

318322 10
29

ULA UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA U. N. A. M.

TRATAMIENTO PRE - TRANS Y POSTOPERATORIO
EN CIRUGIA DE CANINOS SUPERIORES
INCLUIDOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
ENRIQUE CUITLAHUAC HERRERA DIAZ

TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1988



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.

INDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	1
TEMA 1: DIENTES INCLUIDOS (CANINOS).....	3
DEFINICIÓN	
INCIDENCIA	
ETIOLOGÍA	
CLASIFICACIÓN	
ACCIDENTES PROVOCADOS POR DIENTES INCLUIDOS (CANINOS)	
TEMA 2: TRATAMIENTO PREOPERATORIO.....	25
HISTORIA CLÍNICA	
ESTUDIO RADIOGRÁFICO	
FARMACOTERAPIA	
TEMA 3: TRATAMIENTO TRANSOPERATORIO.....	64
ANESTESIA	
COLGAJO	
OSTEOTOMÍA Y LUXACIÓN	
ODONTOSECCIÓN	
EXTRACCIÓN	
TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD	
SUTURA	

TEMA 4: COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS	94
HEMORRAGIA	
LUXACIÓN DE PIEZAS CONTIGUAS	
FRACTURA DE ALGUNA DE ESTAS PIEZAS	
PERFORACIÓN DEL SENO MAXILAR	
PERFORACIÓN DE PISO DE FOSA NASAL	
OSTEOTOMÍAS AMPLIAS	
TEMA 5: COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	114
HEMORRAGIAS	
DOLOR Y EDEMA	
ALVEOLITIS	
INFECCIÓN	
PARESTESIA	
TRISMUS	
CONCLUSIONES	130
BIBLIOGRAFÍA	132

INTRODUCCIÓN

LA MAYORÍA DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS, EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTE UN CANINO RETENIDO (MAXILAR SUPERIOR), NO TOMA EN CUENTA LA IMPORTANCIA DEL CANINO POR SU VALOR ESTÉTICO, ASÍ COMO POR EL VALOR QUE TIENE COMO DIENTE PILAR DENTRO DE LA CAVIDAD ORAL DEL PACIENTE.

POR LO GENERAL, ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE SE DEDICA A LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE. EL CIRUJANO DENTISTA DEBERÁ OBTENER CON DETALLE TODO LO RELACIONADO CON EL CASO DEL DIENTE A TRATAR, EN ESTE CASO, EL CANINO INCLUIDO.

COMENZAMOS POR TENER UNA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE, UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO REFERENTE AL DIENTE RETENIDO, COMO ES LA ETIOLOGÍA CAUSANTE DE LA RETENCIÓN, EL TIPO DE CLASIFICACIÓN EN EL QUE SE ENCONTRARÍA TAL DIENTE Y POR ÚLTIMO, UN ESTUDIO RADIOGRÁFICO PARA COMPROBAR O DESCARTAR EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO, ELABORAR EL PLAN DE TRATAMIENTO -- ADECUADO Y OBTENER LA POSICIÓN CORRECTA DEL DIENTE RETENIDO (CANINO).

TAMBIÉN ES IMPORTANTE EL CONSIDERAR SI EL CANINO RETENIDO ESTÁ INDICADO PARA SER TRATADO ORTODÓNTICAMENTE DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA LLEVÁNDOLO A UNA POSICIÓN

ESTÉTICA Y FUNCIONAL DENTRO DE LA CAVIDAD ORAL O ÚNICAMENTE ESTARÁ INDICADO PARA SU EXTRACCIÓN.

TODO ESTO NOS TRAERÁ COMO RESULTADO, EL OBTENER MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR PROCESOS PATOLÓGICOS PROVOCADOS POR EL DIENTE Y OBTENER ASÍ, ÉXITO EN NUESTRO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO-ORTODÓNTICO O SIMPLEMENTE QUIRÚRGICO.

TITULO:
TRATAMIENTO PRE-TRANS Y POSTOPERATORIO
EN CIRUGÍA DE CANINOS SUPERIORES
INCLUIDOS

TEMA 1: DIENTES INCLUIDOS (CANINOS)

DEFINICIÓN E INCIDENCIA: SE DENOMINA "DIENTE RETENIDO" (DIENTE INCLUIDO) A AQUELLOS QUE UNA VEZ LLEGADA LA ÉPOCA NORMAL DE ERUPCIÓN, QUEDAN ENCERRADOS DENTRO DE LOS MAXILARES, MANTENIENDO LA INTEGRIDAD DE SU SACO PERICORONARIO FISIOLÓGICO.

LA RETENCIÓN DENTARIA PUEDE PRESENTARSE EN DOS FORMAS: - EL DIENTE ESTÁ COMPLETAMENTE RODEADO POR TEJIDO OSEO (RETENCIÓN INTRAOSEA), O EL DIENTE ESTÁ CUBIERTO POR LA MUCOSA GINGIVAL (RETENCIÓN SUBGINGIVAL).

INCLUSIÓN PARCIAL: ES EL DIENTE CUYA ERUPCIÓN ES INCOMPLETA, CLÍNICAMENTE ES VISIBLE, PERO A MENUDO SU POSICIÓN ES ANORMAL O SE HALLA CUBIERTA POR TEJIDO BLANDO O HUESO.

INCLUSIÓN OSEA COMPLETA: ES EL DIENTE QUE SE HALLA TOTALMENTE ENCERRADO EN EL HUESO DE LOS MAXILARES.

INCLUSIÓN OSEA PARCIAL: ES UN DIENTE PARCIALMENTE CUBIERTO CON HUESO; PUEDE PRESENTAR UNA INCLUSIÓN COMPLETA DE TEJIDO BLANDO Y UNA INCLUSIÓN OSEA PARCIAL.

INCLUSIÓN POTENCIAL: ES UN DIENTE NO ERUPCIONADO QUE CONSERVA EL POTENCIAL PARA ERUPCIONAR PERO QUE CON TODA PROBABILIDAD OCUPARÁ AL SALIR, UNA POSICIÓN Y FUNCIONES ANORMALES DEBIDO A LA OBSTRUCCIÓN. CUALQUIERA DE LOS DIENTES -- TEMPORALES, PERMANENTES O SUPERNUMERARIOS PUEDEN QUEDAR RETENIDOS EN LOS MAXILARES.

INCIDENCIA: CUALQUIER DIENTE PUEDE QUEDAR RETENIDO, PERO UNOS TIENEN MAYOR PREDISPOSICIÓN QUE OTROS PARA HACERLO.

LA INCIDENCIA O FRECUENCIA CON LA QUE SE PRESENTAN LAS RETENCIONES VA EN RELACIÓN CON LOS DIENTES QUE TIENEN SU -- APARICIÓN TARDÍA. POR LO GENERAL, LOS DIENTES RETENIDOS PROVOCAN TRASTORNOS PATOLÓGICOS Y PARODONTALES, SIN EMBARGO, LOS HAY QUE NO PROVOCAN NINGÚN EFECTO PATOLÓGICO.

LOS DIENTES QUE SE RETIENEN CON MAYOR FRECUENCIA SON:

- EN PRIMER LUGAR, LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES
- SEGUNDO LUGAR, LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES
- TERCER LUGAR, LOS CANINOS SUPERIORES
- CUARTO LUGAR, LOS CANINOS INFERIORES

- QUINTO LUGAR, LOS PREMOLARES INFERIORES
- SEXTO LUGAR, LOS PREMOLARES SUPERIORES
- SÉPTIMO LUGAR, INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES
- Y POR ÚLTIMO, LOS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES

EN LO QUE COMPETE A ESTE ESTUDIO CON RESPECTO A LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS: SON MÁS FRECUENTES LAS RETENCIONES - UNILATERALES QUE LAS BILATERALES.

ES TRES VECES MÁS FRECUENTE EN MUJERES QUE EN HOMBRES. LA CAUSA DE ESTO ES POR EL MENOR TAMAÑO DE LOS MAXILARES Y POR QUE LA FORMACIÓN DE LOS CANINOS EN LAS MUJERES TIENE UNA -- TERMINACIÓN MÁS PRECOZ, POR LO QUE EL CANINO PERMANECE MA-- YOR TIEMPO DENTRO DEL HUESO.

EN LAS MUJERES ES MÁS FRECUENTE DEL LADO IZQUIERDO. EL CANINO SUPERIOR QUEDA RETENIDO MÁS QUE EL INFERIOR EN UNA PROPORCIÓN DE 20 A 1.

CUANDO LA RETENCIÓN ES EN LA ARCADA INFERIOR, ES MÁS FRE-- CUENTE QUE SEA POR VESTIBULAR.

EN LA RETENCIÓN DEL CANINO SUPERIOR, LA RETENCIÓN PALATINA ES MÁS FRECUENTE QUE LA VESTIBULAR EN UNA PROPORCIÓN DE 3 A 1, PORQUE CUANDO LA RAIZ DEL CANINO ESTÁ EN FORMACIÓN, -

SU CORONA ESTÁ COLOCADA HACIA EL PALADAR CON RESPECTO A -
LA RAIZ DEL CANINO PRIMARIO.

CUANDO LA RETENCIÓN ES PALATINA, ES MÁS FRECUENTE LA POSI
CIÓN INCLINADA, LUEGO LA HORIZONTAL Y POR ÚLTIMO LA VERTI
CAL.

CUANDO LA RETENCIÓN ES VESTIBULAR, ES MÁS FRECUENTE LA PO
SICIÓN VERTICAL, LUEGO LA INCLINADA Y POR ÚLTIMO LA HORI
ZONTAL.

DE CADA 100 CASOS, UNO PRESENTA CANINOS RETENIDOS. ES SU
MAMENTE RARO QUE UN CANINO TEMPORAL QUEDE RETENIDO.

LOS DIENTES RETENIDOS PUEDEN ESTAR O NO EN ECTOPÍA. LOS -
CANINOS SUPERIORES RETENIDOS POR LO GENERAL ESTÁN ECTÓPICOS.

LAS TÉCNICAS PARA LA EXTRACCIÓN O PARA LA TRACCIÓN ORTODÓN
TICA DE LOS CANINOS RETENIDOS ES MÁS FRECUENTEMENTE USADA
EN JÓVENES DE 12 A 16 AÑOS.

SEGÚN LAS ESTADÍSTICAS DE BERTEN CIESZYNSKI, LA FRECUENCIA
QUE CORRESPONDE A LOS DIENTES RETENIDOS ES LA SIGUIENTE:

TERCER MOLAR INFERIOR..... 35%
CANINO SUPERIOR..... 34%

TERCER MOLAR SUPERIOR 9%
SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR.. 5%
CANINO INFERIOR 4%

ETIOLOGÍA:

CAUSAS LOCALES DE RETENCIÓN

SEGÚN BERGER:

- 1) IRREGULARIDAD EN LA POSICIÓN Y PRESIÓN EN UN DIENTE ADYACENTE.
- 2) LA DENSIDAD DEL HUESO QUE LO CUBRE.
- 3) FALTA DE ESPACIO EN LOS MAXILARES POCO DESARROLLADOS.
- 4) INDEBIDA RETENCIÓN DE LOS DIENTES PRIMARIOS.
- 5) PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES PRIMARIOS.
- 6) ENFERMEDADES ADQUIRIDAS TALES COMO NECROSIS DEBIDA A LA INFECCIÓN O ABSCESOS, CAMBIOS INFLAMATORIOS - EN EL HUESO POR ENFERMEDADES EXANTÉMICAS EN LOS NIÑOS.

SEGÚN DEWELL:

- 1) LOS HUESOS DEL PALADAR DURO OFRECEN MAYOR RESISTENCIA QUE EL HUESO ALVEOLAR A LA ERUPCIÓN DE LOS CANINOS MAL UBICADOS HACIA LINGUAL.

- 2) LA MUCOSA QUE CUBRE EL TERCIO ANTERIOR DEL PALADAR ESTÁ SUJETA A REPETIDOS ESFUERZOS Y PRESIONES DURANTE LA MASTICACIÓN, POR LO CUAL SE VUELVE GRUESA, DENSA Y RESISTENTE. ESTÁ ADHERIDA MÁS FIRMEMENTE A LA ESTRUCTURA OSEA QUE NINGÚN OTRO TEJIDO BLANDO DE LA CAVIDAD BUCAL.
- 3) LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES DEPENDE HASTA CIERTO PUNTO DE UN AUMENTO ASOCIADO AL DESARROLLO APICAL; ESTOS AYUDAN A LA ERUPCIÓN DE LOS CANINOS, ESTÁ DISMINUIDA PORQUE SU RAIZ SE HALLA NORMALMENTE FORMADA EN EL MOMENTO DE LA ERUPCIÓN COMO LA DE CUALQUIER OTRO DIENTE PERMANENTE.
- 4) CUANTO MÁS GRANDE ES LA DISTANCIA QUE UN DIENTE DEBE RECORRER DESDE SU PUNTO DE DESARROLLO, HASTA EL DE OCLUSIÓN NORMAL, TANTO MAYORES SON LAS POSIBILIDADES DE QUE SE DESVÍE DE SU CURSO NORMAL Y SE PRODUZCA LA RETENCIÓN CONSIGUIENTE. EL CANINO DEBE RECORRER UNA DISTANCIA MAYOR QUE LOS OTROS DIENTES PARA LLEGAR A LA COMPLETA OCLUSIÓN, FUNCIONAL Y ESTÉTICA.

ES IGUALMENTE CIERTO QUE CUANTO MENOR ES LA DISTANCIA QUE UN DIENTE DEBE RECORRER, TANTO MENORES SON LAS POSIBILIDADES DE RETENCIÓN.

LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES SON LOS QUE RECO-

RREN LA DISTANCIA MÁS CORTA Y LOS QUE RARA VEZ QUE DAN RETENIDOS.

- 5) DURANTE EL DESARROLLO, LA CORONA DE LOS CANINOS -- PERMANENTES ESTÁ COLOCADA POR LINGUAL, DEL LARGO - ÁPICE DE LA RAIZ DEL CANINO PRIMARIO. CUALQUIER - CAMBIO EN LA POSICIÓN O CONDICIÓN DE ÉSTE ÚLTIMO - CAUSADO POR CARIES O PÉRDIDA PREMATURA DE LOS MOLA RES PRIMARIOS SE REFLEJA A LO LARGO DE SU ALTURA - COMPLETA HASTA EL EXTREMO DE LA RAIZ, PUDIENDO CAU SAR FÁCILMENTE UNA DESVIACIÓN EN LA POSICIÓN Y DI RECCIÓN DE CRECIMIENTO DEL GERMEN DEL CANINO PERMA NENTE.
- 6) REABSORCIÓN RETARDADA DE LAS RAICES DE LOS CANINOS PRIMARIOS.
- 7) LOS CANINOS SON LOS ÚLTIMOS DIENTES ANTERIORES EN ERUPCIONAR, POR LO CUAL, ESTÁN EXPUESTOS A LAS IN FLUENCIAS AMBIENTALES DESFAVORABLES.
- 8) LOS CANINOS ERUPCIONAN ENTRE DIENTES QUE YA ESTÁN EN OCLUSIÓN Y ENTRAN EN COMPETENCIA POR EL ESPA- CIO CON LOS SEGUNDOS MOLARES, GENERALMENTE TAM- BIÉN EN ERUPCIÓN.
- 9) EL CANINO ESTÁ PRECEDIDO POR UN CANINO PRIMARIO, - CUYO DIÁMETRO MESIODISTAL ES MUCHO MENOR QUE EL -

DEL PERMANENTE.

CAUSAS SISTEMÁTICAS DE RETENCIÓN:

LAS RETENCIONES SE ENCUENTRAN A VECES EN DONDE NO EXISTEN -
CONDICIONES LOCALES PRESENTES,

EN ESTOS CASOS HAY, SEGÚN BERGER:

A) CAUSAS PRENATALES:

1. HERENCIA
2. MEZCLA DE RAZAS

B) CAUSAS POST-NATALES. TODAS LAS CAUSAS QUE PUEDEN -
INTERFERIR EN EL DESARROLLO DEL NIÑO, TALES COMO:

1. RAQUITISMO
2. ANEMIA
3. TUBERCULOSIS
4. DISENDOCRINAS
5. DESNUTRICIÓN

C) CONDICIONES RARAS:

1. DISOSTOSIS CLEIDO CRANEAL
2. OXICEFALEA
3. PROGERIA
4. ACONDRPLASIA
5. PALADAR FISURADO

DISOSTOSIS CLEIDO CRANEAL: ES UNA CONDICIÓN CONGÉNITA MUY RARA EN LA CUAL SE OBSERVA OSIFICACIÓN DEFECTUOSA DE LOS - HUESOS CRANEALES, AUSENCIA COMPLETA O PARCIAL DE LAS CLAVÍCULAS, RECAMBIO DENTARIO RETARDADO, DIENTES PERMANENTES NO ERUPCIONADOS Y DIENTES SUPERNUMERARIOS RUDIMENTARIOS.

OXICEFALEA: ES LA LLAMADA "CABEZA CÓNICA", EN LA CUAL LA PARTE SUPERIOR DE LA CABEZA ES PUNTIAGUDA.

PROGERIA: REPRESENTA ENVEJECIMIENTO PREMATURO, CARACTERIZADO POR ESTATURA PEQUEÑA, AUSENCIA DE VELLO FACIAL Y PÚBICO, PIEL ARRUGADA, CABELLO GRIS Y EL ASPECTO FACIAL, ACTITUDES Y MANERAS DE UN ANCIANO.

ACONDROPLASIA: ES UNA ENFERMEDAD DEL ESQUELETO QUE SE INICIA EN LA VIDA FETAL Y PRODUCE UNA FORMA DE ENANISMO. EN ESTAS CONDICIONES, EL CARTÍLAGO NO SE DESARROLLA NORMALMENTE.

PALADAR FISURADO: ES UNA DEFORMIDAD POR UNA FISURA CONGÉNITA EN LA LÍNEA MEDIA.

POR CONSECUENCIA DE ESTOS FACTORES, EL CANINO ES EL TERCERO EN FRECUENCIA DE LOS DIENTES RETENIDOS.

ROHNER DEMOSTRÓ QUE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS SON -
MÁS FRECUENTES QUE LOS INFERIORES. LA RETENCIÓN POR PALA-
TINO ES TRES VECES MÁS FRECUENTE QUE POR VESTIBULAR.

LA MAYORÍA DE LOS CASOS DE RETENCIÓN SE ENCUENTRA EN EL --
SEXO FEMENINO A CAUSA DE QUE LOS HUESOS DEL CRÁNEO Y LOS -
MAXILARES SON, POR TÉRMINO MEDIO, MÁS PEQUEÑOS QUE LOS DEL
HOMBRE.

EL CANINO INFERIOR, EN CONTRASTE CON EL SUPERIOR, PRESENTA
MENOS RESISTENCIA Y CUANDO SE PRESENTA, LO HACE GENERALMEN
TE POR VESTIBULAR Y MUY RARA VEZ POR LINGUAL.

DEL MISMO MODO, TAMBIÉN SE PUEDEN CLASIFICAR LAS RAZONES -
POR LAS CUALES EL DIENTE NO HACE ERUPCIÓN DE LA SIGUIENTE-
MANERA:

1. RAZONES EMBRIOLÓGICAS

LA UBICACIÓN ESPECIAL DEL GERME DENTARIO EN SITIO MUY
ALEJADO DEL NORMAL DE ERUPCIÓN; POR RAZONES MECÁNICAS, EL
DIENTE ORIGINADO POR TAL GERME ESTÁ IMPOSIBILITADO DE LLE
GAR HASTA EL BORDE ALVEOLAR.

EL GERME DENTARIO PUEDE HALLARSE EN SU SITIO, PERO EN UNA
ANGULACIÓN TAL, QUE AL CALCIFICARSE EL DIENTE Y EMPEZAR EL
TRABAJO DE ERUPCIÓN, LA CORONA TOMA CONTACTO CON UN DIENTE

VECINO ERUPCIONADO; ESTE CONTACTO CONSTITUYE UNA VERDADERA FIJACIÓN DEL DIENTE EN ERUPCIÓN EN POSICIÓN VICIOSA. SUS RAÍCES YA DESARROLLADAS NO TIENEN LA FUERZA IMPULSIVA PARA LOGRAR COLOCAR AL DIENTE EN UN EJE QUE LE PERMITA ERUPCIONAR NORMALMENTE.

RADASCH (1927) AFIRMA QUE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS DE LAS INCLUSIONES, SON EXCLUSIVAMENTE DE CARÁCTER EMBRIOGÉNICO, SOSTIENE QUE LA INCLUSIÓN SE PRODUCE POR TRASTORNOS DE LAS RELACIONES AFINES QUE NORMALMENTE EXISTEN ENTRE EL FOLÍCULO DENTARIO Y LA CRESTA ALVEOLAR, DURANTE LAS DIVERSAS FASES DE SU EVOLUCIÓN. LOS CAMBIOS QUE SUFREN ESTAS ESTRUCTURAS SE PRODUCEN COMO CONSECUENCIA DE ALTERACIONES EN LA FORMACIÓN DEL TEJIDO ÓSEO Y QUE HACE DESPLAZAR AL FOLÍCULO DENTARIO.

2. OBSTÁCULOS MECÁNICOS

A) FALTA DE ESPACIO: EL CANINO SUPERIOR TIENE SU GERMEN SITUADO EN LO MÁS ELEVADO DE LA FOSA CANINA. COMPLETADA LA CALCIFICACIÓN DEL DIENTE Y EN MAXILARES DE DIMENSIONES REDUCIDAS, NO TIENE LUGAR PARA IR A OCUPAR SU SITIO NORMAL EN LA ARCADA. SE LO IMPIDEN EL INCISIVO LATERAL Y EL PRENOLAR YA ERUPCIONADOS.

GOLDSMITH (1931) AFIRMA: EL CANINO SE HALLA ALTO EN EL MAXILAR CUANDO LOS PREMOLARES VAN A HACER ERUPCIÓN. EN ESE-

MOMENTO, LOS INCISIVOS SE HALLAN IMPLANTADOS EN SU POSICIÓN DEL PLANO FRONTAL.

EL CANINO TEMPORAL, QUE DEBE MANTENER EL ESPACIO PARA SU CESOR PERMANENTE, ES MUY ANGOSTO PARA RETENER EL ESPACIO NECESARIO MESIODISTAL. LA PRESIÓN MESIAL DEL SEGUNDO PREMOLAR EN SU ERUPCIÓN, ES TRANSMITIDA DE UN DIENTE A OTRO, HASTA EL CANINO DECIDUO, CAUSANDO SU ACUÑAMIENTO O RETARDANDO SU RETENCIÓN POR UN PERÍODO DE TIEMPO CONSIDERABLE; AUN ESTANDO SU RAIZ CASI ABSORBIDA, ESTA SITUACIÓN ORIGINA UNA CONTRACCIÓN PARCIAL DE ESTA ZONA DONDE DESCENDE EL CANINO CAUSANDO DESVIACIÓN HACIA SU POSICIÓN NORMAL.

B) HUESO DE TAL CONDENSACIÓN, QUE NO PUEDE SER VENCIDO POR TRABAJO DE ERUPCIÓN.

C) IMPEDIMENTOS QUE SE OPOEN A LA NORMAL ERUPCIÓN PUEDEN SER: DIENTES VECINOS QUE POR EXTRACCIÓN PREMATURA DEL TEMPORAL HAN ACERCADO SUS CORONAS, CONSTITUYENDO UN OBSTÁCULO MECÁNICO A LA ERUPCIÓN DEL PERMANENTE; POSICIÓN VICIOSA DE UN DIENTE RETENIDO QUE CHOCA CONTRA LAS RAÍCES DE LOS DIENTES VECINOS.

D) DIVERSOS ELEMENTOS PATOLÓGICOS PUEDEN OPONERSE A LA ERUPCIÓN DENTARIA NORMAL, DIENTES SUPERNUMERARIOS, TU-

MORES ODONTOGÉNICOS.

DAMONTE PRESENTÓ EN EL TERCER CONGRESO ODONTOLÓGICO LATINO AMERICANO, VARIOS CASOS DE DIENTES RETENIDOS POR LA PRESENCIA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS.

LOS ODONTOMAS CONSTITUYEN UN IMPEDIMENTO MECÁNICO DE LA -- ERUPCIÓN DENTARIA. POR OTRA PARTE, UN QUISTE PUEDE RECHAZAR O INCLUIR PROFUNDAMENTE AL DIENTE QUE SE ENCUENTRA EN SU CAMINO, IMPIDIENDO SU ERUPCIÓN.

CLASIFICACIÓN: ESTAS CLASIFICACIONES DE CANINOS RETENIDOS ESTÁN DADAS POR DIFERENTES AUTORES SEGÚN W. MARRY ARCHER, BADEN, RIES CENTENO, F. NOLTE Y A. SMECHE.

- A) CLASE 1: CANINOS RETENIDOS LOCALIZADOS EN EL PALADAR
- A) HORIZONTAL
 - B) VERTICAL
 - C) SEMIVERTICAL

- CLASE 2: CANINOS RETENIDOS LOCALIZADOS EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR DEL MAXILAR SUPERIOR
- A) HORIZONTAL
 - B) VERTICAL
 - C) SEMIVERTICAL

CLASE 3: CANINOS RETENIDOS LOCALIZADOS A LA VEZ EN PALATINO Y VESTIBULAR, EJEMPLO: LA CORONA ESTÁ EN EL PALADAR Y LA RAIZ PASA ENTRE -- LAS RAICES DE LOS DIENTES ADYACENTES TERMINANDO EN ÁNGULO SOBRE LA SUPERFICIE VESTIBULAR DEL MAXILAR SUPERIOR.

CLASE 4: CANINOS RETENIDOS LOCALIZADOS EN LA APÓFISIS ALVEOLAR ENTRE EL INCISIVO Y EL PRIMER PREMOLAR EN POSICIÓN VERTICAL.

CLASE 5: CANINOS RETENIDOS LOCALIZADOS EN EL MAXILAR SUPERIOR DESDENTADO.

W. HARRY ARCHER

**B) CLASIFICACIÓN DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS:
POSICIÓN LABIAL**

- 1) CORONA CONTRA LAS RAICES DE LOS INCISIVOS
- 2) CORONA ALTA, POR ARRIBA DE LOS APICES
- 3) TRANSVERSO

POSICIÓN PALATINA

- 1) SUPERFICIAL, CONTRA EL CUELLO DE LOS INCISIVOS
- 2) PROFUNDO, CONTRA LAS RAÍCES DE LOS INCISIVOS

POSICIÓN INTERMEDIA

- 1) CORONA ENTRE EL INCISIYO LATERAL Y EL PRIMER PREMOLAR
- 2) CORONA ARRIBA DE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES ANTERIORES, DIRECTAMENTE LABIAL O LINGUAL. LA RAÍZ AL CONTRARIO.

POSICIONES ATÍPICAS

- 1) EN LA PARED NASOANTRAL
- 2) EN EL SENO MAXILAR
- 3) ENTRE EL PRIMERO Y SEGUNDO PREMOLARES
- 4) EN EL PISO DE LA ÓRBITA
- 5) EN EL PISO DE LAS FOSAS NASALES

LO ANTERIOR FUE DESCRITO POR BADEN 1956

C) CLASIFICACIONES DE LOS CANINOS SUPERIORES

LA RETENCIÓN DE LOS CANINOS SUPERIORES PUEDE PRESENTARSE DE DOS MANERAS DE ACUERDO CON EL GRADO DE PENETRACIÓN DEL DIENTE EN EL TEJIDO ÓSEO; RETENCIÓN INTRAÓSEA, CUANDO LA PIEZA DENTARIA ESTÁ POR ENTERO CUBIERTA DE HUESO Y RETENCIÓN SUBGINGIVAL, CUANDO PARTE DE LA CORONA EMERGE DEL TEJIDO ÓSEO, PERO ESTÁ RECUBIERTA -- POR LA FIBROMUCOSA.

LOS CANINOS PUEDEN CLASIFICARSE DE ACUERDO CON:

- 1) EL NÚMERO DE DIENTES RETENIDOS
- 2) LA POSICIÓN QUE ESTOS DIENTES PRESENTAN EN EL MAXILAR
- 3) LA PRESENCIA O LA AUSENCIA DE DIENTES EN LA ARCADA
 - A) LA RETENCIÓN PUEDE SER SIMPLE O DOBLE.
 - B) CANINOS SITUADOS EN EL LADO PALATINO O SITUADOS EN EL LADO VESTIBULAR.
 - C) CANINOS EN MAXILARES DENTADOS O EN MAXILARES DES-DENTADOS.

DE ACUERDO CON ESTOS TRES PUNTOS, SE PUEDE ORDENAR UNA CLASIFICACIÓN QUE CORRESPONDA A TODOS LOS CASOS DE RETENCIONES.

CLASE 1. MAXILAR DENTADO, DIENTE UBICADO DEL LADO PALATINO
RETENCIÓN UNILATERAL

- A) CERCA DE LA ARCADA DENTARIA
- B) LEJOS DE LA ARCADA DENTARIA

CLASE 2. MAXILAR DENTADO, DIENTES UBICADOS DEL LADO PALATINO
RETENCIÓN BILATERAL

CLASE 3. MAXILAR DENTADO, DIENTE UBICADO DEL LADO VESTIBULAR
RETENCIÓN UNILATERAL

CLASE 4. MAXILAR DENTADO, DIENTES UBICADOS DEL LADO VESTIBULAR

RETENCIÓN BILATERAL

CLASE 5. MAXILAR DENTADO, CANINOS VESTIBULO-PALATINOS, --
CON LA CORONA O RAÍZ HACIA EL LADO VESTIBULAR.

RETENCIONES MIXTAS O
TRANSALVEOLARES

SEGÚN GIETZ

CLASE 6. MAXILAR DENTADO, DIENTES UBICADOS DEL LADO PALATINO

A) RETENCIÓN UNILATERAL

B) RETENCIÓN BILATERAL

SEGÚN RIES CENTENO

D) CLASIFICACIÓN DE LOS CANINOS SUPERIORES

EL CANINO PUEDE ESTAR INCLUIDO:

A) SOBRE LA VERTIENTE PALATINA

B) SOBRE LA VERTIENTE VESTIBULAR

C) EL CANINO ESTÁ RETENIDO POR SU EXTREMIDAD CORONARIA ENTRE LAS RAÍCES DEL INCISIVO CENTRAL Y EL LATERAL DERECHO.

D) EL CANINO ESTÁ SOBRE LAS VERTIENTES PALATINAS Y VESTIBULARES.

E) EL CANINO EN POSICIÓN INTERMEDIA CON RAÍZ EN GAN

CHO EN EL VESTÍBULO.

SEGÚN G. GINESTET

FACIAL LINGUAL: MESIO ANGULAR-PARCIAL, INTRAOSEO, POTENCIAL
 DISTO ANGULAR
 VERTICAL
 HORIZONTAL

SEGÚN F. NOLTE A. SMCHE

DEPENDIENDO DE LA POSICIÓN, SI ESTÁ EN PACIENTES DENTADOS O
 EN PACIENTES DESDENTADOS.

MAXILAR DENTADO: RETENCIÓN UNILATERAL
 RETENCIÓN BILATERAL

RETENCIÓN UNILATERAL: VÍA PALATINA
 VÍA VESTIBULAR
 VÍA PALATINO-VESTIBULAR (DEPENDE HACIA DÓNDE SE ENCUENTRA LA CORONA).

SE HACE DOBLE ACCESO: SI LA CORONA SE ENCUENTRA HACIA PALATINO, SERÁ VÍA PALATO-VESTIBULAR.

SI LA CORONA SE ENCUENTRA HACIA VESTIBULAR, SERÁ VÍA VESTIBULO-PALATINO.

RETENCIÓN BILATERAL: VÍA PALATINA
 VESTIBULAR
 PALATINO Y VESTIBULAR (POSICIÓN DE LA CORONA)

MAXILAR DESDENTADO: LA MISMA CLASIFICACIÓN QUE LA ANTERIOR, PERO CON LA DIFERENCIA DE QUE NO TIENE DIENTES QUE PUEDAN PROVOCAR PROBLEMAS.

*80-83% DE LOS CANINOS INCLUIDOS TIENEN DILACERACIÓN RADICULAR.

ACCIDENTES PROVOCADOS POR DIENTES INCLUIDOS (CANINOS)

TODO DIENTE RETENIDO ES SUSCEPTIBLE DE PRODUCIR TRASTORNOS DE DIVERSAS ÍNDOLES, A PESAR DE QUE MUCHAS VECES PASAN INADVERTIDOS Y NO OCASIONAN NINGUNA MOLESTIA AL PACIENTE PORTADOR.

ESTOS ACCIDENTES PUEDEN SER CLASIFICADOS EN:

1) ACCIDENTES MECÁNICOS: LOS DIENTES RETENIDOS ACTÚAN MECÁNICAMENTE SOBRE LOS DIFERENTES VECINOS, PUDIENDO PRODUCIR TRASTORNOS QUE SE TRADUCEN SOBRE SU COLOCACIÓN NORMAL EN EL MAXILAR Y EN SU INTEGRIDAD ANATÓMICA.

A) TRASTORNOS SOBRE LA COLOCACIÓN NORMAL DE LOS DIENTES:

EL TRABAJO MECÁNICO DEL DIENTE RETENIDO EN SU INTENTO DE DESINCLUSIÓN PRODUCE DESVIACIONES EN LA DIRECCIÓN DE LOS DIENTES VECINOS Y AUN EN TRASTORNOS A DISTANCIA, COMO EL QUE PRODUCE EL TERCER MOLAR SOBRE EL CANINO E INCISIVOS, A LOS CUALES DESVÍA DE SU DIRECCIÓN NORMAL, PRODUCIENDO ENTRECruzAMIENTOS DE DIENTES Y CONGLOMERACIONES -- ANTIESTÉTICAS.

B) TRASTORNOS SOBRE LA INTEGRIDAD ANATÓMICA DEL DIENTE:

LA CONSTANTE PRESIÓN QUE EL DIENTE RETENIDO O SU SACO DENTARIO EJERCE SOBRE EL DIENTE VECINO, SE TRADUCE POR ALTERACIONES EN EL CEMENTO EN LA DENTINA Y AUN EN LA PULPA-

DE LOS DIENTES VECINOS, COMO COMPLICACIÓN DE LA INVASIÓN PULPAR PUEDE HABER PROCESOS PERIODÓNTICOS DE DIVERSA ÍNDOLE, DE DIFERENTE INTENSIDAD E IMPORTANCIA.

C) TRANSTORNOS PROTÉTICOS:

ASÍ DENOMINA MAUREL DE UN MODO SIGNIFICATIVO A LOS -- TRANSTORNOS DE ÍNDOLE PROTÉTICA QUE ORIGINAN EN MÚLTIPLES OCASIONES LOS DIENTES RETENIDOS. TENEMOS LA CONFIRMACIÓN DE ESTOS TRANSTORNOS CON INNUMERABLES CASOS, LOS CUALES - PUEDEN CONCRETARSE COMO SIGUE:

PACIENTES PORTADORES DE APARATOS PROTÉTICOS ADVIERTEN QUE SUS PRÓTESIS BASCULAN EN LA BOCA Y NO SE ADAPTAN CON LA COMODIDAD A QUE ESTABAN ACOSTUMBRADOS.

UN EXAMEN CLÍNICO DESCUBRE UNA PROTUBERANCIA EN LA -- ENCÍA Y UNA RADIOGRAFÍA ACLARA EL DIAGNÓSTICO DE UNA RETENCIÓN DENTARIA. EL DIENTE, EN SU TRABAJO DE ERUPCIÓN, CAMBIÓ LA ARQUITECTURA DEL MAXILAR CON LAS NATURALES MOLESTIAS.

2) ACCIDENTES INFECCIOSOS: ESTOS ACCIDENTES ESTÁN - DADOS EN LOS DIENTES RETENIDOS POR LA INFECCIÓN DE SU SACO PERICORONARIO. LA INFECCIÓN DE ESTE SACO PUEDE ORIGINARSE POR DISTINTOS MECANISMOS Y POR DISTINTAS VÍAS.

A) AL HACER ERUPCIÓN EL DIENTE RETENIDO, SU SACO SE ABRE ESPONTÁNEAMENTE AL PONERSE EN CONTACTO CON EL MEDIO BUCAL.

B) EL PROCESO INFECCIOSO PUEDE PRODUCIR UNA COMPLICACIÓN - APICAL O PERIODÓNTICA DE UN DIENTE VECINO.

C) LA INFECCIÓN DEL SACO PUEDE ORIGINARSE POR VÍA HEMÁTICA. LA INFECCIÓN DEL SACO FOLICULAR SE TRADUCE POR PROCESOS DE DISTINTA ÍNDOLE, TALES COMO:

INFLAMACIÓN LOCAL, ABSCESO Y FÍSTULA, POR CONSIGUIENTE OSTEÍTIS Y OSTEOMIELITIS, ADENOFLEMONES Y ESTADOS SÉPTICOS GENERALES.

3) ACCIDENTES NERVIOSOS: LOS ACCIDENTES NERVIOSOS PRODUCIDOS POR LOS DIENTES RETENIDOS SON FRECUENTES.

LA PRESIÓN QUE EJERCE SOBRE LOS DIENTES VECINOS, SOBRE SUS NERVIOS O SOBRE TRONCOS MAYORES, ES POSIBLE QUE ORIGINE ALGIAS DE INTENSIDAD, TIPO Y DURACIÓN VARIABLE (NEURALGIAS -- DEL TRIGÉMINO).

CLASERMAN OBSERVÓ EN UN CASO DE ATAQUES EPILÉPTICOS QUE SE REPETÍAN CON FRECUENCIA Y QUE IBAN PRECEDIDOS POR DOLORES EN LA REGIÓN NASAL, CÓMO DESAPARECÍAN DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE RETENIDO.

4) ACCIDENTES TUMORALES: TUMORES DE ORIGEN DENTARIO O QUISTES DENTÍGEROS TIENEN SU ORIGEN INDUDABLE EN LA HIPERGENESIS DEL SACO FOLICULAR A EXPENSAS DEL CUAL SE ORIGINAN. TODO DIENTE RETENIDO ES UN QUISTE DENTÍGERO EN POTENCIA. LOS DIENTES PORTADORES DE TALES QUISTES MIGRAN DEL SITIO PRIMITIVO DE INICIACIÓN DEL PROCESO, PUES EL QUISTE EN SU CRECIMIENTO RECHAZA CENTRÍFUGAMENTE AL DIENTE ORIGINADOR.

5) MALOCCLUSIÓN TRAUMÁTICA: TAMBIÉN HAY DIENTES INCLUIDOS O RETENIDOS QUE NO CAUSAN TRANSTORNOS Y ESTO SUCEDE CON LOS QUE PRESENTAN LA LOCALIZACIÓN INTRAÓSEA, SE PUEDEN FORMAR QUISTES DENTÍGEROS QUE FINALMENTE SE VUELVEN DESTRUCTORES.

TEMA 2: TRATAMIENTO PREOPERATORIO

HISTORIA CLÍNICA:

ES UN DOCUMENTO QUE NOS ORIENTARÁ PARA EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y MANEJO DE UNA ENFERMEDAD, SIRVE DE REFERENCIA PARA VALORAR LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE Y NOS PERMITE ELABORAR ESTADÍSTICAS. POR TAL, LOS DATOS QUE SE OBTIENEN EN ELLA DEBEN SER VERACES, BREVES Y COMPLETOS.

LA HISTORIA CLÍNICA, ADEMÁS DE LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE, CONSTA DE DOS PARTES ESENCIALES:

- A) EL INTERROGATORIO B) EXPLORACIÓN FÍSICA

INTERROGATORIO

SE REALIZA EN BASE A:

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

PADECIMIENTO ACTUAL

ESTADO ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS

SÍNTOMAS GENERALES

TERAPÉUTICA EMPLEADA

EXPLORACIÓN FÍSICA

SE HARÁ EN BASE A: INSPECCIÓN, PALPACIÓN, PERCUSIÓN Y AUSCULTACIÓN QUE COMPRENDE:

SIGNOS VITALES	CUELLO	ABDOMEN	NEUROLÓGICOS
HÁBITOS EXTERIORES	TÓRAX	GENITALES	
CABEZA	DORSO	EXTREMIDADES	

EL PACIENTE DEBERÁ INFORMAR LAS MOLESTIAS PRINCIPALES Y SE REGISTRARÁN SÍNTOMAS PRESENTADOS POR EL PACIENTE Y SU DURACIÓN.

PADECIMIENTO ACTUAL:

SE LE PREGUNTA AL PACIENTE CÓMO EMPEZÓ Y CÓMO HAN EVOLUCIONADO SUS SÍNTOMAS EN LO QUE RESPECTA A SU LOCALIZACIÓN, REGIONES DE IRRADIACIÓN, DURACIÓN, RELACIÓN CON OTRAS FUNCIONES, RESPUESTAS A LAS MEDICINAS DOMÉSTICAS O PRESCRITAS Y EL ESTADO ACTUAL.

EN LOS ANTECEDENTES NOS INFORMAN SOBRE ENFERMEDADES Y TRAUMATISMOS ANTERIORES, SE ESPECIFICA EL TIEMPO DE INICIACIÓN, DURACIÓN, COMPLICACIONES, SECUELAS, TRATAMIENTOS, NOMBRE DEL MÉDICO QUE LO ATENDERÁ, ETC.

HISTORIA FAMILIAR: ESTA NOS DA LA OPORTUNIDAD DE VALORAR LAS TENDENCIAS HEREDITARIAS DEL PACIENTE O LAS POSIBILIDADES DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD DENTRO DE SU PROPIA FAMILIA.

HÁBITOS: ESTO NOS INFORMA DEL MÉTODO DE VIDA DEL PACIENTE: SUEÑO, DIETA O INGESTIÓN DE LÍQUIDOS.

DEBEN REGISTRARSE CUIDADOSAMENTE LAS MEDICINAS QUE ESTÁN TOMANDO O QUE HA TOMADO, POR EJEMPLO: ANALGÉSICOS, ESTIMULANTES, VITAMINAS, TRANQUILIZANTES, SEDANTES, ANTIBIÓTICOS U OTRAS MEDICINAS.

CUANDO EXISTE ALGUNA DUDA DEBIDO A LA HISTORIA OBTENIDA, SE DEBE CONSULTAR AL MÉDICO DE CABECERA PARA VALORAR LAS CONDICIONES FÍSICAS DEL PACIENTE.

PREPARATIVOS PARA LA OPERACIÓN

ANTES DE PROCEDER CON LA ELIMINACIÓN DE UN DIENTE INCLUIDO, ES ABSOLUTAMENTE INDISPENSABLE QUE EL CIRUJANO DENTISTA HAGA UNA EVALUACIÓN EXACTA DEL CASO, ESTABLEZCA UN DIAGNÓSTICO PRECISO, CELEBRE LAS CONSULTAS NECESARIAS E INFORME EXPLÍCITAMENTE AL PACIENTE SOBRE SU ESTADO, SÓLO ASÍ SERÁN SALVAGUARDADOS Y REALIZADOS LOS INTERESES DEL PACIENTE Y DE LA PROFESIÓN.

LOS PREPARATIVOS PARA LA OPERACIÓN SE PUEDEN CLASIFICAR EN DOS GRUPOS:

A) CUIDADOS PREOPERATORIOS B) CONDICIONALISMO QUIRÚRGICO

- CUIDADOS PREOPERATORIOS -

SON LOS CUIDADOS CORRESPONDIENTES AL PROPIO PACIENTE, RELACIONADOS CON SU ESTADO GENERAL DE SALUD, SUS CONDICIONES FÍSICAS Y EL ESTADO DE LA ZONA A INTERVENIR.

ESTOS CUIDADOS PREOPERATORIOS COMIENZAN DESDE EL PRIMER -- CONTACTO MÉDICO CON EL PACIENTE Y COMPRENDEN:

1. ESTUDIO Y EXPLORACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE PARA REALIZAR UN DIAGNÓSTICO.
2. LA UTILIZACIÓN DE MEDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO, COMO SON LAS RADIOGRAFÍAS Y LOS EXÁMENES DE LABORATORIO.

ENTRE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO QUE DEBEN PEDIRSE RUTINARIAMENTE SE ENCUENTRAN:

- QUÍMICA SANGUÍNEA: GLUCOSA, UREA, CREATININA
- PRUEBAS DE COAGULACIÓN: TIEMPO DE COAGULACIÓN, TIEMPO DE PROTROMBINA, TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA
- HEMATOLOGÍA: HEMATOCRITO, HEMOGLOBINA, FÓRMULA BLANCA
- ANÁLISIS GENERAL DE ORINA

3. EN CASO DE ENCONTRAR ALGUNA PATOLOGÍA O ALGÓN DATO DE IMPORTANCIA EN LA HISTORIA CLÍNICA, CONSULTAR CON SU MÉDICO GENERAL SOBRE EL CASO.

4. MEDIDAS LOCALES: PREPARACIÓN DE LA ZONA A INTERVENIR, BUENAS CONDICIONES DE HIGIENE BUCAL, CREACIÓN DEL ESPACIO ADECUADO PARA LA ERUPCIÓN DEL DIENTE, OBTURACIÓN DE LESIONES CARIOSAS, ODONTOXESIS, PREPARACIÓN DE FÉRULAS EN CASO QUE SE FUERAN A UTILIZAR, OBSERVAR QUE NO EXISTAN PROCESOS INFECCIOSOS COMO SÍFILIS O TUBERCULOSIS.

5. OBTENER EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

6. PREPARACIÓN DEL PACIENTE: SE INICIA CON UN ENJUAGUE BUCAL DE CUALQUIER AGENTE ANTISÉPTICO, LUEGO SE COLOCA UN CAMPO QUIRÚRGICO ESTÉRIL QUE CUBRE LOS OJOS DEL PACIENTE, CON EL FIN DE REDUCIR EL TRAUMA PSICOLÓGICO VISUAL.

SE COLOCA AL PACIENTE EN UNA POSICIÓN CÓMODA, TANTO PARA EL OPERADOR COMO PARA EL AYUDANTE, SE ESTUDIA CUIDADOSAMENTE LA RADIOGRAFÍA Y SE PROCEDE A REALIZAR EL PRIMER PASO DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA.

- CONDICIONALISMO QUIRÚRGICO -

ESTÁ DADO POR:

1. LUGAR DONDE SE EFECTUARÁ LA OPERACIÓN
2. INSTRUMENTAL
3. PERSONAL MÉDICO QUE INTERVIENE EN EL ACTO QUIRÚRGICO
4. PRUEBAS DE LABORATORIO

- LUGAR DONDE SE EFECTUARÁ LA OPERACIÓN -

PUEDA HACERSE EN UN QUIRÓFANO, CON TODAS LAS CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE ÉSTE O TAMBIÉN PUEDE HACERSE EN EL CONSULTORIO SI SE CUENTA CON TODO EL EQUIPO APROPIADO,

- INSTRUMENTAL -

SE PUEDE CLASIFICAR EN:

- INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS DUROS: CINCELES, ESCOPILOS, GUÍAS, FRESAS, CUCHARILLAS, LIMAS PARA HUESO, ALVEOLOTOMO.
- INSTRUMENTAL PARA HEMOSTASIA: PINZAS DE MOSQUITO, DE -- KOCHER, DE KELLY.
- INSTRUMENTAL PARA EXTRACCIONES: ELEVADORES Y FORCEPS.
- INSTRUMENTAL Y MATERIALES PARA SUTURA: PORTA AGUJAS, - PINZAS DE DISECCIÓN, TIJERAS, SEDA, CATGUT, AGUJA.

- MATERIAL COMPLEMENTARIO: ESPEJO BUCAL, JERINGAS, COMPRESAS, CAMPOS, GUANTES, CUBREBOCAS, BATA QUIRÚRGICA, GORRO, ETC.

- PERSONAL MÉDICO -

DEBERÁN LLEVAR TODOS CUBREBOCAS, GORROS, GUANTES ESTÉRI-
LES Y BATA QUIRÚRGICA.

- PRUEBAS DE LABORATORIO -

EL LABORATORIO ES UN GRAN AUXILIAR EN CIRUGÍA, PUES LAS -
PRUEBAS DE LABORATORIO NOS PROPORCIONARÁN DATOS VALIOSOS
PARA UNA MEJOR PREPARACIÓN PREOPERATORIA Y MANEJO DEL PA-
CIENTE.

ENTRE LAS PRUEBAS QUE RUTINARIAMENTE SE HARÁN, SE ENCUEN-
TRAN: BIOMETRÍA HEMÁTICA; PRUEBAS DE COAGULACIÓN; QUÍMI
CA SANGUÍNEA Y GENERAL DE ORINA. EN ALGUNOS CASOS, SERÁN
INDISPENSABLES OTRAS PRUEBAS DE LABORATORIO SEGÚN LAS NE-
CESIDADES DEL PACIENTE.

- VALORES NORMALES DE LAS PRINCIPALES
PRUEBAS DE LABORATORIO -

BIOMETRÍA HEMÁTICA	H	M
HEMOGLOBINA EN GRAMOS	15.5 a 16.5 gr	14.5 a 15.5 gr
ERITROCITOS	5 a 6 mill. x mm ³	4.5 a 5.5 mill x mm ³
HEMATOCRITO	46%	40% prom.
RETICULOCITOS	25.000 a 50.000 x mm ³	igual
PLAQUETAS	250.000 a 450.000 x mm ³	igual
LEUCOCITOS	6.000 a 10.000 x mm ³	igual

DIFERENCIAL:

LINFOCITOS 20 A 25%

MONOCITOS 2 A 10%

EOSINÓFILOS 1 A 4%

BASÓFILOS 0 A 20%

NEUTRÓFILOS 25 A 75%

MIELOCITOS 0%

SEGMENTADOS 45 A 65%

PRUEBAS DE COAGULACIÓN:

T. DE PROTROMBINA 13-16 SEG. (65% - 100%)

T. PARCIAL DE TROMBOPLASTINA: MENOS DE 45 SEG.

T. DE TROMBINA: 5 A 10 SEG. (CON FORMACIÓN DE
COÁGULO EN 60 SEG.
DESPUÉS DE 60 SEG.
SUBNORMAL)

T. DE COAGULACIÓN: 5 A 10 MIN.
 T. DE SANGRÍA: 3 A 4 MIN.

QUÍMICA SANGUÍNEA:

GLUCOSA: 80-120 MG.
 UREA: 21-32 MG.
 CREATININA: 1-2 MG.
 ACIDO ÚRICO: 2-5 MG.

GENERAL DE ORINA:

REACCIÓN: 5.6
 DENSIDAD: 1015 A 1020
 ALBÚMINA: NEGATIVO
 GLUCOSA: NEGATIVO
 CETÓNICOS: NEGATIVO
 SANGRE: NEGATIVO
 BILIRRUBINA: NEGATIVO

- ASEPSIA Y ANTISEPSIA -

ASEPSIA, DEFINICIÓN: DEL GRIEGO A: SIN SEPSIS: PUTREFACCIÓN
 CONSISTE EN EVITAR LA CONTAMINACIÓN POR AGENTES SÉPTICOS, DE
 TODO AQUELLO QUE VA A TENER CONTACTO CON EL ARTE QUIRÚRGICO.

ANTISEPSIA, DEFINICIÓN: DEL GRIEGO ANTI: CONTRA SEPSIS: PUTREFAC
 CIÓN.

INDICA LA FORMA DE COMBATIR LA INFECCIÓN PROVOCADA POR -
AGENTES MICROBIANOS.

LA ASEPSIA DESTRUYE LOS GÉRMESES PARA EVITAR SU ENTRADA AL
ORGANISMO Y LA ANTISEPSIA SE ENCARGA DE COMBATIRLOS CUANDO
YA HAN ENTRADO.

LA ASEPSIA Y LA ANTISEPSIA SE PUEDEN OBTENER POR DISTINTOS
MEDIOS, QUE PUEDEN SER FÍSICOS, QUÍMICOS Y BIOLÓGICOS.

MEDIOS FÍSICOS:

- A) LAVADO CON AGUA Y JABÓN (MANOS DEL OPERADOR, TEGUMEN-
TOS DEL CAMPO)
- B) CALOR SECO: FLAMEADO, ESTUFAS DE AIRE CALIENTE
- C) CALOR HÚMEDO: AGUA EN EBULLICIÓN SIN SUBSTANCIAS QUÍMICAS
AGUA EN EBULLICIÓN CON SUBSTANCIAS QUÍMICAS
AUTOCLAVE (VAPOR DE AGUA A PRESIÓN)

MEDIOS QUÍMICOS:

ANTISÉPTICOS Y GERMICIDAS: SE UTILIZAN EN MATERIALES QUE SON
DESTRUIDOS O ALTERADOS POR EL CALOR Y PARA LA ASEPSIA DE MA-
NOS Y TEGUMENTOS DEL CAMPO OPERATORIO.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SU MODO DE ACCIÓN LOS ANTISÉPTICOS

PUEDEN SER: COAGULANTES, QUE DESTRUYEN LOS GÉRMESES POR -
COAGULACIÓN DE LAS PROTEÍNAS DE SU PROTOPLASMA. DESHI-
DRATANTES QUE PRODUCEN DESHIDRATACIÓN DEL PROTOPLASMA.

ENTRE LOS AGENTES QUÍMICOS MÁS COMUNES SE ENCUENTRAN:
FENÓLICOS, COLORANTES, FORMOL, ALCOHOL ETÍLICO, CLORURO DE
BENZALCONIO, TINTURA DE YODO Y DE MERTIOLATE.

INTERROGATORIO AL PACIENTE REFERENTE AL DIENTE RETENIDO

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS EL PACIENTE REFIERE QUE AÚN PRE-
SENTA DIENTES PRIMARIOS (CANINOS) O QUE LE FUERON EXTRAI--
DOS O SE CAYERON POR ALGÚN ACCIDENTE Y QUE EL CANINO PERMA
NENTE NUNCA ERUPCIONÓ SIN SABER EL MOTIVO.

EN ALGUNOS OTROS CASOS EL PACIENTE REFIERE UNA SENSACIÓN -
DOLOROSA INDETERMINADA (COMO DENTRO DEL PALADAR).

INSPECCIÓN

LA AUSENCIA DEL CANINO PERMANENTE Y LA PERSISTENCIA DEL CA
NINO PRIMARIO A UNA EDAD POSTERIOR A LA NORMAL, HACER SUPO
NER LA POSIBLE RETENCIÓN.

EN OCASIONES, LA SIMPLE INSPECCIÓN DE LA ZONA REVELARÁ SI EL DIENTE EN CUESTIÓN SE ENCUENTRA POR EL LADO INTERNO EXTERNO DEL REBORDE ALVEOLAR. ÉSTO SE LOGRA OBSERVANDO PROMINENCIAS EN LA MUCOSA QUE NO DEBEN SER CONFUNDIDAS CON LA RAÍZ DEL INCISIVO LATERAL O LA RAÍZ DEL PREMOLAR.

LA RETENCIÓN DEL CANINO INFERIOR RARAMENTE SE OBSERVA, YA QUE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES ADYACENTES SON ANGOSTAS Y NO SUELEN OFRECER SUFICIENTE OBSTRUCCIÓN COMO PARA EVITAR LA ERUPCIÓN, AUNQUE A VECES EL CANINO SE ENCUENTRA COLOCADO EN UNA POSICIÓN MUY PROFUNDA EN LA MANDÍBULA.

EN LOS ADOLESCENTES, EN LOS ADULTOS O EN LOS ANCIANOS, LOS DIENTES RETENIDOS SUELEN QUEDAR IGNORADOS POR EL PACIENTE Y POR EL CIRUJANO DENTISTA Y ÉSTOS SON DESCUBIERTOS CUANDO EL PACIENTE VIENE A CONSULTA POR UN PROBLEMA MECÁNICO, INFECCIOSO, NERVIOSO O TUMORAL.

EL DESPLAZAMIENTO O ROTACIÓN DE ALGUNO DE LOS DIENTES ANTERIORES, SOBRE TODO DEL LATERAL, TAMBIÉN HARÁ SOSPECHAR LA RETENCIÓN PUDIENDO CON ESTO DETECTAR LA MALPOSICIÓN Y DIRECCIÓN DEL CANINO RETENIDO, INTERCEPTANDO EL PROBLEMA A TEMPRANA EDAD.

LA PRESENCIA DE FÍSTULAS O ABSCESOS O CUALQUIER TRANSTORNO

DE ORIGEN MECÁNICO, NERVIOSO, INFECCIOSO O TUMORAL. TAMBIÉN SERÁN IMPORTANTES PARA EL DIAGNÓSTICO, ASÍ COMO LA ALTURA Y LA FORMA DE LA BÓVEDA PALATINA QUE NOS DARÁN UNA IDEA DE LA PROBABLE UBICACIÓN DEL DIENTE RETENIDO.

EL CIRUJANO DENTISTA DE PRÁCTICA GENERAL, ES EL RESPONSABLE DE DETECTAR TEMPRANAMENTE LA RETENCIÓN DE UN CANINO O DE CUALQUIER OTRO DIENTE.

POR EJEMPLO; SI SE PRESENTARA EL CASO QUE DESPUÉS DE LOS 15 AÑOS PERSISTE EL CANINO PRIMARIO Y EL PERMANENTE NO HA ERUPCIONADO, SE PUEDE SOSPECHAR LA RETENCIÓN.

- PALPACIÓN -

COMO COMPLEMENTO DE LA INFECCIÓN CLÍNICA SE ENCUENTRA LA PALPACIÓN.

LA PALPACIÓN AYUDA A DETERMINAR LA UBICACIÓN DEL DIENTE RETENIDO CUANDO MENOS EN ALGUNA DE SUS PARTES.

NO SE DEBE CONFIAR SOLAMENTE EN LA PALPACIÓN, YA QUE LA PROTUBERANCIA SENTIDA PUEDE SER EL DIENTE RETENIDO O TAMBIÉN PUEDE SER LA RAIZ DE ALGÚN DIENTE ADYACENTE QUE SE ENCUENTRA DESVIADA.

- ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS -

LA RADIOGRAFÍA SIRVE PARA COMPROBAR O DESCARTAR EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO, PARA ELABORAR EL PLAN DE TRATAMIENTO Y DE --
ELLA SE OBTIENE LA POSICIÓN CORRECTA DEL DIENTE RETENIDO,
ANTES DE EMPEZAR EL ESTUDIO DEL CANINO RETENIDO EN CUANTO--
A SU LOCALIZACIÓN EXACTA, ES NECESARIO REVISAR LAS TÉCNI--
CAS RADIOLÓGICAS A UTILIZAR PARA LA PLANEACIÓN PREOPERATO--
RIA.

EL ESTUDIO RADIOGRÁFICO NOS PERMITE AVERIGUAR PERFECTAMENTE EL ESTADO, NÚMERO, FORMA Y POSICIÓN DE LAS RAÍCES Y --
ORIENTACIÓN DE LA CORONA.

COLOCACIÓN DEL CANINO CON RESPECTO A LAS RAÍCES DE LOS DIENTES VECINOS Y ÓRGANOS VECINOS, COMO SON SENO MAXILAR Y FOSAS NASALES. RELACIÓN DE LA CÚSPIDE DEL CANINO CON LOS INCISIVOS CENTRAL Y LATERAL. EL TIPO DE TEJIDO ÓSEO-DENSIDAD, RAREFACCIONES, PRESENCIA DEL SACO PERICORONARIO, PROXIMIDAD CON EL CONDUCTO PALATINO ANTERIOR.

EL ODONTÓLOGO DISPONE DE DIVERSAS TÉCNICAS RADIOGRÁFICAS TALES COMO LAS PERIAPICALES, OCLUSALES, FACIALES Y PANORÁMICAS. LA RADIOGRAFÍA PERIAPICAL ES LA QUE TIENE MAYOR PRECISIÓN Y LA QUE MÁS POSIBILIDADES OFRECE PARA LA LOCALIZACIÓN DE DIENTES RETENIDOS. EXISTEN TRES MÉTODOS PARA LOCALIZAR UN DIENTE RETENIDO CON PELÍCULAS PERIAPICALES.

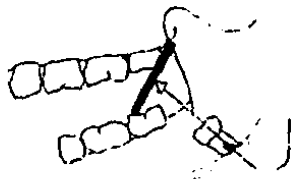
1. TÉCNICA DE PLANOS PARALELOS
2. TÉCNICA DE DONOVAN
3. TÉCNICA DE DESPLAZAMIENTO DEL TUBO

TÉCNICA DE PLANOS PARALELOS

EL RAYO CENTRAL DE LOS RAYOS X FORMA UN ÁNGULO DE 90 GRADOS CON LA SUPERFICIE DE LA PELÍCULA.

TÉCNICA DE DONOVAN

LA PELÍCULA PERIAPICAL SE USA PARA REGISTRAR UNA VISTA OCLUSAL DE UNA PIEZA RETENIDA. ESTA TÉCNICA SÓLO SE USA PARA - MAXILAR INFERIOR.



TÉCNICA CON DESPLAZAMIENTO DEL TUBO

EL MOVIMIENTO DEL TUBO DEL APARATO DE RAYOS X SERÁ EN SENTIDO HORIZONTAL. SE TOMARÁN DE 2 A 4 RADIOGRAFIAS DE LA REGIÓN DE CANINO Y PREMOLARES SUPERIORES DEL LADO DE LA RETENCIÓN, PERO DE DIVERSOS ÁNGULOS.

TÉCNICA: SE COLOCA AL PACIENTE DE MODO QUE EL PLANO DE - -

FRANKFURT (LÍNEA IMAGINARIA NASO-AURICULAR) QUEDE PARALELA AL PISO, SE COLOCA LA PELÍCULA EN LA ZONA DE MODO QUE QUEDE CON SU BORDE INFERIOR SOBRESALIENDO 2MM. LAS CARAS --- OCLUSALES Y EL BORDE ANTERIOR DE LA PELÍCULA DEBERÁN QUEDAR A LA ALTURA DEL INCISIVO LATERAL.

SE TOMA LA PRIMERA RADIOGRAFÍA CON EL RAYO CENTRAL TOMANDO UN ÁNGULO DE 90 GRADOS CON LA PELÍCULA.

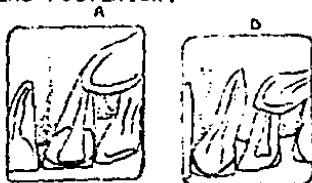
LA SEGUNDA RADIOGRAFÍA SE TOMA MOVIENDO LA CABEZA DEL APARATO EN SENTIDO HORIZONTAL EN DIRECCIÓN MESIAL O DISTAL.

LA TERCERA RADIOGRAFÍA SE TOMA MOVIENDO LA CABEZA DEL APARATO UN POCO MÁS PERO EN EL MISMO SENTIDO QUE LA ANTERIOR LOGRANDO ASÍ QUE LOS OBJETOS SE MUEVAN DE UN MODO PREVISIBLE. ESTO ES:

EL OBJETO QUE SE HALLA EN EL PALADAR SE MUEVE EN LA MISMA DIRECCIÓN QUE SE MOVIÓ LA CABEZA DEL TUBO DE LOS RAYOS X.

EL OBJETO QUE SE HALLA SOBRE VESTIBULAR SE DESPLAZA EN DIRECCIÓN OPUESTA A LA DEL RAYO.

ESTA TÉCNICA NOS INDICA LA POSICIÓN DEL CANINO RETENIDO - EN EL SENTIDO ANTERO-POSTERIOR.



LAS RADIOGRAFÍAS LATERAL Y PANORÁMICA NOS MOSTRARÁN LA PROFUNDIDAD QUE PRESENTE EL DIENTE RETENIDO DENTRO DEL HUESO, LA PRESENCIA DE ALGÓN QUISTE Y LA POSICIÓN QUE OCUPA, ASÍ COMO EL TAMAÑO DEL DIENTE Y LA RELACIÓN QUE TIENE CON LAS DEMÁS ESTRUCTURAS VECINAS.

- FARMACOTERAPIA -

ANTIBIÓTICOS: PRINCIPIOS GENERALES EN EL USO DE ANTIBIÓTICOS.

1. SER BACTERICIDA
2. POSEER UN ESPECTRO LO MÁS ESTRECHO POSIBLE MIENTRAS AÚN INCLUYA AL MICROBIO INFECTANTE
3. NO SER TÓXICO
4. PODER ADMINISTRARSE POR CUALQUIER VÍA
5. SER ESTABLE, POR LO TANTO, CONSERVARSE POR LARGOS PERÍODOS, SIN PRECAUCIONES ESPECIALES

- ACCIÓN -

- A) FAGOCITOSIS DEL PARÁSITO (MECANISMO DE ELIMINACIÓN DE - LOS MICROBIOS).
1. ACELERANDO LA FAGOCITOSIS MEDIANTE ANTICUERPOS CONTRA EL MICROBIO, SEA ADMINISTRADOS EN FORMA PASIVA, (SUEROS INMUNES), O PRODUCIDOS EN EL MISMO SUJETO - POR INHUNIZACIÓN ACTIVA (VACUNAS).

2. INTERRUMPIENDO EL CICLO VITAL DEL MICROBIO CON EL USO DE MEDIDAS DE CONTROL EPIDEMIOLÓGICO Y DE INGENIERÍA SANITARIA.
3. REDUCIENDO EL NÚMERO DE MICROBIOS VIVOS POR MEDIO DE UNA DROGA ANTIMICROBIANA LA CUAL PERMITE QUE - UNA CANTIDAD NORMAL DE FAGOCITOS ACABE FÁCILMENTE CON EL NÚMERO RESTRINGIDO DE MICROBIOS QUE ESCAPA A LA ACCIÓN DE LA DROGA.

B) SU DIGESTIÓN INTRACELULAR.

ESTO SE LOGRARÁ MUCHO MÁS FÁCILMENTE SI SE REDUCE EL NÚMERO DE BACTERIAS POR FAGOCITAR CON UN ANTIBIÓTICO-BACTERICIDA Y NO SÓLAMENTE SE DETIENE SU CRECIMIENTO-CON UN BACTERIOSTÁTICO. ESTO ES PARTICULARMENTE IMPORTANTE CUANDO HAY UNA INFECCIÓN GRAVE O UN PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES.

LOS MEDICAMENTOS BACTERICIDAS DESTRUYEN A LOS MICROORGANISMOS CON RAPIDEZ.

LOS BACTERIOSTÁTICOS SÓLO INHIBEN LA MULTIPLICACIÓN - SIN DESTRUIR A LOS MICROORGANISMOS.

LOS MEDICAMENTOS BACTERICIDAS SE PREFIEREN A LOS BACTERIOSTÁTICOS, PERO UN FACTOR IMPORTANTE EN LA CURACIÓN DE LA INFECCIÓN ES EL PROPIO SISTEMA DE DEFENSA, Y LOS MEDICAMENTOS BACTERIOSTÁTICOS QUE SÓLO PUEDEN -

INHIBIR LA MULTIPLICACIÓN LO SUFICIENTE PARA PERMITIR SU -
ELIMINACIÓN POR LOS FAGOCITOS.

- VÍA DE ADMINISTRACIÓN -

DEBEN ADMINISTRARSE POR VÍA PARENTERAL A LOS PACIENTES CON
TRANSTORNOS GRAVES Y PARA SUPERAR CUALQUIER PROBLEMA DE AB-
SORCIÓN DEL APARATO DIGESTIVO.

- ESPECTRO -

LA ELECCIÓN DEL ANTIBIÓTICO CON EL ESPECTRO MÁS ESTRECHO -
QUE SEA POSIBLE EN CADA CASO EN PARTICULAR, TIENE POR OBJE-
TO MODIFICAR LA FLORA DE PIEL, NASOFARINGE, TUBO DIGESTIVO
LO MENOS POSIBLE, EVITANDO ASÍ MUCHAS SUPERINFECCIONES POR
GÉRMINES OPORTUNISTAS. POR EJEMPLO, SUPERINFECCIONES POR-
ESTAFILOCOCO, PSEUDOMONAS, HONGOS, KLEBSIELLA Y SERRATIA.

CLASIFICACIÓN DE ANTIBIÓTICOS

SE PUEDE AGRUPAR A LOS MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS DE ACUERDO CON EL MECANISMO DE SU ACCIÓN SOBRE EL MICROORGANISMO CORRESPONDIENTE, INTEGRÁNDOSE EN ESTA FORMA CUATRO GRUPOS:

DNA

SULFONAMIDAS
NITROFURANOS
AC. NALIDÍXICO
GRISEOFULVINA
NOVOBIOCINA

SINTESIS DE PROTEINAS

CLORANFENICOL
TETRACICLINAS
RIFAMICINAS

AMINOGLICÓSIDOS U OLIGOSACÁRIDOS

MACRÓLIDOS
MEMBRANA
BACITRACINA
TIOTRICINA
NISTATINA
ANFOTERICINA B
POLIMIXINAS
PARED
PENICILINAS
CEFALOSPORINAS
CICLOSERINAS

INDICACIONES DE PRIMERA ELECCIÓN

FÁRMACOS QUE ACTUAN SOBRE PARED BACTERIANA:

PENICILINAS, CEFALOSPORINAS, CICLOSERINAS

PENICILINAS NATURALES (G, K, X, F Y O)

ESTREPTOCOCCO BETA HEMOLÍTICO

NEUMOCOCCO

NEISSERIAS

TREPONEMAS

ACTINOMICES

CLOSTRIDIA Y ANTRAX

PENICILINAS RESISTENTES A PENICILANASA DEL ESTAFILOCOCCO

ESTAFILOCOCCO

PENICILINAS DE AMPLIO ESPECTRO: AMPICILINA Y CARBENICILINA

AMPICILINA:

SHIGELLA

SALMONELLA (MENOS TYPHI)

PROTEUS MIRABILIS

HAEMOPHILUS

E. COLI

CARBENICILINA:

PROTEUS

PSEUDOMONAS

E. COLI

CEFALOSPORINAS

- KLEBSIELLA
- E. COLI
- PROTEUS

CICLOSERINAS

TUBERCULOSIS

FÁRMACOS QUE ACTUAN INHIBIENDO LA SÍNTESIS DE PROTEINAS

AMINOGLICÓSIDOS:

1. ESTREPTOMICINA: TUBERCULOSIS, PASTEURELLA TULARENSIS
Y PESTIS
2. KANAMICINA: E. COLI, ESTAFILOCOCO
3. GENTAMICINA: PSEUDOMONAS
4. NEOMICINA: USO TÓPICO, CUALQUIER GRAMNEGATIVO

MACRÓLIDOS:

1. ERITROMICINA
2. LINCOMICINA ESTREPTOCOCO EN ALÉRGICOS A LA PENICILINA
3. VANCOMICINA: ENTEROCOCO

TETRACICLINAS:

1. TETRACICLINA BRUCELLA
2. OXITETRACICLINA GRANULOMA INGUINAL
CÓLERA Y RICKETSIAS

TETRACICLINAS:

...

3. DOXICICLINA: OSTEOMIELITIS

CLORANFENICOL: FIEBRE TIFOIDEA, TIFO, E. COLI, PSEUDOMONAS, KLEBSIELLA, MENINGOCOCO

FÁRMACOS QUE ACTUAN SOBRE MEMBRANA CELULAR:

FUNGICIDAS:

- 1. ANFOTERICINA B: MICOSIS PROFUNDAS**
- 2. NISTATINA: MONILIASIS**

POLIPÉPTIDOS:

- 1. BACITRACINA: TÓPICO PARA GRAMPOSITIVOS**
- 2. TIROTRICINA: TÓPICO PARA GRAMNEGATIVOS**

POLIMIXINAS: B, E, : E. COLI

INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE ÁCIDOS NUCLEICOS

ACIDO NALIDÍXICO: PIELONEFRITIS (ENF. RIRÓN)

GRISEOFULVINA: MICOSIS SUPERFICIALES (TIÑAS)

NOVOBIOCINA: SUBSTITUTO PARA LA PENICILINA G EN PERSONAS ALÉRGICAS

SULFONAMIDAS: MENINGITIS POR MENINGOCOCO

1. SULFADIAZINA
2. SULFAGUANIDINA
3. SULFISOXASOL

**NITROFURANOS: ALGUNAS INFECCIONES URINARIAS. TRATAMIENTO
TÓPICO DE HERIDAS Y QUEMADURAS**

1. NITROFURANTOINA
2. NITROFURAZONA

NOMBRES COMERCIALES :

**PENICILINA G: PENPROCILINA SOLUCIÓN INYECTABLE
BENZANIL COMPUESTO-SOLUCIÓN INYECTABLE**

**AMPICILINA: BINOTAL-CÁPSULAS, COMPRIMIDO, SUSPENSIÓN LAC-
TANTES, SUSPENSIÓN NIÑOS, GRANULADO, FRASCO--
ÁMPULA**

**PENBRITIN-TABLETAS, CÁPSULAS, SUSPENSIÓN, GO-
TAS, INYECTABLE**

**PENTREXYL-TABLETAS, CÁPSULAS, SUSPENSIÓN, GO-
TAS, INYECTABLE**

**CARBENCILINA: CARBENCIN-INYECTABLE
GEOPEN- INYECTABLE
PYOCILLIN-INYECTABLE**

- ESTREPTOMICINA: ESTREPTOMICINA S - INYECTABLE
- KANAMICINA : KANATOL - INYECTABLE
- GENTAMICINA: GERAMICINA-INYECTABLE ADULTO E INFANTIL
- NEOMICINA: ALIN-INYECTABLE
CEPACOL-PASTILLAS, INYECTABLE
- ERITROMICINA: ERITROMICINA ENZIMATICA-CÁPSULAS
PANTOMICINA-INTRAMUSCULAR, TABLETAS, GRÁ-
NULOS
- LINCOMICINA: LINCOCIN-INYECTABLE, CÁPSULAS, JARABE
- TETRACICLINAS: TETRAFENICOL-CÁPSULAS, INYECTABLE, GOTAS,
SUSPENSIÓN
- OXITETRACICLINA: TERRABRÓN-JARABE, TABLETAS, AMPOLLETA
- DOXICICLINA: VIBRAMICINA-CÁPSULAS
- CLORANFENICOL: CLORANFENICOL MERCK-CÁPSULAS, SUSPENSIÓN
- AMFOTERICINA B: AMFOSTAT-INYECTABLE
- NISTATINA: NICOSTATIN-POLVO PARA SUSPENSIÓN, GRAGEAS,
GOTAS

BACITRACINA: BACITRACINA-POLVO PARA SUSPENSIÓN

TIROTRICINA: CEPACOL-PASTILLAS, SOLUCIÓN
TIROTABS-TABLETAS

POLIMIXINA: POLIMIXINA-FRASCO-ÁMPULA CON 50 MG.
(500.000) DE POLVO Y UNA AMPOLLETA
DE SOLVENTE

AC.NALIDÍXICO: NALIDIN-TABLETAS
NALIDIN INFANTIL, SUSPENSIÓN
NALIPEX-SUSPENSIÓN

GRISEOFULVINA: GRISOVIN FP TABLETAS
MICOLVIN-TABLETAS

NOVOBIOCINA: ALBAMYCIN-T CÁPSULAS Y GRANULADO

SULFADIAZINA: TRISULFA S-COMPRIMIDOS Y SUSPENSIÓN

SULFAGUANIDINA: ENTERO SEDIV-TABLETAS, SUSPENSIÓN Y GRANULADO

SULFISOXASOL: FURAMAGMA-COMPRIMIDOS Y SUSPENSIÓN

NITROFURANTOINA: FURADANTINA-SUSPENSIÓN Y TABLETAS

NITROFURAZONA: NIFUROL POMADA
FURASEPTYL-POMADA Y SOLUCIÓN

- ANALGÉSICOS -

SON LAS DROGAS CON ACCIÓN PREDOMINANTE SUPRESORA DEL DOLOR Y SE CLASIFICAN EN NARCÓTICOS Y NO NARCÓTICOS; SERÍA ÚTIL CLASIFICARLES EN INTENSOS Y LIGEROS ACORDE CON LA CAPACIDAD DEL MEDICAMENTO PARA ALIVIAR UN DOLOR INTENSO Y LIGERO SEGÚN LA CAPACIDAD DEL MEDICAMENTO PARA ALIVIAR UN DOLOR INTENSO O MODERADO.

ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS.

SON LOS FÁRMACOS CAPACES DE INTERFERIR DE ALGÚN MODO CON LOS ESTÍMULOS TRANSMITIDOS POR LA VÍA DOLOROSA ESPECÍFICA QUE RECOGE LOS IMPULSOS INICIADOS EN LAS TERMINACIONES - AMIELÍNICAS DE WOLFF DE LA PIEL DE LOS TEGUMENTOS Y DE SUS EQUIVALENTES EN REGIONES MÁS PROFUNDAS Y QUE CORRESPONDEN A SENSACIÓN DOLOROSA. TIENEN LA CARACTERÍSTICA DE DIFERENCIARSE DE LOS ANALGÉSICOS NARCÓTICOS DE NO PRODUCIR HÁBITO NI DEPENDENCIA FÍSICA Y DE NO INTERFERIR CON EL UMBRAL DEL DOLOR, DE NO PRODUCIR SOMNOLENCIA Y DE TENER PARALELAMENTE UNA ACCIÓN ANTI-INFLAMATORIA Y LA MAYORÍA DE ELLOS ANTIPIRÉTICO.

CLASIFICACIÓN:

1. SALICILATOS Y DERIVADOS
2. DERIVADOS DE LA ANILINA

3. DERIVADOS DE LA PIRAZOLONA
4. INDENO
5. FENIRAMIDOL
6. COLCHISINA
7. ACIDO FENAMICO

SALICILATOS

SE CONSIDERAN EN ESTE GRUPO LOS DERIVADOS QUE POSEEN LA ACCIÓN ANALGÉSICA DEL ÁCIDO SALICÍLICO O ÁCIDO HIDROXIBENZOÍCO QUE A SU VEZ DERIVA DE LA SALICILINA (GLUCOSIDO QUE SE HAYA EN LA CORTEZA DEL SAUCE) A PARTIR DE LA SÍNTESIS DEL-ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO, LOS MEDICAMENTOS USADOS EN CLÍNICA GENERALMENTE SON SINTÉTICOS, ENTRE LOS QUE DESTACAN: EL SALICILATO SÓDICO, LA SALICILAMIDA Y EL ÁCIDO ACETIL.

MECANISMO DE ACCIÓN:

ADEMÁS DE SU ACCIÓN ANALGÉSICA PRESENTA UNA ACCIÓN ANTI-INFLAMATORIA, ANTIREUMATOIDE, VA A TENER ACCIÓN EN EL METABOLISMO INTERMEDIO; VA A ESTIMULAR LA FOSFATASA DEL ATP EN -LAMITOCONDRIA, AUMENTA LA DISIPACIÓN DEL DOLOR POR MEDIO -DE UNA SUTURACIÓN SECUNDARIA POR DESACOPLAMIENTO DE LA FOSFORILACIÓN OXIDATIVA, AUMENTA EL CONSUMO DE OXÍGENO EN LOS TEJIDOS PERIFÉRICOS, ACTUA SOBRE TEJIDO COHECTIVO (DEPRI--MIENDO LA BIOSÍNTESIS DE LOS MUCOPOLISACARIOS EN EL TEJIDO

CONECTIVO), TIENE UNA ACCIÓN ENDOCRINA; TIENE ACCIÓN HIPOGLICEMIANTE (DEL TIPO DE LA INSULINA) Y REDUCE EN SANGRE LA CONCENTRACIÓN DEL YODO LIGADO A PROTEINAS PERO SIN SIGNOS DE HIPOTIROIDISMO Y SIN AUMENTAR LA HORMONA ESTIMULANTE TIROIDEA.

EFFECTOS QUE HAN REPORTADO LOS SALICILATOS:

1. EFECTO EN LA PERMEABILIDAD DE LA MEMBRANA
2. EFECTO EN LA DISTRIBUCIÓN DEL AGUA
3. EN LA CIRCULACIÓN
4. EFECTO ALÉRGICO
5. EN LAS SUPERFICIES EPITELIALES TIENE UN EFECTO ANTIPLÉTICO
6. EFECTOS CENTRALES DIVERSOS EN SNC, COMO ESTIMULACIÓN-RETICULAR DEL CENTRO RESPIRATORIO DE HIPOTÁLAMO
7. INTERFIERE EN EL UMBRAL DE ÁCIDO ÚRICO
8. A ALTAS DOSIS SE REPORTA ACCIÓN ALUCINÓGENA Y TAMBIÉN ASOCIADO CON OTROS ESTIMULANTES DE SNC, SE SUGIERE -- QUE LIBERA CATECOLAMINAS (ADRENALINA, NORADRENALINA).

INDICACIONES:

EN ANALGESIA LIGERA, ENCEFALALGIAS, ARTRALGIAS, Y EN EL -- MALESTAR GENERAL QUE ACOMPAÑA A LAS INFECCIONES, EN FIEBRE REUMÁTICA, SE UTILIZAN DE 4 A 6 G. DIARIOS DEPENDIENDO DE LA TOLERANCIA DEL PACIENTE, SOBRE TODO POR LA IRRITACIÓN -

GÁSTRICA QUE PRODUCE Y SE OBTIENEN BUENOS RESULTADOS EN LA SINTOMATOLOGÍA Y EN EL PROCESO INFLAMATORIO. EN ARTRITIS-DIVERSAS, Y COMO ANTIPIRÉTICO (SE SABE QUE LA FIEBRE ES -- ÚTIL COMO COADYUVANTE EN LAS RESPUESTAS ANTI-INFECCIOSAS - INESPECÍFICAS).

CONTRAINDICACIONES:

CUANDO EL PACIENTE NOS REPORTA ÚLCERA PÉPTICA, GASTRITIS, INSUFICIENCIA HEPÁTICA O RENAL, EN PACIENTES HIPERSENSI-- BLES AL MEDICAMENTO.

TOXICIDAD:

AL CUADRO DE ENVENENAMIENTO SISTÉMICO QUE PUEDE APARECER - CON DOSIS TAN ELEVADAS COMO DIEZ GR. DIARIOS SE LE LLAMA - SALICISMO Y CURSA CON NAUSEAS, VÓMITO, DIARREAS, ALUCINA - CIONES, SORDERA Y TINITUS.

A ALTAS DOSIS NOS DARÁ ACIDOCIS METABÓLICA.

DERIVADOS DE LA ANILINA:

AÑADIÉNDOLE UN RADICAL ACÉTICO A LA ANILINA, SE OBTIENE LA ACETANILIDAD O LA ACETOFENITIDINA. ESTA MOLÉCULA FENÓLICA TIENE GRAN SEMEJANZA QUÍMICA CON LA ASPIRINA; SE HA LLEGA- DO A PENSAR EN MOLÉCULAS ISOTERAS POR SU ACCIÓN ANALGÉSICA QUE ES CASI IDÉNTICA. SE DICE QUE POTENCIALIZA LAS ACCIO- NES DEL ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO; SE DESCONOCE SU MECANISMO DE ACCIÓN.

INDICACIONES:

SE UTILIZAN MUCHO EN MEZCLAS ANALGÉSICAS SUPUESTAMENTE POTENCIADAS.

TOXICIDAD:

EN ADMINISTRACIÓN PROLONGADA PUEDE PRODUCIR METAHEMOGLOBINA, CON LA CIANOSIS CORRESPONDIENTE Y SUS SÍNTOMAS DE ANEMIA, AUN CUANDO LA CUENTA GLOBULAR ESTÉ NORMAL. CUANDO SE INGIERE POR VARIOS MESES, NOS VA A DAR NEFRITIS Y NEFROSIS. TAMBIÉN SE HA REPORTADO BLOQUEO DE LA MÉDULA ROJA, AUNQUE ESTO NO ESTÁ COMPROBADO.

DOSIS:

½ G. POR VÍA ORAL DE 4 A 6 VECES AL DÍA.

DERIVADOS DE LA PIRAZOLONA:

A PARTIR DEL NÚCLEO PIRASOL Y AÑADIÉNDOLE UN FENOL, SE OBTIENE LA BASE QUÍMICA DE LA PIRAZOLONA; FUE EL PRIMER COMPUESTO DE SÍNTESIS QUE LLEGÓ A UTILIZARSE COMO ANALGÉSICO EN 1893 Y SE LE LLAMÓ ANTIPIRINA. SUS DERIVADOS SON: LA AMINOPIRINA, QUE ES MÁS POTENTE PERO TAMBIÉN MÁS TÓXICA QUE LA FENIL-BUTAZONA QUE ES QUÍMICAMENTE MÁS COMPLICADA.

INDICACIONES:

LA AMINOPIRINA, LA FENIL-BUTAZONA Y SUS DERIVADOS, SE UTILIZAN COMO ANALGÉSICOS POTENTES, A DOSIS DE 0.5 G. 3 Ó 4-

VECES AL DÍA; SE USAN TAMBIÉN COMO ANTI-INFLAMATORIOS.

TOXICIDAD:

PUEDE PRODUCIR AGRANULOCITOSIS, NAUSEAS, VÉRTIGOS Y TAMBIÉN RETENCIÓN HÍDRICA.

GRUPO INDENO:

HA MOSTRADO MÁS CAPACIDAD ANTI-INFLAMATORIA QUE ANALGÉSICA; SE DESCONOCE SU MECANISMO DE ACCIÓN, LA INDOMETACINA ES UN FÁRMACO ANTI-INFLAMATORIO ÚTIL EN ARTRITIS DIVERSAS A LA DOSIS DE 100 MG. POR VÍA ORAL TRES O CUATRO VECES AL DÍA. LA TOXICIDAD DE ESTE MEDICAMENTO ES QUE PUEDE PRODUCIR GASTRITIS FRECUENTE Y TAMBIÉN ÚLCERA PÉPTICA.

GRUPO FENIRAMIDOL:

ESTOS FÁRMACOS SON ANALGÉSICOS MUY POTENTES PERO TAMBIÉN SON RELAJANTES MUSCULARES.

INDICACIONES:

ES ÚTIL EN CEFALÉAS INESPECÍFICAS, DOLORS MUSCULARES, DOLORS MENORES, TENSIÓN PREMENSTRUAL, DISMENORREAS, ETC. ESTE PRODUCTO ES CASI INOCUO PERO OCASIONALMENTE PUEDE PRODUCIR PRURITO.

DOSIS:

100 MG. TRES O CUATRO VECES AL DÍA POR VÍA ORAL.

GRUPO DE LA COLCHISINA:

ESTOS ALCALOIDES SON CITOTÓXICOS, POR ESTA RAZÓN, ÚLTIMAMENTE HAN RECIBIDO GRAN INTERÉS COMO DROGAS ANTINEOPLÁSICAS, SE LE CONSIDERA COMO VENENO PROTOPLASMÁTICO QUE IMPIDE CON ELLO LA REPRODUCCIÓN CELULAR Y SU USO COMO ANALGÉSICO SE REDUCE A LOS EPISODIOS DE DOLOR EN LA GOTA AGUDA.

MECANISMO DE ACCIÓN: SE DESCONOCE A FONDO; EN LA GOTA -- AYUDA, PERO SE LE CREE IMPLICADO EN EL METABOLISMO DE ÁCIDO ÚRICO.

INDICACIONES:

SE RECOMIENDA POCO SU USO, YA QUE LA DOSIS TERAPÉUTICA ESTÁ CASI SIEMPRE EN EL LÍMITE DE LA DOSIS TÓXICA. TAMBIÉN SE HA REPORTADO QUE PUEDE LLEGAR A INDUCIR MUTACIONES GENÉTICAS.

DOSIS:

MEDIO MILIGRAMO POR VÍA ORAL CADA HORA. ES FRECUENTE QUE A PARTIR DE LA TERCERA DOSIS HAYA NAUSEAS, VÓMITO E INCLUSO DIARREAS SI SE PERSISTE EN LA DOSIS.

GRUPO DEL ÁCIDO FENÁMICO:

PRESENTA DOS MIEMBROS: EL ÁCIDO M. FENÁMICO Y EL ÁCIDO -

- ANTI-INFLAMATORIOS -

ANANASE F.

INDICACIONES:

REFUERZA LOS MECANISMOS ANTI-INFLAMATORIOS FISIOLÓGICOS, PROPICIA ALIVIO DE LA SINTOMATOLOGÍA CON REDUCCIÓN DEL EDEMA Y EL DOLOR QUE ACOMPAÑAN A LOS PROCESOS INFLAMATORIOS.

INCREMENTA LA ABSORCIÓN DE LOS ANTIBIÓTICOS Y FACILITA SU PENETRACIÓN EN LOS TEJIDOS.

UTIL EN LOS TRAUMATISMOS ACCIDENTALES O QUIRÚRGICOS, EXTRACCIONES DENTARIAS, GINGIVECTOMÍAS, CIRUGÍA DENTAL Y BU CAL.

CONTRA INDICACIONES:

INSUFICIENCIA HEPÁTICA O RENAL GRAVE, TRANSTORNOS EN COAGULACIÓN SANGUÍNEA.

REACCIONES SECUNDARIAS:

A DOSIS ELEVADAS Y POR TIEMPO PROLONGADO PUEDE OCASIONAR TRASTORNOS EN COAGULACIÓN SANGUÍNEA, NÁUSEAS, VÓMITO, GASTRITIS, ERUPCIONES DE LA PIEL.

DOSIS:

DOS GRAGEAS CUATRO VECES AL DÍA.

DANZEN

INDICACIONES:

CONTROLA LOS PROCESOS INFLAMATORIOS DESPUÉS DE EXTRACCIONES DENTALES E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS BUCALES. ELIMINA LA TUMEFACCIÓN, EL EXUDADO INFLAMATORIO Y EL EDEMA; FACILITA LA REABSORCIÓN DEL HEMATOMA.

CONTRAINDICACIONES:

DISCRASIAS SANGUÍNEAS, DEGENERACIÓN AMARILLA DEL HÍGADO, PANCREATITIS AGUDA.

REACCIONES SECUNDARIAS:

ÁNOREXIA, NAUSEAS Y ERUPCIÓN CUTÁNEA QUE DESAPARECEN AL SUSPENDER EL TRATAMIENTO.

DOSIS:

ADULTOS Y MAYORES DE 12 AÑOS: 2 TABLETAS POR VÍA ORAL 3 Ó 4 VECES AL DÍA.

NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS: 1 TABLETA POR VÍA ORAL 3 Ó 4 VECES AL DÍA.

DIBILAN

INDICACIONES:

ABSCEOS DENTALES, PERIOSTITIS, GINGIVITIS, EXTRACCIONES -

DENTARIAS.

CONTRAINDICACIONES:

ULCERA GASTRODUODENAL, LEUCOPENIA, DIATESIS HEMORRÁGICA, HIPERSENSIBILIDAD AL FÁRMACO, INSUFICIENCIA HEPÁTICA RENAL O CARDÍACA.

REACCIONES SECUNDARIAS:

OPRESIÓN GÁSTRICA, NAUSEA, REACCIONES ALÉRGICAS EN PIEL.

PRECAUCIONES:

NO DEBERÁ USARSE POR MÁS DE UNA SEMANA. NO DEBERÁ ADMINISTRARSE DURANTE EL EMBARAZO. PODRÍA POTENCIALIZAR EL EFECTO DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES Y DE LOS ANTIDIABÉTICOS ORALES.

DOSIS:

NIÑOS DE MÁS DE 14 AÑOS Y ADULTOS: 2 GRAGEAS 3 VECES AL DÍA. EN CASOS DIFÍCILES, INICIAR EL TRATAMIENTO CON DOS GRAGEAS CADA 6 HORAS; EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO SE PODRÁ DISMINUIR LA DOSIS DE ACUERDO AL CUADRO CLÍNICO. LAS GRAGEAS PODRÁN TOMARSE JUNTO CON ALIMENTOS.

FLANAX:

INDICACIONES:

CON PROPÓSITO ANTI-INFLAMATORIO, ANALGÉSICO, ANTIPIRÉTICO.

EN ODONTOLOGÍA:

COMO ANALGÉSICO Y ANTI-INFLAMATORIO EN EXTRACCIONES DENTALES, CIRUGÍA BUCAL, INFLAMACIÓN Y DOLOR CAUSADOS POR PROCESOS INFECCIOSOS EN LA BOCA, TRISMUS MANDIBULAR.

CONTRAINDICACIONES:

HIPERSENSIBILIDAD A LAS FORMULACIONES DE NAPROXEN.

REACCIONES SECUNDARIAS:

DOLOR EPIGÁSTRICO, HEPATITIS, REACCIONES ANAFILÁCTICAS A LAS FORMULACIONES DE NAPROXEN, INSOMNIO, ÚLCERA PÉPTICA, ICTERICIA, VÉRTIGO, VÓMITO, NAUSEA, MALESTAR ABDOMINAL.

USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:

AFECTA EL SISTEMA CARDIOVASCULAR DEL FETO HUMANO (CIERRE DEL CONDUCTO ARTERIOSO), POR ESO, NO SE DEBE ADMINISTRAR DURANTE EL EMBARAZO.

EL NAPROXEN HA SIDO DETECTADO EN LA LECHE MATERNA, POR LO CUAL DEBERÁ EVITARSE EL USO DE FLANAX DURANTE LA LACTANCIA.

DOSIS Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:

PEDIÁTRICO: NO SE RECOMIENDA EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO.

ADULTO: 550 MG. (2 CÁPSULAS DE 275 MG.) 2 VECES AL DÍA.

USO INFANTIL:

SUPOSITORIOS INFANTIL, 1 CADA 8 HORAS

CÁPSULAS INFANTIL, 2 CADA 12 HORAS

SUSPENSIÓN, 1 CUCHARADITA (5 ML) CADA 8 HORAS

LA DOSIS NO DEBE EXCEDER A 16.5 MG/KG/DÍA.

KEDURIL

INDICACIONES:

ABSCEOS DENTALES, PULPITIS, GINGIVITIS, PARODONTITIS, PERICORONITIS, EXTRACCIONES, ALVEOLITIS, CIRUGÍA BUCAL, CIRUGÍA MAXILO FACIAL.

CONTRAINDICACIONES:

EL USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA QUEDA BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL FACULTATIVO, PACIENTES CON ÚLCERA PÉPTICA.

REACCIONES SECUNDARIAS:

GASTRALGIAS ARDOROSAS, NAUSEAS Y VÓMITOS OCASIONALES.

DOSIS:

ADULTOS:

1 GRAGEA 3 VECES AL DÍA CON LOS ALIMENTOS.

TEMA 3: TRATAMIENTO TRANSOPERATORIO

INDICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

SE CONSIDERA INDICACIÓN PARA LA EXTRACCIÓN A TODO DIENTE, QUE NO ASUMA SU POSICIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN EL SISTEMA - MASTICATORIO TOTAL.

EN EL CASO DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS, LAS INDICACIONES SE DIVIDEN EN:

- A) DIENTES QUE PUEDAN SER TRATADOS ORTODÓNTICAMENTE DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA.
- B) DIENTES QUE NO SERÁN TRATADOS ORTODÓNTICAMENTE Y SERÁN EXTRAÍDOS.

- DIENTES QUE SERÁN TRATADOS ORTODÓNTICAMENTE -

1. CONSIDERACIONES ORTODÓNTICAS: SI EL DIENTE ESTÁ EN UNA POSICIÓN QUE EL ORTODONCISTA CONSIDERE FACTIBLE PARA SER TRACCIONADO.
2. INFECCIÓN CONTROLADA, PRODUCIDA POR UN DIENTE RETENIDO: ANTERIORMENTE LA INFECCIÓN DEL DIENTE SIGNIFICABA SU EXTRACCIÓN, ACTUALMENTE, POR MEDIO DE ANTIBIOTICOTERAPIA, ESTOS DIENTES SE PUEDEN EXPONER Y TRACCIONAR ORTODONTICAMENTE.

3. DOLOR PRODUCIDO POR UN DIENTE RETENIDO

4. INFECCIÓN Y DOLOR PRODUCIDOS POR UN DIENTE RETENIDO:-
LA INFECCIÓN PUEDE SER CONTROLADA, EL DOLOR PUEDE SER PROVOCADO POR LA MISMA INFECCIÓN O DEBIDO A LA PRESIÓN QUE EJERCE EL DIENTE RETENIDO EN LOS TEJIDOS VECINOS.

5. FORMACIÓN O PRESENCIA DE UN QUISTE ODONTÓGENO O TUMOR ASOCIADOS AL DIENTE RETENIDO: POR LO GENERAL, LA ASOCIACIÓN DE DIENTES RETENIDOS Y QUISTES ES INDICACIÓN PARA LA EXTRACCIÓN, SIN EMBARGO, A VECES EN EL PACIENTE JOVEN UN DIENTE DESPLAZADO POR UN QUISTE TODAVÍA PUEDE ERUPCIONAR-NORMALMENTE DESPUÉS DE HABER ELIMINADO EL QUISTE.

6. PROFILAXIS: DEBIDO A LA POTENCIALIDAD DE DESTRUCCIÓN.

7. ALTERACIONES DE POSICIÓN DE LOS DIENTES CONTIGUOS.

8. RESORCIÓN DE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES CONTIGUOS.

- DIENTES RETENIDOS QUE TENGAN QUE SER
EXTRAIDOS -

1. EN PACIENTES DESDENTADOS: LOS CANINOS RETENIDOS TIENDEN A ERUPCIONAR AL NO TENER OBSTÁCULOS DENTALES, POR LO QUE OCASIONARÁN INESTABILIDAD A LA PRÓTESIS CAUSANDO MO--

LESTIAS Y ULCERACIONES.

2. CANINOS EN SITUACIONES ABERRANTES: SE DEBEN EXTRAER-POR EL RIESGO QUE LLEGUEN A ERUPCIONAR EN LUGARES TALES - COMO FOSAS NAALES O SENO MAXILAR. LA ETIOLOGÍA DE ESTAS POSICIONES ABERRANTES ES EL DESPLAZAMIENTO DEL GERMEN DENTAL O SU MIGRACIÓN PROVOCADA POR ALGÚN QUISTE.

3. CUANDO POR LA POSICIÓN DEL CANINO ÉSTE TENGA QUE SER FRACCIONADO PARA SU EXPOSICIÓN.

4. DISPARIDAD ENTRE EL TAMAÑO O EL NÚMERO DE DIENTES Y - EL TAMAÑO DE LOS MAXILARES.

5. PARA FACILITAR UN TRATAMIENTO ORTODÓNTICO: CUANDO EL ORTODONCISTA CONSIDERA QUE LA EXTRACCIÓN FACILITARÁ EL -- TRATAMIENTO COMPLETO DEL PACIENTE.

6. DIENTES RETENIDOS PARCIALMENTE CON INFECCIONES RECU-- RRENTES: LA INFECCIÓN PUEDE SER LA PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN DIENTE RETENIDO NO SOSPECHADO, LOCALIZADO DEBAJO DE UNA PRÓTESIS O ASOCIADO A UN QUISTE DENTÍGERO.

7. RESORCIÓN INTERNA O EXTERNA DEL DIENTE RETENIDO SON - INDICACIONES PARA SU EXTRACCIÓN, YA QUE SU CORONA PRESEN- TA UNA DESCALCIFICACIÓN GENERALIZADA Y RADIOGRÁFICAMENTE-

PRESENTA UN ASPECTO MÁS CARCOMIDO, LO QUE SUGIERE QUE LA -
DEGENERACIÓN ESTÁ RELACIONADA CON LA RESORCIÓN INTERNA.

8. DIENTES RETENIDOS EN ZONAS DE IRRADIACIÓN TERAPÉUTICA:
DEBEN SER EXTRAÍDOS ANTES DE LA RADIOTERAPIA YA QUE ES LÓ-
GICO SUPONER QUE SERÁN PUNTOS DE RECEPCIÓN DE LA RADIACIÓN.
ESTA MEDIDA DE HACER LAS EXTRACCIONES EN FORMA PREVENTIVA,
SURGIÓ A RAIZ DE LA OBSERVACIÓN DE MUCHOS PACIENTES QUE --
PRESENTARON OSTEORRADIONECROSIS DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO-
CON RADIACIONES.

- CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO -

- QUIRÚRGICO -

LAS CONTRAINDICACIONES PUEDEN SER LOCALES O GENERALES.

CONTRAINDICACIONES LOCALES:

1. SE ASOCIAN PRINCIPALMENTE A PROBLEMAS DE INFECCIÓN O -
ENFERMEDADES MALIGNAS. LAS INFECCIONES, SIN EMBARGO, HAN-
QUEDADO EN UN SEGUNDO PLANO, YA QUE CON LA ANTIBIOTICOTERA
PIA, AHORA SE PUEDE REALIZAR LA INTERVENCIÓN EN CUANTO LOS
NIVELES DEL ANTIBIÓTICO EN SANGRE HAYAN CONTROLADO LOS FAÇ
TORES GENERALIZADOS.
2. LA ESTOMATITIS INFECCIOSA AGUDA SUELE COMPLICARSE EN -

LA EXODONCIA Y MÁS AÓN CUANDO SE LEVANTA UN COLGAJO PALATINO O VESTIBULAR, YA QUE ES UNA ENFERMEDAD DEBILITANTE, LÁBIL Y DOLOROSA.

3. LA EXTRACCIÓN O EXPOSICIÓN DE UN DIENTE RETENIDO, INCLUIDO EN UN TUMOR MALIGNO REACCIONARÁ CON LA EXACERBACIÓN DEL TUMOR Y CON UN RETARDO DE LA CICATRIZACIÓN DE LA HERIDA.

4. EN MAXILARES QUE RECIBEN RADIACIÓN TERAPÉUTICA, ESTÁ CONTRAINDICADA LA EXTRACCIÓN O EXPOSICIÓN DE CUALQUIER DIENTE RETENIDO DEBIDO A QUE SE PUEDE DESARROLLAR UNA RADIOSTEOMIELITIS AGUDA POR FALTA DEL RIEGO SANGUÍNEO, POR LO TANTO, SI EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO-ORTODÓNTICO FUERA NECESARIO REALIZARSE, DEBERÁ SER PREVIO A LA RADIOTERAPIA.

5. CUANDO LA EXPOSICIÓN DE UN CANINO RETENIDO PUEDE LLEVAR A LA PERDIDA DE LOS DIENTES ADYACENTES O PROVOCAR UNA POSIBLE LESIÓN EN LAS ESTRUCTURAS ADYACENTES, LO MÁS CONVENIENTE ES DEJAR EL DIENTE RETENIDO EN SU LUGAR (SIEMPRE Y CUANDO SEA ASINTOMÁTICO) Y SÓLO LLEVAR UN CONTROL RADIOGRÁFICO-CADA SEIS MESES.

CONTRAINDICACIONES GENERALES:

CUALQUIER ENFERMEDAD GENERALIZADA PUEDE COMPLICAR UNA CIRUGÍA BUCAL O UNA EXTRACCIÓN, O SER COMPLICADAS POR ELLA.

LAS CONTRAINDICACIONES GENERALES SON LAS SIGUIENTES:

1. DIABETES SACARINA NO CONTROLADA. PROVOCAN EN UNA CIRUGÍA BUCAL:
 - A) SANGRADO PROFUSO
 - B) RETARDO EN LA CICATRIZACIÓN
 - C) MAYOR POSIBILIDAD DE INFECCIÓN

2. CARDIOPATÍAS

3. LAS DISCRACIAS SANGUÍNEAS Y ENFERMEDADES HEMORRÁGICAS COMO HEMOFILIA Y LEUCEMIA.

4. LAS ENFERMEDADES DEBILITANTES DE CUALQUIER TIPO, PONEN AL PACIENTE EN ALTO RIESGO.

5. LA ENFERMEDAD DE ADDISON O CUALQUIER DEFICIENCIA DE ESTEROIDES SON CONTRAINDICACIONES, PORQUE EL PACIENTE NO TIENE LA SUFICIENTE SECRECIÓN DE LA CORTEZA SUPRARRENAL, COMO PARA SOPORTAR UNA CIRUGÍA BUCAL.

6. LA FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO, COMO LA ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA NO DIAGNOSTICADA.

7. LA NEFRITIS NO TRATADA.

8. LA PSICOSIS Y LA NEUROSIS REPRESENTAN COMPLICACIONES -
DURANTE LA OPERACIÓN.

9. DIENTES RETENIDOS TOTALMENTE ASINTOMÁTICOS, EN PACIEN-
TES DE EDAD AVANZADA, SE PUEDEN DEJAR EN SU LUGAR.

- PREMEDICACIÓN Y PREPARACIÓN DEL PACIENTE -

LA PREMEDICACIÓN ES NECESARIA EN LOS CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE SE MUESTRA TEMEROSO Y NERVIOSO; EN ESTOS CASOS, LO RECOMENDABLE ES ADMINISTRAR UN SEDANTE UN DÍA ANTES - DE LA INTERVENCIÓN Y OTRO UNAS HORAS ANTES DE LA MISMA.

LOS PROPÓSITOS DE LA PREMEDICACIÓN SON LOS SIGUIENTES:

1. MITIGAR LA APREHENSIÓN, EL MIEDO Y LA ANSIEDAD.
2. ELEVAR EL UMBRAL DEL DOLOR, EN CASO QUE SE ADMINISTRE ANESTESIA LOCAL.
3. CONTROLAR CON MAYOR FACILIDAD AL PACIENTE Y LOS MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS DE SU CABEZA.
4. CONTROLAR LA SECRECIÓN DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES Y MUCOSAS.
5. EN ENFERMOS CON PARÁLISIS CEREBRAL, PARA CONTROLAR - SUS TRASTORNOS MOTORES.

LAS DOSIS DE LOS SEDANTES VAN DE ACUERDO CON LA EDAD, PESO Y CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES DEL PACIENTE.

STEWART, CITADO POR SIDNEY FINN, DESCRIBE LA VENTAJA DE - PREMEDICAR A LOS PACIENTES USANDO 10 A 20 MG. DE HIDROXICINA.

KRUGER RECOMIENDA LA PREMEDICACIÓN CUANDO SE EXTRAIGAN O SE EXPONGAN LOS CANINOS RETENIDOS O CUALQUIER OTRO DIENTE RETENIDO, BAJO ANESTESIA LOCAL.

LA DOSIS POR VÍA BUCAL ES DE 0,1 G. DE PENTOBARBITAL SÓDICO O DE 1 A 2 GRAMOS POR VÍA INTRAVENOSA.

EL PACIENTE SE ENCUENTRA AMBULANTE, PERO ES RECOMENDABLE-QUE ALGUIEN LO ACOMPAÑE A SU CASA DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN. ADEMÁS, ES IMPORTANTE LA RELAJACIÓN PSICOLÓGICA -- DEL PACIENTE.

- TÉCNICA QUIRÚRGICA -

LA TÉCNICA QUIRÚRGICA DE UN CANINO RETENIDO ES ESENCIALMENTE LA RESOLUCIÓN DE UN PROBLEMA MECÁNICO.

POR MEDIOS MECÁNICOS E INSTRUMENTALES SE REALIZARÁ LA BÚSQUEDA DEL DIENTE RETENIDO, SU EXPOSICIÓN Y SU EXTRACCIÓN, O LA COLOCACIÓN DE UN ADITAMENTO DE TRACCIÓN PARA SEGUIR-POSTERIORMENTE CON EL TRATAMIENTO ORTODÓNTICO, EL CONOCER LA LOCALIZACIÓN DEL CANINO SUPERIOR RETENIDO ES TAN IMPORTANTE, QUE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA REALIZAR DICHA - OPERACIÓN, SON CASI TOTALMENTE DISTINTAS.

- EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS POR VÍA -

- PALATINA -

ANESTESIA: LA ANESTESIA DEBE DE PREVER LA LONGITUD DE LA OPERACIÓN.

RETENCIÓN UNILATERAL:

ANESTESIA INFRAORBITARIA DEL LADO A OPERARSE.

ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA DE LA BÓVEDA PALATINA AL NIVEL DEL AGUJERO NASO-PALATINO Y PALATINO ANTERIOR DEL LADO A OPERARSE.

RETENCIÓN BILATERAL:

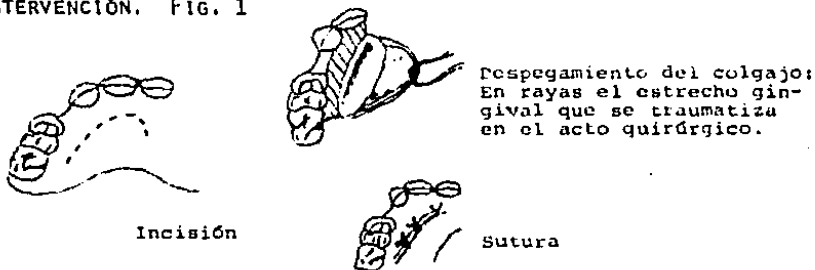
ANESTESIA INFRAORBITARIA DE AMBOS LADOS.

ANESTESIA INFILTRATIVA LOCAL EN LA BÓVEDA PALATINA AL NIVEL DEL AGUJERO NASO-PALATINO Y DE AMBOS LADOS EN LOS AGUJEROS PALATINOS ANTERIORES.

OPERACIÓN:

INCISIÓN.- PARA EXTRAER UN CANINO RETENIDO DE LA BÓVEDA-PALATINA, ES NECESARIO DESPRENDER PARTE DE LA FIBROMUCOSA DEJANDO AL DESCUBIERTO LA BÓVEDA ÓSEA. ES DECIR, PREPARAR UN COLGAJO QUE PERMITA UN AMPLIO DESCUBRIMIENTO DEL LUGAR DONDE ESTÁ RETENIDO EL DIENTE A EXTRAER. PARA CONSEGUIR TAL COLGAJO, SE HA DE PRACTICAR UNA INCISIÓN EN LA BÓVEDA PALATINA. ESTE COLGAJO DEBE DAR UNA SUFICIENTE VISIÓN DEL CAMPO OPERATORIO Y DEBE SER DISPUESTO DE TAL MODO QUE NO SEA TRAUMATIZADO EN EL CURSO DE LA INTERVENCIÓN. PEQUEÑAS INCISIONES EN LA BÓVEDA SON INSUFICIENTES Y ANTIQUIRÚRGICAS.

LA EXTENSIÓN DEL COLGAJO DEBE ESTAR DADA POR LA POSICIÓN DEL CANINO RETENIDO. CÚSPIDE Y ÁPICE DEL CANINO SON LOS EXTREMOS POR FUERA DE LOS CUALES SE TRAZA LA INCISIÓN. - ESTA PUEDE TENER DOS FORMAS: LA PRIMERA, QUE SE REALIZA EN PLENO TEJIDO DEL PALADAR DURO, TIENE APLICACIÓN PARA LA INTERVENCIÓN DE LOS CANINOS ALEJADOS DEL BORDE ALVEOLAR. TIENE EL INCONVENIENTE QUE NO DA UN AMPLIO CAMPO Y QUE AL ESTRECHO GINGIVAL, ENTRE LA INCISIÓN Y LA ARCADEA ALVEOLAR, ES MAGULLADO Y TRAUMATIZADO EN EL CURSO DE LA INTERVENCIÓN. Fig. 1



LA SEGUNDA FORMA DE INCISIÓN ESTÁ MÁS EN CONSONANCIA CON LOS PRINCIPIOS QUIRÚRGICOS. CONSISTE EN EL DESPRENDIMIENTO DEL TALÓN PALATINO, REALIZANDO PREVIAMENTE EL DESPEGAMIENTO DE LA FIBROMUCOSA PALATINA DEL CUELLO DE LOS DIENTES. ÉSTE ES EL COLGAJO QUE PREFERIMOS. FIG.-2. SE REALIZA DE LA SIGUIENTE MANERA: SE UTILIZA UN BISTURÍ DE HOJA CORTA, EL CUAL SE INSINÚA ENTRE LOS DIENTES Y LA ENCÍA



Incisión



Se mantiene el colgajo
sujeto a un diente
vecino



Osteotomía a
Escopio

"EXTRACCIÓN DEL CANINO POR VÍA PALATINA"

DIRIGIDO EN SENTIDO PERPENDICULAR A LA BÓVEDA, LLEGANDO -
 HASTA EL HUESO. EL DESPEGAMIENTO SE INICIA EN EL LÍMITE-
 YA PREFIJADO (CARA DISTAL DEL SEGUNDO PREMOLAR, CARA DIS-
 TAL DEL PRIMER MOLAR), Y SE EXTIENDE EN SENTIDO ANTERIOR-
 HASTA LOS INCISIVOS CENTRALES, LATERAL, SEGÚN EL SITIO --
 QUE OCUPE EL O LOS CANINOS RETENIDOS. AL LLEGAR AL SITIO
 DONDE FALTA EL DIENTE EN LA ARCADA, EL BISTURÍ CONTORNEA-
 PARTE DE LA CARA MESIAL DEL PRIMER PREMOLAR, LA INCISIÓN -
 SIGUE LA CRESTA DE LA ARCADA Y SE CONTINÚA HASTA EL LUGAR
 ELEGIDO. LA PEQUEÑA LENGÜETA QUE RESULTA DE ESTA INCI- -
 SIÓN SERÁ UTILIZADA CON PROVECHO AL PRACTICAR LA SUTURA.-
 SI EXISTE EL CANINO PRIMARIO, LA INCISIÓN LO RODEA POR SU
 CARA DISTAL.

EN CASO DE QUE UN CANINO ESTÉ SITUADO MÁ S POSTERIORMENTE,
 NO ES NECESARIO QUE LA INCISIÓN PASE DE LA LÍNEA MEDIA, -
 RESPETANDO POR LO TANTO, AL DESPRENDERSE EL COLGAJO, LOS-
 ELEMENTOS QUE SE RELACIONAN CON EL AGUJERO NASO-PALATINO.

PARA QUE TAL COLGAJO SEA ÚTIL, PUEDE AGREGARSE UNA INCI--
 SIÓN PERPENDICULAR A LA ARCADA DENTARIA Y DE UNA EXTEN- -
 SIÓN APROXIMADA DE 1 CM. ESTA INCISIÓN DEBE PARTIR DE --
 UNA LENGÜETA INTERDENTARIA (LA INMEDIATAMENTE DISTAL AL -
 ÁPICE DEL CANINO) Y SE DIRIGE HACIA LA LÍNEA MEDIA Y LIGE
 RAMENTE ATRÁS. LOS VASOS PALATINOS QUE SE DIRIGEN DEL --
 AGUJERO PALATINO ANTERIOR HACIA ADELANTE, SON SECCIONADOS

PRODUCIENDO UNA ABUNDANTE HEMORRAGIA QUE SE COHIBE POR COMPRESIÓN. AMPLIANDO SUFICIENTEMENTE EL LÍMITE DE DESPEGAMIENTO DE LOS DIENTES, NO ES NECESARIA LA INCISIÓN VERTICAL.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

REALIZADA LA INCISIÓN, EL DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO SE HACE CON UN INSTRUMENTO ROMO. ESTE INSTRUMENTO SE INSINÚA ENTRE LA ARCADA DENTARIA Y LA ENCÍA, O ENTRE LOS LABIOS DE LA INCISIÓN PALATINA Y POR PEQUEÑOS MOVIMIENTOS, SIN HERIR NI DESGARRAR LA ENCÍA, SE DESPRENDE LA FIBROMUCOSA HASTA DEJAR AL DESCUBIERTO AL HUESO DEL PALADAR.

ES CONVENIENTE, DESPUÉS DE DESPRENDIDO UN TROZO DE FIBROMUCOSA, TOMAR ÉSTE CON UNA PINZA DE DISECCIÓN, MANTENIÉNDOSE INMÓVIL DURANTE EL CURSO DE LA OPERACIÓN. SE PASA UN PUNTO DE SUTURA POR LA FIBROMUCOSA, DE PREFERENCIA AL NIVEL DE LA LENGÜETA GINGIVAL DEL ESPACIO DEL CANINO. EL HILO SE ANUDA EN UN MOLAR DEL LADO OPUESTO Y SE FIJAN A LA COMPRESA QUE CUBRE AL PACIENTE.

EN AMBOS CASOS, ESTE MISMO HILO SIN NECESIDAD DE VOLVER A PASARLO A LA FIBROMUCOSA, SE ENHEBRA EN UNA AGUJA Y SIRVE PARA SUTURAR EL COLGAJO.

SE COHIBE LA HEMORRAGIA ÓSEA O DE LOS VASOS PALATINOS, SIN CUYO REQUISITO LA VISIÓN NO ES CORRECTA Y SE PASA AL OTRO-TIEMPO QUIRÚRGICO.

OSTEOTOMÍA:

PARA ELIMINAR EL HUESO QUE CUBRE EL CANINO RETENIDO, PUEDE EL CIRUJANO VALERSE DE VARIOS MÉTODOS QUE, AUNQUE LLEVAN - EL MISMO FIN, TIENEN DIFERENCIAS FUNDAMENTALES QUE SE REFIEREN AL SHOCK QUIRÚRGICO Y A LAS MOLESTIAS QUE PUEDA SUFRIR EL PACIENTE. LOS INSTRUMENTOS USADOS SON: LA FRESA QUIRÚRGICA Y EL ESCOPLo.

- CANTIDAD DE HUESO A ELIMINARSE -

DEBEN QUEDAR AMPLIAMENTE DESCUBIERTAS, EN LA OSTEOMÍA, -- TODA LA CORONA RETENIDA Y PARTE DE LA RAÍZ.

DEBE DESCUBRIR TODA LA CORONA, ESPECIALMENTE A NIVEL DE LA CÚSPIDE DEL DIENTE RETENIDO Y EN UNA ANCHURA EQUIVALENTE AL MAYOR DIÁMETRO DE LA CORONA, PARA QUE ÉSTA SE PUEDA ELIMINAR DE LA CAVIDAD ÓSEA, SIN TROPIEZOS Y SIN TRAUMATISMOS. SEGÚN SEA LA INCLINACIÓN DEL CANINO, SE EXIGIRÁ MAYOR O MENOR SACRIFICIO DEL HUESO AL NIVEL DE SU PARTE RADICULAR. POR LO GENERAL, ES SUFICIENTE DESCUBRIR EL -- TERCIO CERVICAL DE LA RAÍZ. CON MÉTODO DE LA ODONTOSEC--

CIÓN, LA CANTIDAD DE OSTEOTOMÍA ESTÁ REDUCIDA.

- USO DE LA FRESA -

ELIMINA EL HUESO Y LIMPIA RÁPIDAMENTE SIN MOLESTAR AL OPERADO. EL RECALENTAMIENTO DEL INSTRUMENTO SE SUBSANA UTILIZANDO FRESAS NUEVAS QUE DEBEN CAMBIARSE CONTÍNUAMENTE - EN EL CURSO DE LA EXTRACCIÓN, PORQUE AL EMBOTARSE CON LOS RESTOS ÓSEOS Y LA SANGRE, BRUÑEN EL HUESO Y LO CALIENTAN, SE IRRIGA EL HUESO CON SUERO FISIOLÓGICO TIBIO ESTERILIZADO.

LA OSTEOTOMÍA A FRESA SE REALIZA CON FRESAS REDONDAS NÚMEROS 4 Ó 5; UNA VEZ UBICADA CON PRECISIÓN LA CORONA DEL DIENTE RETENIDO (POR LA RADIOGRAFÍA Y POR EL RELIEVE ÓSEO) SE PRACTICAN ORIFICIOS CIRCUNDANDO LA CORONA Y EL PRIMERTERCIO RADICULAR; LA FRESA DEBE LLEGAR A TOCAR LA CORONA DEL CANINO Y EL OPERADOR PERCIBIR LA SENSACIÓN PARTICULAR DE DUREZA DEL ESMALTE. LOS DIVERSOS ORIFICIOS CREADOS -- POR LA FRESA SE UNEN ENTRE SÍ, SECCIONANDO EL HUESO QUE - LOS SEPARA CON UNA FRESA DE FISURA O CON UN ESCOPLA QUE, - DIRIGIDO CON PEQUEÑOS GOLPES, CUMPLE EL MISMO COMETIDO. - ESTA TAPA ÓSEA SE LEVANTA CON EL MISMO ESCOPLA, CON UNA - PEQUEÑA LEGRA.

CUANDO LA CORONA DEL CANINO ESTÁ MUY SUPERFICIAL Y EL HUESO QUE CUBRE ES PAPIRÁCEO, PUEDE SER ELIMINADO EN TOTAL - POR UNA FRESA REDONDA GRANDE.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- USO DEL ESCOPLA (ESCOPLA Y MARTILLO) -

SE EMPLEA UN ESCOPLA DE MEDIA CAÑA; SE APLICA VERTICALMENTE AL HUESO Y CON GOLPES DE MARTILLO SE ELIMINA EL HUESO - QUE SEA NECESARIO. ESTA OSTEOTOMÍA SE CUMPLE POR PARTES, - RETIRANDO EL HUESO EN PEQUEÑOS TROZOS. EN LAS RETENCIONES SUPERFICIALES EL ESCOPLA NO CAUSA MOLESTIAS, SOBRE TODO -- PORQUE EN TAL CONDICIÓN, PUEDE SER USADO BAJO PRESIÓN MA-- NUAL. EN LAS RETENCIONES PROFUNDAS EL GOLPE DEL MARTILLO-- ES PENOSAMENTE SOPORTADO POR EL PACIENTE. EVITARLO ES ME-- JORAR EL ACTO QUIRÚRGICO.

EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA:

REALIZADA LA OSTEOTOMÍA, HAY QUE CONSIDERAR EL OBJETO PRIMORDIAL DE LA OPERACIÓN, QUE ES LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE - RETENIDO. ESTA PARTE DE LA OPERACIÓN REQUIERE CRITERIO, HABILIDAD Y FIRMEZA PARA NO TRAUMATIZAR O LUXAR LOS DIEN-- TES VECINOS O FRACTURAR LAS PAREDES ALVEOLARES.

ESTA OPERACIÓN SÓLO PUEDE REALIZARSE CON PALANCAS QUE, APQ-- YADAS EN EL HUESO VECINO MÁS SÓLIDO Y MÁS PROTEGIDO (EL -- HUESO DEL LADO INTERNO), ELEVAN EL DIENTE SIGUIENDO LA BRE-- CHA ÓSEA CREADA. ESTA MANIOBRA EXIGIRÁ EXTRAORDINARIO ES-- FUERZO, Y HAY QUE FACILITAR, POR ALGÚN MEDIO, LA ELIMINA-- CIÓN DE ESTE DIENTE DEL HUESO; ESTO SE RESUELVE POR 2 PRO--

CEDIMIENTOS, O SE AUMENTA AMPLIAMENTE LA VENTANA ÓSEA POR DONDE DEBE ELIMINARSE EL DIENTE, O SE DISMINUYE EL VOLUMEN DEL DIENTE A EXTRAER.

EL PRIMER PROCEDIMIENTO EXIGE SACRIFICIO ESTÉRIL DEL TEJIDO ÓSEO VECINO PORQUE PARA EXTRAER SIN TRAUMATISMOS UN CANINO RETENIDO, DEBE ELIMINARSE UNA CANTIDAD CONSIDERABLE DE HUESO.

EL SEGUNDO PROCEDIMIENTO ES SENCILLO, RÁPIDO. ES LA APLICACIÓN DEL CLÁSICO MÉTODO DE LA ODONTOSECCIÓN. SE CORTA EL DIENTE EN EL NÚMERO DE TROZOS QUE SEA NECESARIO Y SE EXTRAEN SUS PARTES POR SEPARADO Y A EXPENSAS DE LOS ESPACIOS CREADOS POR LAS PARTES DESALOJADAS SE COMPLETA LA EXTRACCIÓN DE LOS TROZOS QUE QUEDAN. FIG.- 3.

Realizada la osteotomía se puede ver la corona del canino



Extracción de la corona

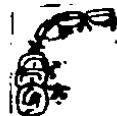


Sección del diente a fresa

Extracción de la raíz



Sutura



EXISTEN CASOS EN QUE EL DIENTE ESTÁ DIRIGIDO EN UN SENTIDO PRÓXIMO AL VERTICAL, EN LOS CUALES LA SECCIÓN ES APLICABLE. EN TAL POSICIÓN, SE CREA UN ESPACIO CON FRESAS ALREDEDOR - DE LA CORONA DEL CANINO, Y SIEMPRE QUE LA CÚSPIDE NO SE ENCUENTRE ENCLAUSTRADA, PUEDE SER EXTRAÍDO CON UN ELEVADOR RECTO, INTRODUCIDO ENTRE LA CARA DEL RETENIDO QUE MIRE A LA LÍNEA MEDIA Y LA PARED ÓSEA CONTIGUA. CON MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN SE INTRODUCE EL INSTRUMENTO Y ESTO DARÁ UNA LIGERA LUXACIÓN AL DIENTE. LA EXTRACCIÓN SE TERMINA TOMANDO EL DIENTE AL NIVEL DEL CUELLO CON UNA PINZA PARA PREMOLARES SUPERIORES Y HACIENDO SUAVES MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN Y TRACCIÓN EN RELACIÓN AL EJE DEL DIENTE.

- USO DE LA FRESA -

EL DIENTE DEBE SER CORTADO AL NIVEL DE SU CUELLO, CON UNA FRESA DE FISURA DIRIGIDA PERPENDICULARMENTE AL EJE DEL DIENTE. SI LA REGIÓN CERVICAL NO ES ACCESIBLE, HABRÁ QUE CORTAR EL DIENTE A NIVEL DE SU CORONA. PARA ESTO, SERÁ NECESARIO DESGASTAR PREVIAMENTE EL ESMALTE CON UNA PIEDRA PARA PERMITIR LA INTRODUCCIÓN DE LA FRESA.

SECCIONANDO EL DIENTE, SE INTRODUCE UN ELEVADOR RECTO EN EL ESPACIO CREADO POR LA FRESA Y SE IMPRIME AL INSTRUMENTO UN MOVIMIENTO ROTATORIO CON EL CUAL SE LOGRARÁ SEPARAR DEFINITIVAMENTE RAÍZ Y CORONA Y DAR A ÉSTA UN CIERTO GRA-

DO DE MOVILIDAD. LUEGO, APLICANDO EL ELEVADOR A NIVEL - DE LA CÚSPIDE DEL CANINO, SE DIRIGE LA CORONA EN DIRECCIÓN DEL ÁPICE, APROVECHANDO EL ESPACIO CREADO POR LA - FRESA. CON ESTO, SE HA LOGRADO DESCONECTAR LA CÚSPIDE- DEL RETENIDO EN SU ALOJAMIENTO ÓSEO Y DE SU CONTACTO CON LOS DIENTES VECINOS.

EN LA ODONTOSECCIÓN SE PUEDE UTILIZAR EL ESCOPLA.

- EXTRACCIÓN DE LAS PARTES SECCIONADAS -

LA EXTRACCIÓN DE LA CORONA SE LOGRA INTRODUCIENDO UN ELE VADOR ANGULAR DE HOJA DELGADA ENTRE LA CARA DEL DIENTE - QUE MIRA HACIA LA LÍNEA MEDIA Y LA ESTRUCTURA ÓSEA. CON UN MOVIMIENTO DE PALANCA, CON PUNTO DE APOYO EN EL BORDE ÓSEO Y GIRANDO EL MANGO DE INSTRUMENTO, SE DESCIENDE LA- CORONA.

ELIMINADA LA CORONA, HAY UN AMPLIO ESPACIO PARA DIRIGIR- LA RAÍZ EN LA CAVIDAD ÓSEA VECINA. CUANDO LA OSIestruc- TURA ES ESCASA, PUEDE LUXARSE LA RAÍZ INTRODUCIENDO EL - MISMO ELEVADOR ANGULAR QUE SE UTILIZÓ PARA LA CORONA, EN TRE LA PARED RADICULAR QUE MIRA A LA LÍNEA MEDIA Y AL -- HUESO ADYACENTE Y DIRIGIENDO LA RAÍZ HACIA ABAJO Y HACIA LA LÍNEA MEDIA.

EN OTRAS CONDICIONES, ES ÚTIL PRACTICAR CON FRESAS REDON

DAS, UN ORIFICIO EN LA BÓVEDA ÓSEA QUE LLEGUE HASTA LA RAÍZ, INTRODUCIENDO POR ESTA PERFORACIÓN UN ELEVADOR FINO O INSTRUMENTO SÓLIDO, SE DIRIGE LA RAÍZ HACIA EL ESPACIO VACÍO. SI DESPUÉS DE RECORRER UN TRECHO SE NOTA UNA NUEVA SENSACIÓN DE RESISTENCIA, DEBERÁ INCULPARSE LA DILACERACIÓN RADICULAR. UNA NUEVA SECCIÓN DE LA RAÍZ A FRESA O ESCOPLU, PERMITIRÁ VENCER EL ACODAMIENTO Y ELIMINAR LA POSICIÓN RADICULAR.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA:

EXTRAÍDO EL CANINO, DEBE INSPECCIONARSE CUIDADOSAMENTE LA CAVIDAD ÓSEA Y EXTRAER LAS ESQUIRLAS DEL HUESO O DE DIENTE QUE PUEDAN QUEDAR Y ELIMINAR EL SACO PERICORONARIO DEL DIENTE RETENIDO; ÉSTE SE EXTIRPA CON UNA CUCHARILLA FILOSA. LA OMISIÓN DE ESTA MEDIDA PUEDE TRAER TRANSTORNOS TUMORALES O INFECCIOSOS.

LOS BORDES ÓSEOS AGUDOS Y PROMINENTES PUEDEN SER ALISADOS CON UNA FRESA REDONDA O CON ESCOFIAS O LIMA PARA HUESO,

SUTURA:

EL COLGAJO SE VUELVE A SU SITIO READAPTÁNDOLO PERFECTAMENTE, DE MANERA QUE LAS LENGÜETAS INTERDENTARIAS OCUPAN SU NORMAL UBICACIÓN.

EN LOS CANINOS UNILATERALES, POR LO GENERAL UN PUNTO DE - SUTURA ES SUFICIENTE; SE COLOCA A NIVEL DEL ESPACIO. ES NECESARIO DESPRENDER EN UNA PEQUEÑA EXTENSIÓN LA FIBROMUCOSA VESTIBULAR PARA PODER PASAR CON COMODIDAD LA AGUJA.

SI PERSISTE EL CANINO PRIMARIO, LA SUTURA DEL COLGAJO DEBE REALIZARSE CON UNA AGUJA RECTA Y FIJA, LA CUAL SE PASA POR EL ESPACIO INTER-DENTARIO MÁS ANCHO. EL EXTREMO INTERNO DEL HILO SE VUELVE, ATRAVIESA EL PUNTO DE CONTACTO PARA LLEGAR AL TRIÁNGULO SUBGINGIVAL Y SE ANUDA CON EL EXTREMO EXTERNO DEL HILO.

TERMINADA LA OPERACIÓN, SE COLOCA UN TROZO DE GASA EN LA BÓVEDA PALATINA, COMPRIMIENDO Y MANTENIENDO ADOSADA LA FIBROMUCOSA.

- CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA DOBLE RETENCIÓN DE CANINOS, EN MAXILARES CON DIENTES -

INCISIÓN:

LA ÚNICA INCISIÓN QUE CONVIENE EN CASOS DE CANINOS BILATERALES ES EL DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO PALATINO, DESPEGANDO LA FIBROMUCOSA DEL CUELLO DE LOS DIENTES, DESDE DISTAL DEL SEGUNDO PREMOLAR O DEL PRIMER MOLAR (SEGÚN LA UBICACIÓN DE LOS ÁPICES DE LOS CANINOS).

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

CON UNA LEGRA O CON EL PERIOSTOTOMO Y CON LA MISMA TÉCNICA SEÑALADA PARA LA RETENCIÓN UNILATERAL, SE DESPRENDE LA FIBRINOSA. EL COLGAJO SE MANTIENE INMÓVIL SUJETÁNDOLO AL SEGUNDO MOLAR.

OSTEOTOMÍA:

SE PRACTICA COMO LA RETENCIÓN UNILATERAL.

EXTRACCIÓN:

SEGUIRÁ LOS PROCEDIMIENTOS YA ENUNCIADOS.

SUTURA:

SU EMPLEO ES MÁS SENCILLO QUE EN EL CASO DE RETENCIÓN UNILATERAL. SE PASAN TRES O CUATRO PUNTOS DE SUTURA EN LOS SITIOS MÁS ACCESIBLES.

- EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS POR VÍA
VESTIBULAR -

CANINOS RETENIDOS EN POSICIÓN VESTIBULAR Y CANINOS PALATINOS. LA VÍA VESTIBULAR PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS RETENIDOS EN EL LADO VESTIBULAR Y LOS PALATINOS PRÓXIMOS A LA ARCADA DENTARIA, CON ESPACIO SUFICIENTE DADO POR DÍAS

TEMAS O DIENTES AUSENTES, ES MÁS SENCILLA QUE LA PALATINA. LA ILUMINACIÓN ES MÁS FÁCIL Y EL ACCESO DEL DIENTE RETENIDO ES MÁS DIRECTO. FIG.4.

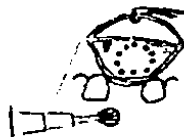
1. Incisión



2. Desprendimiento del colgajo



3. Osteotomía



4. Sección del canino a nivel de su cuello



5. Extracción de ambos elementos por separado



6. Sutura



LAS INDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN POR ESTA VÍA SON, DESDE AHORA, LOS CANINOS PALATINOS CUYOS BORDES INCISALES ESTÁN COLOCADOS POR LO MENOS A NIVEL DEL LATERAL; LA EXTRACCIÓN POR LA VÍA VESTIBULAR DE LA CORONA DE LOS QUE ESTÁN MÁS PRÓXIMOS A LA LÍNEA MEDIA, ES MUY DIFÍCIL POR ESTA VÍA; EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS, CUANDO SE HA INICIADO LA INTERVENCIÓN POR LA VÍA VESTIBULAR Y NO SE LOGRA LUXAR LA CORONA, PUEDE COMPLEMENTARSE LA INTERVENCIÓN POR LA VÍA PALATINA. EL MECANISMO DE LA EXTRACCIÓN SIGUE LOS PRINCIPIOS YA SEÑALADOS PARA LOS DIENTES RETENIDOS EN LA BÓVEDA.

ANESTESIA:

LA ANESTESIA DE ELECCIÓN ES LA INFRAORBITARIA; SE COMPLETA

CON ANESTESIA DEL PALADAR A NIVEL DEL AGUJERO NASO-PALATINO Y UNA ANESTESIA DISTAL A LA ALTURA DEL ÁPICE DEL CANINO.

INCISIÓN:

SE EMPLEA LA INCISIÓN EN ARCO O LA INCISIÓN HASTA EL BORDE LIBRE. DEBE ESTAR LO SUFICIENTEMENTE ALEJADA DEL SITIO DE IMPLANTACIÓN DEL DIENTE, COMO PARA QUE ÉSTA NO COINCIDA -- CON LA BRECHA ÓSEA, AL REPONER EL COLGAJO EN SU SITIO.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

SIGUE LAS NORMAS TRAZADAS PARA LOS OTROS TIPOS DE COLGAJO. ESTE DEBE MANTENERSE LEVANTADO DURANTE EL CURSO DE LA OPERACIÓN CON UN SEPARADOR ROMO QUE NO TRAUMATICE.

OSTEOTOMÍA:

SE REALIZA A ESCOPIO Y MARTILLO O A FRESA. AMBOS MÉTODOS SON BUENOS. LA TABLA EXTERNA NO TIENE LA DUREZA Y SOLIDEZ DE LA BÓVEDA PALATINA Y PERMITE LA OSTEOTOMÍA MÁS FÁCILMENTE.

EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA:

LOS CANINOS VESTIBULARES, DESPUÉS DE ENUCLEADA LA TAPA -- ÓSEA, PUEDEN SER EXTRAÍDOS ENTEROS, LUXÁNDOLOS PREVIAMENTE CON ELEVADORES RECTOS QUE SE INSINUAN ENTRE EL DIENTE Y LA

PARED ÓSEA, ENTRE EL DIENTE SE TOMA CON UNA PINZA RECTA Y SE EXTRAE.

LOS CANINOS PALATINOS QUE SE ENCUENTRAN CERCA DE LA ARCADA DENTARIA; Y EN CASO DE AUSENCIA DEL INCISIVO LATERAL, DEL PRIMER PREMOLAR O TAMBIÉN DE AMBOS DIENTES, PUEDEN SER INTERVENIDOS POR LA VÍA VESTIBULAR PARA SER POSIBLE SU EXTRACCIÓN ES NECESARIO SECCIONARLOS.

LA ODONTOSECCIÓN SE REALIZA CON FRESA DE FISURA. EL DIENTE RETENIDO SE CORTA A NIVEL DEL CUELLO. LA CORONA SE EXTRAE CON UN ELEVADOR RECTO O ANGULAR.

EN EL ESPACIO CREADO POR LA CORONA, SE PROYECTA LA PORCIÓN RADICULAR. LA RAÍZ ES MOVILIZADA EN DIRECCIÓN DE SU EJEMAYOR, CON ELEVADORES, O SE PRACTICA UN ORIFICIO EN LA RAÍZ CON UNA FRESA REDONDA, EN EL CUAL SE INTRODUCE UN INSTRUMENTO DELGADO CON EL QUE SE DESPLAZA.

PUEDE SER NECESARIA UNA NUEVA SECCIÓN DE LA PORCIÓN RADICULAR CUANDO LA RAÍZ AL SER DIRIGIDA HACIA ADELANTE, TROPIEZA CON EL DIENTE VECINO.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA:

SE INSPECCIONA LA CAVIDAD ÓSEA, SE EXTIRPA EL SACO PERICORONARIO Y LOS RESTOS ÓSEOS O DENTARIOS.

SUTURA:

DOS O TRES PUNTOS DE SUTURA CON SEDA O HILO COMPLETAN LA OPERACIÓN, DESPUÉS DE REPUESTO EL COLGAJO EN SU SITIO.

LOS DISTINTOS TIPOS DE RETENCIONES VESTIBULARES Y PALATINAS PUEDEN OPERARSE SIGUIENDO LAS NORMAS SEÑALADAS CON - LAS LIGERAS VARIANTES QUE PRESENTE CADA CASO EN PARTICULAR.

- CANINOS RETENIDOS EN POSICIÓN
INTERMEDIA -

LA UBICACIÓN MÁS COMÚN EN LA POSICIÓN INTERMEDIA ES CON LA CORONA HACIA EL PALADAR Y LAS RAÍCES HACIA LOS PREMOLARES CERCA DE LA CORTEZA VESTIBULAR.

POR LO GENERAL, ES NECESARIO ABRIRSE PASO TANTO POR VÍA - VESTIBULAR, COMO PALATINA.

LA EXPOSICIÓN PALATINA PUEDE HACERSE YA SEA POR LEVANTAMIENTO DE COLGAJO O POR INCISIÓN EN EL MUCOPERIOSTIO Y SE HACE UN COLGAJO BUCAL APARTE EN LA REGIÓN SUGERIDA POR LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y RADIOGRÁFICOS GENERALMENTE POR ENCIMA Y ENTRE LOS MOLARES.

SE HACE LA OSTEOTOMÍA POR AMBOS LADOS, SIENDO MÁS AMPLIA - POR EL LADO EN QUE SE ENCUENTRA LA CORONA Y SE OBSERVA SI SERÁ POSIBLE LIGAR AL DIENTE Y LLEVARLO DESDE DONDE ESTÁ-

A UNA POSICIÓN FUNCIONAL DENTRO DE LA ARCADA.

- LA EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS
EN LOS
MAXILARES DESDENTADOS -

LA VÍA DE ELECCIÓN PARA LA EXTRACCIÓN DEL CANINO EN MAXILARES DESDENTADOS ES LA VÍA VESTIBULAR. LA AUSENCIA DE DIENTES FACILITA EL PROBLEMA. PRÁCTICAMENTE TODOS LOS CASOS PUEDEN RESOLVERSE POR ESTA VÍA, A NO SER LOS COLOCADOS MUY PROFUNDAMENTE, LEJOS DE LA TABLA EXTERNA Y PRÓXIMOS A LA BÓVEDA; PARA ESTOS ÚLTIMOS, EL CAMINO MÁS CORTO DE LA EXTRACCIÓN POR VÍA PALATINA. LAS NORMAS PARA LA EXTRACCIÓN DE ESTOS DIENTES SE AJUSTAN A LAS SEÑALADAS PARA OTRO TIPO DE CANINOS RETENIDOS.

PARA LA EXTRACCIÓN DE CANINOS RETENIDOS EN LA PROXIMIDAD DE LA ARCADA DEBEN PREVERSE LOS RIESGOS DE FRACTURA DE -

PORCIONES DE LA TABLA VESTIBULAR, LO CUAL ACARREARÍA TRÁS TORNOS POSTERIORES, DESDE EL PUNTO DE VISTA PROTÉTICO. ES PREFERIBLE SECCIONAR EL DIENTE, QUE EJERCER PRESIONES PELIGROSAS.

- TRATAMIENTO POSTOPERATORIO -

TERMINADA LA OPERACIÓN POR MEDIO DEL LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO PALATINO, SE AMOLDA UNA COMPRESA HÚMEDA SOBRE EL MISMO Y SE LE PIDE AL PACIENTE QUE LA MANTENGA EN ESA POSICIÓN, YA SEA CERRANDO LA BOCA O COMPRIMIÉNDOLA CON LA LENGUA DURANTE 2 A 3 HORAS, INTERCALÁNDOLA CON LA DISOLUCIÓN DE HIELO FRAPPÉ EN LA BOCA PARA AMINORAR LA REACCIÓN INFLAMATORIA QUE PUDIERA PRESENTARSE.

DURANTE LOS DOS PRIMEROS DÍAS DEL POSTOPERATORIO EL CIRUJANO DENTISTA O EL MISMO PACIENTE DEBE DARSE MASAJES DE PRESIÓN SUAVE EN EL COLGAJO, LO QUE EVITA LA FORMACIÓN DE HEMATOMA.

SI LA INCISIÓN SE HIZO POR VESTIBULAR, LA UTILIZACIÓN DE COMPRESAS FRÍAS SOBRE LA CARA EVITAN EL EDEMA Y LA TUMEFACCIÓN POSTOPERATORIA.

ES CONVENIENTE TOMAR UNA RADIOGRAFÍA POSTOPERATORIA PARA TENER UNA IMAGEN CLARA DEL ESTADO DE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES CONTIGUOS.

SE MANTIENE AL PACIENTE SENTADO REPOSANDO UNOS MINUTOS - MIENTRAS EL CIRUJANO LO MANTINE CON UNA PLÁTICA TRANQUILA. SI EL PACIENTE SE SIENTE BIEN Y NO HA HABIDO NINGUNA COMPLICACIÓN SE LE PUEDE MANDAR A SU CASA CON LAS-SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

CONVIENE RECURRIR A LA ANTIBIOTICOTERAPIA, AUNQUE A VECES SÓLO SEA POR PRECAUCIÓN.

EN CASO DE DOLOR, TOMAR ANALGÉSICOS CADA 6 U 8 HORAS.

EL PACIENTE DEBE PERMANECER EN REPOSO Y LAVARSE LA BOCA CON SOLUCIONES DÉBILMENTE ANTISÉPTICAS.

SE VERIFICARÁ SU ESTADO A INTERVALOS PERIÓDICOS DURANTE LOS PRIMEROS 8 Ó 9 DÍAS, TRANSCURRIDOS LOS CUALES SE PUEDEN RETIRAR LOS PUNTOS DE SUTURA.

CON RESPECTO A LA DIETA:

ES ACONSEJABLE UNA DIETA DE LÍQUIDOS POR EL PRIMER DÍA, QUE COMENZARÁ CON BEBIDAS FRÍAS Y CALIENTES Y UNA DIETA SUAVE.

UNA VEZ QUE HAN PASADO LAS MOLESTIAS PROPIAS DE LA CIRUGÍA, LA DIETA A SEGUIR SERÁ LA QUE EL PACIENTE ESTÉ ACOSTUMBRADO A LLEVAR NORMALMENTE.

TEMA 4: COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

HEMORRAGIA

DERIVA DE LAS PALABRAS DEL GRIEGO ANTIGUO HAIMA-SANGRE Y REGNYNAR-REVENTAR.

SANGRADO:

EL SANGRADO, ASOCIADO A LA CIRUGÍA, PUEDE CLASIFICARSE EN TRES TIPOS:

- A) SANGRADO TRANSOPERATORIO: AQUEL QUE OCURRE DURANTE EL ACTO OPERATORIO.
- B) SANGRADO POSTOPERATORIO: AQUEL QUE OCURRE DENTRO DE LAS PRÓXIMAS 24 HORAS A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
- C) SANGRADO RETARDADO: QUE OCURRE DESPUÉS DE LAS - 24 HORAS DE LA OPERACIÓN.

SIGNOS PREOPERATORIOS:

- A) TIPO DE LA INTERVENCIÓN: ÉSTA PUEDE INDICAR EL PROBLEMA DE SANGRADO.
- B) ZONA ANATÓMICA: DEPENDIENDO DEL ÁREA QUE SE VA A INTERVENIR, SE DEBE CONSIDERAR SU IRRIGACIÓN, LA CUAL DEBE LOCALIZAR, LIGAR, O RETRAER LOS VASOS ANTES -- QUE PUEDAN SER LESIONADOS. SE ENTIENDE POR LIGADURA AL HILO O AL HECHO DE LIGAR O ESTRANGULAR, POR -

MEDIO DE ÉSTE, UN VASO SANGUÍNEO PARA EVITAR UNA HEMORRAGIA. EL SANGRADO DE LOS VASOS QUE SALEN DE AGUJEROS NUTRICIOS PUEDEN CONTROLARSE MEDIANTE PRESIÓN DIGITAL, QUEMANDO O APLASTANDO EL HUESO. LA CERA PARA HUESO PUEDE AYUDAR EN ESTOS CASOS. ALGUNAS VECES ES SUFICIENTE LA PRESIÓN DE LAS PINZAS HEMOSTÁTICAS PARA OBTURAR LOS VASOS SIN NECESIDAD DE LIGAR.

C) CONDICIONES DE LA ZONA: CUANDO SE ESTÁ FRENTE A UN PROCESO INFLAMADO, SE OBSERVA UNA COLORACIÓN ROJIZA O AZULADA, SIGNO DE AUMENTO DE LA VASCULARIDAD. EL TEJIDO DE GRANULACIÓN ASOCIADO AUMENTA ESTA POSIBILIDAD.

D) OTROS DATOS PREOPERATORIOS. LOS RADIOGRÁFICOS PUEDEN HACER SUPONER UN PROBLEMA TRANSOPERATORIO CON LA SANGRE, DEBIDO A LA CANTIDAD DE CANALES NUTRIENTES Y A LA AMPLITUD DE ELLOS. TAMBIÉN EL HUESO PRESENTA UN TRAVECULO LADO AMPLIO. LA PRESENCIA DE ZONAS RADIOLÚCIDAS PUEDE HACER SUPONER TEJIDO DE GRANULACIÓN.

E) ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE: ESTE ASPECTO DEBE SER VALORADO EN LA HISTORIA CLÍNICA. UNA DISCRACIA SANGUÍNEA PUEDE SER CONSIDERADA YA EN LA HISTORIA CLÍNICA LA CUAL, TRATADA, ES POSIBLE QUE DEJE DE SER UN PROBLEMA. TODOS LOS PACIENTES QUE TIENEN ALGUNA ENFERMEDAD, LA EXTERIORIZAN PUES SABEN QUE REDUNDA EN SU BENEFICIO. EL

ENFERMO DIABÉTICO, AQUELLOS QUE ESTÁN SOMETIDOS A UN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES, LOS HIPERTENSOS, ETC., TODOS ESTOS CASOS TIENEN QUE SER TRATADOS EN FORMA ESPECIAL.

- SANGRADO TRANSOPERATORIO -

SI SE HA ELABORADO UNA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, CON ANÁLISIS DE LABORATORIO Y ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS CORRESPONDIENTES, LOS RIESGOS DURANTE EL ACTO QUIRÚRGICO SON MÍNIMOS.

USO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS:

SI LA ZONA PUEDE OCASIONAR SANGRADO PROFUNDO, PUEDEN INFILTRARSE LOCALMENTE ANESTÉSICOS CON VASOCONSTRICTORES Y CREAR ASÍ UNA LIGERA ZONA ISQUÉMICA.

LA APLICACIÓN DE GASAS Y GELATINAS ABSORBIBLES EN ALVEOLOS DENTARIOS O CAVIDADES ÓSEAS O MAXILARES, PUEDE AYUDAR A LA COAGULACIÓN. DEBE CONSIDERARSE QUE EL EXCESO DE ESTAS SUSTANCIAS PUEDE PREDISPONER A INFECCIONES POSTOPERATORIAS O RETRASO EN SU CURACIÓN.

RECURSOS Y NORMAS:

1. COLOCACIÓN ADECUADA EN LAS SUTURAS; SEGUIR LOS PRINCIPIOS BÁSICOS PARA ÉSTAS.
2. EL PINZADO DE VASOS PUEDE, ALGUNAS VECES, SER SUFICIENTE PARA OBTURAR EL VASO SIN LIGARLO.

3. ELECTROCOAGULACIÓN.
4. COMPRESAS CALIENTES PARA INHIBIR EL SANGRADO SUPERFICIAL.
5. SUSTANCIAS HEMOSTÁTICAS, CELULOSA OXIDADA, ESPECIE DE GASA TRATADA CON MÉTODOS ESPECÍFICOS QUE SE APLICA DIRECTAMENTE EN LA ZONA SANGRANTE.
6. GRAPAS DE PLATA: MEDIANTE UN PORTAGRAPAS SE PUEDEN -- OCLUIR LOS VASOS.
7. ESPONJA-GELATINA: SUSTANCIA HECHA DE GELATINA QUE EN LA ZONA SANGRANTE DEPOSITA FIBRINA EN SUS ESPACIOS -- FORMANDO UN COÁGULO EFICAZ.
8. ADECUADA LIMPIEZA TERMINAL.

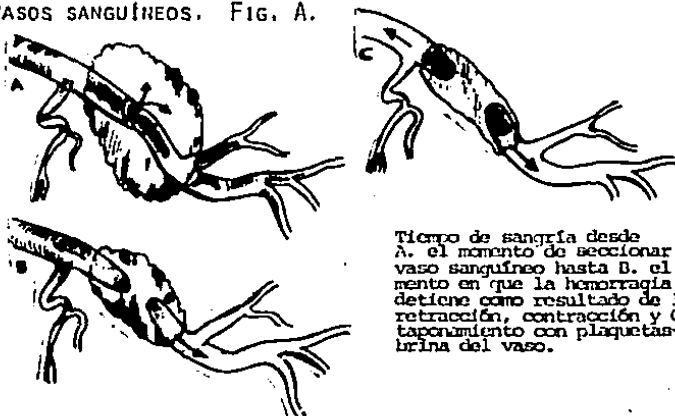
SANGRADO POSTOPERATORIO:

SI ÉSTE OCURRE, DEBE LOCALIZARSE EL VASO SANGRANTE. SI ES NECESARIO, DEBE ANESTESIARSE LOCAL O GENERAL, DEPENDIENDO DEL TIPO DE CIRUGÍA. ES IMPORTANTE VALORAR LA PÉRDIDA DE SANGRE PARA DETERMINAR SI ES NECESARIO SU REEMPLAZO. LA PALIDEZ DE LA CARA DEL ENFERMO Y SU TEMPERATURA SON SIGNOS IMPORTANTES; DEBE TOMARSE EL PULSO QUE PUEDE SER DÉBIL Y FRECUENTE, ADEMÁS SU PRESIÓN ARTERIAL PUEDE PRESENTARSE BAJA.

OTROS SÍNTOMAS SON: INQUIETUD Y SED.

LA HEMOSTASIA ES LA CESACIÓN ESPONTÁNEA O CONTROLADA - DEL FLUJO DE SANGRE POR RUPTURAS EN LA INTEGRIDAD DEL-SISTEMA VASCULAR. COMPRENDE: LOS FACTORES INTRAVASCULARES, LAS PLAQUETAS SANGUÍNEAS, EL CALCIO Y LA PROTEÍNA DE LA COAGULACIÓN. LOS FACTORES EXTRAVASCULARES INCLUYEN EL METABOLISMO GENERAL, LOS SISTEMAS ORGÁNICOS, LOS TEJIDOS CONECTIVOS Y LOS TEJIDOS MUCOSOS Y CUTÁNEOS Y LOS FACTORES VASCULARES QUE INCLUYEN EL METABOLISMO GENERAL Y EL TIPO, EL TAMAÑO Y LA LOCALIZACIÓN DE LOS VASOS SANGUÍNEOS.

FACTORES INTRAVASCULARES. LAS PLAQUETAS, CON SUS FUNCIONES DE ADHESIÓN Y AGREGACIÓN, FORMAN UN TAPÓN HEMOSTÁTICO EN LOS PEQUEÑOS VASOS. EN LOS GRANDES VASOS, OTRA FUNCIÓN ES LA RETRACCIÓN DEL COÁGULO. ES NECESARIO EN EL CIERRE DE UNA ABERTURA O UNA ROTURA EN LOS VASOS SANGUÍNEOS. FIG. A.



Tiempo de sangría desde A. el momento de seccionar un vaso sanguíneo hasta B. el momento en que la hemorragia se detiene como resultado de la retracción, contracción y C. taponamiento con plaquetas-fibrina del vaso.

UNA VEZ QUE LA HEMOSTASIA SE HA ESTABLECIDO Y COMIENZA -
LA REPARACIÓN DE LA HERIDA, LAS PLAQUETAS TIENEN AÚN - -
OTRA FUNCIÓN QUE ES LA LISIS Y LA REMOCIÓN DE LA FIBRINA.

- FACTORES EXTRAVASCULARES -

LOS FACTORES EXTRAVASCULARES INVOLUCRADOS EN LA HEMOSTA-
SIA, DEPENDEN DEL ESTADO DE SALUD, DE LA TONICIDAD Y DE-
LA TENSIÓN DE LA MUCOSA, LA SUBMUCOSA, LOS TEJIDOS CUTÁ-
NEOS, SUBCUTÁNEOS, MUSCULAR Y OTROS QUE RODEAN Y SOPOR--
TAN LOS VASOS SANGUÍNEOS. LAS ALTERACIONES QUE LLEVAN A
LA ATROFIA DE LOS TEJIDOS SUBCUTÁNEOS (PÚRPURA SENIL) LA
FRAGILIDAD DE LA PIEL (SÍNDROME DE CUSHING) O LA DEGENE-
RACIÓN DE LOS TEJIDOS ELÁSTICOS (PSEUDOXANTEMA ELÁSTICO)
PUEDEN PRODUCIR UNA PÚRPURA BENIGNA Y NO SER ALTERACIO--
NES TAN GRAVES COMO LAS DE LOS FACTORES INTRAVASCULARES-
DEFECTUOSOS.

- FACTORES VASCULARES -

LAS ALTERACIONES DE LOS VASOS CAPILARES HASTA LAS ARTERIAS
Y LAS VENAS, PUEDEN PRODUCIR UN GRUPO DE PÚRPURAS VASCUL_A
RES. LAS ETIOLOGÍAS VARÍAN DESDE EL ESCORBUTO, PROVOCADO
POR UNA DEFICIENCIA DE VITAMINA C QUE CAUSA UN DEFECTO EN
EL CEMENTO INTERCELULAR DE LOS PEQUEÑOS VASOS, HASTA LAS-

PÚRPURAS QUE SON RESULTADO DE INFECCIONES, DE ENFERMEDADES RENALES CRÓNICAS Y DE ALERGIAS. EN GENERAL, LOS MECANISMOS DE ESTAS PÚRPURAS NO SE CONOCEN BIEN.

- HEMORRAGIA EXTRAVASCULAR -

PUEDA CLASIFICARSE DE ACUERDO CON LOS TIPOS DE VASOS INVOLUCRADOS Y EL TIEMPO DE LA HEMORRAGIA.

TIPOS DE VASOS:

EL CARÁCTER DE LA HEMORRAGIA VA A DEPENDER DEL TIPO DE VASOS SECCIONADOS: ARTERIAS, VENAS O CAPILARES.

LA HEMORRAGIA ARTERIAL SE DISTINGUIRÁ POR SER PULSANTE, VIGOR EN EL FLUJO Y CON UNA COLORACIÓN ROJO BRILLANTE - DE LA SANGRE.

LA HEMORRAGIA VENOSA NO TIENE LA CUALIDAD DE SER PULSÁTIL, FLUJO MENOS RÁPIDO Y CON UNA COLORACIÓN ROJA OSCURA.

LA HEMORRAGIA CAPILAR PUEDE SER BASTANTE AGRESIVA EN LA REGIÓN BUCAL Y MAXILOFACIAL COMO RESULTADO DEL FUERTE PULSO ARTERIAL.

- OPORTUNIDAD DE LA HEMORRAGIA -

LA HEMORRAGIA PRIMARIA SE PRODUCE COMO PARTE NORMAL DE LA CIRUGÍA, ASÍ COMO POR LACERACIONES CAUSADAS DURANTE -

TRAUMATISMOS. EN LA MAYORÍA DE LAS OPERACIONES INTRA-BUCALES, COMO POR EJEMPLO, LA EXODONCIA Y LA CIRUGÍA - ALVEOLOPLÁSTICA, EL TIEMPO DE SANGRÍA NORMAL PROVEERÁ UN CONTROL RAZONABLE DE LA HEMORRAGIA.

LA APLICACIÓN DE APÓSITOS A PRESIÓN EN FORMA DE GASAS, PROTESIS INMEDIATAS O FÉRULAS, HABRÁN DE CONTROLAR LA HEMORRAGIA PRIMARIA. TAMBIÉN LOS VASOCONSTRICTORES DE LAS SOLUCIONES ANESTÉSICAS LOCALES AYUDARÁN A CONTROLAR LA HEMORRAGIA PRIMARIA. EN ALGUNOS CASOS, EN LA CIRUGÍA INTRAORAL, PUEDE REQUERIRSE LA COLOCACIÓN DE PINZAS Y LAS LIGADURAS Y LA ELECTROCOAGULACIÓN PARA CONTROLAR LA HEMORRAGIA.

LA HEMORRAGIA SECUNDARIA SE PRODUCE DURANTE LA FASE POSTOPERATORIA Y LA CUAL SE ASOCIA, POR LO GENERAL CON LA PRESENCIA DE CUERPOS EXTRAÑOS EN EL ALVEOLO. ÉSTOS PUEDEN SER UNA ESPECULA DE HUESO, UN TROZO DE ESMALTE O UN MATERIAL RESTAURADOR QUE INTERFIERE CON LA ORGANIZACIÓN DEL COÁGULO SANGUÍNEO. EL RESULTADO PUEDE VARIAR DESDE UNA HEMORRAGIA EN NAPA AGRESIVA QUE LLENA CONTINUAMENTE LA CAVIDAD BUCAL, HASTA UN GRAN COÁGULO, O SIMPLEMENTE SALIVA TEÑIDA POR SANGRE QUE PROVOCA LA ALARMA DEL PACIENTE NO INFORMADO.

- CONTROL DE LA HEMORRAGIA EXTRAVASCULAR -

EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA EXTRAVASCULAR DEPENDE DE UNA CONTRACCIÓN VASCULAR NORMAL, RETRACCIÓN Y TAPÓN DE FIBRINA.

DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, EL CONTROL POSITIVO DE LOS VASOS SANGRANTES ES POSIBLE CON DISTINTAS MANIOBRAS DE AGENTES. ES UN PRINCIPIO QUIRÚRGICO SANO Y FUNDAMENTAL DEJAR UNA ZONA DONDE NO SE OBSERVE HEMORRAGIA MACROSCÓPICA AL TERMINAR LA OPERACIÓN. ESTO PREVIENE LA FORMACIÓN DE HEMATOMAS, QUE PUEDE INVOLUCRAR OTRAS ÁREAS, TALES COMO LAS VÍAS AÉREAS O PUEDE SERVIR COMO UN HELECHO EN EL QUE PUEDEN PROLIFERAR LOS MICROORGANISMOS.

LOS AGENTES Y MÉTODOS:

PARA EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA EXTRAVASCULAR SE UTILIZA LA PRESIÓN, LA OCLUSIÓN DIRECTA CON PINZAS HEMOSTÁTICAS, LA COAGULACIÓN DEL PUNTO HEMORRÁGICO POR LA PRECIPITACIÓN DE PROTEÍNAS, APÓSITOS OCLUSIVOS, PRODUCCIÓN DE UN COÁGULO ARTIFICIAL, PROVISIÓN DE UNA RED DE FIBRINA ARTIFICIAL.

LA PRESIÓN CONTROLA LA MAYORÍA DE LAS HEMORRAGIAS. LA PÉRDIDA PUEDE SER DIRECTAMENTE OCLUIDA POR UN PUNTO DE PRESIÓN EN UN VASO PRINCIPAL QUE LLEVA AL SITIO DE LA HEMORRAGIA.

LA OCLUSIÓN DIRECTA DE LOS VASOS SANGRANTES SE PUEDE OBTENER CON LA APLICACIÓN DE PINZAS HEMOSTÁTICAS.

LAS LIGADURAS PUEDEN SER DE SEDA NEGRA NO REABSORBIBLE, 3-0 A 4-0, COLOCADAS SOBRE VASOS SUFICIENTEMENTE GRANDES PARA SER DESIGNADOS CON UN NOMBRE ANATÓMICO. LOS VASOS MÁS PEQUEÑOS SE LIGAN CON SUTURAS CATGUT 3-0 O 4-0, O CON SUTURAS CON ÁCIDO POLIGLICÓLICO. ESTAS SUTURAS REABSORBIBLES PERSISTEN DURANTE TIEMPOS VARIABLES; EL CAT-GUT ESTARÁ UN TIEMPO BREVE (SEMANAS), Y EL ÁCIDO POLIGLICÓLICO ES MÁS PROLONGADO (MESES).

LA TÉCNICA HABITUAL CONSISTE EN COLOCAR DOS PINZAS HEMOSTÁTICAS EN UN VASO, CON LAS PUNTAS CURVAS HACIA LA ZONA QUE SE VA A DIVIDIR. SE CORTA EL VASO, CON LAS PUNTAS SE LO DIRIGE HACIA ARRIBA Y SE COLOCAN LAS LIGADURAS. SE APRIETA EL NUDO DE MANERA DE OCLUIR EL VASO POR COMPRESIÓN DE LOS TEJIDOS CIRCUNVECINOS CUANDO SE RETIRA PINZA HEMOSTÁTICA.

UNO DE LOS AGENTES ASTRINGENTES MÁS DIFUNDIDOS ES EL SUBSULFATO FÉRRICO, EN FORMA DE SOLUCIÓN DE MONSEL, Y EL ÁCIDO TÁNICO, REMEDIO CASERO EN FORMA DE SAQUITOS DE TÉ. LOS AGENTES QUÍMICOS HAN SIDO REEMPLAZADOS POR EL USO DE TROMBINA Y ESPONJA DE GELATINA REABSORBIBLE PARA EL CONTROL DE LAS HEMORRAGIAS INTRAORALES SECUNDARIAS.

LA CERA PARA HUESO (CERA DE ABEJAS Y ÁCIDO SALICÍLICO) PUEDE UTILIZARSE EN PEQUEÑAS CANTIDADES PARA OCLUIR -- LOS CONDUCTOS ÓSEOS QUE ALOJAN VASOS HEMORRÁGICOS,

PUEDE PRODUCIRSE UN COÁGULO ARTIFICIAL CON CELULOSA - OXIDADA (NOVASELL Y OXICEL) Y CELULOSA OXIDADA REGENE RADA (SURGICEL) LA CELULOSA OXIDADA ATRAE LOS ERITROC I TOS Y PRODUCE UN COÁGULO ARTIFICIAL. EL MATERIAL DE BE USARSE SECO Y EN AUSENCIA DE INFECCIÓN. PROVEE UN RÁPIDO CONTROL DE LAS HEMORRAGIAS EN NAPAS CAPILARES Y VENOSAS. EL MATERIAL PUEDE SER COLOCADO SOBRE EL - ALVEOLO, NO DENTRO DE ÉL, Y MANTENIDO CON UNA GASA A PRESIÓN PARA AYUDAR A CONTROLAR LA HEMORRAGIA PRIMA-- RIA. LOS RESTOS DE LA GASA PUEDEN REMOVERSE LAVANDO CON SOLUCIÓN SALINA O SOLUCIÓN ALCALINA.

UNA RED DE FIBRINA ARTIFICIAL QUE ROMPA LAS PLAQUETAS SE CREA CON LA APLICACIÓN DE UNA ESPONJA DE GELATINA REABSORBIBLE (GEL FOAM), LA ACCIÓN COMBINADA DE LAS - PLAQUETAS Y LA GELATINA VAN A CONTROLAR LA HEMORRAGIA CAPILAR REFORZADA POR EL AGREGADO DE TROMBINA. LA -- TROMBINA QUE SE EMPLEA COMO AGENTE TÓPICO, DIRECTAMEN TE COAGULA EL FIBRINÓGENO PARA PRODUCIR UNA RÁPIDA HE MOSTASIA. LAS ESPONJAS DE GELATINA EN BEBIDAS EN - TROMBINA PROVEERÁN UNA COAGULACIÓN EFECTIVA DE LAS HE MORRAGIAS, DE LAS PEQUEÑAS VENAS Y CAPILARES.

EN LOS ALVEOLOS DENTARIOS LAS ESPONJAS DE GELATINA PUEDEN ABSORBER MICROORGANISMOS BUCALES PROVOCANDO UNA OSTEITIS ALVEOLAR QUE ES UN ESTADO DOLOROSO QUE DEMORARÁ LA REPARACIÓN.

LA VASOCONSTRICCIÓN DE LOS LECHOS SANGRANTES PUEDE PRODUCIRSE CON EL USO DE EPINEFRINA, YA SEA EN FORMA TÓPICA O EN COMBINACIÓN CON SOLUCIONES DE ANESTESIA LOCAL. LA SOLUCIÓN TÓPICA 1:1000, PRODUCE RESPUESTAS EN LA PRESIÓN SANGUÍNEA CASI IGUALES A LAS RESULTANTES DE LA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR. DEBE EMPLEARSE UNA CONCENTRACIÓN MÍNIMA PARA EVITAR REACCIONES DESAGRADABLES.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, SE USARÁ TROMBINA O CELULOSA OXIDADA REGENERADA, PARA CONTROLAR EN CIRUGÍA BUCAL LAS HEMORRAGIAS DE CAPILARES Y VÉNULAS. EN ALGUNOS CASOS SERÁ SUFICIENTE CON LA INYECCIÓN DE 1,8 ML DE SOLUCIÓN-ANESTÉSICA LOCAL QUE CONTENGA EPINEFRINA 1:100.000 PARA CONTROLAR LAS MOLESTAS HEMORRAGIAS PRIMARIAS.

- LUXACIÓN DE PIEZAS CONTIGUAS -

ESTE ACCIDENTE SE PRODUCE GENERALMENTE POR TÉCNICAS MAL APLICADAS; ES FACTIBLE LA LUXACIÓN SI AL HACER USO DEL ELEVADOR ÉSTE SE APOYA EN LAS RAÍCES VECINAS; POR FUERZAS MAL DIRIGIDAS O EXCESIVAS Y SI ESTOS DIENTES, A LA-

EXTRACCIÓN SON LUXADOS Y NO HAY PRUEBA DE FRACTURA ALVEOLAR COMO DEL MISMO DIENTE, SERÁ COLOCADO EN SU POSICIÓN ORIGINAL INMOVILIZÁNDOLO FIJÁNDOLO CON LOS DIENTES VECINOS MEDIANTE LIGADURAS DE ALAMBRE, POR MEDIO DE ACRÍLICO O LA COMBINACIÓN DE ALAMBRE Y ACRÍLICO.

SE REVISARÁ PERIÓDICAMENTE BUSCANDO SU MOVILIDAD, SU VITALIDAD, MOLESTIAS A LA PERCUSIÓN. ESTE TRATAMIENTO SE LLEVARÁ DURANTE MES Y MEDIO.

FRACTURA DE ALGUNA DE ESTAS PIEZAS:

LA FRACTURA DE UN DIENTE ADYACENTE O ANTAGONISTA DURANTE LA EXTRACCIÓN, PUEDE SER EVITADA. UN EXAMEN PREOPERATORIO CUIDADOSO REVELARÁ SI EL DIENTE ADYACENTE AL QUE VA A SER EXTRAÍDO, ESTÁ EN MALAS CONDICIONES, AMPLIAMENTE RESTAURADO O EN LA LÍNEA DE EXTRACCIÓN.

SE DEBE REMOVER CARIES Y RESTAURACIONES FLOJAS DEL DIENTE ADYACENTE Y COLOCAR UNA RESTAURACIÓN TEMPORAL ANTES DE LA EXTRACCIÓN. NO SE DEBE APLICAR FUERZA SOBRE NINGÚN DIENTE ADYACENTE DURANTE LA EXTRACCIÓN, Y OTROS DIENTES NO DEBEN UTILIZARSE COMO UN APOYO PARA UN ELEVADOR A MENOS QUE VAYAN A SER EXTRAÍDOS DURANTE LA MISMA VISITA.

LOS DIENTES ANTAGONISTAS PUEDEN ASTILLARSE O FRACTURARSE SI EL DIENTE QUE SE VA A EXTRAER CEDE DE REPENTE A UNA FUERZA INCONTROLADA Y EL FORCEPS LOS GOLPEA. UNA TÉCNICA DE EXTRACCIÓN CUIDADOSA Y CONTROLADA EVITA ESTE ACCIDENTE.

- PERFORACIÓN DEL SENSO -

LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS SINUSALES DEPENDE DE LA EXPLORACIÓN Y DETECCIÓN DE CUALQUIER ABERTURA QUE SE HAYA PRODUCIDO DURANTE LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE. ES IMPORTANTE LA OBTENCIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA ADECUADA Y SIN DISTORSIONES DE CUALQUIER DIENTE QUE DEBA SER EXTRAÍDO. LA RADIOGRAFÍA NOS PERMITIRÁ OBSERVAR LA CONFIGURACIÓN DE LAS RAÍCES ASÍ COMO LA PROXIMIDAD DEL SENSO.

LA FORMA DE PROCEDER DESPUÉS DE LA PRESENCIA DE UNA PERFORACIÓN, DEPENDE DEL ANTRO. SI ÚNICAMENTE SE HA PRODUCIDO UNA SIMPLE COMUNICACIÓN EN UN SENSO SAÑO, ES POSIBLE QUE LA HERIDA CURE SIN COMPLICACIONES POSTERIORES.

NUNCA DEBEREMOS SONDAR A CIEGAS EN EL INTERIOR DE UN ALVEOLO PARA DETERMINAR SI SE HA PRODUCIDO PERFORACIÓN. EN VEZ DE ESTO, HAREMOS UNA SUAVE SUCCIÓN O ASPIRACIÓN Y -- LIMPIEZA DEL ALVEOLO. SI EXISTE UNA COMUNICACIÓN ANTRAL COLOCAREMOS GEL FOAM EN EL INTERIOR Y UNIREMOS LOS BORDOS MEDIANTE SUTURA. DEBEN OBSERVARSE LAS SIGUIENTES -- PRECAUCIONES RINOLÓGICAS:

EVITAR LOS ESFUERZOS NASALES VIOLENTOS; EMPLEAR PAJAS DE SUCCIÓN O INHALACIÓN PROFUNDA DE CIGARROS DEBE ASÍMISMO-- OMITIRSE, PUES DE ESTA FORMA SE EVITAN LAS ALTERACIONES - DEL COÁGULO; SE EMPLEARÁN TAMBIÉN PULVERIZACIONES NASALES

VASOCONSTRICTORAS PARA MANTENER EN BUEN ESTADO EL OSTIUM ANTRAL. SI AL REALIZAR UNA EXTRACCIÓN, SE OBSERVA : O APARECE UNA DESCARGA DESDE EL ANTRO O SI EXISTE LA EVIDENCIA DE PÓLIPOS EN SU INTERIOR, NO SE HA DE ESPERAR A QUE SE EFECTÚE EL CIERRE NORMAL DEL ALVEOLO. SE COLOCARÁ AL PACIENTE BAJO UN REGIMEN INTENSO DE ANTIBIÓTICOS - DURANTE 7 A 10 DÍAS. SE HARÁ UN CULTIVO DEL EXHUDADO -- SINUSAL Y SE DETERMINARÁ LA SENSIBILIDAD PARA ELEGIR EL ANTIBIÓTICO IDEAL. LA MAYORÍA DE LOS CASOS, LA DROGA DE ELECCIÓN ES LA PENICILINA ADMINISTRÁNDOSE INMEDIATAMENTE EXCEPTO EN LOS CASOS DE ALERGIA. MIENTRAS ESPERA EL RESULTADO BACTERIOLÓGICO. DURANTE EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO SE RECOMENDARÁN LAS PRECAUCIONES RINOLÓGICAS YA MENCIONADAS.

EXTRACCIÓN DE RAÍCES O DIENTES DEL INTERIOR DEL ANTRO.

PRINCIPIOS PARA SU EXTRACCIÓN:

1. UTILIZAR BUENA ILUMINACIÓN Y ASPIRACIÓN CONSTANTE.
2. CONSEGUIR UNA AMPLIA VISUALIZACIÓN MEDIANTE UNA EXTENSA SEPARACIÓN DE LOS TEJIDOS.
3. LOCALIZACIÓN DE LA RAÍZ O RAÍCES ROTAS POR MEDIO DE RADIOGRAFÍAS.
4. EN LA ELIMINACIÓN DE RAÍCES EMPLEAR ELEVADORES MUY - FINOS QUE EFECTUEN UNA PRESIÓN DE LA RAÍZ HACIA ABAJO, -

EMPUJANDO DIRECTAMENTE O BIEN POR EFECTO DE CUÑA.

5. ELIMINAR CON CUIDADO TODA LA CANTIDAD DE HUESO NECESARIO PARA CONSEGUIR UNA MOVILIZACIÓN MÁXIMA DE LA RAÍZ ANTES DE LIBERARLA.

SI UNA RAÍZ HA PENETRADO EN EL SENO, HAY DOS VÍAS DE EXTRAERLA:

- A) PRACTICAR UN COLGAJO Y PENETRAR EN EL ANTRO A TRAVÉS DEL ALVEOLO.
- B) ENTRAR A TRAVÉS DE LA FOSA CANINA (PROCEDIMIENTO DE CALDWELL) VÍA DE ACCESO DE CALDWELL.

SE PRACTICA UNA INCISIÓN EN LA PARTE ALTA DE LA FOSA CANINA Y SE SEPARA EL MUCOPERIOSTIO. EN EL HUESO DE LA FOSA CANINA SE TALLA UNA VENTANA POR ENCIMA DE LOS ÁPICES DE LAS RAÍCES CON UN CINCEL O UNA FRESA Y SE ENSANCHA -- CON UNA LIMA O CON FORCEPS DE KERRASIN Y SE PRACTICA UNA ABERTURA LO SUFICIENTEMENTE ANCHA COMO PARA QUE SE PUEDA OBSERVAR TODO EL CONTENIDO DEL ANTRO. MUCHAS VECES PASANDO UN TUBO DE ASPIRACIÓN POR LA VECINDAD DE LA ZONA DE EXTRACCIÓN SE PUEDE PRENDER LA RAÍZ FRACTURADA, Y SI NO, SE PUEDE ELIMINAR MEDIANTE CURETAS O PINZAS DE HUESO. UNA VEZ RECUPERADA LA RAÍZ, SE CIERRA LA INCISIÓN EN LA FOSA CANINA Y EN EL ALVEOLO CON ALGODÓN 3-0 O SUTURAS DE SEDA.

SE ACONSEJAN LAS PRECAUCIONES RINOLÓGICAS MENCIONADAS Y TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO TAMBIÉN SE ADVERTIRÁ AL ENFERMO SOBRE LA POSIBLE PRESENTACIÓN DE EPISTAXIS.

SI HA EXISTIDO UNA PÉRDIDA DE SANGRE, DEBERÁ TAPONARSE-EL SENOS DURANTE UNOS POCOS MINUTOS ANTES DE SUTURAR LA - INCISIÓN EN FOSA CANINA.

SI SE PRODUCE UNA HEMORRAGIA NASAL CONSIDERABLE, SE PUEDE TAPONAR NASALMENTE EN LA PARTE ANTERIOR, EJERCIENDO - UNA PRESIÓN SOBRE EL ALVEOLO Y LA FOSA CANINA CON LO QUE GENERALMENTE SE DETENDRÁ LA HEMORRAGIA.

SI HA PENETRADO UNA RAÍZ EN EL INTERIOR DEL SENOS Y HA -- PERMANECIDO ALLÍ DURANTE MÁS DE UN DÍA, SE PRODUCIRÁ UNA INFECCIÓN. SE REDUCE LA INFECCIÓN CON ANTIBIOTICOTERA--PIA Y EXTRAYENDO LA RAÍZ A TRAVÉS DE LA FOSA CANINA.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS DE LA INTERVENCIÓN DE CALDWELL LUC:

-SE IMPONE EL REPOSO EN CAMA DURANTE 48 HORAS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

-DESPUÉS, UNOS DÍAS DE MOVIMIENTO MODERADO SIN EJERCICIOS BRUSCOS NI ESFUERZOS.

-ANTIBIOTICOTERAPIA COMENZANDO UN DÍA ANTES DE LA OPERA--CIÓN Y SE MANTENDRÁ DURANTE UNA SEMANA.

-PULVERIZACIONES NASALES PARA MANTENER ABIERTO EL ANTIGUO Y EL NUEVO OSTIUM.

-CONTRAINDICANDO EL FUMAR Y EL EMPLEO DE PAJAS ASPIRADO--RAS DE LÍQUIDO.

COMPLICACIONES:

HEMORRAGIA.- SE ORIGINA EN LA MUCOSA CRÓNICAMENTE INFLAMADA, POR LO QUE SE HARÁ LA ELIMINACIÓN DE TODA LA MUCOSA INFECTADA DEL SENOS.

LAS ZONAS MÁS COMUNES DE HEMORRAGIA SON: LA PARED LATERAL DONDE SE ABRE LA VENTANA NASAL Y LA UNIÓN DE LA PARED LATERAL Y POSTERIOR POR DONDE SE ADENTRAN EN EL SENOS LOS-VASOS ALVEOLARES SUPERIORES POSTERIORES.

LA HEMORRAGIA SE COHIBE POR PRESIÓN O APLASTAMIENTO DEL HUESO EN LA ZONA DONDE TRANSCURREN LOS VASOS, O BIEN, TAPONANDO CON GELFOAM.

OTRA COMPLICACIÓN ES LA TROMBOSIS DE LOS SENOS CAVERNOSOS; MUY RARA PERO SI SE PRESENTA, REQUIERE LA ADMINISTRACIÓN-DE ANTIBIOTICOTERAPIA Y ANTICOAGULANTES, EN OCASIONES, --UNA INTERVENCIÓN NEUROQUIRÚRGICA.

- PERFORACIÓN DE PISO DE FOSA NASAL -

ES MUY DIFÍCIL QUE SE LLEGARA A PRESENTAR ESTE PROBLEMA. SI ESTO SUCEDIERA SE SEGUIRÁ EL MISMO PROCEDIMIENTO CURATIVO POSTOPERATORIO DESCRITO EN EL APARTADO SOBRE PERFORACIÓN DEL SENOS MAXILAR.

- OSTEOTOMÍAS AMPLIAS -

AL REALIZAR LA ELIMINACIÓN DE HUESO QUE CUBRE AL DIENTE RETENIDO, EN ESTE CASO LOS CANINOS, SE DEBE ESPECIFICAR LA CANTIDAD NECESARIA DE HUESO POR ELIMINAR, DEBIENDO - DESCUBRIR PRINCIPALMENTE LA CORONA Y RAÍZ DEL MISMO. - SABEMOS QUE PARA DESCUBRIR TOTALMENTE LA CORONA DEL DIENTE SE NECESITA OBTENER UN ESPACIO EQUIVALENTE AL DIÁMETRO MAYOR DE LA CORONA. AL IGUAL QUE LA RAÍZ, SE NECESITARÁ ELIMINAR LA CANTIDAD DE HUESO QUE SEA POSIBLE A NIVEL DE SU TERCIO CERVICAL. AL TENER CONOCIMIENTO DE ESTOS DOS PUNTOS, MUCHAS VECES POR FALTA DE UNA CLARA VISIÓN DE LA ZONA QUIRÚRGICA O POR FALTA DE PRÁCTICA (INEXPERIENCIA) SE PUEDE LLEGAR A REALIZAR LA ELIMINACIÓN DEL HUESO MÁS DE LO NECESARIO, AL LLEVAR A CABO LA OSTEOTOMÍA CON LAS FRESAS QUIRÚRGICAS SIN UNA PRECISA UBICACIÓN DEL DIENTE RETENIDO. TAMBIÉN PUEDE LLEGAR A SER NECESARIA LA ELIMINACIÓN DE UNA CANTIDAD CONSIDERABLE DE HUESO PARA PODER FACILITAR AÚN MÁS LA EXTRACCIÓN DE DICHO DIENTE.

EL TRATAMIENTO A SEGUIR UNA VEZ REALIZADA LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE, SERÁ ELIMINAR TODA CLASE DE RESIDUOS ÓSEOS, (ESQUIRLAS) QUE PUEDAN QUEDAR, ALISAR LOS BORDES ÓSEOS - POR MEDIO DE UNA LIMA PARA HUESO O CON FRESA QUIRÚRGICA

REDONDA.

LAVAR LA CAVIDAD ÓSEA CON UNA SOLUCIÓN SALINA TIBIA Y CO-
LOCAR UN RECUBRIMIENTO DE ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL EN ES-
TRIAS DE ALGODÓN O TAMBIÉN GELFOAM QUE RELLENA LA CAVI--
DAD ÓSEA.

TEMA 5: COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

HEMORRAGIAS:

HEMORRAGIA NORMAL POSTEXTRACCIÓN: MUCHOS PACIENTES EXPLICAN QUE SANGRAN (DURANTE MUCHO TIEMPO) DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE. DE ORDINARIO, DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN DE UNA PIEZA DENTARIA SE PROVOCA UNA HEMORRAGIA DE UNA DURACIÓN APROXIMADA DE 5 A 20 MINUTOS, QUE INCLUSO DE UNA FORMA INTERMITENTE PUEDE PERSISTIR DURANTE ALGUNAS HORAS.

EXISTEN ENFERMOS QUE PRESENTAN MANCHAS SANGUÍNEAS EN LA SALIVA DURANTE 24 HORAS, E INCLUSO A VECES DURANTE DOS DÍAS DEBEN EVITARSE LOS ENJUAGUES VIOLENTOS DESPUÉS DE LAS EXTRACCIONES DURANTE LAS PRIMERAS OCHO A DOCE HORAS; DE ESTA FORMA, EL COÁGULO TENDRÁ TIEMPO SUFICIENTE PARA RETRAERSE Y MANTENERSE FIRME, EMPEZANDO RÁPIDAMENTE EL PERÍODO DE CURACIÓN DE LA HERIDA.

LAS ENFERMEDADES DEL HÍGADO, SISTEMA BILIAR, TRACTO GASTROINTESTINAL, MÉDULA ÓSEA E HÍGADO, PUEDEN INFLUENCIAR Y ALTERAR PROFUNDAMENTE LA HEMOSTASIA. POR EJEMPLO, EL HÍGADO QUE SE HALLA AFECTADO POR CIRROSIS AVANZADA PUEDE VER ALTERADA SU FUNCIÓN PRESENTÁNDOSE UN FALLO EN LA PRODUCCIÓN DE PROTROMBINA O CUALQUIER OTRO FACTOR ESENCIAL PLASMÁTICO.

LAS ENFERMEDADES QUE PRODUCEN ALTERACIONES EN LA MÉDULA ÓSEA Y EN EL VASO, CAUSAN UNA DISMINUCIÓN O DESAPARICIÓN DE LOS MEGACARIOCITOS, LOS CUALES SON LOS PRECURSORES DE LAS PLAQUETAS, INDISPENSABLES PARA LA HEMOSTASIA. LA HEMOSTASIA COMIENZA POR LA ADHESIÓN DE LAS PLAQUETAS A LOS VASOS DAÑADOS, A LAS CÉLULAS ENDOTELIALES Y A LAS FIBRAS COLÁGENAS QUE QUEDAN EXPUESTAS DEL TEJIDO CONECTIVO ADYACENTE. LAS PLAQUETAS SON TAMBIÉN MUY IMPORTANTES PARA LA CONVERSIÓN DE LA PROTRONBINA EN TROMBINA Y EN LA ACELERACIÓN DE LA CONVERSIÓN DEL FIBRINÓGENO EN FIBRINA. ASÍMISMO, POSEEN UN FACTOR DE RETRACCIÓN DEL COÁGULO O RETRACTINA, LA CUAL FACILITA LA FIRME ADHERENCIA DEL COÁGULO Y FORMA UNA CAPA DE GRAN RESISTENCIA Y DE ALTA TENSIÓN SUPERFICIAL DENTRO DEL VASO LESIONADO.

- COHIBICIÓN DE LA HEMORRAGIA NORMAL -

COMO NORMAS PARA LAS EXTRACCIONES DENTARIAS SE ENCUENTRAN LAS SIGUIENTES:

1. ELIMINAR TODOS LOS FRAGMENTOS DENTARIOS Y ESPÍCULAS ÓSEAS QUE PUEDAN ACTUAR COMO CUERPOS EXTRAÑOS.
2. APROXIMAR LOS BORDES DE LA HERIDA PARA REDUCIR EL ORIFICIO ALVEOLAR Y FACILITAR DE ESTE MODO LA FORMACIÓN DEL COÁGULO SANGUÍNEO.

3. SI SE HA REALIZADO LA EXTRACCIÓN DE DIENTES CONTIGUOS, PUEDE QUEDAR EN LA ZONA BUCAL DE LA HERIDA UN -- GRAN COLGAJO MUCOPERIÓSTICO QUE DEBERÁ SER APROXIMADO-- MEDIANTE SUTURAS. EN OCASIONES, ÉSTA DEBERÁ SER EN -- FORMA DE X PUES DE ESTA MANERA SE FACILITA UNA ESPECIE DE MATRIZ SOBRE LA CUAL SE FORMA EL COÁGULO,

UNA DE LAS AYUDAS DE MÁS VALOR PARA LA COHIBICIÓN DE - LAS HEMORRAGIAS ES LA COMPRESIÓN LOCAL. MUCHAS VECES- SE ASEGURA LA HEMOSTASIA COLOCANDO EN EL ALVEOLO UNA - ESPONJA DE GASA IMPREGNADA EN ADRENALINA AL 1:1,000, O BIEN GELFOAM INTRODUCIDA EN EL INTERIOR DEL ALVEOLO Y- EJERCIENDO UNA PRESIÓN MODERADA MANTENIENDO LA BOCA CE- RRADA Y EN OCLUSIÓN. PARA EVITAR QUE LOS MÁRGENES DE- LA HERIDA QUEDEN SEPARADOS Y ALTERADOS, LA ESPONJA DE- GELATINA SE ELIMINARÁ DESPUÉS DE UN TIEMPO PRUDENCIAL- Y NO SE REEMPLAZARÁ POR OTRA NUEVA A NO SER QUE SE PRE- SENTE UNA NUEVA HEMORRAGIA,

LA APLICACIÓN DE UNA BOLSITA DE TÉ ES UN REMEDIO CASE- RO DE UTILIDAD, SIEMPRE QUE SE APLIQUE BAJO PRESIÓN. - CUANDO SE PRESENTA UNA HEMORRAGIA POSTEXTRACCIÓN PER- SISTENTE, DA BUENOS RESULTADOS EL ANESTESIAR LA ZONA - SANGRANTE Y LUEGO INFILTRAR ALREDEDOR DEL ALVEOLO ANES- TÉSICOS LOCALES QUE CONTENGAN ADRENALINA (LAS INYECCIO

NES HIPODÉRMICAS ESTÁN CONTRAINDICADAS EN LOS PACIENTES CON HEMOFILIA; NO SE DEBEN APLICAR BLOQUEOS MANDIBULARES NI INYECCIONES INTRAMUSCULARES, A NO SER QUE EL ENFERMO ESTÉ BAJO TRATAMIENTO CON TRANSFUSIONES QUE CORRIJAN SU DEFICIENCIA).

ENTONCES, EL COÁGULO QUE SUELE ESTAR NECRÓTICO, SE ELIMINA, SE IRRIGA CON SOLUCIÓN SALINA Y SE OBSERVA DETENIDAMENTE CON EL FIN DE DETECTAR LOS PUNTOS SANGRANTES. - ESTAS MEDIDAS BASTAN PARA OBTENER UN NUEVO COÁGULO RESISTENTE.

- PREVENCIÓN DE HEMORRAGIA EXTRAVASCULAR
DE ZONAS DENTOALVEOLARES -

DESPUÉS DE LA CIRUGÍA, LOS SITIOS QUIRÚRGICOS SE IRRIGAN CON SOLUCIÓN SALINA NORMAL Y SE LIMPIAN POR ASPIRACIÓN. - LA GASA POSTOPERATORIA ES DE 10 X 10 CM Y ESTÁ IMPREGNADA EN SOLUCIÓN SALINA, MOLDEÁNDOSELA SOBRE EL SITIO QUIRÚRGICO. LA SOLUCIÓN SALINA DISMINUYE LA TENDENCIA DEL COÁGULO A EMBEBERSE EN LA TRAMA DE LA GASA. LA ADAPTACIÓN DE ÉSTA SE HACE DE MANERA QUE NO PROTRUYA FUERA DE LA CAVIDAD BUCAL CUANDO LOS LABIOS ESTÁN CERRADOS.

EL PACIENTE DEBE ABSTENERSE DE HABLAR, COMER Y SALIVAR - DURANTE 2 ó 3 HORAS. LA HORA EN QUE LA GASA PUEDA RETIRARSE SE ESCRIBE SOBRE LA HOJA DE INSTRUCCIONES.

SE LLAMA POR LA NOCHE AL PACIENTE PARA REFORZAR, ENTRE-OTRAS COSAS, QUE LA SALIVA TEÑIDA POR LA SANGRE ES NORMAL Y QUE NO DEBE CONFUNDIRSE CON HEMORRAGIA.

- MANEJO CLÍNICO DE LA HEMORRAGIA -

- SECUNDARIA TÍPICA -

SE DEBEN CONSIDERAR LOS SIGUIENTES PASOS:

1. SE DA INSTRUCCIONES AL PACIENTE DE QUE SE COLOQUE UN GRAN TROZO DE GASA, TELA O PAÑUELO (NUNCA ALGODÓN ABSORBENTE) SOBRE EL SITIO DE LA HEMORRAGIA, APRIETE FIRMEMENTE Y LUEGO VAYA AL CONSULTORIO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE PARA LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO INDICADO.
2. CON LA SOLA PRESENCIA DEL PROFESIONAL SE PREPARA AL PACIENTE Y SE PONEN LAS COMPRESAS COMO PARA CIRUGÍA BUCAL.
3. SE LIMPIA LA ZONA CON UNA PUNTA DE ASPIRADORA TONSILAR Y GASAS DE 10 X 10 CM.
4. SE OBTIENE UNA ILUMINACIÓN EFECTIVA; HAY QUE PENSAR EN UN REFLECTOR BUCAL O EN SEPARADORES ILUMINADOS CON FIBRAS ÓPTICAS.
5. SE PREPARA LA CAVIDAD BUCAL Y SE ADMINISTRA UN ANESTÉSICO LOCAL SIN VASOCONSTRICTOR.

6. SE OBTIENE UNA RADIOGRAFÍA DE LA ZONA.
7. SI ESTÁ INDICADO, SE ADMINISTRA UN SEDANTE SIMPLE - (50 MG DE SECOPARBITAL) (SECONAL), POR VÍA INTRAVENOSA, O UN TRANQUILIZANTE MENOR (10 MG. DE DIAZEPAN) (VALIUM) POR VÍA ENDOVENOSA.
8. SI EL NIVEL FÍSICO GENERAL INDICA DESHIDRATACIÓN Y UN ESTADO DE AYUNO, SE COMIENZA UNA INFUSIÓN INTRAVENOSA DE DEXTROSA AL 5% EN AGUA.
9. SE EVALUA EL ORIGEN DE LA HEMORRAGIA.
 - A) DE EXISTIR, DEBE ELIMINARSE EL CUERPO EXTRAÑO O EL HUESO FRACTURADO.
 - B) SI ES DEL TEJIDO BLANDO, PUEDE EMPLEARSE LA INYECCIÓN DE ANESTESIA CON UN VASOCONSTRICCIÓN, EL PINZADO LIGADO, ELECTRO COAGULACIÓN; LAS SUTURAS BAJO TENSIÓN - PUEDEN HACERSE SOBRE LOS TEJIDOS CAUSANTES.
 - C) SI ESTÁ EN EL HUESO, PUEDE ESTAR INDICADO EL -- APLASTAMIENTO DEL HUESO Y EL USO DE PEQUEÑAS CANTIDADES DE CERA PARA HUESO.
 - D) SI ES UNA HEMORRAGIA GENERALIZADA DEL ALVEOLO, - SE LO EMPAQUETA CON UNA GASA CON ESPONJA DE GELATINA HÚ MEDECIDA CON TROMBINA.
10. SE SUTURA EL MUCOPERIOSTIO Y LUEGO SE COLOCA UNA GASA A PRESIÓN EN LA BOCA, CON INSTRUCCIONES DE MANTENER-

LA DURANTE DOS HORAS.

- DOLOR Y EDEMA -

EL DOLOR POSTOPERATORIO PUEDE SER DEBIDO A TRAUMATISMO DE LOS TEJIDOS DUROS; POR MACHACAMIENTO DEL HUESO DURANTE LA INSTRUMENTACIÓN O POR PERMITIR EL SOBRECALENTAMIENTO DE UNA FRESA DURANTE LA EXTRACCIÓN DEL HUESO.

ÓTRA CAUSA PUEDE SER LA PRESENCIA DE RESTOS RADICULARES O ESQUIRLAS ÓSEAS.

ÓTRO CASO PUEDE SER POR EL DESENCADENAMIENTO DE NEURALGIAS DEL NERVIO TRIGÉMINO DESPUÉS DE LA CIRUGÍA O DESPUÉS DE UNA EXTRACCIÓN; TAMBIÉN SE PUEDE PRESENTAR DOLOR OCASIONADO POR ABRIR MUCHO LA BOCA EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE LARGO TIEMPO.

ÓTRO MOTIVO DE DOLOR PUEDE SER ALGÚN DESGARRE DEL NERVIO DENTARIO.

EL EVITAR ESTOS ERRORES DE TÉCNICAS Y PONER ATENCIÓN - EN ALISAR LOS BORDES FILOSOS Y LA LIMPIEZA DEL ALVEOLO SE PREVERÁ DOLOR POSTOPERATORIO.

EDEMA: SI LOS TEJIDOS BLANDOS NO SON MANIPULADOS CUIDADOSAMENTE DURANTE UNA EXTRACCIÓN, EL EDEMA TRAUMÁTICO PUEDE DILATAR LA CICATRIZACIÓN. EL USO DE INSTRUMENTOS REDONDEADOS, LA RETRACCIÓN EXCESIVA DE COLGAJOS

INCORRECTAMENTE DISEÑADOS O EL ATASCAMIENTO DE LA FRESA EN LOS TEJIDOS BLANDOS PREDISPONEN A ESTE TRANSTORNO. - SI LOS TEJIDOS SE AMARRAN FUERTEMENTE, LA INFLAMACIÓN POSTOPERATORIA DEBIDA AL EDEMA O FORMACIÓN DE HEMATOMA PUEDE CAUSAR DESCAMACIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS Y COLAPSO DE LA LÍNEA DE SUTURA. GENERALMENTE AMBAS CONDICIONES SON REGRESIVAS SI EL PACIENTE UTILIZA ENJUAGUES FRECUENTES DE SOLUCIÓN SALINA CALIENTE POR DOS O TRES DÍAS. UNA CAUSA MÁS GRAVE DE LA INFLAMACIÓN POSTOPERATORIA ES LA INFECCIÓN DE LA HERIDA. NO DEBE ESCATIMARSE NINGÚN ESFUERZO POR PREVENIR LA INTRODUCCIÓN DE MICROORGANISMOS PATÓGENOS DENTRO DE LA HERIDA.

SI LA INFECCIÓN ES LEVE, GENERALMENTE RESPONDERÁ A LA APLICACIÓN INTRABUCAL DE CALOR POR MEDIO DE ENJUAGUES BUCALES FRECUENTES CON SOLUCIÓN SALINA CALIENTE. SE LE DEBE INDICAR AL PACIENTE QUE NO SE APLIQUE CALOR EXTRABUCALMENTE PORQUE ESTO AUMENTA EL TAMAÑO DE LA INFLAMACIÓN FACIAL.

LA APLICACIÓN DE UNA BOTELLA DE AGUA CALIENTE A LA MEJILLA, EN UN INTENTO DE ALIVIAR EL DOLOR, ES UNA CAUSA COMÚN DE LA INFLAMACIÓN GRANDE DE LA CARA. SI EXISTE FLUCTUACIÓN, EL PUS DEBE SER ELIMINADO ANTES DE COMENZAR LA ANTIBIOTICOTERAPIA.

ALVEOLITIS:

ESTA CONDICIÓN SE CARACTERIZA POR UN ALVEOLO DENTARIO - CON DOLOR AGUDO QUE CONTIENE HUESO DESNUDO SIN COÁGULO-SANGUÍNEO; SE HAN OBSERVADO VARIAS CAUSAS PREDISPONENTES:

LA INFECCIÓN DEL ALVEOLO QUE OCURRA ANTES, DURANTE O DES PUÉS DE LA EXTRACCIÓN PUEDE SER UN FACTOR DETERMINANTE, - SIN EMBARGO, MUCHOS DIENTES CON ABSCESOS O INFECTADOS -- SON EXTRAÍDOS SIN QUE SE PRESENTE EL ALVEOLO SECO. AUNQUE ES CIERTO QUE ESTA CONDICIÓN PUEDE DEBERSE AL USO EXCESIVO DE FUERZA DURANTE UNA EXTRACCIÓN, MUCHAS AUTORIDADES PIENSAN QUE EL VASOCONSTRICTOR EN LAS SOLUCIONES DEL ANESTÉSICO LOCAL PUEDE PREDISPONER AL ALVEOLO SECO POR - INTERVENIR CON LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA DEL HUESO, SEÑALANDO QUE ESTA CONDICIÓN ES MÁS FRECUENTE BAJO ANESTESIA LOCAL.

ES IMPOSIBLE PRONOSTICAR PREOPERATORIAMENTE CUALES EXTRACCIONES PRESENTARÁN ESTA COMPLICACIÓN Y POR LO TANTO, DEBEN EMPLEARSE LAS SIGUIENTES MEDIDAS PARA SU PREVENCIÓN:

- LOS DIENTES DEBEN SER RASPADOS Y CUALQUIER INFLAMACIÓN GINGIVAL DEBE SER TRATADA POR LO MENOS UNA SEMANA ANTES DE LA EXTRACCIÓN DENTARIA.
- SÓLO DEBE ADMINISTRARSE LA MÍNIMA CANTIDAD DE SOLUCIÓN DE ANESTÉSICO LOCAL NECESARIA Y LOS DIENTES DEBEN EX--

TRAERSE LO MÁS ATRAUMÁTICAMENTE POSIBLE.

EL TRATAMIENTO A SEGUIR SERÁ EL LAVADO DEL ALVEOLO CON -
UNA SOLUCIÓN SALINA TIBIA Y TODO EL COÁGULO SANGUÍNEO DE
GENERADO DEBE SER REMOVIDO.

LAS SALIENTES FILOSAS ÓSEAS DEBEN SER ELIMINADAS CON AL-
VEOLÓTOMO O ALISADAS CON UNA PIEDRA DE RUEDA.

SE EMPACA DENTRO DEL ALVEOLO UN RECUBRIMIENTO LAXO COM--
PUESTO POR ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL CON ESTRIAS DE ALGO--
DÓN. NO DEBE SER EMPACADO AJUSTADAMENTE EN EL ALVEOLO -
PORQUE PUEDE ENDURECERSE Y ES MUY DIFÍCIL DE REMOVER. SE
PRESCRIBEN TABLETAS ANALGÉSICAS Y COLUTORIOS CON SOLU- -
CIÓN SALINA CALIENTE. SE VUELVE A VER AL PACIENTE EN --
TRES DÍAS. AL MISMO TIEMPO QUE LOS RECUBRIMIENTOS DE --
ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL ALIVIAN EL DOLOR, INDUDABLEMENTE
RETRASAN LA CICATRIZACIÓN. AUNQUE UN EMPAQUE COMPUESTO-
DE BARNIZ DE WHITEHEAD (COMPUESTO DE PIGMENTO DE YODOFOR
MO) YA SEA EN UNA TORUNDA DE ALGODÓN O EN GASA, SE DEJA-
EN EL SITIO POR DOS O TRES SEMANAS Y SE VERÁ QUE EL AL--
VEOLO ESTÁ FORMANDO TEJIDO DE GRANULACIÓN CUANDO EL RECU-
BRIMIENTO SEA RETIRADO.

UN POM-POM ES UN PEDAZO DE ALGODÓN ENVUELTO POR UN PEDA-
ZO DE GASA CUYOS BORDES LIBRES ESTÁN ASEGURADOS POR ME--
DIO DE UNA LIGADURA YA SEA POR MEDIO DE SEDA DENTAL O MA-

TERIAL PARA SUTURA.

ES DE UTILIDAD TENER VARIOS POM-POM ESTÉRILES DE DIFERENTES TAMAÑOS DISPONIBLES PARA SU USO INMEDIATO.



COMPUESTO DE PIGMENTO YODOFORMO (BARNIZ DE WHITEHEAD):

BENZOINA SUMATRA EN POLVO	3 G.
STORAX PREPARADO	2 G.
BÁLSAMO DE TOLU	1,5 G.
YODOFORMO	3 G.
ETER SOLUBLE	28 ML

- INFECCIÓN -

EL FOCO DE INFECCIÓN ES UNA ZONA CIRCUNSCRITA DE TEJIDO, INFECTADA POR MICROORGANISMOS PATÓGENOS QUE SUELE LOCALIZARSE CERCA DE UNA SUPERFICIE MUCOSA O CUTÁNEA.

- INFECCIÓN FOCAL -

ES LA METÁSTASIS DE FOCOS DE INFECCIÓN DE MICROORGANISMOS O SUS TOXINAS QUE SON CAPACES DE LESIONAR TEJIDOS.

MECANISMOS DE INFECCIÓN FOCAL:

1. PUEDE HABER METÁSTASIS DE MICROORGANISMOS PROVENIENTES DE UN FOCO INFECTADO, POR VÍA HEMATÓGENA O LINFÓGENA.
2. LAS TOXINAS, O PRODUCTOS TÓXICOS SON LLEVADOS POR LA CORRIENTE SANGUÍNEA O POR CONDUCTOS LINFÁTICOS, DESDE UN FOCO HASTA UN SITIO DISTANTE DONDE INICIAN UNA REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD EN LOS TEJIDOS.
3. PRODUCCIÓN DE TOXINAS POR MICROORGANISMOS Y SU DENOMINACIÓN POR CONDUCTOS VASCULARES. UNO DE LOS EJEMPLOS ES LA ESCARLATINA, EN LA CUAL LAS CARACTERÍSTICAS CUTÁNEAS SE DEBEN A LA TOXINA ERITRÓGENA LIBERADA POR LOS ESTREPTOCOCOS INFECTANTES.

LA FIEBRE REUMÁTICA ES UNA ENFERMEDAD IMPORTANTE QUE PROBABLEMENTE SE ORIGINA COMO RESULTADO DE UNA REACTIVIDAD O HIPERSENSIBILIZACIÓN DE LOS TEJIDOS A ESTREPTOCOCOS HE MOLÍTICOS.

UNO DE LOS PRINCIPALES FOCOS BUCALES DE INFECCIÓN ES LA ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA PUESTO QUE:

A) HAY UNA ESTRECHA SIMILITUD ENTRE EL AGENTE BIOLÓGICO Y MICROORGANISMOS, EN CAVIDAD BUCAL, PULPA DENTAL Y LESIONES PERIAPICALES.

B) A VECES, SE HAN OBSERVADO SÍNTOMAS DE ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA POCO DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN DE DIENTES.

C) ES FRECUENTE QUE DESPUÉS DE UNA EXTRACCIÓN HAYA UNA BACTEREMIA.

ESTA ENFERMEDAD SE DEBE A LA ADHERENCIA DE VEGETACIONES BACTERIANAS EN VÁLVULAS CARDÍACAS QUE ESTÁN PREDISPUESTAS PARA ELLO, COMUNTE POR FIEBRE REUMÁTICA O CARDIOPATÍA CONGÉNITA. YA SE HA CITADO MUCHOS ESTUDIOS QUE REVELAN QUE LA EXTRACCIÓN DENTAL SUELE IR SEGUIDA DE UNA BACTEREMIA ESTREPTOCÓXICA GENERALMENTE ASOCIADA CON UNA ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA. ADEMÁS, OTROS TRABAJOS HAN ESTABLECIDO QUE LA APARICIÓN DE ESTA FORMA DE ENDOCARDITIS A VECES ESTÁ PRECEDIDA POR LA EXTRACCIÓN DENTAL SI DESPUÉS DE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PERSISTE INFLAMACIÓN DOLOR, AUMENTO DE TEMPERATURA, TRISMUS, PUEDE SER PROBABLE QUE EXISTA UN PROCESO INFECCIOSO. PARA ESTO, SERÁ NECESARIO ELIMINAR ALGUNOS PUNTOS DE SUTURA CON EL FIN DE QUE LA HERIDA SE SEPRE Y ASÍ, PERMITIR LA SALIDA DEL LÍQUIDO INFECCIOSO Y PERMITIR, ASÍMISMO, UN ACCESO PARA IRRIGAR.

TAMBIÉN SE LLEVARÁ A CABO POR MEDIO DE ANALGÉSICOS, ANTI BIÓTICOS, UNA DIETA ADECUADA; PUNTOS QUE SON IMPORTANTES EN EL TRATAMIENTO POST OPERATORIO.

PARA MAYOR SEGURIDAD, SE TOMARÁN RADIOGRAFÍAS Y SE OBSERVARÁ SI HAY LA PRESENCIA DE CUERPOS EXTRAÑOS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA.

PARESTESIA:

DURANTE LA OPERACIÓN QUIRÚRGICA SE PUEDE LLEGAR A LESIONAR LOS TRONCOS NERVIOSOS SUPERIORES O INFERIORES QUE SON:

- A) PALATINO
- B) MENTONIANO
- C) DENTARIO INFERIOR

ESTOS LLEGAN A SUFRIR LESIONES COMO:

DESGARRE, APLASTAMIENTO, SECCIÓN DEL NERVIIO, CAUSANDO PARESTESIAS EN ZONAS DIVERSAS, NEURITIS, NEURALGIAS.

GENERALMENTE OCURRE EN EXODONCIA DE DIENTES O RAÍCES QUE ESTÁN EN ÍNTIMA RELACIÓN CON ESTOS TRONCOS NERVIOSOS COMO PUEDEN SER TERCEROS MOLARES, PREMOLARES EN MAXILAR INFERIOR.

LA LESIÓN SE PUEDE PRODUCIR POR EL APLASTAMIENTO DEL CONDUCTO QUE ALIMENTA EL PAQUETE VASCULO NERVIOSO DEL NERVIIO DENTARIO INFERIOR, TAMBIÉN POR LA

INTRODUCCIÓN DE UNA AGUJA AL ANESTESIAR MÁS ALLÁ DEL LÍMITE - PROMEDIO (UN CM.) POR LO QUE SE LLEGA A ANESTESIAR TALES NERVIOS O SE PROVOCA SU DESGARRAMIENTO.

TAMBIÉN SE PUEDE PROVOCAR DAÑO AL SER ATRAPADOS POR EL - FORCEPS O BIEN QUE SE HAYAN LASTIMADO CON LA FRESA QUIRÚRGICA DURANTE LA REMOCIÓN DEL HUESO.

SE DEBE UTILIZAR UN RETRACTOR METÁLICO PARA PROTEGER LOS TEJIDOS BLANDOS Y EVITAR ASÍ SER DAÑADOS CUANDO SE ESTÁ UTILIZANDO UNA FRESA.

SI SE PRESENTA APLASTAMIENTO DE ALGUNO DE ESTOS TRONCOS NERVIOSOS, SE PUEDE LLEGAR A OCASIONAR ANESTESIAS DE DIFERENTE INTENSIDAD SEGÚN LA LESIÓN, COMO PUEDEN SER PASAJERAS, PROLONGADAS O DEFINITIVA.

ES IMPORTANTE PREVENIR ESTAS LESIONES POR MEDIO DE ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS Y EVITAR TRAUMATISMOS SEVEROS, TENER UNA BUENA TÉCNICA QUIRÚRGICA Y TENER CUIDADO DE LOS FACTORES MECÁNICOS.

EL TRATAMIENTO DE ESTAS LESIONES ES A TRAVÉS DE MEDICAMENTOS COMO VITAMINAS (K, B12, B6) TAMBIÉN SE REALIZARÁN MASAJES Y DIATERMIAS. SI ES NECESARIO, MANDAREMOS A NUESTRO PACIENTE A UN ESPECIALISTA.

TRISMUS: MIOTONIA ADQUIRIDA= ESPASMO MUSCULAR.

EL TRISMUS SE PUEDE DEFINIR COMO LA IMPOSIBILIDAD PARA -
ABRIR LA BOCA DEBIDO A ESPASMO MUSCULAR Y PUEDE COMPLI--
CAR LAS EXTRACCIONES DENTALES.

PUEDE SER CAUSADO POR EDEMA POSTOPERATORIO, FORMACIÓN -
DE HEMATOMA, O INFLAMACIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS. LOS
PACIENTES CON ARTRITIS TRAUMÁTICA DE LAS ARTICULACIONES
TEMPOROMANDIBULARES TIENEN LIMITACIÓN DE MOVIMIENTO MAN-
DIBULAR.

UN BLOQUEO MANDIBULAR PUEDE SER SEGUIDO DE TRISMUS AUN-
QUE SE ADMINISTRE POR OTRAS RAZONES AJENAS A LA EXTRAC-
CIÓN.

EL TRATAMIENTO DEL TRISMUS VARÍA SEGÚN LA CAUSA QUE LO-
PRODUZCA. LA APLICACIÓN DE CALOR INTRABUCAL, POR MEDIO
DE LUZ INFRARROJA O POR MEDIO DEL USO DE ENJUAGUES CON-
SOLUCIÓN SALINA CALIENTE, ALGUNOS OTROS PACIENTES REQUIE-
REN LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS O TRATAMIENTOS ES-
PECIALES PARA ALIVIAR SUS SÍNTOMAS.

SI SE PRESENTAN ESPASMOS INTERMITENTES SE DENOMINA CLO-
NO (CONTRACCIONES MIOCLÓNICAS); CUANDO ESTOS ESPASMOS -
SON CONSTANTES, SE LES DENOMINA TRISMUS (CONTRACCIONES-
MIOTÓNICAS).

CONCLUSIONES

ES NECESARIO, PARA OBTENER ÉXITO EN NUESTRO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO-ORTODÓNTICO O SIMPLEMENTE QUIRÚRGICO, EL TENER - CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE NUESTRO DIENTE RETENIDO, EN ESTE CASO, LOS CANINOS EN PALADAR, COMO SON: LA INCIDENCIA, SU ETIOLOGÍA, EL TIPO DE CLASIFICACIÓN EN EL QUE SE ENCUENTRE Y LOS ACCIDENTES QUE PUEDAN PROVOCAR LOS MISMOS.

TAMBIÉN OBTENER UN TRATAMIENTO PREOPERATORIO COMPLETO - ASÍ COMO UN TRATAMIENTO TRANSOPERATORIO CON TÉCNICAS QUIRÚRGICAS QUE PERMITAN LLEVAR A CABO NUESTRA CIRUGÍA LO MÁS RÁPIDO QUE PUEDA REALIZARSE Y EVITAR LO MENOS POSIBLE QUE EL PACIENTE PRESENTE UN MÍNIMO DE TRAUMATISMO A LOS TEJIDOS - BLANDOS Y Duros. POR CONSIGUIENTE, MENOS DOLOR TRANS Y -- POSTOPERATORIO.

ASIMISMO, ES IMPORTANTE TENER EL CONOCIMIENTO SOBRE -- LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DURANTE LAS COMPLICACIONES TRANS-- OPERATORIAS ANTES MENCIONADAS Y QUE PUEDAN SUCEDER DURANTE DICHO ACTO QUIRÚRGICO, ASÍ COMO TAMBIÉN LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN LAS COMPLICACIONES QUE PUEDAN SUSCITARSE POSTE-- RIORMENTE AL TÉRMINO DEL ACTO QUIRÚRGICO.

SI POR ALGUNOS CASOS ESPECIALES EN DONDE EL PACIENTE PRESENTE UN ESTADO DE SALUD DÉBIL O QUE EL DIENTE RETENIDO

NO PRESENTE PROBLEMA ALGUNO O POR NEGACIÓN ROTUNDA DEL PACIENTE PARA SER INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE, ES OBLIGACIÓN DEL CIRUJANO DENTISTA INDICAR A ÉSTE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR ALGUNA PATOLOGÍA QUE PUEDA PROVOCAR EL DIENTE. ESTAS MEDIDAS PREVENTIVAS PUEDEN SER QUE EL PACIENTE ACUDA PERIÓDICAMENTE (CADA 6 MESES) A UN ESTUDIO RADIOGRÁFICO DE LA ZONA EN QUE SE ENCUENTRA SU DIENTE RETENIDO Y RECORDARLE QUE ÉSTE PUEDE PROVOCAR PROCESOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES, ETC.

BIBLIOGRAFÍA

1. KRUGER, GUSTAV U.
TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL
EDITORIAL INTERAMERICANA - MÉXICO, D. F. - 1978
2A. EDICIÓN
2. RIES CENTENO, GUILLERMO A.
CIRUGÍA BUCAL
EDITORIAL EL ATENEO - BUENOS AIRES, ARGENTINA 1979
OCTAVA EDICIÓN
3. SHAFER, WILLIAM G.
TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA - MÉXICO, D. F. 1977
TERCERA EDICIÓN
4. DURANTE AVELLANAL, CIRO
CIRUGÍA ODONTOMAXILAR, SEGUNDA PARTE
EDIAR S.A., EDITORES - BUENOS AIRES, ARGENTINA 1949
VOLUMEN II
5. GURALNICK, WALTER C.
TRATADO DE CIRUGÍA ORAL
SALVAT EDITORES - BARCELONA, ESPAÑA - 1971

6. COSTICH R., EMMETT Y WHITE
CIRUGÍA BUCAL
EDITORIAL INTERAMERICANA - MÉXICO, D.F. - 1974
VOLUMEN II

7. HOWE, GEOFFREY L.
LA EXTRACCIÓN DENTAL
EDITORIAL MANUAL MODERNO - MÉXICO, D.F. 1979
VOLUMEN I

8. WILSON L., JOHN
MANUAL DE CIRUGÍA
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO - MÉXICO, D. F. 1972

9. ROSENSTEIN, EMILIO
DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
EDICIONES PLH, S. A. DE C. V - 1986
PRIMERA EDICIÓN

10. BIRO E., CARLOS
TERAPÉUTICA ANTIMICROBIANA
EDITORIAL DIÓGENES, S.A. - MÉXICO, D. F.
SEXTA EDICIÓN

11. LEHMANS, J.

VADEMECUM DE ODONTOESTOMATOLOGÍA

EDITORIAL JIMS - 1973

PRIMERA EDICIÓN

12. GOODMAN S., LOUIS

BASES FARMACOLÓGICAS DE LA TERAPÉUTICA

NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA - MÉXICO, D.F. 1974

CUARTA EDICIÓN