

50

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



EXODONCIA EN DIENTES RETENIDOS
(Piezas Criptodónticas)

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
Miguel Mario Vidales Wong



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



EXODONCIA EN DIENTES RETENIDOS
(Piezas Criptodónticas)

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
Miguel Mario Vidales Wong

México, D. F.

1976

ESTA TESIS FUE DIRIGIDA Y
ACEPTADA POR EL DR.

C.D. ANSELMO APODACA LUGO

A MIS PAPAS

Sr. José Vidales y Brambila

Sra. Ma. Antonia C. de Vidales

Con respeto y gratitud, por haberme brindado su apoyo y confianza, en mi vida de estudiante.

Con sincero cariño a mis hermanos:

José Andrés

Marco Antonio

Francisco Javier

Rey

Eloy Gaspar

Aída

Rosa Isela y

Ma. de Guadalupe

Por los gratos momentos que hemos compartido.

Muy especialmente a:

JAVIER e IRMA

Por su comprensión, apoyo y ---
confianza que me brindaron ---
desinteresadamente, para el ---
logro de mi carrera.

Al C.D. Anselmo Apodaca Lugo

Por su valiosa cooperación que hizo en mi posible, la elaboración de ésta tesis.

Con infinito cariño al profesorado docente de la Facultad Nacional de Odontología, muy especialmente a aquellos que me brindaron desinteresadamente su sabiduría, para que así lograra ser algo en la vida -- y servir igualmente a la sociedad.

Con respeto a los integrantes del honorable jurado, que con su veredicto, habrán de ser ellos, quienes me pongan en manos de la sociedad.

A mi escuela.

I N D I C E

T E M A I

Valoración del paciente antes de la intervención.

- a) historia clínica
- b) estados ó situaciones en órden general (embarazo, obesidad, edad)

T E M A II

El preoperatorio

- 1) medidas generales
- 2) medidas locales

T E M A III

Exodoncia de dientes retenidos (piezas criptodónticas)

- a) extracción de caninos criptodónticos (su ubicación)
- b) técnica operatoria
- c) tratamiento postoperatorio
- d) extracción de bicúspides inferiores criptodónticas

T E M A IV

La operación

- a) la incisión
- b) tratamiento de la cavidad ósea.
- c) sutura

Conclusiones

Bibliografía

Introducción

INTRODUCCION

El estudio y la práctica dentro de la exodoncia en dientes retenidos y muy principalmente en piezas criptodónticas, ha significado para mí, una experiencia sumamente agradable y satisfactoria dentro de mi incipiente vida profesional.

Con la elaboración de éste -- trabajo he tenido la oportunidad -- de adquirir conocimientos, que si bien, no son extensos, cuentan con una base sólida y científica, que me ha servido para afianzar más -- mis conocimientos y aprendizaje.

Por lo tanto, el entusiasmo -- y dedicación que he puesto en ésta tesis; no han sido vanos, ya que -- me han producido una pequeña cantidad de métodos y prácticas que me serán de gran utilidad en el ejercicio de mi profesión.

Con seguridad han sido muchos los errores que he cometido en la elaboración de éste trabajo, pero creo que la finalidad que yo perseguía con esto; era describir los -- aspectos clínicos, radiográficos -- y patológicos que se presentan en cada caso que sea necesario hacer una exodoncia.

GENERALIDADES.-

La exodoncia y la cirugía menor de las mandíbulas - representa en la Odontología Moderna un papel, tanto más modesto, cuánto mejor se cuiden y traten los dientes; con todo, no hay intervención quirúrgica airosa ó fracasada que no la juzgue el paciente con refinada intención, y ésto, debido a - que el odontólogo, si practica tales disciplinas, interviene al organismo en mayor escala de lo que lo hacía antes. La -- responsabilidad crece con la importancia de la intervención, como también, aumenta la posibilidad de complicaciones serias y ante todo de dolor.

La historia de la exodoncia es la historia del dolor humano, como puede imaginarse todo el que observe una colección antigua de instrumentos exodónticos y se detenga a -- pensar que el progreso decisivo, la construcción del fórceps individual, que llevó a cabo Tomes, solo se efectuó el año de 1850.

T E M A I

VALORACION DEL PACIENTE ANTES
DE LA INTERVENCION.

- a) Historia clínica
- b) Estados ó situaciones en--
orden general (embarazo,-
obesidad, edad)

T E M A I

VALORACION DEL PACIENTE ANTES DE LA INTERVENCION.

- a).- Historia Clínica.
- b).- Estados ó situaciones en orden general (embarazo, obesidad, edad, etc.).

En el ejercicio de la cirugía oral, debe de recordarse, de una forma constante, el viejo adagio que dice: "detrás de cada diente existe un paciente". En ningún momento de la historia es más cierto éste axioma que en la época actual. La gran cantidad de descubrimientos conseguidos por -- nuestros colegas médicos, en el campo del diagnóstico y de la terapéutica, han permitido, que los cirujanos orales puedan -- tratar a muchos enfermos que en épocas anteriores no hubieran podido sobrellevar sus enfermedades. Es necesario pues, en -- los cirujanos orales, un profundo conocimiento de los procesos patológicos básicos y saber valorar los resultados que -- sus tratamientos puedan tener sobre el paciente y su enfermedad.

El cirujano deberá valorar el estado del enfermo y determinar cuándo se utilizará la anestesia local ó general, deberá decidir cuándo deberá ser hospitalizado, y para poder conseguir todo ello, necesitará reunir la suficiente información que le permita lograr sus objetivos de forma adecuada.

- a).- Historia Clínica.-

El instrumento más útil para el cirujano oral es -- también más sencillo: una buena historia clínica. El paciente deberá sentir que las preguntas a las que se le somete de una forma discreta y científica, tiene una gran importancia -- en relación al tratamiento al que va a ser sometido y que no se trata sólo de curiosidad académica ó habitual; muchas ve-

ces un paciente nos dirá que su estado de salud es perfecto, y luego, casi de una manera forzada, nos revelará que ha tenido un reciente infarto al miocardio, debido al cual, está tomando "medicamentos de acción sanguínea". Hay que evitar siempre ésta tendencia a ocultar enfermedades, insistiendo sobre el paciente en la importancia que tiene su estado general de salud, para las técnicas de cirugía y anestesia.

Existen como principal interrogatorio a nuestro paciente las siguientes preguntas que no deben omitirse, entre otras:

- 1).- ¿Se encuentra el enfermo actualmente bajo el cuidado de algún médico ó lo ha estado con anterioridad?
- 2).- ¿Toma actualmente algún fármaco ó lo tomó recientemente?
- 3).- ¿Ha padecido alguna enfermedad grave ó ha sufrido alguna intervención quirúrgica?
- 4).- ¿Ha tenido alguna vez reacciones desagradables con los medicamentos que se le han administrado?
- 5).- ¿Conserva algún mal recuerdo de intervenciones anteriores?
- 6).- ¿Ha padecido recientemente ó con anterioridad, algún proceso hemorrágico de importancia, particularmente de intervenciones ó accidentes?

Una respuesta afirmativa a cualquiera de éstas preguntas dará lugar a otra serie de preguntas más específicas - dirigidas a esclarecer el problema, si el paciente no sabe, - de una manera clara el problema por el cual se está tratando ó desconoce los fármacos que ha consumido, el dentista deberá recurrir a encomendar una consulta general con su médico de cabecera.

.- Estados ó situaciones de orden general (embarazo, obesidad, edad, etc.).

EMBARAZO.- Hay cierto temor de realizar intervencios quirúrgicas en la mujer embarazada; los problemas que se esentan más a menudo, suelen ser respecto al empleo de los yos "X", en especial, durante el primer trimestre de su emrazo, y, abuso de la anestesia general.

La cantidad de radiación que puede absorber el feto practicar una serie completa radiográfica de la boca, es ancamente muy pequeña, sin embargo, debido al alto porcentade abortos durante el primer trimestre, se aconseja no actuar radiografías para evitar posibles riesgos al feto, se toman, emplear protectores de plomo sobre el abdomen de das las enfermas durante el examen radiográfico.

OBESIDAD.- Debemos considerar la obesidad un tanto eligrosa para las intervenciones, puesto que los individuos esosos, presentan muchos problemas en su tratamiento, como al una enfermedad cardiovascular ó metabólica, como la diabetes. a inyección intravenosa de barbitúricos a un paciente obeso, epresenta siempre una acumulación de dificultades, en relación y distribución del fármaco; la anestesia local se admi- istrará siempre que sea posible, además, se hará un examen revio por el internista y una exploración profunda antes de levar a cabo una anestesia general.

EDAD.- Los problemas que se presenta en las persoas de edad, se desenvuelven entre dos hechos básicos; en pri er lugar, el concepto de vejez es muy susceptible de variación dentro de cada individuo, y es más probable que en edades vanzadas exista un mayor número de enfermedades, ya sea por eficiencia u orgánicas.

En el caso de enfermedades por deficiencia, el principal factor que ha de considerarse, será el de compensar esas deficiencias antes de comenzar cualquier otro procedimiento.

En las enfermedades orgánicas, el tratamiento deberá dirigirse de la misma forma que si se tratara de un paciente joven aquejado de un proceso similar. Debido a la mayor frecuencia de las enfermedades orgánicas en la senectud, no se empleará la anestesia general, a menos que exista una buena razón y no haya contraindicaciones específicas.

T E M A I I

EL PREOPERATORIO

- 1) Medidas generales
- 2) Medidas locales

T E M A II

E L P R E O P E R A T O R I O

- 1).- Medidas Generales.
- 2).- Medidas Locales.

Las operaciones en la cirugía bucal requieren, como en la cirugía general, una preparación previa del paciente, - la cual consiste, en prepararlo a las mejores condiciones para que pueda soportar, con mayor éxito, una intervención quirúrgica.

Dicha operación en la cirugía bucal es de menor complejidad que la indicada en la cirugía general, debido a que la primera, trata por lo general a enfermos de una afección local.

La cirugía designa con el nombre de "el preoperatorio" a la preparación previa del paciente que está en vísperas de someterse a operación ó intervención, con el fin de establecer, si la operación puede ser realizada sin peligro y, en caso contrario, adoptar las medidas conducentes a que ese peligro desaparezca, ó sea, reducido al mínimo.

- 1).- Medidas Generales.

En nuestra práctica están indicadas como medidas preoperatorias, los siguientes exámenes:

- a).- Examen de orina.
- b).- Tiempo de coagulación.
- c).- Tiempo de sangrado.
- d).- Grupo sanguíneo general, factor Rh y la biometría hemática.

a).- Examen de Orina.

Nos informa de la existencia de los elementos normales ó anormales, alguno de éstos, tales como la albúmina, la glucosa ó la acetona, exigen un tratamiento previo.

b).- Tiempo de coagulación.

Normal: de 5 a 10 minutos, sólo por encima de 12 -- puede considerarse patológico.

c).- Tiempo de sangrado.

Normal: alrededor de 3 a 4 minutos, más exactamente, con la técnica habitual (Duke), de 2 a 5 minutos (Ivy), de 3 a 11 minutos, depende principalmente de las plaquetas y de la contractibilidad capilar.

d).- Grupo sanguíneo general, factor Rh y la biometría hemática.

Consideraciones sobre las posibles alteraciones de la hemostasis.- Probablemente, la intervención quirúrgica practicada con mayor frecuencia, es la extracción de una pieza dentaria y la hemorragia prolongada de un alveolo dentario tras la extracción no es infrecuente.

El dentista debe conocer las posibles causas de hemorragia persistente, y además, está familiarizado con los métodos existentes para detectar y tratar a los pacientes con diátesis (discracia) hemorrágica.

Detección de la diátesis hemorrágica.- Se reconoce una diátesis hemorrágica por los datos clínicos y la historia personal y familiar de hemorragias, y el trastorno particular se determina mediante las pruebas de laboratorio; no es infrecuente que el paciente informe de -- que padece hemorragias ó de que las ha padecido tras extracciones dentarias anteriores, y es necesario, enton-

ces, determinar la gravedad, naturaleza de su tendencia a las hemorragias.

Debe tenerse una historia precisa y valorar la descripción que el paciente haga de su hemorragia atendiendo las condiciones en que ésta se produjo. Al hacer la historia debe preguntarse, intencionalmente, sobre las hemorragias espontáneas, hemorragias tras operaciones anteriores (especialmente de extracciones dentales), y, hemorragias por heridas de poca importancia.

Una historia de hemorragias anormales desde la más tierna infancia, con hemorragias de diversas localizaciones, es muy sugestiva de una diátesis hemorrágica y una historia de una alteración semejante, que afecte a un consanguíneo tendería a confirmar ésto.

En éstas diátesis hemorrágicas pueden producirse --chichones con facilidad, petequias y equimosis subcutáneas y submucosas, epistaxis, hemorragias gingivales y gastrointestinales, menorragias, hematurias, tumefacción y dolor articular.

Es importante observar, que el carácter de la hemorragia, su comienzo y duración, y la historia de como fue controlada, ó un paciente que necesita una transfusión tras una extracción dentaria, es muy sospechoso de padecer un trastorno hemorrágico.

Al ser interrogados, muchos pacientes admiten que han sangrado prolongadamente tras las extracciones dentarias, en muchos casos, éstos casos prolongadamente se refieren nada más que a saliva teñida de sangre.

Es normal sufrir una discreta hemorragia babeante del alveolo del que se ha extraído la pieza, durante varias horas y factores locales, tales como el desplazamiento de los bordes del alveolo, el desplazamiento del

propio coágulo ó la inflamación, pueden dar lugar a una hemorragia prolongada que dure de 24 a 48 horas. En este tipo de hemorragias, el paciente muestra, habitualmente, grandes coágulos sutiles, blandos y móviles que hacen prominencia en el alveolo afectado; la mayoría de los alveolos sangrantes son de este tipo y puede controlarse fácilmente la hemorragia mediante medidas sencillas, si no puede detenerse con facilidad, se sospechará de una diátesis hemorrágica y han de realizarse estudios hematológicos para determinar si existe un déficit y cual es el factor específico responsable mediante pruebas de laboratorio.

Tratamiento de la diátesis hemorrágica.- Si las maniobras hemostáticas locales no son suficientes, debemos recurrir a la terapia general, la que consistirá en la reposición del factor en defecto, por medio de transfusiones de sangre total ó de la parte de ella que sea necesaria.

Para la hemostasis local efectiva, contamos con elementos mecánicos: la sutura y la presión, ambas efectivas; con elementos químicos, sustancias estípticas y hemostáticos orgánicos, tales como la trombina y la tromboplastina.

2).- Medidas Locales.

Estado de la cavidad bucal.- Es necesario que la cavidad bucal se encuentre en estado óptimo de limpieza, ya que de no esterilización, el tártaro salival, las raíces y los dientes cariados, serán extraídos u obturados, ha excepción de que sean éstos los que vayan a ser extraídos.

Las afecciones existentes, en las partes blandas --

(gingivitis y estomatitis) de la cavidad bucal, contraindican una operación, siempre que ésta no sea de gran urgencia.

En cuanto a las lesiones tuberculosas y sifilíticas, contraindican toda operación en la cavidad bucal, por el peligro que significan incisiones sobre tales lesiones y el contagio que presentan para el operador.

Aún, en estado normal, la boca antes de una operación en ella, debe ser cuidadosamente lavada, con una solución de agua oxigenada ó soluciones jabonosas, que se preparan diluyendo jabón líquido y agua oxigenada en un volumen de diez veces mayor el agua.

Especial dedicación hay que prestarle a los espacios interdentarios, las lengüetas gingivales y los capuchones de los terceros molares.

Estas regiones serán lavadas con una solución de agua oxigenada ó un antiséptico cualquiera y pintadas con pintura de mertiolate antes de la operación.

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

T E M A I I I

EXODONCIA DE DIENTES RETENIDOS

- a) Extracción de caninos criptodínticos
(su ubicación)
- b) Técnica operatoria
- c) Tratamiento postoperatorio
- d) Extracción de bicúspides inferiores-
criptodónticas.

T E M A III

EXODONCIA DE DIENTES RETENIDOS (PIEZAS CRIPTODONTICAS)

La exorcicia, en caso de fractura profunda, y la accretomía (apicoexcisión), son las intervenciones quirúrgicas - que más debe realizar el odontólogo en su práctica profesional.

Vienen en segunda línea, los quistes, los caninos inferiores criptodónticos, y los cordales coliodónticos (trabados)

Sucede ya, más a menudo, sobre todo en los caninos superiores, y en los cordales inferiores, que los dientes no brotan en dirección normal, sino que quedan incluidos en la mandíbula, en una posición más ó menos oblicua ó transversa. En algunos casos inician una migración ulterior, pero la mayoría de las veces solo en pequeña escala.

También en los casos de hiperodoncia (dientes supernumerarios), existe muy a menudo criptodoncia, ó sea, retención, sobre todo en los mesiales superiores. La causa de la criptodoncia es, a menudo, en el cordal, la falta de espacio pero también es frecuente, una causa constitucional, lo que nos explica las múltiples criptodancias y los casos familiares.

El diagnóstico de una pieza criptodóntica debe realizarse inmediatamente por roentgenodoncia, clinicamente son signos a favor de su presencia, los siguientes factores:

- 1ro.- La aparición de su cima coronaria.
- 2do.- Su falta en la serie dentaria.
- 3ro.- El diente cédugo ocupa su posición.
- 4to.- En la mucosa, se observa un abultamiento que corres

ponde a su corona (en el paladar)

- 5to.- Las piezas contiguas, aquejan ectopodoncia (desplazamiento), ó anectodoncia (aflojamiento).
- 6to.- Existen fistulas ó abscesos, que se dirigen a la profundidad del hueso.
- 7mo.- El paciente, (en éste caso, el criptodonte), aqueja molestias, dolores óseos profundos en una región - que podría alojar una pieza criptodóntica.

La indicación para la extracción de los dientes retenidos nos la dan los siguientes síntomas:

- 1ro.- No es raro que originen una infección muchas veces grave, que asienta en el intersticio pericoronario.
- 2do.- Puede formarse ahí un quiste folicular.
- 3ro.- La corona dentaria ocasiona rizoclasia (resorción de la raíz), en un diente vecino ó destruye su alveolo (incisivos laterales), que a veces pueden perjudicar gravemente la pulpa ó todo el diente.
- 4to.- Puede ser causa de neuralgias, a lo menos, por una infección crónica, dudamos que pueda ocasionarla - sin tal infección.
- 5to.- En su alrededor pueden aparecer tumores benignos - ó malignos, (fig. I), a mi por lo menos, me ha llamado la atención, la frecuencia de piezas criptodónticas, en los alrededores de neoplasmas. Es objeto de discusión, si el diente retenido, es la causa del tumor; quizá ambos son manifestaciones coordinadas, derivadas de la constitución individual.

Esta posibilidad, aunque rara, de infecciones tan graves puede llevarnos a la decisión, de extraer con miras profilácticas - todas las piezas criptodónticas en cuanto se descubren, puesto que éstas enfermedades, pueden solo evitarse, por la correspondiente exodoncia temprana, si es que existe tal relación de causa a efecto; pero debemos pensar que la extracción de--

una pieza criptodóntica, valiéndose del escoplo es una intervención difícil, que, si el estado general del paciente, es - desfavorable, no debe emprenderse, si no es por una razón poderosa, sin embargo, la operación temprana, puede también evitar, que ultariamente, quizá en edad avanzada ó bajo manifestaciones graves de una infección aguda, tenga que recurrir a tal intervención.

Los sistemas locales más frecuentes que puede originar un diente retenido, no aparecen muchas veces, al diagnosticar la criptodoncia, y constituyen una indicación para la exodoncia inmediata, solo teniendo en cuenta el peligro de su aparición ulterior.

De 150 casos operados en la estación gnatológica de - Viena, los caninos criptodónticos han dado, según Trauner, - los siguientes datos clínicos:

1ro.- En el 30% de los casos operados han producido quistes foliculares pequeños ó grandes (fig. 2y3); la corona de todo diente retenido, está rodeada de un século dentario insertado en su cuello. Entre él y la corona dentaria se puede formar un quiste, son frecuentes pequeñas dilataciones del intersticio - pericoronario (fig. 4), el século dentario debe extirparse junto con el diente; por que de lo contrario puede originar, quistes recidivantes.

2do.- En el 42% de los casos, los alveolos de los dientes vecinos resultan lesionados por la presión coronaria de la pieza criptodóntica, (fig.5), con lo cual se pierde, el diente atacado, si su alveolo - se ha destruido, desde la región apical hasta el borde gingival, (fig. 6 b).

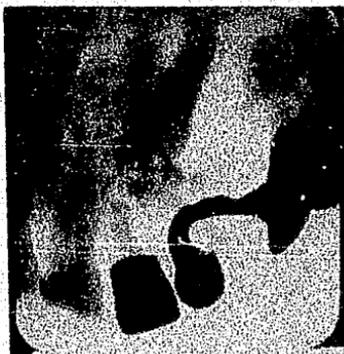


Fig. 1.-

Fig. 1.- Pieza criptodóntica (diente retenido) con odontoma, en cuya vecindad se inició en el maxilar un carcinoma



Fig. 2.-

Fig. 2.- Dos piezas coliodónticas inferiores con quiste folicular



Fig. 3.-

Fig. 3.- Canino inferior izquierdo criptodóntico con quiste folicular: ha provocado desplazamiento (ectomodoncia) de los bicúspides.



Fig. 4.-

Fig. 4.- Canino superior criptodóntico con ensanchamiento del intersticio pericoronario

3ro.- En el 16% de los casos, el intersticio pericoronario del diente en cuestión, estaba en comunicación con la cavidad bucal, (fig. 7), y se había infectado; siempre que sea posible debe procederse inmediatamente a la extracción de la pieza.

Después se reproducen manifestaciones inflamatorias, - muchas veces pequeños abscesos graves agudos, en la mayoría de los casos, mas bien subagudos y fistulares, - puede producirse resorción del hueso circundante y de las coronas cortiguas.

Estas fueron las lesiones locales más frecuentes que se observaron en piezas criptodónticas, a menudo pueden también originar graves infecciones purulentas, pero - teniendo en cuenta la operación ó tratamiento preciso se evitarán toda esa clase de infecciones oportunamente

EXTRACCION DE CANINOS CRIPTODONTICOS; (Su ubicación).

Antes de decidirse a la operación, debe procederse a una exacta precisión tópica del diente, puesto que de ella depende - la vía operatoria. La mayor parte de éstos dientes ocupan una posición oblicua, (fig. 8 y 9), en la mandibula superior con la corona en sentido mesial, colocada palatinamente con respecto a las raices de los incisivos, y con la raiz en sentido vestibular y palatino, junto a las raices de los primeros bicúspides.

Cuanto más horizontal se encuentre el diente, éste estará mas cerca del suelo nasal, entonces la corona se encontrará mas anterior, pero un poco lingualmente, en la región de - los ápices incisivos, la raiz muy hacia atrás, pero menos en sentido vestibular.

En el roentgenograma se vé claramente, la proximidad - del diente con respecto al suelo de la fosa nasal, (fig. 10, - II y I2), es relativamente rara la situación puramente vestibular de corona y raiz.

Fig. 5.-



Fig. 6-b.-



Fig. 5.- Canino superior derecho criptodóntico, que ha destruido el alveolo distal del incisivo lateral desde el borde alveolar hasta más de la mitad de la longitud radicular; pronóstico sombrío con respecto al incisivo lateral.

Fig. 6-b.- La misma pieza después de la exodontia del canino. Destrucción distal del alvéolo del incisivo lateral hasta la parte oscura del roentgenodentograma.

Fig. 7-a.-



Fig. 7-b.-



Fig. 7-a.- Canino superior derecho criptodóntico en comunicación con la cavidad bucal. Ha destruido lateralmente el alvéolo del 2/, que se conserva en el borde alveolar y en la región apical.

Fig. 7-b.- Canino superior criptodóntico en comunicación con la cavidad bucal.



Fig. 8.



Fig. 9.

Fig. 8.- Canino superior criptodóntico en posición oblicua típica. En esta posición, la corona se encuentra las más de las veces lingual con respecto a las raíces de los incisivos, y la raíz se encuentra vestibular con respecto a la del segundo bicúspide. Caso para extracción por el método del martilleo.

Fig. 9.- Canino superior criptodóntico, en posición oblicua, que desplaza la raíz del incisivo lateral.



Fig. 10.

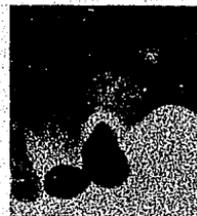


Fig. 11.

Fig. 10.- Canino criptodóntico con su raíz junto al suelo de la fosa nasal.

Fig. 11.- Canino superior izquierdo criptodóntico situado en el suelo de la fosa nasal (con raíz y corona)



Fig. 12.

Fig. 12.- Canino superior derecho criptodóntico situado en el suelo de la fosa nasal (fotografía casi axial).

TECNICA OPERATORIA

La opinión que deberemos tomar, para que tengamos y logremos una mejor operación será:

Que los caninos superiores criptodónticos se intervienen mejor, mas a menudo, palatina que vestibularmente, por — que tambien la corona se encuentra casi siempre en situación ó posición lingual con respecto a las raices de los incisivos y es más fácil extraer el canino entero por esta vía, mientras que si se procede por vestibular, lo mas frecuente será — tenerlo que dividir; a fin de no dañar los alveolos de los — incisivos.

Esta división complica la técnica operatoria, los métodos operatorios para la remosion de los caninos superiores criptodónticos, son los que siguen:

Iro.— Si la corona y la raíz del diente tienen una situación labial, y nó a gran altura, junto al suelo de la fosa nasal (circunstancia por lo general bastante rara), se pondrá al descubierto el hueso por — medio de una insiccion de convexidad superior, practicada en el vestibulo, desde el central hasta el primer premolar superiores derechos, frecuentemente un abombamiento del hueso descubre la corona.

La superficie vestibular se libera del hueso, por medio del escoplo, y si el diente no ofrece superficie suficiente que se pueda coger con el fórceps con el escoplo se extirpa un fragmento óseo sobre la raíz, como tambien de los lados mesial y distal de la corona.

La superficie lingual solo debe ponerse al descubierto si no se encuentra inmediatamente a los alveolos de los incisivos.

Hecho ésto, se intervienen con un botador recto, — puntiagudo y fino, mesial ó distalmente en el cuello dentario, entre diente y hueso y eventualmente

se excava con fresas finas una ranura para aplicar el botador y se luxa el diente.

2do.- Con mayor frecuencia, se utilizará un método semejante desde el paladar y, precisamente cuando la corona se encuentra en posición palatina con respecto a las raíces de los incisivos y a gran distancia hacia abajo y cerca del techo de la bóveda palatina, la incisión en la mucosa es palatina, en el borde gingival desde el segundo bicúspide a la línea media (incisión de las papilas), y se dirige rodeando a la papila incisiva, a la línea media del paladar óseo hacia atrás (fig. 13 a), cuando el ápice del diente retenido alcanza una posición muy mesial, la incisión gingival puede llegar a la línea media, y no hay que respetar siempre el nervio incisivo (fig. 14 a), la hemorragia de la arteria incisiva se cohibe fácilmente por medio de un taponamiento.

La mucosa palatina se despegar del hueso por medio, utilizando una legra hasta la región de los premolares y un ayudante mantiene separada la mucosa por medio de un garfio afilado.

Un abombamiento del hueso descubre la posición de la corona, de lo contrario, penetramos en la región del incisivo lateral, tratando en cada momento de no lesionar los alveolos de los dientes vecinos, sobre todo en los bordes, en cuanto tenemos contacto con la corona, se pone al descubierto toda la superficie lingual, esto lo podemos hacer por medio del escoplo, ó con una fresa esférica grande si el diente ha atravesado ya un poco el hueso, — basta extirpar un poco mas el hueso al nivel del cuello dentario y lado lingual de la raíz, para extraerlo consecutivamente con el fórceps de bayoneta, (fig. 13 b).

3ro.- Si falta uno o ambos incisivos ó extraemos uno - - durante la operación, se puede también exponer la - cara vestibular de la corona, basta con reseca - una ténue placa ósea por medio del escoplo y fresas finas gruesas, a fin de respetar la apófisis alveolar por razones prostodónticas; entonces se puede extraer el diente con fórceps.

4to.- Si el ápice radicular se encuentra vestibularmente próximo a la superficie ósea, junto al primer bicúspide (lo que siempre es el caso) cuando el canino está muy oblicuo, (no horizontal), lo podemos buscar por medio de una incision yugal en la mucosa. La incision sigue la región desde el incisivo lateral al primer bicúspide atravezando el periódntio - hasta llegar al hueso, al ver el abombamiento del ápice del canino exponemos con una fresa ó con un escoplo, un fragmento debajo de su extremo, entonces se excava con una fresa de tamaño medio un escalón en la cara vestibular de la raiz en la forma como lo manifiesta la (fig. 15), a fin de labrar - un punto de aplicación para un instrumento romo y pequeño, el escalón está abierto hacia arriba, entonces se dá con el martillo en el otro extremo - del instrumento y se expulsa el diente entero en - sentido vestibulo lingual.

5to.- El segundo método que puede aplicarse en los mismos casos es el siguiente:
Si se quiere luxar el diente atacándolo por vía palatina y no se puede exponer el lado labial de la corona a causa de la proximidad de los incisivos, - se reseca el hueso de la cara lingual, no solamente de la corona, sino también de la raiz, hasta su mitad aproximadamente, (fig, 16), después con una fresa de mediano tamaño se excava una muezca - en la que pueda aplicar un botador fino y recto, - con él se luxa el diente por medio de movimientos - enérgicos, pero sin perjudicar a los incisivos.

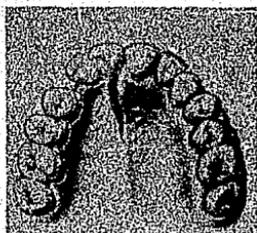


Fig. 13-a

Fig. 13-a Incisión para operar lateralmente el paladar duro (parte anterior)



Fig. 13-b

Fig. 13-b Canino superior izquierdo criptodóntico con la corona palatina algo fanerodóntica en sentido palatino, la superficie lingual del diente expuesta en el borde incisal; se ha fresado un punto de aplicación del botador.



Fig. 14-a

Fig. 14-a Incisión para operar en el paladar duro; llega a la línea media.



Fig. 16.

Fig. 16.- Canino superior izquierdo criptodóntico expuesto ampliamente en sentido palatino. Luxación desde la cara interna.

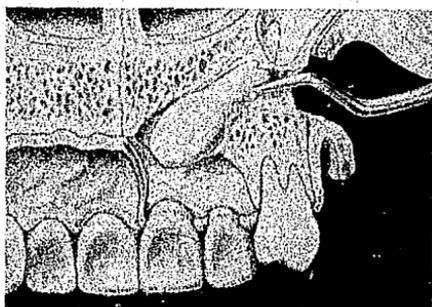


Fig. 15.

Fig. 15.- Exodoncia por martilleo de un canino superior criptodóntico atacado vestibularmente para expulsarlo en -- sentido palatino. Corona expuesta palatinamente hasta su perímetro máximo. En la superficie vestibular de la raíz se ha fresado un escalón para aplicar el escopleo.

En vez de fresa y botador pueden también introducirse dos pequeños escoplos adosados mesialmente con respecto a la corona y extirpar con ello hueso y diente.

6to.- Cuando un canino criptodóntico se encuentra a la altura del suelo de la fosa nasal, y casi horizontal, con la corona en los ápices de los centrales más ó menos lingualmente (fig. IO y II), el diente puede solo en éste caso extirparlo, dividiéndolo en su cuello (fig. I7) cosa que se realiza por la vía vestibular practicamente, ó por la vía palatina.

7mo.- Constituye una especial dificultad en ésta operación el ápice radicular de los caninos de ambos la dos criptodónticos, cuando presentan una curvatura unciforme, éste caso no es raro y debe previamente precisarse por medio de un roengenograma (fig. I8) si no se hace así, debe siempre pensarse en una curvatura apical, si el diente está ya aflojado, pero no se puede extraer, una tal curvatura impone elegir de antemano un método operatorio que permita separar la raíz de lo restante de la pieza, y extraerla inmediatamente.

T R A T A M I E N T O P O S T O P E R A T O R I O

Muchas veces se presentan una hora después de la operación acentuados dolores, especialmente si se ha trabajado largo tiempo en el hueso, se mitigan con una ó dos tomas de analgésicos.

Se cita al odontólogo para el día siguiente, cuando ha desaparecido parte de las molestias, se quitará todo lo más dentro de los puntos de sutura para vaciar el hematoma, y se le aconseja que, si no se presentan síntomas, deje pasar por lo menos una semana para la próxima visita, con el objeto de

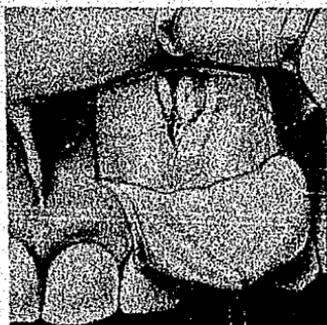


Fig. 17.

Fig. 17.- División del /3 criptodóntico en el cuello dentario (posición horizontal muy transapical). Para su exodoncia se debe reseca el hueso vestibular.



Fig. 18.

Fig. 18.- Canino criptodóntico con ápice curvado.

quitar toda la sutura, con ello se despide al paciente, a no ser que la prueba de la vitalidad de los dientes vecinos haya demostrado la muerte de alguno de ellos ó la necesidad de su tratamiento radicular.

Las complicaciones que puedan presentarse despues de la extracción de un canino criptodóntico pueden ser:

- 1ro.- Perjudicar dientes vecinos.
- 2do.- La apertura de la fosa nasal, mas raras veces del seno maxilar, la sutura primaria de la mucosa se dirige a evitar toda fistula antrobucaal.
- 3ro.- La lesión de la arteria palatina, ai ésta se produce en una zona muy anterior, la hemorragia, como la de la arteria incisiva, se cohibe fácilmente e por taponamiento, en regiones posteriores, debe procederse a la ligadura de la arteria.
- 4to.- En los primeros 8 a 14 dias consecutivos a la operación, se presentan dolores del tipo de los post exodónticos, el caso se dá sobre todo cuando se ha tenido que operar durante largo rato y de una forma bastante cruenta en el hueso, ó si el tegido ha sufrido magullamientos, los dolores pueden ser v extraordinariamente acerbos.
- 5to.- Puede infectarse el campo operatorio, entonces se presentan en los dias consecutivos manifestaciones inflamatorias agudas, en éste caso, se quita uno o dos puntos de sutura y se introduce una tira de gasa para evacuar la pús; si el caso está mas grave y las manifestaciones son mas evidentes se pone al descubierto completamente la parte operada y se procede a su limpieza y se establece un desagüe.
- 6to.- El quiste folicular recidiva pasados meses o años debiéndose reiterar la enucleación del quiste.
- 7mo.- El granuloma de un diente vecino muerto alcanza el campo operatorio y lo infecta. Debe tratarse el conducto radicular ó extraer el diente.

8vo.- Se presenta una osteítis postoperatoria ó ulteriormente se expulsa un secuestro óseo.

9no.- Se dejó un fragmento del diente retenido; éste origina la mayoría de las veces inflamaciones crónicas y nuevas intervenciones.

EXTRACCION DE BICUSPIDES INFERIORES CRIPTODONTICOS

1ro.- El caso mas favorable, es cuando la corona del diente aparece ya en parte en la cara lingual (fig. 19), eventualmente entre los dientes vecinos.

Muchas veces cabe solo agarrar la corona con el fórceps, pero el ápice se encuentra por el lado vestibular inmediato al hueso, de manera que con una pequeña incisión en la mucosa vestibular se encuentra en seguida, y el diente retenido puede expulsarse en sentido lingual por martilleo, como en la forma descrita en la extracción de caninos criptodónticos, expuesta en el parrafo 4to. anterior.

De ésta manera se tiene la seguridad de evitar la lesión de los dientes vecinos.

2do.- Cuando la corona está cerca del vestíbulo y es fácilmente asequible, y el diente está relativamente vertical en la mandíbula (fig. 20), lo liberamos del hueso por medio del escoplo y la fresa, hasta su cuello, entonces será la ocasión de extraerlo por medio de fórceps.

Hay que tener cuidado de no fracturar la raíz, no debemos intentar la extracción hasta haber expuesto bien la corona.

Si la corona dentaria tiene una oblicuidad mesial, se hace uso de un fórceps superior de bayoneta, si el diente presenta en la mandíbula, una oblicuidad mas pronunciada (fig. 21 y 22), debe ante todo reservarse el hueso que recubre distal o mesialmente la corona y el segmento coronario de la raíz, después hacemos uso del botador, debe fresarse bajo el cuello dentario, una ranura para incertar el botador.

Antes de la operación hay que precisar la existancia de ápices recurvados o de hipersegmentosis y en éste caso hay que



Fig. 19.-

Fig. 19.- Bicúspide inferior hiperodóntico (supernumerario) con la corona brotando lingualmente entre el $\overline{4}$ y el $\overline{5}$. Apice radicular situado vestibulamente.



Fig. 20.-

Fig. 20.- Primer bicúspide inferior derecho criptodóntico ligeramente oblicuo.



Fig. 21.-

Fig. 21.- Bicúspide inferior criptodóntico oblicuo con hiper cementoplasia apical.



Fig. 22.-

Fig. 22.- Segundo bicúspide inferior derecho criptodóntico y oblicuo, con sequestro en el borde alveolar entre el $\overline{4}$ y el $\overline{6}$

extraerlos a menudo independientemente de la corona.

3ro.- Cuando el diente, en presencia de sus vecinos se encuentra casi horizontal, ó su corona está muy dirigida en sentido liguál, no se expondrá del todo y no se podrá agarrar con el fórceps.

Dividiremos el diente en su cuello y, primero debe procederse a luxar la raíz y liberar la corona a su máximo perímetro, lo necesario para permitir su aflojamiento.

4to.- Los bicúspides inferiores criptodónticos pueden encontrarse tan próximos al borde inferior del maxilar homónimo.

(fig. I34 y I35), que sean muy difícil encontrarlos -- por vía oral entonces hay que proceder a una incisión cutánea ésta debe practicarse a dos traveses de dedo bajo, el borde inferior del hueso, a fin de no herir el ramo marginal del nervio facial y también para disimular la cicatriz, la arteria facial cruza el borde inferior del maxilar respectivo, en el borde anterior del músculo masetero y puede rechazarse hacia atrás.



Fig. 134.



Fig. 135.

Fig. 134. Bicúspide inferior criptodóntico con ápice acodado y osteítis del maxilar.

Fig. 135. Bicúspide inferior criptodóntico, cuya raíz alcanza el borde inferior del hueso.

T E M A I V

LA OPERACION

- a) La incisión
- b) Tratamiento de la cavidad ósea
- c) Sutura

T E M A IV

L. A. O P E R A C I O N

Se denomina así, a la ejecución del tiempo de la operación: la extracción de un diente retenido, de un granuloma en una apicectomía, de un quiste denterio, de un sequestro, en una osteomielitis.

A continuación haré una descripción somera de cada una de las partes ó tiempos que nos sirven para llevar a cabo dicha operación, ya que más adelante ampliaré su explicación aunada a la técnica especial de cada caso a tratar.

A.- INCISION

La incision, en la cavidad bucal tiene como intención: abrir por medios mecánicos, térmicos o eléctricos, el tegido gingival. Los medios mecánicos están constituidos por el bisturí y la tijera.

En cirugía bucal se usa comunmente un bisturí de hoja-corta, la cual puede ser de distinto tamaños y formas, según sea la clase de incision que se vaya a realizar, por lo general se usa casi siempre un bisturí compuesto por un mango no. 13 con hoja no. 15.

Debe tomarse con la mano derecha como si fuera un lápiz y apoyarse sólidamente entre la cara palmar del dedo índice, la cara palmar del pulgar y el borde radial del dedo medio. La mano debe tener un apoyo, ya sea aplicando los dedos meñique y anular sobre la arcada dentaria vecina, sobre el arco alveolar ó bien sobre un plano resistente que puede ser dado por los dedos de la mano izquierda, la cual a su vez se apoyó en la cara del paciente.

La incision con tijera se practica en casos en que se requiera cortes de trozos de encía después de extracciones dentarias, ó resorción de la misma, ó bien con cualquier otro fin,

Para realizar cualquier otro tipo de incisión es necesario - mantener tensa la fibromucosa ó encía con los dedos de la mano izquierda, los cuales al mismo tiempo, apartan los labios - o se apoyan sobre los separadores.

Antes del acto operatorio debe de planearse el sitio - de ubicación y el tipo de la incisión.

Las incisiones limitan un trozo de fibromucosa ó mucoperióstio que se denomina colgajo.

La incisión y el colgajo que se forma a expensas de -- ella debe reunir las siguientes condiciones:

- 1ro.- Al trazar la incisión y circunscribir un colgajo, - es necesario que este tenga una base, lo suficiente mente ancha como para proveer la suficiente irrigación, evitando de éste modo los trastornos negativos nutritivos y su necrosis. Al trzarse la inci sion debe tenerse presente el recorrido de los va zos para evitar su sección.
- 2do.- Buena visualización; la incisión debe ser trazada de tal manera, que permita una perfecta visión del objeto a operarse, la incision no debe oponerse a las maniobras operatorias.
- 3ro.- La incision debe ser lo suficientemente extensa - como para permitir un colgajo que descubra amplia mente el campo operatorio, evitando desgarramien tos y torturas del tegido gingival, que siempre s e traducen en necrosis y encefalos de las partes blandas.
- 4to.- La incision debe ser hecha de un trazo, sin lineas secundarias. A trazado correcto, rectilíneo, hecho con bisturí filoso, corresponde buena adaptacion - y Buena cicatriz.
- 5to.- La incision ha de trazarse de tal modo que al volver a adaptar el colgajo a su sitio primitivo, la linea de incision repose, sobre hueso sano é ínte gro.

METODOS PARA DESPRENDER EL COLGAJO./- Realizada la incision se coloca entre los labios de la herida, ó entre la fibromucosa y la arcada dentaria, una legra, espátula ó perióstotomo (lo de mayor uso) y apóyandose firmemente sobre el hueso, con suaves movimientos de laterabilidad, con los cuales gira el instrumento, se desprende el colgajo de su incersion en el hueso, elevando por lo tanto fibromucosa y perióstico.

La pinza de disección de dientes de ratón, es un instrumento auxiliar en el desprendimiento de un colgajo, ya que permite tomar el labio de la incision ligeramente movilizadoy levantarlo poco a poco, al mismo tiempo que la espátula, hasta desprenderlo.

B.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

Algunas intervenciones requieren de un tratamiento especial de la cavidad ósea, ya sea por que el hueso esté afectado ó por que dicha intervención lo requiera, como medida preventiva.

Este tratamiento se realiza colocando dentro de este medicamento (directamente), gasas con medicamentos o drenaje.

Gasas con medicamentos.- La gasa sola ó impregnada con medicamentos (gasa yodoformada, xeroformada, euroformada, alribanol, con fenol alcanforado, bálsamo de Perú, tintura de benjuí, etc.), se usa para taponear cavidades de distinto volumen; alveolos postextracción, cavidades de quistes o tumores dicho taponamiento se hace con dos fines: excitar la entrada a la cavidad de sustancias ó cuerpos extraños y prevenir la hemorragia y el dolor.

Drenaje.- Existen afecciones que necesitan comunicaci6n por tiempo variable, de la cavidad ósea con el exterior, lo cual se logra mediante drenes de gasa o de goma.

Medicamentos.- Thoma sostiene que el desarrollo de un método que permita que las heridas dejadas por las extracciones dentarias sean cerradas con seguridad, es una de las necesidades mas importantes en cirugía oral, y toma en cuenta tres factores:

1ro.- A causa de que es difícil lograr y mantener una absoluta asepsia en los actos quirúrgicos en la cavidad bucal, se necesita un agente bactericida y un bacteriostático.

2do.- Por que la hemorragia secundaria, aunque generalmente de ligera intensidad, es común durante las primeras 24 horas, y tiene lugar, a menudo, después de que desaparece el efecto hemostático de la anestesia local, se necesitará un agente hemostático local para prevenir equimosis ó hematomas.

3ro.- Como prevención de la ruptura de un coágulo demasiado grande, que es un excelente medio de cultivo para el crecimiento de bacterias, debe lograrse un agente obturador de espacio.

Penicilina.- La penicilina se usa en forma local, colocando dentro de los alveolos ó cavidades óseas, puede usarse sola o en combinación con otros agentes o materiales que actúan como vehículos.

Scrivner y Schantz.- Presentan un estudio de 350 casos de extracción dentaria en los que usaron penicilina siendo un vehículo el gelfoam, procedían de la siguiente manera:

Un trozo de gelfoam, mitad de volumen del alveolo, se satura con penicilina cálcica titulada en 1.000 unidades.

Obtuvieron el siguiente resultado: la hamorragia fué reducida al mínimo, debido al gelfoam, el dolor postoperatorio fué escaso ó nulo.

Con ésto vemos que la penicilina, es un medicamento que contribuye en alto grado al mejoramiento de las condiciones locales postoperatorias.

Sulfamidas.- se emplea para la obturación de los alveolos después de extracciones, es común y se emplea de la siguiente manera:

sultatiazol; 60%, glicerina; 40%, metano I:5.000 y alcohol - benzilico.

Celulosa Oxidada.- (oxycel) Es un producto de gran utilidad en cirugía bucal, se puede usar como vehículo (trombina), como hemostático, o bien como obturador de espacio; ésta última función, es utilísima en la intervención de quistes y tumores de la cavidad bucal.

Gelfoam.- (esponja de gelatina) es una esponja quirúrgica, estéril, sin propiedades antigénicas, derivada de la gelatina, es insoluble pero soluble y absorbible, tiene propiedades hemostáticas, debido a millares de inercicios que presenta por su consistencia esponjosa, en los cuales la sangre puede penetrar.

C.- SUTURA

C.- SUTURA

La sutura tiene como objeto eliminar espacios muertos donde podrían acumularse líquidos o sangre, y servir como medios de cultivo para microorganismos; restaurar tejidos en su posición original ó colocarlos en alguna otra posición deseada.

La sutura de mucosa debe establecer una superficie de cierre lisa, eliminando superficies ásperas mediante contacto borde a bordé, ya que la sutura se realiza para sostener los tejidos en posición, no para tirar de ellos y llevarlos así a la posición deseada. Nunca deberán apretarse tanto los puntos que se ejerza tensión excesiva sobre el tejido, de lo contrario se saldrán de él desgarrándolo, con lo que perderá el cierre deseado.

Los instrumentos de que nos valemos para realizar la sutura son: aguja, hilo y portaaguja; un instrumento auxiliar es la pinza de disección.

En la sutura de tejidos bucales el uso de aguja con borde cortante de inversión, ensartada con seda 3-0 es lo ideal.

La aguja se toma sólo excepcionalmente con la mano, cuando ocurre así, se sostiene fuertemente entre la cara palmar del dedo pulgar y los dedos índice y medio.

El portaagujas es un instrumento del que nos valemos para tomar la aguja, éste se maneja con la mano derecha, cómodamente aplicado en el hueco de la mano y dirigido por el pulgar por un lado, y los tres últimos dedos en el lado opuesto, el índice apoyado contra el instrumento sirve de director

En cirugía bucal se acostumbra iniciar la sutura en la cara palatina ó lingual del maxilar y terminarla en bucal.

En las incisiones situadas en una sola cara, la aguja debe ser dirigida desde lo más complicado, a lo más simple, es decir, de distal a mesial.

Métodos de sutura.- Son dos los métodos para realizar la sutura: por puntos separados ó sutura continua....

Sutura a puntos separados.- Es el método más usado; consiste en realizar puntos independiente uno de otro.

Con la aguja ensartada con el material de sutura (hilo seda, excepcionalmente catgut) y manejada por el portaagujas - ó a mano, se perfora la fibromucosa del lado lingual a una distancia de medio centímetro del borde de la incision.

La aguja recorre el camino o trayecto y aparece en el colgajo bucal, a una misma distancia del borde libre y frente a la perforación lingual. Se retira la aguja y el hilo recorre todo el trayecto y aparece en el colgajo bucal, a una misma distancia del borde libre y frente a la perforación del lingual. Se retira la aguja y el hilo recorre todo el trayecto que necesita para quedar tenso; se toman ambas extremidades - se afrontan los labios de la incision y se anuda el hilo.

Cada punto será colocado a una distancia aproximada de un centímetro.

NUDOS.- Después de que el material de sutura ha afrontado los labios de la incision, debe ser reforzado por medio de nudos, éstos pueden ser de dos clases:

- a).- nudos simples
- b).- nudos de cirujano

Nudos simples.- Son de poco uso en la cirugía bucal, debido a que no dan seguridad, ya que facilmente se recorren, lo que sucede con mayor frecuencia si se usa un material rígido como catgut.

Nudos de cirujano.- Estos se preparan con ayuda del portaagujas de la siguiente manera: se pasa el hilo por los labios de la herida, como para aplicar una sutura corriente, se toma con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda, el cabo que tiene la aguja, se le apoya en el portaagujas y se hace dar al hilo dos vueltas completas alrededor del extremo del portaagujas, se entreabre ligeramente el instrumento y se toma entre sus mordientes el cabo libre, se tracciona el portaagujas

.....

de manera que las dos vueltas del hilo se deslicen hacia adelante y que el cabo libre pase entre ellas. Se ajusta a nivel de la herida, teniéndose así realizada la primera parte del nudo. Para acompletar el nudo, se realiza la misma maniobra en sentido inverso, y se ajusta el nudo.

Sutura continua.- Solo se emplea en alveolectomías y preparación quirúrgicas para prótesis, sobre toda la arcada.

Se practica con hilo ó seda, el punto inicial se traza como para una sutura a puntos separados y se anuda el hilo.

Con el cabo más largo la aguja vuelve a perforar la fibromucosa de adentro hacia afuera, dejando entre cada punto un centímetro de distancia; el hilo recorre en espiral la línea de incisión y se mantiene tenso, con el objeto de cerrar y adaptar los bordes de la encía. Una vez que la ha adaptado a la sutura se realiza un punto terminal.

CONCLUSIONES

Si bién, la exodoncia en piezas oripodónticas y dientes retenidos, resulta un problema mecánico, es necesario que el cirujano dentista se encuentre preparado para poder hacer frente a dicho problema, y darle sobre todo, una solución satisfactoria.

Para ésto debemos considerar que un problema originado por éste tipo de piezas dentarias, requiere de una valoración correcta; la cual se logrará mediante un estudio concienzudo -- del examen radiográfico de cada caso -- en tratamiento, del estudio clínico -- que podemos efectuar en el paciente -- auxiliados de la inspección y palpación.

Solo con ésto podremos saber el lugar y posición exacta de la pieza, y solucionaremos en algo el problema al cual nos enfrentaremos, y planear con exactitud la técnica operatoria quirúrgica a seguir.

Deberemos tener muy presente y no olvidar la importancia que representa conocer el estado de salud del paciente, tanto en su estado general como local, para evitar el menor número de problemas.

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

Dres. Pichler y Trauner
Cirugía bucal
versión española, ampliada de la tercera
edición alemana
EDITORIAL LABOR S.A.
1952

Dr. Walther C. Guralnick
Tratado de cirugía oral
EDITORIAL SALVAT - BARCELONA
1971

Dres. Costich y White
Cirugía oral
EDITORIAL INTERAMERICANA - MEXICO
1974

Dr. A. Barcelis
La clínica y el laboratorio
EDITORIAL MARIN, S.A. - BARCELONA
1972
