

167
24'

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SEMINARIO DE TITULACION

AREA EXODONCIA

TESIS

TECNICA QUIRURGICA DE LOS CANINOS

SUPERIORES RETENIDOS

PRESENTADA POR EL ALUMNO:

HORACIO MERCADO LOPEZ

PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

MEXICO, D.F. A 13 DE MAYO DE 1991.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

ETIOLOGIA

CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

AUXILIARES DE LABORATORIO

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

POSICION DEL PACIENTE Y DEL OPERADOR

PASOS BASICOS EN EL PLANEAMIENTO DE LA INTERVENCION

QUIRURGICA

LACIRUGIA

CONCLUSION

BIBLIOGRAFIA

TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

Cuando los dientes no toman sus posiciones normales para funcionar en el arco dentario, se consideran incluidos, impactados o retenidos y, salvo excepciones, deben extraerse (Existen diferentes causas por la que se cree que existe una gran incidencia de dientes retenidos.)

Algunas de estas excepciones comprenden: 1) pacientes cuyo estado de salud es tan precario que tal procedimiento quirúrgico no sería conveniente. 2) pacientes cuya edad sea tal que en presencia de un diente totalmente asintomático, ese procedimiento resultaría innecesario. Si una persona necesita extracción total debido a caries severa enfermedad periodontal y existen terceros molares que no hayan hecho erupción podría recomendarse dejar estos dientes incluidos durante un tiempo y extraerlos después, Esto se hace para asegurar la protección de la importante almohadilla del área retromolar y la tuberosidad del maxilar que servirán de soporte a la prótesis durante el largo periodo de uso de la dentadura. Estos dientes deben extraerse cuando su erupción sea suficientemente avanzada que interfiera con la prótesis. Por otra parte todos los dientes intentan hacer erupción y penetrar dentro de la cavidad bucal y los dientes impactados deben extraerse, excepto en aquellas circunstancias en que esto sea poco aconsejable e imposible.

Los dientes impactados crean una diversidad de complicaciones tales como el desarrollo de quistes foliculares, desplazamiento de los dientes con la erosión de las piezas dentarias adyacentes normales.

El problema de la retención dentaria es ante todo de índole mecánica. El diente que está destinado a hacer su erupción normal y aparecer en la arcadía dentaria, como sus congéneres erupcionados encuentran en su camino un obstáculo

Cualquier diente puede llegar a estar impactado; el tercer molar mandibular es el que con las frecuencia se encuentra involucrado. El canino es el último de los dientes anteriores en hacer erupción y cualquier situación que tienda a disminuir el espacio previsto para él, lo dejará sin suficientes espacio para hacer la erupción.

Esta tesis trata lo esencial y preciso de las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas en la extracción de los caninos superiores. Esperando que este trabajo pueda ser de utilidad para el estudiante que en determinado momento necesitara reafirmar sus conocimientos.

Este trabajo incluye su etiología para conocer las causas por las que se presentan los dientes retenidos, conoceremos las indicaciones para ser llevada a cabo, asimismo, se mencionarán las contraindicaciones que en un momento dado nos planteen un riesgo quirúrgico.

Este trabajo incluye los diversos auxiliares de laboratorio, utilizados por el profesional para establecer el diagnóstico o en la preparación quirúrgica del paciente, se proporcionará al estudiante los aspectos básicos de algunos de los exámenes de laboratorio y sus valores normales.

ETIOLOGIA

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

Existen diferentes causas por las cuales hay una gran incidencia de dientes retendidos. En este trabajo hablaremos de los siguientes:

1.- Teoría ortodóntica, el crecimiento normal de la mandíbula y el movimiento de los dientes, se hacen en una dirección anterior; cualquier cosa que interfiera con tal desarrollo, causará inclusión dental. Generalmente el hueso denso resulta de un retardo del movimiento hacia adelante y muchas situaciones patológicas ocasionarán condensación del tejido óseo. Por ejemplo infecciones agudas, fiebres, trauma severo maloclusión y la inflamación local de la membrana periodontal puede incrementar la densidad ósea. La respiración bucal constante, generalmente provoca arcadas dentarias de menor tamaño y, en consecuencia aquellos dientes que hacen su erupción al último, no tienen espacio. Ocasionalmente una pérdida temprana de los dientes deciduales puede causar una detención del desarrollo de la mandíbula y/o una mal posición de los dientes permanentes, dando por resultado inclusiones dentarias.

2.- Teoría filogenética; la naturaleza trata de eliminar aquello que no se usa en nuestra civilización, con sus hábitos nutricionales cambiantes, prácticamente ha eliminado la necesidad humana para tener mandíbulas grandes y poderosas. Como resultado de esta función alterada, el tamaño del maxilar y la mandíbula ha disminuido.

3.- Teoría mendelina; parece probable que en forma hereditaria, tal como la transmisión de mandíbula pequeñas de uno de los padres y dientes del otro pueda ser factor etiológico importante en los dientes incluidos.

Desafortunadamente, las inclusiones dentarias no siguen un patrón; tienen diversas formas y tamaños y cualquier diente puede estar involucrado. También varían ampliamente en el grado de inclusión; algunos dientes están proporcionalmente en erupción mientras que otros se encuentran completamente encerrados en el hueso.

Según la estadística de Berten-Cieszgnski, la frecuencia que corresponde a los dientes retenidos es la siguiente:

Tercer molar inferior -----	35.0%
Canino superior -----	34.0%
Tercer molar superior -----	9.0%
Segundo premolar inferior -----	5.0%
Canino inferior -----	4.0%
Incisivo central superior -----	4.0%
Segundo premolar superior -----	3.0%
Primer premolar inferior -----	2.0%
Incisivo lateral superior -----	1.5%
Incisivo lateral inferior -----	0.8%
Primer premolar superior -----	0.8%
Primer molar inferior -----	0.5%
Segundo molar inferior -----	0.5%
Primer molar superior -----	0.4%
Incisivo central inferior -----	0.4%
Segundo molar superior -----	0.1%

El número de dientes retenidos en un mismo paciente es variable. Hay muchas personas que, sin trastornos aparentes, conservan sus cuatro terceros molares y sus caninos superiores.

CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS.

La retención de los caninos superiores puede presentarse de dos maneras, de acuerdo con la ubicación del diente en el tejido óseo: retención intraósea, cuando la pieza dentaria esta cubierta completamente de hueso, retención subgingival, cuando parte de la corona emerge del tejido óseo pero está recubierta por la fibromucosa.

Los caninos pueden ser clasificados de acuerdo con: 1) el número de dientes retenidos; 2) la posición que estos dientes presentan en el maxilar; 3) la presencia a la ausencia de dientes en la arcada.

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

2) Caninos situados en el lado palatino o situados en el lado vestibular (Fig. 1-d y e y 1d).

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

De acuerdo con estos tres puntos se puede ordenar una clasificación que correspondan a todos los casos de estas retenciones.

Tipo I: Maxilar dentado. Diente ubicado del lado palatino. Retención unilateral; a) cerca de la arcada dentaria. (Fig. 1-d) b) lejos de la arcada dentaria. (Fig. 1-e)

Tipo II: Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado palatino. Retención bilateral. (Fig. 1)

Tipo III: Maxilar dentado. Diente ubicado del lado vestibular. Retención unilateral. (Fig. 1-c)

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

Tipo V: Maxilar dentado: Caninos Vestibulopalatinos (con la corona o raíz hacia el lado vestibular) (Fig. 1 y 2) Retenciones mixtas o transalveolares.

Tipo VI: Maxilar desdentado: Dientes ubicados del lado palatino; retención unilateral y bilateral.

Tipo VII: Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado vestibular; retención unilateral o bilateral.

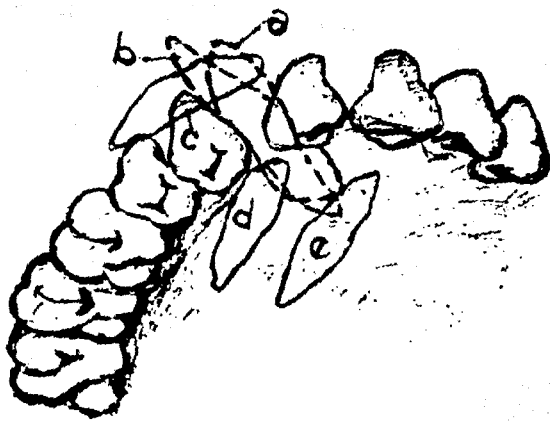


FIG 1

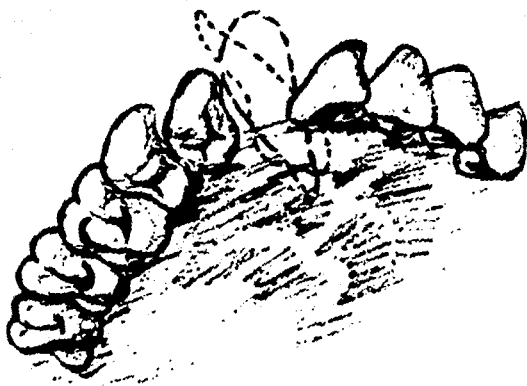


FIG 2

INDICACIONES

Aunque en muchas ocasiones los caninos incluidos pueden permanecer asintomáticos toda la vida, la más frecuente es que estos dientes participen en uno o varios procesos patológicos.

Estos problemas pueden ser desde una simple caries dental hasta una formación de quiste o formación neoplásica en los tejidos foliculares circundantes.

Para decidir si está indicada la extracción preventiva de los caninos incluidos o en estados patológicos es necesario conocer no solo los problemas que pueden afectar a estos dientes sino también las secuelas que pueden acarrear tales problemas. La extracción de los caninos incluidos superiores están indicadas en: resorción patológica, formación de quistes, neoplasias, dolor, apiñonamiento de dientes.

Resorción patológica: la presión de la corona de un canino que este erupcionando contra la superficie radicular del lateral de lado correspondiente, a veces puede ocasionar la resorción patológica de la raíz, y por consiguiente la pérdida del diente afectado.

Formación del quiste: La incidencia en la formación de quistes dentígeros ocasionados por la retención de los caninos es mínima. Muchas veces estas lesiones permanecen asintomáticas por mucho tiempo y mientras experimentan un agrandamiento considerable. A veces los quistes se descubren en un examen radiográfico de rutina, pero en otros casos pueden causar tumefacción intrabucal o facial. La extirpación del quiste es seguida del canino retenido.

Neoplasias: En la región de los caninos incluidos pueden formarse neoplasias benignas o malignas de partes blandas y óseas, pero también pueden dar metástasis en ella los tumores que tienen predilección por el hueso.

El dolor puede ser ligero y localizado en el area inmediata del diente retenido, Puede ser grave, y aun agudísimo e incluir los dientes superiores. El dolor puede ser intermitente, constante o periodico.

Apiñonamiento de dientes: Este es uno de los problemas más comunes ocasionado por los caninos retenidos ya que las fuerzas ejercidas por estos hacia la parte anterior, crea gireversiones y apiñonamiento en los dientes anteriores erupcionados.

CONTRAINDICACIONES

La edad, el estado de salud del paciente, la posición del diente retenido y la presencia de raíces enanas son factores importantes que debemos tomar en cuenta como contraindicaciones para efectuar la extracción de los caninos incluidos.

Teniendo en cuenta la complejidad del procedimiento quirúrgico y el mal estado general del paciente, la técnica quirúrgica estará contraindicada, hasta que las condiciones de salud del paciente sean favorables.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

El examen radiográfico del canino retenido debe ser realizado según ciertas normas para que sea de utilidad. Para encarar el problema quirúrgico, no es suficiente una radiografía intrabucal, tomada sin reglas radiográficas precisas, imprescindiblemente para ubicar el diente a extraer.

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

Antes de encarar un problema quirúrgico de esta especie debemos verificar con absoluta precisión, la clase a la que pertenece el canino retenido (posición vestibular o palatina, distancia de los dientes vecinos, número de caninos retenidos) para imponer el tipo de operación necesaria.

PRUEBAS DE COAGULACION

En las pruebas de coagulación pueden ser útiles en pacientes con antecedentes de problemas de sangrado. La historia clínica es probablemente el factor más importante para valorar los trastornos de sangrado. Las pruebas comúnmente utilizadas son el tiempo de protombina (TP) para valorar el sistema de coagulación extrínseco, el tiempo de sangrado para la enfermedad de Van Willebrand y el funcionamiento plaquetario y la prueba del torniquete para la fragilidad capilar.

TABLA DE VALORES DE COAGULACION

Tiempo de protrombina (TP)/s	11.0-12.5
Tiempo parcial de tromboplastina (TPT)/s	32-35
Tiempo de sangrado (IVY)/min	1-6

QUIMICA SANGUINEA

La química sanguínea comprende el estudio de una gran variedad de sustancias a saber, enzimas, minerales, proteínas, azúcares, cationes, aniones, productos nitrogenados, lípidos y productos de degradación en el metabolismo de la san
gre.

La glucosa sérica (glisemia en ayunas) normalmente es de 80 a 120 mg/100 ml. Los niveles de glucosa están incre
mentados en el diabético, acromegalia, tumores de las glándu
las adrenales, anoxia, traumatismos encefálicos y disfunción
hepática. Cuando los niveles de glucosa sérica están ele
vados esta indica una consulta médica y la prueba de la tole
rancia a la glucosa.

Los niveles de calcio sérico son de 9 a 11.3 mg/100 ml.

Pueden elevarse cuando se encuentra aumentada la activi
dad osteoclástica como sucede en casos de hiperparatiradismo
o hipervitaminosis. Los niveles normales de fósforo séri
co oscilan entre 2.5 a 4.5 mg%. Están incrementados en el
hipoparatiroidismo y en la insuficiencia renal y disminuidos
en el hiperparatiroidismo.

BIOMETRIA HEMATICA

La biometria hemática (BH) comprende a la fórmula de la serie roja, la fórmula leucocita y la cuenta de plaquetas.

El estudio de los eritrocitos en el que se realiza la determinación de hemoglobina de información acerca de la capacidad de la sangre para el transporte de oxígeno, anemias y alteraciones en la producción eritrocítica.

La fórmula leucocitaria es un importante auxiliar para estimar las defensas del paciente, la infección del estado - inmunológico o las discracias sanguíneas. Las plaquetas, elementos importantes en la coagulación, son afectadas por - diversas enfermedades, agentes físicos y fármacos. Los defectos plaquetarios pueden ser cualitativos (funcionales), - cuantitativos (numéricos) o ambos.

El tiempo de sedimentación globular (TSG), es un índice inespecífico de diversas enfermedades, tales como infección, enfermedades colágenas, fiebre reumática, artritis reumatoide y algunas neoplasias, en las que el TSG está acelerado.

VALORES NORMALES DE LAS CELULAS DE LA SERIE ROJA

	HOMBRES	MUJERES
NGR en millones/mm ³	4.5-5.5	4.2-5.2
Homoglobina en mg %	14-17	12-16
Hematocrito %	40-50	37-45
Volumen corpuscular medio	82-92	igual
Hemoglobina corpuscular media	27-31	igual
Reticulocitos	05-15	igual

INDICADORES NORMALES DE LEUCOCITOS

NL	5000 - 10 000 / mm ³
CUENTA DIFERENCIAL	(%)
NEUTROFILOS	60 - 70
LINFOCITOS	20 - 30
MONOCITOS	2 - 3
EOSINOFILOS	1.6 - 3
BASOFILOS	01 - 1

INTRUMENTAL QUIRURGICO

Existe una gran variedad de instrumental quirúrgico para ser aplicados en las distintas técnicas y métodos de la cirugía. Sólo mencionaremos los instrumentos y aparatos en relación con la cirugía del canino incluido.

Instrumentos dedicados a tejidos blandos, Bisturi: para la incisión de la mucosa se emplea el Bisturi del # de hoja intercambiable, las hojas serán del # 11, 12, y 15.

Tijeras: Se emplean para seccionar papilas agrandadas o exceso de tejido, después de una extracción y tenemos tijeras rectas o curvas, empleándose también para cortar puntos de su tura.

Pinzas de disección: Estas se utilizan para la preparación de colgajos en su despegamiento y en la sutura y tenemos pinzas de disección dentadas o las de dientes de ratón.

Legra: Este se utiliza, para desprender el colgajo muco so de la inserción ósea o también para sostener el colgajo du rante la extracción.

Separadores: Para mantener apartados los labios o los colgajos, sin que sean heridos ni traumatizados, pueden emplearse los separadores de Farabeut, y también los de Volkmann.

INSTRUMENTAL PARA LOS TEJIDOS DUROS

Pinzas gubias: Para realizar la resección del hueso - (osteotómico) se utilizan las denominaciones pinzas gubias, rectas o curvas, que actúan extrayendo hueso por resección - mecánica de este tejido, para eliminar bordes cortantes, crestas óseas que emergen de la superficie del hueso.

Fresas: El empleo de las fresas en las operaciones de la boca es de extraordinaria utilidad. La fresa puede eliminar el hueso, o abrir camino a otros instrumentos.

Limas para hueso: Se les usa para preparar maxilares - que llevarán aparatos de prótesis o para alisar bordes y eliminar puntos óseos.

Curetas: Las colecciones patológicas, glaucomas, quistes deben eliminarse del interior de las cavidades óseas con curetas (cucharillas para hueso). Las rectas o acodadas. La parte activa puede tener formas y diámetros distintos.

Elevadores: Los elevadores son instrumentos que su aplicación se basan en principios de física y tienen el objetivo de luxar o extraer dientes o raíces dentarias.

Como palancas deben ser considerados en el elevador tres factores, además de la palanca propiamente dicha: el punto - de apoyo; la potencia y la resistencia.

Los elevadores constan de tres partes, que son: el mango, el tallo y la hoja.

POSICION DEL PACIENTE Y DEL OPERADOR

En el ejercicio de la exodoncia, el paciente y el operador deben ubicarse en la habitación que hace de sala de operaciones en una relación que facilite las maniobras operatorias.

En el sillón dental pueden efectuarse la mayor parte de nuestras intervenciones quirúrgicas. La posición del paciente sentado no solamente es favorable para la realización de las operaciones en la cavidad bucal, sino que es la óptima. La ubicación del operador al lado del paciente varía según el diente a extraer.

Posición del paciente para operar en el maxilar superior:

El respaldo del sillón debe colocarse en un ángulo de 45° la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás de modo que la arcada superior forme un ángulo de 90° con el eje del tronco. La arcada superior del paciente debe encontrarse a la altura de los hombros del operador; de esta manera la visión será más perfecta, las maniobras más sencillas y el esfuerzo y el trabajo realizados más útiles.

Posición del operador: Para operar en el maxilar superior, el operador debe colocarse a la derecha del sillón dental y ligeramente delante del paciente, dándole el frente. - La mano derecha está destinada al manejo de los instrumentos quirúrgicos. La mano izquierda debe ser su colaboradora, - sosteniendo el maxilar, separando los labios o la lengua.

PASOS BASICOS EN LA PLANEACION DE LA INTERVENCION QUIRURGICA.

- Estudiar las radiografías cuidadosamente: se determinará si las radiografías muestran el tamaño exacto y completo del diente; también tamaño y curvatura de la raíz y proximidad de las raíces del diente adyacente o estructuras vitales. Radiografía oclusal para establecer la relación vestibulo-lingual del diente.
- Revisar y realizar la percusión digital de los tejidos duros y blandos del sitio de la intervención.
- Decidir si el diente retenido puede ser extraído o no por medio del seccionamiento del diente.
- Si puede ser extraído por una combinación de remoción ósea y seccionamiento del diente.
- Cantidad del tejido óseo que puede ser eliminado para dar una exposición adecuada.
- Determinar la mejor técnica y los mejores instrumentos para la eliminación del diente retenido.

EXTRACCION DE LOS CANINOS POR LA VIA PALATINA

Anestesia: Como en toda intervención quirúrgica, la anestesia es fundamental. La extracción de los dientes retenidos es una operación de larga duración. La anestesia debe prever esta contingencia.

Retención unilateral. Anestesia infraorbitaria del lado a operarse. Anestesia local infiltrativa de la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y del agujero palatino posterior del lado a operarse.

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

OPERACION

Incisión: Para extraer un canino retenido en el lado palatino, es necesario desprender parte de la fibromucosa, dejando al descubierto el hueso. Es decir, preparar un colgajo permita un amplio descubrimiento del lugar donde esta retenido el diente a extraer. Para conseguir tal colgajo se ha de practicar una incisión en la bóveda palatina. Este colgajo debe permitir una suficiente visión del campo y debe ser dispuesto de tal modo, que no sea traumatizado en el curso de la intervención.

La extensión del colgajo debe estar dada por la posición del canino retenido. Cúspide y ópice del canino son los extremos por fuera de los cuales se traza la incisión.

La forma de incisión ideal para este tipo de retención es la que tiene por objeto, desprender el telón palatino, después de haber hecho lo propio con la fibromucosa palatina del cuello de los dientes. Este es el colgajo real. Se realiza de la siguiente manera: se usa un bisturí de hoja corta, el cual se coloca entre los dientes y la encía, dirigido en forma perpendicular a la bóveda, llegando hasta el hueso. El desprendimiento se inicia en el límite ya prefijado (cara distal del segundo premolar, cara distal del primer molar), y se extiende en sentido anterior hasta los incisivos centrales, laterales o molar del lado opuesto, según sea el sitio que ocupe el o los caninos retenidos.

Al llegar al sitio donde falta el diente en la arcada, el bisturí contornea parte de la cara mesial del primer premolar, la incisión sigue la cresta de la arcada y se continúa hasta el lugar en que se ha prefijado la ubicación del ápice del retenido. Si existe el canino primario, la incisión lo rodea por su cara palatina. En caso de un canino situado más posteriormente, no es necesario que la incisión pase la línea media, respetando por lo tanto, al descender el colgajo, los caninos elementos que se relacionan con el agujero palatino anterior (el seccionamiento de los cuales, no trae mayores inconvenientes).

Desprendimiento del colgajo. Practicada la incisión, el desprendimiento del colgajo se realiza con un instrumento romo, llamado legra.

Este instrumento se coloca entre la arcada dentaria y la fibromucosa palatina, y por pequeños movimientos, sin herir ni

desgarrar la encía, se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso de la bóveda palatina.

Osteotomía: Para eliminar el hueso que cubre el canino retenido, puede el cirujano valerse de varios métodos que, aunque llevan el mismo fin, tienen diferencias fundamentales que se refieren al shock quirúrgico y a las molestias que pueda sentir el paciente. Los instrumentos usados, son fresas quirúrgicas, escoplo y martillo.

Es importante especificar la cantidad del hueso que debe eliminarse. Deben quedar ampliamente descubiertas, en la estectomía, toda la corona retenida y parte de la raíz. La estectomía debe descubrir toda la corona, especialmente a nivel de la cúspide del diente retenido y en una anchura equivalente al mayor diámetro de la corona, para que esta se pueda eliminar de la cavidad ósea, sin tropiezos y sin traumatismos.

Según sea la inclinación del canino se eliminará mayor o menor cantidad de hueso a nivel radicular.

Extracción propiamente dicha. realizada la resección ósea hay que considerar el objeto primordial de la operación, que es la extracción del diente retenido.

La operación consiste en eliminar un cuerpo duro inextensible (diente) de un elemento duro que debe considerarse inextensible (hueso). Esta maniobra sólo puede realizarse con palancas, que apoyadas en el hueso vecino más sólido y más protegido (el hueso del lado interno) elevan el diente siguiendo la brecha ósea creada.

Para facilitar la extracción del canino incluido es necesario realizar una odontosección: Se corta el diente en el número de trazos que sea necesario, y se extraen por separado

y a expensas de los espacios creados por las partes desalojadas se completa la extracción de los trozos que quedan.

La odontosección puede realizarse con dos instrumentos: la fresa, y el elevador.

USO DE LA FRESA.

La maniobra de la sección del diente exige una perfecta visión del diente y fácil acceso. El diente debe ser cortado a nivel de su cuello, con fresa para cirugía, dirigida perpendicularmente al eje mayor del diente. Si la región cervical no es accesible, habrá que cortar el diente a nivel de su corona.

Seccionado el diente se introduce un elevador recto en el espacio creado por la fresa y se imprime al instrumento un movimiento rotatorio, con el cual se logrará separar definitivamente raíz y corona. Luego aplicando el elevador a nivel de la cúspide del canino, se dirige la corona en dirección del ápice, aprovechando el espacio ocasionado por la fresa de fisura.

La extracción de la corona se logra introduciendo un elevador angular de hoja delgada, entre la cara del diente que mira hacia la línea media y la estructura ósea. Con un movimiento de palanca, con un punto de apoyo en el borde óseo y girando el mango del instrumento, se desciende la corona.

Eliminada la corona, hay amplio espacio para dirigir la raíz hacia la cavidad ósea vecina. Se introduce el elevador angular, entre la pared radicular que mira a la línea media y el hueso adyacente y dirigiendo la raíz hacia abajo y hacia la línea media.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.

Extraído el canino, debe inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea y extraer las esquirlas de hueso o de diente que puedan quedarse y eliminar el saco pericoronario del diente retenido, este se extirpa con una cureta. La omisión de esta medida puede traer trastornos infecciosos y tumorales.

Los bordes óseos agudos y prominentes deben ser eliminados con una fresa redonda, o lima para hueso.

SUTURA.

El colgajo se vuelve a su sitio, readaptandolo perfectamente, de manera que las lenguetas interdientarias ocupen su ubicación normal. En los caninos unilaterales, generalmente un punto de sutura es suficiente, se coloca a nivel del espacio interdentario.

Terminada la operación, se coloca un trozo de gasa en la bóveda palatina, comprimiendo y manteniendo adosada la fibromucosa.

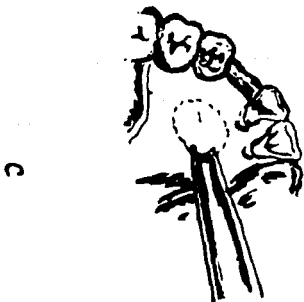
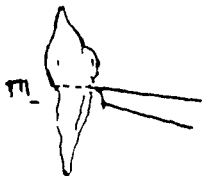
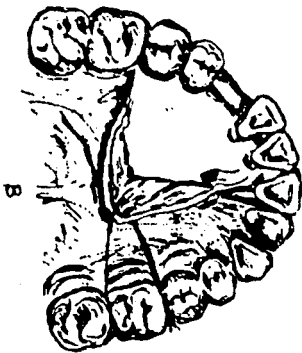
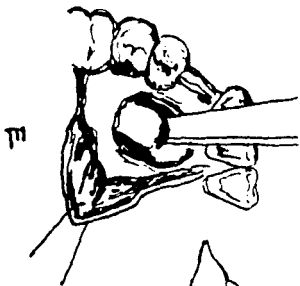
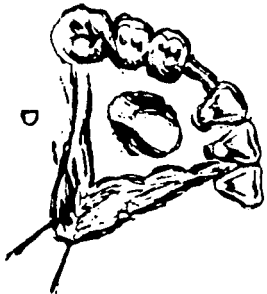
EXTRACCION DE LOS CANINOS POR LA VIA VESTIBULAR.

La via vestibular para la extracción de los caninos retenidos en el lado vestibular y los palatinos próximos a la arcada dentaria, con espacio suficiente dado por diastemas o dientes ausentes, es más sencilla que la palatina. La iluminación es más fácil y el acceso del diente retenido es más directo. El mecanismo de la extracción sigue los principios ya señalados para la de los dientes retenidos en la bóveda.

EXTRACCION DE CANINOS EN MAXILARES DESDENTADOS

La via de elección para la extracción de caninos es maxilares sin dientes, es la vestibular. La ausencia de dientes facilita el problema. Practicamente, todos los casos

pueden resolverse por esta via a no ser los colocados muy profundamente, lejos de la tabla externa y próximos a la bóveda. Para estos últimos, el camino más corto es la extracción por via palatina. Las normas para la extracción de estos dientes se ajustan a los señalados para los otros tipos de caninos retenidos.



24

Extracción de un canino superior derecho retenido en el lado palatino. A. incisión; B. desprendimiento del colgajo; C. ostectomía; D. el colgajo se sostiene con un hilo a un molar; después practicada la estectomía aparece la corona del canino; E. y E. sección del diente a nivel de su cuello. F. sutura del colgajo palatino.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSION

Existe un índice elevado de pacientes que se presentan en el consultorio dental con problemas de dientes retenidos. Este es uno de los principales motivos para la elección del tema de mi tesis.

La inclusión dentaria es un padecimiento muy frecuente que se presenta en la consulta privada, y, como cirujanos dentistas debemos resolver de la mejor manera el problema.

La extracción de dientes incluidos en un tratamiento hasta cierto punto complicado; claro siempre debemos tener un conocimiento de las demás materias afines a la exodoncia, ya que si carecemos de ellos simplemente no sabríamos como tratar ciertas complicaciones que pudieran presentarse antes, durante y después de la operación, trayendo como consecuencia el fracaso del tratamiento.

En esta tesis se trataron algunos de los diferentes métodos y técnicas quirúrgicas para el mejor resultado de nuestra intervención, siendo muy importante la aplicación de la mejor de ellas, para el fin al que se requiera, llegando a la conclusión de que el mejor criterio para la utilización de las diferentes técnicas será el de nosotros y que la habilidad y el perfeccionamiento estará dado por el entrenamiento quirúrgico y el éxito de la intervención estará dada por el cumplimiento de las indicaciones las cuales serán el fruto de nuestra experiencia.

BIBLIOGRAFIA

GUILLERMO A. RIES CENTENO, Cirugía Bucal.
Ed. El Ateneo. Argentina 1987.

DANIEL M. LASKIN, Cirugía Bucal y Maxilo Facial.
Ed. Panamericana. Argentina 1987.

GUSTAV O. KRUGER, Tratado de Cirugía Bucal.
Ed. Interamericana. México, D.F. 1983.

DANIL E. WAITE. Tratado de Cirugía Bucal Practica.
Ed. Continental S.A. de C.V. México, D.F. 1984.