

202
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CANINOS RETENIDOS

T E S I S A

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a

MARTHA LILIA ORTEGA ORTEGA



México, D. F.

1991

FALLA DE ORIGEN



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	1
ETIOLOGIA DE LOS DIENTES RETENIDOS	2
CLASIFICACION DE CANINOS SUPERIORES E INFERIORES RETENIDOS	6
HISTORIA CLINICA.....	8
RAYOS X	10
ANESTESIA	11
TECNICA QUIRURGICA	21
TRATAMIENTO POSTOPERATORIO	32
CONCLUSION	34
BIOBLOGRAFIA	35

Desde el inicio de la humanidad el hombre siempre se ha preocupado por mantener la cavidad oral en perfecto estado y en coordinación con los demás organos de su cuerpo.

Debido a lo avanzado de la ciencia en este siglo, mi objetivo es dar a conocer los principios básicos para una cirugía o el tratamiento adecuado en el caso de una retención del canino, ya que esta pieza dentaria ocasiona desde las más leves molestias hasta serios problemas patológicos; así como también los diferentes accidentes que se pueden presentar en una intervención de esta índole, sin menospreciar la destreza del cirujano dentista, para la realización de este trabajo.

Por lo que respecta a este tema en particular "Caninos Retenidos", lo hago extensivo para que sirva como parámetro a mis compañeros, a las futuras generaciones de cirujanos dentistas y a la vez como base para mi desarrollo profesional.

ETIOLOGIA DE LOS DIENTES RETENIDOS.

Se definen como dientes retenidos aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco periocoronario fisiológico. Dicha retención puede presentarse de dos formas:

- a).- Retención intraosea, cuando el diente está rodeado completamente por tejido oseó.
- b).- Retención subgingival, cuando el diente está rodeado o está cubierto por mucosa gingival.

Existe un grupo de dientes con mayor disposición a quedar retenidos, tales como los caninos y terceros molares.

Tercer molar inferior	35%
Canino superior	34%
Tercer molar superior	9%
Segundo premolar inferior	5%
Canino inferior	4%
Incisivo central superior	4%
Segundo premolar superior	3%
Primer premolar inferior	2%
Incisivo lateral superior	1.5%
Incisivo lateral inferior	0.8%
Primer premolar 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%

La patogenia es, ante todo, de índole mecánica. Se pueden clasificar las razones por las cuales el diente no hace erupción, de la siguiente manera:

a).- Razones embrionarias:

la ubicación especial de un germen dentario es un sitio muy alejado del normal de erupción, por razones mecánicas, el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar. El germen dentario puede hallarse en su sitio pero en una angulación tal que al calcificarse el diente y empezar el trabajo de erupción la corona toma contacto con un diente vecino retenido o erupcionado, este contacto constituye una "fijación" del diente en erupción. Sus raíces se constituyen pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un ángulo que le permita erupcionar normalmente.

b).- Razones mecánicas:

puede no erupcionar por falta de espacio. Esta se refiere a que una vez completada la calcificación del diente y en maxilares de dimensiones reducidas, no tiene lugar para ocupar su sitio normal en la arcada. Es el caso del canino debido a que su germen se encuentra situado en lo más alto de la fosa canina y al tratar de erupcionar se lo impide el premolar y el incisivo late-

ral que ya han erupcionado, máxime si su antecesor temporal es mucho más angosto mesio-distalmente.

La presión mesial del segundomolar en su erupción, es transmitida de un diente a otro hasta el canino desudío, causando su acuñaamiento o retardando su abulsión por un tiempo mayor aún estando la raíz casi reabsorbida.

Otra razón mecánica es la presencia de hueso con una condensación tal que no pueda ser vencida por el trabajo de erupción: enostósis, osteítis, condensante, osteoclerosis; procesos óseos que dan una imagen lechosa o blanquecina.

c).- Estracciones prematuras de temporarios:

ese caso provoca el acercamiento de las coronas, constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del permanente.

d).- Elementos patológicos:

Tales como la presencia de dientes super numerarios o tumores odontogénicos. todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endócrinas, pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio tales como raquitismo y las enfermedades que le son propias; tienen también influencia sobre la retención dentaria.

CLASIFICACION DE LOS CANINOS SUPERIORES RETENIDOS.

Esta se dá de acuerdo al número de dientes retenidos con la posición de éstos en la arcada y con la presencia o ausencia de los dientes en la arcada puede haber casos tales como:

- Retención unilateral o bilateral
- En lado vestibular o palatino
- En maxilares dentados o desdentados

De acuerdo a lo antes expuesto, se clasifican en:

- | | |
|-----------|---|
| Clase I | Maxilar dentado.- canino en palatino, retención unilateral.
a).- cerca de la arcada dentaria
b).- lejos de la arcada dentaria |
| Clase II | Maxilar dentado.- canino en vestibular, retención bilateral. |
| Clase III | Maxilar dentado.- canino en vestibular, retención unilateral. |
| Clase IV | Maxilar dentado.- canino en vestibular, retención bilateral. |
| Clase V | Maxilar dentado.- caninos vestibulopalatinos. |
| Clase VI | Maxilar desdentado.- canino en palatino, retenciones uni-o-bilateral. |
| Clase VII | Maxilar desdentado.- canino en vestibular, retención uni-o-bilateral. |

CANINOS INFERIORES VESTIBULARES.

Dadas las características que presentan en su retención, se pueden clasificar en:

- Clase I. Maxilar dentado.- unilateral diente ubicado en el lado lingual.
a).- posición vertical
b).- posición horizontal
- Clase II Maxilar dentado, unilateral, diente ubicado en el lado bucal.
a).- posición vertical
b).- posición horizontal.
- Clase III Maxilar dentado.- bilateral, diente ubicado en el lado lingual
a).- posición vertical
b).- posición horizontal
y dentro de la misma clase III, están los dientes ubicados en el lado bucal:
a).- posición vertical
b).- posición horizontal.
- Clase IV Maxilar desdentado, unilateral
a).- posición vertical
b).- posición horizontal
- Clase V Maxilar desdentado, bilateral
a).- posición vertical
b).- posición horizontal

HISTORIA CLINICA

Nombre:

Dirección:

Edad:

Sexo:

Fecha aproximada de la última visita al médico:

¿Padece en este momento gripe o molestias en la garganta?

¿Ha experimentado sangrado excesivo de alguna herida o extracción?

¿Le ha dicho algún médico que padece problemas cardiacos?

¿Se le hinchan con frecuencia los tobillos?

¿Con facilidad padece problemas respiratorios o falta de aire?

¿Se desmaya fácilmente?

¿Se agota con facilidad?

¿Tiene problemas estomacales?

¿Le ha dicho alguna vez un médico que padece de los riñones o de la vejiga?

¿Se levanta durante la noche para orinar?

¿Padece diarrea con frecuencia?

¿De niño guardaba cama durante periodos prolongados?

¿Recientemente ha subido o bajado de peso?

¿En este momento se encuentra tomando algún medicamento?
medicamento _____ para _____

¿Es usted alérgico a alguna medicina? ¿cual?

Diga si ha padecido	si	no
Asma	()	()
Fiebre reumática	()	()
Pulmonía	()	()
Tuberculosis	()	()
Problemas cardiacos	()	()

	si	no
Nerviosismo	()	()
Presión alta	()	()
Anemia	()	()
Diabetes	()	()
Problemas renales	()	()
Alergias	()	()
Lesiones u opera- ciones	()	()
Algún tratamiento	()	()
Hospitalización	()	()
Irradiación previa de cuello o cabeza	()	()
Mujeres:		
¿Está embarazada?	()	()

Después de haber realizado la historia clínica, el paso a seguir es la inspección y el estudio radiográfico.

Inspección: la ausencia del canino permanente en la arcada la persistencia del temporario, pueden hacer sospechar la retención. En caso de haber retención palatina o vestibular, la inspección visual puede descubrir una elevación o relieve en el paladar o vestíbulo, la altura y forma de la bóveda palatina nos dará una indicación preliminar de la probable ubicación del canino retenido.

La radiografía solo nos dará el tipo de tejido óseo (densidad, rarefacción, presencia del saco pericoronario y existencia de procesos óseos pericoronarios) y no es suficiente una radiografía intrabucal tomada sin reglas radiográficas precisas, a veces tendrá que tomarse una radiografía panorámica para que sirva de base en la toma de la decisión y planeación para la intervención quirúrgica.

Antes de encarar un problema quirúrgico de esta especie, debemos de verificar con absoluta precisión la clase a la que pertenece el canino retenido (posición vestibular o palatina, distancia de los dientes vecinos y número de caninos retenidos), para imponer el tipo de cirugía necesaria (vía de acceso o incisión, etc.), evitando de esta manera las operaciones mutilantes traumáticas y llenas de inconvenientes, no olvidando antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento, que la cavidad oral es una de las zonas más sépticas del organismo y para hacer cualquier tipo de cirugía dental tendrá que evitar posibles complicaciones de infección postoperatorias.

ANESTESIA

La anestesia local es la supresión por medios terapéuticos de la sensibilidad de una región del organismo; en nuestro caso, de una zona de la cavidad bucal, permaneciendo la conciencia del paciente intacta; sólo anula la transmisión del dolor a los centros superiores al ponerse en contacto con las terminaciones nerviosas periféricas.

Así pues, es preciso recordar que distintas zonas de la cavidad bucal están bajo el dominio del quinto par craneal (trigémino) con sus tres ramas: el oftálmico, el maxilar superior y el mandibular, siendo los dos últimos donde existe una mayor recepción de los estímulos dolorosos.

La premedicación con sedantes además de la anestesia local, hacen que muchos procedimientos puedan realizarse con destreza, aunque es imposible saber cuál será el efecto de un sedante tomado por vía oral, horas antes de la cirugía; por lo tanto, se aconseja la administración intravenosa de medicación pre-operatoria para observar su efecto sobre el sistema nervioso central, lo cual elimina el peligro potencial de sobredosis.

TECNICA DE ANESTESIA

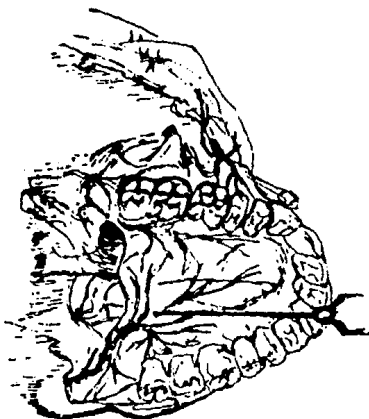
Para lograr un bloqueo completo de la zona por intervenir, se debe usar la técnica adecuada para cada región.

1).- Agujero palatino.

Para anestesiar caninos superiores y molares se debe bloquear el nervio palatino anterior para lograr la anestesia

del mucoperiostio palatino hasta la región de los caninos y desde la línea media hasta la cresta gingival del lado anestesiado. Se punza en el fondo del saco a nivel de la raíz distal del segundo molar, una vez atravezada la musa bucal, el hueso y el businador, se depositan algunas gotas de anestesia y se avanza, en un ángulo de 45 grados respecto al plano oclusal de los molares superiores, procurando con esto llegar a los orificios dentarios superiores y a nivel de éstos se deposita la solución.

Es una guía importante llevar la aguja siempre en contacto con el hueso; ello evitará punzar órganos anatómicos importantes, tales como la arteria maxilar interna, el flexo venoso pterigoideo, la bolsa ediposa de bichat o el músculo pterigoideo externo; estas contingencias pueden producirse al llevar la aguja más de dos centímetros atrás y arriba de los orificios dentarios. La punción de los vasos origina hematomas de consideración.

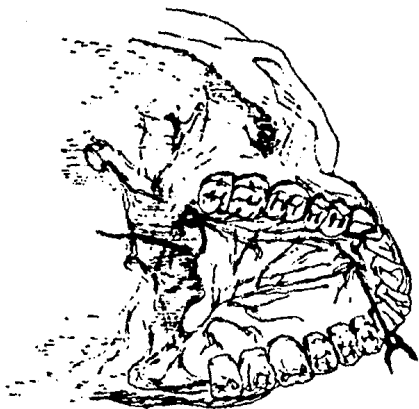


NERVIO PALATINO.

2).- Canino superior.

a).- Nervio nasopalatino.

Es una de las mayores ramas nasales posterosuperiores, corre hacia abajo y adelante a lo largo del tabique nasal, atraviesa el conducto palatino anterior y dá ramas a la porción más anterior del paladar y a la encía que rodea los incisivos superiores. Para anestesiarse este nervio se debe insertar la aguja a un lado de la papila incisiva, dirigiendo la hacia arriba y hacia el conducto palatino anterior, logrando con esto anestesiarse el tercio anterior del paladar de canino a canino.



NERVIO NASOPALATINO.

b).- Nervio infraorbitario.

El nervio infraorbitario es continuación del nervio maxilar superior, este se introduce en la órbita a través de la hendidura esfenomaxilar y corre en el piso de la misma, primero en el surco y luego en el canal infraorbitario para luego aparecer en el agujero infraorbitario y distribuirse por la piel del parpado inferior, la porción lateral de la nariz y el labio superior, así como la mucosa vestibulo nasal.

Para localizar el agujero infraorbitario se pide al paciente mirar de frente y se traza una línea imaginaria que va de la pupila del ojo hacia la superficie suborbitaria del maxilar, la cual presenta una cavidad marcada; se palpa con el dedo medio la porción media del borde inferior de la órbita y luego se desciende cuidadosamente un centímetro aproximadamente por debajo de este punto. Por lo general, se puede palpar el paquete vasculonervioso que sale por el agujero infraorbitario, manteniendo el dedo medio en el mismo lugar, se levanta con el pulgar y el índice el labio superior y con la otra mano se introduce la aguja en el repliegue superior del vestibulo oral, dirigiendola hacia el punto en el cual se ha mantenido el dedo medio.

Las zonas y estructuras que se anestesian con esta técnica son: incisivos, caninos, premolares, tejidos blandos que los cubren, labio superior, porciones del lado de la nariz

parpado inferior del lado anestesiado y en ocasiones los molares superiores y sus estructuras de soporte vestibular.

- 1- N. infraorbitario.
- 2- Ramas palpebrales inferiores.



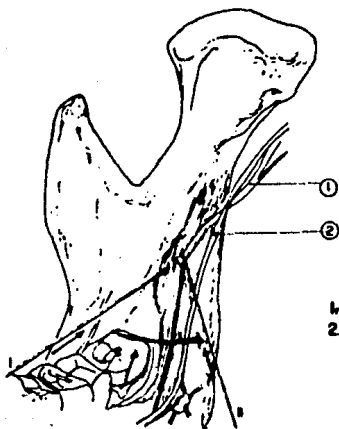
3).- Caninos inferiores.

Este nervio se desprende del nervio maxilar inferior cuando éste se divide inmediatamente por debajo del agujero oval y se dirige hacia abajo, primero por dentro del músculo pterigoideo externo y luego por fuera del músculo pterigoideo medio, entre éste y la rama de maxilar inferior el nervio entra en el orificio del conducto dentario que está situado más o menos en el punto medio de la rama y corre en el canal del mismo nombre hasta el nivel del incisivo mesial donde se divide dando ramas para los dientes y encías de la mandíbula.

Para anestesiar el nervio maxilar inferior se palpa con el dedo índice la rama del maxilar inferior hasta encontrar el punto de mayor profundidad de curvatura, la jeringa debe colocarse entre los premolares del lado opuesto, dirigiendo la aguja paralela al plano oclusal hacia la rama ascendente; la insertada se dirige en la superficie interna de la rama hasta alcanzar la pared posterior del surco mandibular. Si el paciente mantiene la boca bien abierta se obtendrá mayor seguridad en el bloqueo, en caso de que sea necesario bloquear el nervio lingual, se deja una pequeña cantidad de solución a la mitad del canino de inserción.

Para anestcsiar el nervio bucal, se inserta la aguja en el fondo del saco frente al segundo molar, dirigiéndola hacia atrás en dirección paralela al plano oclusal, hasta un

punto frente al tercer molar, depositando la anestesia so
bre la mandíbula, quedan también anestesiados con esta
técnica, el nervio dentario inferior y los dientes inferio
res del mismo lado.

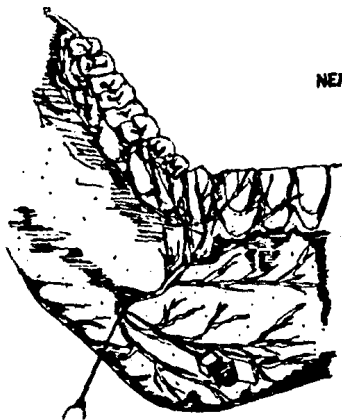


NERVIO ALVEOLAR INFERIOR.

- 1-Nervio alveolar inferior.
- 2-Nervio lingual.

b).- Nervio mentoniano.

Se origina en el conducto dentario inferior a partir del nervio alveolar inferior y sale a través del agujero mentoniano a la altura del premolar distal, inerva la piel y mucosa del labio inferior y la piel de la mandíbula. El foramen mentoniano se encuentra en el repliegue inferior del vestíbulo por dentro del labio inferior e inmediatamente por detrás del primer premolar; con el dedo índice izquierdo se palpa el paquete vásculo nervioso a su salida del agujero mentoniano; el dedo se deja ahí ejerciendo presión moderada mientras la aguja se introduce en este punto hasta que esté en la cercanía del paquete vásculo nervioso dejando ahí el anestésico.

**NERVIO MENTONIANO.**

c).- Complicaciones postanestésicas.

Durante o después de la aplicación de la anestesia local o regional, pueden ocurrir una serie de accidentes y complicaciones clasificados como inmediatos y mediatos

1).- Accidentes inmediatos.

Estos son provocados por lastimar un nervio y provocar dolor de distinta índole, intensidad, localización radicación y persistencia y puede ser a consecuencia del uso de jeringas con agujas desafiladas que desgarran los tejidos o a la introducción demasiado rápida de las soluciones anestésicas.

a).- Lipotimia, síncope.

Este puede ser causado por miedo o por la adrenalina de la solución anestésica; esto último ocurre con frecuencia durante la aplicación o algunos minutos después. Los síntomas que presenta el paciente son: palidez, taquicardia, sudor frío, respiración rápida, de este estado se puede recuperar rápidamente o entrar en un cuadro más serio que puede terminar con la muerte.

b).- Hematomas.

Es producido por la punción de un vaso sanguíneo dando origen a un derrame de intensidad variable sobre la región inyectada. Dicho derrame tarda varios días para su recuperación total o bien puede agravarse si se presenta infección en el hematoma.

c).- Isquemia de la piel en la cara.

Esta reacción es causada por la introducción de solu-

ción anestésica a una vena provocando sobre la piel del paciente zonas de intensa palidez.

2).- Accidentes mediatos

a).- Aparecen después de la inyección del dentario inferior, puede ocurrir que la anestesia permanezca por días, semanas y hasta meses. Esta complicación se debe cuando no es de origen quirúrgico, al desgarrar del nervio por agujas con rebabas o a la inyección de alcohol junto con la procaina, cuando se utiliza este como anticéptico para la esterilización del material (método obsoleto).

Tratamiento; el más eficaz es el tiempo ya que el nervio se regenera lentamente y después de un periodo variable se recupera también la sensibilidad.

b).- Infección en el lugar de la punción.

La infección puede provocarse por falta de esterilización de la aguja o de antisepsia en el sitio de punción. La inyección séptica a nivel de la espina de spix ocasiona transtornos más serios como absesos y flemones y como secuela hay fiebre, trismus y dolor.

Tratamiento; consiste en aplicar calor y antibióticos, como último recurso sería la abertura quirúrgica de dichos absesos.

TECNICA QUIRURGICA

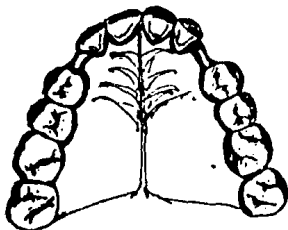
a).- Incisión.

Existen diferentes tipos de incisión para la extracción de los caninos superiores incluidos, dependiendo de su posición ya sea ésta vestibular o palatina. La extensión de la incisión está dada por la posición del canino incluido; cúspide y ápice son los extremos, por fuera de los cuales se traza la incisión.

Incisión Palatina.

Con un bisturí Bard-Parker No. 15 se insinúa entre los dientes y la encía llegando al hueso, dirigido perpendicularmente a la bóveda palatina, ésto se hace de la cara distal del segundo premolar a la cara distal del primer molar, extendiéndose a continuación en sentido anterior hasta los incisivos centrales, incisivo lateral, premolares o molares del lado opuesto; si existe el espacio del canino en la arcada se contornea el premolar, siguiendo la incisión en la cresta, festoneando posteriormente a la zona deseada.

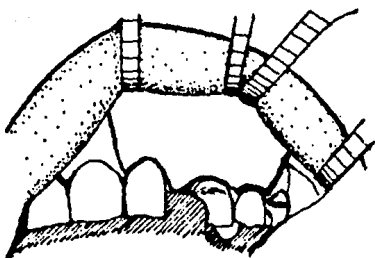
Otra forma de incisión en la bóveda palatina es: con un bisturi Bard-Parker No. 15 se seccionan los tejidos palatinos festoneando los dientes desde el mesial del incisivo central hasta distal del segundo premolar; después se hace una incisión longitudinal por el centro del paladar de 4 centímetros aproximadamente, partiendo de la cresta de la papila interdental entre los incisivos centrales. Esta incisión atraviesa el conducto nasopalatino, por lo que produce hemorragia que se controla oprimiendo el conducto con una gasa por varios minutos o introduciendo gasa iodoformada en el conducto.



Incision palatina

INCISION VESTIBULAR

Los tipos de incisiones que se pueden emplear en este caso son: la incisión en arco (Partsh) y la incisión hasta el borde libre (Newman).



incision vestibular.

SEPARACION DEL COLGAJO

Se separa el colgajo mucoso del paladar duro por medio de un periostotomo, hasta que la estructura ósea esté completamente expuesta; para inmovilizar el colgajo se pasa un hilo de sutura por fibro mucosa y se anuda el hijo al molar del lado opuesto, cuidando de irrigar constantemente el colgajo con suero fisiológico tibio para evitar que se necrose y se cangrene.

En caso de ser el colgajo vestibular se puede separar con el separador de Farabeuf.



Separacion de colgajo.

OSTEOTOMIA

El principal obstáculo en la extracción del canino retenido está en su corona; la osteotomía debe descubrir toda la corona, principalmente a nivel de la cúspide del canino y en su anchura al mayor diámetro de la corona, según sea la inclinación del canino se hará mayor o menor sacrificio de hueso a nivel de su parte radicular aunque generalmente es suficiente descubrir el tercio cervical de la raíz.

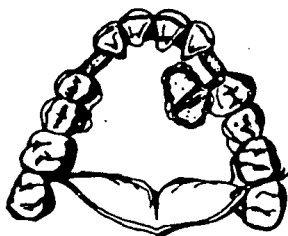


Osteotomía.

Con una fresa para hueso se hacen orificios en el hueso a una distancia de 3mm. uno del otro alrededor de la corona del canino incluido, teniendo mucho cuidado de no lastimar dientes adyacentes a él en caso de que estén cercanos. Posteriormente se unen los orificios con fresa o escoplo y martillo retirando después el hueso que cubre la corona. En caso de necesitar mayor visibilidad se hace más grande el orificio con la fresa, cuidando que no se lesionen los dientes vecinos; si no hay espacio se puede aumentar la abertura del lado opuesto o bien se secciona la corona con fresa.

ODONTOSECCION

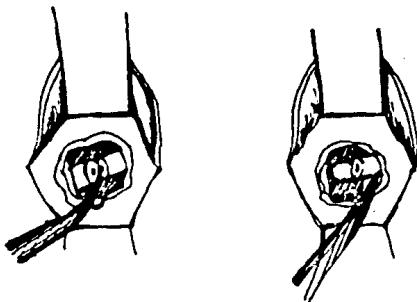
La odontosección se hace con fresa de fisura de carburo, el corte es a nivel del cuello del canino dejando a la vista parte de la raíz, para evitar destruir mas hueso y facilitar su extracción, la fresa debe estar dirigida perpendicularmente al eje mayor del diente; en caso de no ser accesible la región cervical, el corte se hará a nivel de su corona.



Odontosección.

OPERACION PROPIAMENTE DICHA

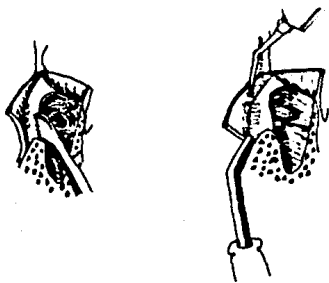
La extracción se realiza con palancas que apoyadas en el hueso sólido, elevan el diente siguiendo la brecha ósea creada. En caso de que el diente esté colocado casi en posición vertical y la corona no se encuentre enclaustrada, puede ser extraído con un elevador recto introduciéndolo entre la cara del incluido que mire a la línea media y la pared ósea contigua con movimientos de rotación. Otro método sería introducir el instrumento para luxar el diente, la extracción se termina tomando el diente a nivel de su cuello con un forceps para premolares superiores (en casos accesibles) con suaves movimientos de rotación y tracción en dirección del eje del diente.

Operacion propiamente dicha.

En caso de no ser posible la extracción del diente por este método debido a la posición del diente, se procede a hacer la odontosección, seccionando al diente en el número de fragmentos que sean necesarios para extraer sus partes por separado una vez seccionado el diente se introduce un elevador en el espacio creado por la fresa, con movimientos rotatorios se separa la raíz y la corona luego se aplica el elevador a nivel de la cúspide del canino dirigiendola con dirección al ápice; eliminada la corona la raíz se puede luxar introduciendo el elevador entre la pared radicular que mira a la línea media del hueso adyacente dirigiendo la raíz hacia abajo. También se puede hacer un orificio con fresa en la bóveda ósea que llegue hasta la raíz para introducir por éste un elevador impulsando a la raíz hacia adelante; en caso de haber dilaceración radicular en el canino, se secciona dicha raíz facilitando de esta manera su extracción.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

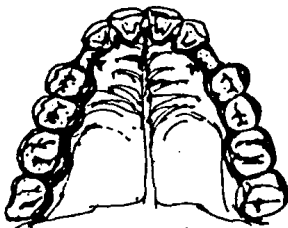
Se limpia perfectamente la cavidad ósea retirando el saco pericoronario, se eliminan bordes óseos prominentes, se lava a presión con suero fisiológico, utilizando jeringa hipodérmica.



SUTURA

Se retira el hilo de sutura y se lleva el colgajo a su lugar de origen adosándolo perfectamente a la bóveda palatina y cuidando que la zona de las papilas esté bien colocada; los puntos de sutura pueden variar de uno a cinco dependiendo el tamaño del colgajo. Ya hecha la sutura, se coloca una gasa comprimiendo y manteniendo la fibra mu cosa adosada al hueso.

Sutura .



POSTOPERATORIO

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

Una vez terminada la operación se advierte al paciente que tendrá dolor, probablemente intenso durante un tiempo aproximadamente de 8 horas, al término de las cuales la intensidad de dicho dolor irá disminuyendo. Es importante administrar analgésicos especialmente de tipo narcótico, durante las primeras 24 horas posteriores a la intervención.

Otro método que puede ser útil para disminuir el dolor postoperatorio es recomendar al paciente empezar a tomar el analgésico prescrito, por lo menos una hora antes de que pase el efecto de la anestesia local.

Se debe anticipar al paciente los signos de posibles complicaciones postoperatorias como son: inflamación, dolor, hemorragias, cicatrización tardía de las heridas, infección, sensibilidad a las drogas o alergia al medicamento.

Se le dará al paciente por escrito y en forma clara las indicaciones postoperatorias respecto a medidas fisi-

cas y alimentación (dieta).

Primer día:

Aplicar compresas de agua fría o hielo en la zona de la cirugía, dieta líquida, tomar jugo de naranja, papaya, limonada, etc.; no comer alimentos grasosos ni irritantes (picante), carne de puerco ni tomar leche; dormir con la cabeza en alto (con almohadas) y sobre todo tomar los medicamentos a su hora.

Segundo día:

Aplicar compresas de agua caliente por 5 minutos de cada hora. Seguir con la dieta del primer día pero se le puede adicionar pollo, carne asada o verduras, si es que el paciente puede masticar; seguir durmiendo con la cabeza en alto; para el aseo de la boca no usar cepillo, tomar una jeringa y con agua hervida lavar a presión la zona de la cirugía para evitar posible acumulación de restos de alimentos; seguir con la medicación.

Dependiendo del estado de rehabilitación del paciente a los 8 días aproximadamente después de la intervención quirúrgica, se retiraran los puntos de sutura.

NOTA: El tratamiento postoperatorio será aplicado en cualquier tipo de cirugía de dientes incluidos

CONCLUSION

Para realizar todo tipo de trabajo quirúrgico o de cualquier otra índole en la cavidad bucal, el cirujano dentista, debe de estar perfectamente capacitado en todas las materias (anatomía, patología, anestesia, farmacología, radiología, microbiología, etc. etc.) y además contar con los conocimientos básicos de medicina general para que cuando se presente alguna complicación de cualquier tipo en su paciente, tenga todos los elementos necesarios para salvarle la vida.

BIBLIOGRAFIA

RIES CENTENO

CIRUGIA BUCAL
EDITORIAL EL ATENEO
BUENOS AIRES 9a EDICION.

ARCHER

ATLAS PASO POR PASO DE
TECNICAS QUIRURGICAS
EDITORIAL MUNDI TOMO I.

KRUGER GUSTAVO

CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL
EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA
BUENOS AIRES 1983

SANDERS BRUCE

CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES 1984