita al paciente a los tres días después, para observar y asegurar el éxito de la intervención.

CAPITULO VIII

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES.

ACCIDENTES DE LA EXTRACCION DENTARIA.

I.- RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL.

a) Fractura de agujas.

Este accidente se debe a varias causas que el dentista puede evitar tomando las precauciones necesarias. Sin embargo el mayor número de agujas fracturadas se debe a:

- 1.- Mala calidad.
- 2.- Antigüedad de esta.
- 3.- Técnica incorrecta.
- 4.- Paciente demasiado excitado que se mueve bruscamente -
incertar la aguja.
- 5.- Otras causas.

El mayor número de agujas fracturadas se presenta al hacer anestesia regional, al nervio dentario inferior.

TRATAMIENTO :

Decir al paciente que no cierre la boca, si queda el pedacito visible extraeremos con la pinza de curación sin dificultad.

Si desapareció en los tejidos se tomarán radiografías, -
ante y perfil y se coloca otra aguja, insertada, la cual va servir de guía.

Después hacemos un corte de arriba-abajo perpendicular a -
la aguja, se sondea la región y una vez localizada la aguja,
introducemos las pinzas de curación y se retira la aguja -
fracturada.

b) Fractura de algún instrumento.

Es excepcional que las pinzas o los elevadores se fracturen en el acto quirúrgico, cuando se aplica una excesiva fuerza sobre ellos. Pueden herirse así las partes blandas u -
veces vecinas.

Para extraerlas se impone una nueva intervención, si no es posible en el acto de la exodoncia.

II.- RELACIONADO CON EL DIENTE O LOS DIENTES VECINOS.

a) Fractura del diente.

Es el accidente más frecuente de la exodoncia; en el curso de la extracción, al aplicarse la pinza sobre el cuello del diente y efectuarse los movimientos de luxación, la corona o parte de esta y la raíz se quiebran, quedando por lo tanto -
porción radicular en el alvéolo. Las causas de este accidente son múltiples.

Entre las causas que pueden originar un accidente de este tipo tenemos:

- 1.- Mala técnica, debida a una evaluación equivocada de la -
pinza por extraer.
 - 2.- Procesos de caries extensos.
 - 3.- Incompleto estudio clínico.
- b) Fractura y luxación de los dientes vecinos.

La presión ejercida sobre la pinza de extracciones ó sobre los elevadores pueden ser transmitidas a los dientes vecinos, provocando la fractura de su corona (debilitada por obturaciones o caries) o luxando el diente cuando disposiciones radiculares (raíces fusionadas) lo faciliten.

TRATAMIENTO : El diente luxado puede ser reimplantado en el alvéolo, fijándolo por los procedimientos usuales.

III.- RELACIONADO CON LOS MAXILARES .

a) Fractura del borde alveolar.

Accidente frecuente en el curso de la exodoncia; de la variedad de la fractura depende la importancia del accidente.

La fractura del borde alveolar no tiene mayor trascendencia, el trozo de hueso se elimina con el órgano dentario o queda relegado en el alveolo.

TRATAMIENTO :

En el primer caso no hay conducta especial a seguir; en el segundo, debe eliminarse el trozo fracturado, de lo contrario el secuestro origina los procesos inflamatorios consiguientes: abscesos, que no terminan hasta la extirpación del hueso.

b) Luxación del maxilar inferior.

Consiste en la salida del condilo del maxilar de su cavidad glenoidea. Accidente raro, se produce en ocasión de las extracciones de los terceros molares o en operaciones largas y fatigantes.

Puede ser unilateral o bilateral.

TRATAMIENTO :

El maxilar puede ser colocado en su lugar de origen por una manobra, que consiste en :

Se colocan los dedos pulgares de ambas manos sobre la arista del maxilar inferior, los restantes dedos sostienen el maxilar. Se imprime con fuerza a este hueso dos movimientos, la cuya combinación se obtiene la restitución de las normales relaciones del maxilar; un movimiento hacia abajo y otro hacia arriba y atrás. Reducida la luxación, puede continuarse la operación.

c) Fractura total del maxilar inferior.

La fractura total es un accidente posible, aunque no frecuente; en general es debida a la aplicación incorrecta de fuerza exagerada, así como a una mala técnica de extracción. En otras ocasiones se debe a procesos patológicos (osteomielitis o tumor quístico) y a enfermedades sistémicas ligadas al metabolismo de calcio.

d) Lesiones del seno maxilar.

- 1.- Perforación del piso del seno.
- 2.- Penetración de una raíz en el seno maxilar.
- 3.- Penetración de un molar en el seno maxilar.
- 4.- Infección del seno de origen dentario.

IV.- ACCIDENTES SOBRE PARTES BLANDAS.

a) Desgarros de la mucosa gingival, lengua, carrillos, --

labios, etc.

Accidente posible, pero no frecuente, se produce al actuar con brusquedad, sin medida y sin criterio quirúrgico.

Con todo, en algunas ocasiones pueden deslizarse los instrumentos de la mano del operador y herir las encías o partes blandas. Luego de terminar la extracción, las partes desgarradas serán cuidadosamente unidas por medio de puntos de sutura.

b) Lesión de troncos nerviosos.

Una extracción dentaria puede ocasionar una lesión de gravedad variable sobre los troncos nerviosos. Estas lesiones pueden radicarse en los nervios superiores o inferiores.

Los accidentes más importantes son los que tienen lugar sobre el nervio palatino anterior, dentario inferior ó mentoniano.

El traumatismo sobre el tronco nervioso puede constituir en sección, aplastamiento o desgarramiento del nervio, lesiones que se traducen en neuritis, neuralgias o parestasias en zonas diversas. Frecuentemente ocurre en las extracciones del maxilar inferior a nivel de los molares y premolares.

COMPLICACIONES.

I.- HEMORRAGIA.

a) Inmediata.

La hemorragia sigue a la operación. La falta de coagulación de la sangre y la no formación del coágulo, se debe a causas generales o a causas locales. Las causas locales obedecen a procesos congestivos en la zona de la extracción, debidos a granulomas, focos de osteitis, pólipos gingivales, lesiones gingivales ocasionados por paradentosis, gingivitis o procesos óseos que permanecen entre los labios de la herida gingival. En ocasiones es un grueso tronco óseo arterial el que sangra, o la hemorragia se debe a los múltiples vasos capilares lesionados por la operación.

TRATAMIENTO :

Se realiza suprimiendo quirúrgicamente el foco congestivo de sangre. La extirpación se hace con cucharillas filosas, cuando el foco es intrabucal o con galvanocauterio cuando el foco es gingival.

Un taponamiento y compresión del alvéolo sangrante, dará cuenta de la hemorragia.

El taponamiento es un método preciso. Se realiza con un trozo de gasa, la cual puede empaparse sola o impregnada de medicamentos hemostáticos, tales como el agua oxigenada, adrenalina, cueros, tromboplastina. Estos medicamentos se emplean de acuerdo a la intensidad de la hemorragia.

El tapón se coloca dentro del alvéolo que sangra, permitiendo que su extremo libre cubra el alvéolo. Sobre el que se coloca un trozo de gasa proporcionando al sitio en que se aplica; el todo es mordido por el paciente, que mantiene de este modo el taponamiento durante un tiempo variable. El trozo de gasa de la superficie se saca con las precauciones debidas; cuando la hemorragia ha cesado puede retirarse el paciente, con un tratamiento medicamentoso dentro del alvéolo. Todos los problemas que originan la hemorragia, pueden prevenirse por el empleo sistemático de la sutura postextracción, por este procedimiento la hemorragia es excepcional.

b) Mediata.

Si la hemorragia se produce varias horas después de realizada la extracción, se procede como sigue :

Se practica el enjuagoterio con una solución de agua oxigenada tibia, con el objeto de limpiar la cavidad bucal y el interior de la operación, del coágulo que flota sobre la herida para poder ver con claridad y precisión por donde sangra, y cuando es el sitio de mayor afluencia sanguínea; se seca cuidadosamente la región sospechada con una torunda de gasa. Si el foco sangrante es gingival y está a nuestro alcance, puede practicarse su hemostasis aplicando un punto de galvanocauterización.

En caso de persistencia de la hemorragia, a pesar de los tratamientos antes señalados, tanto para la hemorragia inmediata, como para la mediata, habra que recurrir a medicaciones generales, tales como transfusiones sanguineas, la inyección de sustancias que aceleren la coagulación, devolviendo a tejidos, algunos de los elementos que le faltan.

II.- COMPLICACIONES DEBIDAS A LA SOLUCION ANESTESICA.

Los accidentes que se pueden presentar en anestesia, pueden ser diversas causas, debidas al operador, al material, al instrumental y al paciente. El empleo de una técnica incorrecta, la falta de experiencia, falta de asepsia y antisepsia en la región que se va a intervenir son tambien causas de accidentes.

Las complicaciones de la anestesia pueden ser mediatas o inmediatas, presentandose los segundos cuando se aplica la anestesia y los primeros se presentan despues de aplicar la anestesia, pero que se presentan debido a la inducción de la anestesia.

Las complicaciones que se presentan son :

1.- Lipotimias.

Es la pérdida súbita y pasajera del sentido, causada por anemia cerebral pasajera, debida a trastornos nerviosos estativos en pacientes miedosos e impresionables y en personas débiles ya sea por enfermedad o por desnutrición.

Presenta los siguientes sintomas : Intranquilidad, malestar, mareos, palidez, sudor, frie, zumbidos en los oídos, gagueo de llorar, pulso débil, aumento y luego disminución de la tensión arterial, opofecación, dilatación pupilar, relajamiento del cuerpo, pérdida del conocimiento; del cual se recupera fácilmente.

TRATAMIENTO :

Consiste en reclinar el sillón hasta que la cabeza quede abajo que los pies, para que haya una mayor irrigación sanguínea a la cabeza; poner oxígeno y aflojar la ropa, aplicar toallas frias en la cara del paciente y darle a oler amoniaco o alcohol. Si el paciente puede deglutir se le darán cinco gotas de amoniaco en un poco de agua; por lo general este accidente es benigno o sea no se da consecuencias graves y el paciente se recupera pronto y satisfactoriamente.

2.- Shock.

Indica una perturbación brusca y considerable de los centros nerviosos y de la circulación, caracterizandose la primera por :

- a) Agitación.
- b) Irritabilidad.
- c) Intenso delirio.

La segunda se caracteriza por :

- a) Inmovilidad.
- b) Irritabilidad.

c) Indiferencia psíquica, que puede ser debida a la inyección intravenosa del anestésico y requiere en ocasiones de medidas de urgencia.

El shock se puede definir como una de las reacciones alérgicas de tipo inmediatas, causadas por el uso de anestésicos en el que hay anafilaxia (reacción de tipo inmediato con repentina liberación de todos los agentes mediadores de la inflamación).

TRATAMIENTO :

Se siguen los mismos pasos que en la lipotimia. Así como también la aplicación de hidrocortisona, que está indicada en el shock traumático y operatorio, como también en estados alérgicos.

3.- Síncope.

La pérdida del conocimiento, desmayo o síncope se debe a una interrupción en el funcionamiento normal del corazón. Para que el organismo funcione correctamente es menester la abundancia de sangre en el cerebro, ciertos centros en el cerebro dominan la actividad y dirigen los movimientos y funciones del cuerpo, sin embargo estas funciones y movimientos se detienen, si se interrumpe o se corta la provisión de sangre y el cerebro experimenta la falta del fluido vivificante.

Los síncope son frecuentes en personas débiles, debido a varios factores como son : La falta de vitaminas o desnutrición, debido a lo cual el corazón no tiene el suficiente poder para impulsar la sangre hacia el cerebro.

Los síncope se presentan en personas que padecen lesiones cardíacas por lo cual el corazón está debilitado y no realiza su función plenamente.

TRATAMIENTO :

Acuéstese al paciente con la cabeza un poco más baja que el nivel de los pies, para propiciar una mejor irrigación sanguínea. Poner oxígeno y aflojar la ropa. Mojar la cara del paciente con agua fría, golpear la cara suavemente con la palma de la mano para estimular la circulación; darle a oler amoníaco o alcohol, o sales aromáticas de cualquier especie.

Si se sospecha de síncope cardíaco o paro cardíaco además de lo anterior debe aplicarse al paciente antihistamínicos y estimulantes cardíacos.

4.- Hematomas.

La punción, un derrame de intensidad variable, sobre la región inyectada. Este tipo de complicación no es muy frecuente, porque se desplazan y no alcanzan a ser punzados los vasos de la región inyectada. Este accidente es común en la inyección a nivel del agujero infraorbitario y mentoniano, sobre todo si se introduce la aguja en el conducto óseo. El derrame sanguíneo es instantáneo y tarda varios días para la resolución, tal como los hematomas quirúrgicos, con lo que comparte la ausencia de consecuencias, excepto la infección del hematoma.

TRATAMIENTO :

Consiste en la aplicación de hielo sobre el sitio de la incción.

5.- Isquemia.

Suele presentarse al haber infiltrado la anestesia, aparece una mancha de color blanquisco sobre la región anestesiada delimitada que va a ser provocada por un vasoconstrictor desaparece poco despues cuando se hace la absorción del anestésico.

6.- Parálisis facial.

Generalmente se produce del mismo lado de infiltración del anestésico, pues al poco tiempo de haber retirado la aguja al paciente, presenta síntomas característicos de este accidente que es la inmovilidad de esa zona y que suele presentar siguiente forma :

- a) Párpado caído.
- b) Ala de la nariz deprimida.
- c) Boca desviada.

Estos síntomas desaparecen horas despues, sin dejar alteraciones, ni cicatriz; esto se debe a que dentro de la capsula parótida se ha introducido parte o la totalidad del anestésico, ya sea por haber profundizado demasiado o por desviarse hasta la parte posterior de la rama ascendente de la mandíbula.

7.- Ausencia parcial o total de analgesia.

Puede ocurrir, porque la concentración sea baja o por deposición de la anestesia al aplicarla en una zona infectada o debido también a una mala técnica por parte del operario.

8.- Náusea y vómito.

El reflejo del vómito puede ser provocado cuando la anestesia se aplica en el conducto palatino posterior, provocando la difusión del anestésico a la úvula, paladar blando y velo palatino.

Este reflejo desaparece cuando el paciente se acostumbra a la anestesia.

Existen otras causas de vómito y náuseas como son las alérgicas o sensibilidad a los anestésicos.

9.- Dolores a la punción.

Este accidente es bastante común y tiene varias causas :

- a) Al tocar el nervio. Cuando esto se presenta hay dolor inmediato agudo y sensación de quemadura en la punta de la lengua.

- b) Uso de soluciones irritantes como alcohol.
- c) Que la solución este demasiado fría o caliente.
- d) Aguja despuntada.
- e) Velocidad y cantidad de anestésico.

TRATAMIENTO :

Precaución tanto en el material que se va a utilizar, como las condiciones del instrumental.

D.- Trastornos visuales.

Después de aplicar la anestesia tiene doble visión y se - a la vista al paciente, este accidente desaparece al acabar el efecto del anestésico.

Se puede evitar empleando una buena técnica y depositando lentamente el anestésico.

II.- COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.

.- Infección.

Es una complicación que puede presentarse después de una extracción dentaria.

La barrera que nos presenta la infección dental (también en un absceso o flegmón), es la no anestesia debida al P.H. de la infección provocando la obstrucción del anestésico. No siendo así, cuando la infección esta en sus inicios en que el bloqueador tiene efectos satisfactorios.

Suele existir infecciones que perdemos pasar de un estado normal a una forma grave al inyectar el anestésico, haciendo que con la presión del mismo se disemine por toda la zona en una forma más amplia y si a este le agregamos que la existencia de los tejidos que circundan la zona infectada encuentra disminuida durante a todos estos la presencia de una sustancia que es el anestésico, provoca que la infección se prolonge y en algunas ocasiones sea más severa.

Algunas veces también las causas de las infecciones son por los dedos por el mismo cirujano, que no tiene cuidado en realizar una buena esterilización o desinfección de los instrumentos que va a utilizar para realizar la intervención.

.- Alveolitis.

Se le denomina alveolitis a la infección localizada exclusivamente en el alveolo y es una de las causas predominantes de infección postoperatoria.

Las causas por las que se produce una alveolitis son :

- 1) Extracciones durante una infección aguda.
- 2) Traumatismo excesivo.
- 3) Falta de precauciones postoperatorias.
- 4) Instrumental no esterilizado.
- 5) Infecciones residuales.
- 6) Posición brusca del paciente.
- 7) Entrada de saliva en la región intervenida.

También tendremos factores generales como son :

- 1) Debilitamiento del organismo en general.
- 2) Edad avanzada del paciente.

La alveolitis es un estado anormal, en donde se puede observar infecciones de tipo agudo y severos traumatismos causados por la extracción y el tiempo operatorio requerido, -- yendo como consecuencia la pérdida o falta de coágulo en el alveolo dejando a su vez con esto, sus paredes desahucadas y dando origen al dolor provocado por las secreciones bucales y por los alimentos.

TRATAMIENTO :

Una vez establecida la alveolitis, el tratamiento consiste en lograr la comodidad del paciente y proteger al alvéolo de un daño mayor. La mayoría de los autores está de acuerdo en que las sustancias antibióticas o quimioterápicas no tienen gran valor en la alveolitis. Una técnica aceptable para el tratamiento es la siguiente :

1.- Irrigar suavemente el alvéolo con una solución diluida salina, tintura de Merthiolate o algún otro antiséptico.

2.- Inspeccionar el alvéolo por si existieran cuerpos extraños (incluyendo espículas de hueso) y eliminarlos. Tomar una radiografía de control.

3.- No raspar el alvéolo para crear un coágulo sanguíneo. Esto no cura sino extender cualquier infección y producir alteraciones inflamatorias aún mayores.

4.- Aislar y secar suavemente el alvéolo. Preparar una pasta o un apósito sedante para insertarlo en él. Quizá la pasta más simple está compuesta por una mezcla muy blanda de óxido de zinc y eugenol. Esta pasta se coloca y se deja fluir sobre las paredes alveolares. El hecho importante a recordar es que la gasa debe ser colocada levemente en todas las zonas de la pared alveolar, para que ejerza todo valor anestésico y protector. La gasa debe de estar yodoformada.

5.- Dejar la gasa en su lugar 1 ó 2 días y luego reemplazarla. Serán necesarios varios cambios, según la gravedad de los síntomas. Antes de cada curación, se hace una irrigación.

Cuando las paredes del alvéolo se cubren con el tejido de granulación, se acorta el apósito hasta retirarlo del todo.

Los sequestros de hueso despreñados se eliminan del alvéolo.

3.- Edema.

Es la reacción que puede presentarse después de alguna intervención quirúrgica traumática.

Puede presentarse equimosis, que es la coloración que adquieren los tejidos, que puede variar del rosado al negro; debida a la estasis sanguínea extravasada de los vasos, dicha extravasación puede ser provocada por el traumatismo de la operación.

Todo proceso se puede resumir en inflamación durante unos días.

CONCLUSIONS.

CONCLUSIONES :

1.- La inclusión palatina de los dientes permanentes es solo un caso particular de las anomalías dentarias de situación y erupción.

2.- La presencia de caninos incluidos, tienen un porcentaje elevado, y generalmente el diagnóstico se puede facilitar, siempre y cuándo, sea acompañado por un examen radiográfico, útil si no indispensable.

3.- Los accidentes que trae consigo la retención de caninos en maxilar y mandíbula, son por lo general de orden mecánico e infeccioso, y más raramente de orden nervioso o tumoral.

4.- El tratamiento va a depender de las condiciones en las que se encuentra colocado el canino, la mayoría de las veces requiere la remoción quirúrgica, en otras ocasiones basta con el tratamiento ortodéncico y en otras con la combinación de ambos tratamientos.

5.- La extracción deberá realizarse bajo anestesia local, como preferencia y en casos especiales se hará necesario el uso de la anestesia total.

6.- La correcta valoración clínica del paciente, nos evitara complicaciones transoperatorias y post-operatorias.

7.- Los accidentes y complicaciones que se pueden presentar, es debido generalmente a la aplicación de técnicas incorrectas, durante la intervención .

8.- La curación de este tipo de intervención quirúrgica es rápida, si no se han presentado complicaciones durante -- la operación y después de ella, utilizando para esto una técnica adecuada, según el caso que se haya tratado.

9.- Es de vital importancia que el Cirujano dentista estudie concienzudamente el caso que se le presente, para elegir correctamente las técnicas de extracción y anestésia, -- para evitar complicaciones para el paciente y para el profesionalista mismo.

BIBLIOGRAFIA.

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

**COSTICH, White. "Cirugia Bucal". 1a. edición, editorial -
teramericana, México, 1974.**

**QUEVAS, Francisco. "Manual de Técnica Quirúrgica Médica -
opedútica", edición 1969.**

**DIAMOND, M. "Anatomía Dental". 2a. edición, editorial --
T M A, México, 1962.**

**ESPONDA VILA, Rafael. "Anatomía Dental". 2a. edición, edi-
torial Manuales Universitarios, UNAM, México, 1970.**

**FRANK M. MC. CARTHY. "Emergencias en Odontología". 2a. -
edición, editorial El Ateneo, Argentina, 1973.**

**KAUCER, Gustavo O. "Tratado de Cirugia Bucal". 2a. edi-
ción, editorial Interamericana, México, 1976.**

MANUAL DE ANESTESIA LOCAL. Laboratorios Winthrop, 1973.

**MAUREL, Gerard. "Cirugia Maxilofacial". 1a. edición, edi-
torial Alfa, Argentina, 1944.**

**QUIROZ, Fernando. "Anatomía Humana". Tomo I. 9a. edición
editorial Porrúa S.A., México, 1972.**

**RIES CENTENO, Guillermo A. "Cirugia Bucal". 5a. edición,
editorial Ateneo, Argentina, 1980.**