

*1 ejemplo*  
259

# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología



## REMOCION DE CANINOS INCLUIDOS

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

MARIO DANIEL ONTIVEROS ALVAREZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## T E M A R I O

- I.- ETIOLOGIA.
- II.- TRASTORNOS QUE OCASIONAN LOS DIENTES INCLUIDOS.
- III.- CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS.
- IV.- HISTORIA CLINICA, METODO DE DIAGNOSTICO Y ESTUDIO RADIOGRAFICO.
- V.- CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS.
- VI.- TECNICAS QUIRURGICAS PARA LA REMOCION DE CANINOS INCLUIDOS.
- VII.- TECNICAS DE ANESTESIA A EMPLEARSE.
- VIII.- TIPOS DE ANESTESICOS.
- IX.- ACCIDENTES EN LA APLICACION DE ANESTESICOS.
- X.- TECNICAS PARA LA REMOCION DE CANINOS-INCLUIDOS EN PALATINO.
- XI.- TECNICAS PARA LA REMOCION DE CANINOS-INCLUIDOS INFERIORES.
- XII.- CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE CANINOS INCLUIDOS.
- XIII.- COMPLICACIONES ASOCIADAS CON LA CIRUGIA.

XIV.- CONCLUSIONES.

XV.- BIBLIOGRAFIA.

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

El presente trabajo es una síntesis de lo - que es una parte muy importante en la cirugía buco - dental.

El propósito de este trabajo es dar a conocer técnicas y métodos para la extracción de caninos incluidos, encaminado hacia un mejor servicio para con la humanidad sin pensar en el lucro.

En este trabajo se menciona la importancia que tiene la cirugía en la odontología, tomando en cuenta la destreza del cirujano dentista para la realización de esta.

Además trata de que el acto quirúrgico sea un arte dentro de nuestra amada carrera.

Espero que este trabajo sea de gran utilidad para mis compañeros y que sirva como un ali - ciente para los futuros dentistas.

## I ETIOLOGIA

Los puntos más importantes en la Etiología de los dientes mencionaremos:

- 1) Influencia de la nutrición sobre el desarrollo de los dientes y Maxilares.
- 2) Falta de espacio.
- 3) Persistencia de los dientes temporales.
- 4) Quistes o Tumores.
- 5) Calcificación exagerada.
- 6) Posición anormal del germen dentario.
- 7) Desarrollo incompleto de la raíz.
- 8) Dientes Supernumerarios.
- 9) Anomalías de los dientes vecinos.

### 1) INFLUENCIA DE LA NUTRICION SOBRE EL DESARROLLO DE LOS DIENTES Y MAXILARES.

La falta de desarrollo normal en los maxilares hace que los dientes permanentes no puedan ocupar su lugar, ocasionando que queden incluidos uno o varios dientes en el tejido óseo.

La Patología Experimental, muestra que las actividades de algunas glándulas Endócrinas afectan en alto grado el desarrollo de los maxilares - y la formación y erupción de los dientes. Existen otros procesos fisiológicos como son: Crecimiento, Desarrollo Sexual, Metabolismo del calcio, del azúcar, Presión Sanguínea, etc.

La influencia de la nutrición sobre el desarrollo de los dientes en su estructura histológica,

son los diversos ingredientes químicos de la dieta que son digeridos e ingresan más o menos transformados en el torrente sanguíneo.

No solamente afectan la calidad de las estructuras calcificadas del diente en desarrollo, - sino que también tienen factores dietéticos esenciales como las proteínas, que sintetizan el protoplasma del organismo; las grasas que entran en actividad química del hígado, sangre y otros tejidos; los carbohidratos productores de la energía por oxidación de la glucosa en que se transforma; el agua, el medio común en el cual se realizan todos los procesos químicos, ayudando en la digestión y la asimilación de los alimentos y facilita la eliminación de sustancias de desecho.

## 2) FALTA DE ESPACIO.

La pérdida prematura de los dientes temporales se debe en la mayor parte de los casos a enfermedades, especialmente caries y sus consecuencias, las afecciones pulpares y apicales.

Es conveniente la conservación de los dientes temporales hasta que los permanentes estén listos para ocupar su lugar.

Por la pérdida prematura de cierto número de dientes temporales, acarrea la mengua del espacio, por lo tanto se pierde la guña y como resultado, los dientes permanentes pueden quedar impactados o erupcionan en linguoversión o buroversión.

La desviación de los dientes que cierran el

espacio es más marcada en los molares que en incisivos, también es mayor en el maxilar superior que en el inferior. Por lo tanto puede ocurrir que se produzcan inclusiones del canino por el movimiento hacia adelante del primer premolar superior.

Se aconseja el uso de mantenedores de espacio si se pierden los dientes temporales prematuramente.

### 3) PERSISTENCIA DE DIENTES TEMPORALES.

La ausencia congénita del germen dentario favorece la persistencia de los dientes temporales, puede ser en grupos o individual, puede ser bilateral.

#### TIEMPO DE LA CAIDA DE LOS DIENTES TEMPORALES

	Inferior	Superior
Incisivo Central	7 años	7½ años
Incisivo Lateral	8 años	8 años
Canino	12 años	12 años
Primer Molar	10 años	10½ años
Segundo Molar	11 años	11½ años

### 4) QUISTES O TUMORES.

Los quistes de erupción que se forman sobre la corona del diente, representa el desarrollo de los quistes dentígeros, causan presión sobre la corona. La extirpación del quiste permite la erupción del diente.



La formación de un tumor o quiste en las -- proximidades del lugar que debe ocupar un diente, -- dan lugar a que este se desvíe hacia zonas de me-- nor resistencia, apartándolo de su trayectoria nor-- mal y causando inclusión o erupción en un lugar im-- propio.

#### 5) CALCIFICACION EXAGERADA.

La pérdida prematura de los dientes tempora-- les, puede ocasionar que el alvéolo al estar vacío sea ocupado por tejido óseo de mayor calcificación, presentando dificultad para su reabsorción por pre-- sión de la corona del diente permanente.

La calcificación exagerada puede ser ocasio-- nada por fracturas, que se calcifican ocasionando-- callos óseos que impiden la erupción de los dien-- tes permanentes.

#### 6) POSICION ANORMAL DEL GERMEN DENTARIO

El desarrollo anormal de un diente, hace -- que su dirección de erupción se desvíe y no ocupe-- el lugar que le corresponde; por consiguiente, en-- cuentra como obstáculo las piezas permanentes, per-- manece incluido o hace erupción anormal, se obser-- va en terceros molares y caninos superiores.

#### 7) DESARROLLO INCOMPLETO DE LA RAIZ.

Es más frecuente en terceros molares infe-- riores: Es una causa de inclusión de caninos. La -- inclusión ocasionada por esta anomalía es siempre-- en dirección vertical.

## 8) LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS.

Los dientes de esta clase se parecen en forma y tamaño a los dientes normales, pueden ser incisivos, premolares y molares.

### PATOGENIA.

La teoría del atavismo, reaparición de dientes que suprimió el proceso evolutivo, (Tema muy discutido) que trata del cuarto molar, el premolar supernumerario y el diente medio.

Según Osburn (1912). Es una herencia a larga distancia. Sin embargo la presencia de dientes supernumerarios puede deberse simplemente a la sobreactividad de la lamina dental, posiblemente asociada con hiperplasia de otras estructuras epiteliales.

### SINTOMATOLOGIA.

Los dientes supernumerarios con frecuencia se encuentran en labio o linguoversión o pueden estar retenidos en el maxilar después de impedir la erupción o acomodamiento de los dientes vecinos.

Son frecuentes en la región incisal, particularmente en el maxilar superior.

Encontramos dos clases:

- 1) Produce un diente bien formado, ya sea que se presente en la mandíbula o en el maxilar.
- 2) Se forma entre los incisivos centrales, por lo que se les llama mesiodents.

## II

## TRASTORNOS QUE OCASIONAN LOS DIENTES INCLUIDOS

La erupción detenida puede alterar la posición de un diente o todo un grupo, es con frecuencia bilateral.

La presión ejercida por el canino enquistado, puede causar mala posición en los incisivos, -reabsorción de las raíces de los dientes contiguos y dolor reflejo que tiene características de neuralgia, otros pacientes que se quejan de una sensación indefinible de presión que estorba el estudio u otra clase de trabajo y que puede causar, insomnio, nerviosidad y aún desórdenes mentales, zumbidos frecuentes en forma retumbante del oído -OTITIS-, afecciones en los ojos, las cuales en algunos pacientes es obscuridad en la visión en algunas horas del día o continuamente durante las 24 -horas del día.

Otras más graves que tienen ceguera Iritis- o dolor simula al glaucoma en ocasiones dolores - constantes de cabeza o región del cuello.

## III

## CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS

## CLASE I

Caninos retenidos localizados en el paladar.

- a) Horizontal      b) Vertical      c) Semivertical

## CLASE II

Caninos retenidos localizados en la cara labial o bucal.

- a) Horizontal      b) Vertical      c) Semivertical

## CLASE III

Caninos retenidos localizados en los huesos, palatino y maxilar.

## CLASE IV

Caninos retenidos localizados en el proceso alveolar, entre incisivo lateral y primer premolar, en posición vertical.

## CLASE V.

Caninos retenidos localizados en un maxilar desdentado.

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

1o.- En el paladar, con la corona hacia la cara lingual del incisivo lateral y raíz, exten-

diéndose hacia atrás paralela a las raíces de los premolares prolongándose hacia la superficie bucal.

2o.- Con la corona del diente retenido sobre la zona palatina y el cuerpo de la raíz sobre la superficie bucal del maxilar superior.

3o.- Con la corona del diente retenido sobre la cara bucal y la raíz extendiéndose hacia la cara lingual de las raíces del premolar.

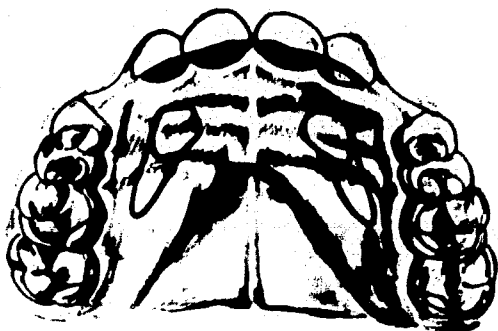
4o.- Todo del diente colocado sobre la cara bucal.

5o.- En bocas desdentadas.

6o.- Retención bilateral sobre paladar o bucal.



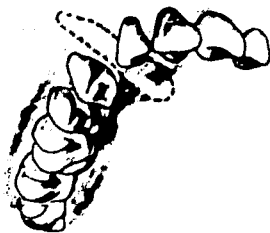
RETENCION  
UNILATERAL



RETENCION BILATERAL



RETENCION  
PALATOVESTIBULAR



RETENCION  
VESTIBULOPALATINA



RETENCION PALATINA



RETENCION VESTIBULAR



RETENCION PALATINA CON RELACION A LA ARCADE DENTARIA



## IV

HISTORIA CLINICA, METODO DE DIAGNOSTICO Y ESTUDIO-  
RADIOGRAFICO

## 1) DATOS GENERALES:

NOMBRE:

EDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO:

OCUPACION:

SEXO:

DIRECCION:

NOMBRE: Es recomendable anotarlo con sus respectivos apellidos; pues en caso de que el paciente regresa al consultorio en determinado tiempo, es más fácil encontrar su expediente por orden alfabético.

EDAD: La edad es un dato importante, puesto que a una edad determinada, se pueden presentar cierto tipo de enfermedades, ejemplo: En la segunda y cuarta década de la vida se puede presentar el ameloblastoma.

LUGAR DE NACIMIENTO: Es muy importante este dato puesto que en varias regiones del país, tienen diferentes temperaturas, aguas, a las que pueden desencadenar cierto tipo de enfermedades endémicas o epidémicas. Las aguas ocasionan en algunas zonas del país, la pigmentación del esmalte de los dientes.

OCUPACION: Enfermedades propias del trabajo desempeñado, ejem. En la Petroquímica (destrucción de dientes y encía) en los tapiceros (Lesiones de la cavidad bucal por acción de los clavos introdu-



cidos en la boca.

SEXO: En ocasiones las enfermedades solo se presentan en uno y otro sexo.

DIRECCION: Es importante para mantener en contacto la relación, Doctor - Paciente.

II) DATOS HEREDO FAMILIARES (Antecedentes - Familiares Patológicos) Padecimientos de los familiares como: Padres, Abuelos, Hijos y Esposa.

Enfermedades como: Diabetes, Cardiopatías, - Sífilis, Tumores, Tuberculosis.

### III) DATOS PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Vida social, Tipo de instrucción educacional, condiciones de salubridad de la casa donde vive, condiciones de salud en las habitaciones, vicios, alcoholismo, tabaquismo, deportes, vacunas - que se le han aplicado, alimentación (tipo, calidad y cantidad).

### IV) DATOS PERSONALES PATOLOGICOS.

Todos los datos que nos pueda proporcionar desde la infancia: enfermedades que ha padecido, - infecciones eruptivas, amigdalitis, reumatismo, - etc.

### V) PADECIMIENTO ACTUAL.

Cronológico y ordenado: Cuales son las molestias, si son subjetivas u objetivas, dolor y - sus características, tiempo que tiene con las mo--

lestias.

## VI) EXPLORACION.

Es una combinación de interrogatorio con exploración; por aparatos y sistemas, desde el cabello hasta las extremidades.

## VII) EXPLORACION GENERAL:

Por aparatos y sistemas: ojos, nariz, oídos, boca, glándulas de secreción salival, cuello, tó--rax, corazón, etc.

## VIII) COMPLEMENTOS DE LA HISTORIA CLINICA.

Análisis, Biometría Hemática, Química San--guínea, Análisis de Orina, Métodos de diagnóstico y estudio radiográfico, Medio visual, Medio de - palpación.

El canino incluido generalmente se encuen--tra por el lado lingual del arco, puede estar; vertical, entre los dientes contiguos cuando éstos se han cerrado ligeramente, con más frecuencia está - en posición oblicua u horizontal en el paladar; la cuspide puede estar colocada contra la raíz del incisivo lateral y aún del central, el apice de la - raíz puede extenderse hasta el primer molar, en tales casos se observa un abultamiento en la parte - anterior del paladar lo cual también podemos pal--par dígitamente.

Del lado bucal del alvéolo puede palparse - una prominencia en la superficie exterior del maxilar.

Se puede observar la separación de dientes laterales y primer premolar por la inclusión de un canino, clase II.

Puede observarse un bulto bien marcado sobre el paladar.

Por palpación, el bulto puede sentirse sobre el lado bucal del maxilar, en las retenciones labiales, en las cuales la corona del canino está en contacto con el tercio apical de la raíz del incisivo lateral, desviará la porción apical de la raíz del lateral hacia lingual y la corona hacia labial. En las retenciones horizontales en que la corona del canino está en contacto con el tercio medio o gingival del incisivo lateral, también la corona del lateral es movilizada hacia labial. El movimiento de la corona del incisivo lateral puede usarse como guía solamente controlando con cuidado todos los demás indicios de diagnóstico.

#### ESTUDIO RADIOGRAFICO.

La posición del diente y sus relaciones con otros dientes se estudian mejor por medio de las radiografías.

Las estereoradiografías son muy útiles para observar las relaciones anatómicas.

Los Rayos "X" también puede darnos a conocer el tamaño de lo que queda del folículo dental y sus alteraciones secundarias que lo afectan, tales como la formación de quistes, reabsorción e infecciones.

El examen radiográfico nos dará la información para elegir la técnica quirúrgica adecuada.

La existencia de algún otro diente incluido.

La radiografía es la base en gran parte para la clasificación y el medio para observar las complicaciones.

Sirve para descubrir la forma de las raíces y las relaciones anatómicas del diente con las estructuras vecinas.

Para las radiografías se utilizan varias técnicas según el caso:

Articulación temporomandibular, las técnicas de: Schuller y Towne.

Fractura del arco cigomático, técnica de Hirst.

Senos paranasales, técnica de Water.

La anteroposterior y la posteroanterior son para cráneo en general.

Las oclusales y periapicales son las más indicadas en este caso.

## V

## CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS

Debe recordarse siempre la importancia de preparar debidamente a los pacientes nerviosos y excitados.

Aunque es innecesario medicar a los pacientes en forma rutinaria existen casos en que la sedación preoperatoria es de gran valor, cuando los pacientes presentan miedo exagerado a las operaciones dentales, la administración de un barbitúrico de corta duración o mejor aún de un ataráxico, no solo moderará el temor, sino que facilitará la cooperación a la tarea del dentista, además un ahorro notable de tiempo.

En la preparación preoperatoria del paciente es importante utilizar fármacos cuyos efectos cesen antes que el paciente abandone el consultorio o que de producir efectos secundarios estos sean insignificantes.

Hay que recordar que en individuos sensibles, la administración de barbitúricos antes de la anestesia produce a veces síntomas de excitación.

Los síntomas desagradables, pueden evitarse sabiendo manejar al paciente, el Dentista y su ayudante deben reflejar en su manera de actuar, la seguridad de que no sucederá nada molesto, que el paciente nada debe temer, los aparatos y jeringas que pueden inspirar temor deben mantenerse alejados de la vista del paciente.

El sillón debe inclinarse ligeramente, con el cabezal en posición tal que sostenga el peso de la cabeza del paciente sin que se forzen los músculos del cuello. La posición uniforme de la cabeza además de proporcionar comodidad al paciente, facilita al operador el sentido de dirección y aumenta su seguridad al realizar la intervención.

## VI

## TECNICAS QUIRURGICAS PARA LA REMOCION DE CANINOS - INCLUIDOS

El plan operatorio consiste en:

- I.- Estudio cuidadoso de las radiografías para -  
determinar la posición y relaciones con los-  
dientes adyacentes y con el seno maxilar en-  
superior y conducto y agujero mentoniano en-  
inferiores.
- II.- Clasificación de la retención.
- III.- Determinar el tipo de colgajo.
- IV.- Decidir si el seccionamiento del diente faci-  
litará la tarea de extracción.

### PRESENTACIONES.

- 1.- VESTIBULAR: La vía de acceso o aborde es la -  
presentación semi-lunar.
- 2.- PALATINA: La vía de acceso es la presentación-  
palatina rodeando el cuello de los demás dien-  
tes.
- 3.- PRESENTACION SOBRE EL REBORDE ALVEOLAR Y PRAC-  
TICAMENTE ESTA SOBRE VESTIBULAR: La vía de ac-  
ceso es vestibular.
- 4.- LAS INCLUSIONES DE LOS CANINOS EN PACIENTES -  
DESDENTADOS: Su aborde o acceso, será de acuer-  
do a la posición de la pieza.

## VII

## TECNICAS DE ANESTESIA A EMPLEARSE

Técnicas de anestesia regional para el nervio maxilar y sus subdivisiones.

Anestesia local en las terminaciones nerviosas.

Bloqueo del nervio alveolar anterosuperior, medio y posterosuperior.

Bloqueo del nervio palatino anterior.

Bloqueo del nervio nasopalatino.

Bloqueo del nervio maxilar.

## ACCESO EXTRA ORAL.

Bloqueo del nervio alveolar superior, anterior y medio.

Bloqueo del nervio maxilar, anestesia infraorbitaria.

## INTRAORALES.

Anestesia Submucosa.- Anestesia de las ramas terminales.

## BLOQUEO INFRAORBITARIO.

TECNICAS DE ANESTESIA REGIONAL O BLOQUEO DE LA CONDUCCION.

Nervio mandibular y sus subdivisiones.

Bloqueo del nervio mentoniano método intraoral.

Nervio Alveolar anterosuperior.



**ANESTESIA.**

Inyección supraperiódica, anestesiando ner  
vio alveolar anterosuperior.

**INSTRUMENTAL.**

Jeringa bucal con agujas 4-2 calibre 25-27,  
adaptador largo o corto, agujas desechables.  
Volumen de la inyección de 1 a 1.8 c.c. o -  
más cartuchos.

**INDICACIONES.**

Practicada a nivel de ambos caninos se anes  
tesian los seis dientes anteriores.- Unilateralmen  
te solo se anestesiara de incisivo central a cani  
no correspondiente.

**TECNICA.**

Lugar de la punción: Pliegue mucolabial me  
sialmente y canino. Se explora el área labial pal  
pando el canino antes de inyectar.

**DIRECCIONES E INCLINACION.**

La aguja se proyecta hacia arriba y ligera  
mente hacia atrás.

**PROFUNDIDAD.**

Se avanza la aguja hasta llegar un poco por  
encima del ápice de la raíz del canino, lugar en -  
donde se depositará lentamente la solución anesté  
sica.

## TECNICA SUPRAPERIOSTICA

Nervio alveolar postero superior.

### INSTRUMENTAL.

Jeringa, aguja No. 4-2 calibre 25-27, adaptador corto o largo.

Volumen de inyección de 1. 1.8 c.c.

### INDICACIONES.

Anestesia de premolares a terceros molares y raíz distal y mesial del primer molar.

### TECNICA.

Lugar de la punción; pliegue mucó bucal sobre el 2° molar.

### DIRECCION DE LA AGUJA.

Hacia arriba y hacia atrás.

### PROFUNDIDAD.

Se deposita la solución anestésica, sobre los ápices de las raíces del tercer molar.

### OBSERVACIONES.

Esta técnica produce anestesia suficiente para operatoria dental o cirugía; Cuando se desea una mayor amplitud en nuestro campo, se aplica una inyección supraperióstica sobre el ápice de la raíz del segundo premolar.

La preparación de las mucosas antes de in--

yectar es de suma importancia. Se debe secar la su perficie y aplicar un antiséptico.

A continuación practicar la inyección.

### TECNICA NASOPALATINA

Nervio Anestesiado, Nasopalatino.

#### INSTRUMENTAL.

Jeringa, aguja No. 2 calibre 25-27, adaptador corto.

Volumen de la inyección 0.5 c.c. a 1 c.c.

#### FUNDAMENTOS

Las ramas terminales del nasopalatino, entremezcladas con algunas del palatino anterior, inervan los tejidos blandos del tercio anterior del paladar.

#### INDICACIONES

Anestesia del mucoperiostio anterior, de ca nino a canino.

#### TECNICA.

Lugar de la punción un poco por fuera de la papila incisiva.

#### DIRECCION E INCLINACION DE LA AGUJA.

Hacia arriba y hacia la línea media, en dirección al agujero palatino anterior.

PROFUNDIDAD.

Al momento de la punción deposite unas gotas de anestesia en la mucosa para anestesiarla. - Después de llegar a la proximidad del agujero palatino anterior, deposite aproximadamente 0.5 c.c. - a 1 c.c. de solución anestésica.

TECNICA PALATINA POSTERIOR

Anestesia del nervio palatino anterior.

INSTRUMENTAL.

Jeringa, agujas 2-4, calibre 25-27, adaptador corto o largo.

Volumen de la inyección 0.5 a 1 c.c.

FUNDAMENTO.

La inervación de los dos tercios posteriores del paladar esta a cargo de los nervios palatino anterior y medio que salen por el agujero palatino posterior (mayor).

INDICACIONES

Anestesia de los dos tercios posteriores de la mucosa palatina del lado de la punción, desde la tuberosidad hasta la región canina y desde la línea media hasta el borde gingival.

TECNICA.

La punción se realiza en el punto medio de una línea imaginaria que se traza desde el borde gingival del tercer molar superior, hasta la línea media, insertando la aguja desde el lado opuesto -

de la boca.

### DIRECCION.

Hacia arriba y ligeramente lateral.

### PROFUNDIDAD.

La aguja no debe penetrar en el agujero palatino posterior, ya que el nervio palatino anterior ya traspasa dicho agujero.

### OBSERVACIONES.

Si se deposita una cantidad excesiva de - - anestésico a nivel del mismo agujero, se anestesia el nervio palatino medio que inerva al paladar - - blando, causando serias molestias.

La anestesia del palatino en su parte media, solo se realiza en aquellos casos que la palatina-posterior sea insuficiente.

Las anestесias aplicadas por palatino, deben efectuarse en ambos cuadrantes (derecho e izquierdo).

### ANESTESIA POR BLOQUEO DE LA CONDUCCION

En las anestесias por bloqueo, la solución se deposita en el punto del tronco nervioso situado entre el campo operatorio y el cerebro de esta manera se interrumpe, la conducción nerviosa y por lo tanto la sensación de dolor.

Posee varias ventajas; el área extensa de anestesia obtenida con un mínimo de inyecciones y-

la posibilidad de emplearse cuando esta contraindicada la técnica supraperiódica, ésta técnica se debe emplear en casos específicos.

### TECNICA CIGOMATICA

#### NERVIO ANESTESIADO.

Nervio alveolar posterosuperior.

#### INSTRUMENTAL.

Agujas No. 4 calibre 25-23, adaptador corto, volumen de anestesia 1.8 c.c., jeringa.

#### FUNDAMENTO.

El nervio alveolar posterosuperior, puede bloquearse antes de que penetre en los canales óseos de la región cigomática, por encima del tercer molar.

#### INDICACIONES.

En operatoria dental o cirugía.

#### TECNICA.

Lugar de la punción: Punto más alto del pliegue de la mucosa a nivel de la raíz disto bucal del segundo molar.

Dirección e inclinación: Se dirige la aguja hacia arriba, hacia adentro y hacia atrás.

Se penetra unos 20 mm. manteniendo la aguja cerca del periostio, para evitar la punción del

plexo venoso pterigoideo.

Se deposita la solución lentamente "gota a gota".

### TECNICA INFRAORBITARIA

#### NERVIOS ANESTESIADOS.

Nervios alveolares superior, medio y anterior, ramas terminales del nervio infraorbitario.

#### INSTRUMENTAL.

Jeringa, aguja No. 4, calibre 23-25, adaptador largo o corto.

#### VOLUMEN DE LA ANESTESIA.

Aproximadamente 1-8 c.c.

#### FUNDAMENTO.

Para una mayor anestesia, cuando existe infección o cuando esta contraindicada la técnica su praperiódica.

#### TECNICA.

Lugar de la punción, pliegue mucoso bucal a nivel del segundo premolar o entre los incisivos central y lateral.

El agujero infraorbitario se localiza por palpación, está situado por debajo del reborde del mismo nombre, en una línea vertical imaginaria que pase por la pupila del ojo, mirando el paciente ha-

cia el frente.

### DIRECCION E INCLINACION DE LA AGUJA.

Hacia arriba, en dirección paralela al eje mayor del segundo premolar, hasta llegar al agujero infraorbitario.

Se deposita la solución anestésica lentamente.

### DETALLES ESPECIALES.

Para evitar el riesgo de penetrar en la orbita debe medirse la distancia entre el agujero in fraorbitario y la punta de la cuspide bucal del se gundo premolar superior.

Normalmente son 4.6 cm.

La técnica infraorbitaria también anestesia las ramas terminales, del nervio infraorbitario - que inerva la piel del párpado inferior, el ala de la nariz y el labio superior.

### TECNICA MANDIBULAR

#### NERVIO ANESTESIADO.

Alveolar inferior.

#### INSTRUMENTAL.

Jeringa, aguja No. 4, calibre 23-25, adaptador largo.



## VOLUMEN DE ANESTESIA.

1.8 c.c.

## FUNDAMENTO.

Bloqueo del nervio alveolar inferior, poco antes de penetrar en el conducto dentario, situado en el centro de la cara interna de la rama ascendente del maxilar inferior.

## INDICACIONES.

Produce anestesia en todos los dientes del lado de la punción, con excepción de los incisivos centrales, ya que estos reciben también inervación de las fibras del lado opuesto.

## TECNICA.

Lugar de la punción: Vértice del triángulo-pterigomandibular.

Se palpa la fosa retromolar con el índice y se coloca la uña sobre la línea oblicua interna.

## DIRECCION DE LA AGUJA.

Con el cuerpo de la jeringa por encima de los premolares del lado opuesto, se introduce la aguja paralelamente al plano oclusal de los dientes inferiores.

## PROFUNDIDAD.

La aguja se introduce entre el hueso y los músculos, se avanza unos 15 mm. la aguja choca con

la pared del surco mandibular.

### DETALLES ESPECIALES.

El nervio lingual se anestesia, generalmente durante la inyección depositando unas cuantas gotas durante el trayecto de la aguja.

### TECNICA MENTONIANA

#### NERVIOS ANESTESIADOS.

Incisivo y Mentoniano.

#### INSTRUMENTAL.

Jeringa, aguja No. 4, calibre 25, adaptador largo.

#### VOLUMEN DE ANESTESIA.

1 c.c.

#### FUNDAMENTO.

Cuando se anestesia los nervios antes citados, se produce bloqueo parcial del maxilar inferior.

#### INDICACIONES.

Operatoria en primer premolar, canino e incisivos de un lado, se emplea esta técnica cuando resulta innecesaria la técnica regional.

#### TECNICA.

Se separa el labio y se punciona entre los-

dos premolares en punto situado a 10 mm. por fuera del plano bucal mandibular.

#### DIRECCION DEL LA AGUJA.

La aguja se dirige hacia abajo y adentro a un ángulo de  $45^\circ$  en relación al plano bucal, orientando la aguja hacia el ápice de la raíz del segundo premolar.

#### PROFUNDIDAD.

Se avanza la aguja hasta topar con hueso, - se deposita 0.5 c.c. de la solución, se manipula la aguja sin extraerla hasta que penetre en el agujero, se depositan otros 0.5 c.c., la aguja debe permanecer con la misma angulación.

## VIII

## TIPOS DE ANESTESICOS

## ANESTESIA POR BLOQUEO:

Cartuchos de 1.8 a 2 c.c.

## ANESTESIA LOCAL:

Cartuchos de 1.8 a 2 c.c.

## ANESTESIA GENERAL

CLORHIDRATO DE PROCAINA.

NOMBRE COMERCIAL: Novocaina.

PRESENTACION: En forma de solido cristalino, blanco e inodoro.

SENSIBILIDAD: Es muy soluble en agua 1:1 y en alcohol 1:3.

En solución concentrada es incompatible con álcalis o precipitantes del alcaloides.

EFFECTOS Y EMPLEO: Es uno de los anestésicos más usados en la Odontología. Cuando se inyecta en solución y concentración de adrenalina correcta, - su efecto anestésico dura lo suficiente para maniobras quirúrgicas.

En pulpectomías es menos útil y como anestésico cuando se aplica localmente en mucosa intacta y en pulpa expuesta es ineficaz.

La concentración de este anestésico es lo -

menos tóxica, ya que es eliminada por el hígado y el plasma rápidamente.

POSOLOGIA: Se utiliza en concentraciones - que van del 05% al 4%, para anestesia de conduc- - ción e infiltración se utiliza el 2% de vasocons- - trictor.

CLORHIDRATO DE PROCAINA INYECTABLE: Es una - solución estéril de clorhidrato de procaína en - - agua. Puede contener 0.002% (1 en 50 mil) de adre- - nalina como máximo.

LIDOCAINA.

NOMBRE COMERCIAL: Xilocaina.

PRESENTACION: Solido, cristalino blanco o - - ligeramente amarillo de olor característico.

SENSIBILIDAD: Muy soluble en alcohol, inso- - luble en agua.

EFFECTOS Y USOS: Se utiliza para preparar so- - luciones de clorhidrato de lidocaina inyectable, - como anestésico local, se utiliza además en aplica- - ciones tópicas en mucosa (ungüento).

CLORHIDRATO DE LIDOCAINA:

NOMBRE COMERCIAL: Clorhidrato de Xilocaina.

PRESENTACION: Solido cristalino blanco.

SOLUBILIDAD: Soluble en agua y alcohol, en- - solución acuosa es muy estable al cambio térmico.

Es incompatible con alcalos y precipitantes

de alcaloides.

TIEMPO DE INDUCCION: Regular, anestesia local satisfactoria en pocos minutos.

DURACION DE LA ANESTESIA: De 1 a 3 horas.

Hemorragia reducida.

FORMULA: Clorhidrato de procaína 4 mg. por c.c. 4%.

Clorhidrato de procaína 20 mg. por c.c. 2%

Levo 1- (3,4- dihidroxifenil) 2-

Propanolamina 0.05 1:20,000.00

ANESTESIA GENERAL:

Se puede aplicar por medio de inhalación; - por vía endovenosa.

Los anestésicos pueden ser empleados según el caso requerido y tipo de paciente y tipo de intervención.

Todas estas anestésias deben ser aplicadas con equipos especiales, ya que de no ser así pueden ocasionar la muerte del paciente por una mala aplicación.

## IX

## ACCIDENTES EN LA APLICACION DE ANESTESICOS

El uso de los anestésicos, locales como regionales para dominar el dolor o en cualquier intervención, es un procedimiento seguro y bien establecido. Sin embargo, puede originar fenómenos poco comunes que preocupen al dentista, si este no ha tenido experiencia en tales accidentes, estos trastornos pueden ser debido a la infiltración de solución anestésica en una vena, a idiosincrasia del paciente, a anomalías anatómicas o circunstancias hasta el momento desconocidas.

LIPOTIMIA:

Período de inconsciencia debido a anoxia cerebral; esta es una de las complicaciones más comunes. Al emplear anestesia local, los síntomas clínicos se parecen a los del shock; el paciente se torna pálido, su piel se pone fría y sudorosa, el pulso es rápido y la tensión arterial baja aunque transitoriamente. La lipotimia responde rápidamente a tratamientos sencillos.

TRATAMIENTO.

Se coloca al paciente en posición horizontal con la cabeza más baja que el cuerpo para facilitar la circulación en el cerebro; se da al paciente una inhalación de amoníaco y se aplica un paño húmedo y frío sobre la cara.

La Lipotimia se puede evitar, inyectando la solución anestésica lentamente, observando el cam-

bio de color del paciente durante la inyección, - usando agujas afiladas, aplicando anestesia tópica y sobre todo haciendo una historia clínica muy completa.

### SHOCK:

Es una reacción similar a la de la lipotimia, es más intensa dicha reacción, con descenso súbito de la presión arterial y del volumen sanguíneo circulante, se pierde la conciencia y el pulso se hace rápido pero débil; se parece al shock operatorio primario. Se puede producir por infiltración intravascular del anestésico y en ocasiones requiere medidas de urgencia.

### TRATAMIENTO:

Colocar al paciente en posición supina, con la cabeza baja, administrar un estimulante cardíaco y respiratorio.

### FALTA DE ANESTESIA.

Una anomalía en la invervación del campo operatorio, o una variación en la forma y densidad el hueso, pueden ser la causa de que fracase el dentista en la anestesia.

El conocimiento incompleto de la anatomía de la región operada, puede conducir a emplear una técnica inadecuada.

### DOLOR AGUDO EN LA REGION RENAL.

Durante la inyección o inmediatamente después de efectuada, algunos creen que se debe a la posición del paciente. El tratamiento consiste en-



masaje en la espalda y en la región Lumbo-Sacra.

### CONVULSIONES.

Este trastorno se presenta durante o después de la inyección, se caracteriza por contracciones bruscas del cuerpo.

### TRATAMIENTO.

Poner al paciente en posición horizontal con la cabeza más baja que los pies, administrar oxígeno; al desaparecer las convulsiones se puede continuar la operación.

### VESICULAS:

Se presentan en el labio inferior, después de la anestesia mandibular (al día siguiente) especialmente en niños. No es necesario ningún tratamiento ya que desaparecen al poco tiempo: Se cree que se producen por mordedura del labio durante la anestesia.

### CAIDA DEL PÁRPADO.

Se produce por inyección muy profunda y alta, anestesiando los músculos orbiculares y provoca la pérdida temporal del tono muscular de los párpados.

### PARESTESIA:

Se presenta después de una inyección mandibular o una mentoniana, con una sensación de cosquilleo del labio inferior que persiste durante mucho tiempo.

Es debido a una lesión del tronco nervioso, lo cual se produce frecuentemente durante las extracciones, cuando el nervio alveolar inferior está en relación con las raíces los dientes posteriores o cuando la aguja lesiona al nervio.

#### ANESTESIA DEL MAXILAR INFERIOR DESPUES DE LA INYECCION CIGOMATICA.

Ocurre cuando el cirujano, practica la inyección, colocando la jeringa demasiado paralela - al plano bucal y la aguja se dirige a la rama mandibular.

#### ANESTESIA DE LA REGION TEMPORAL

Después de la inyección mandibular; se debe al depósito de la solución en una área atravezada por la rama aurículo temporal.

Su causa es la inyección muy alta y la inserción demasiado profunda de la aguja en tal región.

#### PRECAUCIONES.

A).- Cuando existe infección en el lugar de la punción o en el punto donde deba depositarse la solución.

B).- Angina de Vincent u otras infecciones-orales generalizadas.

C).- Cuando el paciente sea demasiado joven para cooperar con el dentista.

Las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus, obligan a administrar con precaución los anestésicos con grandes cantidades de epinefrina.

## X

TECNICAS PARA LA REMOCION DE CANINOS INCLUIDOS EN-  
PALATINO.

- 1.- ESTUDIO RADIOGRAFICO
- 2.- PREPARACION DEL CAMPO
- 3.- PRESENTACION DE INSTRUMENTAL A USAR
- 4.- TECNICAS DE ANESTESIA A EMPLEAR
- 5.- TECNICA PARA LA EXTRACCION DEL CANINO
- 6.- POST OPERATORIO, INDICACIONES Y CONTRA-  
INDICACIONES.

1.- RADIOGRAFIAS. Oclusales, periapicales - de los dientes adyacentes radiografías y Water, pa-  
ra senos paranasales. Negatoscopio.

Estas radiografías se tomarán en cuenta pa-  
ra situarnos en un punto más o menos exacto en -  
nuestra intervención.

Es una gufa a seguir.

2.- PREPARACION DEL CAMPO.

Con esterilizador o Autoclave, eliminaremos  
gérmenes y esporas el instrumental, ropa, gasas, -  
guantes, etc. Lo esterilizaremos por medio de la -  
ebullición. Se esterilizarán jeringas e instrumen-  
tos cortantes.

Para aumentar las propiedades germicidas de  
el agua en ebullición le podemos agregar benzal.

Por medio de calor seco, el cual nos lo da-  
el horno; esterilizaremos piezas de mano, contrán-

gulos, los cuales previamente se desarmarán y se les eliminará la grasa con alcohol se lavarán y cepillarán, una vez estéril dicho instrumental se armará para lo cual utilizaremos guantes estériles.

Las fresas quirúrgicas para hueso se esterilizan y se mantienen en gasa estéril.

QUIROFANO: Este debe ser una forma ovoidal para evitar la acumulación de gérmenes, los muros deben ser lavables lo mismo que los pisos.

Puertas de doble acción con bisagra y ventanilla y de fácil entrada.

Debe existir una ducha dentro del vestidor para estar perfectamente aseados antes de la intervención.

ILUMINACION: Luz natural por medio de ventanillas, luz artificial sin sombra para mayor efecto de iluminación.

El haz de luz debe de ser directo al perimetro de la intervención.

El cirujano se puede ayudar con lámpara frontal.

EQUIPO DE ANESTESIA: Jeringas, agujas, cortas y largas, agujas desechables, anestésicos de acuerdo al caso y al paciente.

### 3.- PRESENTACION DE INSTRUMENTAL A USAR.

#### INSTRUMENTAL DE CIRUGIA:

Bisturí eléctrico, termocauterío eléctrico, motor portátil con pieza de mano para cirugía.

#### INSTRUMENTAL DE CORTE:

Bisturí con hoja fina e intercambiable.  
Tijeras rectas y curvas.

#### INSTRUMENTOS DE HEMOSTASIS.

Pinzas de mosquito rectas o curvas pinzas-- de Kelly, pinzas de alis.

#### TERMOCAUTERIOS:

LEGRA: Separa tejido blando de óseo.

SEPARADORES: A) Garra B) De farabiu.

BOTADORES: Rectos, de Bandera o de espátula.

CUCHARILLAS: Nos sirven por limpiar perfectamente el nicho que nos ha dejado el diente retenido.

LIMAS: Nos sirven para regularizar el trépa no efectuado.

CINCEL Y MARTILLO DE MADERA: Para hacer cortes en donde la fresa no puede penetrar.

FORCEPS: El adecuado al caso, raigoneras.

#### ROPA DEL CIRUJANO Y AYUDANTES:

Pantalón ligero de algodón

Bata, playera manga corta, gorros, cubrebocas, guantes.

La Bata y los guantes se los pondrá con ayuda de la enfermera.

#### PERSONAL QUIRURGICO:

Cirujano

Ayudante

Anestesiista

Instrumentista

Enfermera Circulante

Enfermera Auxiliar

#### 4.- Técnicas de Anestesia a Emplear.

En la remoción de caninos incluidos por palatino la técnica a seguir es la siguiente.

INYECCION SUPRAPERIOSTICA: Anestesiando al nervio alveolar anterosuperior.

INSTRUMENTAL: Jeringa bucal con aguja 4-2 - calibre 25 ó 27 adaptador corto.

INYECCION NASOPALATINA: Anestesiando al nervio nasopalatino.

INYECCION PALATINA POSTERIOR: Anestesiando al nervio palatino anterior.

Se pueden usar también estas técnicas.

Inyección Cigomática: Bloqueando al nervio alveolar supero posterior.

Inyección Infraorbitaria: Anestesiando a -

los nervios alveolares superior medio y anterior, - más terminales del nervio infraorbitario.

### 5.- TECNICA PARA LA EXTRACCION DEL CANINO.

Una vez anestesiado el paciente procedemos a la limpieza nuestro campo a intervenir la efectuaremos con torundas de gasa estéril mojadas con benzal y otra solución antiséptica que no irrite la mucosa.

Se procede a hacer el corte con bisturí alrededor de los cuellos de los dientes partiendo - del 1er. molar, de lado izquierdo al 1er. molar - del lado derecho.

Se puede efectuar también por medio de legra la separación del periostio a nivel del cuello de los dientes una vez expuesta la estructura ósea se observa una prominencia en el hueso o la corona del canino.

Por medio de nuestra radiografía situamos - el lugar más indicado de nuestra inclusión, la dirección de las raíces y procederemos a marcar por medio de cuatro puntos dando la forma de un cuadro en el lugar al cual vamos a penetrar.

Con un taladro en punta de lanza o una fresa de bola para hueso, con motor de baja velocidad cuando no se tiene mucha práctica se hacen orificios por palatino a una distancia de 3 mm. alrededor de la corona del diente incluido, teniendo cuidado de no lastimar las raíces de los dientes vecinos.



Por medio del cincel o escoplo y martillo.- Se unen estos orificios; también se puede realizar esta unión con la misma fresa. Se retira este trozo de hueso que cubre a la corona.

Se aumenta el tamaño de la abertura hasta - que se vea completamente la corona.

En caso de que la corona del canino este en contacto con la raíz de los incisivos central, lateral o de los premolares; es recomendable aumentar la abertura sobre el lado opuesto del contacto para evitar la exposición de dichas raíces lo cual ocasionaría la lesión de el o los dientes que están en contacto.

Se puede seccionar el diente incluido por medio de fresas o cincel y escoplo para facilitar su extracción.

Después que se ha expuesto completamente la corona del canino se coloca un elevador apexo sobre cada lado de la corona y con un doble movimiento de elevación, se trata de levantar el diente de su lecho. Hay que tener mucho cuidado para no lesionar los dientes vecinos.

Si no se tiene éxito en este intento, se agranda un poco la abertura y con un fórceps 226 y con movimientos rotatorios podemos extraerlo.

En caso de fallar en este otro intento procedemos a seccionar el diente a nivel de cuello para así eliminar la parte donde presente retención.

Al primer corte que hicimos en hueso se le denomina corte del hueso por instrumentos cortantes.

Al corte del diente en el cual separaremos a la corona de la raíz se le denomina odontosección.

Por medio de la odontosección logramos un campo más amplio al desalojar la corona de su nicho.

Una vez extraído bien el canino se procede a la limpieza, sacando todos los restos y astillas de hueso y suavizando los bordes.

Se hace con el fin de dejar la cavidad limpia de esquirlas.

Los cortes de hueso se regularizan con limas para hueso, procurando no dejar bordes cortantes y salientes que puedan ocasionar problemas postoperatorios.

Hecho lo anterior procedemos a colocar el colgajo en su sitio.

Planchamos por medio de movimientos suaves contra el velo del paladar nuestro colgajo y colocamos un aposito de gasa en forma de almohadilla a nivel de la superficie oclusal manteniéndolo en ese lugar por un espacio de 4 horas.

6.- Post Operatorio Indicaciones y Contraindicaciones.

**Absoluto reposo para el paciente durante 24 hrs.**

Compresas de agua fría o bolsas de hielo so  
bre el rostro.

Alimentación por tres días a base de liqui-  
dos o licuados nada duro para evitar el desprendi-  
miento de la mucosa.

Se prescriben analgesicos: de acción media-  
como la Dimetil Piraxolona, pueden ser por vía - -  
oral, parenteral o rectal.

Por vía oral: Darvón, Metroxiprofeno una -  
capsula cada 6 horas.

Por vía Rectal: Supositorios Mecotén.- Ci--  
balgina de acción media incorporando un barbituri-  
co.

Antibióticos: En caso de infección por esta  
filococos:

Ampicilina o Eritromicina en capsulas de -  
250 a 500 mg.

Ilusome de 250 a 500 mg. dos capsulas cada-  
6 u 8 hrs.

En caso de Edema: Aplicación de compresas -  
frías y calientes 10 minutos de cada hora durante-  
6 horas alternando las compresas frías y calientes.

Los fomentos de agua caliente actuan como -  
vasodilatador.

Las compresas de agua fría actúan como vaso constrictor.

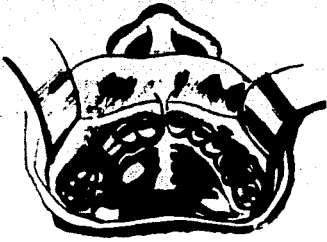
CONTRAINDICACIONES:

Evitar la ingestión de grasas y picantes.

Evitar trabajos donde la temperatura sea -  
muy elevada.

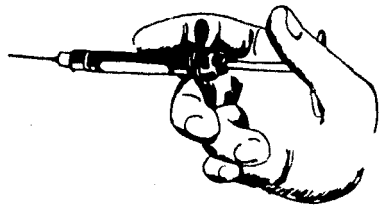
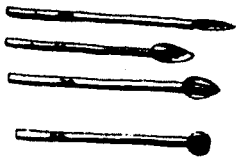
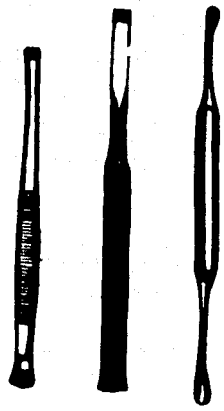
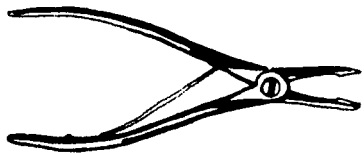
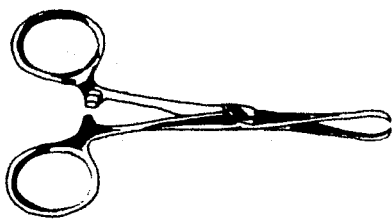
Trabajos que ocasionen desarrollo físico -  
anormal.

Evitar llevarse las manos sucias a la cavi-  
dad oral especialmente a la región operada.



TECNICA QUIRURGICA





INSTRUMENTAL QUIRURGICO

## XI

## TECNICAS PARA LA REMOCION DE CANINOS INCLUIDOS INFERIORES

Estos dientes por lo general estan retenidos o incluidos verticalmente y cerca de la superficie labial, muy rara vez se encuentran horizontalmente y cerca del lado lingual. Su posición debe determinarse con ayuda de la radiografía.

ANESTESIA EMPLEADA.

Bloqueo de la conducción.

INYECCION MANDIBULAR: Anestesiando al nervio alveolar inferior.

INYECCION MENTONIANA: Anestesiando a los nervios incisivos y mentonianos.

INSTRUMENTAL: Jeringas Bucales, agujas No. 4 calibre 23 adaptador largo, bisturí con hojas intercambiables, leguas, limas, eyectores, elevadores, cucharillas para hueso, fresas quirúrgicas de bola, de fisura.

Todo este instrumental ya lo explique en el capítulo anterior.

## TECNICAS QUIRURGICAS.

Una vez anestesiado el paciente, procederemos a cortar con bisturí en forma de media luna invertida.

Como sabemos que la irrigación inferior corre en sentido horizontal, por tal motivo, nuestro corte debe de seguir este curso para evitar lesionarlo puede hacerse más amplio este corte para darnos un campo de visión y luz más grande.

Hacemos el colgajo desprendiendo del periostio nuestro tejido.

Ayudandonos de la radiografía y la palpación, localizamos al canino incluido y procedemos a trazar 4 puntos de referencia en forma de cuadrado a continuación uniremos estos puntos con ayuda de la fresa o con cincel.

Si el diente a extraer presenta zonas de retención, ampliaremos nuestro orificio en el hueso y en caso contrario seccionaremos la corona a nivel de cuello dejando una pequeña muesca en la raíz para que sirva de apoyo a nuestro elevador.

Retiramos la corona con un fórceps tipo bayoneta o con el mismo botador, a continuación retiramos la raíz introduciendo la punta del botador a la muesca y con movimientos hacia arriba elevamos nuestra raíz sin tomar apoyo en los otros dientes.

Limamos para quitar asperezas y bordes cortantes, raspamos el nicho para eliminar posiblesquistes, lavamos muy bien nuestra cavidad y procedemos a colocar nuestro colgajo a modo de planchado.

En caso de no haber adherencia colocamos un punto de sutura utilizando catgut (material reab--



sorbible) lazado a los dientes incertados en la ar  
cada de la intervención.

Puede colocarse un aposito de cemento qui--  
rúrgico para evitar desprendimiento del colgajo o  
infección.

#### TRATAMIENTO POST-OPERATORIO.

Las mismas indicaciones que en el caso de -  
la extracción de caninos incluidos en palatino men  
cione.

## XII

**CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE CANINOS -  
INCLUIDOS.**

Son pocas las contraindicaciones una de ellas es cuando el diente puede ser llevado a su posición normal a una edad temprana; por medio de cirugía u ortodoncia.

Otra de las contraindicaciones es cuando el paciente es de corta edad.

## XIII

## COMPLICACIONES ASOCIADAS CON LA CIRUGIA

Entre otras complicaciones inmediatas que suelen presentarse, encontramos las hemorragias de la herida, fracturas del seno y un gran segmento de la capa ósea labial o bucal con tejido mucoperiostico unido; extracción inadvertida de los dientes adyacentes, fractura de los dientes adyacentes, lesión en el nervio, dislocación o fractura de la mandíbula o del maxilar, perforación del paladar - nefritis aguda, crisis tiroidea y fistula bucosinusal o nasobucal.

COMPLICACIONES REMOTAS.

Las secuelas a posteriori de las operaciones bucales incluyen dolor posoperatorio, hemorragia retardada, infección ósea, trismus y endocarditis bacteriana aguda.

## TRAUMATISMO POR INSTRUMENTACION DEFECTUOSA Y MAL USO.

Es muy común el tomar los labios o carrillos entre los dientes causando serias lesiones.

El uso de instrumental sin filo nos dan problemas.

La penetración muy profunda de los elevadores causa traumatismo.

FRACTURAS.

El uso de elevadores en mala posición puede

ocasionar estas complicaciones.

Así mismo el uso inadecuado del cincel y martillo puede ocasionar fractura.

### HEMATOMA:

Derrame de la sangre en los tejidos, dando como resultado una masa de aspecto tumoral.

Se ocasiona frecuentemente por la punción de la aguja directamente a los vasos sanguíneos.

### ÉNFI SEMAS.

Tumefacción por la presencia de aire en los intersticios del tejido conjuntivo.

Raramente se ve entre las complicaciones inmediatas.

### COMPLICACIONES QUE DERIVAN LOS DIENTES. RETENIDOS

Los dientes retenidos, no erupcionados o en mal posición, pueden ser extraídos a causa de la presencia de una infección reabsorción patológica de los dientes adyacentes y estructura ósea bloqueada como se presenta en los quistes y tumores, dolor, fracturas y otras complicaciones.

Los dientes retenidos son cuerpos en mal posición y como tal son fuentes potenciales de varias complicaciones, las cuales no rara vez se encuentran.

- 1.- Sonido retumbante, zumbante del oído.
- 2.- Otitis.
- 3.- Afecciones oculares como:
  - I) Obscuridad de la visión.
  - II) Ceguera.
  - III) Iritis
  - IV) Dolor que simula al glaucoma.

## XIV

## CONCLUSIONES.

La remoción de caninos incluidos comprende tres tiempos: Preoperatorio, operatorio y postoperatorio.

No solamente la boca del paciente debe ser considerada como único elemento importante, sino cada uno de sus componentes.

La técnica más sencilla para la intervención dentaria ocurre al uso de diferentes y adecuados instrumentos y aparatos quirúrgicos, unos y otros con sus indicaciones.

Su empleo indebido puede ocasionar traumatización exagerada de los tejidos duros y blandos vecinos a la intervención, lo cual acarreará serios problemas.

La remoción debe ser presidida de un correcto diagnóstico para precisar sus indicaciones, y la mejor forma de efectuarla.

Se debe tomar siempre en cuenta que el cirujano dentista en toda clase de intervenciones y en particular en las inclusiones dentarias, actúa como un agente previsor en el desarrollo crónico de diferentes enfermedades que ocasionan dichas inclusiones.

De este modo podemos devolver a la humanidad en la cual nos desenvolvemos y estamos íntima-

mente ligados, la salud que es base importante para el desarrollo de una sociedad mejor.

## XV

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

Aprile Humberto.

Figón Mario E.

Anatomía Odontológica.

Archer W. H.

Cirugía Buco Dental.

Tomo I.

Monheim L. M.

Anestesia

Ries Centeno

Cirugía Bucal

Senties Lavalle Samuel.

Apuntes de Cirugía Bucal.

Thoma R. H.

Patología Bucal.

Tomo I.

Flores Granados Roberto.

Apuntes de Cirugía Bucal.