

380
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**ETIOLOGIA - DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO DE CANINOS
SUPERIORES RETENIDOS**

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

JUANA CONCEPCION VILLASEÑOR RODRIGUEZ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



México, D.F.

1990



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

	PAGINA
INTRODUCCION	1
CAPITULO I GENERALIDADES DE DIENTES RETENIDOS:	
A. DEFINICION	2
B. ETIOLOGIA DE LA RETENCION	3
1) RAZONES EMBRIOLÓGICAS	3
2) OBSTACULOS MECANICOS	4
3) CAUSAS GENERALES	4
C. ACCIDENTES ORIGINADOS POR LA RETENCION	5
D. CLASIFICACION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS	5
CAPITULO II IMPORTANCIA DEL ESTUDIO CLINICO Y RADIOLOGICO	7
A. ESTUDIO CLINICO	7
B. ESTUDIO RADIOLOGICO	7
CAPITULO III INSTRUMENTAL QUIRURGICO Y MATERIAL QUIRURGICO:	
A. INSTRUMENTAL QUIRURGICO	11
B. MATERIAL QUIRURGICO	12
CAPITULO IV TECNICA QUIRURGICA DEL CANINO SUPERIOR RETENIDO POR VIA PALATINA Y VESTIBULAR	13
A. POSOPERATORIO	17
B. COMPLICACIONES POSOPERATORIAS	17
CAPITULO V CASO CLINICO	19
CONCLUSIONES	24

	PAGINA
APENDICE	25
BIBLIOGRAFIA	27

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

La presente Tesina tiene doble finalidad: por un lado realizar una revisión teórica de lo que a caninos retenidos en el maxilar existe, considerando que el canino es quien tiene el segundo lugar en retención, y por otro lado, el plantear uno de los casos clínicos que se presentaron en la Clínica de Exodoncia, - con el objeto de retroalimentar lo teórico-práctico y sirva de enseñanza-aprendizaje.

El marco teórico se sustenta y desarrolla bajo los criterios - que existen en Cirugía Bucal.

El contenido de la misma versará respecto a las posibles causas de la retención, los accidentes provocados por ésta, clasificación de dientes retenidos, importancia de valorar clínica y radiológicamente el diente antes de intervenirlo quirúrgicamente, así como la técnica de cirugía a utilizar, conocimientos que - ayudarán al Odontólogo a intervenir con seguridad para no causar complicaciones trans y posoperatorias en el paciente.

CAPITULO I
GENERALIDADES DE DIENTES RETENIDOS

A. DEFINICION.

Dientes retenidos, incluidos son "aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico".

La retención del diente se presenta de dos maneras:

- 1) El diente completamente rodeado por tejido óseo (retención intraosea)
- 2) Diente cubierto por mucosa gingival (retención subgingival).

Tanto los dientes temporarios, permanentes o supernumerarios, pueden que dar retenidos en los maxilares. Sin embargo, la retención de temporarios es un caso excepcional.

La inclusión secundaria puede ser posible por una acción mecánica de los dientes vecinos que vuelven a introducir al diente temporario dentro del hueso de donde provenfa.

Los dientes con mayor predisposición a ser retenidos suelen ser los terceros molares inferiores y caninos, así lo reporta la literatura y se - continua reafirmando en la práctica clínica del sexto seminario de titulación en exodoncia.

Donde se observa que de septiembre a octubre del presente año, se realizaron 49 extracciones, de las cuales 14 fueron de terceros molares inferiores retenidos, 2 de caninos retenidos, 1 central superior (caso que - después describiremos) y 32 extracciones sencillas de diferentes dientes y por diversa causa.

Según la estadística de Berten-Cieszynski, la frecuencia de dientes retenidos corresponde a:

Tercer molar	35%
Canino superior	34%
Tercer molar superior	9%

Segundo premolar inferior	5%
Canino inferior	4%
Incisivo central superior	4%
Segundo premolar superior	3%
Primer premolar inferior	2%
Incisivo lateral superior	1.5%
Incisivo lateral inferior	0.8%
Primer premolar inferior	0.8%
Primer molar inferior	0.5%
Segundo molar inferior	0.5%
Primer molar superior	0.4%
Incisivo central inferior	0.4%
Segundo molar superior	0.1%

B. ETIOLOGIA DE LA RETENCION.

Las causas patológicas o razones por las que no hace erupción un diente son:

- 1) Razones embiológicas.
- 2) Obstáculos mecánicos.
- 3) Causas Generales.

Razones Embiológicas:

La ubicación de un germen dentario en sitio muy alejado del de normal - erupción o por razones mecánicas el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar, o bien, el germen 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 retenido o erupcionado; este contacto constituye una verdadera fijación del diente en erupción en posición viciosa, impidiendo erupcionar normalmente.

Segun Radasch (1927), los factores etiológicos de las inclusiones son me ramente de carácter embiológico; la inclusión se produce por trastornos de las relaciones afines que normalmente existen entre el folículo dent ario y la cresta alveolar durante las diversas fases de su inclusión.

Obstáculos Mecánicos:

Los obstáculos mecánicos que pueden interponerse en la erupción normal del canino suelen ser:

- a) Falta de espacio.- En el caso del tercer molar inferior, el germen debe desarrollarse entre una pared inextensible y la rama montante del maxilar y el canino tiene su germen en lo más elevado de la fosa canina. Así que completada la calcificación del diente y en maxilares de reducidas dimensiones no tiene lugar para ocupar su sitio normal en la arcada, pues se lo impiden el incisivo lateral y el premo--llar que ya están erupcionados, según lo señala Goldsmith (1935).
- b) Hueso con una condensación como la osteitis que no puede ser vencido en el trabajo de erupción.
- c) Otro impedimento en la erupción puede ser un órgano dentrario, dientes vecinos que por extracción prematura han acercado sus coronas, - constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del permanente, posición viciosa del diente que choca contra las raíces de los dientes vecinos.
- d) También procesos patológicos pueden oponerse a la normal erupción como: dientes supernumerarios, tumores odontogénicos.

Causas Generales:

Como algunas enfermedades que se encuentran en directa relación con las glándulas endócrinas que pueden causar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencias de dientes, como también las enfermedades - ligadas al metabolismo del calcio (raquitismo) tienen influencia sobre - la retención dentaria.

Tarasido (1938) señala que la causa más frecuente de la inclusión del canino es la que tiene origen en el desequilibrio de tensión entre la musculatura externa e interna de las arcadas.

C. ACCIDENTES ORIGINADOS POR DIENTES RETENIDOS.

Todo diente retenido es susceptible de producir trastornos de índole diversa, a pesar de que muchas veces pasan inadvertidos y no ocasionan molestia al paciente.

Los accidentes se clasifican en:

- 1) Accidentes Mecánicos: El diente retenido sufre una desviación anormal que produce conglomerados antiestéticos. Tales como:
 - a) Trastornos sobre la colocación normal de los dientes.
 - b) Trastornos sobre la integridad anatómica del diente.
 - c) Trastornos protéticos.
- 2) Accidentes Infecciosos: Originados por el saco pericoronario.
 - a) Al erupcionar el diente retenido.
 - b) Una complicación apical o periodóntica de un diente vecino.
- 3) Accidentes Nerviosos: Al presionar los dientes vecinos o un nervio.
 - a) Algias de intensidad, tipo y duración variable.
- 4) Accidentes TumORALES: Formados inicialmente por el saco folicular.
 - a) Quistes dentígeros. Se dice que "todo diente retenido es un quiste en potencia".

D. CLASIFICACION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS.

En los caninos retenidos se toman en cuenta los aspectos siguientes:

- a) El número de dientes retenidos: Retención unilateral y bilateral.
- b) La posición de los dientes presentes en el maxilar: Situados en vestibular o palatino.
- c) La presencia o ausencia de dientes en la arcada: Maxilares dentados o desdentados.

Se clasifican de acuerdo a estos criterios:

- TIPO I. Maxilar dentado. Diente ubicado del lado palatino. Retención, cerca o lejos de la arcada dentaria.

- TIPO II. Maxilar dentado. Diente del lado palatino. Retención bilateral.
- TIPO III. Maxilar dentado. Diente ubicado del lado vestibular. Retención unilateral.
- TIPO IV. Maxilar dentado. Diente ubicado del lado vestibular. Retención bilateral.
- TIPO V. Maxilar dentado. Caninos vestíbulo palatino (con la corona o raíz hacia vestibular y retenciones mixtas o transalveolares, según Gietz).
- TIPO VI. Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado palatino. Retención unilateral o bilateral.
- TIPO VII. Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado vestibular. - Retención unilateral o bilateral.

CAPITULO II

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO CLINICO Y RADIOLOGICO

La HISTORIA CLINICA y el apoyo del ESTUDIO RADIOLOGICO, son esenciales para un acertado DIAGNOSTICO del canino o cualquier otro diente superior retenido; así como también para ubicar su posición, la relación con los dientes vecinos y su clasificación.

A. ESTUDIO CLINICO.

La HISTORIA CLINICA consta de dos partes:

- 1) Interrogatorio.
- 2) Exploración física.

En el interrogatorio, investigamos los datos subjetivos o síntomas del paciente, datos que apoyarán a la exploración física, mediante la Inspección y la palpación que son los datos objetivos o signos.

Inspección.- Mediante la inspección se puede sospechar la ausencia de un canino permanente en el maxilar, la persistencia del temporario o la ocupación del espacio por alguna anomalía dental (como el caso que posteriormente se describirá). Datos que pueden hablar de una retención.

En la retención vestibular o palatina, la inspección visual puede descubrir una elevación en el paladar o vestibulo. La altura y forma de la bóveda palatina nos dará una indicación preliminar de la probable ubicación del diente retenido. No debe confundirse la elevación del diente con la que puede producirse por la raíz de otro diente anterior, ya que suele suceder con facilidad.

Palpación.- El dedo índice investiga la existencia de esta elevación, cuya consistencia es similar a la tabla ósea.

B. ESTUDIO RADIOLOGICO.

La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo, su densidad, rarefacción,

presencia del saco pericoronario, existencia de procesos óseos pericoronarios.

El examen radiográfico del canino u otro diente anterior retenido debe - ser realizado bajo ciertas normas para un problema de tipo quirúrgico, - pues no es suficiente una radiografía intrabucal.

Las normas para las radiografías de utilidad quirúrgica son:

- Ubicar el diente según los tres planos del espacio.
- Ver la cúspide y el ápice.
- Conocer las relaciones de vecindad de estas porciones y de todo el diente y órganos vecinos (fosas nasales, senos).

Localización de los caninos incluidos:

Se dice que aproximadamente el 85% de los caninos incluidos son palatinos y que simplemente con la inspección y palpación se pueden descubrir, sin embargo, es necesaria la ayuda de la radiografía para localizarlos - por vestibular y palatino.

Existen varios métodos radiográficos:

- 1) La Ley del Objeto Bucal de Ennis y Berry, (1959): O llamado también desplazamiento de la imagen. Se menciona que es la idónea para localizar el diente por vía vestibular o palatina.

Consiste en tomar dos o más radiografías periapicales de la misma zona, moviendo el tubo en dirección horizontal entre las exposiciones. De tal manera que si el diente (objeto bucal) no erupcionado o cuerpo extraño se mueve en la misma dirección en que el tubo es desplazado, dicho diente estará localizado del lado palatino o lingual; por el contrario, si el diente se mueve en dirección opuesta a la cual el tubo se desplaza, estará por vestibular.

- 2) Otro método menos preciso es la toma de radiografías oclusales. La técnica se obtiene de la siguiente manera: Paciente sentado, la espalda dirigida verticalmente. El plano del arco dentario superior deberá ser horizontal, la película oclusal después de sostenida entre -

ambos maxilares en oclusión, deberá estar también horizontal, para que el rayo central sea paralelo al eje mayor de los incisivos. El cono del aparato de rayos X deberá colocarse sobre la cabeza del paciente, sobre el hueso frontal, aproximadamente 5 cm. de la glabella (en la articulación del frontal con los parietales), que coincide con la prolongación del eje de los incisivos. De tal manera que con la técnica del rayo central a nivel del frontal, los caninos vestibulares (horizontales), aparecen a nivel de los dientes anteriores o ligeramente vestibulares; en cambio la técnica del rayo central a nivel de los huesos propios, los caninos retenidos vestibulares aparecen por el lado palatino.

- 3) Otra forma para delimitar el plano horizontal y vertical del diente (canino, central o lateral) con radiografía oclusal es la señalada por Gietz y Cravioto, quienes refieren que:

Para localizar el canino en plano horizontal, se requiere de la toma de dos radiografías oclusales.

- a) La primera dirigiendo el rayo central en la línea media e incidencia perpendicular a la placa.
- b) La segunda radiografía oclusal con el rayo central perpendicular a la placa y pasando por los premolares, con la que se obtiene la imagen del diente en relación con las demás piezas del maxilar.

Para localizar el canino en el plano vertical.

- a) Se coloca una placa (película oclusal o una película común para radiografías extrabucales) sobre la mejilla opuesta al canino retenido, dirigiendo el rayo central atravesando el maxilar en sentido horizontal y con incidencia perpendicular a la placa, con lo que obtendremos la ubicación del canino, su posición y sus relaciones con los dientes.

Resumiendo, si los caninos están colocados del lado palatino, la vía de acceso será la palatina y si la retención es francamente vestibular la vía de acceso será la vestibular.

En cambio, si el canino esta colocado en palatino, pero cerca de la arcada dentaria y con espacio entre el incisivo lateral y pri-

mer premolar o entre el central y primer premolar, podrán ser abordados por la vía vestibular.

Se dice que la vía vestibular es la más sencilla, más cómoda y de mejores resultados, pero no siempre puede ser aplicada.

- Otras RADIOGRAFIAS AUXILIARES para apreciar mejor el diente retenido, son: las radiografías laterales y las panorámicas.

Hasta aquí vimos una serie de técnicas radiográficas que nos podrán ayudar a ubicar lo más certeramente posible la pieza retenida, tanto en su posición vestibular y palatina como en sus planos horizontal o vertical.

CAPITULO III
INSTRUMENTAL QUIRURGICO Y MATERIAL QUIRURGICO

A. INSTRUMENTAL QUIRURGICO.

Instrumental para Tejidos Blandos:

- a) Bisturí: Regularmente en Cirugía Bucal se usa el Bard-Parker, mango N° 3, hoja del N° 11 al 15. Para incisiones.
- b) Tijeras: Para seccionar tejidos y quitar puntos de sutura.
- c) Pinzas de disección: Para preparación de colgajos y otras maniobras.
- d) Legras, periostótomos, espátulas romas: Para desprender y separar la fibromucosa.
- e) Separadores: Para mantener apartados los labios.

Instrumental para Tejidos Duros:

- a) Escoplos y martillos: Actualmente es mínimo su uso para resecaer hueso.
- b) Pinzas cubias o alveolótomos: Sirve para realizar la osteotomía. Las hay rectas y curvas para extraer el hueso por cortes.
- c) Fresas: Para realizar la osteotomía y osteotomía.
- d) Pinzas de Kocher o "mosquito": Para hacer hemostásis o sostener colgajos.
- e) Pinzas o forceps: Para extracciones dentarias.
- f) Elevadores: Para movilizar o extraer el diente.
- g) Agujas para sutura: Para sostener los tejidos gingivales; existen - sencillas, curvas-rectas, traumáticas y atraumáticas.
- h) Porta agujas: Para sostener y guiar la aguja en sus movimientos.
- i) Sondas: Para drenar absesos y otros usos.

B. MATERIAL QUIRURGICO.

- a) Para asepsia del campo quirúrgico: Se utiliza alcohol, tintura de yodo, mertiolate y para secar o protegerlo algodón y gasas.
- b) Para irrigar la operación: Suero fisiológico.
- c) Materiales o cementos curativos: Los hay Wonder Pack, óxido de zinc, eugenol, tem-pac, funcionan como protectores de las heridas, aíslan - la flora bacteriana y alivian el dolor.
- d) Hemostáticos: Como Gelfoam para prevenir hemorragias.
- e) Suturas: Como el nylon, catgut, seda para afrontar planos quirúrgicos.

CAPITULO IV
TECNICA QUIRURGICA DEL CANINO SUPERIOR RETENIDO
POR VIA PALATINA Y VESTIBULAR

La EXTRACCION consta de los siguientes tiempos:

- * ANESTESIA
- * INCISION
- * PREPARACION DEL COLGAJO
- * OSTEOTOMIA - OSTEECTOMIA
- * OPERACION PROPIAMENTE DICHA (extraccion del canino)
- * TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA
- * SUTURA

EXTRACCION POR VIA PALATINA

ANESTESIA:

Por ser la intervenci3n quir3rgica de larga duraci3n, se requiere de la anestesia.

En retenci3n unilateral: La t3cnica quir3rgica de elecci3n ser3 la infraorbitaria del lado a operar, la nasopalatina y la palatina anterior (o agujero palatino posterior).

En retenci3n bilateral: Las mismas t3cnicas que la unilateral, s3lo que aumentar en ambos lados del maxilar.

INCISION:

Se utiliza bistur3 con hoja N^o 15, practicar la incisi3n seg3n amerite el caso Partsch o Neumann, en sentido perpendicular a la b3veda palatina llegando hasta el hueso.

La incisi3n se inicia en la cara distal del segundo premolar, pasando por los incisivos anteriores hasta el lado opuesto de la arcada, siguiendo la cresta de 3sta.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

Efectuada la incisión, el desprendimiento del colgajo se realiza con el periostótomo, insinuando entre la arcada dentaria y la fibromucosa palatina - con pequeños movimientos, sin herir ni desgarrar la encía se desprende la fibromucosa hasta descubrir el hueso de la bóveda palatina.

Durante la operación es conveniente mantener el colgajo inmóvil con algún instrumento o mediante hilo de sutura para tener visibilidad en la zona.

Se inhibe la hemorragia ósea mediante el método de la hemostasia que son: - La compresión, aplastamiento del hueso vecino, gasas con adrenalina, etc.

OSTEOTOMIA - OSTEECTOMIA:

Para eliminar el hueso que cubre el canino retenido, el instrumento de mayor ventaja es la fresa quirúrgica, porque a la vez que limpia es rápida en la eliminación del hueso sin molestar demasiado al paciente.

Durante el proceso de la intervención se irriga continuamente con suero fisiológico, con la finalidad de limpiar los restos producidos por la misma - y a la vez para evitar el calentamiento de la fresa y el hueso.

Una vez ubicada la corona del diente retenido, se procede a quitar el hueso con la fresa hasta descubrir la corona retenida y el primer tercio de la -- raíz, con el objeto de que se elimine de la cavidad ósea sin obstáculos, ni traumatismos.

OPERACION PROPIAMENTE DICHA:

Es la eliminación del canino que se encuentra en el hueso.

Realizada la osteectomía se procede a la extracción del diente, para ello se requiere de la habilidad y firmeza para no traumatizar o luxar los dientes vecinos o fracturar las paredes alveolares.

La extracción del canino se puede realizar de dos maneras o procedimientos:

- 1) El primer procedimiento es ampliar la ventana ósea, pero es una desventaja, porque se sacrifica mayor cantidad de hueso para extraerlo.
- 2) El segundo método es mediante odontosección, que se trata de cortar el diente con fresa quirúrgica en el número de trozos necesarios, hasta completar la extracción.

La corona se extrae al introducir un elevador angular de hoja delgada; ejercer movimientos de palanca con un punto de apoyo en el borde óseo y girar el elevador.

Posteriormente con el mismo elevador se imprime un movimiento rotatorio para separar completamente la raíz.

Si después de esto existe una sensación de resistencia, puede deberse a la dilaceración radicular, por lo que se hará otro seccionamiento con fresa para vencer el acodamiento y eliminar la porción radicular faltante.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA:

Al extraer el canino se inspeccionará cuidadosamente la cavidad ósea. Se eliminarán las esquirlas de hueso y diente, así como también la estirpación del saco pericoronario con una cucharilla, ya que la omisión de esto traerá trastornos infecciosos y tumorales.

En caso de encontrar procesos patológicos, como granulomas y osteitis originados por éstos mismos, deberán ser resecados con la cucharilla.

Se tendrá cuidado de alisar las puntas óseas con una lima para hueso.

SUTURA:

En este tiempo se vuelve el colgajo a su sitio, alisándolo hasta que las --lingüetas interdientarias ocupen su normal posición.

Posteriormente el cirujano toma las pinzas porta-agujas y con una aguja curva enhebradora con hilo de seda se atraviesa primero el colgajo lingual, - después el vestibular y se elabora el nudo, así como los puntos de sutura - necesarios.

CONSIDERACIONES.

El mismo procedimiento se lleva a cabo en caninos retenidos bilateralmente por palatino.

EXTRACCION POR VIA VESTIBULAR

ANESTESIA:

La indicada es la infraorbitaria del lado a operar y completar con la nasopalatina.

INCISION:

Se emplea la incisión de Partsch o La Neumann, debe estar alejada del sitio de implantación del diente como para que no coincida con la brecha ósea al momento de colocar el colgajo en su sitio.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO, OSTEOTOMIA, TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA Y - SUTURA:

Son los mismos procedimientos a intervenir que en la vía palatina.

EXCEPTO QUE:

En la vía vestibular, la extracción propiamente dicha, el canino puede extraerse entero o fraccionado mediante la odontosección.

** En maxilares desdentados:

La vía idónea para la extracción de caninos es la vestibular, ya que la ausencia de dientes permite el acceso a la extracción, excepto que en casos donde el canino se encuentra profundamente lejos de la tabla externa - y cercanos a la bóveda palatina se utilizará la vía palatina.

A. POSOPERATORIO.

Es una serie de medidas, precauciones y técnicas realizadas después de la operación: tanto por el operador como por el paciente, con la finalidad de lograr un total éxito en la intervención. Estas son:

- a) Al terminar la intervención, se lava con solución antiséptica la sangre depositada en la cara del paciente.
- b) Se irriga la cavidad bucal con suero, eliminar sangre, saliva y restos óseos.
- c) Higiene bucal del paciente en las piezas no afectadas, con lo cual se acelera la curación.
- d) Terapia de frío en los casos de trauma, donde no haya infección aguda, ayuda a controlar la hemorragia por vasoconstricción, evita hematomas, equimosis y retarda los procesos inflamatorios. Esta terapia se aplica por medio de bolsas de hielo o compresas frías, por períodos intermitentes no más largos de 20 minutos, ya que puede ocasionar congelación y por consiguiente necrosis y gangrena.

O bien, esta terapia de frío se puede sustituir por anti-inflamatorios.

- e) Terapia a base de analgésicos y antibióticos.
- f) Dieta blanda, balanceada, las primeras 48 horas.
- g) Descanso (mínimo un día).
- h) Retirar puntos de sutura a los ocho días siguientes.

B. COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.

Las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia suelen ser: El trismus, la infección, los hematomas, la equimosis, la hemorragia y la alveolitis u osteitis.

TRIMUS: Imposibilidad pasajera de abrir completamente la mandíbula por la contractura de los músculos elevadores del maxilar inferior.

Etiológicamente pueden ser causas locales como: traumatismos, inflamatorios o tumorales y causas generales, principalmente procesos tetánicos.

INFECCION: Invasión de los tejidos orgánicos por microorganismos patógenos.

Las infecciones se clasifican en: Infecciones primarias, secundarias, mixtas, local, focal e infección sistémica o general.

HEMORRAGIA: Salida de la sangre fuera de los vasos y su derrame en la superficie externa de los intersticios de los tejidos y en las cavidades del organismo.

Según el tiempo en que se presenta la hemorragia, ésta es primaria, intermedia y secundaria.

EQUIMOSIS: Variedad de hemorragia. Extravasación de la sangre por un traumatismo. Se vuelve color verde, amarilla, negra o castaña la piel.

HEMATOMA: Variedad de hemorragia. Se le llama a toda colocación sanguínea enquistada.

ALVEOLITIS: Complicación posoperatoria más frecuente. Afección que se presenta al desintegrarse el coágulo sanguíneo.

CAPITULO V
CASO CLINICO
INTERVENCION DE UN CENTRAL SUPERIOR RETENIDO
POR VIA VESTIBULAR

Elaborada por los alumnos: CONCEPCION VILLASENOR
GLORIA GALARZA
TERESA CALVO

Con el auxilio y supervisión del DR. VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA.

EST. TERCER SEMESTRE
SALUD BUCALE EN LABORATORIO

Señala Berten-Cieszynski, que un 4% de los centrales superiores se encuentran retenidos, lo que indica que este caso se encuentra en dicho porcentaje.

PREOPERATORIO:

En esta fase se investiga el estado de salud de la paciente, a través de la Historia Clínica.

HISTORIA CLINICA:

Nombre: M.	Ocupación: Estudiante
Sexo : Femenino	Origen : Mexico, D. F.
Edad : 16 años	Fecha de intervención: 11-OCT-90

Padecimiento actual:

Paciente que asiste a la Clínica de Exodoncia por ausencia del diente central superior izquierdo y espacio ocupado por una anomalía dentaria.

Antecedentes familiares:

Padre con diabetes.

Antecedentes personales no patológicos:

Buena higiene bucal, en aceptables condiciones de higiene y alio personal, regular alimentación.

Antecedentes personales patológicos:

Cuadros ocasionales de gripa.

Estudio de aparatos y sistemas:

- Aparato cardiovascular
- Aparato digestivo
- Aparato respiratorio
- Sistema nervioso

S.D.P.

Exploración bucal:

Anomalia dentaria ubicada en el espacio del central izquierdo y a la altura de las raíces del central derecho y lateral izquierdo por vestibular. Se localiza una elevación del diente cubierto por mucosa.

- Mucosa: Color rosa coral, puntilleo, bien lubricada.
- Piezas dentarias posteriores: Obturadas con amalgama la mayoría en maxilar y mandíbula.
Ausencia de caries.
En general buen estado bucal.

Estudio radiológico:

Se obtienen dos tipos de radiografías: OCLUSAL Y PANORAMICA.

- Oclusal: (ver apéndice)*

Se observa una imagen radiolúcida entre la raíz del central derecho y -- raíz mesial del canino izquierdo, presencia del central derecho en forma horizontal.

- Panorámica: (ver apéndice)*

a) En MAXILAR SUPERIOR, se observa:

Zona radiolúcida del central superior retenido, la corona a la altura de la línea media, limita con el piso de las fosas nasales y bóveda palatina entre la raíz del central derecho y raíz del canino.

Otros aspectos que se observan en esta radiografía son:

La erupción de los terceros molares, el malar y el seno maxilar en la región de molares y premolares.

En la región de incisivos y caninos se encuentra el piso de las fosas nasales, bóveda palatina, relación con el conducto palatino, sutura media del maxilar, además el central retenido.

b) En la MANDIBULA, se observa:

En la región de molares: la rama de la mandíbula, el conducto dentario, erupción y malposición de los terceros molares. (Se tendrá seguimiento de estos últimos).

Borde anterior de la mandíbula.

En región de premolares: El agujero mentoniano y terminación del conducto dentario.

En región de incisivos: Se aprecia la apofisis geni.

Diagnóstico:

Central superior retenido, clase III.

Pronóstico:

Favorable.

Tratamiento:

Indicada extracción quirúrgica por vía vestibular.

TRANSOPERATORIO:

Intervención Quirúrgica:

a) Después de valorar en el estudio clínico y radiológico, se determina operar por la vía vestibular, ya que se encuentra próxima a esta vía, el diente retenido.

b) Instrumental utilizado:

- 1X3

Compuesto de: alveolotomo, escabador, mango para bisturí, tijeras, legra, lima para hueso, porta agujas, cucharilla.

- 1X4

Incluye: jeringa para anestesia, charola, pinzas de curación y espejo.

Tiempos Quirúrgicos:

Se aísla la cavidad bucal con campo quirúrgico.

Anestesia:

Se aplicó la técnica infraorbitaria (lado izquierdo) y nasopalatina. Se bloqueó con tres cartuchos de xilocaína, para lograr la analgesia de la zona a intervenir.

Incisión y desprendimiento del colgajo:

Con un bisturí del N° 3, hoja N° 15, se realizó la incisión de tipo Neumann, desde lateral a canino.

Se desprendió el colgajo con legra, hasta el nivel de los ápices de dichos dientes.

Osteotomía - Osteotomía:

Con fresa quirúrgica de fisura, se procedió a eliminar el hueso comprendido alrededor de la corona y un cuarto de la raíz. Continuamente se irrigó con suero fisiológico, se secó con gasa estéril para permitir la visibilidad de la región.

Con elevador recto se extrajo el diente entero, dado que el acceso a este fue fácil, por lo tanto no hubo necesidad de hacer odontosección, con lo que se concluyó la operación propiamente dicha.

En cuanto al tratamiento de la cavidad ósea, se extrajo el saco pericoronario, se limó las puntas del hueso, también se eliminó las esquirlas de hueso y diente y se irrigó nuevamente con suero.

Se regresó el colgajo a su lugar y se alisó para que coincidiera con las pilas interdientarias y se colocaron cuatro puntos de sutura, haciendo uso instrumental para tejidos blandos y duros, como: aguja curva, pinzas, porta-agujas y tijeras.

Hubo colaboración de la paciente, lo que facilitó la misma.

POSOPERATORIO:

La parte extrema de la boca de la paciente se limpió con gasa. Se dieron indicaciones, respecto a los cuidados que debería tener en casa, como: el no tocar la zona intervenida con la lengua o succionar.

Tener higiene bucal, dieta y descanso.

Terapia con frío (compresas de hielo).

Se administró terapéutica a base de: Antibiótico, analgésico (en caso de dolor) y anti-inflamatorio.

Antibiótico: Pentrexil, 250 mgs., capsulas, una cada 6 horas por siete días.

Analgésico: Colmel Plus. Sólo en caso de dolor.

Anti-inflamatorio: Flanax tabletas de 270 mgs. una cada 6 horas.

A los ocho días se retiraron los puntos de sutura, observando el proceso de cicatrización normal y transcurriendo en sí el posoperatorio favorablemente y sin ninguna complicación.

CONCLUSIONES

Hoy en día se sigue afirmando que los dientes con mayor incidencia a ser retenidos, son: en primer lugar los terceros molares inferiores, en segundo lugar los caninos superiores y una mínima proporción el central superior (caso clínico citado).

Por lo que es de tomar en cuenta, ya que con esta afirmación se infiere que gran número de la población puede llegar a presentar esta anomalía, sin percatarse de ello en muchas ocasiones y que si no se detecta a tiempo, a través de un minucioso estudio clínico y radiológico para ser extraído, constituirá un riesgo patológico.

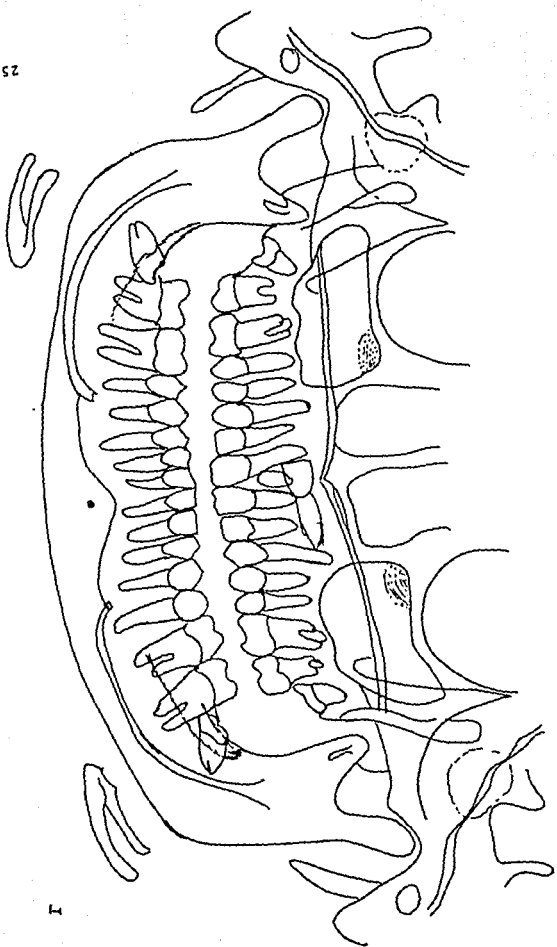
Por ello todo Odontólogo debe tener conocimientos generales de dientes retenidos, concernientes desde su etiología hasta su intervención, ya que con ello podrá incidir a un primer y segundo nivel de prevención que Leavell y Clarck, se refieren al Diagnóstico y Tratamiento de enfermedades bucales malignas y benignas.

Pues en muchas ocasiones el primer contacto que tiene el paciente es con el Odontólogo y en segundo con el Cirujano Maxilo Facial, por lo que entonces del primero depende gran parte la detección y atención oportuna del caso.

En lo que respecta a la intervención de caso clínico del central superior retenido, se empleo con ciertas modificaciones la técnica de canino, ya que hasta hoy sólo existen las técnicas quirúrgicas específicas para terceros molares inferiores en dientes posteriores y para anteriores la de caninos incluidos.

Para lo cual la técnica empleada en el central superior se considera ilustrativa para quien desee utilizarla en un caso semejante. Sin embargo, es necesario ir implementando otras técnicas exclusivas para cada caso en particular.

A P E N D I C E
R A D I O G R A F I A P A N O R A H I C A

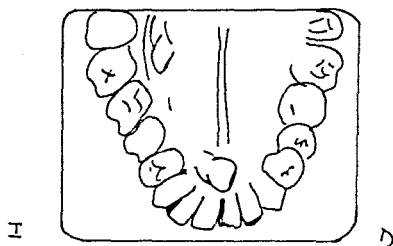


I

25

D

A P E N D I C E
RADIOGRAFIA OCLUSAL



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

- RIES CENTENO, GUILLERMO A.
Cirugía Bucal, Argentina, Edit. Atenas, 1957.
- ARCHER, W. HARRY.
Cirugía Bucal, Tomo I. Edit. Mundi, Argentina, 1978.
- WAITE, DANIEL E.
Tratado de Cirugía Bucal Práctica, México, Edit. Continental
Segunda reimpresión, 1988.
- GINESTET, GUSTAVE.
Atlas de Técnica Operatoria, Cirugía Estomatológica, Buenos
Aires, Edit. Mundi, 1967.
- GUFALNICK, WALTER C.
Tratado de Cirugía Oral, Barcelona, Salvat, 1971.
- THOMA
Patología Oral, España. Salvat Editores, Reimpresión, 1983.
- KRUGER
Cirugía Bucal.
- KATZ, MCDONALD STOKEY.
Odontología Preventiva en Acción, Edit. Médica Panamericana.
- ALMARAZ ANGUIANO, JUAN CARLOS, et. al.
Tesis: Cirugía de los Terceros Molares Inferiores Retenidos, México, -
1980.
- OTROS.

- HOCHMAN, ELENA Y MONTERO, MARITZA.
Técnicas de Investigación Documental, México, Edit. Trillas,
1983.

- BAENA, GUILLERMINA Y MONTERO, SERGIO.
Tesis en 30 Días, México, Edit. Editores Mexicanos, 1986.