



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

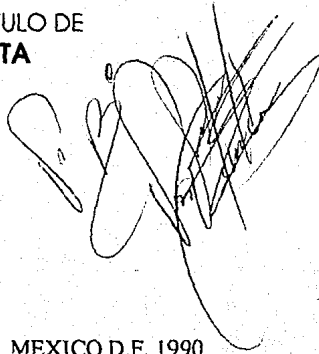
100
201



TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA

JOSE DURAN LUNA



MEXICO D.F. 1990

**TESIS CON
FOLIO DE ORIGEN**



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.

I N D I C E

I.- INTRODUCCIÓN

II.- ETIOLOGIA

III.- ACCIDENTES ORIGINADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS

IV.- CLASIFICACIÓN DE DIENTES RETENIDOS.

a) CLASIFICACIÓN DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS.

V.- ESTUDIO CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO DE CANINOS RETENIDOS

VI.- CONSIDERACIONES PRELIMINARES

a) PRESENCIA DE INFECCIÓN

b) PREMEDICACIÓN Y PREPARACIÓN DEL PACIENTE

c) COMPRESAS

d) POSICIÓN DEL SILLÓN

e) SEPARADORES

VII.- EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS POR LA VÍA PALATINA

VIII.- EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS POR LA VÍA VESTIBULAR

IX.- EXTRACCIÓN DE LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS VESTIBULARES Y LINGUALES

X.- INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS

XI.- CONCLUSIONES

XII.- BIBLIOGRAFÍA

I.- INTRODUCCION

Se denominan "dientes retenidos" (Retinierte Zähne) (dientes incluidos, impactados) aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de el maxilar o mandíbula, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

Existe, sin embargo un gran número de dientes retenidos - cuyo saco pericoronario ha desaparecido por distintas razones.

La "retención dentaria" puede presentarse completamente - rodeada por tejido óseo (retención intraósea) o el diente cubierto por la mucosa gingival (retención subgingival).

La retención de los temporarios es un hecho excepcional. La denominada 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 provenía. (En estas condiciones se puede aceptar el término inclusión).

Salvo raras excepciones, deben extraerse, algunas de estas excepciones comprenden pacientes cuyo estado de salud general es tan precario que tal procedimiento quirúrgico no sería conveniente, pacientes cuya edad sea tal, que en presencia de un diente totalmente asintomático, este pro-

cedimiento resultaría innecesario o no aconsejable. Si una persona joven necesita extracción total debido a caries severa o enfermedad periodontal y existen terceros molares que no hayan hecho erupción, podría recomendarse dejar estos dientes incluidos durante un tiempo y retraerlos después.

Los dientes impactados crean una diversidad de complicaciones, tales como el desarrollo de alteraciones foliculares, desplazamiento de los dientes con la erosión de las piezas dentarias adyacentes normales. Se ha reportado la degeneración del saco folicular hacia un ameloblastoma y hacia un carcinoma franco con las serias consecuencias que ésto acarrea.

La infección y el dolor son problemas comunes relacionados con el tercer molar.

Los dientes impactados se definen como aquellos dientes en los cuales la erupción ha sido obstruida parcial o totalmente por el hueso o por otros dientes.

Según la Estadística de Bertin Cieszynski, la frecuencia que corresponde a los dientes retenidos es la siguiente:

Tercer Molar Inferior.....	35,0%
Canino Superior	34,0%

Tercer Molar Superior.....	9,0%
Segundo Premolar Inferior	5,0%
Canino Inferior	4,0%
Incisivo Central Superior	4,0%
Segundo Premolar Superior	3,0%
Primer Premolar Inferior	2,0%
Incisivo lateral Superior.....	1,5%
Incisivo lateral inferior.....	0,8%
Primer Premolar Superior	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%

II.- ETIOLOGIA

El problema de la retención dentaria es ante todo de índole mecánica. El diente que está destinado a hacer su normal erupción y a aparecer en la arcada dentaria, como sus congéneres erupcionados, encuentran en su camino un obstáculo que impide la realización del normal trabajo que le está encomendado. La erupción dentaria se encuentra, en consecuencia, impedida mecánicamente por este obstáculo. Se pueden clasificar las razones por las cuales un diente no hace erupción:

RAZONES EMBRIOLOGICAS. La ubicación especial de un ger--
men dentario en sitio muy alejado del normal erupción; -
por razones mecánicas, el diente originado por tal germen
está imposibilitado de llegar hasta el borde almolar. En
la Fig. 1 se presentan dos ejemplos.

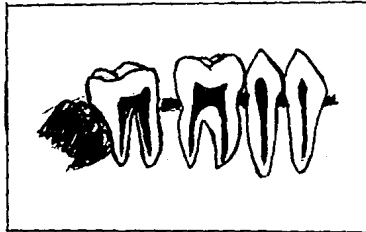


FIG. 1. Gérmenes de Terceros Molares Inferiores dirigidos
en sentido mesio angular chocan contra la cara distal del
segundo.

El germen dentario puede hallarse en su sitio, pero en una
angulación tal, que al calcificarse el diente y empezar el
trabajo de erupción, la corona toma contacto con un dien--
te vecino, retenido o erupcionado; este contacto consti--
tuye una verdadera fijación del diente en "erupción" en -
posición viciosa. Sus raíces se constituyen, pero su --
fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que
le permita erupcionar normalmente.

OBSTACULOS MECANICOS. Que pueden interponerse a la erup--
ción normal.

A) Falta material de espacio. El canino superior tiene su germen situado en lo más elevado de la fosa canina completada la calcificación del diente, y en el maxilar de dimensiones reducidas, no tiene lugar para ir a ocupar su sitio normal en la arcada. Se lo impiden el incisivo lateral y el premolar que ya están erupcionados.

Goldsmith (1931) dice: "El canino se halla alto en el maxilar cuando los premolares van a hacer erupción." En ese momento los incisivos se encuentran implantados en su posición del plano frontal. El canino temporario, que debe mantener el espacio para su sucesor permanentemente es muy angosto para retener el espacio necesario mesiodistal. La presión mesial del segundo molar en su erupción es transmitido de un diente a otro, hasta el canino desiduo, causando su acuñamiento o retardando su retención por un período de tiempo considerable, aún estando su raíz casi resorbida. Esta situación origina una contracción parcial de esta zona donde desciende el canino, causando su desviación hacia una posición anormal.

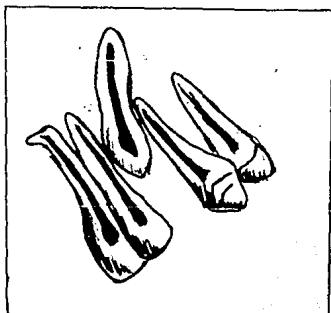


FIG. 2. El Canino Superior cuya raíz (flecha) próxima al seno, está en contacto con la raíz del incisivo lateral.

B) Hueso con una condensación tal que no puede ser vencido en el trabajo de erupción (enostosis, osteítis condensante, osteoesclerosis), procesos óseos que originan una imagen "lechosa" o blanquesina.

C) El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser: un órgano dentario; dientes vecinos, que por extracción prematura del temporario han acercado sus coronas, constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del permanente.

D) Elementos patológicos pueden oponerse a la normal erupción dentaria: dientes supernumerarios, tumores odontogénicos (odontomas), constituyen un impedimento mecánico de la erupción dentaria.

Monti (1938) cita al caso de retención de canino e incisivo central por un odontoma compuesto. La Fig. 3 muestra un caso de canino inferior retenido por odontoma.



FIG. 3 Retención dentaria originado por odontoma.

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 (raquitismo y las enfermedades que le son -- propias y múltiples, síndromes que presentan anomalías de la erupción dentaria.)

Tarasido (1938) dice: "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 los -- arcadas dentorios. 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, sumando al final -- del día, no ha sido igualmente compensada por la presión -- interna, como la de la lengua, por ejemplo, llegará a alterarse el equilibrio que mantiene a los dientes en su posición normal y es por sí solo, especialmente en los niños, -- capaz de perturbar el crecimiento y detener el desarrollo del maxilar o mandíbula.

III.- ACCIDENTES ORIGINADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS.

Todo diente retenido es susceptible de producir trastornos de índole diversa, a pesar de que muchas veces pasan

inadvertidos y no ocasionan ninguna molestia al paciente portador. Esos accidentes pueden ser clasificados de la manera siguiente:

ACCIDENTES MECANICOS. Los dientes retenidos actuando mecánicamente sobre los dientes vecinos, pueden producir trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar y mandíbula y en su integridad anatómica.

a) Trastornos sobre la colocación normal de los dientes. El trabajo mecánico del diente retenido, en su intento de erupción 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 (Fig. 4) a los cuales desvía de su normal dirección, entrecruzamientos de dientes y conglomerados antiestéticos.

b) Trastornos sobre la integridad anatómica del diente. La constante presión que el diente retenido o su saco dentario ejerce sobre el diente vecino, se traduce por alteraciones en el cemento (rizolisis), en la dentina y aún -- en la pulpa de los dientes.

c) Trastornos "Protéticos", Así denomina Maurell, de un "modo significativo", a los trastornos de índole protética que originan en múltiples ocasiones los dientes re--tenidos. Tenemos la confirmación de estos trastornos con

innumerables casos, pacientes portadores de aparatos de prótesis advierten que sus chapos vasculan en laboca y no se adaptan con la comodidad a que estaban acostumbrados. Un exámen clínico descubre una protuberancia en la encía y una radiografía aclara el diagnóstico, el diente, en su trabajo de erupción, cambió la arquitectura del maxilar con los naturales.

ACCIDENTES INFECCIOSOS. Está dado por la infección del saco pericoronario puede originarse por distintos mecanismos y por distintas vías.

- a) Al hacer erupción el diente retenido, su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal.
- b) El proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o periodóntica de un diente vecino;
- c) La infección del saco puede originarse por la vía hemática.

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

Deberán ser contenidos dentro de este título los procesos que se han originado como consecuencia de las caries en los dientes retenidos (resorción ideopático) y producidos por extracciones o perforaciones (pueden ser invisibles) y, sin embargo comunicar al diente con el medio externo: o en aquellos casos que el diente se ha puesto en comunicación con el medio bucal, por fístula o efracción de los tejidos blancos.

Los procesos infecciosos del saco folicular pueden actuar como "infección focal", produciendo trastornos de la más diversa índole y a distancia. Sobre los órganos vecinos (Ejemplo seno del maxilar y fosas nasales).

ACCIDENTES NERVIOSOS. Los accidentes nerviosos producidos por los dientes retenidos son bastante frecuentes.

La presión que el viento ejerce sobre los dientes vecinos, sobre su nervio o sobre troncos mayores, es posible origen algias de intensidad, tipo y duración variables.

Trastornos tróficos por retenciones dentarias son frecuentes, tales los pelados y canicie. Ataques epileptiformes (correa y samengo) y trastornos mentales han sido comentados por varios autores.

Glasserman (citado por Loos) observó que un caso de ata--

ques epilépticos que se repetían con frecuencia, y que iban precedidos por dolores en la región nasal desaparecieron después de la extracción de un diente retenido.

ACCIDENTES TUMORALES. Quistes Dentígeros. Tienen su comienzo indudable en la hipergénesis del saco folicular a expensas del cual se forman. Todo diente retenido es un quiste dentígero en potencia. Los dientes portadores de tales quistes imaginan el sitio primitivo de iniciación de proceso, pues el quiste en su crecimiento rechaza centrifugamente el diente originado.

TUMORES DE OTRO TIPO. Maurel cita el caso de un épulis. Otras formaciones tumorales, aunque también citados, nunca los hemos encontrado.

Loos presenta un caso de tumor maligno originado por un diente retenido.

IV.- CLASIFICACIÓN DE DIENTES RETENIDOS.

a) CLASIFICACIÓN DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS. La retención de los caninos superiores puede presentarse de dos maneras, de acuerdo con la ubicación del diente en el tejido óseo: retención intraósea cuando la pieza dentaria está por entero cubierto de hueso, y retención subgingi-

val, cuando por parte de la corona emerge del tejido óseo, pero esté cubierta por la fibromucosa.

Los caninos pueden ser clasificados de acuerdo con:

1) El número de dientes retenidos; 2) La posición que estos dientes presentan en el maxilar; 3) La presencia o ausencia de dientes en la arcada.

1) La retención puede ser simple (Fig. 5) o doble, presentándose ambos caninos retenidos.

2) Caninos situados en el lado palatino (Fig. 5, d y e) o situados en el lado vestibular (Fig. 5, d).

3) Caninos en maxilares dentados o en maxilares sin dientes.

De acuerdo con estos tres puntos se puede ordenar una clasificación que corresponda a todos los casos de estas retenciones. (FIG 4,5)

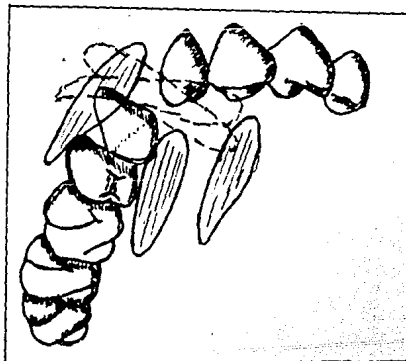
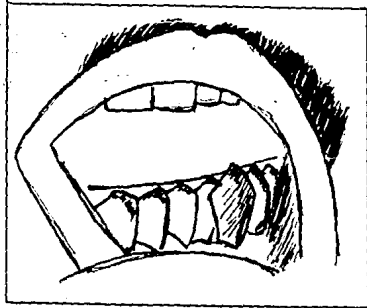


FIG. 5. Distintos tipos de retenciones que pueden presentar los caninos superiores. a) vestibulo palatino; b) Palato-vestibular; c) Vestibular; d) Palatino, cerca de la arcada e) Lejos de la arcada.

TIPO I: Maxilar dentado. Diente ubicado del lado palatino retención unilateral a) cerca de la arcada -- dentaria.

TIPO II: Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado palatino, retención bilateral, retención similar para el lado opuesto.

TIPO III: Maxilar dentado. Diente ubicado del lado vestibular, retención unilateral.

TIPO IV: -Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado vestibular. Retención bilateral.

TIPO V: Maxilar dentado. Caninos vestibulopalatinos (con la corona o raíz hacia el lado vestibular) (y retenciones mixtas o transalveolares, según Gretz).

TIPO VI: Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado palatino a) Retención unilateral; b) Bilateral.

TIPO VII: Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado

vestibular; a) Retención unilateral; b) bilateral.

V.- ESTUDIO CLINICO Y RADIOGRAFICO DE CANINOS RETENIDOS.

El diagnóstico de un canino retenido en el maxilar superior su posición, la relación con los dientes vecinos y su clasificación, se realizan por los medios clínicos de la inspección, la palpación o por el examen radiográfico.

INSPECCIÓN. La ausencia del canino permanente en la arcada, la persistencia del temporáneo, pueden hacer sospechar la retención. En caso de retención palatina o vestibular, la inspección visual puede descubrir 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 premolar; confusión que puede suceder con facilidad - en algunas condiciones.

PALPACIÓN. El dedo índice, investiga confirmando 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 lleva a chocar contra un cuerpo duro, que representa la corona del canino.

EXAMEN RADIOGRAFICO (FIG. 6)

El examen radiográfico del canino retenido debe ser realizado según ciertas normas para que sea de utilidad. Para encarar el problema quirúrgico, no es suficiente una radiografía "intrabucal tomada sin "reglas radiográficas precisas" imprescindibles para ubicar el diente a extraer tal radiografía intrabucal solo nos impondrá de la existencia del diente; las normas para la radiografía de utilidad - quirúrgica serán dadas en seguida.

Es necesario ubicar el diente según los tres planos del espacio; es imprescindible ver la cúspide del ápice y conocer las relaciones de vecindad de estas porciones y del todo el diente con los dientes vecinos (senos y fosas nasales) y los dientes vecinos. La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo (vecindad, rarefacción, presencia del saco pericoronario, existencia de procesos óseos pericoronarios).

Antes de encarar un problema quirúrgico de esta especie, debemos verificar con absoluta precisión, la clase a que

pertenece el canino retenido, posición vestibular o palatino, distancia de los dientes vecinos, número de caninos retenidos, para imponer el tipo de operación necesaria. (vía de acceso, incisión, etc.). Sólo así evitaremos operaciones mutilantes, traumáticas y llenas de inconvenientes.

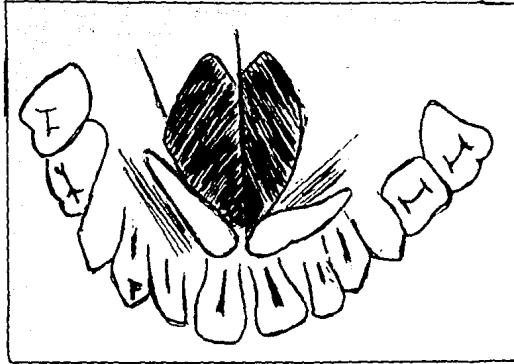


FIG. 6 Radiografía oclusal del maxilar superior. Retención bilateral de caninos, en un maxilar con dientes.

VERIFICACION DE LA RELACION VESTIBULOPALATINA. (Nos estamos refiriendo amaxilar con dientes). Es natural que lo primero que se necesita conocer es la posición vestibular o palatina del diente retenido, para elegir la vía de acceso. A pesar de que aproximadamente un 85% de los caninos retenidos son palatinos y que en muchas ocasiones el relieve que producen en la bóveda los identifica, hay que tener la absoluta seguridad de su posición.

Un método que no siempre es preciso con exactitud aproxi-

mada la relación vestibulopalatina, es el empleo de la radiografía oclusal, con el rayo central paralelo al eje mayor de los incisivos. La técnica para obtener esta placa es la siguiente: paciente sentado, con su espalda dirigida verticalmente. El plano del arco dentario superior debe ser horizontal; por lo tanto la película oclusal, después de sostenida entre el maxilar y mandíbula en oclusión, debe estar también horizontal. En esta posición para que el rayo central sea paralelo al eje mayor de los incisivos, el cono del aparato radiográfico deberá colocarse sobre la cabeza del paciente sobre el hueso frontal, aproximadamente cinco centímetros sobre la glabella (En la articulación con los parietales), que coincide con la prolongación del eje de los incisivos. Con esta radiografía oclusal los incisivos centrales han de aparecer radiografiados de tal modo, que solo sea perceptible el corte elíptico del ecuador de cada diente, no viéndose la proyección de la raíz. El diente retenido aparecerá por delante o por detrás (vestibular o palatino de la proyección radiográfica de los dientes anteriores, Fig. 7, estos teóricamente; en la práctica debido al escaso número de caninos vestibulares absolutos en desdentados y a la realidad anatómica, que en la porción vestibular del maxilar superior, en el espacio lateral primer premolar, no hay anatómicamente lugar para que se aloje un canino horizontal -- (puede haberlo para uno vertical), la imagen radiográfica de un prescindible canino horizontal retenido horizontal -- sobre la tabla vestibular, apenas es visible, la imagen de este diente. En maxilares superiores con ligera retrona-

cia o que se presenta la tabla vestibular y los dientes anteriores ligeramente perpendiculares, pueden ser visibles en una radiografía oclusal, realizada por el método que a continuación se detalla, un canino vestibular; los verticales sobre todo.

Se trata de esquematizar este problema con el objeto de hacer comprensible la penetración del rayo central para ubicar el canino exactamente en su relación vestibulopalatino.

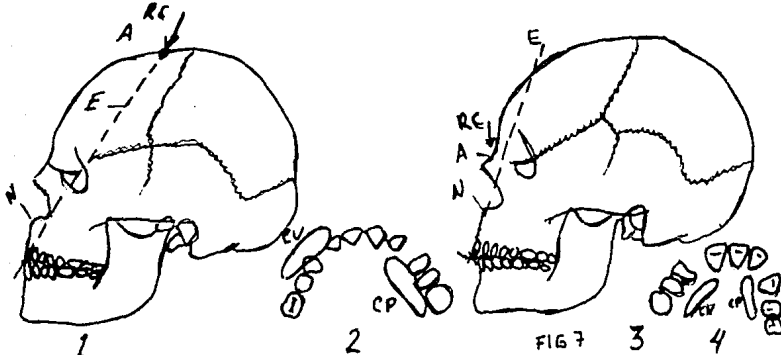


FIG. 8 Procedimiento experimental para ubicar los caninos superiores retenidos en su posición vestibular o palatino, por medio de la radiografía oclusal.

En 1, el rayo central penetra por el punto A (2.5 cm. sobre la glabella), que coincide aproximadamente con la prolongación del eje mayor de los incisivos centrales superiores, sobre el hueso frontal (este punto A, no es constante, varía en la anatomía y forma craneal.) dicho en otros términos, el eje central y el eje mayor de los incisivos centra-

les, son una misma línea; el resultado de esta técnica se puede observar en 2 (c.v. canino vestibular y c.p. canino palatino) se observa la ubicación del rayo central (RC) (perpendicular a la película) sobre los huesos propios de la raíz (en A), y la proyección del eje de los incisivos centrales como 3 que en este caso no coincide con dicho rayo de resultado de esa técnica oclusal, colocando el rayo central en A (huesos propios), es el que se presenta en el esquema 4 -- colocando el cono localizador en el punto indicado (A), el canino palatino o vestibular, siempre aparece de la misma -- manera (palatino) como se esquematiza en 4.

Lo exacto, hasta que se demuestre otro procedimiento, es el método de las tres películas (M, M, P), anterior media y posterior, estudiado para la "ubicación del diente en el plano anteroposterior (sagital)", con el rayo central perpendicular a cada una de ellas y aplicando la ley del objeto bucal (el estudio y esquematización a continuación.)

La ley del objeto bucal (Ley de Ennis y Berry, 1959). Ennis y Berry han realizado un calificado estudio. Se colocan dos objetos opacos (a la luz o a los rayos X) sobre un mismo plano y sobre una misma línea y se proyecta un haz de luz o de rayos sobre una pantalla o película, se obtendrá una imagen que representa la superposición de los dos cuerpos sobre la pantalla receptora. Si se dejan los objetos mencionados y la pantalla o película en el mismo sitio pero

se despaiza lateralmente el aparato emisor de mesial a distal los objetos opacos ya no aparecerían superpuestos, como en el primer caso.

UBICACION DEL DIENTE EN EL PLANO ANTEROPOSTERIOR.

(Plano sagital) Se logra mercer a varias tomas radiográficas con placas comunes. Estas tomas las denominaríamos -- simplemente a,m,p. (anterior, medio y posterior).

a) Toma anterior, se coloca la película en el lado palatino haciendo coincidir la línea media de la placa con el espacio interincisivo.

b) Toma media, se coloca la película orientada varticalmente haciendo coincidir con su borde anterior con el espacio interincisivo.

c) Toma posterior, se coloca la película haciendo coincidir al borde anterior con la cara distal del incisivo lateral.

IMPORTANCIA DE CONOCER LA PORCION CORONARIA.

La radiografía debe mostrar con perfecta nitidez: 1 la forma de la corona, la existencia y dimensiones del sacro pericoronario. 2. La distancia y relación de la cúspide del canino con los incisivos central y lateral y la distancia con el conducto palatino anterior.

IMPORTANCIA DE CONOCER LA PORCION RADICULAR.

El ápice del canino retenido presenta, por lo general, una

pronunciada dilaceración.

DELIMITACION DEL CANINO EN EL PLANO HORIZONTAL.

Con una radiografía oclusal, con rayo central perpendicular a la placa y pasando por los premolares.

DELIMITACION DEL CANINO EN EL PLANO VERTICAL.

Se coloca una placa sobre la mejilla opuesta al canino retenido, "dirigiendo el rayo central atravesando el maxilar en sentido horizontal y con incidencia perpendicular a la placa"

VI.- CONSIDERACIONES PRELIMINARES.

a) Presencia de Infección. La infección en forma de pericoronaritis debe tratarse antes de la cirugía.

Ocasionalmente, una retención mucosa o alta puede extraerse tan pronto como se hay establecido un nivel satisfactorio de antibióticos. Si surgieran complicaciones quirúrgicas, la raíz fracturada puede quedar unos días antes de ser extraída. Cuando no existe infección, no es necesaria la antibioterapia bucal o parenteral.

b) Premedicación y preparación del paciente. La premedicación es útil cuando los dientes retenidos se extraen bajo anestesia local para un paciente externo, la dosis bucal -- promedio es 0.1 g de Pentobarbital sódico. Sin embargo -- puede darse por vía intravenosa 1 a 2 ml. de pentobarbital sódico. El paciente sigue siendo ambulatorio pero necesita que alguien lo acompañe a casa. Uno de los regímenes -

más difundidos actualmente consta de Diazepan intravenoso, en dosis de 3 a 20 mg hasta alcanzar el signo de Verril. Esto puede complementarse con Meperidina (Demerol) u Óxido nitroso oxígeno.

La música y una charla interesante, ayudan a establecer una atmósfera favorable.

La preparación del paciente comienza con un enjuagatorio bucal de cualquier agente antiséptico adecuado para reducir la cuenta bacteriana intrabucal.

c) Compresas. Las compresas estériles van a proveer un campo estéril al tiempo que cubren los ojos, reduciendo así el trauma psicológica. Se coloca debajo de la cabeza del paciente una compresa estéril, que se lleva hacia adelante cubriendo los ojos y la nariz y fijándola con un alfiler de gancho estéril o una pinza de campo. Las partes expuestas de la cara y del mentón se lavan con una solución antiséptica. Se coloca una compresa estéril sobre el pecho del paciente. Otra puede fijarse sobre el pecho del operador, -- pueden usarse guantes estériles, Estas compresas, incidentalmente no representan una exageración en los detalles, dado que con su uso se reduce considerablemente la incidencia de la alveolitis seca.

d) Posición del Sillón. La posición del sillón debe ser lo suficientemente baja como para que el codo derecho del operador quede frente al hombro derecho del paciente.

e) Separadores. La asistencia debe estar enterada para sostener el separador en la mano derecha. El borde de la gasa del lado lingual se sostiene por debajo de la punta del separador, el que a su vez se mantiene contra la cortical interna cuando el profesional está operando del lado derecho del paciente. La lengua no se lleva hacia la línea media. Cuando se opere el lado izquierdo del paciente, la punta del separador se mantiene por debajo del colgajo mucoperióstico contra el hueso. La tracción excesiva del colgajo por parte del asistente provocará un linfodema posoperatorio excesivo. El manejo de la gasa y del martillo puede realizarse con la mano izquierda. Si se emplea succión es útil -- un asistente más.

VII.- EXTRACCION DE LOS CANINOS POR LA VIA PALATINA.

ANESTESIA. Como toda intervención quirúrgica, la anestesia es fundamental. La extracción de los dientes retenidos es una operación de larga duración. La anestesia debe prever esta contingencia. Es interesante el empleo de una anestesia base, administrando al paciente, agentes para la sedación basal.

Retención Unilateral. Anestesia infraorbitaria del lado a operarse.

Anestesia local infiltrativa de la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y del agujero palatino poste-

rior del lado a operarse.

Retención Bilateral. Anestesia infraorbitaria en ambos lados.

Anestesia infiltrativa local en la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y de ambos agujeros palatinos y posteriores.

Anestesia General. Los caninos retenidos pueden ser operados bajo anestesia general (barbitúricos por vía endovenosa, mas protóxido de azoe, oxígeno); es conveniente colocar la cabeza en posición horizontal.

OPERACION.

Incisión. Para extraer un canino retenido en el lado palatino, es necesario desprender parte de la fibrómucosa, dejando al descubierto al hueso, es decir, preparar un colgajo que permita un amplio descubrimiento del lugar donde está retenido el diente a extraer. La extensión del colgajo debe estar dada por la posición del canino retenido. Cúspide y ápice del canino son los extremos por fuera de los cuales se traza la incisión. Este es el colgajo que preferimos. Se realiza de la siguiente manera: se utiliza un bisturí de hoja corta, el cual se insinúa entre los dientes y la encía, dirigido en sentido perpendicular a la bóveda, -- llegando hasta el hueso. El desprendimiento se inicia en el límite ya prefijado (cara distal del segundo premolar, cara distal del primer molar) y se extiende en sentido anterior hasta los incisivos centrales, lateral o molar del lado --

opuesto, según el sitio que ocupe el o los caninos retenidos. Al llegar al sitio donde falta el diente en la arcada, el bisturí contonea parte de la cara mesial del primer premolar; la incisión sigue la cresta de la arcada y se continúa hasta el lugar en que se ha prefijado la ubicación del ápice retenido, la pequeña lengüeta que resulta de esta incisión será utilizada con provecho al practicar la sutura.

Desprendimiento del Colgajo. Practicada la incisión del desprendimiento del colgajo se realiza con un instrumento como (espátula de Freer, o el útil periostótomo.)

Este instrumento se insinúa entre la cara dentaria y la fibromucosa palatina, y por pequeños movimientos sin herir ni desgarrar la encía, se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso de labóveda palatina.

Es conveniente después de desprendido un trozo de fibromucosa, tomar este con una pinza de disección. Este colgajo debe ser mantenido inmóvil durante el curso de la operación. Se pasa un hilo de sutura por un punto de la fibromucosa de preferencia a nivel de la lengüeta gingival del espacio del canino. Se cohibe la posible hemorragia ósea de los vasos palatinos sin cuyo requisito la visión no es correcta los métodos de hemostasia son los indicados en técnica quirúrgica: comprensión, aplastamiento del hueso vecino, gasas con adrenalinás. Cohibida la hemorragia se pasa a otro -- tiempo quirúrgico.

OSTECTOMIA. Para eliminar el hueso que cubre el canino retenido, puede el cirujano valerse de varios métodos, aunque -llevan el mismo fin, tienen diferencias fundamentales que se refieren al shock quirúrgico y a las molestias que pueda sentir el paciente. La osteotomía debe descubrir toda la corona, especialmente al nivel de la cúspide del diente retenido y una anchura equivalente al mayor diámetro de la corona, -- para que ésta se pueda eliminar de la cavidad ósea, sin tropezos y sin traumatismo, Por lo general es suficiente descubrir el tercio cervical de la raíz. Con el método de la odontosección, la cantidad de osteotomía está reducida.

Uso de la Fresa. La fresa es el instrumento de nuestra preferencia. Elimina el hueso limpia y rápidamente, sin molestar al operado.

Los inconvenientes que pudieran derivarse del recalentamiento del instrumento se subsanan usando fresas nuevas, que debe cambiarse continuamente en el curso de la extracción, - porque al embotarse con los restos óseos y la sangre, bruñen el hueso y lo calientan. Es útil irrigar el hueso con suero fisiológico tibio esterilizado. El empleo de fresas de carburo de tungsteno y torna de alta velocidad, facilita la operación. La ostectomía a fresa se realiza con fresas redondas número 8.

Uso del escoplo. Se emplea un escoplo recto, angulado o de media cuña. Se aplica verticalmente al hueso y con golpes

de martillo se elimina el hueso que sea necesario, esta osteotomía se cumple por partes retirando el hueso en pequeños trozos, en los profundos, el golpe de martillo es penosamente soportado por el paciente.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. Realizada la resección ósea, hay que considerar el objeto primordial de la operación, que es la extracción del diente retenido.

Esta parte de la operación exige criterio, habilidad y firmeza, para no traumatizar o luxar los dientes vecinos, o -- fracturar las paredes alveolares.

La operación consiste en eliminar un cuerpo duro, inextensible (el diente) de un elemento duro que debe considerarse in extensible (el hueso), esta maniobra sólo puede realizarse con palancas que apoyadas en el hueso vecino más sólido y más protegido (el hueso del lado interior) elevan el diente siguiendo la brecha ósea creada. Esto quiere decir que hay que facilitar, por algún medio, la eliminación de este cuerpo inextensible dentro del otro cuerpo. Este "medio" se resuelve por dos procedimientos; o se aumenta ampliamente la ventana ósea por donde debe eliminarse el diente o se disminuye el volumen del diente a extraer, este procedimiento es sencillo, rápido y elegante (odontosección), se corta el -- diente en el número de trozos que sea necesario, y se extraen sus partes por separado, y a expensas de los espacios crea dos por las partes desalojadas se completa la extracción de

los trozos quedan.

LA ODONTOSECCION. Puede realizarse con dos instrumentos: la fresa y el escoplo.

Uso de la fresa. El diente debe ser cortado a nivel de su cuello con fresa de fisura No. 7020560 dirigida perpendicularmente al eje mayor del diente, se introduce un elevador recto en el espacio creado por la fresa y se imprime al instrumento un movimiento rotatorio, con el cual se logra separar definitivamente raíz y corona.

EXTRACCION DE LA RAIZ.

Puede extraerse la raíz introduciendo el mismo elevador angular que se usa para la corona, entre la pared radicular - que mira la línea media del hueso adyacente y dirigiendo la raíz hacia abajo y hacia la línea media en otras condiciones es útil practicar con una fresa redonda, un orificio en la bóveda ósea que llegue hasta la raíz. Introduciendo por esta perforación un elevador fino o instrumento sólido que dirige la raíz hacia el espacio vacío.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA. Inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea y extraer las esquirlas de hueso o de diente que puedan quedar y eliminar el saco pericoronario del diente retenido; éste se extirpa con una cucharilla filosa. Los bordes óseos agudos y prominentes deben ser alisados con una fresa redonda.

SUTURA.- Es un tiempo importante e imprescindible, a nuestro juicio el colgajo se vuelve a su sitio, readaptándolo perfectamente, de manera que las lengüetas interdientarias ocupen su normal ubicación.

En los caninos unilaterales, generalmente un punto de sutura, es suficiente el extremo interno del hilo se vuelve, atraviesa el punto de contacto para llegar al triángulo subgingival y se amula con el extremo del hilo. Terminada la operación, se coloca el trozo de gasa en la bóveda palatina, comprimiendo y manteniendo adosada la fibromucosa.

VIII.- EXTRACCION DE LOS CANINOS POR VIA VESTIBULAR.

ANESTESIA.- La anestesia de elección es la infraorbitaria; se completa con la anestesia del paladar a nivel del agujero palatino anterior y una anestesia distal a la altura del ápice del canino.

INCISION.- Se emplea la inscisión del arco (Partsch) o la incisión hasta el borde libre (Newman) debe estar lo suficientemente alejado del sitio de la implantación del diente, como para que ésta no coincida con la brecha ósea (FIG. 9).

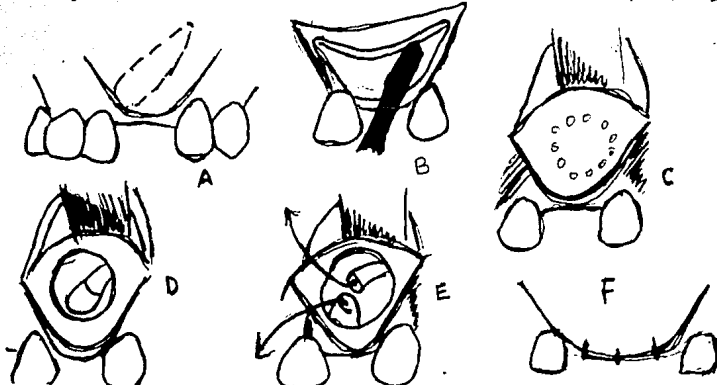


FIG. 9. Extracción de un canino por vía vestibular.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO. Debe mantenerse levantado durante el curso de la operación con un separador romo que no traumatiza.

OSTECTOMIA. Se realiza con fresa o escoplo, la tabla externa no tiene la dureza y solidez de la bóveda palatina y permite la ostectomía más fácilmente.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. Después de enucleada la tapa ósea puede ser extraída enteras, luxándolos previamente con elevadores rectos que se enciman entre el diente y la pared ósea.

Los caninos palatinos que se encuentran próximos a la cara dentaria, y en caso d ausencia del incisivo lateral, del primer premolar o también de ambos dientes, pueden ser intervenidos por la vía vestibular; para ser posible su extracción es necesario practicar la odontosección.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA. Se inspecciona la cavidad ósea, se extirpa el saco pericoronario y los restos óseos y dentarios.

SUTURA. Dos o tres puntos de sutura con seda o hilo completan la operación, después de repuesto el colgajo en su sitio.

EXTRACCION DE LOS CANINOS EN MAXILARES DESDENTADOS.

La vía de elección para la extracción de los caninos en maxilar sin dientes es la vestibular, al no ser los colocados más profundamente será por paladar. Las normas para la extracción de estos dientes se ajustan a los señalados para otros tipos de caninos retenidos.

EXTRACCION DE LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS.

Los caninos inferiores retenidos existen en número mucho menor que los superiores (51% - 4% Blum; 34-4 Berten)

CLASIFICACION DE LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS.

CLASE I: Mandíbula dentado (esta consideración es a nivel del diente retenido), retención unilateral. Diente ubicado en el lado lingual. a) Posición vertical, b) Posición horizontal.

CLASE II: Mandíbula dentado. retención unilateral, diente ubicado en el lado bucal. a) Posición vertical, b) Posición horizontal.

CLASE III: Mandíbula dentado. Retención bilateral a) dientes ubicados en el lado lingual, b) Posición horizontal c) Posición vertical.

CLASE IV: Mandíbula desdentado. Retención unilateral a) posición horizontal b) Posición vertical.

CLASE V: Mandíbula desdentado. Retención bilateral a) Posición horizontal b) Posición vertical.

Exámen Clínico y Radiográfico. Se tomará radiografías loca-

les y radiografía oclusal, con el rayo central dirigido paralelamente al eje de los dientes vecinos. Esta última toma es importante para conocer con toda precisión la posición bucal o lingual que pueda tener el diente retenido.

EXTRACCION DE LOS CANINOS INFERIORES VESTIBULARES.

ANESTESIA. Los caninos inferiores retenidos pueden ser operados con anestesia regional o con anestesia local.

OPERACION. Se ajustan todas las normas ya señaladas para la extracción de los caninos superiores. La vía de la elección es vestibular.

INCISION. La incisión en arco, sin llegar al borde gingival, provee un colgajo suficiente. Puede prepararse un colgajo a expensas del borde libre, trazando una incisión vertical y desprendiendo la encía de los cuellos dentarios, de esta manera corren menores riesgos de ser traumatizados, durante las maniobras quirúrgicas, las franjas gingivales entre el borde libre y la incisión.

DESPRENDIMIENTO DE LOS COLGAJOS. Con una legra fina, con el periostotoma o con la espátula de Freer se desciende el colgajo mucoperióstico, que sostiene con un separador romo.

OSTECTOMIA. Puede realizarse a escoplo o con fresas redondas número 8.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. Para facilitar el problema -

quirúrgico, la odontosección se impone las porciones seccionadas se extraerán por separado con elevadores rectos o angulares, según la posición y la facilidad de acceso.

SUTURA. Se puede realizar la sutura con seda, hilo, catgut o nylon.

EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES LINGUALES.

Tal posición relativamente rara. La intervención puede realizarse por vía vestibular, cuando existe espacio entre los dientes vecinos, la extracción por el lado lingual es muy laboriosa por la dificultad de acceso y mala visibilidad a este nivel.

El método de la odontosección disminuye los riesgos de lesiones sobre los dientes vecinos y presión o fuerza excesiva que puede comprometer la integridad de la mandíbula.

X.- INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS.

El cuidado postoperatorio es importante después de la cirugía bucal y la recuperación puede prolongarse si éste se descuida debe preverse que habrá algo de inflamación, rigidez y molestia. Si esto es excesivo, por favor llame o regrese al consultorio para atenderlo.

EL DIA DE LA OPERACION.

SANGRADO.

a) Mantenga un apósito de gasa en el sitio quirúrgico con

presición constante y firme durante tres minutos.

b) Mantenga la cabeza elevada y descanse tranquilamente.

c) No chispe o escupa excesivamente. Si persiste el sangrado repita lo anterior.

d) Es normal que se presente salivación y cambio de color de la saliva,

INFLAMACION

Aplicue una bolsa de hielo en la región intervenida durante diez minutos, cada media hora, durante las primeras seis a ocho horas.

DOLOR

Tomar tabletas prescritas y descansar.

DIETA

Líquidos, alimentos blandos o regulares. No emita sus alimentos.

SEGUNDO DIA. Cepille los dientes. Utilize enjuague de agua caliente con media cucharadita de sal en un baso de agua caliente (a la temperatura del café) de 3 a 5 veces al día. Continúe tomando tabletas para el dolor si esto fuera necesario.

ANTIBIOTICOS.- Pueden estar indicados, de manera regular, en inclusiones profundas difíciles y cuando se usen deben ser prescritos en dosis adecuadas por un mínimo de 5 a 7 días.

XI.- CONCLUSIONES.

Los caninos retenidos tanto en el maxilar como en la mandíbula se presenta en ambos sexos, con más frecuencia en mujeres y más frecuente su inclusión palatina con una franca tendencia hacia la retención unilateral se han propuesto - varias causas de esta inclusión, es muy importante evaluar los caninos retenidos. Su localización radiológica e interpretación de este tipo de estudios. La placa oclusal, la placa central y la periapical acompañado de una historia clínica minuciosa se determinará si debe o no extraerse.

Si se determina su extracción es importante tener en cuenta una correcta técnica de asepsia y antisepsia tanto del operador, paciente e instrumental. Así como sus indicaciones y seguimiento postoperatorio.

XII.- BIBLIOGRAFIA

- GUILLERMO A. RIES CENTENO
CIRUGIA BUCAL
NOVENA EDICION
EDITORIAL "EL ATENEO"
BUENOS AIRES

- W. HARRY ARCHER
CIRUGIA BUCAL
2a. EDICION CASTELLANA
TOMO I
EDITORIAL MUNDI, S.A. C.I.E.
BUENOS AIRES, REP. ARGENTINA

- DANIEL E. WAITE
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL PRACTICA
SEGUNDA EDICION
EDITORIAL CONTINENTAL S.A. DE C.V. MEXICO

- GUSTAVO KRUGER
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
CUARTA EDICION
EDITORIAL INTERAMERICANA

- GURALNICK, WALTER C.
TRATADO DE CIRUGIA ORAL
EDICION 1971
EDITORIAL SALVAT EDITORES, S.A.