



78
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

Facultad de Odontología

**TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS
CANINOS INCLUIDOS**

(PRESENTACION DE UN CASO)

MIGUEL ANGEL MERCADO CALDERON



Universidad Nacional
Autónoma de México

Biblioteca Central

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A quienes debo el haberme realizado
como profesionista.
Con todo mi cariño y gratitud.

A mis Padres:

Sra. Sara Bertha Calderón de Mercado
(Q.E.P. D.)

Sra. María Ramos de Mercado

Sr. Dr. V. Mercado Gómez

A mis Hermanos:

Manuel
Francisco
Margarita
Graciela
Teresita
Noemí
Jaime
Aidé.

Con cariño y
agradecimiento también,
para mi tía:

Sra. Beatriz Teresa Calderón.

A toda mi Familia.

Con mi admiración y agradecimiento
a mi Maestro y Director de esta Té
sis:

Sr. Dr. Enrique Grageda Cantú

A mis Maestros.

A mis Amigos (as).

INDICE .

INTRODUCCION.

TEMA I.- DEFINICION.

TEMA II. ETIOLOGIA DE LOS CANINOS INCLUIDOS.

- a) DE TIPO EMBRIOLOGICO.
- b) POR CAUSAS MECANICAS
- c) POR CAUSAS GENERALES.

TEMA III. CLASIFICACION DE LOS CANINOS INCLUIDOS.

- a) CON EL NUMERO DE CANINOS RETENIDOS.
- b) CON LA POSICION QUE ESTOS DIENTES PRESENTAN.
- c) CON LA PRESENCIA O AUSENCIA DE DIENTES EN LA ARCADE.

TEMA IV. COMPLICACIONES QUE PRESENTAN.

- a) MECANICAS.
- b) INFECCIOSAS
- c) NERVIOSAS
- d) TUMORALES

TEMA V.- ESTUDIO ANATOMICO DE LA REGION

- a) ESTRUCTURA OSEA DEL MAXILAR SUPERIOR.
- b) MUCOPERIOSTIO DEL PALADAR
- c) INERVACION E IRRIGACION DEL MAXILAR SUPERIOR.

TEMA VI.- HISTORIA CLINICA DEL CASO.

- a).- DATOS GENERALES DEL PACIENTE.
- b).- PADECIMIENTO ACTUAL
- c).- INTERROGATORIO (ANTECEDENTES).
- d).- EXAMEN FISICO GENERAL.
- e).- EXAMENES COMPLEMENTARIOS.
- f).- DIAGNOSTICO PRESUNTIVO.

TEMA VII.- ESTUDIO RADIOGRAFICO Y LOCALIZACION.

- a).- INSPECCION
- b).- PALPACION
- c).- EXAMEN RADIOGRAFICO.

TEMA VIII.- ENFOQUE PSICOLOGICO PARA INFUNDIR CON—
FIANZA AL PACIENTE.

TEMA IX.- CUIDADOS PREOPERATORIOS.

- a).- GENERALES
- b).- LOCALES.

TEMA X.- ANESTESIA.

- a).- NERVIOS INFRAORBITARIOS
- b).- NERVIOS PALATINOS ANTERIORES
- c).- NERVIOS PALATINOS POSTERIORES.

TEMA XI.- TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA.

- a).- ANESTESIA.
- b).- INCISION.
- c).- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO
- d).- OSTEOTOMIA.
- e).- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA
- f).- SUTURA.

TEMA XII .- CUIDADOS TRANSOPERATORIOS.

TEMA XIII.- CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

- a).- TRATAMIENTO LOCAL POSTOPERATORIO
- b).- FISIOTERAPIA POSTOPERATORIA
- c).- CUIDADOS DE LA HERIDA
- d).- EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA
- e).- INSTRUCCIONES AL PACIENTE.

TEMA XIV.- EVOLUCION

TEMA XV.- CONCLUSIONES.

INTRODUCCION.

La profesión odontológica, tiene en el campo de sus especialidades, ala Cirugía Oral, como una de las prácticas mas frecuentes y esta a su vez tiene un alto porcentaje de operaciones, de tratamientos de piezas incluídas, básicamente de terceros molares y de caninos incluídos, siendo estos últimos el tema a desarrollar en este trabajo.

Los motivos esenciales que me han llevado a realizar esta tesis sobre "Tratamiento Quirúrgico de los Caninos Incluídos" han sido en primer lugar el de realizar una Tesis que aumentará mis conocimientos generales de Cirugía Oral, no solo de manera teórica sino que también complementado con la práctica, ya que ambos conocimientos me serán de in discutible utilidad en el ejercicio profesional.

Otro motivo, es el deseo de no hacer un simple trabajo bibliográfico de recopilación de datos, sino acompañarlo con la práctica, por lo cual hago la presentación detallada de un caso clínico, desde el inicio del tratamiento hasta la resolución del problema, con las radiografías y fotografías correspondientes, añadiendo además un estudio general de investigación, que comprende; la Etiología, Clasificación y Localización de los Caninos Incluídos, el Estudio Radiográfico, Anatómico, etc., para una mejor complementación de esta Tesis.

TEMA I

1.- DEFINICION.

Se entiende por pieza dentaria incluida o retenida, a toda pieza que en el momento normal de su erupción permanece encerrada en los procesos maxilar y mandibular, conservando la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

Generalmente sucede con los terceros molares y caninos, la retención dentaria puede presentarse de dos maneras: una, cuando está completamente rodeado por tejido óseo (retención intraósea) y otra cuando el diente esta cubierto por la mucosa gingival (retención subgingival).

Cualquiera de los dientes, ya sean, temporales, permanentes o supernumerarios pueden quedar retenidos.

TEMA IIII.- ETIOLOGIA

- A).- DE TIPO EMBRIOLOGICO
- B).- POR CAUSAS MECANICAS
- C).- POR CAUSAS GENERALES.

La retención o impactación de piezas dentarias es tanto todo un problema mecánico, ya que el diente que está destinado a hacer su erupción normal, encuentra un obstáculo que impide la realización normal del trabajo que le está encomendado.

Las razones por las cuales, el canino no hace erupción y queda incluido, son las siguientes:

A).- DE TIPO EMBRIOLOGICO.-

- 1.- El germen de la pieza dentaria se encuentra alejado de su punto de erupción.
- 2.- El germen se encuentra en la posición adecuada pero tiene muy poco espacio para salir.
- 3.- Cuando el canino se calcifica y se encuentra con el premolar.
- 4.- Los dientes no brotan a tiempo ni en dirección normal y quedan retenidos en el maxilar y en la mandíbula en una posición oblicua o transversa.

B).- POR CAUSAS MECANICAS.-

- 1.- La falta de material de espacio.
- 2.- Hueso demasiado compacto
- 3.- Quistes o tumores de los maxilares.
- 4.- Piezas supernumerarias que se encuentran en la arcada e impiden su normal erupción.
- 5.- Extracciones prematuras hechas en piezas temporales, hacen que se pierda el espacio normal.

C).- POR CAUSAS GENERALES.

- 1.- Enfermedades generales (de tipo endócrino por ejemplo) puede ocasionar trastornos como retenciones dentarias.
- 2.- Enfermedades ligadas al metabolismo del calcio (raquitismo).
- 3.- Desequilibrio de tensión entre la musculatura externa e interna de las arcadas.

Para tener una idea mas exacta, sobre la frecuencia de la retención o impactación del canino en comparación con las demás piezas dentarias, presento el siguiente cuadro sinóptico realizado por Blum en 1953.

DIENTE	MAXILAR		MANDIBULA	
RETENIDO	No.	%	No.	%
I. CENTRAL	9	5	0	-
I. LATERAL	1	0,5	1	0,4
CANINO	99	51	10	4
1er. PREMOLAR	0	-	2	0,8
2do. PREMOLAR	5	3	14	6
1er. MOLAR	0	-	2	0,8
2do. MOLAR	0	-	1	0,4
3er. MOLAR	62	33	231	86

El número de dientes retenidos en un mismo paciente es variable. Lubner en (1937) menciona el caso de un joven de 16 años, con 25 dientes retenidos (18 en el maxilar superior). Esta anomalía se supone hereditaria, ya que su madre presentaba 27 dientes en tales condiciones.

T E M A III

III.- CLASIFICACION DE LOS CANINOS INCLUIDOS.

- A).- CON EL NUMERO DE CANINOS RETENIDOS
- B).- CON LA POSICION QUE ESTOS DIENTES PRESENTAN EN EL MAXILAR.
- C).- CON LA PRESENCIA O AUSENCIA DE DIENTES EN LA ARCADEA.

De acuerdo con estos tres puntos básicos se puede ordenar una clasificación general de estos casos de retenciones.

MAXILAR SUPERIOR

Clase I.-

Maxilar dentado, diente ubicado del lado palatino. Retención unilateral.

Clase II.-

Retención bilateral, diente ubicado del lado palatino. Maxilar dentado.

Clase III.-

Retención unilateral, diente ubicado del lado vestibular. Maxilar dentado.

Clase IV.-

Retención bilateral, diente ubicado del lado vestibular. Maxilar dentado.

Clase V.-

Retención mixta o trans-alveolares, caninos vestibulo-palatinos, Maxilar dentado.

Clase VI.-

Retención unilateral y (o) bilateral, del lado palatino. Maxilar desdentado.

Clase VII.-

Retención unilateral y (o) bilateral, del lado vestibular. Maxilar desdentado.

MAXILAR INFERIOR.

Clase I.-

Retención unilateral, diente ubicado en el lado lingual. Maxilar dentado.

Clase II.-

Maxilar dentado, retención unilateral, -
diente en el lado bucal. Posiciones vertical y ho-
rizontal.

Clase III.-

Retención bilateral, maxilar dentado. -
Dientes ubicados en el lado lingual y bucal y en -
posición horizontal y vertical.

Clase IV.-

Maxilar dentado. Retención unilateral, -
posición horizontal y vertical.

Clase V.-

Retención bilingual, maxilar desdentado

TEMA IV

IV.- COMPLICACIONES QUE PROVOCAN.

- A).- MECANICAS
- B).- INFECCIOSAS
- C).- NERVIOSAS
- D).- TUMORALES.

Los caninos, al permanecer incluidos, — pueden como cualquier otro diente provocar complicaciones; aunque en ocasiones no sucede y pasan inadvertidos.

Las complicaciones que provocan estas — piezas retenidas, se clasifican en:

A).- MECANICAS.-

1.- Trastornos sobre la colocación normal de los dientes; (apinamiento, maloclusión, mordida abierta y cerrada).

2.- Trastornos sobre la integridad anatómica del diente; (rizoclásia de dientes vecinos, alteraciones del cemento y dentina y hasta pulpa).

3.- Trastornos protésicos. En pacientes

desdentados del maxilar superior y que llevan una prótesis total, provocando ulceraciones, solución de continuidad y la infección posterior es un hecho (por eso se recomienda mucho obtener una serie de radiográfica, así comprobamos el diagnóstico de una retención de canino.

B).- INFECCIOSAS.-

Se deben a la infección del saco pericoronario de la pieza incluida. (pericoronaritis).

La infección se presenta generalmente como un proceso de inflamación local, con dolores, aumento de la temperatura local, absceso y fistulconsiguiente, osteitis y osteomielitis.

Además hay complicaciones diversas, cuando afectan órganos diversos (vecinos) como seno maxilar y fosas nasales.

C).- NERVIOSAS.-

Son trastornos que tienen repercusión sobre el Sistema Nervioso Sensitivo Local, se agregan además, las producidas por compresión de filetes nerviosos, neuralgias faciales de intensidad, tiempo y duración variables (neuralgias del trigémino, también trastornos trofoneuróticos).

D).- TUMORALES.

Tumores de origen dentario que tienen su origén indudable en la hipergénesis del saco folicular a expensas del cual se originan.

"Todo diente retenido es un quiste dentigeno en potencia".

TEMA V

V.- ESTUDIO ANATOMICO DE LA REGION

- A).- ESTRUCTURA OSEA DEL MAXILAR SUPERIOR
- B).- MUCOPERIOSTIO DEL PALADAR
- C).- INERVACION E. IRRIGACION DEL PALADAR

Tomando en consideración que la gran mayoría de las retenciones de canino, ocurren en el maxilar superior, el estudio anatómico solo se hizo de esa región. En el cuál abarcaremos los tres puntos antes citados.

A).- ESTRUCTURA OSEA DEL MAXILAR SUPERIOR

Consta este hueso de: Dos caras, cuatro bordes, cuatro ángulos y una cavidad o seno maxilar

En su cara interna se encuentra una saliente horizontal, llamada apófisis palatina, la cara superior de esta, forma gran parte de la bóveda del maxilar y el interno se articula con el borde de la apófisis palatina del maxilar opuesto. Este borde en su parte anterior termina en una prolongación que al articularse con la del lado opuesto for

ma la espina nasal anterior.

Por atrás de la espina nasal anterior, se encuentra un surco que con el del otro maxilar forma el conducto palatino anterior; por el pasa el nervio esfenopalatino. Por arriba de la apófisis palatina se encuentra el orificio del seno maxilar el cual en estado fresco queda muy disminuido en virtud de la interposición de las masas laterales del etmoides por arriba, el cornete inferior — por abajo, el unguis por delante y la rama vertical del palatino por detrás.

Por delante del seno se encuentra el canal nasal, que se encuentra limitado en su parte anterior por la apófisis ascendente del maxilar superior. Esta apófisis en su cara interna presenta; las crestas turbinales superiores e inferiores; la primera se articula con el cornete medio y la segunda con el cornete inferior.

En su cara externa presenta la fosita — mistiforme donde se inserta el músculo del mismo — nombre; posteriormente se encuentra la giba canina por detrás y arriba de esta se encuentra una saliente llamada apófisis piramidal.

Esta presenta una base, un vértice que —

ma la espina nasal anterior.

Por atrás de la espina nasal anterior, se encuentra un surco que con el del otro maxilar forma el conducto palatino anterior; por el pasa el nervio esfenopalatino. Por arriba de la apófisis palatina se encuentra el orificio del seno maxilar el cual en estado fresco queda muy disminuido en virtud de la interposición de las masas laterales del etmoides por arriba, el cornete inferior — por abajo, el unguis por delante y la rama vertical del palatino por detrás.

Por delante del seno se encuentra el canal nasal, que se encuentra limitado en su parte anterior por la apófisis ascendente del maxilar superior. Esta apófisis en su cara interna presenta; las crestas turbinales superiores e inferiores; la primera se articula con el cornete medio y la segunda con el cornete inferior.

En su cara externa presenta la fosita — mistiforme donde se inserta el músculo del mismo nombre; posteriormente se encuentra la giba canina por detrás y arriba de esta se encuentra una saliente llamada apófisis piramidal.

Esta presenta una base, un vértice que —

se articula con el hueso malar, tres caras y tres bordes. La cara superior y orbitaria forma parte del piso de la órbita y lleva el conducto suborbitario; en la cara anterior se abre el conducto suborbitario por donde sale el nervio del mismo nombre. Entre este agujero y la giba canina se encuentra la fosa canina. De la pared inferior salen unos conductillos llamados agujeros dentarios posteriores por donde pasan nervios dentarios y arterias alveolares destinados a los gruesos molares.

Borde anterior.- Arriba de la espina nasal anterior, se encuentra una escotadura, que con la del lado opuesto forma el orificio anterior de las fosas nasales.

Borde Posterior.- En su parte baja se articula con la apófisis piramidal del palatino y con el borde anterior de la apófisis pterigoides. Ahí se encuentra el conducto palatino posterior por donde pasa el nervio palatino anterior.

Borde Superior.- Forma el límite interno de la pared inferior de la órbita.

Borde Inferior.- Borde alveolar.

B).- MUCOPERIOSTIO DEL PALADAR.

El tejido que cubre el reborde alveolar de un desdentado es igual a la encia normal en su estructura. Esta consituido de una capa firme y gruesa, de tejido conectivo inelástico denso adherido al mucoperiosteo del reborde y cubierto por un epitelio escamoso estratificado.

Este tejido que tiene un espesor de 4 a 8 mm., se extoende desde la tuberosidad del maxilar de un lado opuesto a otro incluyendo la parte anterior del maxilar.

El paladar duro esta cubierto en su parte anterior por un tejido denso y resistente que forma las rugas palatinas, en cambio la mucosa de la parte posterior del paladar duro, es lisa y elastica.

La submucosa es acolchada y húmeda en esta zona, por la presencia de tejido adiposo y numerosas glándulas, contiene ademas vasos y nervios palatinos. Con frecuencia se encuentra en la línea media del paladar duro un reborde resistente cubierta por una delgada capa de tejido blando, esta zona, el rafé medio y la sutura palatina varía en forma y tamaño, cuando es muy prominente se le deno

mina torus palatino.

C).- INERVACION E IRRIGACION DEL MAXILAR SUPERIOR.

En la cara anterior del maxilar superior encontramos el agujero infraorbitario por el que sa le el nervio infra o suborbitario y es considerado como terminal del nervio maxilar superior, dividién dose a su vez en tres pequeños ramos terminales: - Ascendentes o palpebrales, descendientes o labiales, e internos o nasales.

Por la parte palatina encontramos por an terior y en la línea media, el agujero palatino anterior por donde emergen el nervio nasopalatino, ra mo del esfenopalatino quien a su vez es ramo del — maxilar superior y termina en numerosos ramos en la parte anterior de la mucosa de la bóveda palatina.

Los agujeros palatinos posteriores en — número de dos: Izquierdo y derecho, localizados — aproximadamente a 1 cm., por arriba y por dentro — del reborde alveolar cerca de la sutura entre el — borde posterior, entre la apófisis palatina del maxilar del borde anterior de la lámina horizontal — del paladar; por estos agujeros palatinos posterior

res emergen los nervios palatinos anteriores, también ramas del esfenopalatino, que es ramo a su vez del maxilar superior, inerva el velo y parte de la bóveda palatina.

Ramos dentarios posteriores, estos en número de dos o tres se separan del maxilar superior un poco antes de su entrada en la cavidad orbitaria descienden por la tuberosidad del maxilar, se introducen en los conductos dentarios inferiores y forman anastomosandose por encima de los premolares y molares un plexo, que da ramos a todas las raíces de los molares superiores, al hueso malar y la mucosa del seno maxilar.

El nervio dentario medio, nace del infraorbitario en el canal o su piso, antes de la extremidad posterior del conducto, desde ahí desciende por la pared anterolateral del seno hasta la parte anterior del meato inferior, este ramo se anastomosa por detrás con el plexo dentario.

TEMA VI

VI.- HISTORIA CLINICA DEL CASO.

- A).- DATOS GENERALES DEL PACIENTE
- B).- PADECIMIENTO ACTUAL
- C).- INTERROGATORIO (ANTECEDENTES).
- D).- EXAMEN FISICO GENERAL
- E).- EXAMENES COMPLEMENTARIOS
- F).- DIAGNOSTICO PRESUNTIVO.

La historia clínica es, la recopilación-sistemática y ordenada de todos los datos obtenidos por un interrogatorio directo o indirecto ha que he mos sometido a nuestro paciente, y de lo bien elabo rado que sea dependerá en un alto porcentaje el diagnóstico acertado.

Es por ello que tenemos que convencer al paciente que todas las preguntas tienen gran importancia para obtener datos objetivos de real utilidad.

Dado que el caso clínico que presentamos se trata de una operación sumamente cruenta, donde tendremos que abrir un colgajo bastante amplio; Debemos dar atención especial a los Análisis de La-

boratorio que se refieren a fenómenos hematológicos como son: Tiempo de sangrado, coagulación y protrombina.

La Historia Clínica la desarrollamos en base a los seis puntos anteriormente citados.

A).- DATOS GENERALES DEL PACIENTE.

Nombre: Margarita Mercado Calderón
 Sexo: Femenino
 Edad: 26 años
 Ocupación: Asistente Dental
 Edo. Civil: Casada
 Estatura: 1.60 Mts.
 Peso: 42 Kgs.

B).- PADECIMIENTO ACTUAL.-

La paciente refiere que desde hace — aproximadamente un mes, siente dolor y molestias en las piezas superiores anteriores, aparte de que ha notado como estas piezas han ido perdiendo ligeramente su posición correcta en el arco dentario.

C).- INTERROGATORIO (DIRECTO).

1.- ANTECEDENTES PERSONALES

2.- ANTECEDENTES FAMILIARES

{ PATOLOGICOS

{ NO PATOLOGICOS

1.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Oficio.- Asistente Dental

Vivienda.- En buenas condiciones de higiene, ventilación aceptable, estancia cómoda y con servicio sanitario de agua.

Alimentación.- Balanceada con porcentaje adecuado de proteínas, carbohidratos y grasas.

Escolaridad.- Secundaria (terminó)

2.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Físicos	No hay	SDP
Luéticos	"	"
Neoplásicos	"	"
Cardiovasculares	"	"
Ortopédicos	"	"
Urológicos	"	"
Alcoholismo	"	"

Tabaquismo.- (positivo)

Desde hace 6 años que fuma, aproximadamente fuma 10 cigarrillos maximos al día. Dejó de fumar durante el período de embarazo y durante tras trornos de vías respiratorias altas.

Diabéticos.- (positivo)

Positivo, pero controlado desde hace aproximadamente 4 años. Actualmente sin ningún signo o signo aparente de complicación post-diabética.

Alérgicos.- (positivo)

Ha padecido esporadicamente cuadros alérgicos de tipo dermatológico, con eritemas y pápulas diseminadas sobre todo en la cara, producidas por el uso de determinados cosméticos, como son los decolorantes para el cabello y el peróxido de hidrógeno. Estuvo bajo tratamiento con terapia antiinflamatoria a base de corticosteroides durante 2 meses, actualmente refiere no tener ningún problema alérgico.

Respiratorios.- (positivo)

Ha padecido rinitis vasomotora, posiblemente, de etiología alérgica y refiere tener obstrucción respiratoria a nivel nasal, que controla por medio de gotas (Nazil-Ofreno). Este problema de obstrucción nasal comenzó hace 3 años aproximadamente y se ha agudizado con el tiempo.

Gastrointestinales.- (positivo)

Refiere tener problemas de constipación- que controla por medio de laxantes desde hace aproximadamente 6 años, estos cuadros de constipación - aparecen en forma esporádica.

2.- ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS.

Su madre murió hace 15 años a causa de - una cardiopatía de origen reumático complicada con embarazo. Su padre vivè y esta bajo tratamiento médico desde hace 8 años ya que padece diabétes. Uno de sus tíos paternos ha presentado infarto cardiaco.

Tiene nueve hermanos los cuales no presentan patología importante.

D).- EXAMEN FISICO GENERAL.

1.- EXPLORACION FISICA.

2.- APARATOS Y SISTEMAS

3.- EXAMEN BUCAL.

1.- EXPLORACION FISICA.

Cabeza.- Normocéfala, sin hundimientos ni exostosis, pelo bien implantado, color negro y con brillo natural.

Cara.- Normal sin cicatrices, piel bien hidratada.

Cuello.- Sin injurgitación yugular, tiroides y tráquea bien centradas, sin datos patológicos importantes.

Tórax.- Campos pulmonares normales, bien ventilados, ruidos respiratorios normales, matidez normal.

Abdómen.- Depresible, blando, sin masas palpables, no hay dolor ni sintomagogía agregada.

Extremidades Superiores.- Flexión y extensión normales, abducción y aducción normales así como la pronación y supinación.

Columna Vertebral.- Bien alineada, sin deformaciones cefálicas y escolióticas, sin dolor a la palpación superficial y a la puño-percusión.

2.- APARATOS Y SISTEMAS.-

Aparato Cardiovascular.- Pulso normal, presión arterial normal, ruidos cardiacos normales, focos aórticos, tricuspídeo y mitral normales sin soplos agregados.

Aparato Respiratorio.- Presenta disnéa por las mañanas, problemas sinusal sin patología de cuidado.

Aparato Circulatorio.- Normal, no presenta ninguna anomalía.

Aparato Digestivo.- Normal, sin datos patológicos.

3.- EXAMEN BUCAL.

1- TEJIDOS DUROS

2- TEJIDOS BLANDOS

3- INSPECCION ARMADA.

1.- TEJIDOS DUROS.-

Hueso Maxilar Superior.- No presenta ni destrucción ni infección, desarrollo normal.

Hueso Mandibular.- No presenta ni destrucción, ni infección, desarrollo normal. Sin patología.

Articulación Temporomandibular.- Normal, no presenta patología alguna.

2.- TEJIDOS BLANDOS.

Lengua.- Normal, de tamaño regular, forma ovoidal, papilas en buen estado. Sin patología.

Paladar. Profundo, con arrugas palatinas bien marcadas. Normal.

Labios.- Superior es normal, grueso, Inferior igual

Encías.- Encía superior, normal, con ligera pérdida del puntilleo característico en piezas antero-superiores, por lo demás es normal en consistencia y color. En la encía inferior presenta ligera inflamación de las papilas interdientarias producidas por apiñonamiento de las piezas inferiores centrales.

Carrillos.- Presenta mordedura de carrillo, de ambos lados provocados por la maloclusión dentaria.

Frenillos.- No presenta ni el frenillo labial superior ni el inferior, solo presenta inserciones.

3.- INSPECCION ARMADA.-

a).- DIENTES SUPERIORES DERECHOS.

- 8 presenta malposición (vestibulo+versión)
- 7 presenta obturación de amalgama.
- 6 presenta obturación de amalgama.
- 5 normal.
- 4 presenta obturación de amalgama
- 3 normal
- 2 presenta destrucción del esmalte por cepillado traumático y además, desgaste del borde incisal por tener mordida ortognática.

- 1 presenta destrucción del esmalte por cepillado — traumático y además, desgaste del borde incisal — por tener mordida ortognática.

b).- DIENTES SUPERIORES IZQUIERDOS.-

- 8 presenta malposición (vestibulo-versión)
- 7 caries de 1er. grado.
- 6 caries de 1er. grado.
- 5 normal.
- 4 normal.
- 3 diente incluido en el paladar
- 2 presenta destrucción del esmalte por cepillado — traumático y además, desgaste del borde incisal — por tener mordida ortognática.
- 1 presenta destrucción del esmalte por cepillado — traumático y además, desgaste del borde incisal — por tener mordida ortognática.

c).- DIENTES INFERIORES DERECHOS.

- 8 caries de 1er. grado.
- 7 presenta obturación de amalgama
- 6 presenta caries de 1er grado
- 5 presenta caries de 1er. grado.
- 4 normal
- 3 malposición y retracción gingival.
- 2 malposición (linguo-versión)
- 1 malposición (labio-versión).

d).- DIENTES INFERIORES IZQUIERDOS.

- 8 diente incluido
- 7 presenta obturación de amalgama
- 6 presenta obturación de amalgama
- 5 presenta caries de 1er grado
- 4 presenta giroversión
- 3 presenta giroversión
- 2 presenta desgaste del borde incisal
- 1 presenta desgaste del borde incisal.

e).- EXAMENES COMPLEMENTARIOS.-

- 1) BIOMETRIA HEMATICA
- 2) TIEMPOS DE COAGULACION Y SANGRADO
- 3) QUIMICA SANGUINEA.

I) BIOMETRÍA HEMÁTICA

PRUEBAS	NORMAL (mujeres adultas)	VALORES OBTENIDOS DE LA PACIENTE
Leucocitos (por mmc)	5-10 m ³	7, 300
Eritrocitos (por mmc)	4.5-5.2 mill.	4. 680, 000
Hemoglobina gm	12-16 g %	14.8
Hematocrito %	37-47	44.3
Plaquetas (por mmc)	250-500 mil	297,800

II) TIEMPOS DE COAGULACIÓN Y SANGRADO.

	NORMAL	VALORES OBTENIDOS
Tiempo de coagulación	5-10 min.	5 min
Tiempo de sangrado	3-4 min.	3.5 min

III) QUÍMICA SANGUÍNEA.

PRUEBAS	NORMAL	VALORES OBTENIDOS DE LA PACIENTE:
Glucosa	65-110 mg %	98
Nitrógeno ureico	10-20 mg %	21
Acido úrico	2.5-8.0 mg %	5.5

F).- DIAGNOSTICO PRESUNTIVO.

Canino Superior Izquierdo, incluido en el paladar.

corresponde en la clasificación a :

Clase I, diente ubicado del lado palatino, maxilar-
dentado.

Retención Unilateral.

TEMA VII

VII.- ESTUDIO RADIOGRAFICO Y LOCALIZACION

- A).- INSPECCION
- B).- PALPACION
- C).- EXAMEN RADIOGRAFICO.

Antes de decidirse a la operación debe procederse a una exacta localización del diente retenido a extraer, puesto que de ello depende la vía operatoria.

El diagnóstico del canino incluído no representa por lo general ninguna dificultad; en cambio hay ocasiones en que solamente la radiografía nos permitira hacerlo.

A veces sin que aparezcan fenómenos ni infecciosos ni dolorosos el paciente nos dice que observa que uno de sus dientes anteriores se des—plaza en una dirección determinada o se esta produciendo una rotación sobre su eje mayor. Este dato nos puede servir también para sospechar la existencia de un canino incluído.

En el diagnóstico de un canino retenido en el maxilar superior, su posición, la relación —

con los dientes vecinos y su calcificación se realizan por los medios clínicos de la inspección, palpación y el examen radiográfico.

A).- INSPECCION.

La ausencia del canino permanente en la arcada, la persistencia del temporal, pueden hacernos sospechar la retención de este diente. En caso de retención palatina o vestibular, la inspección visual descubre una elevación o relieve 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 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.

Algunas veces los arcos dentarios aparecen completos, sin ningún diastema y solamente una observación detenida nos demuestra la persistencia de un canino temporario a la ausencia del canino definitivo, estando ocupado el sitio de este por el primer premolar.

B).- PALPACION.

El dedo índice, que investiga, confirma la existencia de una 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.

Por palpación el bulto puede sentirse o notarse bien sobre el lado vestibular y es menos notable sobre palatino.

En las retenciones horizontales en que la corona del canino esta en contacto con el tercio medio o gingival del incisivo lateral, también la corona del lateral es movilizada hacia vestibular.

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

C).- EXAMEN RADIOGRAFICO.

Una vez que se sospecha o se comprueba la existencia de el o los dientes incluidos, debemos establecer radiográficamente la situación exac-

ta que ocupan en los maxilares.

Si se trata de dientes superiores estableceremos las relaciones que tienen con las raíces de los vecinos y con las cavidades de la cara y si se trata de dientes inferiores, los que presenten con las raíces vecinas, con el conducto dentario y con las tablas, tanto externa como interna del maxilar.

Para ello es indispensable tomar una serie radiográfica con variados enfoques y ángulos pues de este estudio radiográfico dependerá la técnica a emplear y las precauciones a adoptar en cada intervención.

El exámen 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 periapical - tomada "sin las reglas radiográficas precisas" imprescindibles para ubicar el diente a extraer. Tal radiografía intraoral solo nos impedirá de la existencia del diente; las normas para las radiografías de utilidad quirúrgica serán dadas enseguida:

Para establecer si se hallan en vestibular o palatino se utiliza la técnica radiográfica -

del desplazamiento de la imagen. Las radiografías deberán ser estudiadas e interpretadas correctamente.

Por desgracia, rara vez ellas revelan la curvatura apical marcada que este presente. Es de lamentar que aún la imagen oclusal sea a menudo de escaso valor para determinar esa posibilidad o no, deberá decidirse, por fin, cuando la corona y una parte de la raíz sean expuestos en la intervención para la extracción.

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

Un método que no siempre es preciso para ubicar con exactitud aproximada la relación vestibulo-palatina, es el empleo de la radiografía oclusal, con el rayo central paralelo al eje 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 ambos maxilares en oclusión, debe estar también horizontal; aproximadamente 2 cms. sobre la gabela, 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 viendose 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.

Cuanto más horizontal se encuentre el — diente, este estará más cerca del suelo nasal.

La técnica para tomar radiográficamente la región del canino y premolares es la siguiente:— El ángulo de inclinación del localizador sera de - 45 y su punta estará colocada exactamente a la altura de la línea naso-auricular frente al primer — molar. La película sera sostenida por el pulgar o por el índice de la mano del paciente opuesta al lado que se va a radiografiar, es decir de la mano de de

recha si es el lado izquierdo y viceversa. El borde anterior de la palícula estará a la altura del incisivo lateral y el inferior, sobrepasando en 1 o 2 mm las caras triturantes de los premolares.

Este negativo nos dará la imagen completa del primer molar, de los dos premolares y de la región del canino, lo que nos permitirá establecer el grado de inclusión de este, la posición de su corona con respecto a los incisivos y de su raíz en relación con las raíces de los premolares y las cavidades de la cara.

"LOCALIZACION Y ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL CASO CLINICO".

A).- INSPECCION.-

A la inspección notamos la falta del canino superior derecho y además las piezas vecinas están fuera de su posición normal.

B).- PALPACION.-

Se siente al tocar con el dedo índice un abultamiento en la zona palatina; cerca del arco dentario, entre el incisivo lateral y el central.

C).- EXAMEN RADIOGRAFICO.-

Se tomaron tres radiografías periapicales en distinta angulación y enfoque y una radiografía oclusal.- Donde apareció lo siguiente:

Se presenta un canino retenido en la zona palatina, con la corona hacia lingual del incisivo central y la raíz extendida hacia atrás; horizontal a las raíces de los premolares. Hay además rizoclasia tanto del incisivo central como del lateral, y no se alcanza a apreciar si existe curvatura del ápice de la pieza retenida.

En la clasificación de los caninos incluidos, este caso pertenece a la Clase I, o sea:

Maxilar dentado, diente ubicado en el lado palatino. Retención unilateral, cerca de la arcada.

TEMA VIIIVIII.- ENFOQUE PSICOLOGICO PARA INFUNDIR
CONFIANZA AL PACIENTE.

Antes de realizar el tratamiento quirúrgico, es necesario infundir confianza al paciente, para que este llegue en un estado psíquico ideal; - esto lo lograremos de la siguiente manera:

Debemos hablar con toda seguridad al paciente, sobre que tipo de operación es la que se va a efectuar, decirle de que tamaño aproximado va a ser la herida quirúrgica, cuantos puntos de suturavamos a colocar etc. Esto es muy importante ya que la mayoría de los pacientes hacen un drama antes de ser operados, ya que piensan que la herida va a ser sumamente grande y que requerirán muchos puntos de sutura, otros llegarán mas lejos y nos dirán que si no se les caerá o afectare el ojo del lado a operarse o sea donde se encuentra el canino incluido.

En resumidas cuentas, debemos hablar con toda veracidad a nuestro paciente, sobre lo que sera el tratamiento y eliminar de su mente todos esos traumas psicológicos o tabues que por falta de educación en materia odontológica poseen.

Con esto lograremos que el paciente se presente confiado y sin nerviosismo en el momento de la operación. El cirujano oral, debe no solo hablarle con toda veracidad, sino también mitigar la grave resolución, amenguar la importancia del caso y tranquilizar su ánimo, hay cirujanos que, de ante mano, pintan la situación con negros colores y dan a la inminente operación una importancia y gravedad exageradas; con el fin y objeto de descargar su responsabilidad en caso de malos resultados, o al contrario, en caso de éxito presentarse como el gran salvador en el apuro.

Creo personalmente que esta conducta es impropia de caballeros.

T E M A I X

IX.- CUIDADOS PREOPERATORIOS

A).- GENERALES

B).- LOCALES

Para realizar una operación cualquiera - en el organismo, salvo las operaciones de urgencia, se requiere en este una preparación previa, es decir, ponerlo en las mejores condiciones para soportar con éxito una intervención.

Las operaciones de cirugía oral no escapan a estas indicaciones, aunque indudablemente, -- por tratarse por lo general de un paciente con una afección local, la preparación que necesita es menor que las indicaciones en cirugía general.

Esta preparación previa es la que se conoce como el preoperatorio; que es la apreciación -- del estado de salud de una persona en vísperas de operarse, con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin peligro, y en el caso contrario, adoptar las medidas necesarias a que ese -- peligro desaparezca o sea reducido al mínimo.

Sólo me dedicaré a señalar las medidas --

preoperatorias indispensables a todo acto quirúrgico bucal, que son por otra parte sumamente simples. Estas medidas las clasificamos en: Generales y Locales, las generales son las que se refieren a todo el organismo y las locales las que se realizan en el campo operatorio, antes de nuestra intervención.

A).- MEDIDAS GENERALES.-

Dos son las indicaciones preoperatorias más importantes, por no decir las únicas que señalamos en nuestra práctica: Tiempo de coagulación y sangrado y el exámen de orina.

Estudio clínico del paciente: Por lo general quien ha tenido inconvenientes hemorrágicos en intervenciones anteriores nos pondrá sobre aviso; pero si así no fuere, al efectuar la historia clínica podemos averiguar los antecedentes sobre el particular y en caso de existencia de anteriores sucesos se profundizará el exámen en la medida conveniente.

La extracción dentaria es la causa más común de hemorragias en pacientes predispuestos debiendo examinarse con este motivo los otros posibles antecedentes hemorrágicos: Gingivitis, epistaxis, hematuria, hemoptisis, excesiva salida de san-

gre ante traumatismos aún leves, fácil producción de hematomas, esquimosis o petequias.

En caso de haber existido hemorragias se valorará su intensidad, momento de producción y terapéutica empleada para cohibirla.

Solo en contadas ocasiones se llegará a la conclusión de que se esta frente a una diatésis hemorrágica (hemofilias, púrpuras trombopénicas) o una enfermedad hemorrágica (leucemia, cirrosis hepática, uremia, etc.) Todos estos estados nos llevarán a solicitar la consulta médica, para profundizar el estudio clínico, y para poder contar con un exámen completo de su hemostásis.

Exámenes parciales y, sobre todo, las pruebas más comunes, nos pueden ocultar estados hemorrágicos graves. De acuerdo con el resultado se resolvía sobre la oportunidad del tratamiento.

Pero, como se ha dicho, la mayor parte de los casos con antecedentes de este tipo no serán graves, y una minuciosa técnica quirúrgica y los apropiados recursos hemostáticos locales serán suficientes.

B).- MEDIDAS LOCALES.

Estado de la cavidad oral:

Se exige para realizar una operación en la cavidad oral, que esta se encuentre en condiciones óptimas de limpieza, ya que no lo es de esterilización.

El tártaro dentario, las raíces y los — dientes cariados serán obturados o extraídos. Se — exceptúa de esta medida, desde luego, cuando la extracción de dichas raíces o dientes, constituye el objeto principal de la operación.

Las afecciones existentes en las partes blandas de la cavidad bucal contraíndican una operación, siempre que esta no sea de una gran urgencia. Nos referimos a las gingivitis y a las estomatitis — (en especial las úlcero-membranosas) terreno extraordinariamente malo para cualquier operación y que necesitan un tratamiento previo.

En cuanto a las lesiones tuberculosas y — sífilíticas (chancro, placas mucosas) contraíndican toda operación en la cavidad bucal, por el peligro — que significan incisiones sobre tales lesiones y el contagio que representa para el operador.

Aún en estado normal, la boca antes de una operación en ella debe ser lavada con una solución de agua oxigenada (en atomizador) o soluciones antisépticas, que se preparan diluyendo el antiséptico en agua.

Especial dedicación hay que prestarle a los espacios interdentarios, las lenguetas gingivales y los capuchones de los terceros molares. Estas regiones serán lavadas con un antiséptico cualquiera y pintados con tintura de merthiolate antes de la operación.

Estas medidas antisépticas preoperatorias colocarán la cavidad en una condición óptima, para realizar en ella una intervención y disminuir en un alto porcentaje los riesgos y las complicaciones postoperatorias.

TEMA XX.- ANESTESIA

- A).- NERVIOS INFRAORBITARIOS.
- B).- NERVIOS PALATINOS ANTERIORES.
- C).- NERVIOS PALATINOS POSTERIORES.

Como en toda intervención quirúrgica, la anestesia es fundamental. La extracción de los — dientes retenidos es una operación larga y molesta, por lo tanto la anestesia debe prever la longitud de la intervención.

Es interesante el empleo de una anestesia base, complementando al paciente con un tranquilizante (Diazepan) como coadyuvante del anestésico.

ANESTESIA EN CASOS DE RETENCION UNILATERAL.A).- ANESTESIA DEL NERVIIO INFRAORBITARIO

La anestesia del nervio infraorbitario, — se efectúa a nivel del agujero infraorbitario y por difusión la anestesia llega al nervio.

Reseña Anatómica.- Los nervios infraorbitarios se separan del nervio maxilar superior, en el conducto infraorbitario que lo aloja, medio-cm por detrás del agujero infraorbitario descendiendo por delante de la pared anterior del seno maxilar, y se dividen en tres ramas que van a innervar el incisivo central, el lateral y el canino.

El maxilar superior sigue su recorrido por el conducto infraorbitario y al atravesar el orificio se abre en un ancho penacho terminal, innervando el párpado inferior, el ala de la nariz, labio superior, con sus capas dérmicas, muscular y mucosa y la cara bucal de la encía.

Se inserta la aguja en dirección al eje apical de los premolares, guiandonos por nuestro dedo índice, depositamos el anestésico a unos cuantos milímetros del agujero infraorbitario de tal forma que el anestésico llega al nervio por inducción.

Para localizar el agujero infraorbitario según Finochietto y Durante Avellanal: Se traza una línea horizontal que una ambos rebordes orbitarios inferiores. A ésta se le corta con una vertical partiendo de la pupila, que coincida con el eje del segundo premolar. Sobre ésta línea se encuentran también los agujeros supraorbitario y mentoniano.

El agujero infraorbitario queda a 7 mm.- por debajo del reborde orbitario. El dedo índice de la mano izquierda palpa el borde orbitario e identifica por debajo de él una hendidura, que a la presión produce un dolor neurálgico particular; este es el agujero que buscamos.

El conducto que sigue al orificio se dirige de adelante a atrás y de dentro a fuera. A los 6 mm., de su desembocadura se inician los conductillos con los nervios destinados a los incisivos y caninos. Esta es pues la dirección que debe seguir la aguja al pretender llegar hasta estos últimos nervios para anestesiarlos.

La anestesia del nervio infraorbitario - esta indicada en: Intervenciones quirúrgicas sobre la región labial superior, la porción anterior del maxilar (quistes) la apicectomía de los dientes anteriores, canino retenido y exodoncia de los dientes anteriores.

Vías de Acceso.-

Se puede llegar al conducto por dos vías la intraoral y la externa o extrabucal.

Instrumental.-

Jeringa de vidrio y aguja de 4 cms. y de escaso diámetro (4 a 6 para poder penetrar en el interior del conducto, jeringa carpule con aguja de diámetro adecuado.

B).- ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA DE LA BOVEDA PALATINA A NIVEL DEL AGUJERO PALATINO ANTERIOR.

ANESTESIA DEL NERVIO NASOPALATINO.

En la bóveda palatina, sobre la línea media y por detrás de los incisivos centrales, se encuentra el orificio exterior del conducto palatino-anterior, formado a su vez por la unión de dos canales palatinos, pertenecientes cada uno al borde interno de las apófisis palatinas del hueso maxilar superior de cada lado.

En el fondo del conducto aparecen dos orificios, uno anterior y otro posterior (Orificios de Scapa) por donde emergen los nervios nasopalatinos izquierdo y derecho.

Estos nervios nasopalatinos o palatinos-anteriores, inervan la parte anterior del paladar -

hasta la altura del canino. El orificio coincide con la papila palatina, que es muy visible, haciendo abrir la boca al paciente.

A nivel del conducto palatino anterior se realiza la anestesia de estos nervios. Es una anestesia de complemento o también llamada de "cierre de circuito" por si sola no tiene ninguna función que llenar, a no ser pequeñas intervenciones sobre la región de la papila.

Aún para estos casos debe ser complementada con anestesia de los palatinos posteriores (que emergen por el agujero palatino posterior) o infiltrativa a nivel de la cara bucal de ambos caninos superiores.

Técnica de la Anestesia.-

Con una jeringa de vidrio o carpule y una aguja de pequeño calibre se punciona en la base de la papila, del lado a operarse, pero no en el cuerpo mismo de este elemento anatómico. Es menester recordar que ésta papila está compuesta de tejido fibroso, ricamente innervado, lo cual la hace extremadamente sensible.

Después de atravesar la mucosa y llegan-

do al conducto palatino, se deposita muy lentamente 0,5 a 1 c.c. de solución anestésica.

C).- ANESTESIA DE LOS NERVIOS PALATINOS POSTERIORES.

Los nervios palatinos, anterior, medio y posterior, ramas eferentes del ganglio esfenopalatino, descienden a la bóveda, el primero por el conducto palatino posterior, el medio y el posterior - lo hacen por conductos accesorios. El nervio palatino anterior inerva la fibromucosa y encía palatina y se dirige hacia adelante anastomosandose con el esfenopalatino interno.

El agujero palatino posterior esta situado en la bóveda, en la apófisis horizontal del hueso palatino, a nivel de la raíz palatina del tercer molar y equidistante de la línea media y del borde gingival. Los palatinos medios y posteriores que inervan la úvula y el velo del paladar, no entran en el capítulo de este caso.

Posición del paciente.-

Su cabeza inclinada hacia atrás, para poder ver cómodamente la región.

Instrumental.-

El mismo que se utiliza para las inyecciones anteriores. Se introduce en el sitio indicado, que en el paciente se localiza por una depresión a este nivel, una aguja fina, teniendo el eje de la jeringa en la comisura opuesta. Se inyecta 1 c.c. de solución anestésica.

Síntomas de la Anestesia de los Nervios-Nasopalatinos y de los Palatinos.-

La anestesia de los nervios palatinos se realiza, por lo común como anestesia de complemento o de "cierre de circuito". Los síntomas de la anestesia son en tales ocasiones poco visibles, porque predominan los síntomas de la anestesia principal.- Con todo, lo importante es comprobar la anestesia - de la bóveda en la extensión que corresponda al territorio del nervio inyectado.

TEMA XIXI.- TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA.

- A).- ANESTESIA.
- B).- INCISION
- C).- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO
- D).- OSTEOTOMIA
- E).- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.
- F).- SUTURA.

A).- ANESTESIA.-

Para lograr anestesiarse la zona palatina- que nos interesa, en este caso de retención unila- teral, colocamos los tres puntos que explicamos en- el tema anterior:

1ro.- Anestesia Infraorbitaria del lado- a operarse.

2do.- Anestesia local infiltrativa de la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior.

3ro.- Anestesia de los Nervios Palatinos posteriores, a nivel del agujero - palatino posterior.

Con esta logramos anestesiar perfectamente media arcada, lo cual nos permitirá operar con calma y confianza.

B).- INCISION.-

Hecha previa esterilización de la mucosa y dientes de la zona a operar con una solución yodada, se procederá a hacer la incisión, en este caso de retención unilateral palatina deberá ser una incisión amplia para que nos permita una visibilidad y acceso operatorio requerido o necesario en la zona.

La incisión comenzará desde el espacio interdentario del primer molar y segundo premolar hasta el espacio interdentario de los incisivos centrales, a 1 mm. por dentro del cuello de estas piezas.

La incisión deberá hacerse con un bisturí de hoja corta y punta roma, para que sea lo suficientemente resistente y para lesionar lo menos posible al periostio.

C).- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

Terminada la incisión pasamos a realizar

el tercer paso que es el desprendimiento del colgajo, lo cual se logra por medio del periostomo o legra roma; algunos aconsejan pasar un hilo de seda grueso a la mitad y casi en la parte terminal del colgajo, que está destinado a ser atado en el cuello del primer o segundo premolar con esto se mantiene descubierta la parte de la bóveda palatina sobre la cual vamos a operar, sin traumatizar los bordes del colgajo con las pinzas de Kocher, como algunos lo hacen.

D).- OSTEOTOMIA.-

La osteotomía consiste en la remoción — de hueso que nos permita la extracción de la pieza retenida, no siempre es necesaria, pero existen casos que dada la posición de la pieza o lo altamente condensado del hueso maxilar, es menester hacer la osteotomía.

Para realizar la osteotomía algunos aconsejan el empleo de el escoplo y martillo, lo cual — personalmente considero técnicas ya pasadas de moda.

Para realizar una buena osteotomía deberemos emplear unas fresas quirúrgicas redondas diseñadas y construidas especialmente para estos casos. Esta fresa quirúrgica se adapta a la pieza de mano—

de baja velocidad y con ella se procede a remover - el hueso que rodea la pieza retenida principalmente tratando de descubrir la corona y cuando menos un - tercio de la raíz. Es muy importante que nuestro - 2do. cirujano esté aplicando suero fisiológico al mismo tiempo en que nosotros realizamos la osteotomía ya que de no hacerlo así, ante la falta de irrigación y por el calentamiento óseo que estamos provocando podemos necrosar la zona de hueso maxilar - sobre la que estamos trabajando.

E).- EXTRACCIÓN.

Después de haber realizado la osteotomía procedemos a tratar de mover la pieza retenida - por medio de un botador o elevador, como ya tenemos acceso a la corona del diente, introducimos el elevador haciendo girar el mango del mismo, tratando - de mover la pieza, si aún así no lo logramos, procedemos a hacer una retención o muesca en el cuello del diente para que nos permita colocar ahí la punta de un elevador de bandera y así fue como se logró extraer.

Es muy aconsejable en el 90/o de los casos dividir la pieza exactamente en el cuello de la misma, para dejar en libertad la corona, esta será - así, fácilmente extraída y a la raíz también se le hace una retención y de ahí nos apoyamos para extraerla, esto facilita enormemente la extracción.

Una vez hecha la extracción, se eliminan con cucharillas los restos óseos, el saco pericoronario y demás restos dentarios que hubieran podido quedar, se alisan los bordes oseos con limas quirúrgicas y se sueltan los hilos que sostenían el colgajo y se procede a el último paso: la sutura.

F).- SUTURA.-

Después de hecha la extracción procede—
mos a suturar el colgajo para ello se coloca este —
en su sitio y se le comprime fuertemente con una ga
sa esterilizada, con esto el colgajo permanecerá —
en su posición correcta, posteriormente colocamos —
de 3 a 4 puntos aislados en los espacios interdentari
os, cuidando de no dejar los puntos muy tensos y —
que al cortar el hilo de sutura, no nos quede muy —
corto porque corremos el riesgo de que el punto de —
sutura se deshaga.



ANESTESIA DE LA CAVIDAD ORAL

ANESTESIA DEL NERVO
INFRAORBITARIO.





ANESTESIA DEL NERVIO
PALATINO POSTERIOR

INCISION





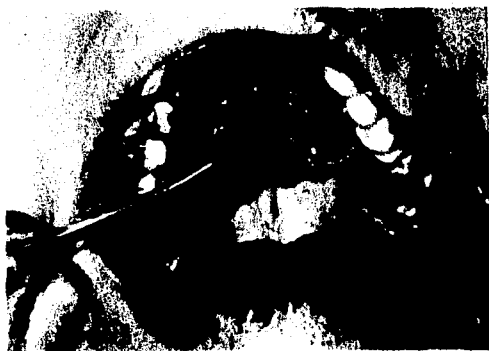
DESPRENDIMIENTO DEL COLBAJO





EXTRACCION DE LA PIEZA
INCLUIDA.

ASPECTO DE LA CAVIDAD QUE
ALOJABA LA PIEZA INCLUIDA.



59-bis



TERMINACION; SUTURA DEL COLGAJO.

T E M A X I IXII.- CUIDADOS TRANSOPERATORIOS.

Son los cuidados que debe tener el cirujano en el transcurso de la operación, dependiendo de ello en gran parte el éxito o fracaso de la intervención.

Los cuidados transoperatorios en la extracción quirúrgica de los caninos retenidos, los podemos enumerar de la siguiente manera:

1.- Cuidado de no aflojar las piezas contiguas, así como sus alveólos sobre todo en su borde.

2.- Cuidado de no fracturar la pieza en su ápice, - ya que es sumamente difícil su extracción.

3.- Cuidado de no hacer comunicación a seno maxilar para evitarlo siempre debemos trabajar con fuerzas controladas.

4.- Cuidado de irrigar con suero fisiológico el hueso maxilar, en el momento que se realiza la osteotomía, de no hacerlo podemos provocar necrosis maxilar.

5.- Cuidado de no dejar restos de saco pericoronario, del diente retenido ya que la omisión de esta medida puede traer trastornos infecciosos y tumorales.

6.- Los bordes óseos agudos y prominentes deben ser alisados con una fresa redonda o con limas quirúrgicas.

7.- Cuidado de no dejar restos oseos o hilos de gasa en el alveólo.

8.- Cuidado de no abrir fosa nasal.

T E M A X I I I

XIII.- CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

- A).- TRATAMIENTO LOCAL POSTOPERATORIO
- B).- FISIOTERAPIA POSTOPERATORIA
- C).- CUIDADOS DE LA HERIDA.
- D).- EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA
- E).- INSTRUCCIONES AL PACIENTE.

Se entiende por postoperatorio, el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación, con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud.

El tratamiento postoperatorio es una de las fases más importantes de nuestro trabajo. Tan es así, que la vigilancia ciudadada y tratamiento del paciente, una vez terminada la operación puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

Los cuidados postoperatorios deben refe-

rirse a la herida misma (y al campo operatorio que es la cavidad bucal) y al estado general del paciente.

El postoperatorio consta de los puntos - antes citados y que a continuación describiremos:

A).- TRATAMIENTO LOCAL POSTOPERATORIO.

Higiene de la cavidad oral.- Terminada la operación, el ayudante o la enfermera lava prolijamente la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, con una gasa mojada en agua - oxigenada.

La cavidad oral será irrigada con una solución tibia del mismo medicamento, o mejor aún — proyectada esta con un atomizador, que limpiará así y eliminará sangre, saliva, restos que eventualmente pueden depositarse en los surcos vestibulares, - debajo de la lengua en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios.

Estos elementos extraños entran en putrefacción y colaboran en el aumento de la riqueza de la flora microbiana bucal. El paciente en su domicilio (ya realizada la formación del coágulo) hará-

lavados suaves de su boca, cuatro horas después de la operación, con una solución antiséptica cualquiera.

B).- FISIOTERAPIA POSTOPERATORIA.

Se ha preconizado el empleo de agentes físicos, como elementos postoperatorios para mejorar y modificar las condiciones de las heridas en la cavidad oral. Se refieren al empleo del frío, - el calor, irradiaciones ultravioletas, etc.

Frió.- Empleamos con gran frecuencia al frío, como tratamiento postoperatorio lo aconsejamos bajo la forma de bolsas de hielo o toallas afelpadas mojadas, en agua helada, que se colocan sobre la cara, frente al sitio de la intervención. El papel del frío es múltiple; evita la congestión y el dolor postoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y concreta los edemas postoperatorios.

El frío se usa por periodos de 15 segundos seguidos de un periodo de descanso alternadamente. Esta terapéutica sólo se aplica en el día de la operación, prolongada por más tiempo su acción es inútil.

C).- CUIDADOS DE LA HERIDA.-

Las heridas en la cavidad oral, cuando evolucionan normalmente no necesitan terapéutica. La naturaleza, provee las condiciones suficientes para la formación del coágulo y la protección de la herida operatoria.

En términos generales, un alveólo que sangra y se llena con un coágulo, tiene la mejor defensa contra la infección y los dolores.

Después del segundo día, la herida, será suavemente irrigada con suero fisiológico tibio o con una solución alcoholica de fenol alcanforado.

Si hay que extraer los puntos de sutura esto se hara al cuarto o quinto día (se hace excepción las suturas sobre el alveólo del tercer molar o aún más posteriores; en estos sitios, después del segundo día esta sutura actúa como cuerpo extraño provocando inflamaciones localizadas y supuraciones estos puntos, por lo tanto, serán retirados a las 24 horas después de la operación:).

D).- EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA.

Al cuarto o quinto día se extraen los —

puntos de sutura. La técnica es la siguiente: se pasa sobre el hilo a extraerse un algodón mojado en tintura de yodo o de merthiolate, con el objeto de esterilizar la parte del hilo que estando en la cavidad oral se encuentra infectado. Se toma con una pinza de disección o pinza de algodón (manejada con la mano izquierda) un extremo del nudo que emerge sobre los labios de la herida, y se tracciona el hilo, como para permitir obtener un trozo de este por debajo del nudo para poder cortarlo a este nivel.

Es importante procurar que la menor cantidad de hilo infectado pase por el interior de los tejidos; las razones son obvias.

De esta manera se eliminan todos los puntos de sutura, procurando no lastimar la encía, ni entreabrir los labios de la herida. En algunas ocasiones el nudo, por hipertrofia de las partes vecinas, se encuentra alojado en el fondo de un embudo, del cual es difícil desalojarlo. En tales condiciones conviene extirparlo cuanto antes; demorar su extracción significa mantener la causa irritativa de la hipertrofia (que es el hilo) y las dificultades de la extirpación aumentan con el tiempo.

Con duidado y delicadeza puede eliminarse el punto. Si no es posible ubicar una tijera pa

ra seccionarlo, este objetivo se logra con una apli-
cación de galvanocauterio.

Las suturas festoneadas o continuas se -
eliminan cortando por separado cada vuelta de espe-
ra, y atrayéndolos con la precaución, anotada ante-
riormente, de no pasar el hilo infectado por el in-
terior de los tejidos.

E).- INSTRUCCIONES AL PACIENTE.

Antes de despedir al paciente deben dár-
sele instrucciones precisas respecto al cuidado que
ha de tener en su domicilio, tratamiento postopera-
torio, enjuagatorio, alimentación y tratamientos -
medicamentosos (aquí vamos a recetar a nuestro pa-
ciente un potente analgésico, así como también un -
antibiótico y un antiinflamatorio).

Estas instrucciones deberán dársele al -
paciente por escrito para evitarle dudas. Se acos-
tumbra entregar al paciente una hoja impresa con to
das las instrucciones.

T E M A X I V .

XIV.- EVOLUCION.

Consiste en citar a nuestro paciente en los días posteriores a la intervención, para observar como es su evolución, si esta es satisfactoria o si por el contrario presenta algunas complicaciones como pueden ser: Hemorragias, hematomas o algún cuadro infeccioso.

Podemos también, tomarle a nuestro paciente unas radiografías con el fin de observar como marcha el proceso de regeneración ósea en el caso de haber practicado osteotomía durante la intervención.

TEMA XV.

XV.- CONCLUSIONES.

1.- La extracción de los Caninos Incluidos es una intervención que podemos realizar con éxito, en nuestra práctica odontológica general.

2.- Es fundamental realizar un excelente estudio radiográfico, que nos de la posición mas exacta de la pieza retenida.

3.- La planeación previa del caso, es su mamente importante, ya que en base a ella, se utilizará la técnica quirúrgica indicada.

4.- La anestesia más indicada para las intervenciones de Caninos retenidos en el maxilar superior, es la que se logra al anestesiar nervios-infraorbitarios, palatinos anteriores y palatinos posteriores, con estos logramos anestesiar completamente la mitad de la arcada.

5.- Es muy aconsejable en la mayoría de las intervenciones de caninos retenidos, seccionar la pieza a la altura de su cuello, esta facilita en un 90 % su extracción.

6.- La osteotomía es un poderoso auxiliar indispensable en el caso de retenciones sumamente - intraóseas.

7.- Los cuidados que tengamos durante la operación son muy importantes, ya que de ello dependerá en gran parte el éxito o fracaso de la intervención.

8.- Hay casos, en los cuales no podemos hacer intervenciones aisladas, sino que necesitaremos de la estrecha colaboración, de otros especialistas como son: El Ortodoncista, Protesista, Prostodoncista, etc.

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

- 1.- Archer, W. Harry
Cirugía Bucal
Tomo I, Cap. 4, Págs. (174-187, 208)
Editorial Mundi, 2a. Edición
Buenos Aires, Argentina. 1968.
- 2.- Durante, A. Ciro
Cirugía Odontomaxilar
Tomo II, Cap. 4 Págs. (65-79, 83-93)
Editorial Ediar
Tucumán, Argentina. 1949
- 3.- Ostria, G. Jaime
Apuntes de Cirugía Oral
Curso 1974
México, D.F., 1974
- 4.- Pichler Hans, Trauner, R.
Cirugía Bucal y de los Maxilares
Tomo I, Págs. (110-111, 114-121)
Editorial Labor, 3a. Edición
Barcelona, España. 1952

- 5.- Quir6z, G. Fernando
Anatomía Humana
Cap. 2, Págs. (64-67)
Editorial Porrúa, 4a. Ed.
México, 1962
- 6.- Ries, C. Guillermo
Cirugía Bucal
Cap. 24 y 25, Págs. (300-314, 319-329)
Editorial El Ateneo, 7a. Ed.
Buenos Aires, Argentina. 1973
- 7.- Datos obtenidos del paciente.