

29  
105



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

## "CANINOS RETENIDOS"

*Handwritten signature*

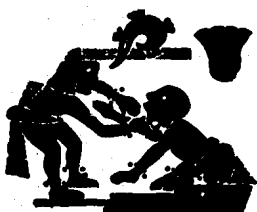
**T E S I S**

Que para obtener el título de

**CIRUJANO DENTISTA**

P r e s e n t a

**ARMANDO CHAVEZ MORALES**



**FALLA DE ORIGEN**

México, D. F.

1989



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

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

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

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

# I N D I C E

## CANINOS RETENIDOS

	página
INTRODUCCION	
TEMA I HISTORIA CLINICA -----	8
TEMA II MUSCULOS MASTICADORES -----	14
TEMA III MAXILAR Y MANDIBULA -----	19
TEMA IV NERVIOS TRIGEMINO -----	23
TEMA V CANINOS RETENIDOS -----	29
TEMA VI ASEPSIA Y ANTISEPSIA -----	35
TEMA VII INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS DUROS Y -- BLANDOS -----	39
TEMA VIII LOCALIZACION DE CANINOS RETENIDOS	47
TEMA IX TECNICA PARA LA EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS -----	52
TEMA X PATOGENIA -----	65
CONCLUSIONES -----	71

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

La Odontología puede dividirse en tres categorías - generales, prevención, diagnóstico y corrección.

Tratar las enfermedades por prevención es lo más - deseable, en el transcurso de su educación Odontológica el estudiante deberá adquirir dos atributos que le ayudarán a lo largo de su -carrera: Ego y humildad Su Ego debe sentirse orgulloso de la profesión que -- escogió, una profesión que ha contribuido a aliviar - dolores y sufrimientos y que ha ayudado aumentando -- los niveles de salud.

Obtener el título implica que la educación básica -- que el estudiante ha recibido es la más adecuada que se puede obtener, darse cuenta de estos hechos deberá dar al Odontólogo la confianza tan necesaria en una - carrera profesional, lo que a la vez deberá tener la suficiente humildad para darse cuenta que el aumento - de capacidad trae consigo aumento de responsabilidad, la Odontología es una profesión en constante crecimiento y cuyos conocimientos y técnicas estan en expansión, el dentista debe de ser humilde y honesto en la evaluación propia y prestar el mejor servicio de que sea capaz, el que goza con la práctica de su profesión tiene la responsabilidad hacia sí mismo y hacia su -- familia.

La enfermedad la podemos percibir como una alteración que acelera el proceso de degradación de un ser vivo, y en la clínica como un conjunto de manifestaciones - que se originan en un organismo como efecto de una -- alteración y que repercute en el funcionamiento de un sistema y tarde o temprano en el comportamiento global del individuo, los signos y síntomas del sujeto enfermo y éstos no sólo representan el efecto desorganizador o deterioro del agente patógeno sino también de reacciones adaptivas que el organismo genera para superar la enfermedad.

Debido a la importancia que tienen los caninos como parte funcional y estética, trataré el tema de CANINOS RETENIDOS, tratándose desde sus orígenes, causas, clasificaciones, ubicación por cada zona y tejidos que lo rodean, también se tratará el tratamiento preoperatorio quirúrgico, y posoperatorio y los resultados.

Se ha visto que este tema es poco manejado por los pacientes en general y aún por gran número de Odontólogos, se tratará de dar a conocer lo más claro, técnico y profesional todo relacionado a uno de los padecimientos que sufre el ser humano a nivel de la cavidad bucal ya que son pocas personas que están exentas de tener un diente retenido cualquiera que sea.

**TEMA I HISTORIA CLINICA**

**Historia Clínica:** Destinada a contener todos los datos, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

**Datos generales**

**Nombre**

**Dirección**

**Teléfono**

**Edad**

**Fecha**

**Recomendado por...**

**Motivo de la consulta.**

Es importante obtener la dirección, para evitar la inasistencia en el control posoperatorio.

También se anotarán los datos obtenidos por el interrogatorio, exploración, inspección, palpación, estudio radiográfico, y de laboratorio.

**INTERROGATORIO:** For breve que sea, deberá adaptarse, no sólo al temperamento y carácter del paciente, si no también a su educación, algunos pacientes describen sus dolencias con gran lujo de detalles, pero otros apenas si responden a nuestras preguntas.

Al iniciarse la relación profesionalista-enfermo, procuraremos ganarnos la confianza del paciente, demostrando sincero interés en sus problemas y firme decisión en nuestros propósitos.

Las preguntas serán precisas y pausadas, sin cansar al paciente, se inicia con el motivo de la consulta buscando el signo principal que nos oriente, a --- continuación se dirigirá para obtener datos sobre --- las enfermedades que puedan tener relación con la --- retención o puedan contraindicar el tratamiento. ---

Entre ellas podemos señalar: Hemofilia, diabetis, si hay tendencia a lipotimias, si es alérgico a la penicilina, a los anestésicos locales o a cualquier otro fármaco.

El dolor como síntoma subjetivo e intransferible, es el signo de mayor valor, el interrogatorio destinado a conocerlo deberá ser metódico y ordenado para lograr que el paciente nos comunique todos los detalles, como aparición del dolor, duración, diurno, nocturno, sordo, pulsátil, lancinante, terebrante - urente, ardiente y de plenitud, apenas perceptible, - tolerable, agudo, intolerable y desesperante.



Estímulo que lo produce: Espontáneo, en reposo - absoluto, despertando durante el sueño, provocado - por la ingestión de alimentos fríos, calientes, dulce, salado, por presión alimentaria, al contacto con el antagonista, o por presión lingual.

Ubicación: El paciente puede señalar con exactitud el diente que dice dolerle, otras veces manifiesta su duda entre varios, y en ocasiones lo describe en una región amplia.

Inspección: La ausencia del canino permanente en la arcada, la persistencia del temporario, pueden - hacer sospechar la retención, en caso de retención - palatina o vestibular, la inspección visual descubre una elevación o relieve en el paladar o vestíbulo, la altura y forma de la bóveda palatina nos dará una indicación preliminar de la probable ubicación del diente retenido, no debe ser confundido el relieve originado por el canino, con el que puede - producir la raíz del incisivo lateral o del premo-lar; confusión que puede suceder con facilidad en - algunas condiciones.

**Palpación:** El dedo índice que investiga, confirma la existencia de esta elevación, de la misma consistencia que la tabla ósea, en caso de existir - algún proceso infeccioso y una fístula, una sonda - introducida por ella nos llevará a chocar contra un cuerpo duro, que representa la corona del canino.

**Pruebas de laboratorio:** Los estudios clínicos que sin duda nos apoyarán y corroborarán el estado general del paciente.

Tiempo de sangrado

Tiempo de coagulación

Tiempo de trombina

Tiempo de protrombina

Glucosa en sangre.

**Examen radiográfico:** Nos dará el panorama general del canino retenido, es necesario ubicar el diente - ver la cúspide y el ápice, conocer las relaciones de vecindad de estas porciones y de todo el diente con los órganos vecinos, seno y fosas nasales y con los dientes vecinos.

## **TEMA II MUSCULOS MASTICADORES**

Sobre su cara externa, el haz profundo se inserta también en el borde inferior y en la cara interna del proceso cigomático y luego se dirigen hacia abajo a la cara externa de la rama mandibular.

**RELACIONES:** La cara externa se relaciona con la arteria transversal de la cara, las ramas nerviosas del facial y los músculos cigomáticos mayor, menor, risorio y cutáneo del cuello.

La cara profunda se relaciona con la escotadura sigmoidea y con la arteria y nervio maseterino, con el proceso coronoides, la bola adiposa de Bichat y el buccinador.

**INERVACION:** Se inerva por un ramo del maxilar inferior que es el nervio maseterino el cual atraviesa por la escotadura sigmoidea y como principal acción tiene de elevar la mandíbula.

## PTERIGOIDEO EXTERNO.

Se haya dividido en dos haces, el haz superior se va insertar en la superficie del ala mayor del - esfenoides y el haz inferior se fija sobre la cara externa del proceso pterigoides, las fibras de ambos convergen hacia fuera y se insertan en la parte interna del cuello del cóndilo, por la parte de arriba se encuentra en relación con la fosa cigomática y con - el nervio temporal, entre sus dos fascículos pasa el nervio bucal, su cara antero externa se encuentra en relación con la escotadura sigmoidea, su cara posteroo interna se relaciona con el pterigoideo interno, el cual se cruza con los vasos y nervios linguales, -- dentarios inferiores, su extremidad externa se relaciona con la arteria maxilar interna, la cual rodea - el cuello del cóndilo.

En su inervación recibe dos ramos nerviosos procedentes del bucal, su acción consiste en la contracción simultánea de ambos pterigoideos externos, -- produciendo movimientos de proyección hacia delante - de la mandíbula, si se contraen, aisladamente ejecutan movimientos de lateralidad hacia uno y otro lado.

Estos movimientos son alternativos y rápidos y se llaman de diducción, son los principales -- de la masticación.

**TEMA III**

**MAXILAR Y MANDIBULA**

La mandíbula y el maxilar están compuestos por -- dos tipos de hueso, el proceso alveolar, que soporta al diente en su alvéolo, y el hueso mandibular pro-- piamente, que continúa con el proceso alveolar.

En un corte histológico, la lamina dura se observa rodeando las raíces dentarias en una delgada capa de hueso compacto, más allá de las raíces presenta -- una capa de hueso esponjoso, seguido por una capa -- exterior de hueso compacto, juntos forman el hueso -- mandibular.

El hueso alveolar es la porción compacta de la -- mandíbula y el maxilar los cuales limitan externa-- mente el alveolo del diente, forma una capa criforme que soporta los alveolos dentarios y a la cual están adheridas las fibras periodontales.

El hueso alveolar de soporte que rodea al alveolo, consta de dos porciones, la tabla cortical compacta, que forma la tabla lingual, y vestibular y -- el hueso trabecular o esponjoso.



**HUESO MAXILAR.**

Es un hueso par de forma cuadrilátera ligeramente aplanado de afuera hacia adentro, presenta una cara interna en la cual se observa el proceso palatino, la cual forma el techo de la boca y el suelo de las fosas nasales.

La cara externa está ocupada por una gran eminencia transversal que es el proceso piramidal, el cual se articula con el maxilar.

En la cara superior observamos el agujero suborbitario, su cara posterior forma parte de la fosa cigomática y su borde inferior forma parte del reborde orbitario, sus bordes son anterior muy irregular, presenta la escotadura nasal que corresponde al orificio anterior de las fosas nasales, el posterior constituye la tuberosidad del maxilar y se articula con el proceso pterigoides del esfenoides y con la porción vertical del palatino, el borde superior se articula con el unguis, etmoides y proceso orbitario del palatino, el inferior o borde alveolar que presenta cavidades más o menos espaciales para los dientes. En el centro del hueso se halla una vasta excavación de la misma forma general que el hueso llamado seno maxilar.

**MANDIBULA.** Hueso impar medio y simétrico en la parte anterior e inferior de la cara se divide en cuerpo de forma de herradura con la cavidad dirigida hacia atrás, se le estudia la cara anterior que presenta en la línea media la sínfisis mentoniana, a los lados la línea oblicua externa y a nivel del segundo premolar el agujero mentoniano.

Cara posterior. Presenta en la línea media los procesos geni, a los lados la línea oblicua interna, la fosita lingual y más externa la fosita submaxilar.

El borde superior alveolar ocupado por las cavidades alveolodentarias, el borde inferior, redondeado y obtuso presenta la fosita digástrica y un pequeño canal por donde pasa la arteria facial.

**RAMAS MANDIBULARES.** Son cuadriláteras más anchas que altas y dirigidas de abajo hacia arriba y de delante hacia atrás, tienen dos caras, interna y externa y tienen cuatro bordes; anterior, posterior, superior e inferior.

El borde superior presenta en su parte media la escotadura sigmoidea, por delante se levanta el proceso coronoides y por detras el cóndilo.

TEMA IV

NERVIO TRIGEMINO

El nervio trigénino es un nervio sensitivo para una gran parte de la cara y cuero cabelludo, las -- cavidades bucal, nasal y orbitaria va inervar tam-- bién los senos paranasales y las meninges craneales.

El quinto par lleva también fibras propioceptivas y motoras a los músculos masticadores, al vientre - anterior de los músculos digástrico, milohioideo, - periostafilino externo y al músculo del martillo.

El nervio trigémico es mixto con dos raíces una - sensitiva y la otra motora, las fibras motoras se - distribuyen con la rama del maxilar inferior como en el caso de los nervios espinales, la raíz sensitiva - está unida al ganglio de Gasser.

El ganglio de Gasser ocupa la fosa del ganglio de Gasser en el piso de la fosa cerebral media y de ahí se desprenden las tres grandes ramas de este nervio.

- I. Nervio Oftálmico.
- II. Nervio del Maxilar Superior.
- III. Nervio del Maxilar Inferior.

I.- El Nervio oftálmico es sensitivo, se introduce a la órbita a través de la hendidura esfenoidal y una vez en ella se divide en tres ramas:

a.- Nervio lagrimal que da ramas a la conjuntiva - ocular, inerva una pequeña zona de la piel en el ángu lo externo del ojo y la glandula lagrimal.

b.- Nervio nasociliar que sigue un trayecto hacia - la línea media y va a inervar la mucosa de la porción anterosuperior de las fosas nasales, la piel del dorso de la nariz y el ángulo interno del ojo.

c.- Nervio frontal, el cual corre inmediatamente -- debajo del techo de la órbita, dividiéndose en frontal externo y frontal interno que inervan la piel del -- párpado superior en la región del frontal hasta el - cuero cabelludo.

II.- El nervio del maxilar superior es únicamente - sensitivo, pasa a través del agujero redondo mayor - para luego penetrar en la fosa tterigomaxilar donde - se divide;

1.- Nervio orbitario que entra en la órbita a través de la hendidura esfenomaxilar y se dirige hacia delante pegado a la pared externa de ésta para luego dar dos ramas que inervan la piel de la porción anterior de la sien y la cercanía del ángulo externo del ojo.

2.- Ramas nasales posteriores, que inervan la porción posteroinferior de la mucosa de las fosas nasales. Una de estas ramas, el nervio nasopalatino, se dirige hacia delante y abajo en el septum para luego a través del agujero incisivo dividirse e inervar la porción anterior del paladar duro y la región adyacente de la encía.

3.- El nervio palatino anterior, que atraviesa el conducto palatino posterior dando ramas a la mucosa del paladar duro y la porción palatina de la encía.

4.- Nervio infraorbitario, es la continuación directa del nervio maxilar superior.

Después de atravesar la hendidura esfenomaxilar -- corre en el piso de la órbita formando los nervios -- alveolares de la mandíbula superior y de la encía, -- para luego salir a través del agujero infraorbitario -- y dar ramas a la piel situada entre la hendidura -- palpebral y las ventanas nasales.

III.- El nervio maxilar inferior es un nervio mixto con predominancias sensitivas.

Sale del cráneo a través del agujero oval y lleva a la fosa infratemporal donde da sus primeras ramas motoras para los músculos masticadores y una rama sensitiva, para el nervio bucal que sigue un trayecto hacia abajo por la cara externa del músculo buccinador, al cual atraviesa con numerosas ramas que van a inervar la encía comprendida entre el segundo molar y el segundo premolar.

I.- El nervio aurículo temporal que está localizado por dentro del cuello del cóndilo del maxilar inferior y se dirige inmediatamente hacia arriba para seguir por delante del conducto auditivo externo e inervar la piel de la sien, conducto auditivo externo y parte de la concha.

II.- El nervio lingual que al principio se dirige hacia abajo entre la rama del maxilar inferior del músculo pterigoideo interno, para luego doblarse en un arco convexo hacia abajo y atrás penetrando en la lengua desde abajo e inervar su porción corporal.

III.- El nervio alveolar inferior que corre al principio pegado de atrás del nervio lingual y luego se introduce en el orificio del conducto dental -- inferior para seguir en el conducto del mismo nombre y dar ramos a la dentadura y encía del maxilar inferior. Una rama colateral, del nervio mentoniano sale a través del agujero mentoniano para inervar la --- piel del labio inferior y del menton.



**TEMA V**

**DIENTES RETENIDOS**

**DIENTES RETENIDOS ( INCLUIDOS O IMPACTADOS ).**

En el hombre moderno a medida que ha disminuido - la cantidad de dientes, una dieta más blanda y refinada que requiere menos masticación favorece esta -- tendencia, haciendo innecesario un aparato masticato rio poderoso.

**DIENTES RETENIDOS.** Son todos aquellos dientes que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la - integridad de su saco pericoronario fisiológico.

Todos los dientes que no asumen su posición y función correctas deben de ser considerados para su --- extracción.

Hay dos tipos de retención dentaria.

La retención intradésea cuando el diente esta rodeado por tejido óseo.

La retención subgingival el diente está cubierto - por la mucosa gingival nada más.

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

- 1o.- Tercer molar inferior
- 2o.- Canino superior
- 3o.- Tercer molar superior
- 4o.- Segundo premolar inferior
- 5o.- Canino inferior
- 6o.- Incisivo central superior
- 7o.- Segundo premolar superior
- 8o.- Incisivo lateral superior

**CAUSAS GENERALES.-** Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencias de dientes. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio.

- I.- Los huesos del paladar duro ofrecen mayor resistencia de el hueso alveolar a la erupción de los caninos ubicados hacia el area lingual.

- 2.- La mucosa que cubre el tercio anterior del pala-  
dar está sujeta a repetidos esfuerzos y presio-  
nes durante la masticación, por lo cual se vu-  
elve fibrotica, y resistente, está adherida más  
firmemente a la estructura ósea que ningún otro  
tejido blando de la cavidad bucal.
- 3.- Durante el desarrollo, la corona de los caninos  
permanentes está colocada por lingual del lar-  
go ápice de la raíz del canino primario.
- 4.- Reabsorción retardada de los caninos primarios.
- 5.- Los caninos son los últimos en erupcionar, por-  
lo cual están expuestos a las influencias ambien-  
tales desfavorables.
- 6.- Los caninos erupcionan entre los dientes que ya  
están en oclusión y entran en competencia por -  
el espacio con los segundos molares generalmen-  
te también en erupción.
- 7.- La erupción de los dientes depende hasta cierto  
de un aumento asociado al desarrollo apical.

Esta ayuda a la erupción de los caninos está disminuida porque su raíz se halla normalmente más formada en el momento de la erupción que la de cualquier diente permanente.

- 8.- Cuando más grande es la distancia que un diente debe recorrer desde su punto de desarrollo hasta la oclusión normal, tanto mayores son las posibilidades de que se desvíe de su curso normal y se produzca la retención. El canino debe recorrer la distancia mayor de todos los dientes para llegar a la correcta oclusión, cuando menor es la distancia que un diente debe recorrer son menores las posibilidades de retención.

Los primeros molares permanentes son los que recorren la distancia más corta y los que raras veces son retenidos.

- 9.- El canino está precedido por un canino primario cuyo diámetro mesiodistal es mucho menor que el permanente, como consecuencia de estos factores el canino es el segundo en frecuencia de dientes retenidos.

- 10.- La retención por palatino es tres veces más frecuente que por vestibular.

## ESTUDIO RADIOLOGICO.

El diagnóstico de un canino retenido en el maxilar, su posición, la relación con dientes vecinos y su clasificación, se realizan por los medios clínicos de la inspección, palpación, y por el examen radiográfico. La radiografía dental es un informe sobre una película fotográfica de densidades radiolúcida (negra) y radiopaca (blanca), y ésta es una manifestación bidimensional de un objeto tridimensional.

El uso de la radiografía está totalmente indicado en todas las condiciones de caninos retenidos, ya que en estos casos es primordial operar y por lo tanto tener la localización exacta del diente.

Las vistas topográficas oclusales se indican cuando el Odontólogo desea observar, una zona quística o diente retenido que no ha sido orientado completamente en una película oclusal, para la localización exacta del corte transversal oclusal debe de usarse en combinación con una película perispical, ya que ésta extiende el ángulo de proyección a un arco que va de cero a 90 grados.

Esta técnica de procedimiento estandarizada es la más ilustrativa.

**TEMA VI**

**ASEPSIA Y ANTISEPSIA**

**ASEPSIA.** Es el método que se emplea para evitar la -  
contaminación, es la técnica aséptica en la  
cual se esterilizan no solo los instrumentos  
si no también las manos del operador.

**ANTISEPSIA.** Es el método que consiste en combatir o -  
prevenir los padecimientos infecciosos -  
destruyendo los microbios que lo causan,  
especialmente por medios químicos sin --  
desinfección, o sea fisiológicamente es -  
la combinación de métodos por los cuales  
el cuerpo elimina los gérmenes por sí -  
mismo.

El éxito de la cirugía aséptica requiere el cum-  
plimiento de la esterilización preparatoria del ma-  
terial quirúrgico, las precauciones estrictas contra  
la infección durante la operación y las medidas para  
proteger la herida contra la infección hasta que -  
haya cicatrizado.

La profilaxis de la infección de las heridas exige  
que cualquier utensilio empleado en una intervención  
ha de estar exento de gérmenes y que el campo opera-  
torio ha de ser protegido de toda contaminación pro-  
veniente del personal que se encuentra en contacto -  
con el paciente durante la operación.



La asepsia en el preoperatorio consiste en mantener - estériles todos los materiales quirúrgicos que van - a estar en contacto con la herida o los tejidos des- nudos, esto incluye instrumentos, agujas, material - de sutura, apósitos, guantes, campos etc.

Una vez preparada la mesa del instrumental, se des- infectará la zona donde se ha de intervenir. La anti- sepsia del campo operatorio consiste en distribuir - los gérmenes que se hayan sobre la piel, o sobre mu- cosas en cavidades naturales.

Las condiciones esenciales de un antiséptico deben de ser: :

- 1o. Acción bactericida, o sea la destrucción - inmediata de todos los gérmenes.
- 2o. Acción bacteriostática, o sea la inhibición de la proliferación de nuevos gérmenes -- patógenos.
- 3o. Persistencia del poder antiséptico durante -- varias horas y falta de causticidad.

La esterilización en cirugía, significa la destrucción de todos los microorganismos incluyendo esporas. Los métodos de esterilización son físicos y químicos, antes de someter los materiales a este método de esterilización es indispensable que estén limpios, suelen emplearse dos formas principales de calentamiento: Calor seco y calor húmedo.

En la esterilización por calor seco el instrumental se coloca en el interior de un horno calentado generalmente por electricidad, elevando la temperatura hasta 135 grados manteniéndola por 30 o 40 minutos.

La esterilización por calor húmedo tiene dos variantes, la primera de ellas es la que realizamos por medio de la ebullición, que tiene un tiempo aproximadamente de 30 minutos.

La segunda y la más efectiva es la que se lleva a cabo en el autoclave en la cual interviene el calor húmedo a presión, éste consiste en una cámara donde se colocará el instrumental previamente lavado y empaquetado y colocado en papel testigo el cual dirá si se ha esterilizado correctamente, y la temperatura será de 120 grados durante 45 a 60 minutos.

**TEMA VII**

**INTRUMENTAL PARA TEJIDOS DUROS Y BLANDOS**

## INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS Y DUROS

En la cirugía bucal es necesario contar con el instrumental adecuado para así poder realizar los movimientos con la máxima seguridad y la exactitud que requiere una intervención quirúrgica y a estos los podemos clasificar en:

- 1o. Instrumental de corte; es el que sirve para incidir o separar los tejidos y comprende, bisturí, tijeras rectas o curvas, sierra, leguas, escoplo, cincel, osteotomo, etc.
- 2o. Instrumental de presión, es el que sirve para mantener los tejidos en determinada posición y en este se encuentran comprendidos, pinzas de pean, hemostáticas.
- 3o. Instrumental de sutura, que es el que consta de portaguñas, agujas e hilo.

## INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS

**Bisturí:** Es un cuchillo quirúrgico generalmente de acero niquelado, que puede ser de hoja fija o intercambiable, según la intervención a efectuar de mango corto o largo, de hoja finísima como por ejemplo para cirugía estética, para la cirugía oral se utiliza de mango corto, de hoja intercambiable.

**Tenotomo:** Es un bisturí pequeño de hoja muy delgada - montada también en un mango muy delgado, que puede - terminar en punta aguda o roma y que nos sirve para - practicar el corte exacto de algún tendón.

**Pinzas de disección:** Es un instrumento que en su parte activa termina en puntas de diferentes formas pero generalmente son dentadas y con engranes entre sí, ayudando a la preparación y separación de colgajos y otras maniobras, ya que se puede tomar la mucosa sin lesionarla y poder así tener mayor seguridad de movimientos.

**Pinzas de curación:** Instrumentos de bordes romos y acanalados que se utilizan en la zona quirúrgica -- para tomar la gasa y limpiar la sangre y mantener -- seco.

**Pinzas hemostáticas:** Son de ramas cortas y acanaladas de tal manera que a la presión engranan uno y -- otro lado, por lo que al pinzar algún vaso sangrante el cual se lesionó durante la maniobra quirúrgica -- nos mantendrá el campo libre de sangre.

**Separadores:** Los encontramos de diferentes tipos, -- pero en cirugía oral se utilizan los dentados o de -- garra, los cuales constan de un mango y una parte -- activa que se asemeja a una garra y mantiene los tejidos separados en el lugar conveniente.

**Legras:** Es un instrumento que en cada uno de sus -- extremos tiene una parte cóncava y otra convexa, lo cual le da forma de una pequeña cuchara ligeramente alargada de bordes filosos, nos va a servir para -- separar la mucosa y el periostio del hueso y así -- obtener el colgajo lo más sano posible.

Tijeras: Es un instrumento que puede ser recto o --  
curvo, son utilizadas en cirugía para cortar teji--  
dos blandos, hilo de sutura, para separar los distinu  
tos planos musculares.

## INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS DUROS

**Martillo:** Consta de una masa y de un mango que permite esgrimirlo con facilidad, sólo se utiliza en casos muy necesarios ya que el golpeteo de éste es muy traumático para el paciente.

**Limas para hueso:** Es un instrumento que consiste en un mango y en dos extremos presenta bordes acanalados y diagonales, con respecto a su base, que actúan al traccinar sobre el hueso y así preparan el hueso para prótesis posteriores.

**Escoplo:** Es una barra metálica de extremos cortados a bisel y convenientemente afilados, actúa a simple presión manual a golpes de martillo, la hoja puede estar ahuecada en mediacaña.

**Pinzas gubias:** Se utilizan para realizar la resección del hueso y pueden ser rectas o curvas, actúan cortando el hueso ya sea para agrandar una cavidad o para quitar los bordes cortantes, utilizando sus dos bocados acanalados.



Cucharillas para hueso: Las hay de gran variedad y -- pueden ser rectas, acodadas y de diferentes diámetros -- tros se utilizan para eliminar quistes, granulomas, -- y toda patología que se encuentre dentro de una cavidad.

Forceps: La pinza para extracciones consta de dos -- partes, la activa y la pasiva, unidas entre sí por -- una articulación, la parte pasiva es el mango la cual se va adaptar cómodamente a la palma de la mano ya que las ramas se encuentran paralelas entre sí, además son labradas para mayor seguridad en el manejo de éstas. La parte activa se le llama bocados se va adaptar a la corona del diente, sus caras externas son lisas y las -- internas son cóncavas y estriadas para evitar el desli -- zamiento.

Elevadores: Constan de tres partes mango, que es adap -- table a la mano del operador está dispuesto con respec -- to al tallo de dos maneras, en la misma línea perpendi -- cular al tallo. El tallo es la parte del instrumento -- que une al mango con la hoja y es la parte que se adap -- ta a las necesidades de la boca.

**Fresas quirúrgicas:** El empleo de la pieza de mano en cirugía es de vital importancia para la eliminación de hueso, formar fisuras en el diente para mejor apoyo de los elevadores, abrir caminos a otros instrumentos es necesario el uso de fresas ya sean de bola o de fisura.

**Instrumental de sutura:** Las razones para realizar la sutura del colgajo son: Mantener los tejidos blandos en su posición original, previene la hemorragia, ayuda a la formación y mantenimiento del coágulo, protege al hueso, y evita la entrada de restos de alimentos.

**Agujas:** En la actualidad vienen en presentaciones con hilo enebrado en diferentes calibres y materiales, -- son atraumáticas.

**Portaguñas:** Son los que están destinados a dirigir -- las agujas pequeñas en su trayecto para la correcta perforación del colgajo y así evitar que se desgarre el tejido.

**Hilo de sutura:** En cirugía oral se utiliza generalmente seda negra trenzada de dos o tres ceros ya que -- viene en paquete con la aguja, y en algunos casos se utiliza catgut.

**TEMA VIII**

**LOCALIZACION DE CANINOS RETENIDOS**

## LOCALIZACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

Es importante que la posición de un canino retenido sea cuidadosamente determinada antes de la operación, esto se decide mejor por un examen radiográfico completo para establecer si se hallan por vestibular o en palatino, se utiliza la técnica radiográfica del desplazamiento de la imagen, estas radiografías deberán ser estudiadas e interpretadas correctamente.

Por desgracia rara vez revelan la curvatura apical marcada que está presente, la radiografía puede sugerir que la raíz de los caninos localizados palatinamente pase a través del reborde alveolar finalizando en la cortical ósea vestibular.

En las retenciones vestibulares, en las cuales la corona del canino está en contacto con el tercio apical de la raíz del incisivo lateral, desviará la porción apical de la raíz del lateral hacia lingual y la corona hacia vestibular, en las retenciones horizontales en que la corona del canino está en contacto con el tercio medio o gingival del incisivo lateral es movilizadada hacia vestibular.

El movimiento de la corona del incisivo lateral puede usarse como guía solamente, controlando con cuidado todos los demás indicios de diagnóstico.

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

- 1o. En el paladar, con la corona localizada por lingual del insicivo lateral y la raíz extendida - hacia atrás, paralela a las aríces del premolar.
- 2o. Con la corona hacia lingual del insicivo central y la raíz extendida hacia atrás paralela a las - raíces de los premolares extendiendose hacia la superficie vestibular.
- 3o. Con la corona del diente retenido sobre la zona palatina y el cuerpo de la raíz sobre la superficie vestibular maxilar superior.
- 4o. Con la corona del diente retenido sobre la cara vestibular y la raíz extendida hacia lingual de las raíces del premolar.
- 5o. Con el diente colocado sobre la superficie vestibular.
- 6o. En bocas desdentadas.
- 7.- Retención bilateral sobre el paladar o sobre ves tibular del maxilar superior.

**CLASIFICACION DE LOS DIENTES RETENIDOS SUPERIORES**

**Clase I:** Caninos retenidos en el paladar:

- a).- Horizontal
- b).- Vertical
- c).- Semivertical

**Clase II:** Caninos retenidos localizados en la superficie vestibular del maxilar superior.

**Clase III:** Caninos retenidos localizados a la vez en palatino y vestibular, la corona esta en el paladar y la raíz pasa entre las raíces de los dientes adyacentes terminando en ángulo agudo sobre la superficie vestibular superior.

**Clase IV:** Caninos retenidos localizados en la apófisis alveolar entre el insicivo y el primer premolar en posición vertical.

**Clase V:** Caninos retenidos localizados en un maxilar desdentado.

La extracción quirúrgica de un canino retenido profundamente en posición horizontal en el paladar, y en estrecha relación con el seno maxilar, - cavidad nasal o ambas, es uno de los procedimientos quirúrgicos más difíciles de realizar en la -- cavidad bucal.

De hecho el promedio de los caninos retenidos - presenta mayores dificultades que los terceros --- molares inferiores retenidos, por promedio se en--- tiende los casos menos difíciles de retención.

**TEMA IX**

**TECNICA PARA LA EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS**



**TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS  
POR PALATINO:**

- 10.- Estudio cuidadoso de la radiografías; para --  
determinar la posición y relaciones con los --  
demás dientes y el seno maxilar.
20. Clasificación de la retención.
30. Determinación de la técnica a seguir.
40. Decidir si el seccionamiento del diente facilita  
rí su extracción y al mismo tiempo la conserva-  
ción del hueso.

**CANINOS RETENIDOS CLASE I:**

10. Con bisturí Bard Parket No. 12 se seccionan los  
tejidos, al rededor del cuello de los dientes -  
desde mesial del incisivo central superior, has-  
ta distal del segundo premolar.

20. Con una hoja del No. 15 y a partir de la cresta de la papila interdental entre los dos incisivos centrales, se hace una incisión longitudinal por el centro del paladar en una extensión de 4 centímetros, atraviesa el conducto nasopalatino y se produce algo de hemorragia, la cual se controla por presión con una gasa durante pocos minutos, se separa el colgajo mucoso del paladar duro por medio de un periostotomo, hasta que la estructura ósea éste completamente expuesta, - ahora podremos ver una prominencia en el hueso o la corona del canino.
  
30. Con una fresa de punta de lanza para hueso, se hacen orificios en el hueso palatino, a una distancia de 3mm. uno de otro, alrededor de la corona del diente retenido con cuidado de no lesionar las raíces de los dientes vecinos.
  
40. Con una fresa o escople y martillo se unen estos orificios y se saca este troso de hueso que cubre la corona, se aumenta el tamaño de la abertura por medio de fresas hasta que se vea completamente la corona.

50. Después de que se ha expuesto la corona del canj no retenido por palatino, se coloca el elevador - apical sobre cada lado de la corona y con doble - movimiento de elevación se trata de levantar el - diente de su lecho, hay que extremar cuidados -- para no dañar los dientes vecinos.
60. Si no se tiene éxito en este primer intento se - agranda la abertura y se repite el procedimiento con los elevadores de la misma manera.
70. Si todavía no se ha extrido el canino, úsese una pinza para extracciones No. 226 y movimientos -- rotatorios tratar de extraer el diente, el uso -- de esta pinza es muy ventajoso cuando la raíz del diente retenido termina en un gancho, se emplean elevadores cuando se produce una fractura.
80. Limpiese todos los restos, sacando las astillas de hueso y suavizando los bordes del alveolo, se removerá el folículo dentario si se está presen te, se vuelve el colgajo a su lugar y se sutura, y se coloca un apósito sobre el paladar, a nivel de la superficie oclusal.

Otra técnica se indica cuando la punta de la corona del canino está en contacto con las raíces de los -- insicivos centrales y laterales.

10. Después que la corona del diente se ha expuesto parcialmente se secciona con una fresa de fisura grande esta pérdida de substancia dentaria permite recorrer la corona hacia atrás, sin lesionar los dientes bajo los cuales esta apoyada.
  
20. Hágase otro orificio en la raíz del diente con una fresa, insértese la punta de un elevador apical en este orificio muévase la raíz hacia adelante, con el hueso palatino como punto de apoyo y extraígaselo.
  
30. Límpiense el alveolo, sutúrese el colgajo y colóquese el apósito de gasa como se describió anteriormente.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LCS CANINOS RETENIDOS  
CLASE II:

10. Ubicar la relación con la cavidad nasal, el seno maxilar y las raíces de los dientes superiores, - el canino primario está aún en su lugar.
20. Con una fresa de fisura y una de Feldman expóngase la corona.
30. Con la cortical como punto de apoyo, coloque los elevadores apicales de Miller No. 73 y 74 debajo de la corona y se eleva el diente de su alveolo.
40. Si el hueso que cubre la raíz es grueso y denso permite liberar el diente y por la técnica anterior se corta a continuación, la mitad de la corona con fresa de fisura, se separa la corona de la raíz y se elimina la corona.
50. Con un escoplo, expóngase varios milímetros más a la superficie de la raíz
60. Realícese una perforación en la raíz, coloquese la punta del elevador No. IID en ella y un punto de apoyo en la cortical, nueva la raíz hacia el espacio creado por la extirpación de la corona.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS  
CLASE III.

En estos casos la corona está en el paladar y la raíz sobre vestibular.

10. Colgajo vestibular semicircular, sobre la raíz.
20. Exposición radicular por eliminación de hueso, -- por medio de fresas y escoplo.
30. La raíz es separada por medio de un escoplo afilado o fresa de fisura, si se usa el escoplo, el golpe se dirige hacia arriba para evitar la traumatización de las raíces vecinas.
40. Se eleva la raíz de su lecho.
50. Se hace un colgajo palatino y se quita completamente el hueso que cubre la corona para exponerla.
60. Se coloca un instrumento como en contacto con el extremo radicular de la corona a través de la --- cavidad vestibular y se golpea con un martillo -- sacando la corona de su sitio.
70. Se vuelven los colgajos a su lugar de origen y se sutura, se coloca un apósito.

OTRA TECNICA: Donde la corona esta por vestibular y la raiz se extiende dentro del paladar.

- 1o. La corona está por vestibular y la raiz se extiende hacia lingual de los premolares.
- 2o. La incisión para el colgajo se hace al rededor de los dientes y a continuación hacia el surco vestibular, en un angulo de 45 grados, se levanta el -- colgajo con el periostótomo.
- 3o. Elimínese la cortical vestibular con fresas y escopo se hacen las perforaciones como ya se ha indicado, pero teniendo cuidado de controlar la profundidad de penetración para evitar dañar los dientes vecinos y el seno maxilar.
- 4o. Se trata de tomar la corona con una pinza para -- extracciones No. 226 se hace un movimiento de rotación hacia mesial y hacia distal, después hacia -- vestibular y el diente saldra de su sitio, si no -- se tiene exito, se corta la corona, se hace un colgajo palatino, se quita el hueso que recubre la -- raiz y con un instrumento romo se empuja la raiz a través de la abertura vestibular.

50. Se limpian todos los restos, eliminando la espículas óseas agudas y suavizando la periferia de las aberturas vestibular y palatina.
60. Se elimina el folículo dentario, si está presente y se suturan los colgajos, vueltos a su lugar, con seda negra.

**TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS  
EN UNA BOCA DESDENTADA:**

La incisión para el canino retenido por palatino se → hace a lo largo de la cresta y en el centro del paladar en una extensión de 4 cms. la técnica es la misma que se ha descrito, sin embargo no hay peligro de exponer o traumatizar las raíces de los dientes vecinos.



TECNICA PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS BILATERALES  
RETENIDOS EN EL PALADAR:

Si debemos extraer un canino o los dos al mismo tiempo depende de las dificultades del caso, una retención -- bilateral simple en un adulto joven y sano, puede ser efectuada al mismo tiempo.

Si se trata de retenciones difíciles, será preferible hacerlas por separado, la técnica ya se ha destruíto, se hace un colgajo simple bilateral cortando el paquete vasculonervioso nasopalatino, al entrar en el colgajo, las reacciones de vasos y nervios se restablecerán en pocas semanas, la provisión sanguínea colateral es adecuada para mantener la vitalidad del colgajo.

Es importante colocar y mantener un apósito palatino en estos casos.

## TRATAMIENTO POSOPERATORIO

Este tratamiento se refiere a las indicaciones higiénico dietéticas que el paciente deberá seguir en su convalescencia, a fin de que ésta sea lo menos molesta y con el mínimo de riesgo de contraer alguna --- infección.

10. Reposo absoluto durante las primeras 24 Hrs. a la operación a fin de evitar la ruptura de algún punto de sutura y por ende la hemorragia.
20. Aplicación indirecta de hielo, en la región, lo que ayuda a evitar la inflamación, como hemostático, debido a la isquemia que provoca, es importante aclarar que solo se deberá aplicar las siguientes doce horas a la operación.
30. El paciente deberá llevar una dieta blanda y sus alimentos deberán estar exentos de grasas e irritantes, es recomendable que las primeras 24 Hrs. la ingesta sea a base de líquidos y paulatinamente pase a los alimentos blandos y así hasta llegar a su dieta normal.

40. Se le debe recomendar no asolearse, ni practicar algún deporte.
  
50. Se le mandarán antibióticos, antiinflamatorios, y analgésicos.
  
60. Al tener en consideración estas indicaciones, se logrará una correcta regeneración de los tejidos así como una buena cicatrización y el retiro de los puntos será más rápido y seguro.

**TEMA X**

**PATOGENIA**

El problema de la retención dentaria es ante todo de índole mecánica, el diente que está destinado a hacer erupción y aparecer en la racada dentaria, encuentra en su camino un obtáculo que impide hacer su erupción normal.

Por razones embriológicas, la ubicación especial de un germen dentario en un sitio muy alejado de lo normal de erupción, por razones mecánicas, el diente originado por el germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

Obstáculos mecánicos que pueden interponerse a la erupción normal.

El canino se halla alto en el maxilar cuando los premolares van a hacer erupción, en este momento los incisivos se encuentran implantados en su posición - en plano frontal, el canino temporario, que debe man tener el espacio para el sucesor permanente, es muy angosto para mantener el espacio necesario mesiodistal.

Causas generales, todas las enfermedades en directa relación con las glándulas endócrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencia de dientes, las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio.

La causa más frecuente de la retención del canino es la que tiene origen en el equilibrio de la tensión entre la musculatura externa e interna de las arcadas dentarias, cuando por hábito adquirido o contracciones espasmódicas, que se efectúan en los movimientos mímicos, tics y otras modalidades gesticulatorias, se produce un exceso de presión externa, -- que sumada al final del día, no ha sido igualmente compensada por la presión interna, como la lengua.

Esa ligera pero constante presión muscular que -- reciben los dientes anteriores y que es suficientemente a cada diente hacia atrás, puede influir hasta en el tercer molar, de cuya inclusión, no dudo, sea también una de las causas, por estar limitadas por delante de expansión de las arcadas y de este modo mantiene disminuido el crecimiento de los maxilares.

Todo diente es susceptible de producir trastornos de índole diversa, a pesar de que muchas veces pasan inadvertidos y no ocasionan ninguna molestia al paciente, estos accidentes pueden ser clasificados de la manera siguiente:

- 1o. 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 -  
aún trastornos a distancia, como el que produce el tercer molar sobre el canino e incisivos, a los cuales desvía de normal dirección, produciendo entrecruzamientos de dientes y conglomerados antiestéticos.
  
- 2o. 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 alteración en el cemento, en la dentina y aún en la pulpa de estos dientes como complicación de la invasión pulpar, puede -  
haber procesos periodónticos de diversa índole, -  
de diferente intensidad e importancia.

30. Transtornos protéticos que originan en múltiples ocasiones los dientes retenidos, tenemos la --- confirmación de que estos transtornos con innumerales casos, los cuales pueden concretarse como sigue:

Pacientes portadores de aparatos de prótesis -- advierten que sus placas bucales 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 de la arquitectura del maxilar con las naturales molestias.

#### 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.

- I.- Al hacer erupción el diente retenido, su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con - el medio bucal.
- II.- El proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o perodóntica de un diente - vecino.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**



La infección del saco puede originarse por vía hemática.

La infección del saco folicular se traduce por procesos de distinta índole, inflamación local, dolores, aumento de temperatura local, absceso, osteítis y osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos generales.

Accidentes tumorales. Quistes dentígeros, en su parte correspondiente serán estudiados estos tumores - de origen dentario, que tienen su comienzo indudable en la hipergénesis del saco folicular a expensas del cual se forman, todo diente retenido es un quiste dentífero en potencia, los dientes portadores de tales quistes emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso, pues el quiste en su crecimiento rechaza centrífugamente el diente originador.

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

Después de haber realizado esta investigación he -  
llegado a la conclusión de que varias de las causas  
que originan "DIENTES RETENIDOS" pueden detectarse -  
y evitarse controlando al paciente desde la primera  
dentición.

Cualquier tratamiento resulta más sencillo que si se  
trata cuando el paciente nos lo refiera, ya sea por  
dolor, problemas en dientes adyacentes o el dentista  
por medio de la inspección física sospeche y corrobore  
con un estudio radiográfico de la zona, por ausencia  
de uno o varios dientes sospeche que estén retenidos.

También entre una de las causas de dientes retenidos  
aparecen las extracciones prematuras de dientes primarios,  
que provocan que la mucosa se ponga resistente a la erupción  
del permanente, poco crecimiento -  
de los maxilares.

Por lo tanto se debe de concientizar a los padres -- que un buen control a edad temprana de sus hijos enfocados al desarrollo de su dentición nos puede prevenir futuros problemas que van desde una simple molestia, hasta una mala posición dentaria, y así evitar tratamientos delicados, largos y costosos, ya que -- cualquier tratamiento quirúrgico ya sea solo o apoyado en alguna especialidad odontológica, llamese ortodoncia, prótesis o la combinación de ambas resulta más -- complicado que cualquier tratamiento preventivo a temprana edad.

Por fortuna en nuestros tiempos la Odontología actual ha llegado a niveles insospechados y por lo tanto -- existen pocas cosas que el Cirujano Dentista no pueda resolver.

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

## TRATADO DE ANATOMIA HUMANA

Fernando Quiroz Gutierrez

Editorial porrua

México, D.F. 1975

## TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA

Guyton Arthur C.

Editorial Interamericana

México, D.F., 1977

## QUINICA FISIOLÓGICA

Mayes Harper Rodwell

El manula moderno

México, D.F., 1978

## CIRUGIA BUCAL

W. HARRI ARCHER

Editorial mundi

Buenos Aires Argentina., 1978

**CIRUGIA BUCAL**

Dr. Emmett R. Costich  
Nueva Editorial Interamericana  
México., D.F., 1978

**CIRUGIA BUCAL**

Guillermo A. Ries Centeno  
Buenos Aires Argentina., 1980

**TRATADO DE CIRUGIA BUCAL**

Dr. Gustav O. Kruger  
Nueva Editorial Interamericana  
México., D.F., 1983

**TRATADO DE CIRUGIA BUCAL**

Walter C. Guralnick  
Editorial Salvat  
España., 1971.