

27  
de



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ODONTECTOMIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

JESUS ARMAS JARAMILLO



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1990



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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.

## **INDICE**

INTRODUCCION	1
1. HISTORIA CLINICA	3
2. DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO	6
3. CLASIFICACIONES	8
4. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	12
5. TECNICAS QUIRURGICAS	14
CONCLUSIONES	21
BIBLIOGRAFIA	22

## INTRODUCCION

Odontectomía es la extracción de dientes no erupcionados y retenidos. Es la escisión más viable en cualquier problema de algún diente intruido, retenido o impactado, ya sea parcialmente erupcionado o no erupcionado. Los dientes que con mayor frecuencia se ven involucrados son los terceros molares superiores e inferiores y los caninos superiores, en segundo termino encontramos cualquier diente remanente y dientes supernumerarios. Desde el punto de vista etiológico encontramos diferentes teorías.

Teoría ortodóntica. Debido al crecimiento normal del maxilar y la mandíbula, con el movimiento de los dientes en dirección anterior, cualquier interferencia con tal desarrollo ---causará anomalías en las arcadas dentarias. El hueso denso --suele provocar retraso dental y muchas afecciones patológicas provocan una condensación del tejido óseo. En ocasiones, la pérdida prematura de los dientes deciduos puede provocar falta de desarrollo del maxilar o mandíbula, la mala posición de dientes permanentes, o ambos, lo que da como resultado una inclusión.

Teoría filogénica. La naturaleza trata de eliminar aquello que no se emplea y nuestra civilización, con sus hábitos nutricionales cambiantes, ha casi eliminado la necesidad humana por maxilares y mandíbulas más grandes y fuertes. Como resultado de esta función alterada, el tamaño del maxilar y la mandíbula ha disminuido. En muchos casos, el tercer molar ocupa una posición anormal, se encuentra mal formado y puede considerarse como un órgano vestigial sin motivo ni función. Además, suele faltar por motivos congénitos.

Teoría mendeliana. Es posible que la herencia, tal como la transmisión de maxilares pequeños de un padre y dientes grandes de otro, puedan ser un factor etiológico importante para las retenciones.

Por desgracia, las retenciones no se apegan a un patrón establecido. Son de diversas formas y tamaños y pueden ser afectados de uno a más dientes. También varían considerablemente en el grado inclusión; algunos presentan erupción parcial, -- mientras que otros se encuentran por completo encerrados dentro de hueso. En muchos casos los dientes retenidos permanecen en estado inactivo dentro del maxilar o mandíbula hasta después de la pérdida de los dientes adyacentes y espontáneamente comienzan a hacer erupción provocando inflamación y dolor.

## 1

## Historia clínica

La historia clínica, es en realidad, la relación fiel que puede hacer el odontólogo respecto a la evolución clínica de su paciente. Comprende los antecedentes hereditarios, familiares, sociales, ambientales y personales que se consideren de interés, más los datos que surgen del examen, de los análisis de laboratorio, radiográficos o cualquier tipo de informes.

En relación con la cirugía, es de excelente práctica tomar nota de todo lo importante que se observa, destacando de modo especial aquellas circunstancias que son particulares del paciente y que, por su índole, pueden requerir tratamiento previo al odontológico propiamente dicho, sea de orden médico, quirúrgico o que planteen dificultades especiales.

La historia clínica debe incluir, además de los datos del examen, los del diagnóstico, el pronóstico y la indicación -- del tratamiento. También debe incluir los resultados, a medida que las distintas partes del tratamiento se vayan completando.

La formación de la historia clínica tiene por objeto, no solo descargar al odontólogo de la necesidad de memorizar la situación de cada paciente, con todos los riesgos de error -- que esto implica, sino además la formación de un archivo para futuras referencias sobre el mismo paciente y la posibilidad de una presentación correcta en caso de litigio o de pericia legal.

Un archivo de historias clínicas bien llevadas, constituye inagotable fuente de información para investigaciones clínicas a largo plazo, como los resultados a distancia de ciertos tratamientos.

La índole de los exámenes y diagnósticos formulados por lo general nos permiten la posibilidad de condensar de manera -- práctica las historias clínicas en fichas, con la facilidad de archivo y movilización. Pero no se debe confundir la historia clínica con la ficha.

Análisis de laboratorio. Los análisis de orina o de sangre deben pedirse cada vez que los exija la necesidad de aclarar dudas con respecto al estado general del paciente (sospecha de diabetes, leucemia, infección focal, deficiencias de coagulación etc.). En estos aspectos, el odontólogo está en situación de orientar el diagnóstico precoz de diversos estados generales.

Consultas al médico. La facilidad actual de las consultas telefónicas, permite ponerse en contacto con el médico del paciente tantas veces sea necesario. La colaboración con él es importante e imprescindible en una cantidad de casos en que el estado general o el psíquico están perturbadas.

Cada vez que se juzge imprescindible, se debe indicar al enfermo la conveniencia o la necesidad de consultar a determinado tipo de especialista, sea dentro de la odontología o de la medicina.

Indicaciones esenciales y complementarias. Se entiende por indicación de tratamiento la formación que el odontólogo o el médico hace sobre todas las circunstancias que el paciente debe cuidar para lograr la rehabilitación de su salud.

En un esfuerzo por hacer la situación clara, puede decirse que la indicación de tratamiento se compone de dos partes; la esencia y el complemento. La esencia es la síntesis que el médico o el odontólogo hace, que se refleja en la receta y se hace constar en la historia clínica y la ficha; el complemento está dado por las indicaciones y aclaraciones indispensables para asegurarse de haber sido bien comprendido, de que

sus instrucciones serán cumplidas, así como para modificar -- favorablemente el estado espiritual del paciente y/o de su -- ambiente.

Plan de tratamiento. Formulada la indicación, el tratamiento, corresponde completarla con un plan, esto es; el momento en que se lo indicará, las etapas si las hay, que lo integrarán, el orden en que se cumplirán y el tiempo que se empleará.

Estudio radiográfico. Este nos proporciona la información tanto de maxilar como de mandíbula o si el caso lo requiere de la región implicada a tratar. La obtención de la serie radiográfica de un paciente, es indispensable para diagnosticar las particularidades de las condiciones existentes; sabiendo que el estudio puede brindar datos para investigar posteriormente, pero en sí es la base para valorar anomalías tales como caries, ajuste de prótesis, patología pulpar manifiesta, -bolsas infraóseas de estados patológicos, estado del tejido óseo, y así sucesivamente.

Otener la serie radiográfica de los arcos dentarios, en lo referente al examen preliminar del paciente será un medio de utilidad limitado, pero suficiente por sí solo en la mayor -- parte de los casos para llevar a cavo la ejecución de un tratamiento.

2

**Diagnostico,  
Pronóstico  
y  
Plan de Tratamiento.**

Estudio inicial. Queda asentado que los pacientes que requieran atención de urgencia se tratarán en forma diferente según las necesidades del momento. En ellos no podrá realizarse una investigación diagnóstica, mucho menos un plan de tratamiento.

La clínica integral ofrece las posibilidades de averiguar en forma superficialmente acertada los padecimientos que puedan existir en el aparato masticatorio.

Teniendo a nuestra disposición los datos referentes al paciente, podremos pasar a examinarlo.

Después de establecido el preámbulo, referente a las relaciones humanas, le haremos la siguiente pregunta.

¿Cuál es el motivo de su visita?

Debemos escuchar las quejas, si existen, que manifiesta -- con referencia a su aparato masticatorio. Una vez establecidas las características particulares de la visita, pasaremos a revisar en forma minuciosa los arcos dentarios. Con espejo y pinzas se separan los labios. Ello nos permite percatarnos de las siguientes condiciones.

Grado de cuidado personal en el aseo bucal, presencia de sarro, restos alimenticios y existencia de placa bacteriana. Aquí se le podrá indicar al paciente que disuelva en su boca una pastilla reveladora, y podrá observarse la placa dental -- bacteriana y su magnitud.

Estado de los tejidos blandos, aquí se examinará la coloración, textura, encías, y labios en busca de posibles lesiones.

Al tacto, los tejidos deben ser blandos; se examinará el borde marginal de la encía, apreciando su coloración y volumen. Resulta de inmediato cuando se encuentran alterados.

Estados cariosos visibles sin tratar, recidivas de caries y, sobre todo posible existencia de ellas en el cuello o abrazones cervicales.

Aquí se toman en cuenta los estados cariosos existentes, - que indican negligencia, abandono, así como posible apatía - para acudir al odontólogo, esto deberá tenerse en cuenta para posibles relaciones futuras entre paciente y profesional.

El pronóstico. Es complemento obligado e inmediato del --- diagnóstico. Ambos integran el concepto que se hace el odontólogo sobre el enfermo y su estudio. Pero en tanto el diagnóstico expresa la síntesis de la realidad actual, el pronóstico anticipa el futuro. No es posible sin el pronóstico una conducta acertada ni una apropiada indicación de tratamiento.

Igual que en el diagnóstico, el pronóstico puede ser presuntivo o de certeza. Pero en tanto el diagnóstico es único, el pronóstico solo es completo si anticipa el porvenir en las varedades formas que asumirá la vida del paciente.

El diagnóstico y el plan de tratamiento menos complicados corresponderán a la persona que tenga buena armonía entre las arcadas con relaciones oclusales aceptables, sin faltantes de piezas dentarias, el examen clínico y la toma de una serie radiográfica, corroboraran lo dicho.

## 3

**Clasificaciones**

Los dientes no erupcionados en toda su integridad o en parte se clasifican dependiendo de varios factores, ya sea si -- son superiores o inferiores, del grado de inclinación o de su proximidad hacia vestibular o lingual, etcétera. De cualquier forma que se presenten, habrá una clasificación para cada caso en particular, por lo que se pueden tener ciertas generalidades, sobre todo para los dientes que con mayor frecuencia se presentan, ya que de esta manera se simplificará el trabajo de clasificar a cada uno de los dientes, por lo que hay -- que aclarar que no todos los casos son iguales. De manera que la clasificación nos dará un enfoque de como abordar cada caso en específico

**TERCEROS MOLARES MANDIBULARES**

Se les clasifica de acuerdo a la posición de su eje mayor en relación con el eje mayor del segundo molar. Winter (1926) preparó una clasificación de este tipo que reviste utilidad práctica porque es la base para elegir el procedimiento quirúrgico apropiado. Las diversas posiciones son:

1. Vertical
2. Mesioangular
3. Horizontal
4. Distoangular
5. Vestibuloangular
6. Linguoangular
7. Invertida
8. Inusual

Además de la mala alineación del diente, es importante considerar el nivel del diente en relación con el plano oclusal del segundo molar. Por lo general los dientes que han llegado a un nivel alto han erupcionado en parte y tienen una cobertura ósea mínima, en tanto que los que están en un nivel bajo no han erupcionado y a veces se hayan encasillados en el hueso por completo.

La relación entre el diente retenido, la rama y el segundo molar es otra consideración esencial.

La cantidad de raíces también puede influir sobre la complejidad del procedimiento quirúrgico. Los dientes se pueden clasificar según tengan raíces fusionadas, dos raíces o raíces múltiples. Otra consideración importante es la curvatura de las raíces y se debe reconocer la siguiente subclasificación:

1. Raíces rectas separadas o fusionadas
2. Raíces curvas en dirección distal
3. Raíces curvas en dirección mesial

A veces las raíces de los terceros molares mandibulares rodean en todo o en parte al nervio alveolar inferior. Puede existir bifurcación de las raíces a través de la cual pasa el conducto mandibular o el paquete vasculonervioso puede estar rodeado por completo por raíces cuyos ápices se hallan fusionados.

### TERCEROS MOLARES SUPERIORES

Por medio de esta clasificación podemos planificar el procedimiento quirúrgico más apropiado para cada caso en particular. Archer (1975) clasificó los tercetos molares superiores retenidos con un criterio anatómico similar al que se emplea para los terceros molares inferiores.

La profundidad relativa del diente se juzga en relación con el segundo molar:

Clase A, la posición más baja de la corona está en una línea que concuerda con el plano oclusal del segundo molar.

Clase B, la porción más baja de la corona se halla entre el plano oclusal y la línea cervical.

Clase C, la porción más baja de la corona está a nivel de la línea cervical o más arriba.

Las posiciones que el eje mayor del molar superior retenido puede adoptar en relación con la del segundo molar, son -- prácticamente las mismas que para el diente inferior. Por último, se hace una evaluación de la relación entre el tercer molar y el seno maxilar. Se considera que existe aproximación sinusal si en la radiografía no se ve hueso o sólo un fino -- tabique de 2 mm o menos entre el diente y el seno maxilar.

## CANINOS SUPERIORES

### 1. Posición labial

- a) Corona en íntima relación con los incisivos
- b) Corona bien encima de los ápices de los incisivos

### 2. Posición palatina

- a) Corona cerca de la superficie, en íntima relación -- con las raíces de los incisivos
- b) Corona profundamente incluida y en estrecha relación con los ápices de los incisivos

### 3. Posición intermedia

- a) Corona entre las raíces del incisivo lateral y del primer premolar
- b) Corona encima de estos dientes, con la corona en situación labial y la raíz en situación palatina o viceversa

#### 4. Posiciones inusuales

- a) En la pared antral nasal
- b) En la región intraorbitaria.

### CANINOS INFERIORES

#### 1. Posición labial

- a) Vertical
- b) Oblicua
- c) Horizontal

#### 2. Posiciones inusuales

- a) En el borde inferior
- b) En la protuberancia mentoniana
- c) Migración al lado opuesto.

### DIENTES NO ERUPCIONADOS VARIOS

En general, los dientes retenidos se pueden clasificar de acuerdo con su posición:

- 1. Verticales
- 2. Horizontales
- 3. Invertidos

Cada caso debe evaluarse en forma individual y solo podemos ofrecer reglas generales para la extracción de estos dientes.

## 4

**Indicaciones  
y  
Contraindicaciones**

Teniendo en cuenta la importancia de la función de cada diente, no debemos tomar decisiones a la ligera, ya que una extracción inadecuada puede acarrearle problemas futuros al paciente, haciendo una evaluación correcta, nuestro tratamiento será satisfactorio y secundará en beneficio del paciente.

**INDICACIONES**

Pericoronitis  
Periodontitis  
Caries  
Resorción patológica  
Formación de quistes  
Neoplasias  
Dolor  
Retención en una cresta desdentada  
Apilamiento de dientes  
Compromiso de una fractura  
Posición cambiada de dientes adyacentes  
Paladar fisurado  
Erupción en la cavidad nasal  
Diastema

**CONTRAINDICACIONES**

**Mal estado general del paciente**

**La zona y posición del diente a extraer**

**La edad del paciente**

## 5

## Técnicas Quirúrgicas

Es indispensable puntualizar en procedimientos como son la asepsia y antsepsia, tanto del operador, el paciente y del -- instrumental. técnicas de anestecia e instrumental adecuado para la cirugía bucal.

### ODONTECTOMIA DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS VERTI-- CALMENTE.

Se puede encontrar por debajo de la rama acendente, que -- cubre la parte distal de la superficie oclusal hasta una distancia variable. Para liberar la corona y poder extraer el -- diente sin resistencia , hay que eliminar el hueso más distal la dirección de la luxación depende de la curvatura de las -- raíces.

La incisión se lleva a lo largo de la cresta alveolar hasta la cara distal del segundo molar y festoneando por labial hasta la papila. Si se ha producido una perforación gingival por una cúspide erupcionada, se interrumpe esa incisión por -- la presencia de esa abertura, pero su recorrido no se altera.

La incisión debe de penetrar todo el mucoperiostio, el colgajo se refleja respecto al hueso con una legra empezando adelante de la endadura gingival y avanzando hacia atrás. En las impactaciones profundas todo el diente puede estar cubierto -- por hueso. En muchos casos se debe eliminar considerable material óseo para descubrir las superficies oclusal y vestibular.

Una vez eliminado el hueso vestibular y oclusal, hágase -- una minuciosa inspección para establecer la cantidad de hueso

que incide sobre la superficie distal del diente. Si las raíces del diente son rectas, se le puede elevar verticalmente y, por lo tanto basta crear un espacio un poco más amplio que el perímetro de la corona, pero si las raíces presentan curvatura distal hay que eliminar la parte distal de la corona para crear suficiente espacio para rotar el diente. Cuando la curvatura de las raíces es mesial, lo que es raro, escíndase la parte mesial de la corona para poder aplicar un elevador entre la superficie distal y el hueso alveolar e inclinar así el diente.

No se debe tratar de luxar el diente hasta haber preparado debidamente la apertura en el hueso para hacer el procedimiento y haber dividido el diente, en caso necesario.

La luxación mediante palanca vestibular se debe hacer si el diente está demaciado cerca del segundo molar o demasiado separado de él. En estos casos la fuerza luxadora se aplica haciendo un orificio de un tamaño y forma que permita calzar el elevador, en la superficie del diente, justo sobre la bifurcación de las raíces. La punta de la palanca se introduce en el orificio y apoya en la corteza externa de la apófisis alveolar, que sirve de fulcro para elevar el diente.

#### ODONTECTOMIA POR TECEROS MOLARES INFERIORES CON IMPACTACION MESIOANGULAR

Los podemos encontrar retenidos o no por debajo de la corona del segundo molar. La incisión es la misma, una vez reflejado el colgajo sobre el lado vestibular, se retira hueso hasta exponer las superficies distal, vestibular y oclusal del diente. Se secciona la corona del diente para facilitar su extracción, también se puede dividir por la bifurcación.

Para luxar las raíces hacia el espacio creado mediante la eliminación de la corona, se coloca entre ellas un elevador apical.

### ODONTECTONIA PARA TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS HORIZONTALMENTE

En los terceros molares retenidos horizontalmente, se facilita mucho si se biseca en el cuello, justo debajo del esmalte o en el sitio donde el esmalte es muy fino. Cuando están en posición baja, siempre hay que dividir el diente.

La incisión se hace de manera usual, salvo en los dientes enclavados profundamente, se hará una incisión con liberatriz lo que permitirá un mayor acceso y evita que la encía se desgare. Tómese la precaución de no irrumpir el conducto mandibular y no lesionar el nervio alveolar inferior y su arteria.

Una vez seccionado el diente se retira la corona con un elevador, las raíces se pueden retirar con mas facilidad si se les divide, y retirarlas por separado. Pueden fresarse orificios para facilitar la extracción.

### ODONTECTOMIA POR TERCEROS MOLARES INFERIORES CON RETENCION DISTOANGULAR

La posición disto angular suele hacer que el tercer molar quede bien debajo de la rama ascendente. Por esta razón y por la frecuente curvatura distal de las raíces, no se puede hacer en la rama una excavación lo suficientemente grande como para rotar el diente. La odontectomía facilita mucho la extracción.

La incisión es la misma que para otras retenciones y se retira suficiente hueso sobre las superficies oclisal y vestibular como para extraer la mayor parte de la corona. Luego se retira la corona por medio de odontotomía horizontal y las raíces se luxan haciendo palanca en dirección vertical en la superficie mesial y en la vestibular del diente.

#### ODONTECTOMIA PARA TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS VESTIBULAR Y LINGUALMENTE

Estas impactaciones no son comunes. Esto se debe diagnosticar con radiografías tomadas desde un plano lateral y coronal.

Ambos tipos de dientes se pueden extraer mejor después de haber sido divididos en la unión de las raíces y la corona. -

La corona se extrae con facilidad de los dientes con impactación vestibuloangular, pero en los que tienen impactación linguoangular es importante separar la mucosa lingual. Las raíces se retiran de la misma manera que en otros tipos de dientes retenidos.

#### ODONTESTOMIA PARA TERCEROS MOLARES INFERIORES EN POSICION INVERTIDA

Los terceros molares que están en posición invertida son difíciles de extraer si no se hace una odontectomía. Cuando se forma un quiste alveolar de la corona, el diente se puede extraer entero. En los casos en que se debe seccionar la pieza dentaria el procedimiento no difiere del que se describió para las impactaciones horizontales profundas, pero en ocasiones las raíces se retiran primero exponiéndolas más extensamente. Una vez extraídas las raíces hay más espacio para sacar la corona.

#### ODONTECTOMIA PARA TERCEROS MOLARES SUPERIORES EN POSICION VERTICAL

Suelen presentar pocas dificultades, pero la excepción es el diente que se halla en íntimo contacto con el segundo molar. En este tipo de pieza dentaria se acuña un elevador apical fino entre ambos dientes y luego se introduce otro más grande para crear espacio, se busca un punto de apoyo por vestibular, entre diente y hueso y se luxa.

#### ODONTECTOMIA PARA RETENCIONES SUPERIORES MESIOANGULARES

Muchas veces en las retenciones superiores mesioangulares el diente se halla en vestibuloverción y esto facilita mucho su extracción. Si está obstruido debajo de la saliencia oclusal del segundo molar, se le retira en dirección lateral o se intenta extraer con un movimiento hacia atrás.

#### ODONTECTOMIA PARA TERCEROS MOLARES SUPERIORES EN POSICION DISTANGULAR

La incisión debe llegar bien atrás sobre la superficie posterior de la tuberosidad para obtener una exposición adecuada. Este tipo de pieza dentaria, cuando se halla en posición alta, es más fácil de proyectar dentro de la cavidad infratemporal que los dientes que están en las otras posiciones, por la sencilla razón de que es difícil hacer palanca hacia abajo

#### ODONTECTOMIA PARA TERCEROS MOLARES SUPERIORES EN POSICION HORIZONTAL

Los terceros molares superiores en posición horizontal suelen estar en un sitio alto y muchas veces hay que seccionarlos. La incisión debe llevarse bien delante del área del primer molar. Una vez desprendido y separado el mucoperiostio, se retira el hueso del lado vestibular del diente. Si lo hay, pero el hueso de la apófisis alveolar que está debajo del diente se deja intacto para no estropear la cresta alveolar ni fracturar la tuberosidad.

#### CANINOS SUPERIORES EN POSICION LABIAL

Se hace una incisión de tipo trapesoidal sobre la superficie labial de la encía alveolar. Las incisiones en la encía deben ser much más largas que el ancho de la perforación ósea necesaria para extraer el diente, a los efectos de tener un acceso adecuado y conseguir que los bordes de la herida desangren sobre hueso intacto.

Despréndase del hueso el colgajo mucoperióstico con una --  
legra afilada y sepárese. Ahora ábrase una ventana sobre la --  
eminencia que señala la posición de la corona del diente y --  
agrándese la perforación hasta exponer toda la corona, para --  
incertar un elevador y desalojar el diente.

El elevador debe aplicarse de modo que no descansa sobre --  
las raíces de los adyacentes ni sobre el fino hueso que las --  
cubre. Una vez retirado el diente y desbridada la herida, alí --  
sese los márgenes óseos y comprímase sus paredes óseas ligera --  
mente desplazadas para que recuperen su posición. Ciérrase la --  
herida con puntos separados.

#### CANINOS SUPERIORES EN POSICION PALATINA

Es más frecuente este tipo de casos. A menudo esta anorma --  
lidad es bilateral.

La incisión va desde segundo premolar continua en forma de --  
festoneado hasta el otro segundo premolar. Una vez hecha la --  
incisión, se desprende del hueso el colgajo mucoperióstico --  
con una legra y se le separa de modo que quede expuesta una --  
porción suficiente del paladar como para tener fácil acceso --  
al diente.

Si la corona del diente está cerca de la superficie y se --  
perfora el hueso, aparecerá a la vista el folículo que rodea --  
y, al incidirlo quedará expuesta la corona, y se procede a --  
seccionarla, se retira la parte coronaria y de esta manera se --  
facilita la remoción de la raíz.

#### CANINOS SUPERIORES EN POSICION INTERMEDIA

Las incisiones se diseñan de acuerdo con la localización --  
del diente. Si el canino está acunado entre los dientes adya --  
centes, habrá que seccionar la corona con respecto a su raíz --  
para retirarlo.

#### CANINOS SUPERIORES EN POSICION INUSUAL

Pueden erupcionar caninos en cualquier parte del maxilar superior anterior por migración del germen dentario. En ocasiones están debajo del reborde infraorbitario. También pueden ocurrir posiciones dentarias insólitas por formaciones quísticas.

La incisión así como el procedimiento para hacer la extracción, depende del sitio del diente.

#### CANINOS INFERIORES EN POSICION LABIAL

Suelen estar incluidos en la base de la mandíbula, en la cara externa de ésta y en posición oblicua u horizontal, los caninos que están en posición vertical suelen erupcionar en pacientes jóvenes.

Se traza una incisión horizontal en la superficie externa de la mandíbula el mucoperiostio se eleva de hueso, se separa y se crea una ventana para exponer la corona si el acceso es satisfactorio, se puede extraer el diente con un elevador recto, en algunas ocasiones conviene bisecar el diente.

#### CANINOS INFERIORES EN POSICION INUSUAL

A los caninos que están en posición inusual por lo general se les puede extraer por vía intrabucal por medio de odontosección.

#### DIENTES NO ERUPCIONADOS VARIOS Y SUPERNUMERARIOS

La técnica para la extracción de estas piezas dentarias se harán de manera similar, dependiendo de la posición en donde se encuentren.

## CONCLUSIONES

Encontramos innumerables y variados casos clínicos por resolver, por lo que se hace cada vez más necesario el conocimiento y práctica de técnicas quirúrgicas adecuadas a las necesidades demandantes de nuestra población. Haciendo referencia de manera especial el procedimiento quirúrgico de la odontosección en lo que he enfatizado ya que creo que al dividir una pieza dentaria en secciones se facilita la extracción de la pieza dentaria.

No obstante el operador debe desarrollar la técnica con la cual se sienta mejor y, le de los mejores resultados y que a su vez redunde en beneficio del paciente.

**BIBLIOGRAFIA**

DANIEL M. LASKIN; CIRUGIA BUCAL Y MAXILO FACIAL; Editorial Panamericana.

GUSTAV O. KRUGER; CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL; Editorial Panamericana; Quinta edición 1986.

WALTER C. GURALNICK; TRATADO DE CIRUGIA ORAL; Editorial Salvat.

GUILLEMO A. RIES CENTENO; CIRUGIA BUCAL, PATOLOGIA, CLINICA Y TERAPEUTICA; Editorial El Ateneo; Novena edición.

EMMETT R. COSTICH; CIRUGIA BUCAL; Editorial Interamericana; Primera edición.

DANIEL E. WAITE; TEXTBOOK OF PRACTICAL ORAL SURGERY; Cia. --- Editorial Continental S.A.; Segunda edición noviembre 1982.

GEOFFREY L. HOWE; EXTRACCION DENTAL; Editorial El Manual --- Moderno.