

125  
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**TRATAMIENTO QUIRURGICO DE CANINOS  
SUPERIORES RETENIDOS**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A N :**

**MARIA ELENA GOMEZ VARGAS**

**ADRIANA RIOS GUTIERREZ**

**MEXICO, D. F.**

**1987.**



## **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 está 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

## INTRODUCCION

## CAPITULO I

### GENERALIDADES.

Pág.

-	Definición	1	3
-	Anatomía del Maxilar Superior	4	6
-	Anatomía del Canino Superior	7	8
-	Desarrollo y posición normal de los Caninos en el Maxilar Superior	9	10

## CAPITULO II

### ETIOLOGIA

-	Factores Etiológicos	11	
	Locales	12	
	Sistémicos	13	
-	Clasificación, Frecuencia y Posición	14	15
-	Trastornos	16	
	Mecánicos	16	
	Infecciosos	16	
	Nerviosos	17	
	Tumorales	17	
	Fracturas	17	

### CAPITULO III

	Pág.	
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.		
- Locales.	18	22
- Sistémicas.	28	22

### CAPITULO IV

#### METODOS DE DIAGNOSTICO.

- Historia Clínica.	23	26
- Estudio Radiográfico.	27	29
- Diagnóstico.	29	30

### CAPITULO V

#### TRATAMIENTO QUIRURGICO.

- Premedicación y preparación del paciente (Anestesia).	29	
- Diversas Técnicas:		
Posición Palatina.	33	36 /
Posición vestibular.	35	39
Posición Intermedia.	37	38
Posición Edéntula.	39	
- Tratamiento Postoperatorio	40	41

#### CONCLUSIONES

#### BIBLIOGRAFIA

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

En la actualidad, acorde con el progreso y el cambio de -- conceptos que han ocurrido en Odontología, hoy en día cada vez más gente puede recibir tratamientos dentales con diag nóstico completo y exámenes clínicos y radiográficos ex---haustivos.

Los Odontólogos tuvieron que enfrentarse a problemas de -- diagnóstico para el diente retenido de frecuencia y comple jidad antes insospechadas.

Debido a que se pretende conservar por todos los medios la integridad de la cavidad oral, debemos considerar los pro blemas y consecuencias que pueden ocasionar los caninos re tenidos.

El objetivo de la eliminación preventiva de caninos reteni dos, es evitar el dolor, sufrimiento, infección grave, pér dida de dientes, de parte o todo un maxilar y zonas cerca nas.

Es muy importante que el Odontólogo confirme la ubicación exacta del canino retenido y de este modo se le facilitará

La planeación del colgajo, eliminación de hueso y extracción del diente por medio de procedimientos quirúrgicos hábiles, delicados y precisos o bien si este puede ser colocado en su lugar por medio de procedimientos ortodónticos.

La elaboración de una buena historia clínica y buenos métodos auxiliares de diagnóstico, así como la elaboración de las técnicas adecuadas nos ayudan a prevenir complicaciones durante el tratamiento.

La técnica de elección va relacionada directamente con la ubicación del diente en el maxilar y en relación con los dientes contiguos.

También son de gran importancia los procedimientos preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio, para evitar -- así consecuencias graves o desfavorables en el paciente.

Pretendemos, al presentar esta Tesis, dar un esbozo sobre los aspectos básicos en el tratamiento quirúrgico de los caninos retenidos, sus consecuencias, etiología y así poder detectar, prevenir y eliminar a tiempo el problema que podría desencadenar algo todavía más grave.

## **CAPITULO I.**

### **GENERALIDADES.**

## CAPITULO I.

### GENERALIDADES.

#### DEFINICION.

Los dientes retenidos son aquellos que en el momento de su erupción normal carecen de la fuerza necesaria para ponerse en contacto con el medio bucal, quedando dentro del maxilar y conservando su saco coronario.

La eliminación de un diente retenido consiste fundamentalmente en problema mecánico, que es la localización por medio de instrumentos y la extracción del diente retenido del interior del hueso donde está ubicado.

Para hacer un tratamiento de caninos retenidos o no erupcionados se deben de comprender los factores relacionados con ellos:

Anatómicos  
Fisiológicos  
Patológicos

Para la extracción de un diente retenido se debe llevar a cabo un diagnóstico exacto, valorar los riesgos quirúrgicos, locales y generales y conocer los principios básicos de la cirugía.

Algunos dientes retenidos sufren resorción mientras que otros permanecen in-situ sin modificación alguna. La resorción comienza por el esmalte, continuando en la dentina y cemento, iniciándose por un proceso que se conoce como caries del diente retenido. Pero este proceso no puede existir en un diente con retención total.



Todo diente retenido debe ser colocado funcionalmente o --  
extraído para evitar futuras complicaciones, como:

- Quistes dentígeros
- Irritación de los tejidos adyacentes
- Tumores
- Debilitamiento del hueso vecino
- Caries en los dientes adyacentes
- Risoclasias
- Problemas parodontales
- Resorción de las raíces de los dientes adyacentes.

Es frecuente que alrededor de la corona se instale un proceso infeccioso que produce un dolor y hasta trismus, que tras como consecuencia un dolor reflejo. En el caso de los caninos superiores pueden provocarse trastornos de la visión por la presión que ejercen sobre el nervio suborbitario del maxilar superior, rama del V Par Craneal.

Todo diente se encuentra retenido la mayoría de las veces mientras se termina su formación, entrando en erupción sin terminarse de formar la raíz, existiendo dos procesos en la erupción dentaria:

a).- Destructivo.

Ruptura de la canastilla  
ósea y encía.

b).- Neoformativo.

Formación del alveolo  
y parodonto.

Las destrucciones son mayores en los primeros momentos de la erupción y las neoformaciones en los últimos.

Algunos autores como los norteamericanos utilizan diferen

tes términos que son: Retenido e Impactado, mientras que - otros como los argentinos no. Por lo tanto cabe mencionar la diferencia entre éstas.

Según el Doctor John J. Lytle.

Diente impactado es aquel que no ha erupcionado en posición funcional normal durante el tiempo generalmente previsto para su aparición. La erupción puede ser impedida por tejidos blandos o duros adyacentes, incluyendo diente, hueso o tejidos blandos densos.

Diente retenido es aquel que no erupciona por falta de -- fuerza eruptiva.

## ANATOMIA DEL MAXILAR.

Uno de los principios básicos de la cirugía dice que es necesario conocer la zona por intervenir y las relaciones -- que presenta con las estructuras vecinas.

El hueso maxilar, es un hueso par de forma cuadrangular, - algo aplanado de afuera hacia adentro, presenta dos caras: interna y externa, cuatro bordes: superior, inferior, anterior, posterior, cuatro ángulos: dos superiores y dos inferiores, tres apófisis: piramidal o ascendente, palatina, - alveolar, una cavidad: el seno maxilar.

### Cara Interna

Se articula con el maxilar del lado opuesto y los huesos - propios de la nariz; en su parte interior destaca la APOFISIS PALATINA, que tiene una cara superior lisa, que forma parte del piso de las fosas nasales y otra inferior rugosa que forma la bóveda palatina. El borde externo de esta apófisis está unido al resto del maxilar mientras que el interior no se articula con el mismo borde de la apófisis del lado opuesto.

En el borde anterior de esta apófisis se forma la espina nasal anterior y por detrás de ésta existe un surco que con el del otro maxilar forman el del conducto palatino anterior, por el que pasan el nervio esfenopalatino y su arteria.

La apófisis palatina divide al maxilar en su cara interna - en la porción inferior que forma parte de la bóveda palatina y la porción superior que presenta rugosidades en su parte posterior que se articula a la rama vertical del palatino.

Se encuentra hacia adelante la cavidad del seno maxilar, -

que se encuentra limitado por arriba con las masas laterales del atmoideas, por abajo con el cornete inferior, por delante por el unguis y por detras con la rama vertical - del palatino.

Cara Externa.

a).- Parte superior u orbitaria, forma con el hueso - malar la mayor parte del piso de la órbita; es atravesado de atrás hacia adelante por el conducto suborbitario que - más tarde se convertirá en agujero suborbitario por donde sale el nervio del mismo nombre.

b).- Anterior o Bucal, presenta a la eminencia canina. Está limitada anteriormente por la fosa mirtoforme.

Por detrás y arriba de la eminencia canina se encuentra la APOFISIS PIRAMIDAL que se articula con el hueso malar.

La fosa canina se encuentra entre el agujero suborbitario y la eminencia canina. Del piso del conducto suborbitario salen los canales dentarios anteriores que terminan en los alveolos de los caninos e incisivos.

c).- Posterior o Pterigomaxilar, corresponde por dentro a la tuberosidad del maxilar y por fuera a la fosa cigomática; presenta varios canales por donde pasan los nervios dentarios posteriores y arterias alveolares de los molares.

La APOFISIS ALVEOLAR se encuentra en el borde inferior de los maxilares, presentando los alveolos dentarios.

El borde alveolar, parte anterior de la apófisis palatina y la base de la apófisis ascendente están formados por hueso esponjoso que es donde usualmente quedan retenidos los caninos.

#### Bordes.

- a).- Anterior, presenta en su parte inferior la apófisis palatina con la espina nasal anterior.
- b).- Posterior, constituye la tuberosidad del maxilar - forma la pared anterior de la fosa pterigomaxilar.
- c).- Superior, forma la pared inferior de la órbita y - se articula con el unguis, etmoides y apófisis orbitaria - del palatino.
- d).- Inferior, se conoce como borde alveolar, ya que - presenta los alveolos dentarios.

#### Angulos

- a).- Antero-superior, presenta la APOFISIS ASCENDENTE - DEL MAXILAR aplanada en sentido transversal, ensanchada en la base y se confunde con el hueso que la origina.

#### Seno Maxilar.

Es una gran cavidad localizada en el centro del hueso de - forma piramidal llamado Antro de Highmore.

## ANATOMIA DEL CANINO.

Para referirnos a un diente retenido se debe conocer la relación que guarda con los demás dientes y su anatomía para poder compararlo con lo patológico.

Los caninos ocupan el tercer lugar a partir de la línea media, tanto superior como inferior, situándose a la derecha uno y otro a la izquierda. Son los órganos dentarios más estables debido a que tienen mayor longitud, espesor vestibulo lingual y presencia de surcos de desarrollo longitudinales en las caras mesial y distal de su única raíz que dan mayor anclaje y retención evitando la rotación del diente dentro de su alveolo.

Presentan un valor estético, ya que forman las eminencias caninas, las cuales ayudan a sostener la musculatura facial dando la expresión en los ángulos de la boca.

El canino funcional y morfológicamente presenta una posición intermedia entre incisivos y premolares. Debido a las líneas de fuerza que tiene que soportar en movimientos laterales, el canino es más ancho en sentido vestíbulo-lingual con respecto a los incisivos y más angosto en sentido mesio-distal, que nos sirve para la colocación de aditamentos de tracción.

El canino superior es uno de los últimos dientes en erupción con excepción de los segundos y terceros molares. - El canino superior presenta el cíngulo más marcado que el canino inferior.

Según Kraus y Wheeler, la longitud total de los caninos superiores es de 27 mm. La longitud de la raíz es de 17 mm. - y la de la corona de 10 mm.

Presenta cinco caras:

a).- Cara labial: Forma de pentágono convexa de mesial a distal, dividida en dos vertientes, mesial más corta que distal.

b).- Cara mesial, recta en sus tercios medio e incisal y convexa en el tercio cervical.

c).- Cara distal, es más corta que la mesial en dirección cérvico-incisal, su superficie es más convexa.

d).- Cara lingual, es más pequeña que la labial debido a las convergencias de la mesial y distal, está limitada -- por la prominencia marginal mesial y se le considera el --- cuarto lóbulo de crecimiento.

e).- Cara incisal, presenta una cúspide formada por -- dos brazos, el mesial más corto que el distal, los cuales - forman un ángulo de 100°

## DESARROLLO Y POSICION NORMAL DE LOS CANINOS EN EL MAXILAR.

La calcificación de la corona del canino superior comienza alrededor de los 4 y 6 meses de edad, poco antes de la erupción del incisivo inferior de la primera dentición y termina a los 7 años de edad; erupcionando entre los 11 y 12 años, finalizando la formación de su raíz hasta los 13- y 15 años.

El movimiento vertical de un diente dentro del hueso maxilar y el desarrollo de la corona es la erupción preclínica y el movimiento vertical del diente en la cavidad bucal es la erupción clínica que contiene dos fases:

Prerupción.- Es el movimiento vertical llevado a cabo en la cavidad bucal.

Función.- Es el movimiento de los dientes para mantener la función.

Por lo tanto los caninos superiores recorren mayor distancia en la erupción preclínica, debido a su temprana calcificación y erupción tardía.

Los caninos superiores presentan una inclinación mesio-distal de 17°. Una inclinación vestibulo-palatina de 16°, respecto a su plano vertical.

A causa del gran recorrido que realizan los caninos, pueden desviarse, erupcionando en dirección más hacia el mesial de lo normal. Si continúa la desviación de la erupción, la corona se dirigirá hacia la línea media, ya sea a la cara vestibular o palatina de la raíz del incisivo lateral que lo desvía. La mayoría se dirige hacia el palatino, quedando su corona sin erupcionar, por detrás del incisivo lateral, pudiendo llegar a colocarse detrás del incisivo central. -- Mientras que un número reducido se desvía en dirección vestibular, quedando por encima del repliegue de la membrana mucosa en relación a la raíz del lateral; por lo que la raíz



del lateral se desvía hacia palatino y mesial, provocando que su corona se incline hacia distal.

En un principio el ápice del diente está en una posición - casi normal, pero por el crecimiento incompleto, la corona queda retenida y el crecimiento del diente sigue en dirección axial, moviendo el ápice hacia distal.

## CAPITULO II.

### ETIOLOGIA.

## CAPITULO II.

### FACTORES ETIOLOGICOS.

#### Etiología.

La principal causa de la retención de los caninos es la reducción evolutiva y gradual del tamaño de los maxilares, - pero conservando el mismo número de dientes; por lo tanto las retenciones dentarias.

Nodine señala que desde hace doscientos años se considera responsable a la civilización de la disminución o falta de estímulo que existe en el desarrollo adecuado de los maxilares humanos; que prevea suficiente espacio para lograr - una erupción normal de todos los dientes.

Dicho estímulo perdido, es la fuerza necesaria para la masticación; ya que en la actualidad la dieta no requiere un esfuerzo decidido durante la función masticatoria, ocasionando así la falta de estímulo en el desarrollo de los --- maxilares.

Nodine nos sugiere la causa del diente retenido o anormales:

- a).- Alimentación artificial de los bebés.
- b).- Hábitos de la infancia y niñez.
- c).- Alimentos blandos y dulces.
- d).- Mezclas o dietas desproporcionadas.

Causas generales de los dientes retenidos:

- Irregularidad en la posición y presión de un diente-adyacente.
- Densidad del hueso que lo cubre.
- Una membrana mucosa muy densa.
- Falta de espacio en maxilares poco desarrollados.

- Enfermedades adquiridas como necrosis, debida a infección o absceso.
- Cambios inflamatorios en el hueso por enfermedades -- exantemáticas en los niños.

Causas locales de los caninos superiores retenidos, según Dowell:

- 1).- Los huesos del paladar duro, ofrecen mayor resistencia que el hueso alveolar para la erupción de caninos mal ubicados.
- 2).- La mucosa del tercio anterior del paladar está más firmemente adherida que ningún otro tejido de la cavidad bucal, es más gruesa, densa y resistente.
- 3).- El desarrollo apical ayuda en la erupción de los -- dientes.

En el caso del canino se encuentra disminuída ya que en el momento de la erupción, su raíz se encuentra más formada -- que cualquier otro diente permanente.

- 4.- La distancia por recorrer del canino a su posición normal es mayor a la de otros dientes, por lo tanto -- tiene mayores posibilidades de desviación.
- 5).- Cambio en la posición del canino temporal, provocado por caries o pérdida prematura de los molares primarios lo que ocasiona una desviación en la posición -- y dirección del crecimiento del gérmen del canino -- permanente.
- 6).- Retardo en la reabsorción de las raíces de los caninos temporales.
- 7).- Puesto que son los últimos dientes en erupcionar, -- están expuestos a influencias ambientales desfavorables.
- 8).- Competencia de espacio entre dientes que ya se encuentran en oclusión y segundos molares que generalmente también están en erupción.

9).- El diámetro mesio-distal del canino temporal, es menor que el del permanente.

Causas sistémicas de los caninos superiores retenidos según Berger:

I.- Causas Prenatales.

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

II.- Causas postnatales: Interfieren en el desarrollo del niño.

- 1).- Raquitismo.
- 2).- Anemia.
- 3).- Sífilis Congénita.
- 4).- Tuberculosis.
- 5).- Disendocríneas.
- 6).- Desnutrición.

III.- Condiciones raras.

1).- Disostosis Cleidocreanal.- Alteración congénita que presenta osificación defectuosa de huesos craneales, ausencia parcial o total de clavículas, recambio dentario retardado, dientes permanentes no erupcionados, y dientes supernumerarios rudimentarios.

2).- Oxicefalia.- Cabeza cónica cuya parte superior es puntiaguda.

3).- Progenia.- Envejecimiento prematuro, forma de infantilismo que se caracteriza por estatura pequeña, ausencia de vello facial y púbico, piel arrugada, cabello gris, aspecto facial, actitudes y maneras de anciano.

4).- Acondroplasia.- Enfermedad del esqueleto que se inicia en la vida fetal, provoca cierta forma de enanismo, ya que el cartílago se desarrolla anormalmente.

5).- Paladar Fisurado.- Es una malformación por una fisura congénita en la línea media.

#### CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS.

- CLASE I Localizados en el paladar:
- a).- Horizontal.
  - b).- Vertical.
  - c).- Semivertical.
- CLASE II En la superficie vestibular:
- a).- Horizontal.
  - b).- Vertical.
  - c).- Semivertical.
- CLASE III Se encuentran tanto en palatino como en vestibular al mismo tiempo.
- CLASE IV Localizados en la Apófisis Alveolar entre - el incisivo y el primer premolar en posición vertical.
- CLASE V Localizado en maxilar superior desdentado.

#### FRECUENCIA DE LOS CANINOS RETENIDOS.

La predisposición que tienen ciertos dientes a quedar retenidos por diversas causas que a continuación se mencionan.

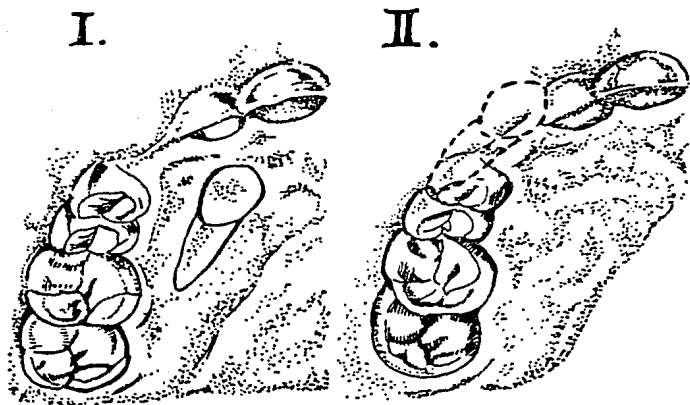
En relación con la aparición más tardía, debemos tomar en cuenta que no todos los dientes retenidos ocasionan trastornos patológicos y parodontales.

Por lo que se refiere a los caninos superiores retenidos:

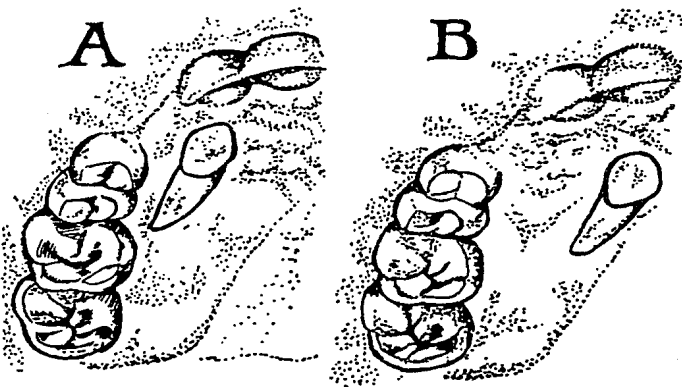
- Son más frecuentes las retenciones unilaterales.
- Se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, y esto es debido al tamaño de los maxilares y porque la formación del canino es más rápida por lo que permanece mayor tiempo dentro del hueso.
- Se presenta en una relación de 20 a 1, siendo más frecuente el superior y presentándose por --

vestibular y por palatino. Esto es debido a que cuando la raíz del canino está en formación, su corona está colocada hacia el paladar con respecto a la raíz del canino primario.

- La proporción de retención entre permanentes y temporales es de 100 a 1, ya que en los temporales es muy raro que se presente un canino retenido.

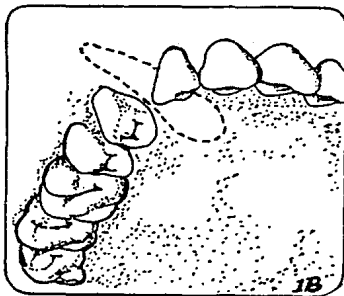
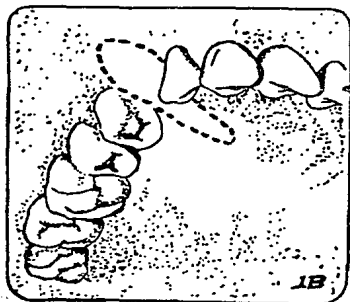


A. Esquema de los distintos tipos de retenciones que pueden presentar los caninos superiores. I, el canino está en retención palatina; II, el canino está en retención vestibular.

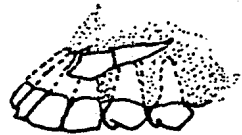
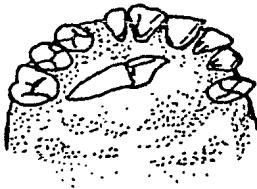
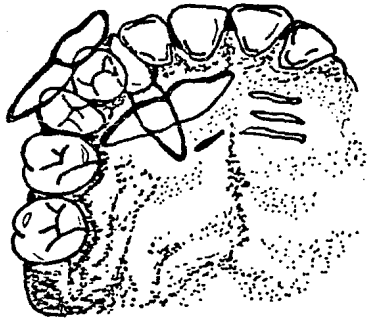


B. Esquema de los tipos de retenciones de los caninos superiores en relación con la arcada dentaria. A, el canino en la proximidad de la arcada; B, lejos de la arcada.

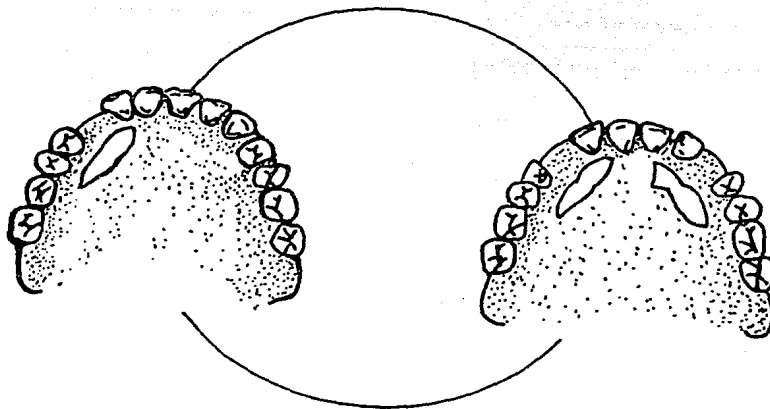




Esquema de los tipos de retenciones de los caninos superiores en relación con la arcada dentaria. Retención palatovestibular y vestibulopalatina. - Denominada retención mixta.



Según la posición que el canino retenido tenga dentro del hueso maxilar, puede ser:  
A) VERTICAL B) HORIZONTAL C) INCLINADO U OBLICUO



Tomando en cuenta el número de dientes retenidos, la retención puede ser:

A) UNILATERAL

B) BILATERAL

## TRASTORNOS QUE OCASIONAN LOS CANINOS RETENIDOS.

Los problemas que presentan los caninos retenidos son cuatro:

- 1).- Mecánicos.
- 2).- Infecciosos.
- 3).- Nerviosos.
- 4).- Tumorales.

Trastornos Mecánicos.- Los caninos retenidos pueden actuar mecánicamente sobre los dientes vecinos ocasionando la anormal colocación de los dientes en el maxilar y la mandíbula produciendo rizolisis, alteraciones en dentina y algunas veces en pulpa, debido a la presión constante que ejerce el canino sobre el diente adyacente.

Trastornos Infecciosos.- Una de las alteraciones que puede presentarse es la infección del saco pericoronario como resultado de la complicación de una afección apical o paradontica de un diente vecino e inclusive puede ser por vía hematológica. Teniendo como consecuencia inflamación, aumento de temperatura local, dolor, absceso, fístula, osteitis, osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos generales que llegan a afectar fosas nasales y seno maxilar.

La infección pericoronaral no es muy común en el caso de caninos retenidos porque la mucosa generalmente queda intacta y se puede llegar a presentar en caso de erosión o caries del diente.

Son más comunes las alteraciones quísticas. El quiste dentígero se forma alrededor de la corona, se puede observar radiográficamente un espacio anormalmente grande entre la cripta del hueso y el diente, lo que nos indica la formación del quiste. La presión que produce el canino enquistado causa trastornos como malposición dentaria, rizolisis de -

dientes adyacentes y dolor reflejo con caracteres de neuralgia.

Trastornos Nerviosos.- La presión que el diente ejerce sobre los dientes adyacentes, sus nervios o sobre troncos mayores puede ser la causa de neuralgia del trigémino.

Se menciona un caso de ataque epiléptico que sucedía con frecuencia y que iba precedido por dolor nasal, desapareciendo con la extracción del canino retenido. Este estudio fue realizado por Glaserman

Trastornos Tumorales.- Son quistes dentígeros originados en la hipergénesis del saco folicular, a todo diente retenido se le considera un quiste en potencia, el quiste, al crecer, puede cambiar al diente de posición y aún de lugar.

Los dientes portadores de tales quistes emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso, pues este en su crecimiento rechaza centrífugamente al diente retenido.

Las fracturas se presentan por debilitamiento a causa del desplazamiento del hueso, provocado por la presencia de dientes retenidos en la mandíbula.

### **CAPITULO III.**

#### **METODOS DE DIAGNOSTICO.**

### CAPITULO III.

#### INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LOS CANINOS RETENIDOS.

Para llevar a cabo el tratamiento quirúrgico debemos conocer las indicaciones y contraindicaciones para tener un -- control sobre el caso a tratar.

##### Indicaciones:

1.- Malposición de los dientes contiguos.

La presión que hacen dichos dientes (caninos retenidos), - puede causar giroversión, desplazamiento y rotación de los incisivos laterales.

2.- Absorción de las raíces de los dientes vecinos, producida generalmente por la presión de la corona del diente - retenido.

3.- Resorción dientes contiguos.

4.- Dolor.

Este síntoma es asociado al diente retenido, es de tipo -- neurálgico referido al ojo, oído, seno maxilar, hueso frontal, cara, cabeza y zona de los maxilares tanto en la parte superior como inferior, e inmediatamente desaparece con la ajulsión.

5.- Irritación o desajuste de las dentaduras totales o parciales.

Se produce al contacto de prótesis dentales con los rebordes alveolares del maxilar o mandíbula que transmiten presión sobre el tejido óseo aumentando la circulación normal,

causando irritación o que se estimule erupción del diente--  
retenido.

#### 6.- Infección.

Es rara, excepto cuando se difunde desde el ápice del dien--  
te, a partir de un diente primario retenido o por infección  
de un diente contiguo que puede llegar al saco pericorona--  
rio del diente retenido.

#### 7.- Tumores o quistes dentígeros.

Estos tumores se originan a partir de los sacos filicula--  
res que rodean las coronas de los dientes en desarrollo. -  
Los dientes comunmente afectados por quistes son los cani--  
nos, presentándose con mayor frecuencia en la mandíbula --  
que en el maxilar.

#### Contraindicaciones:

La historia clínica nos dirá si existe una contraindica--  
ción local o general para no efectuar la intervención, el  
estado del paciente y el momento para llevarla a cabo.

#### Generales:

##### 1.- Cardiovasculares:

- a).- Neurosis cardiaca.
- b).- Angina de pecho.
- c).- Infarto al miocardio.
- d).- Endocarditis bacteriana.
- e).- Fiebre reumática.



f).- Hipertensión.

g).- Lesiones congénitas del corazón.

h).- Choque.

i).- Síncope.

j).- Insuficiencia cardíaca congestiva.

k).- Trombosis venenosa y tromboflebitis.

Pacientes con terapia anticoagulante, presentan dos problemas:

- Hemorragia post-operatoria prolongada.
- Si se suspende el nivel de protrombina retorna a la normalidad sufriendo accidentes tromboembólicos.

## 2.- Enfermedades hematológicas:

a).- Agranulocitosis neutropenia maligna.

b).- Leucemia.

c).- Mononucleosis infecciosa.

d).- Hemorragias.

e).- Anemias.

## 3.- Enfermedades de las glándulas endócrinas y órganos de reproducción.

a).- Hipopituitarismo.

b).- Hiperpituitarismo.

c).- Bocio coloide simple.

d).- Hipertiroidismo.

e).- Hipotiroidismo-mixedema juvenil.

f).- Mongolismo.

g).- Osteitis fibrosa quística.

h).- Enfermedad de Addison.

4.- Deficiencias nutricionales y enfermedades de metabolismo.

a).- Enfermedades por carencia.

b).- Diabetes.

c).- Obesidad.

d).- Gota.

e).- Xantomatosis-metabolismo de lípidos.

5.- Enfermedades del aparato respiratorio.

a).- Sinusitis.

b).- Asma.

c).- Absceso Pulmonar.

d).- Cuerpos extraños en los pulmones.

e).- Neumonía.

f).- Pleuresia.

g).- Edema pulmonar agudo.

6.- Enfermedades del tubo digestivo.

a).- Fiebre tifoidea.

b).- Tétanos.

c).- Brucelosis.

7.- Enfermedades infecciosas.

a).- Sífilis.

b).- Tuberculosis.

c).- Lepra.

d).- Linfopatia.

e).- Actinomicosis.

## 8.- Cáncer bucal.

### Locales.

1.- Cuando el canino puede ser llevado a posición normal - por procedimientos quirúrgicos, o bien combinación de cirugía y ortodoncia. En casos en que se hubiese cerrado el espacio y todos los dientes se encuentren en posición normal, o cuando no haya alguna alteración aparente pero por regla se deberá realizar la extracción.

**CAPITULO IV.**

**INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES**



sibles. Las enfermedades hereditarias son comunes en el sistema nervioso, hemofilia y diabetes, debe anotarse edad y estado de salud de los padres, hermanos e hijos, debe preguntarse la causa de la muerte de los que fallecieron.

Antecedentes: Luéticos- Enfermedades venéreas (Sífilis, gonorrea).  
Fímicos- Antecedentes con respecto a tuberculosis  
Diatésicos- Referente a vías respiratorias.  
Alérgicos.

**PERSONALES NO PATOLOGICOS.-**

Se refiere al lugar de residencia, ocupación, estado civil, lugar de nacimiento, estudios y ocupación para ver si está expuesto a productos industriales, hábitos y costumbres como fumar, tomar té, café, ingestión de bebidas alcohólicas o adicción sobre una droga. En caso de ser casado: número de hijos y estado de salud de éstos y del cónyuge.

Imunizaciones	Sarampión
BCG Tuberculosis	Antivariólica
DPT Difteria, tosferina	Viruela
Antipoliomielítica de Sabin (oral)	Rubeola

**PERSONALES PATOLOGICOS.-**

Historia cronológica de las enfermedades del paciente, incluyendo antecedentes: luéticos, fímicos, diatésicos, alérgicos, traumáticos, mutilantes, de hospitalización, malformaciones, hemorragias, corticoesteroides y quirúrgicos.

CABEZA.- Asimetrías, presencia de lesiones, agrandamiento o deformidad del cráneo.

CARA.- Lesiones cutáneas, hipertrofias, parestesias, expresión facial, color de piel y de ojos, importancia de las cejas; movimientos funcionales de la mandíbula y articulaciones, dolor de la articulación, chasquido.

CUELLO.- Forma, textura, color, adenopatías, movilidad de la tráquea en la deglución, palpitación de la --- glándula parótida, submaxilar y sublingual. Inspección de cadenas ganglionares.

ABDOMEN:- Características: Blando, depresible, si presenta ruidos digestivos, movimientos.

GENITALES EXT. RECTAL Y/O VAGINAL.- No es necesario para el Odontólogo.

EXTREMIDADES.- Movimientos reflejos, limitaciones o deformaciones.

INSPECCION GENERAL.- Características del paciente.

Ubicación en sus tres esferas.

Nombre del Paciente:

DIAGNOSTICO

Biometría Hemática.....

Eritrocitos por mmc 4 a 5 millones/m<sup>3</sup>

Hematocrito Depende del número de hematíes circulantes.

Hemoglobina 13 a 16 gr/100 ml de sangre.

CMHB 82 - 104

V.S.G. ....

Linfocitos 1000 a 3000 ml<sup>3</sup>.

Monocitos 100 a 600 ml<sup>3</sup>.

Neutrófilos 3000 a 7000 ml<sup>3</sup>.

Basófilos 0 a 100 ml<sup>3</sup>.

Miclocitos 0 a 1%

Juveniles 0-100 0 a 1%

N. de banda 0 a 500 0 a 5%

N. segmentados 2500 a 6000- 40 a 60%

Plaquetas 200 000 a 500 000/ml<sup>3</sup>

Tiempo de Sangrado: Duke de 1 a 3'

Tiempo de coagulación: de 5 a 10'

Tiempo de protrombina: de 12 a 15"

Química Sanguínea.....

Glucosa 65 a 110 mg%

Urea 26 a 32 mg%

GENERAL DE ORINA.

C. cetónicos negativa.

Urubilinógeno.....

Bilirrubina negativa.

Hemoglobina negativa.

Leucocitos por campo negativo.

Eritrocitos por campo negativo.

Cristales.....

PH 5 a 6



### Estudio Radiográfico.

Las radiografías nos van a ayudar a dar un diagnóstico antes de la intervención, logrando menor traumatismo de los tejidos, disminución de tiempo operatorio y una mejor cicatrización. Las radiografías que se utilizan son:

Intraorales.

Extraorales.

#### Intraorales.

Se utilizan en caninos retenidos de Clase III horizontal, - en que el canino está completamente retenido en el cuerpo - de la mandíbula y en menor grado en la Clase II horizontal y en Clase I.

#### Extraorales.

Se utilizan en una Clase III horizontal; la verdadera radiografía es la extraoral, ya que el cuerpo mandibular opuesto se superpone al que tiene la retención.

#### Radiografía Oclusal.

Revela en una posición bucolingual del canino. Puede usarse una película intraoral; el rayo central se lleva en ángulo-recto a la placa a través del borde inferior de la mandíbula. Las oclusales son necesarias para localizar dientes no-erupcionados.

#### Características de una buena radiografía:

- 1.- Forma de la corona.
- 2.- Existencia y forma del saco coronario.

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

4.- Porción radicular, ya que el ápice de los caninos retenidos presenta en general una pronunciada dilaceración.

La ubicación del extremo radicular puede ser:

a).- Relación vestíbulo palatina.

El 85% de los caninos superiores retenidos presentan una posición palatina; sin embargo para comprobar esta ubicación debemos colocar una película oclusal llevando el cono del aparato de rayos X paralela a los ejes longitudinales de los incisivos ubicando el cono en el hueso frontal.

El canino retenido aparece por delante de la proyección de los dientes anteriores en el caso que sea vestibular, y por detrás de la misma en caso que la colocación sea palatina.

Si colocamos el rayo perpendicular a la placa, el canino vestibular puede aparecer radiográficamente en palatino.

b).- Ubicación del canino en plano sagital.

Esta se lleva a cabo con tres placas radiográficas:

Toma anterior.- Se coloca la película en el lado palatino, haciendo coincidir la línea media de la placa con el espacio interincisivo.

Toma media.- El borde anterior de la radiografía periapical deberá coincidir con el espacio interincisivo, la pla-

ca se coloca verticalmente,

Toma posterior.- Se hace coincidir el borde anterior de la placa, con la cara distal del incisivo lateral.

c).- Delimitación del canino en el plano horizontal.

Se utiliza una radiografía oclusal con el rayo central, perpendicular a la placa y pasando por los premolares.

d).- Delimitación del canino en el plano vertical.

Se coloca la película de tipo extraoral u oclusal sobre la mejilla opuesta del canino retenido, dirigiendo el rayo central de manera que atraviese el maxilar en sentido horizontal e incida perpendicularmente a la película.

#### PREMEDICACION DEL PACIENTE.

La premedicación es necesaria en un paciente temeroso y -- nervioso, por lo que los propósitos de esta serán:

- 1.- Mitigar la aprehensión, el miedo y la ansiedad.
- 2.- El control del paciente.
- 3.- Controlar la secreción de las glándulas salivales y mucosas.
- 4.- Elevar el umbral doloroso.
- 5.- Controlar los trastornos motores en enfermos con pará lisis cerebral.

En estos casos es recomendable administrar un día antes de la intervención un sedante, y horas antes de la misma.

La preparación del paciente se lleva a cabo por medio de un colutorio antiséptico, se coloca el campo quirúrgico es téril y se procede a realizar la intervención quirúrgica.

Tomando en cuenta que debe realizarse en un quirófano o con sultorio con todo el equipo necesario como:

Instrumental para tejidos duros: fresas, cinceles, escoplos, cucharillas, limas para hueso, etc.

Instrumentos para hemostasia: Pinzas de Kelly, de mosquito, - etc.

Instrumental para extracción: Elevadores rectos y de bandera y forceps.

Material de sutura: Porta-agujas, pinzas de disección, tijeras, aguja, sutura de tipo seda, catgut, etc.

**CAPITULO V.**

**TECNICAS QUIRURGICAS.**

## CAPITULO V.

### TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Antes de iniciar el tratamiento debemos considerar los siguientes puntos:

- 1.- Estudio radiográfico: Determinar la posición del canino y sus relaciones con los otros dientes y el seno maxilar.
- 2.- Clasificación de la retención.
- 3.- Tipo de colgajo.
- 4.- Decidir si el tipo de tratamiento es la extracción, si el seccionamiento del diente facilitará ésta y la conservación del hueso.

### INDICACIONES DE CANINOS RETENIDOS PARA EXTRACCION.

- a).- Caninos en situaciones aberrantes, ya que pueden erupcionar en fosas nasales o seno maxilar, esta posición se puede deber al desplazamiento del germen dental por algún quiste.
- b).- Disparidad entre el tamaño de los maxilares y el número de dientes en pacientes desdentados, ya que tienden a erupcionar ya sea por el estímulo de la prótesis.
- c).- Dientes con infecciones recurrentes.
- d).- Resorción interna o externa del canino retenido, ya que la corona presenta una descalcificación generalizada.
- e).- Caninos retenidos en zonas de irradiación terapéuti--

ca deben ser extraídos antes de la radioterapia, ya que serán puntos de recepción de radiación.

**CONTRAINDICACIONES:**

- a).- Enfermedades malignas.
- b).- Estomatitis infecciosa aguda, complica la exodoncia ya que es una enfermedad debilitante y dolorosa.
- c).- En maxilares que recibirán radioterapia, ya que este diente retenido al ser expuesto puede desencadenar una radiosteomielitis aguda por falta de riego.
- d).- Cuando la exposición de este canino provoque una lesión en las estructuras o bien pérdida de los dientes-adyacentes.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS EN POSICION PALATINA, CLASE I:

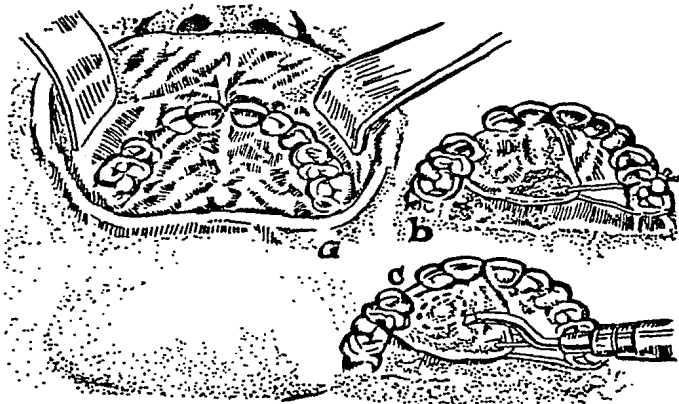
- 1.- Anestesia infiltrativa por vestibular y regional de los nervios nasopalatinos y palatinos anteriores.
  - 2.- Con una hoja bisturí del número 11 o 15, se inciden los tejidos palatinos alrededor del cuello de los dientes, empezando sobre el incisivo central y extendiéndose hasta distal del segundo premolar del lado del diente retenido; si es bilateral la incisión llegará hasta los premolares del lado opuesto.
  - 3.- Con una fresa para hueso se hacen trepanos alrededor de la corona del canino, con una separación de 3 mm. entre cada uno, cuidando de no lastimar las raíces de los dientes vecinos.
  - 4.- Por medio de escoplo y martillo o bien de una fresa del número 8 o 6, se unen las perforaciones y se elimina la capa del hueso que cubre al canino; se aumenta el diámetro de la abertura hasta que se observe la corona completa.
- o
- La excepción a esta regla se llevará a cabo si la corona del diente retenido está en contacto con las raíces de los dientes vecinos, ya que se lesionarían al quedar expuestos; por lo que en este caso se aumentará la abertura sobre el lado opuesto de la corona por medio de fresas de hueso y se separa la corona de la raíz.
- 5.- la eliminación del saco pericoronario debe realizarse para prevenir la infección. Se extirpa con cucharilla para hueso o con pinzas.



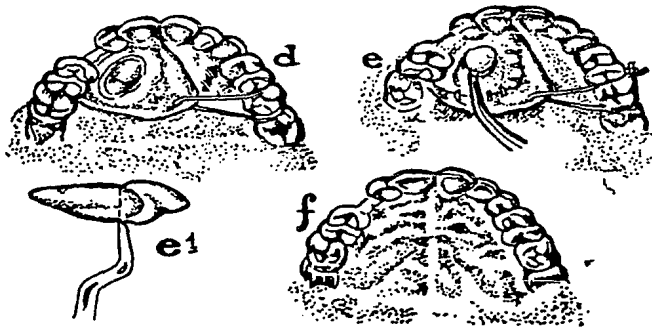
6.- Se limpia de todos los restos, como son astillas del hueso y se suavizan los bordes del alveolo.

7.- Se vuelve el colgajo a su sitio con puntos interpapilares, colocando el nudo del lado vestibular, evitando -- así irritaciones y molestias.

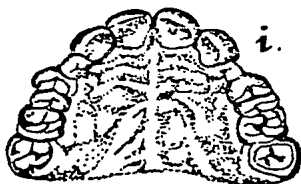
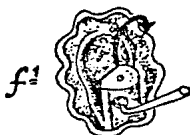
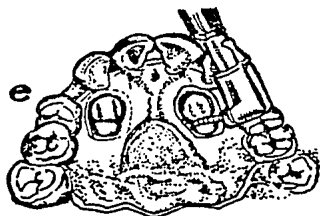
8.- Se coloca un apósito de gasa sobre el paladar al nivel de la superficie oclusal, manteniéndola en su lugar - durante 4 horas aproximadamente.



Extracción de un canino superior derecho retenido en el lado palatino. a; incisión; b, desprendimiento del colgajo; c, osteotomía realizada con el escoplo automático.



Extracción del canino retenido. d, el colgajo se sostiene con un hilo a un molar; después de practicada la osteotomía aparece la corona del canino; e y e1, sección del diente, a nivel de su cuello, usando el escoplo automático; f, sutura del colgajo palatino, siguiendo las indicaciones que se dan en la fig.



Sección a fresa, de los caninos, e; la corona, una vez seccionado el diente, se extrae con un elevador o con una pinza de disección; f, 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, fi; b, se regularizan los bordes óseos con fresa redonda; i, vuelto el colgajo a su sitio, se realiza la sutura.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS EN POSICION VESTIBULAR CLASE II:

1.- Anestesia infiltrativa vestibular; esta vía se utilizará cuando el canino retenido se encuentra próximo a vestibular o en zona edéntula parcial o total, ya que presenta mayor visibilidad e iluminación.

2.- Incisión tipo Newman, se inicia a nivel del segundo premolar y se dirige hacia abajo y adelante hasta el borde libre de la encía y se continúa por el borde gingival hasta el lado mesial del incisivo lateral, entonces se dirige hacia arriba para terminar a la altura del tercio apical del incisivo central.

La incisión puede variar dependiendo de la posición del canino en relación con los demás dientes.

Incisión de Partch o semilunar.- Es más pequeña que la --- Newman, su extensión irá más allá del sitio en que se hará la intervención, para darnos un buen soporte óseo. Nos da una visibilidad defectuosa.

Incisión en ángulo.- Se utiliza cuando el canino retenido está en posición oblicua u horizontal, y una dirección ligera anteroposterior y ápice dirigido hacia arriba. Nos -- ofrece menor visibilidad y al llevar el colgajo a su sitio puede coincidir con la cavidad ósea que se lleva a cabo durante la operación.

3.- Levantamiento de colgajo.- Se lleva a cabo por medio de un instrumento como la legra, evitando maltratar el tejido gingival.

4.- La osteotomía se realizará por medio de fresas quirúrgicas.

gicas o bien con un cincel y martillo. Primero se harán perforaciones con una fresa de bola, con una separación de --- 3 mm. entre cada una, una vez hecho esto, uniremos las perforaciones para retirar el hueso.

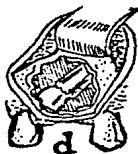
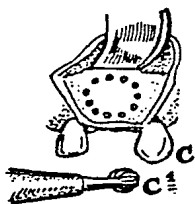
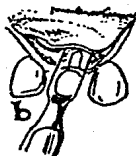
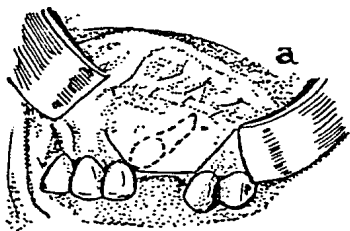
5.- Una vez retirada la capa ósea, la extracción puede hacerse de dos maneras:

- Extracción completa del diente. Utilizando un elevador recto o angular para luxar el diente introduciendo el instrumento entre el hueso y el diente retenido; logrando así la extracción.

- Odontosección. Por medio de una fresa de fisura o de bola haciendo un corte de 45° a nivel del cuello del canino retenido, una vez separado, la corona se extraerá por medio de un elevador recto; para la extracción de la raíz se tendrá que hacer una perforación en ésta para desplazarla por medio de un elevador angulado.

6.- La cavidad ósea se inspecciona con una cucharilla filosa, extirpando el saco pericoronario y los restos óseos o dentarios con una lima para hueso la regularización de la zona.

7.- Una vez inspeccionada e irrigada la zona, colocaremos el colgajo en posición normal y procederemos a suturar por medio de puntos aislados.



Extracción de un canino superior retenido, por vía vestibular; a, incisión; b, desprendimiento del colgajo; c, osteotomía; d, sección del canino retenido a nivel de su cuello; e, extracción de ambos elementos, corona y raíz por separado; e', el elevador que se empleó para realizar esta maniobra; f, sutura. En el ángulo inferior, la radiografía.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS EN  
POSICION INTERMEDIA, CLASE III.

El canino se encuentra con la corona hacia el paladar y la raíz hacia los premolares, próximo a vestibular.

1.- La incisión se lleva a cabo alrededor de los dientes y de ahí al surco bucal con un ángulo de 45°. La exposición palatina se lleva a cabo por el levantamiento del colgajo o por una incisión en el mucoperiostio.

2.- La lámina bucal se elimina con fresas o escoplo, teniendo cuidado de no hacer perforaciones profundas para no lastimar el seno maxilar y raíces de dientes vecinos.

3.- La remoción del diente de su lecho se llevará a cabo -- por medio de un elevador, pero si esto no tuviera éxito, haremos la osteosíntesis de la corona, realizando un colgajo -- por palatino, haciendo la osteotomía en este lugar para descubrir la raíz, la cual se retirará por la abertura bucal -- con un elevador.

4.- La limpieza se lleva a cabo retirando el saco pericoronario con una cucharilla quirúrgica y se realiza la regularización de los bordes.

5.- Se lleva el colgajo a su sitio, se sutura y se coloca un apósito de gasa sobre la herida durante 4 horas aproximadamente.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS EN POSICION VERTICAL, CLASE IV.

Esta es una retención vertical y paralela al eje longitudinal de los dientes vecinos.

1.- Incisión tipo Parstch o de semicírculo.

2.- Al levantar el colgajo se descubrirá la corona, en caso de que hubiese una capa ósea, esta será eliminada facilmente con pinzas u osteotomo fino.

3.- La extracción se lleva a cabo en la cara palatina con un elevador recto, tratando de luxar el diente, si esto no tiene éxito se usará un forceps con movimientos leves de pa latino a vestibular.

4.- Una vez hecha la extracción, se limpia la cavidad por medio de cucharilla y lima, se coloca el colgajo en su lugar y se procede a suturar. No existen complicaciones postoperatorias.



TECNICA PARA EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS EN ZONA  
EDENTULA, CLASE V.

Para realizar la extracción en un paciente edéntulo la inci sión puede hacerse sobre la cresta alveolar o por el lado - palatino de la misma, siendo la vía de elección la vestibular, a menos que el canino se encuentre en un plano muy pro fundo, próximo a la bóveda y lejos de la tabla externa.

1.- Incisión según la colocación del canino, es de dos ti-- pos:

a).- Newman, cuando el canino se encuentra en palatino si-- guiendo el contorno del reborde alveolar.

b).- Parstch, cuando el canino se encuentra localizado en - vestibular.

2.- La osteotomía se lleva a cabo por medio de fresas, eli- minando la cantidad de hueso necesaria para abordar al  órga no dentario en retención.

3.- La extracción se hará por medio de una osteosíntesis -- del diente, se llevarán a cabo los seccionamientos necesaa- rios con el fin de evitar el traumatismo de la tabla exter- na.

4.- Limpieza de la zona, y regularización ósea adecuada pa- ra la recepción de una futura prótesis.

5.- Colocación del colgajo en su sitio y sutura del mismo.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

Terminada la intervención quirúrgica, el período post-operatorio es un conjunto de procedimientos con el objeto de mantener el éxito logrado durante la intervención, reparar los daños durante el acto quirúrgico y lograr el óptimo estado de salud. Se debe prevenir la inflamación, hemorragia o dolor por medio de fármacos del tipo de:

ANALGESICOS:

- a).- Dipirona.
- b).- Acido acetyl salicilico.
- c).- Propifenazona.
- d).- Estreptomycin.
- e).- Oxitetracycline.

ANTI-INFLAMATORIOS:

- a).- Acetaminofen.
- b).- Hidroxyfenil.
- c).- Oxifenbutazona.
- d).- Indometacin.
- e).- Quimiotripsina, etc.

ANTIBIOTICOS:

- a).- Penicilina G (Sódica cristalizada, Procaínica, Dibencílica).  
V (Potásica cristalina).

- b).- Estreptomycin.
- c).- Clohidrato de tetraciclina.
- d).- Leucomicina.
- e).- Ampicilina, rifampicina.

Durante este período, el paciente deberá seguir ciertas -  
indicaciones:

- 1.- Terapia medicamentosa.
- 2.- Aplicación de compresas frías 16 horas después de la  
operación, para evitar el sangrado e inflamación.
- 3.- La dieta se basa en alimentos líquidos y ricos en pro  
teínas, (dieta blanda).
- 4.- Aplicación de compresas húmedo-calientes 48 horas des  
pués de la intervención.
- 5.- Mantener la higiene bucal lo más correcta posible.
- 6.- Mantener reposo.
- 7.- Mantener la presión de la lengua el tiempo que se in-  
dique.
- 8.- Darle una nueva cita para su revisión al tercer día -  
de la intervención, y otra posterior para retirar su-  
tura.
- 9.- Indicarle que de no seguir las instrucciones, se pue-  
de complicar la herida.

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

La Odontología es una profesión docta de la salud, por lo que el diente impactado se considera una condición anormal así como un problema de salud dental, que puede presentar trastornos mecánicos, nerviosos, infecciosos y tumorales.

El conocimiento de los factores etiológicos, como la reducción de los maxilares, así como los factores locales y sistémicos nos llevarán a un pronóstico acertado para la realización de un buen tratamiento.

Para corregir estados patológicos y prevenir trastornos futuros, debemos llevar a cabo una evaluación cuidadosa de todos los dientes supernumerarios, impactados y mal posición a fin de proporcionar una solución aceptable desde el punto de vista anatómico. Mediante recursos clínicos y radiológicos es posible localizar la estructura en malposición. Generalmente se logra la corrección después de una intervención quirúrgica realizada con los consejos del Ortodoncista.

En algunos casos de diente impactado o supernumerario, el Odontólogo puede encontrar una indicación para dejar al diente en su lugar.

Así como los pacientes con enfermedad general grave o bien cuando no hay síntomas o movimiento del diente que pongan en peligro las áreas vecinas.

La radiografía dental es el único medio con que cuenta el Odontólogo para observar un diente impactado, además de -- ayudarle para clasificar el diente y determinar las relaciones anatómicas que ayudarán a resolver las dificultades del caso.

La clasificación y ubicación de los caninos superiores impactados, reviste importancia especial puesto que la técnica quirúrgica utilizada depende de la posición del diente y las estructuras vecinas. La eliminación de un canino superior profundamente impactado cercano a dientes adyacentes o antro es un procedimiento quirúrgico y laborioso.

Un plan quirúrgico llevado a cabo con eficiencia y precisión es la mejor manera para disminuir la frecuencia y gravedad de las complicaciones postoperatorias en la cirugía bucal.

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

Cirugía Bucal.- Atlas Paso por Paso de Técnicas Quirúrgicas.- Dr. W. Harry Archer.- Tomo I.- Segunda Edición 1978. Editorial Mundi.

Cirugía Bucal.- Dr. Guillermo A. Ríes Centeno.- Octava Edición, 1979.- Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina.

Cirugía Bucal Píctica.- Dr. Daniel E. Wate.- Primera Edición, 1978.- Editorial Continental.

Tratado de Cirugía Bucal.- Dr. Gustavo O. Kruger.- Quinta Edición, 1983.- Editorial Panamericana.

Odontología Pediátrica.-Dr. Sidney B. Finn.- Cuarta Edición, 1982.- Editorial Interamericana, México, D.F.

Anatomía Humana.- Dr. G. F. Hamilton.- Primera Edición, - Tercera reimpresión 1976.- Editorial Interamericana, México, D.F.

Anatomía Humana.- Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez.- Vigésima Edición, 1979.- Editorial Porrúa, México, D.F.

El Diente Impactado, sus Complicaciones y Tratamiento.- Dr. Terry W. Slaughter.- Primera Edición, 1980.- Editorial Interamericana, México, D.F.

Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica.- Dr. Goodman y Gilman.- Sexta Edición, 1984.- Editorial Panamericana, México, D.F.

Patología Bucal.- Dr. Shafer Hine y Levy.- Tercera Edición, 1984.- Editorial Interamericana, México, D.F.

Manual Ilustrado de Odontología.- Astra.

Apuntes Inéditos del Dr. Manuel G. Bravo Puente, impartidos en la Cátedra de Exodoncia en la Facultad de Odontología, - México, 1977.