

24
306



Escuela Nacional de Estudios Profesionales
Iztacala U.N.A.M.

Carrera de Odontología

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO 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

BLANCA GABRIELA SANCHEZ BALDOVINOS

SAN JUAN IZTACALA, MEX. 19 NOV. 1979



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAG.
TEMA I.	
CONSIDERACIONES GENERALES.....	7
TEMA II.	
DIFERENCIA ENTRE INCLUSION Y RETENCION.....	10
TEMA III.	
ANATOMIA TOPOGRAFICA DE LA REGION DE LOS CANINOS SUPERIORES	13
TEMA IV.	
CAUSAS DE RETENCION	28
TEMA V.	
CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS..	33
TEMA VI.	
MEDIOS DE DIAGNOSTICO	39
TEMA VII.	
COMPORTAMIENTO DEL CIRUJANO DENTISTA ANTES DE LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO	52
TEMA VIII.	
TECNICAS QUIRURGICAS	57
TEMA IX.	
TRATAMIENTOS MAS SENCILLOS DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS	67

	PAG.
TEMA X.	
LA ORTODONCIA Y LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS ..	70
TEMA XI.	
POSIBLES COMPLICACIONES DESPUES DE REALIZAR LA EX-- TRACCION DE UN CANINO SUPERIOR RETENIDO	77
TEMA XII.	
MEDICAMENTOS PREOPERATORIOS Y POSOPERATORIOS USADOS EN CIRUGIA	80
TEMA XIII.	
CONCLUSIONES	83
BIBLIOGRAFIA	84

PROLOGO

Dentro de las patologías orales, los dientes retenidos son una de las más frecuentes, y dentro de los dientes retenidos, los caninos superiores son los dientes que presentan características que a mí me interesan para tratarlas en esta tesis cuyo título es "DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS".

Al desarrollar la tesis explicaré todo lo que englobe al diagnóstico y los tipos de tratamientos que son posibles para este tipo de patología.

Los caninos superiores retenidos son un tema interesante ya que algunas veces asintomáticos, presentan características propias, las cuales hay que observar detalladamente para familiarizarse con ellas antes de realizar el tratamiento para obtener resultados óptimos.

Otra circunstancia que me obligó a desarrollar este tema es la etiología de este padecimiento ya que resulta muy variada y en muchos casos es única la razón por la cual se encuentran retenidos.

Al desarrollar el tratamiento, ya sea quirúrgico, ortodóntico, etc., es necesario utilizar las cualidades específicas del Cirujano Dentista ya que es muy im-

portante la destreza de manos y la delicadeza necesaria - para que el paciente quede completamente satisfecho y tengamos un excelente éxito.

Muy importante es que aunque la técnica para - desarrollar el tratamiento se puede realizar paso a paso - y sin equivocaciones, es necesario también tener los conocimientos de cirugía necesarios para que en determinado - momento se puedan usar al momento de estar desarrollando - el tratamiento.

La asepsia o antisepsia y los cuidados que se deben tener en la realización del tratamiento son también un factor muy importante que debemos de tener siempre presente, por lo cual también lo tomaré en cuenta para desarrollarlo en esta tesis.

Para finalizar, espero que la tesis y el tema sobre los caninos superiores retenidos, su diagnóstico y su tratamiento, queden perfectamente bien comprendidos, - para que al mismo tiempo que me supere y reafirmo mis conocimientos, me sea posible el verlos aumentados en el - transcurso de la investigación bibliográfica.

TEMA I

CONSIDERACIONES GENERALES

En la práctica diaria del Cirujano Dentista, - son numerosos los casos en que los caninos superiores retenidos hacen que se tenga que desarrollar dentro del consultorio, clínica, hospital, etc. un diagnóstico minucioso ya que todos los caninos superiores retenidos son diferentes, es por eso que aunque se puede mencionar en general determinado tipo de tratamiento, éste nunca es específico para todos y cada uno de los caninos retenidos, con esto se da a entender que el tratamiento está sujeto a cambios de secuencia, o bien se pueden aplicar técnicas nuevas a criterio del Dentista.

Aquí solo se mencionarán los tratamientos más usuales aunque dependiendo del criterio del Cirujano Dentista y del caso que se esté tratando, él podrá alterar o bien seguir al pie de la letra la técnica si es que el caso así lo permite.

Dentro de los temas de que me ocupo en esta tesis están incluidos tratamientos quirúrgicos, y ortodónticos pero también existen otros tratamientos de mayor sencillez que se pueden realizar dentro del consultorio den-

tal de los cuales también hablaré más adelante.

Finalmente, siempre que se haya decidido realizar un tratamiento con un canino retenido, ya sea quirúrgico u ortodóntico, es muy importante tener en cuenta -- ciertos factores para que sea seguro tener el 100% del -- éxito en el tratamiento, estos factores son:

Edad del paciente, ya que un paciente de edad avanzada puede tener ciertas complicaciones con enfermedades generales, o bien si el paciente es demasiado joven -- no estará indicado un tratamiento quirúrgico ya que no ha rebasado la edad mínima de tolerancia. O bien si un pa--- ciente es de edad avanzada y se le quiere hacer un tratamiento ortodóntico, posiblemente éste ya tenga el espacio del canino ocupado por un primer premolar.

Las enfermedades generales también son factor-- a observar, tales como: diabetes, enfermedades cardíacas, hemofilia, etc.

Estado Nutricional.

También al pensar en realizar tratamiento ortodóntico con un canino retenido que está en posición co--- rrecta, pero que no hay espacio en la arcada y se tiene -- que extraer un primer premolar bien alineado, se debe pen

gar en que tal vez al realizar el tratamiento ortodóntico no cumpliera con todos los requisitos y entonces el tratamiento sería un fracaso y únicamente perdería el paciente un primer premolar.

Para realizar un tratamiento sea cual sea, se observarán todos y cada uno de los factores antes mencionados, e incluso puede ser que cierto paciente proporcione factores propios para que al terminar el tratamiento no existan controversias entre el paciente y el Dentista, y así se asegura el prestigio del Cirujano Dentista y la confianza del paciente.

TEMA II

DIFERENCIAS ENTRE INCLUSION Y RETENCION

Antes de entrar de lleno al tema de los caninos superiores retenidos se tiene que aclarar que las palabras inclusión y retención en lo que se refiere a los caninos - retenidos, son términos diferentes. Aunque durante mucho - tiempo se emplearon en el mismo sentido.

Realmente la confusión se debe a que se pensaba que un diente se encontraba retenido o bien incluido dentro de la cavidad oral, significando ésto que en ambos casos el diente se encontraba atrapado por así decirlo por los tejidos de la boca, pero la diferencia estriba en que cuando un diente no ha erupcionado debido a causas físicas (mecánicas) o bien por causas genéticas se encuentra RETENIDO por tejido óseo o cútaneo, independientemente de que el canino esté totalmente desarrollado o no.

En cambio una inclusión dentaria es aquel estado en el cual un diente parcialmente desarrollado se encuentra en el interior del maxilar antes de la edad promedio de erupción. Y la principal diferencia es que la inclusión es considerada como normal y la retención como anormal.

Considerando también la opinión de otros autores se puede mencionar que algunos piensan que el término retenido se emplea para denominar la suspensión de algo - mecánico como es la erupción dentaria, y emplean el término inclusión para designar aquellos dientes que por una acción mecánica de los dientes contiguos o bien por traumatismo vuelven a entrar en los tejidos de la boca.

Es preciso también decir que gramaticalmente - el término incluir se considera como introducir. Y el término retenido significa conservar o guardar.

También por este medio se pueden sacar conclusiones.

Ahora bien cuando un diente, se encuentra retenido, puede estar en posición correcta o bien puede encontrarse en malposición, y no es necesario que para llamar a un diente retenido éste tenga que estar totalmente cubierto por los tejidos duros o blandos de la boca, sino - que puede estar parcialmente erupcionado.

Finalmente es bueno mencionar que anteriormente y con mucha frecuencia los autores mencionaban el término impactado como sinónimo de retenido, es por eso que no es raro encontrar en muchos libros el término impactado en lugar de retenido, o bien el término criptodóntico-

como también lo mencionan algunos autores.

TEMA III

ANATOMIA TOPOGRAFICA DE LA REGION DE LOS
CANINO SUPERIORES

En este tema se describirán paso a paso las estructuras y elementos que se encuentran en la zona donde están los caninos superiores.

Una vez más se insistirá en que es muy difícil que se encuentren caninos superiores retenidos en igual - posición, es necesario tener en cuenta que los elementos-anatómicos que estarán rodeando al canino serán siempre - los mismos.

Es decir, si al tener que realizar la odontec-
tomía de un canino superior retenido, se encuentra la co-
rona dirigida hacia vestibular y la raíz hacia palatino,-
o bién la raíz hacia vestibular y la corona hacia palati-
no, éstos serán elementos que pueden variar, pero los ele
mentos constantes en el tratamiento quirúrgico serán: Hue
sos, Nervios, Arterias y músculos.

Pero ésto no quiere decir que los elementos -
constantes sean siempre iguales, aún en ellos se pueden -
encontrar variaciones de forma, tamaño, volumen, densidad
en los diferentes pacientes.

Para conocer estas estructuras las cuales rodean a los caninos superiores empezando por hueso se tiene que: El hueso en el que se encuentran los caninos superiores recibe el nombre de maxilar superior, este hueso está formado por la unión de 2 que son: derecho e izquierdo y los 2 constituyen la base ósea de la cara superior y por su forma tamaño y posición, determinan en lo esencial la morfología de la cara.

Los huesos maxilares superiores forman parte de la estructura de las paredes de las cavidades nasales, orbitarias y en la estructuración del paladar.

En cada uno de los maxilares superiores se distinguen: Un cuerpo y 4 apófisis.

a).- Palatina.- Esta apófisis, junto con la del lado opuesto forman las 3/4 partes del paladar óseo, entre ellas se encuentra la sutura palatina media, tiene además una cresta nasal, la cual hacia adelante se continúa con la espina nasal anterior y el agujero incisivo que es la desembocadura del conducto palatino anterior que comunica la cavidad nasal con la boca, en algunas intervenciones se debe tener mucho cuidado ya que en esta parte el espesor del hueso no es extenso por lo tanto es posible que al estar interviniendo se haga una comunica--

ción con la cavidad nasal.

b).- Apófisis ascendente.- Esta apófisis tiene una cresta lagrimal anterior, es un canto filoso confin anterior de la fosa lagrimal, se encuentra también el canal lagrimal que es un surco que junto con el hueso lagrimal y el cornete inferior van a formar el conducto lacrimonasal.

c).- Apófisis cigomática.- Es la porción del hueso maxilar que se articula con el hueso cigomático. En algunos libros es mencionada como apófisis piramidal.

d).- Apófisis alveolar.- Tiene en su constitución:

Arco alveolar, alveolos dentarios, tabiques interalveolares, tabiques interradiculares y eminencias alveolares.

Con los huesos maxilares superiores se tiene que tener la precaución al momento de intervenir, ya que como es un hueso compacto y muy grueso al momento de hacer los trepanos se tiene que estar irrigando constantemente.

Si la intervención se realizará por vestibular se verá que el hueso que se encuentra cubriendo a los dientes es un poco más delgado y fácil de cortar que el

del paladar, en la porción vestibular se verá en el maxilar la fosa canina, llamada así por su relación de cercanía con el diente canino.

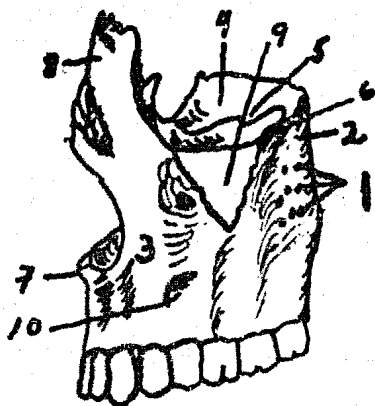


Fig. I

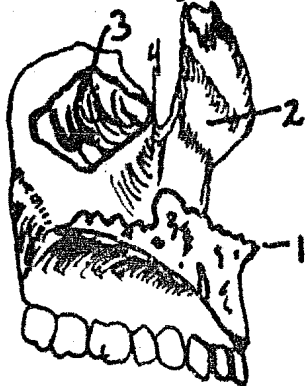


Fig. II

FIG. I.

- 1.- Agujeros dentarios posteriores.
- 2.- Tuberosidad del maxilar.
- 3.- Cuerpo del maxilar.
- 4.- Cara superior del maxilar.
- 5.- Canal suborbitario.
- 6.- Terminación del canal suborbitario.
- 7.- Espina nasal anterior.
- 8.- Apófisis ascendente.
- 9.- Apófisis cigomática.
- 10.- Fosa canina.

FIG. II

- 1.- Espina nasal anterior.
- 2.- Cara interna del maxilar.
- 3.- Seno maxilar.
- 4.- Surco lagrimal.

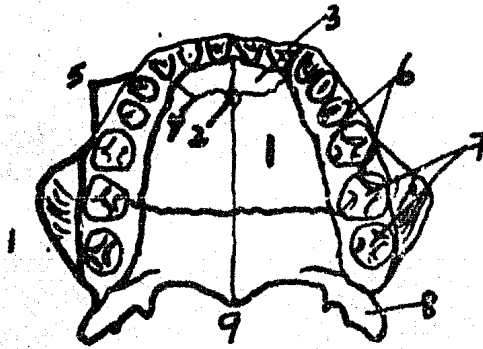


FIG. III.

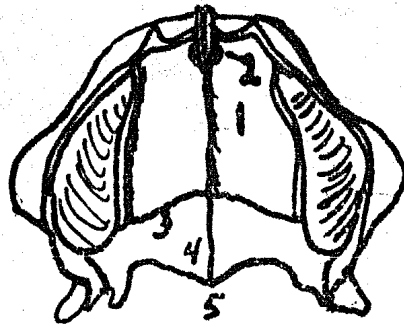


FIG. IV.

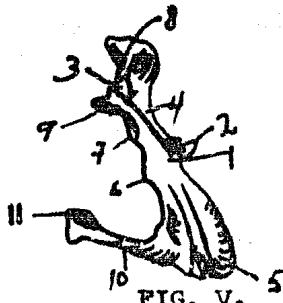


FIG. V.

FIG. III.

- 1.- Apófisis palatina del maxilar superior.
- 2.- Agujero palatino anterior.
- 3.- Hueso incisivo.
- 4.- Sutura incisiva.
- 5.- Apófisis alveolar.
- 6.- Tabiques interalveolares.
- 7.- Tabiques interradiculares.
- 8.- Apófisis piramidal del hueso palatino.
- 9.- Espina nasal posterior.

FIG. IV.

- 1.- Apófisis palatina del maxilar superior.
- 2.- Agujero palatino anterior.
- 3.- Hueso palatino.
- 4.- Porción vertical del hueso palatino.
- 5.- Apófisis piramidal del hueso palatino.

FIG. V.

- 1.- Porción vertical del hueso palatino.
- 2.- Cara externa del hueso palatino.
- 3.- Escotadura palatina.
- 4.- Surco pterigopalatino del hueso palatino.

- 5.- Apófisis piramidal.
- 6.- Cresta turbinal inferior.
- 7.- Cresta turbinal superior.
- 8.- Apófisis orbitaria.
- 9.- Apófisis esfenoidal.
- 10.- Cara inferior del hueso palatino.
- 11.- Cresta nasal.

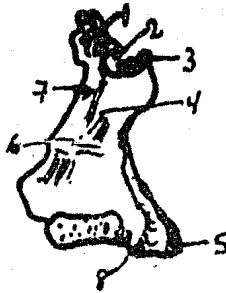


FIG. VI.

FIG. VI.

- 1.- Apófisis orbitaria.
- 2.- Escotadura palatina.

- 3.- Apófisis esfenoïdal.
- 4.- Porción vertical del hueso palatino.
- 5.- Apófisis piramidal.
- 6.- Cresta turbinal inferior.
- 7.- Cresta turbinal superior.
- 8.- Porción horizontal del hueso palatino.

Otro hueso que se debe conocer perfectamente es el hueso palatino, ya que está en la boca formando la porción posterior del paladar óseo, forma también en parte la pared lateral de la cavidad nasal.

Tiene una lámina horizontal y una lámina vertical.

En la lámina horizontal se distingue un borde libre que se adhiere al velo del paladar, las caras nasales de ambas láminas horizontales forman en su unión la cresta nasal que se continua hacia atrás con la espina nasal posterior, tiene además las caras inferiores o palatinas y la cresta palatina.

En la lámina vertical se distinguen varias partes que son:

Cresta turbinal inferior.

Cresta turbinal superior.

Surco pterigopalatino.

Apófisis piramidal.

Apófisis orbitaria.

Apófisis Esfenoidal.

Escotadura esfenopalatina.

Con respecto a los nervios que se encuentran en la zona cercana a los caninos superiores, se observa que el nervio maxilar superior es el segundo ramo del nervio trigémino y que pasa por el agujero redondo mayor, hacia la fosa pterigopalatina, continuando luego por la escotadura esfenomaxilar, aquí se divide en tres ramos principales que son:

Nervios esfenopalatinos, entre los cuales encontramos:

1.- Nervios nasales.

2.- Nervios Palatinos.- Generalmente son 3, se dirigen por el agujero pterigopalatino hacia el paladar y permiten distinguir tres ramos que son:

a).- Nervio palatino anterior, es el ramo más fuerte, que a través del agujero palatino mayor llega al paladar duro e inerva con 3 ó 4 ramos la mucosa hasta la región del canino.

b).- Nervios palatino medio y posterior, salen

por los agujeros palatinos accesorios del conducto pterigopalatino y se ramifican en la mucosa del paladar blando y en la región de la amígdala.

c).- Ramos nasales posteriores inferiores, - -
inervan la mucosa del cornete inferior y los meatos nasales inferior y medio.

Nervio infraorbitario, que es la continuación directa del tronco del nervio maxilar superior, entre sus principales ramos están:

1.- Ramos alveolares superiores, que surgen antes de la cavidad orbitaria y se les da el nombre de ramos alveolares superiores posteriores, y siguen su curso por el conducto suborbitario y ahí toman el nombre de nervios alveolares superiores anteriores y llegan hasta la apófisis alveolar del maxilar superior y forman el plexo dental superior por encima del vértice de la raíz dentaria, de estos ramos parten ramos a los dientes, a la encía y a la piel.

2.- Ramos cutáneos, de estos ramos se encuentran 3 que son:

a).- Ramos perpebrales inferiores.

b).- Ramos nasales.

c).- Ramos labiales superiores.

Nervio cigomático, este nervio tiene 2 ramos --
que son:

1.- Ramo cigomaticofacial, que inerva la piel -
de la porción superior de la mejilla y el ángulo externo -
del ojo.

2.- Ramo cigomaticotemporal, que inerva la piel
de la porción anterior de la región temporal.

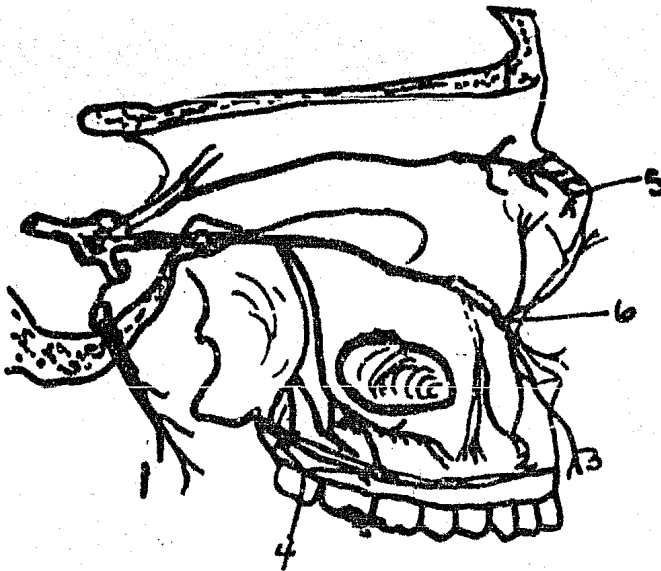


FIG. VII.

FIG. VII.

1.- Nervio dentario inferior.

2.- Ramos dentarios superiores anteriores.

- 3.- Ramos labiales superiores.
- 4.- Ramos dentarios superiores posteriores.
- 5.- Ramos perpebrales.
- 6.- Ramos nasales.

Los siguientes elementos a estudiar son las arterias, para simplificar un poco, la arteria carotida primitiva se divide en 2; Arteria carotida externa o Arteriacarotida interna.

La arteria carotida externa, generalmente emite 8 ramos los cuales son:

- 1.- Arteria tiroidea superior.
- 2.- Arteria ligual.
- 3.- Arteria facial.
- 4.- Arteria faringea ascendente.
- 5.- Arteria occipital.
- 6.- Arteria auricular posterior.
- 7.- Arteria temporal superficial.
- 8.- Arteria maxilar interna.

Para el desarrollo del tema a tratar en esta tesis es únicamente de importancia la arteria maxilar interna, esta arteria es la más gruesa de los ramos terminales de la arteria carotida externa y emerge de ésta en ángulo-

recto a la altura de la articulación temporomandibular, - penetra primero en la fosa cigomática y más profundamente en la fosa pterigopalatina, donde se ramifica en dos terminales. De acuerdo a este trayecto se distinguen en la - arteria tres porciones:

A).- Porción maxilar.

- a).- Arteria auricular profunda.
- b).- Arteria timpánica anterior.
- c).- Arteria dentaria inferior.
- d).- Arteria meningea media.

B).- Porción pterigoidea.

- a).- Arteria maseterina.
- b).- Arterias temporales profundas anterior y posterior.
- c).- Ramos pterigoideos.
- d).- Arteria bucal. Vasculariza la mucosa de la cavidad bucal.

C).- Porción pterigopalatina.

- a).- Arteria alveolar posterosuperior.- Vasculariza a los molares y sus encías y forma con las arterias provenientes de la arteria infraorbitaria- una arcada arterial.

- b).- Arteria infraorbitaria, vasculariza a la nariz, parpado inferior y labio superior.
- c).- Arteria palatina descendente.- A través del con ducto pterigopalatino llega al paladar y con ra mos secundarios a las amígdalas y aquí se anas- tomosa con la arteria palatina ascendente.
- d).- Arteria Vidianiana.- Llega a la trompa de eusta-
quio.
- e).- Arteria esfenopalatina.- Llega a través del agu- jero pterigopalatino a la cavidad nasal.

Las venas son los últimos elementos a estudiar y son:

La vena yugular interna que emite una ramifica- ción importante que es la vena facial, la cual va ascen- diendo desde la mandíbula cerca del ángulo, hasta llegar a la orbita, a la altura del labio superior desprende un- ramo que es la vena labial superior. Esto es por la por- ción superficial de la cara.

En la porción profunda de la cara, la yugular- interna hace el mismo recorrido hasta llegar al ángulo de la mandíbula y asciende por atrás del ángulo hasta llegar al plexo pterigoideo de donde se desprende la vena facial profunda que se va a extender hasta el maxilar y hacia adelante.

TEMA IV

CAUSAS DE RETENCION

La explicación de la incidencia de los dientes retenidos que parece lógica es la reducción evolutiva del tamaño de los maxilares, dando como resultado maxilares pequeños. Y con apoyo a esta teoría se ha venido observando desde hace algún tiempo la ausencia de dientes como son los terceros molares superiores e inferiores, aunque hay algunos dientes que también presentan ausencia congénita, pero con menor frecuencia.

A lo dicho anteriormente se debe señalar como responsable a la disminución o falta de estímulo sobre los maxilares humanos, se piensa que el estímulo constante, proveerá de espacio suficiente al maxilar como para que los dientes puedan tener espacio y erupcionar sin dificultad alguna.

La alimentación moderna no requiere de mucho esfuerzo para ser masticada, por lo tanto la fuerza de masticación ha disminuído, siendo ésta una posible razón por la cual el hombre tiene dientes retenidos.

Existen otras causas de retención más específicas que son:

CAUSAS LOCALES.

- 1.- Densidad del hueso que lo cubre.
- 2.- Inflamaciones crónicas frecuentes.
- 3.- Membrana mucosa muy densa.
- 4.- Falta de espacio en los maxilares.
- 5.- Indebida retención de dientes temporales.
- 6.- Necrosis.
- 7.- Abscesos.
- 8.- Causas inflamatorias por enfermedades exantimáticas en los niños.

CAUSAS SISTEMICAS DE RETENCION.

La retención se encuentra a veces donde no --
existen causas aparentes que causen la retención.

A).- Causas prenatales.

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

B).- Causas posnatales. Entre las cuales encontramos todas las causas que puedan intervenir en el desarrollo del niño:

- 1.- Raquitismo.
- 2.- Anemia.
- 3.- Sífilis congénita.

4.- Tuberculosis.

5.- Desnutrición.

C).- Causas raras.

1.- Disostosis cleidocraneal.

2.- Oxicefalia.

3.- Progeria.

4.- Acondroplasia.

5.- Paladar fisurado.

Las causas mecánicas no son mencionadas en la clasificación anterior, pero se refiere a los dientes que se encuentran en la arcada superior que no pueden hacer erupción debido a que por mala posición de sus raíces no permiten que el canino llegue a ocupar su lugar correspondiente en la arcada, estos dientes que impiden el paso del canino pueden ser dientes erupcionados o no, o bien puede ser un diente supernumerario o accesorio.

La retención de origen embiológico es debida a que el canino está ocupando un sitio muy alejado que es la fosa canina, el recorrido que tiene que hacer el canino al empezar a erupcionar es muy largo, por lo tanto es muy fácil que se encuentre con muchos obstáculos (causas mecánicas) como son: Raíces de dientes erupcionados, dien

tes retenidos, supernumerarios o accesorios.

Otra causa es cuando el germen dentario se encuentra por causas embriológicas en una mala posición, - por lo cual al hacer el recorrido para erupcionar no lo - hace correctamente y llega a chocar con dientes en la arcada o incluso con hueso.

Radash (1927) mencionó que los factores etiológicos de las retenciones son únicamente de carácter embiológico y sostiene que las inclusiones se producen por - - trastornos de las relaciones afines que normalmente existen entre los folículos dentarios y la cresta alveolar durante las diversas fases de la evolución.

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

Independientemente de lo explicado anteriormente con respecto a la falta de espacio en los maxilares, - se debe tener en cuenta que cuando el canino se encuentra en la fosa canina los premolares ya van a hacer erupción - y los incisivos ya están en su lugar en la arcada ocupando la posición en el plano frontal, el canino temporal, - debe de mantener el espacio para el canino permanente (es

te espacio es muy corto), la presión mesial del segundo molar en su erupción es transmitida de un diente a otro hasta el canino temporal causando su acufamiento o retardando su retención por un período considerable.

Esta situación provoca una contracción parcial de esta zona donde desciende el canino causando su desviación hasta un lugar anormal.

TEMA V

CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES
RETENIDOS

Como ningún canino superior retenido es igual a otro, se ha intentado clasificarlos para que al hablar de un caso determinado sea más fácil comprender su localización y su posición.

Archer menciona 5 posiciones que son las más frecuentes:

1.- En el paladar con la corona localizada porlingual del incisivo lateral y la raíz extendida hacia atrás paralela a las raíces de los premolares.

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

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

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

5.- Con todo el diente colocado sobre la cara-
vestibular.

6.- En bocas desdentadas.

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

La clasificación que da Archer es la siguiente:

CLASE I. Caninos retenidos localizados en el pa-
ladar.

a).- Horizontal.

b).- Vertical.

c).- Semivertical.

CLASE II. Caninos retenidos localizados en la -
superficie vestibular del maxilar.

a).- Horizontal.

b).- Vertical.

c).- Semivertical.

CLASE III. Caninos retenidos localizados a la -
vez en palatino y vestibular, (con la corona en vestibu-
lar y la raíz en palatino o visceversa).

CLASE IV. Caninos retenidos localizados en la-
apófisis alveolar entre el incisivo lateral y el premolar
en posición vertical.

CLASE V. Caninos retenidos localizados en un -

maxilar desdentado.

Existe otra clasificación que además de la posición del diente incluye otros aspectos lo cual hace que sea más amplia y sea a la vez la más usada en cirugía. Esta clasificación incluye el grado de penetración del diente en el tejido óseo;

1.- Retención intraósea. El diente retenido se encuentra totalmente cubierto por hueso.

2.- Retención subgingival. Cuando parte del diente emerge del tejido óseo pero se encuentra cubierto por fibromucosa.

Los caninos retenidos pueden ser clasificados según 3 puntos que son:

a).- Con el número de dientes retenidos.

1.- Simple. (Unilateral).

2.- Doble. (Bilateral).

b).- Con la posición que estos dientes tienen en el maxilar.

1.- En el lado bucal o vestibular.

2.- En el lado palatino.

c).- Con la presencia o ausencia de dientes en la arcada.

1.- Caninos en maxilares desdentados.

2.- Caninos en maxilares dentados.

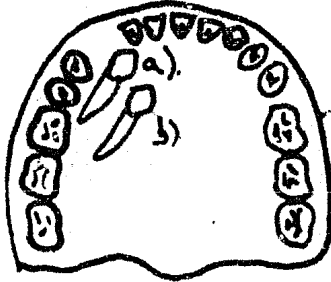
De acuerdo a lo anterior se tiene que hay 7 -

clases:

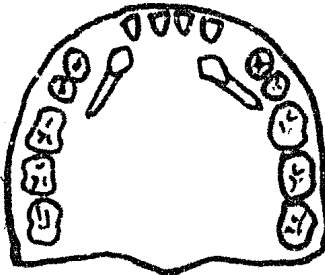
Clase I.- Retención unilateral, diente ubicado del lado -
palatino en un maxilar dentado.

a).- Lejos de la arcada dentaria.

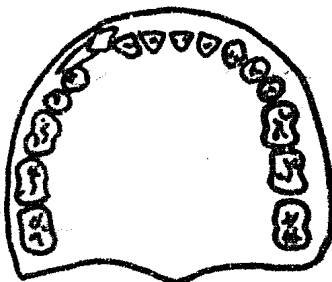
b).- Cerca de la arcada dentaria.



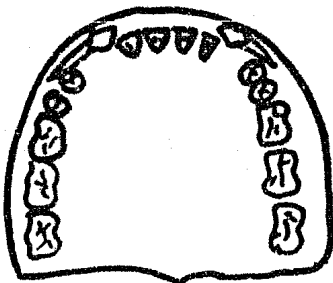
Clase II.- Retención bilateral, diente ubicado del lado -
palatino en un maxilar dentado.



Clase III.- Retención unilateral, diente ubicado del lado vestibular en un maxilar dentado.

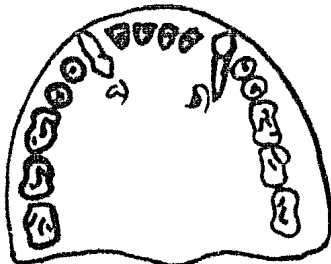


Clase IV.- Retención bilateral, dientes ubicados del lado vestibular en un maxilar dentado



Clase V.- Maxilar dentado y el canino localizado en posición vestíbulo palatino.

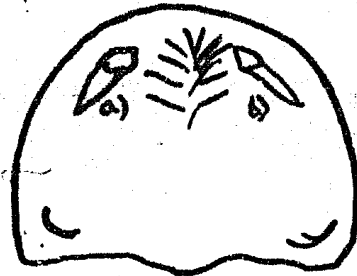
- a).- Con la corona hacia el lado palatino.
- b).- Con la corona hacia el lado vestibular.



Clase VI.- Diente ubicado del lado palatino en un maxilar desdentado.

a).- Retención unilateral.

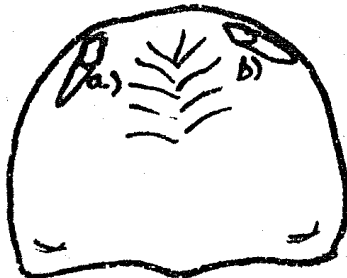
b).- Retención bilateral.



Clase VII.- Dientes ubicados del lado vestibular en un maxilar desdentado.

a).- Retención unilateral.

b).- Retención bilateral.



TEMA VI

MEDIOS DE DIAGNOSTICO

El principal medio de diagnóstico es la historia clínica, además de ser un elemento indispensable en el tratamiento de un paciente.

Hay 4 razones por las cuales se debe hacer una historia clínica.

a).- Para tener la seguridad de que el tratamiento no afectará el estado general del paciente ni su bienestar.

b).- Para averiguar la presencia de alguna enfermedad o la toma de algún medicamento que puedan modificar el tratamiento.

c).- Para establecer si es necesario un tratamiento especial en la enfermedad descubierta.

d).- Para conservarla como un documento útil en caso de reclamación fiscal por ineficiencia profesional.

El Dr. Alvin L. Morris confeccionó una Historia Clínica muy sencilla que abarca todos los puntos de interés para un dentista que va a realizar un tratamiento de cirugía o de cualquier otra especialidad.

La historia clínica es:

Nombre Sexo Edad
Dirección
Teléfono Ocupación Estado
Nombre y dirección de mi médico
¿Cuál es su principal trastorno bucal (en pocas palabras)?
.....

INSTRUCCIONES

Si la respuesta es afirmativa rodee con un - -
circulo la palabra sí, si es negativa rodeela con un circu
lo la palabra no. Conteste todas las preguntas y llene -
los espacios en blanco en los casos indicados.

- 1.- Padece Ud. algún trastorno o alguna enfermedad? Si No
a).- Ha observado alguna alteración de salud en el -
año pasado? Si No.
- 2.- Mi último reconocimiento físico fue en
- 3.- Está en tratamiento médico? Si No
a).- En caso afirmativo cuál fue la enfermedad que pa
dece?
- 4.- Ha padecido alguna enfermedad grave, lo han operado?-
Si No.
a).- En caso afirmativo ¿Cuál fue la enfermedad? ¿De-

qué le han operado?

5.- ¿Ha sido hospitalizado o ha padecido alguna enfermedad durante los últimos 5 años? Si No.

a).- En caso afirmativo ¿Cuál fue el problema?

6.- ¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?.

a).- Fiebre reumática o cardiopatía reumática? Si No.

b).- Lesiones cardiacas congénitas? Si No.

c).- Enfermedad cardiovascular (trastorno cardiaco, in suficiencia cardiaca, oclusión coronaria, tensión arterial elevada, arteroesclerosis, apoplejía) - Si No.

1.- Nota dolor en el pecho después de los esfuerzos? Si No.

2.- Le falta el aliento después de un ejercicio moderado? Si No.

3.- Se le hinchan los tobillos? Si No.

4.- Tiene dificultad para respirar cuando está acostado o necesita más almohadas cuando duerme? Si No.

d).- Alergia. Si No.

e).- Asma o fiebre del heno. Si No.

f).- Urticaria o erupción cutánea. Si No.

g).- Desvanecimiento o ataques. Si No.

h).- Diabetes. Si No.

1.- Tiene necesidad de orinar más de 6 veces al día. Si No.

2.- Tiene sensación de sed con mucha frecuencia. Si No.

3.- Nota a menudo sensación de sequedad en la boca. Si No.

i).- Hepatitis, ictericia, o enfermedad hepática. Si No.

j).- Artritis. Si No.

k).- Reumatismo inflamatorio (tumefacción dolorosa de las articulaciones) Si No.

l).- Ulceras gástricas. Si No.

m).- Trastornos renales. Si No.

n).- Tuberculosis. Si No.

o).- Tiene tos persistente, ha espectorado sangre alguna vez. Si No.

p).- Hipotensión. Si No.

q).- Enfermedades venéreas. Si No.

r).- Otras enfermedades Si No ¿Cuáles?

.....

7.- Ha tenido hemorragias anormales con ocasión de extracciones anteriores, intervenciones quirúrgicas o traumatismos? Si No.

a).- Se produce equimosis con facilidad? Si No.

b).- Ha necesitado alguna vez una transfusión sanguínea. Si No.

En caso afirmativo explique en que circunstancias

8.- Padece algún trastorno de la sangre por ejemplo anemia. Si No.

9.- Le han aplicado radioterapia o le han operado algún tumor, abultamiento o alguna otra alteración en la boca o los labios? Si No.

10.- Toma algún preparado, medicamento etc. Si No.

En caso afirmativo, ¿Cuál es?

11.- Toma usted alguna de las sig. medicinas?

a).- Antibióticos o sulfonamidas? Si No.

b).- Anticoagulantes. Si No.

c).- Medicamentos para la presión sanguínea. Si No.

d).- Cortisona. Si No.

e).- Tranquilizantes. Si No.

f).- Aspirina. Si No.

g).- Insulina, tolbutamina, o productos similares. Si No.

- h).- Digital u otros preparados cardiotónicos. Si No.
 - i).- Nitroglicerina. Si No.
 - j).- Algún otro medicamento
- 12.- Tiene alergia o reacción desfavorable a:
- a).- Anestésicos locales. Si No.
 - b).- Penicilinas u otros antibióticos. Si No.
 - c).- Sulfamidas. Si No.
 - d).- Barbitúricos, sedantes y tabletas contra el in--
somnio. Si No.
 - e).- Aspirina. Si No.
 - f).- Yodo. Si No.
 - g).- A otras sustancias
- 13.- Padece alguna enfermedad o algún trastorno que no ha--
ya sido mencionado más arriba y que considera conve--
niente que yo lo sepa? Si No.
- En caso afirmativo explique cuál es?
-
- 14.- Tiene dolor en la boca. Si No.
- 15.- Le sangran las encías. Si No.
- 16.- Cuándo visitó al dentista por última vez?
- 17.- Qué tratamiento le dió?
- 18.- Ha sufrido algún trastorno importante con relación a
algún tratamiento dental anterior? Si No.

En caso afirmativo, diga que ocurrió

MUJERES

19.- Está embarazada? Si No.

20.- Sufre algún trastorno con relación a su periodo menstrual? Si. No.

Posteriormente se procede a la inspección visual y los datos obtenidos se anotarán en hojas posteriores al anterior cuestionario, no tiene importancia el orden en que se efectúe la inspección de las diversas zonas de la boca, de modo que no pase por alto ninguna zona de los tejidos orales y periorales, debe ser sistemático:

1.- Mírese la piel del cuello, y cara, obsérvese la presencia de manchas, tumefacciones y ulceraciones.

2.- Dígase al paciente que abra la boca y la cierre mientras se observa la articulación temporomandibular.

3.- Obsérvese los labios y la mucosa labial, descubrir, posibles manchas ulceraciones y tumefacciones, doblando el labio superior hacia arriba y el inferior hacia abajo.

4.- Haciendo el movimiento de los labios como en el paso anterior se observarán las encías vestibulares viendo su color, densidad y forma.

5.- Se observará la lengua pidiéndole al paciente que toque con la punta el paladar, después se observará la parte posterolateral de ambos lados, sacando la lengua con una gasa y al mismo tiempo se examina el piso de boca-

6.- Las encías linguales y palatinas se observan con la ayuda de un espejo.

7.- El paladar blando, la uvula y la orofaringe se observan oprimiendo la lengua con un abatelenguas y diciendo al paciente que diga "AH".

El siguiente paso es la palpación, ésta se puede realizar junto con la inspección visual o después de ella.

Se debe empezar a palpar por los tejidos extraorales y terminar con los intraorales.

1.- Se ponen las manos planas sobre la cara, con los dedos índices apoyados con firmeza sobre la articulación temporomandibular y la glándula parotida, mientras que el paciente esté abriendo y cerrando la boca.

2.- Búsquense los ganglios linfáticos colocando los dedos sobre la piel del cuello, aproximadamente de 2 a 5 cms. debajo del borde inferior de la mandíbula, se deben presionar con firmeza y al mismo tiempo se van subiendo hasta llegar al borde inferior de la mandíbula.

3.- Los labios, la mucosa bucal, la lengua y el suelo de la boca se palpan bidigitalmente, el paladar también se palpará de la misma forma pero ejerciendo una ligera presión debido a que es más duro que los otros tejidos de la boca.

Finalmente en la parte última de la historia clínica se anotarán como observaciones los puntos de importancia durante la palpación, inspección, para que no pasen desapercibidos al estar llevando a cabo el tratamiento.

Es conveniente pedir al paciente que firme la historia clínica y que ponga la fecha con su puño y letra.

Otro método que se usa con frecuencia son los exámenes de laboratorio, los cuales permiten al dentista descubrir enfermedades generales en pacientes sospechosos, además son complemento de la historia clínica.

Los exámenes que se deben de practicar son:

Tiempo de protombina		10 a 14 seg.
Tiempo de tromboplastina		35 a 45 seg.
Recuento de plaquetas		150,000 a 300,000/mm ³
Hemoglobina	Varón	14 a 16 g/100 ml.
	Mujer	12 a 16 g/100 ml.
Hematocrito	Varón	40 a 54 %
	Mujer	37 a 47 %

Recuento de leucocitos 5,000 a 10,000/mm³

Fórmula leucocitaria.-

Neutrofilos	54 a 62%
Eosinofilos	1 a 3%
Basofilos	0 a 1%
Linfocitos	25 a 33%
Monocitos	0 a 9%

Prueba de la glicemia a las 2 horas de la comida 80 a 120 mg/100 ml.

Análisis de orina:

Glucosa	Negativa o indicios.
Proteínas.	Negativa o indicios.
Ph.	6.8 ó 7.2
Acetona	Negativa
Sangre	Negativa.

La radiografía es otro tipo de ayuda para el diagnóstico, para ésto es necesario que la técnica de toma de radiografía y de revelado de la misma sea perfecta para que no existan errores de interpretación.

A través de la radiografía se observa:

- a).- La posición del diente.
- b).- La forma del diente.

- c).- El tamaño del diente.
- d).- Las estructuras que rodean al diente.
- e).- Las dificultades que se pueden tener al -
realizar el tratamiento.
- f).- Los tipos de diente (Anormal o normal).
- g).- La condición patológica del diente y de -
los tejidos circundantes.

Los tipos de radiografías que se pueden usar pa
ra diagnosticar un canino superior retenido son:

A).- Apical.- Por medio de este tipo de radio--
grafía se observa la colocación del diente hacia vestib--
lar o palatino por la siguiente consideración, los objetos
que se hallan próximos a la película dan sombras más netas
y ricas en contraste, por lo tanto dada la colocación siem
pre palatina de la película, el diente retenido cerca del
paladar dará una sombra más rica en contrastes que los - -
otros dientes de la arcada, es bueno hacer una comproba---
ción con una radiografía de aleta de mordida y en posición
casi vertical.

El diente en colocación palatina se proyecta -
en la arcada dentaria y su corona en la proximidad de los
ápices radiculares de los otros dientes.

Cuando más horizontal aparezca representado el

diente en la radiografía tanto más cerca se encuentra de -
la cavidad nasal o del suelo del seno maxilar.

Ahora bien dependiendo de la proyección de la -
radiografía se puede rectificar cualquier duda sobre la po-
sición vestibular o palatina con radiografías en dirección
posterotransversal.

Si se toma una radiografía apical correcta per-
mitirá ver la corona del diente en relación con el borde -
gingival lo que permitirá saber a que altura se hará la in
cisión.

La técnica para tomar la radiografía apical es:

Se coloca la película con el eje longitudinal -
del paquetillo vertical y con el borde inferior paralelo -
al plano oclusal lo más cerca posible al borde incisal. Se
dirige el cono de rayos X procurando que el rayo central -
caiga en ángulo vertical de 45° con el centro del paqueti-
llo se le da un tiempo de exposición de $3/5$ de seg.

2.- La radiografía oclusal; este tipo de radiografía ayuda a determinar la posición exacta del canino superior retenido siempre y cuando esté correctamente tomada, se observará la posición vestibular o palatina del diente, la proximidad con los otros dientes, su proximidad con el seno maxilar o con otros dientes etc.

La técnica para tomar esta radiografía es:

Se coloca el paquétillo oclusal con el eje longitudinal desviado bucalmente (derecho o izquierdo) desde el plano medio y el borde posterior del paquétillo contra la rama del maxilar inferior. Se dirige el rayo central en ángulo vertical de $+60^\circ$ y ángulo horizontal de 60° medialmente a través de la fosa canina hasta el centro del paquétillo, el paciente cierra la boca e inmoviliza el paquétillo con una mordida suave.

La exposición es de .5 seg.

Con la radiografía, el interrogatorio, la palpación y la inspección se tienen elementos suficientes para planear un plan de tratamiento perfecto, para que en un 100% se tenga éxito.

TEMA VII

COMPORTAMIENTO DEL CIRUJANO DENTISTA ANTES
DE LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO

El tratamiento de un canino superior retenido -
puede ser una extracción o bien un tratamiento ortodóntico.

El odontólogo después de diagnosticar puede ha-
cerse las siguientes preguntas:

- 1.- El paciente necesita ser tratado?
- 2.- Está indicado un tratamiento quirúrgico o -
clínico?.
- 3.- El tratamiento hará bien al paciente o lo -
podrá perjudicar?.
- 4.- El paciente está en condiciones adecuadas -
de llevarse a cabo un tratamiento de esta
índole?.
- 5.- Cuento con el instrumental y equipo neces-
ario así como los conocimientos necesarios -
para hacer el tratamiento?.

Antes de llevar a cabo un tratamiento de tipo -
quirúrgico el dentista debe cuidar de que tanto en el con-
sultorio como en el instrumental se cumplan las siguientes
reglas:

El nivel de limpieza común y corriente que se -

tiene en un consultorio proporciona una protección sanitaria satisfactoria, pero al hacer un tratamiento de tipo quirúrgico y exponer los tejidos profundos de la boca de un paciente es más fácil que se presenten infecciones sobre todo en personas más susceptibles a éstas.

Sin embargo cuando el instrumental se encuentra libre totalmente de elementos patógenos es difícil la presentación de una infección.

Para lograr que el instrumental esté en condiciones óptimas se utilizarán métodos de desinfección o esterilización, aunque se ha visto que hay controversias en cuanto a estos dos términos, algunos autores consideran que la desinfección elimina algunos de los microorganismos pero no todos y que en la esterilización si se logra la eliminación total de ellos. Algunos otros autores consideran a los dos términos como sinónimos.

Tomando en cuenta la opinión de los primeros autores se tendrán:

Métodos de desinfección:

CEPILLADO CON JABON.- Por medio de éste se llevará a cabo un arrastre mecánico de los microorganismos, generalmente este método se usa antes de meter el instrumental al autoclave. Pero por si sola no es suficiente pa-

ra esterilizar instrumental.

LIMPIEZA CON ALCOHOL ISOPROPILICO AL 70%.- Elimina únicamente material superficial, y elimina cierta - cantidad de organismos existentes en el instrumental, pero no destruye a los patógenos.

EBULLICION.- Es un método que se utilizó mucho tiempo aunque actualmente está decayendo debido a que no elimina virus ni esporas, pero cuando no existe otro método mejor se puede usar un jabón detergente antes de meter el instrumental en ebullición a 100 °C durante 30 minutos.

DESINFECCION QUIMICA.- Los elementos químicos de desinfección no destruyen esporas, virus ni basilo tuberculoso, además las sustancias frías no penetran en las hendiduras de los instrumentos, algunos son neutralizados por el jabón que puede quedar en el instrumental después del lavado previo.

Sin embargo son útiles en instrumental que no ha de penetrar en los tejidos y en instrumental que es de reretido por el calor.

ULTRASONIDO.- Es un método que no proporciona esterilización sino únicamente limpieza del instrumental.

Métodos de esterilización.

AUTOCLAVE.- Es el más eficaz de todos los métodos

dos de esterilización, el período que debe permanecer en el autoclave el instrumental es de 20 minutos a 120°C.

CALOR SECO.- Es eficaz siempre y cuando actúe durante tiempo suficiente, es útil para esterilizar gasas y campos quirúrgicos los cuales deben permanecer una hora a 160°C lo mismo que los instrumentos de corte. Los campos y las gasas deben estar envueltos en una toalla de papel y los instrumentos pueden estar o no envueltos.

GAS.- El gas óxido de etileno mata virus, hongos, esporas y bacterias, no ataca tejidos ni plástico o goma siempre y cuando se use adecuadamente, los instrumentos deben permanecer 48 minutos a 60°C.

El equipo mínimo necesario para llevar a cabo una odontectomía es:

Sillón, charola para instrumental, la cual ha de ser cubierta con una toalla estéril, lámpara, vaso para agua, jeringa de agua, pieza de mano, fresas y piedras, eyector de saliva, gasa, algodón, jeringa para anestesia local, jeringa desechable para irrigar con suero, equipo para suturar, e instrumental quirúrgico que es:

Bisturí

Hojas de bisturí

Elevador de periostio.

Forceps

Tijeras

Lima para hueso

Cucharillas

Hemostáticos mosquito curvos o recto.

Portaagujas.

Elevadores rectos y de bandera.

El instrumental deberá permanecer ordenado y -
limpio durante toda la intervención, en el momento de ser
usado deberá limpiarse con gasa inmediatamente después.

Por último el vestido del operador y ayudante-
debe ser el adecuado para el caso, deben llevar cubrebo-
cas, gorro y guantes independientemente de la bata o fili-
pina.

Deben llevar a cabo el lavado de sus manos co-
rrectamente cuantas veces sea necesario antes de interve-
nir al paciente y el ayudante evitará introducir los de-
dos en la boca del paciente después de haber tocado algún
otro aparato o instrumental ya contaminado.

TEMA VIII

TECNICAS QUIRURGICAS

Todos los dientes retenidos son susceptibles de producir trastornos de diversas índoles, éstos trastornos se clasifican en:

A).- ACCIDENTES MECANICOS.

1.- Trastornos sobre la colocación normal de los dientes.

Un diente retenido intenta erupcionar provocando la desviación de los dientes contiguos.

2.- Trastornos sobre la integridad anatómica del diente. La presión que ejerce el diente retenido o el saco dentario sobre el diente vecino produce rizalisis y alteraciones en la dentina y pulpa.

B).- ACCIDENTES INFECCIOSOS.

Están dados por la infección del saco pericoronario de los dientes retenidos, dicha infección se puede originar por distintos mecanismos y por distintas vías.

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

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

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

La infección de un saco folicular produce inflamación local, dolor, aumento de la temperatura local, fístula, osteitis y osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos generales. Además es considerada como infección local que puede ocasionar trastornos de órganos vecinos como son: Seno maxilar, fosas nasales o dientes contiguos.

C).- ACCIDENTES NERVIOSOS.

La presión que ejerce el diente retenido sobre dientes vecinos, sus nervios y troncos mayores provocan neuralgias del trigemino.

D).- ACCIDENTES TUMORALES.

A través del saco folicular se pueden originar tumores de origen dentario. "Todo diente retenido es un quiste dentífero en potencia".

La extracción de un diente retenido es un tipo de tratamiento que consiste principalmente en la búsqueda y abulción del diente, en la cual se usa la técnica de-

colgajo y extracción por seccionamiento.

Indicaciones para realizar la extracción de un canino retenido.

1.- Cuando esté causando cualquiera de los accidentes antes mencionados.

2.- Cuando no puedan ser tratados ortodónticamente.

3.- Como prevención antes de colocar un aparato protésico.

Contraindicaciones para realizar la extracción de un canino retenido.

1.- Cuando el paciente sea menor de 20 años.

2.- Cuando pueda ser llevado ortodónticamente a su lugar en la arcada.

3.- En pacientes con diabetes no controlada o alguna enfermedad que ponga en peligro su vida.

Pasos para la odontectomía.

Caninos clase I de Archer.

1.- Limpieza.- Se limpia con una torunda con tintura de yodo la zona por incidir.

2.- Anestesia.- En cantidad suficiente se colocan puntos locales o la técnica infraorbitaria en la parte a intervenir (derecha o izquierda).

3.- Incisión.- Con una hoja # 12 se hace una -
incisión tipo Newman rodeando el cuello de los dientes -
iniciando en la papila interdientaria de los incisivos cen-
trales superiores, hasta la cara distal del segundo premo-
lar por palatino. Enseguida se hace una incisión libera-
triz recta que va desde la papila interdientaria de los -
centrales superiores (en el empiezo de la primera inci-
sión) hasta 4 cms. aproximadamente sobre el centro del pa-
ladar.

Esta incisión atravieza el conducto nasopalati-
no y produce hemorragia, la cual se controla presionando-
una gasa yodoformada sobre el conducto.

Una vez controlada la hemorragia se levanta el
colgajo con un periostotomo hasta que el hueso quede ex-
puesto, es importante evitar que se rasgue el colgajo y -
mantener éste en una sola posición durante la interven-
ción.

4.- Osteotomía.- En el hueso expuesto se loca-
liza la eminencia del canino retenido, sobre el hueso se
hacen con una fresa trepanos a distancia de 3 mm entre -
uno y otro alrededor de la corona del diente retenido, te-
niendo cuidado de no lesionar las raíces de los dientes -
vecinos.

Se unen los trepanos con la misma fresa y se saca el trozo de hueso que cubre la corona.

Si es necesario se agranda el tamaño de la abertura para ver completamente la corona. Si la corona se encuentra en contacto con las raíces de los dientes vecinos se agranda la cavidad del lado opuesto a las raíces de los dientes vecinos para no lesionarlas.

5.- Luxación del diente.- Con elevadores rectos o de bandera y con doble movimiento de elevación colocando un elevador a cada lado de la corona se trata de levantar la corona del diente.

Si se logra luxar el diente sin lastimar los dientes contiguos el siguiente paso es extraerlo con un forceps.

Pero si al intentar extraer el diente se lastimaran los otros dientes entonces con una fresa se secciona la corona a nivel del cuello, así se podrá recorrer la corona hacia atrás sin molestar los dientes en los que se apoya, después se extrae la corona.

Después se hace un orificio en la raíz del diente con una fresa, este nicho se usará como punto de apoyo para hacer palanca y extraer la raíz hacia adelante apoyándose en el hueso, de este modo se extrae la raíz.

6.- Limpieza de la cavidad.- Se limpian los restos de hueso y tejido que haya en la cavidad y redondear los bordes del alveolo y si se encuentra se debe remover el folículo dentario.

7.- Sutura.- Con puntos aislados se va a colocar el colgajo en su posición original. Es pertinente colocar un punto de sutura en cada una de las papilas interdentarias incididas y 2 en la incisión recta sobre el paladar. Es conveniente usar para esto hilo seda de 3 ceros.

8.- Colocar una gasa sobre el paladar durante 4 horas haciendo que el paciente muerda presionando ligeramente la gasa.

Caninos clase II de Archer.

1.- Limpieza con una gasa con tintura de yodo en la zona por incidir.

2.- Anestesia.- Puntos locales sobre la zona vestibular en fondo de saco y colocación de puntos locales por palatino en la zona circundante al canino retenido.

3.- Incisión.- Será de tipo Newman por vestibular.

4.- Levantar el colgajo. Se levanta con un periostotomo y se mantiene en posición durante la operación.

5.- Osteotomía.- Se hacen trepanos en el hueso-

alrededor de la corona. Se unen los trepanos con una fresa y se extrae el trozo de hueso, se agranda la cavidad con la fresa.

6.- Luxación del diente.- Se trata de luxar el diente con elevadores rectos o de bandera, si no es posible la extracción con forceps, se procederá a la sección de la corona con una fresa a nivel del cuello y se extrae la corona. Se hace un orificio en la raíz y se extrae con elevadores de bandera usando como apoyo el hueso hasta lograr la abulción de la raíz.

7.- Limpieza de la cavidad. Eliminar restos óseos y de tejido y redondear los bordes.

8.- Sutura.- Se coloca puntos aislados suficientes.

Caninos clase III de Archer.

Dientes con la corona sobre el paladar y la raíz sobre vestibular.

1.- Limpieza. Como en los casos anteriores.

2.- Anestesia.- Con puntos locales sobre vestibular en fondo de saco y en el paladar en la zona circundante al diente retenido se obtiene una buena insensibilización.

3.- Incisión.- Tipo Newman sobre vestibular co-

mo en el caso anterior. Levantar el colgajo.

4.- Apertura de un orificio por medio de la - -
unión de trepanos con fresa.

5.- Seccionamiento de la raíz por medio de esco-
plo y martillo o bien por medio de fresas, extracción de -
la raíz.

6.- Incisión por palatino desde la papila inter-
dentario de los incisivos centrales superiores hasta la ca-
ra distal del segundo premolar completándola con una inci-
sión en el centro del paladar de 4 cms. aproximadamente. -
Levantar el colgajo.

7.- Eliminar el hueso que cubre la corona del -
diente como en los casos anteriores y se agranda el orifi-
cio para que pueda salir la corona fácilmente.

8.- Con un instrumento como se trata de extraer
la corona por la abertura vestibular golpeando ligeramente
sobre el instrumento la región radicular hasta hacer salir
la corona de su sitio.

9.- Limpieza de la cavidad de restos de tejido-
y hueso.

10.- Se colocan los colgajos a su lugar y se su-
tura con puntos aislados.

En caso de que el canino esté colocado con la -

raíz hacia palatino y la corona en vestibular, se llevarán a cabo los pasos de la técnica anterior iniciando con una incisión vestibular tipo Newman, liberando hueso y exponiendo la corona del diente retenido, posteriormente se trata de extraer la corona con un forceps, en caso de no lograrlo se procede al seccionamiento del diente, se extrae la corona y después se hace la incisión palatina liberando después el hueso por medio de trepanos y al tener al descubierto la raíz se empuja ésta por medio de pequeños golpes con un instrumento hasta extraerla.

Se procede a la limpieza, colocación de los colgajos en un sitio y a la sutura.

Caninos retenidos en bocas desdentadas.

Las técnicas de extracción son las mismas, existen variaciones en la forma de hacer la incisión que serán a lo largo del proceso alveolar y no de tipo Newman, en caso de ver la retención bilateral la extensión de la incisión será mayor para que se puedan extraer al mismo tiempo ambos dientes retenidos. La sutura será con puntos locales a lo largo de la incisión con los puntos que sean necesarios.

Caninos retenidos bilaterales.

Si se encuentran en bocas dentadas las técnicas

de extracción serán las mismas que en casos anteriores se según sea el caso pero se harán en forma bilateral. En el momento de la incisión se cortará el paquete vasculonervioso en el caso de ser una extracción por palatino. En los casos en que la extracción bilateral sea por el paladar es esencial el apósito de gasa colocado en el momento después de hacer la sutura como se describió anteriormente.

TEMA IX

TRATAMIENTOS MAS SENCILLOS DE CANINOS
SUPERIORES RETENIDOS.

Existen ciertos tipos de caninos retenidos que se encuentran retenidos únicamente por tejido mucoso y que no han completado su erupción.

En estos casos el paso a seguir es eliminar el tejido mucoso únicamente con bisturí y hoja # 15 ó 12 haciendo una incisión alrededor de la corona del diente. Posiblemente se presente hemorragia un poco fuerte, pero fácil de controlar presionando con gasa yodoformada.

Hay otros tipos de retención en caninos en los que existe una ligera cantidad de hueso cubriendo la corona además del tejido mucoso.

En estos casos el tratamiento es muy sencillo - el cual consiste en eliminar el tejido mucoso alrededor de la corona del diente retenido y eliminación del tejido óseo con escoplo, posteriormente se coloca un apósito quirúrgico y si es necesario se llevará a cabo el tratamiento ortodóntico adecuado para colocar el diente en su posición normal.

Otros casos en los que la erupción de los dientes es impedida y debido a la pérdida prematura de los dientes primarios se origina una fibromatosis debido al constan

te estímulo de la masticación. La técnica para tratar éstos dientes es:

a).- Incisión inicial con bisturí No. 15 de Bard-Parker, se ven las bulbosidades de los dientes que intentan erupcionar.

b).- Incisión complementaria alrededor de la periferia del área bulbosa mostrando la cortical y parte de la corona.

c).- Corte horizontal a través del alveolo mostrando el grosor del tejido fibroso y la retención osea.

d).- Eliminación total del tejido que cubría la corona. Se siguió la periferia y la incisión se hace en bisel.

e).- Eliminación del hueso con un escoplo en el cual el bisel se enfrenta al hueso para tener la acción de cepillar y no de arrancar.

f).- Se tendrán expuestas totalmente las coronas

g).- El siguiente paso es colocar aposito quirurgico para que el tejido alrededor de la corona cicatrice perfectamente.

La remoción quirurgica del capuchón se debe hacer con un bisturí eléctrico ya que con tijeras corriente o bisturí es muy difícil. Pero existen instrumentos quirúrgi-

cos de paradentosis de Buck del # 6, 7, 9, 16, 17, para poder realizar los cortes deseados.

Estos instrumentos pueden sustituir al bisturí-eléctrico, aunque este tiene las sig. ventajas:

1.- No es necesario presionar los tejidos para separarlos. Por lo tanto el corte se puede hacer correctamente, sin que haya deslizamientos.

2.- Los cortes dan menos posibilidad de sangrey así la visibilidad es mayor.

3.- Los vasos linfáticos y los capilares son sellados a medida que están siendo cortados.

Para eliminar el capuchón se hace una incisión sobre la parte oclusal en su parte media llevándola hasta el margen distal de la corona, se coloca una gasa bordeada de medio centímetro de ancho y 3 cms de largo impregnada -- con solución de yodo o penicilina entre los bordes de la incisión y la cavidad, sobre éste drenaje se coloca una esponja pequeña pidiéndole al paciente que la muerda durante media hora. El tratamiento complementario serán comprimidos de 250,000 unidades de penicilina cada 6 hrs.

Este tratamiento debe seguirse diariamente hasta que los síntomas y molestias de la infección desaparezcan.

TEMA X

LA ORTODONCIA Y LOS CANINOS SUPERIORES
RETENIDOS

Para decidir si un canino retenido debe ser tratado ortodónticamente para lograr su correcta posición en la arcada se deben tomar en cuenta los siguientes aspectos: Relación con los dientes vecinos, tamaño, forma y posición de la raíz, espacio disponible.

En algunas ocasiones en que los caninos se encuentran retenidos por falta de espacio como ocurre con la mayoría de los casos de retención, es recomendable seguir 3 pasos:

1o.- Crear el espacio suficiente en la arcada para que erupcione el canino por medio de bandas, arcos o mantenedores de espacio a los que se les da el nombre de elementos primarios.

2o.- Hacer el acceso quirúrgico para que quede el canino al descubierto y poder colocar los aditamentos para traccionarlo a los que se le llaman elementos secundarios.

3o.- Este paso tiene la finalidad de poner en posición correcta el canino dentro de oclusión, y se reali

za por métodos ortodónticos que pueden ser:

a).- Ligadura por medio de alambre.- En este tipo de tratamiento no es necesario perforar la corona del diente retenido, está contraindicada cuando la corona del canino se encuentra muy cerca de la raíz del lateral o del primer premolar ya que puede lastimarlas. Tampoco debe usarse cuando la corona del diente no sea retentiva.

b).- Ligadura simple.- Se hace rodeando el cuello anatómico del diente retenido por medio de un alambre de acero inoxidable destemplado de 0.010" ó 0.020" de diámetro.

El alambre se fija al cuello del diente torciendo sus extremos para que la ligadura se cifa al diente de modo que los dos extremos de la ligadura queden entrelazados, se corta la ligadura dejando un excedente de tamaño suficiente para colocar sobre su extremo un resorte auxiliar el cual va a ser fijado en el aparato ortodóntico que hará la tracción.

c).- Doble ligadura.- La técnica para colocar la doble ligadura es la misma que en el caso anterior solo que se coloca otra ligadura en sentido opuesto a la primera, ésto es con el fin de tener dos riendas que aseguren el canino teniendo así dos guías para traccionar el canino.

En este caso se usa alambre de .10" ó .12" de diámetro.

d).- Ligadura de cincho.- Corre en forma doble por el cuello anatómico del diente de tal manera que al enrollarlo sus extremos van apretando más la ligadura impidiendo que ésta se resbale por la corona del canino.

e).- Ligadura transcoronaria.- Es usada como último recurso en el caso de que no sean útiles las técnicas anteriores, consiste en realizar una perforación con una fresa a través de la corona del diente del lado vestibular al lado palatino cuidando no dañar el tejido pulpar, de preferencia se hará en la región cuspidea. Después a través de la perforación se pasará un alambre el cual se ligará para que ese sea el medio de tracción.

f).- Perno, pin o poste metálico.- Se indica cuando solo se puede exponer quirúrgicamente una parte del canino retenido y el acceso a él resulta incómodo por la profundidad en la que se encuentra situado.

Se hace la tracción colocando el perno en una pequeña cavidad de la corona.

Actualmente hay varios tipos de pernos que son:

1.- Perno cementado.

El Dr. Markley indica que se hace una cavidad en la cara palatina del diente con una fresa del 1/2 ó 1 -

hasta penetrar 2 mm. sobre la dentina para lograr que el perno sea retenido.

El perno se coloca y se dobla su extremo libre en forma de asa y se cementa con fosfato de zinc. El extremo del perno será el punto desde el cual se tracciona el canino por medio de un resorte.

2.- Perno de fricción o UNITEK.

Se siguen los mismos pasos que en el caso anterior, aquí se usa un perno de 0.025 mm más grande que la fresa con que se hace la cavidad, esto es para que efectivamente sea retenido por fricción y no por cementación, el perno se introduce golpeándolo en su extremo libre ligeramente y así gracias a la elasticidad de la dentina el perno quedará colocado en posición adecuada.

Después se dobla el extremo en forma de asa para que sea el extremo de tracción.

3.- Perno de tornillo de rosca o T.M.S.

Se hace una cavidad por palatino como en los casos anteriores hasta dos mm dentro de la dentina. Se atornilla el perno en el diente en sentido de derecha a izquierda y se dobla el extremo en forma de asa.

Vienen en 5 presentaciones y traen consigo perno y fresa del mismo grosor.

4.- Perno de tracción para dientes retenidos.

La técnica para la colocación es la misma que - la del perno de tornillo de rosca o T.M.S.

Es un perno especial que tiene en su cuerpo una rosca la cual se atornilla en la corona del diente y en su extremo tiene una argolla por cuya luz se pasa el alambre de tracción.

Existe otro método para traccionar caninos retenidos que es: Bracket cementado de acuerdo a la técnica - Bonding o de enlace químico.

Es una técnica en la que se requiere un mínimo de exposición quirúrgica además de que causa menos trauma y molestias.

Se efectúa la exposición de una porción de la - corona del canino retenido, la cual se limpia con una copa de hule y pasta profiláctica, se lava el diente, se seca y se aísla, ya que cualquier partícula de vapor de agua causa fracaso en el sellante y en el adhesivo.

El esmalte del diente se grava con ácido fosfórico o cítrico al 50% durante un minuto cuidando que el - diente se mantenga perfectamente aislado, se enjuaga y se - ca hasta que el diente tenga una apariencia blanco gris.

Se coloca el sellador con un pincel de pelo de camello.

Se cataliza con ayuda de lámpara de rayos ultra violeta durante un minuto.

Nuevamente se seca el diente con aire, se prepará el adhesivo y se coloca el bracket exactamente en la - parte del canino que ha sido sellada, manteniéndose en posición 5 minutos. Transcurrido este tiempo está lo suficientemente fuerte para soportar la tracción de un aparato or-todóntico.

En cuanto erupciona el diente se coloca una banda para facilitar el movimiento a su posición final.

El último sistema de tracción de un canino retenido es cementación de una cofia metálica.

Consiste en exponer quirúrgicamente la corona - del diente y se toma una impresión de la corona con un anillo de cobre y modelina, (la impresión puede ser de las - 2/3 partes de la corona) se cubre la corona del canino y - se llena la cavidad que la aloja con cemento quirúrgico, - ésto se hace en los casos en los que por la profundidad en la que se encuentra la corona expuesta es conveniente evitar la formación de tejido de granulación que cubra el - - diente, obstaculizando la cementación posterior de la co--

fia, además por su acción analgésica mitiga el dolor postoperatorio.

Se efectúa el colado de la cofia en oro, soldándosele argollitas o cualquier otro aditamento que permita asir al diente.

Es un método de fijación seguro, pero difícilmente los pacientes lo aceptan ya que se tienen que intervenir 2 veces al paciente.

De las técnicas descritas anteriormente se han mencionado sus ventajas y desventajas así como la técnica de aplicación, en cada caso será necesario aplicar el criterio del dentista para realizar el tratamiento.

Es pertinente mencionar también que existen -- tratamientos ortodónticos de este tipo de duración escasa pero también los hay hasta de 2 años de duración y con visitas muy frecuentes al consultorio dental.

Lo único que queda por mencionar es que después de realizar un tratamiento ortodóntico de un canino retenido las ventajas que se tienen es que en la boca del paciente no se encuentra prótesis ocupando el lugar de un canino que estaba retenido y que al mismo tiempo que se logra colocar en oclusión el canino retenido se pueden realizar otros movimientos ortodónticos con el mismo aparato.

TEMA XI

POSIBLES COMPLICACIONES DESPUES DE REALIZAR LA
EXTRACCION DE UN CANINO SUPERIOR RETENIDO

En todo tipo de extracción de un diente retenido es comun que se presenten 3 problemas que son: dolor, edema y tumefacción. Estos tres aspectos van rela--cionados con el tiempo de la intervención y con la dificultad que esta presentó.

El dolor en algunas ocasiones no es muy severo, sin embargo hay ocasiones en que el paciente refiere mucho dolor debido a que se estuvo luxando el diente retenido -- con demasiada fuerza lo que dejó dolor al paciente en la - región de la intervención.

El edema y la tumefacción son estadios de la - inflamación que se puede considerar hasta cierto punto co-mo normal ya que después de la inflamación se presenta la - reparación.

Para evitar el dolor se pueden administrar me-dicamentos derivados del ácido acetil salicílico en table-tas o ampojetas en períodos de 6 a 8 horas, o cualquier -- otro tipo de analgésico.

El problema de la tumefacción se reduce apli--cando en la mejilla del lado de la extracción, compresas -

de agua fría cada hora por espacio de 15 minutos y esto es optativo.

La infección se puede presentar aún después de llevar a cabo las medidas antisépticas indicadas anteriormente, pero en caso de que ésta se presente y que exista exudado purulento es recomendable drenarlo y administrar al paciente penicilina o cualquier tipo de antibiótico si el paciente es hipersensible a la penicilina.

Si se presenta hemorragia posterior a la extracción es aconsejable colocar una gasa para que esté presionando la herida, en el caso de que el paciente vaya a ser portador de una prótesis inmediata ésta operará en la misma forma que la gasa. En casos de hemorragia severa se puede aplicar adrenalina al 1/1000 en la gasa y colocarla sobre la herida, o bien explorar la herida determinando el origen de la hemorragia y cohibirla.

Es importante conocer otros tipos de complicaciones que pueden presentarse al estar llevando a cabo la intervención ya que en algunas ocasiones son éstas las que retardan la extracción, entre las más comunes están:

- 1.- Trismus agudo. Este impide la masticación
- 2.- Fractura de raíces de dientes contiguos.
- 3.- Desgarramiento de vasos sanguíneos por lesión o compresión de la arteria y vena -

que irrigan la zona.

- 4.- Interrupción del flujo sanguíneo al colgajo lo que provoca la necrosis del colgajo.
- 5.- Fractura de hueso.
- 6.- Traumatismos o desplazamientos en los dientes vecinos.
- 7.- Lesiones en los labios, mejillas, o carrillos por el uso de instrumentos.
- 8.- Penetración del diente al seno maxilar.
- 9.- Abertura del seno maxilar.
- 10.- Comunicación con cavidad nasal.
- 11.- Gran traumatización de tejidos blandos.
- 12.- Perdida del gran parte del proceso alveolar por necrosis debido al traumatismo del hueso provocado por la presión excesiva -- con el elevador, o por golpear fuertemente el hueso con el escoplo o por usar fresas-- mal afiladas al hacer los trepanos.

TEMA XII

MEDICAMENTOS PREOPERATORIOS Y POSOPERATORIOS
USADOS EN CIRUGIA

La cirugía oral es una rama de la odontología que produce al paciente temor, el cual al estar interviniendo no permite la completa cooperación del paciente. - Para que un paciente esté tranquilo no es necesario siempre premedicarlo ya que se controla perfectamente sin necesidad de aplicarle nada.

Pero cuando un paciente es excesivamente nervioso es aconsejable aplicarle de 75 a 125 mg. de Pentobarbital por vías endovenosa para relajar el sistema nervioso.

Si se considera necesario la toma de antibióticos antes de la extracción o intervención del canino retenido se pueden administrar desde 2 días antes para tener el nivel de defensas necesario antes de la intervención, esto se hará de acuerdo al criterio del dentista.

El anestésico usado será el de mayor conocimiento del operador, el que el paciente acepte mejor y que de el tiempo deseado para trabajar sin dificultades. - En la intervención se pueden aplicar no solo un cartucho de anestesia sino los que se requieran.

Los medicamentos usados en tratamientos posoperatorios se agrupan en 3:

Analgésico.- Para evitar el dolor.

Antiinflamatorio para evitar inflamación.

Antibiótico.- Para evitar la infección.

De los 3 grupos anteriores se mencionan a continuación las marcas comerciales más conocidas las cuales deben administrarse de acuerdo a su índice terapéutico y a su índice de toxicidad.

ANALGESICOS

ANTIINFLAMATORIOS

ANTIBIOTICOS

Aspirina

Tromasin

Penicilina

Mejoral

Ambosin

Penicilina V.

Veganin

Tanderil

Meticilina

Conmel

Varidasa etc.

Ampicilina.

Falgo

Carbencilina

Prodolina

Estreptomina

Mecoten

Basitracina

Magnopiroi etc.

Neumicina

Polimina

Cloranfenicol

Tetraciclina.

Eritromicina, etc.

Después de realizar la extracción de un canino es recomendable dar las siguientes instrucciones al paciente:

1.- Recetar al paciente por escrito los medicamentos que se refieran a los 3 grupos anteriores.

2.- Anotar también las instrucciones necesarias para el cuidado de la boca.

3.- Ordenarle al paciente una dieta blanda abundante en alimentos ricos en proteínas.

4.- Mantener hasta lo más posible la higiene bucal por medio de cepillado dental.

5.- Indicarle al paciente que se coloque compresas de agua fría cada hora. (Optativo).

6.- Mantenerse en reposo y alejarse del calor.

7.- Darle cita para la revisión de la herida y control de su recuperación.

8.- Quitar los puntos de sutura en un lapso no mayor de 6 días.

TEMA XIII

CONCLUSIONES

1.- Los caninos retenidos son patologías muy-frecuentes en la práctica general del dentista.

2.- Su frecuencia permite decir que son dientes susceptibles de 2 tipos de tratamientos que son: quirúrgicos o por medios ortodónticos.

3.- Existen varios tipos de tratamientos quirúrgicos y diferentes técnicas debido a la gran diversidad de casos que se pueden presentar.

4.- Para llevar a cabo un tratamiento ortodóntico de un canino retenido existen muchos aparatos.

5.- La historia clínica, el diagnóstico y los elementos auxiliares de él, son de gran utilidad en la de terminación del tipo de tratamiento que se llevará a cabo.

6.- Los elementos indispensables en una odontectomía son asepsia, anticepsia y aplicación correcta de la técnica.

BIBLIOGRAFIA

Archer H.W. Atlas paso por paso de técnicas quirúrgicas.-
Ed. Mundi, Buenos Aires. Tomo I 1968.

Clarck. J. Henry B. Prácticas de cirugía oral.
Ed. Bibliografica Argentina. Buenos Aires 1963.

Gardner E. Grays D y O,rahilly R. Anatomía
Ed. salvat. 2ª edición 1978.

Hans Pichler. Cirugía Bucal de los maxilares.
Tomo I Ed. Labor 1964. Barcelona España

Justus R.Indicaciones y contraindicaciones en el uso y co
locación de aditamentos de ortodoncia para traccionar ca-
ninos retenidos. Revista de la A.D.M. Vol 34-5-1975.

Murillo Manzano. Utilización de aparatos de ortodoncia en
caninos superiores retenidos. Tesis U.N.A.M.
1976.

Morris Alvin L y Bohannan H. Las especialidades
odontológicas en la práctica general. Ed. Labor.
Barcelona 1976.

Paredes Cepeda M.C. y Barron A. Clasificación de caninos-
incluídos técnica y uso de elevadores. U.N.A.M.
tesis 1974.

Ries Centeno. Cirugía Bucal. Ed el Ateneo. México
1969.

Schuchardt K. Tratado general de osontoestomatología Tomo-
III Vol I Ed. Alhambra S.A. 1958.

Sterling V. Mead. Cirugía Bucal 1^a. parte. Ed. ETHEA 1976.

Voss H y Herlinger R. Tomo I y II. Ed. El Ateneo
Buenos Aires. 1974.

Wusehrmann y Arthur Manson Hing. Radiología Dental.
Ed. Salvat. Barcelina España 1975.

Winter Leo. Tratado de Exodoncia Ed. Pabul. Barcelona
España. 1957.