

38
2e/ern



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE CANINOS
RETENIDOS

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
ELISA BELTRAN RODRIGUEZ



MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON
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

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE CANINOS RETENIDOS

1.- DEFINICION DE DIENTES RETENIDOS.

2.- ETIOLOGIA.

- a) Razones embriológicas.
- b) Obstáculos mecánicos.
- c) Causas generales.

3.- TRASTORNOS ORIGINADOS POR LOS CANINOS RETENIDOS.

- a) Trastornos mecánicos.
- b) Trastornos infecciosos.
- c) Trastornos neurológicos.
- d) Trastornos protéticos.

4.- TRATAMIENTO DE LOS CANINOS RETENIDOS.

- a) Clasificación de los caninos superiores retenidos.
- b) Estudio radiográfico y clínico.
 - 1. Estudio radiográfico.
 - 2. Verificación de la relación vestibulo-palatina.
 - 3. Ubicación del diente en el plano anteroposterior.
 - 4. Delimitación del canino en el plano vertical.

5.- EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS CANINOS RETENIDOS POR VIA PALATINA.

- a) Técnica de anestesia.
- b) Cirugía (requisitos)

- c) Incisión y colgajo.
- d) Ostectomía y Osteotomía
- e) Operación propiamente dicha
- f) Tratamiento de la cavidad ósea
- g) Sutura

6.- EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS CANINOS RETENIDOS POR LA VIA VESTIBULAR.

- a) Anestesia.
- b) Incisión.
- c) Colgajo.
- d) Ostectomía y Osteotomía.
- e) Sutura.

7.- LA EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS CANINOS EN MAXILARES DESDENTADOS.

8.- EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS.

- a). Clasificación de caninos inferiores retenidos.
- b). Examen clínico y radiográfico.

9.- EXTRACCION QUIRURGICA DE CANINOS INFERIORES VESTIBULARES

- a) Anestesia.
- b) Operación.
- c) Incisión.
- d) Desprendimiento de los colgajos.
- e) Extracción propiamente dicha.

10.- EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES LINGUALES.

11.- EXTRACCION DE LOS CANINOS INFERIORES EN DESDENTADOS.

12.- CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

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

Por medio de este trabajo se tratará de mostrar la importancia que desempeña la Cirugía Bucal en la eliminación de -- los órganos dentarios retenidos; (caninos) de los cuales se -- derivan una serie de secuelas capaces de transformar el aparato estomatognatico en su armonía funcional y estética, que al mismo tiempo interfieren con la salud general del individuo -- que lo padece.

Desde este punto de vista el Cirujano Dentista debe tener destreza manual; así como los conocimientos necesarios para efectuar una evaluación preoperatoria del paciente y del diente a extraer, es indispensable no olvidarse de revisar y tomar muy en cuenta las zonas anatómicas de la región involucradas en nuestro acto quirúrgico..

Es de hacer notar que en la mayor parte de los casos de Caninos incluidos, éstos se encuentran por casualidad al hacer un examen radiológico de los maxilares por algún otro problema odontológico.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE CANINOS RETENIDOS

1.- DEFINICION.

Se denominan dientes retenidos (dientes incluidos) aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados (atrapados) dentro del maxilar y mandíbula, con o sin la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La "retención dentaria" puede presentarse en dos formas: el diente está completamente rodeado por tejido óseo (retención intraósea), o el diente está cubierto por la mucosa gingival (retención subgingival).

2.- ETIOLOGIA.

Las causas de la retención dentaria es ante todo un problema mecánico.

El diente que esta destinado a hacer su erupción normal y aparecer en la arcada dentaria, como sus homólogos erupcionados encuentra en su trayecto un obstáculo que impide la erupción normal.

A continuación se clasifican las razones por las cuales el diente no hace su erupción normal:

a). Razones Embriológicas.

La ubicación especial de un germen dentario en sitio muy alejado del de erupción normal; por razones mecánicas el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar al borde alveolar.

El germen dentario puede hallarse en su sitio, pero en angulación tal que al calcificarse el diente y empezar el trabajo de erupción, la corona toma contacto con un diente antiguo retenido o erupcionado; este contacto constituye una fijación del diente en erupción en posición normal. Sus raíces se llegan a formar, pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que le permita erupcionar adecuadamente.

b). Obstáculos Mecánicos.

Que pueden interponerse a la erupción normal.

a). Falta material de espacio.

Completada la calcificación del diente, en maxilares y mandíbulas, de dimensiones reducidas, no tiene lugar para ocupar su sitio normal en la arcada.

Muchas de las veces se lo impiden el incisivo lateral y el premolar ya erupcionados.

b). Condensación de tejido óseo.

La condensación del hueso es tal que no puede ser vencida en el trabajo de erupción.

Se puede decir que se debe a la desaparición prematura con varios años de anterioridad, del diente deciduo por lo tanto el alvéolo vacío se rellena con tejido óseo de mayor calcificación de lo normal, quedando una mayor dificultad a la erupción del diente.

- c). El impedimento que se opone a la erupción normal pue
de ser:

Dientes vencidos que por exodoncia prematura del diente temporal han acercado sus coronas del permanente; posiciones anormales de un diente retenido que topa contra las raíces - de los dientes vecinos.

- d). Elementos Patológicos.

Pueden oponerse a la erupción dentaria normal:

La presencia de dientes supernumerarios, tumores odontogénicos.

Los quistes dentigeros, no permiten al diente cuya corona envuelven, hacer erupción.

Por otro lado un quiste puede rechazar o incluir profundamente al diente que se encuentra en su camino, impidiendo - su erupción normal.

- e). Hábitos.

El hábito es debido, a condiciones adquiridas o contracciones espasmodicas que se realizan con movimientos mímicos, gesticulatorios, lo cual da lugar a una mayor presión interna que ejerce la lengua y que en determinado momento podría alte
rar el equilibrio que mantiene a los dientes en su posición - normal.

Es por este motivo que se debe tener especial cuidado - con los niños, ya que en ellos, hay hábitos capaces de interferir en el crecimiento del maxilar y mandíbula.

f). Consistencia fibrótica de la mucosa gingival.

El tejido fibroso llega a ser tan resistente que impide la fuerza activa de la erupción.

c). Causas Generales.

Hay enfermedades que en directa relación con las glándulas endócrinas pueden ocasionar trastornos, en la erupción -- dentaria, retenciones y ausencia de dientes.

Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio tienen también influencia sobre la retención dentaria.

Además de los factores etiológicos ya mencionados, cabe señalar que también la reabsorción retardada de la raíz del -- canino primario es otra de las causas para la retención de -- estos dientes.

3.- TRASTORNOS ORIGINADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS

Tanto los caninos como cualquier diente retenido ocasionan diversas causas de trastornos que en la mayoría de las veces no producen molestia y hasta pasan inadvertidos.

Habremos de señalar los más frecuentes:

Mecánicos.

Porque ejercen acciones mecánicas sobre los dientes vecinos afectando su colocación normal en el maxilar o mandíbula alterando su integridad anatómica.

a). En el caso del trastorno sobre la colocación normal el diente retenido, durante el intento de erupción ocasiona desviaciones en la dirección de los dientes vecinos, estos trastornos pueden ser a distancia.

b). Trastornos que afectan la integridad anatómica del diente. Este trastorno es debido, a la constante presión que el diente retenido, o el saco dentario, ejerce sobre el diente vecino, originando alteración en el cemento, dentina y también en la pulpa de los dientes vecinos.

c). Trastornos Protéticos.

En los pacientes parcial o totalmente desdentados, muchas veces los caninos retenidos pasan inadvertidamente en el momento en que se extraen los otros dientes, pero la presión de la prótesis dentaria al producir irritación puede estimular el mecanismo eruptivo y en vista de que los dientes que lo obstaculizaban han sido extraídos el canino intento erupcionar.

En otras ocasiones la presión acarrea resorción ósea y -
expone al diente.

Si, en el estudio folicular ingresan bacterias se instala una inflamación dolorosa a menudo asociada con una infección ósea que no cede hasta que se extrae el diente.

Trastornos Neurológicos.

El dolor es un problema que acompaña a veces a los dientes caninos retenidos.

Este dolor suele ser neurológico y puede sentirse en el maxilar o mandíbula, pero con mayor frecuencia esta referido en una región en particular, como el ojo, oído costado de la cabeza, cara y hasta dorso del cuello.

En ocasiones el paciente se queja de cafaléas si los - -
dientes adyacentes se han reabsorbido de modo que se han comprometido las pulpas, el paciente puede sufrir odontalgias.

4.- TRATAMIENTO DE LOS CANINOS RETENIDOS

En personas jóvenes debe considerarse primero, la erupción ayudada artificialmente, ó la recolocación quirúrgica -- por la importancia de este órgano dentario como clave de la dentadura.

Si estos procedimientos no son factibles a causa de la posición del diente, la edad del paciente o porque éste no -- esta dispuesto a someterse al tratamiento es recomendable la extracción a temprana edad, no sólo porque la cirugía es menos complicada, sino también porque se evita un posible deterioro de los dientes adyacentes.

En este tipo de pacientes jóvenes el ápice de la raíz, -- no se ha formado del todo todavía y el folículo que rodea al diente no ha llegado a trofiarse, pero con posteridad, el estrecho folicular y la curvatura de la raíz, muchas veces ocasiona gran dificultad durante la extracción de este diente.

Cuando ya se ha realizado un minucioso estudio y se llega a la conclusión que éste o éstos caninos retenidos tienen que ser extraídos se hará el tratamiento de la siguiente manera:

La extracción del canino retenido se hará de manera mecánica e instrumental para poder eliminarlo del interior del hueso donde está ubicado.

La técnica a seguir será la extracción a colgajo y la -- de odontosección; sin embargo tal o tales técnicas se aplicarán según el criterio del Cirujano.

a). Clasificación de Caninos no erupcionados y retenidos.

Para clasificar a los caninos no erupcionados es indispensable ayudarnos de un estudio radiográfico: periapical, --oclusal e incluso lateral.

De esta manera determinamos, la posible exactitud de posición de nuestro(s) diente(s).

La siguiente clasificación se basa en las observaciones de Fiel y Ackermán.

1.- Caninos Superiores

a. Posición Labial.

- 1) Corona en íntima relación con los incisivos.
- 2) corona por encima de los ápices de los incisivos.

b. Posición Palatina

- 1) Corona cerca de la superficie en íntima relación con las raíces de los incisivos.
- 2) Corona profundamente incluida y en estrecha relación con los ápices de los incisivos.

c. Posición Intermedia

- 1) Corona entre las raíces del incisivo lateral y del primer premolar.
- 2) Corona encima de estos dientes, con la corona en situación labial y la raíz en situación palatina o viceversa.

d. Posiciones Inusuales.

- 1) En la pared antral nasal.
- 2) En la región infraorbitaria.

2.- Caninos Inferiores

a. Posición Labial

- 1) Vertical
- 2) Oblicua
- 3) Horizontal

b. Posiciones Inusuales

- 1) En el borde inferior
- 2) En la protuberancia mentoneana.
- 3) Migración al lado opuesto.

b). Estudio Clínico y Radiográfico de Caninos Retenidos.

El diagnóstico de un canino retenido en el maxilar, su posición, la relación con los dientes vecinos y su clasificación, se realiza por medio de la inspección, la palpación y el examen radiográfico.

INSPECCION.- La ausencia del canino permanente en la arcada, la persistencia del temporario, pueden hacer sospechar la retención.

En caso de retención palatina o vestibular, la inspección visual descubre una elevación o relieve en el paladar o vestibulo.

La altura y forma de la bóveda palatina nos dará una indicación preliminar de la probable ubicación del diente retenido.

PALPACION.- El dedo índice que investiga confirma la existencia de esta elevación, de la misma consistencia de la tabla ósea.

En caso de existir algún proceso infeccioso y una fistula, una sonda introducida por ella nos lleva a chocar contra un cuerpo duro, que representa la corona del canino.

EXAMEN 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 intraoral tomada sin reglas radiográficas precisas, imprescindibles para ubicar el diente a extraer.

Tal radiografía intraoral, solo nos impondrá de la existencia del diente; las normas para las radiografías de utilidad quirúrgica serán dadas en seguida.

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

Antes de realizar nuestro acto quirúrgico, debemos verificar con absoluta precisión la clase a 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. (Vía de acceso) incisión, etc.

Sólo así evitaremos operaciones mutilantes, traumáticas y llenas de inconvenientes.

Verificación de la Relación Vestíbulo-Palatina

(Nos estamos refiriendo a maxilar con dientes). Es natural que lo primero que se necesita conocer es la posición vestibular o palatina del diente retenido para elegir la vía de acceso.

A pesar de que aproximadamente un 85% de los caninos retenidos son palatinos y que en muchas ocasiones el relieve que se produce en la bóveda los identifica, hay que tener la absoluta seguridad de su posición.

El método más preciso para ubicar con exactitud la relación vestibulo-palatina, es el empleo de la radiografía oclusal con el rayo central paralelo al eje de los incisivos.

Ubicación del Diente en el Plano Anteroposterior. (Plano Sagital).

La ubicación del diente en el plano sagital se logra a merced de varias tomas radiográficas con placas comunes gracias a la siguiente técnica: tres tomas son necesarias para -

conocer la dirección anteroposterior del diente y las relaciones con la corona y ápice, con los órganos y dientes vecinos. Las tomas, las denominaremos: Anterior, Media y Posterior.

TOMA ANTERIOR.- Se coloca la película en el lado palatino haciendo coincidir la línea media de la placa con el espacio interincisivo: el rayo debe ser normal a la placa.

TOMA MEDIA.- Se coloca la película orientada verticalmente haciendo coincidir su borde anterior con el espacio interincisivo. Rayo normal a la película.

TOMA POSTERIOR.- Se coloca la película haciendo coincidir el borde anterior con la cara distal del incisivo lateral. Rayo normal a la película. En las tres tomas el borde inferior de la película debe estar horizontalmente colocado y en lo posible guardando una misma distancia con el borde incisal de los dientes.

La radiografía(s) deben mostrar con nitidez:

- 1.- La forma de la corona.
- 2.- La existencia y dimensiones del caso pericoronario.
- 3.- La distancia y relación de la cúspide del canino, con los incisivos central y lateral y la distancia con el conducto palatino anterior.

IMPORTANCIA DE CONOCER LA PORCION CORONARIA

La cúspide del canino, puede encontrarse enclavada entre los dientes o en contacto con una cara de la raíz del central o lateral; cualquiera de las dos formas significa un sólido - anclaje para la corona del diente retenido y uno de los principales obstáculos para su eliminación.

La corona no puede franquear, o lo hace a expensas de - la elasticidad de los alveolos de los incisivos, (peligro de fractura alveolar), el rincón donde esta enclavada. El obstáculo para la extracción del canino retenido como para cualquier diente en las mismas condiciones esta en su corona y no en su porción radicular.

Por eso el examen radiográfico debe dilucidar las relaciones de la corona antes del acto operatorio, para fijar el método que conviene para la extracción del canino.

IMPORTANCIA DE CONOCER LA PORCION RADICULAR

El ápice del canino retenido presenta por lo general, - una pronunciada dilaceración. La existencia de esta anomalía y la ubicación exacta del extremo radicular deben ser conocidas antes de la operación.

Su colocación a nivel o por encima de los ápices de los dientes vecinos.

Su proximidad con el seno maxilar, deben ser satisfactoriamente investigados por el examen radiográfico. No siempre

es fácil. La gran cantidad de tramas óseas que se interponen al paso de los rayos oscurecen el diagnóstico del ápice del canino.

"Cuando en los caninos se ve el extremo radicular muy grueso debe sospecharse una dilaceración radicular, que se presenta prácticamente en todos los casos de caninos incluidos" (GIETZ).

DELIMITACION DEL CANINO EN EL PLANO HORIZONTAL

Gietz y Cravioto aconsejan la siguiente técnica para localizar el canino retenido en el plano horizontal:

a). Radiografía Oclusal. Con rayo central en la línea media e incidencia perpendicular a la placa. Con esta sola radiografía no se obtiene la precisa ubicación del canino, pues los rayos secundarios dan una imagen del diente, que no es la correcta, proyectándolo a través de las raíces de los demás dientes de la arcada.

b). Con una segunda radiografía, también oclusal con rayo central perpendicular a la placa y pasando por los premolares se evita el inconveniente citado anteriormente, conteniendo una imagen del diente en relación con los dientes del maxilar.

DELIMITACION DEL CANINO EN EL PLANO VERTICAL

Estos autores mencionados indican un método para ubicar el canino en el plano vertical.

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

De acuerdo con el examen radiográfico previo la comparación de la radiografía y el examen clínico del caso, tendremos la ubicación del canino, su posición y sus relaciones.

5.- EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS CANINOS RETENIDOS POR VIA PALATINA.

a). Técnica de Anestesia.

El método más usado para controlar el dolor en la actualidad es el de analgesia regional o bloqueo de la vía de los impulsos dolorosos.

En primer lugar para efectuar nuestra cirugía, aplicaremos nuestra anestesia que como en toda intervención quirúrgica es fundamental, maxime en el caso de los dientes retenidos -- por ser una operación de larga duración.

En el caso de que nuestra extracción sea unilateral, la anestesia será infraorbitaria y anestesia local infiltrativa, de la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y del agujero palatino posterior de ambos lados izquierdo y derecho.

Cuando nuestra cirugía sea bilateral la anestesia será - infraorbitaria en ambos lados y de igual manera anestesia infiltrativa local en palatino a nivel del agujero palatino anterior y ambos agujeros palatinos posteriores.

b). Cirugía (requisitos)

Recordemos que para toda intervención quirúrgica bucal - seguiremos cinco pasos inalterables a saber:

a.- INCISION Y COLGAJO

b.- OSTEOTOMIA Y OSTEOTOMIA

- c.- OPERACION PROPIAMENTE DICHA
- d.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA
- e.- SUTURA

a.- Incisión y Colgajo

Para extraer un canino retenido, en la bóveda palatina -- es necesario desprender parte de la fibromucosa dejando al -- descubierto la bóveda ósea. Es decir preparar un colgajo que permita un amplio descubrimiento del lugar donde está el diente a extraer.

Para conseguir tal colgajo debe practicarse una incisión en la bóveda palatina.

Este colgajo debe ser dispuesto de tal modo que nos debe dar suficiente visión del campo operatorio y debe ser dispuesto a manera que no sea traumatizado en el curso de la intervención. La extensión del colgajo debe estar dada por la posición del canino retenido.

Este es el colgajo que se prefiere en lo personal. Se realiza de la siguiente manera: se usa un bisturí de hoja corta (# 15), el cual se insinua entre los dientes y la encía, dirigiendo en sentido perpendicular a la bóveda, llegando hasta el hueso. El despegamiento se inicia en el límite ya prefijado (cara distal del segundo premolar) siguiendo hasta el lado opuesto, llegando a la cara distal del segundo premolar.

b.- Desprendimiento del Colgajo.

Practicada la incisión el desprendimiento del colgajo se realiza con un instrumento romo como el periostótomo.

Este instrumento se insinúa entre la arcada dentaria y - la encía o entre los labios de la incisión palatina y por pequeños movimientos, sin herir, ni desgarrar, la encía, se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso del paladar.

Este colgajo debe ser mantenido inmóvil durante el curso de la operación.

c.- Osteotomía y Ostectomía.

Para eliminar el hueso que cubre el canino retenido, el cirujano, puede valerse de la fresa quirúrgica que es lo más recomendable.

Con lo que respecta a la cantidad de hueso que hay que - eliminar se debe tomar en cuenta retirar la proporción suficiente a manera de descubrir la corona retenida y parte de - la raíz.

La ostectomía debe descubrir toda la corona al nivel de la cúspide del diente retenido y en anchura al mayor diámetro de la corona para que facilite su eliminación de la cavidad - ósea sin ocasionar traumatismo.

Este tiempo quirúrgico lo realizaremos con una fresaquirúrgica de fisuras estriadas ya que es más fácil controlar el

corte del hueso con la fresa no se producen astillas, no se afectan dientes vecinos, cosa que sucede en ocasiones cuando el escoplo atraviesa el hueso con demasiada facilidad.

Nuestro corte se realiza a la altura de la corona del diente a manera de que vayamos haciendo un orificio que permita seccionar la corona del diente y usar un elevador recto -- con facilidad.

Cuando se este realizando la ostectomía es necesario -- irrigar la zona afectada con suero fisiológico.

d).- Operación Propiamente Dicha.

Esta parte de la eliminación quirúrgica exige criterio, habilidad y fuerza debido a que podemos fácilmente, si no -- tenemos los conocimientos suficientes de lo que se esta realizando llegaremos a ocasionar; traumatizar o luxar los dientes vecinos o fracturar las paredes alveolares.

La operación consiste en eliminar el canino retenido de un elemento duro que es el hueso.

Por lo tanto, esta maniobra solo puede hacerse con palancas que apoyadas en el hueso vecino más sólido y más protegido elevan el diente de tal manera hay que facilitar por algún medio la eliminación de este diente retenido dentro del hueso como elemento duro inextensible.

Se puede resolver por dos procedimientos:

El primer método exige sacrificio del tejido óseo vecino.

El segundo método es aparentemente sencillo, rápido y -- eficaz; consiste en la odontosección es decir se corta el - a diente según se crea conveniente y se extraen sus partes por separado y a expensas de los espacios creados por las partes desalojadas se completa la extracción de los trozos que que-- dan.

Existen casos en que el diente retenido esta dirigido en un sentido próximo al vertical en el cual el método de sec-- ción no es aplicable. En este caso se crea un espacio con fre-- sa alrededor de la corona del canino y siempre que la cúspide no se encuentre fuertemente encerrada por los dientes vecinos puede ser extraída con un elevador recto también puede eliminarse con un forceps para premolares superiores ejerciendo -- suaves movimientos de rotación y tracción en dirección del -- eje del diente esto se realizaría en los casos accesibles una de las dificultades para este método sería la dilaceración ra-- dicular en este caso debemos ser muy cuidadosos.

Por otra parte la odontosección puede hacerse por medio de 2 instrumentos: FRESA Y ESCOPIO (este último en la actuali-- dad ya no se usa).

Con la fresa la maniobra es sencilla se necesita una per-- fecta visión del diente y su fácil acceso la ostectomía ya lo habrá logrado, el diente debe ser cortado con fresa de fisura No. 702 ó 506 dirigida perpendicularmente al eje del diente a nivel del cuello.

Seccionado el diente se introduce un elevador recto en el espacio creado por la fresa se hará un movimiento de rotación con el cual se logrará separar la raíz y corona.

Extracción de las partes seccionadas. Primeramente la estracción de la corona se logra introduciendo un elevador angular de hoja delgada entre la cara del diente que esta dirigida hacia la línea media y la estructura ósea.

Con un movimiento de palanca y un punto de apoyo en el borde óseo y girando el mango del instrumento se desciende la corona si no se logrará se puede deber a la insuficiente - - ostectomía por escasa amplitud de la ventana ósea menor que el mayor ancho de la corona o cúspide del canino introducido profundamente en el hueso o en el contacto con los dientes vecinos.

Extracción de la raíz. Una vez eliminada la corona tendremos un amplio espacio para dirigir la raíz hacia la cavi-dad ósea.

Se aconseja que se use una fresa # 8 (redonda) y se proceda a hacer un orificio en la raíz en el cual se colocará un elevador delgado recto elevando la raíz hacia adelante.

e.- Tratamiento de la Cavidad Osea.

Una vez extraído el canino debe inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea y extraer las esquirlas de hueso o diente que se encuentren ahí, eliminar el saco pericoronario, que se extirpara con una cucharilla de Lucas, si llegarán a exis-

tir bordes óseos agudos y prominentes deberán alisarse con una lima para hueso.

f.- Sutura

El colgajo se vuelve a su sitio readaptándolo perfectamente procurando que los espacios interdentarios ocupen nuevamente su lugar original. ("planchar el paladar").

Se procede a cerrar la incisión con puntos separados.

En el caso de la retención bilateral se recomienda el método anterior lógicamente con la eliminación de ambos caninos en la misma operación.

6.- EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS CANINOS RETENIDOS POR LA VIA VESTIBULAR.

Los caninos que están en situación vestibular suelen -- erupcionar espontáneamente o se les expone quirúrgicamente pa -- ra que después el ortodoncista los lleve a su posición normal.

En personas mayores y en pacientes que no desean que se les ensanche el arco para crear el espacio necesario para lle -- var al diente a su posición puede ser necesaria la odontecto -- mía.

La extracción por vía vestibular de la corona de los ca -- ninos retenidos que se encuentran muy cerca o próximos a la -- línea media es muy difícil por esta vía por lo que se reco -- mienda que cuando se haya iniciado la intervención por vía -- vestibular y no se ha podido luxar la corona puede completar -- se la intervención por la vía palatina esto se hará con la -- misma técnica que la de los caninos por vía palatina.

a). Anestesia

Esta será infraorbitaria y anestesia en el paladar al -- nivel del agujero palatino anterior.

b). Incisión

Se puede emplear la incisión en arco (Partch) o la inci -- sión hasta el borde libre (Newman) estas incisiones se harán alejadas de la implantación del diente.

c). Colgajo

Se procede a desprender del hueso el colgajo, mucoperiostico con una legra este colgajo siempre estará levantado todo el tiempo de la operación.

d). Ostectomía

Se realizará con fresa, debido a que la tabla externa no es de mucha dureza o solidez la ostectomía será más fácil.

La odontosección se realiza con fresa de fisura se cortará a nivel del cuello.

La Corona.- Se eliminará con un elevador recto angular - o biangular la raíz se moviliza en dirección de su eje mayor con elevadores o en su defecto se hace un orificio en la raíz y en el se introduce un instrumento delgado con el cual se -- desplazará.

El tratamiento de la cavidad ósea será de igual manera - que se hizo en los caninos retenidos en palatino.

e). Sutura

Se harán dos o tres puntos de sutura en el colgajo ya -- colocado en su sitio.

La extracción simultánea de los dientes retenidos bilateralmente en la arcada. Si se presentara el caso de extraer -- dientes vecinos y el canino retenido se hará siempre y cuando el diente retenido se halle relativamente cerca de la tabla - ósea de la bóveda y el canino sea seccionado en las veces que necesite para disminuir los riesgos de la operación.

**7.- LA EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS CANINOS EN MAXILARES
DESDENTADOS.**

Generalmente la vía indicada para estos caninos retenidos se hará por vía vestibular ya que la ausencia de dientes facilita la extracción con excepción de los caninos retenidos colocados muy profundamente alejados de la tabla ósea externa y próximos a la bóveda palatina entonces se hará por vía palatina.

8.- EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS CANINOS RETENIDOS INFERIORES

Los caninos inferiores retenidos se encuentran en número menor que los superiores. En la práctica general es difícil encontrarlos con un caso de este tipo; pero no por este motivo debemos pasar por alto la posibilidad de realizar en alguna ocasión una cirugía inherente a estos órganos dentarios retenidos en la mandíbula.

a). Clasificación de caninos inferiores retenidos.

CLASE I. Maxilar dentado (esta consideración es a nivel del diente retenido). Retención Unilateral. Diente ubicado en lado lingual:

- a). Posición Vertical.
- b). Posición Horizontal.

CLASE II. Maxilar dentado. Retención Unilateral. Diente - ubicado en lado bucal.

- a). Posición Vertical.
- b). Posición Horizontal.

CLASE III. Maxilar dentado. Retención Bilateral.

Dientes ubicados en lado lingual.

- a). Posición Vertical.
- b). Dientes ubicados en el lado bucal.
- c). Posición Horizontal.

CLASE IV. Maxilar desdentados. Retención Unilateral.

- a). Posición Horizontal.
- b). Posición Vertical.

- CLASE V. Maxilar Desdentado.**
Retención Bilateral.
a). Posición Horizontal.
b). Posición Vertical.

b). Examen Clínico y Radiográfico.

Se han de tomar como en el caso de los caninos superiores retenidos, radiografías, periapicales, oclusales, con el rayo central dirigido paralelamente al eje de los dientes vecinos.

Así como también practicaremos la inspección clínica y - la palpación para decidir si el diente retenido tiene una posición vestibular o lingual.

Cabe señalar que en algunas ocasiones existen caninos in - feriores retenidos que se encuentran como portadores de quistes dentígeros.

9.- EXTRACCION QUIRURGICA DE CANINOS INFERIORES VESTIBULARES**a). Anestesia**

Los caninos inferiores retenidos pueden ser operados con anestesia regional.

b). Operación

Se ajusta en un todo a las normas ya mencionadas para la extracción de los caninos superiores. La vía de acceso es la vestibular.

c). Incisión

La incisión a elegir es en forma de arco sin llegar al borde gingival, nos provee un colgajo suficiente pueden hacer se para este tipo de incisión las objeciones que se señalaron para no traumatizar el estrecho gingival entre la incisión en arco y el borde libre.

También otro colgajo es a expensas del borde libre trazando una incisión vertical y desprendiendo la encía de los cuernos dentarios. De esta manera corren un menor riesgo de ser traumatizadas durante las maniobras quirúrgicas las franjas gingivales entre el borde libre y la incisión. Correctamente adaptado el colgajo no deja huellas.

d). Desprendimiento de los Colgajos.

Como para los caninos superiores de acuerdo con el tipo de incisión con una legra fina periostótomo o con la espátula de Freer se desciende el colgajo mucoperiostico que se sostiene con un separador romo.

Ostectomia.- Se realiza igualmente con una fresa quirúrgica estriada.

e). Extracción propiamente dicha.

Para facilitar el problema quirúrgico la odontosección se impone. Como en el caso de maxilar superior la escasa elasticidad del hueso en la mandíbula en su porción basilar, exige la disminución del volumen del diente retenido. La odontosección puede realizarse con la misma fresa con que se realizó la ostectomia.

Las porciones seccionadas se extraeran por separado con elevadores rectos o angulares, según la posición y facilidad de acceso.

Sutura.- Se puede suturar con seda, hilo, catgut o nylon.

10.- EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES LINGUALES

Esta posición es relativamente para la intervención puede hacerse vía vestibular, siempre y cuando exista espacio en tre los dientes vecinos.

La extracción por vía lingual es muy laboriosa por la - dificultad de acceso a la ubicación del diente y la mala iluminación, visibilidad.

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

Existen caninos retenidos inferiores con una presentación vestibulolinguales en estos la raíz o parte de ella se encuentra en el lado vestibular y la corona en lado lingual. En estos casos se debe practicar la alveolectomía vestibular, la - sección del canino al nivel de su cuello y hacer la eliminación tanto de la raíz y la corona se harán por la vía en donde estén ubicados a saber, la corona por el lado lingual y la raíz por el vestibulo.

11.- EXTRACCION DE LOS CANINOS INFERIORES EN DESDENTADOS

Para la realización de nuestro acto quirúrgico debemos elegir la vía vestibular. Nuestra incisión será de preferencia en forma angular; el tramo horizontal de esta incisión -- llega hasta las proximidades del borde libre y el horizontal se traza en ángulo recto con el primero. Igualmente la incisión de Newman, también provee un útil y eficaz colgajo.

12.- CUIDADOS POSTOPERATORIO

La herida suele curar sin novedad cuando se ha hecho un cuidadoso desbridamiento y cierre de las incisiones.

En el posoperatorio conviene hacer una radiografía, no tanto para confirmar la eliminación completa del diente sino como: para obtener una imagen no obstruida que permita el estado en que se encuentran las raíces de los dientes que estaban cubiertas por la corona del diente que se ha extraído.

Con aplicaciones frías en la cara se previenen la importante tumefacción y el edema del postoperatorio.

Si se operó en el paladar el paciente puede disolver pequeños trozos de hielo en la boca para reducir toda reacción inflamatoria que pudiera ocurrir. Por lo general se le prescriben a manera profiláctica al paciente algún antibiótico, antiinflamatorio o analgésico para eliminar molestias. Se citará al paciente a los 8 días en caso de no presentar ninguna alteración severa, esta cita será para retirar los puntos y se dará de alta al paciente.

CONCLUSIONES

- 1.- Es labor del Cirujano Dentista desarrollar en la práctica diaria una labor preventiva para disminuir el porcentaje de caninos retenidos evitando las exodoncias prematuras en los niños.
- 2.- Siempre tendremos en cuenta que el éxito de una intervención será de acuerdo a los amplios conocimientos que se tengan de la misma con esto nos facilitaremos en la elección de la técnica adecuada para cada paciente. Así aseguraremos una intervención atraumática con un mínimo de molestias y complicaciones para el paciente.
- 3.- Se reconoce nuevamente que la Odontología es de criterio propio.
- 4.- Los dientes no erupcionados o incluídos con mayor frecuencia son los terceros molares inferiores y superiores y los caninos superiores. De los dientes remanentes cualquiera puede encontrar un obstáculo que no le permite erupcionar con normalidad.

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

- 1.- RIES CENTENO. CIRUGIA BUCAL. Editorial "EL ATENEO", Nove
na Edición. Cap. 12, Pág. 211 a 243.
- 2.- WHAITE, DANIEL. CIRUGIA BUCAL. Tomo I: Dientes Retenidos.
6a. Edición. Pág. 127 a 237.
- 3.- W. HARRY ARCHER. ORAL SURGERY. Tomo I.
EDITORIAL INTERAMERICANA. 7a. Edición.
- 4.- LASKIN, DANIEL. CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL.
Editorial. Médica Panamericana. 9a. Edición.
- 5.- KRUGER. G.O., CIRUGIA BUCAL. Editorial "The Mosby Co"
4a. Edición.
- 6.- Guralnick W.C. TRATADO DE CIRUGIA ORAL. Editorial Salvat
Barcelona, España, 1989.
- 7.- WHITAKER. L.A. ATLAS OF CRANIOMAXILOFACIAL SURGERY.
Editorial Mosby, St. Louis, 1989.

CASO CLINICO

Se presentó a la Clínica de Exodoncia de la Facultad de Odontología paciente femenino de 12 años de edad que era canalizada de la Clínica de Admisión para extraerle caninos retenidos bilaterales superiores.

A la paciente ya se le habían tomado una radiografía -- oclusal y dos periapicales en las cuales se apreciaban: la -- relación de los dos caninos superiores retenidos. Dientes deg ciduos (caninos primarios).

Ambos caninos se encuentra aún con su saco pericoronario. Las dos raíces de estos dientes se encuentran dilaceradas. Raíces cortas con reabsorción radicular de centrales superiores permanentes. Se presentan caries con lesiones de esmalte, dentina y pulpa.

El día de la intervención quirúrgica el primer paso fue elaborar su historia clínica que como ya se sabe es un inte-- rrogatorio entre el paciente y el doctor para obtener datos -- generales antecedentes patológicos, no patológicos y llegar -- al diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Se procede a colocar a nuestra paciente el campo quirúrgico ésteril, mientras tanto la asistente nos proveyó del ing strumental adecuado que en esta ocasión la Clínica de Exodon-- cia nos proporciona en charolas esterilizadas de: 1x4 y 1x8. El 1x8 consta de: excavador: alveolotomo, mango para bisturí, tijeras, legra, lima para hueso, porta agujas y cucharillas -

de Lucas. El 1x4 consta de: jeringa, pinza de curación, espejo, anestesia (topica y cartuchos) de mepivacaina.

Dentro de nuestro equipo de cirugía teníamos: pieza de mano de alta velocidad, dos fresas quirúrgicas estériles, gasas estériles, guantes de cirujano, cubre boca.

El operador se lavó bien las manos y se colocó los guantes quirúrgicos, cubre-boca, para efectuar la palpación que es importante para los casos de extracción de caninos retenidos; ya que se presentó una pequeña elevación o abultamiento que nos fue de gran ayuda porque se llegó a la conclusión de que se trataba de un canino superior izquierdo retenido -- por vía palatina el otro canino (derecho) no presentaba esta característica de elevación.

La asistente estuvo al pendiente de colocar las radiografías en el negatoscopio para su apreciación y dirigir la luz de la lámpara en el sitio adecuado para iluminar bien la zona a intervenir.

Operación quirúrgica.

Se tuvieron presentes los 5 pasos fundamentales a seguir en toda cirugía odontológica:

1.- INCISION: Se realizó con una hoja de bisturí del No. 15, procurando que el bisturí estuviera perpendicular a la zona a incidir siguiendo el contorno de los cuellos de los dientes. La incisión se hizo de un solo trazo y fue de primer molar derecho a primer premolar izquierdo; el colgajo estuvo

todo el tiempo inmóvil con el fin de no lesionarlo.

2.- OSTECTOMIA Y OSTEOCTOMIA. Para realizar estos tiempos quirúrgicos se procedió a eliminar la cortical ósea que cubría el canino retenido; esto se efectuó con una legra eliminándola completamente quedando descubierta la corona.

Se hizo la odontosección con la fresa quirúrgica de fisura a nivel del cuello recordando que debido a ser una zona -- demasiado vascularizada se mantuviera irrigada constantemente con suero fisiológico para no ocasionar una necrosis. Después con un elevador recto se eliminó la corona ya seccionada, el procedimiento que siguió era eliminar la raíz esto se efectuó con un elevador biangular buscando un punto de apoyo entre el hueso y el diente haciendo movimientos hacia afuera siempre -- teniendo cuidado de no lesionar tejidos o dientes vecinos. En esta ocasión con 3 movimientos se logró desplazar la raíz.

4.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA. Este consistió en lavar perfectamente con suero fisiológico nuestra cavidad para eliminar cualquier resto de hueso o esquivarlas. Se limpió -- muy bien con gasa estériles y se procedió a llevar el colgajo a su lugar planchándolo perfectamente para que quedará nuevamente adherido.

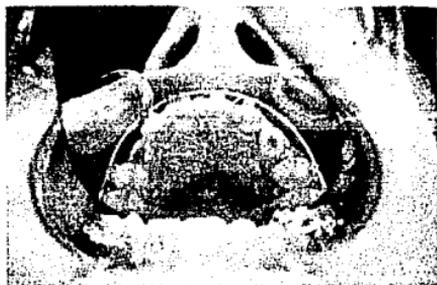
5.- SUTURA.- Se colocaron puntos interproximales.

Una vez ocurrida la intervención quirúrgica se le dieron indicaciones post-operatorias a nuestro paciente. Se le extendió una receta donde se le indicó tomar un antiinflamatorio. -

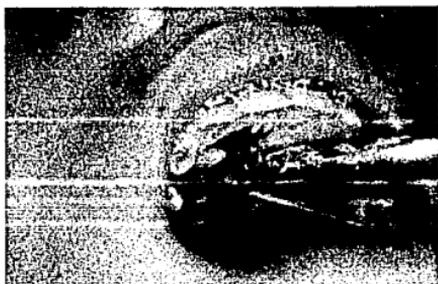
Flanax cápsulas de 270 mg. 1 cada 6 horas. Un antibiótico -- con Pentrexil cápsulas de 250 mg. 1 cada 6 horas. Un analgésico Winasorb tabletas tomar una en caso de dolor.

Se le indicó que se colocara fomentos de hielo en la mejilla del lado operado y que no se expusiera al sol.

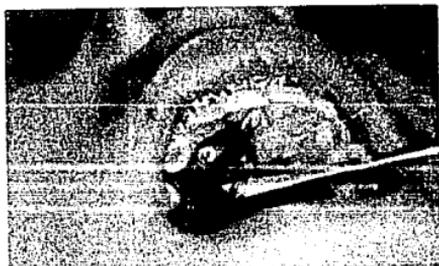
A los 7 días se cita a la paciente para eliminarle los puntos de sutura a la vez se le sugiere que si hay alguna molestia se presente a la clínica.



VISTA PALATINA; PERMANECE EL 53
Y 63 EN LA ARCADA.



VISTA DEL 13 INCLUIDO PREVIO
COLGAJO PALATINO.



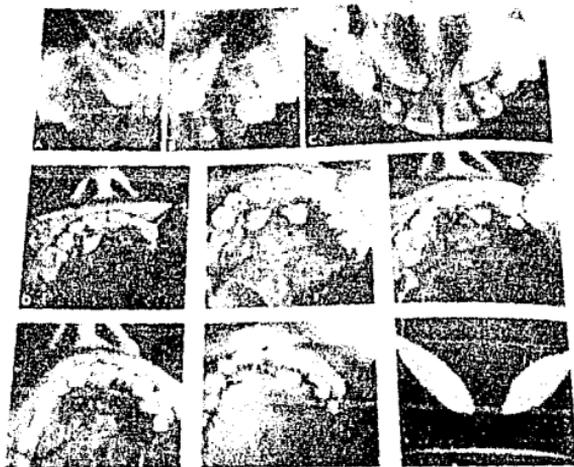
COLOCACION DEL BOTON LINGUAL
(13)



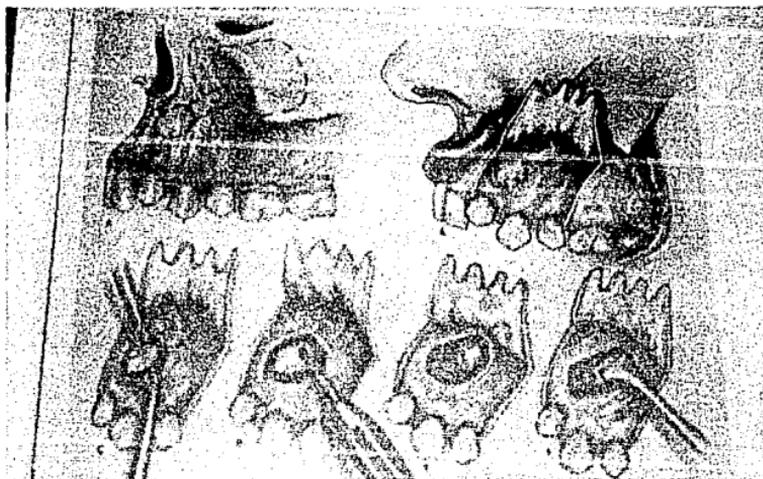
SUTURA Y EXTRACCION A LA VEZ DEL 53.

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS CANINOS
SUPERIORES RETENIDOS (BILATERAL)

45



EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS CANINOS
SUPERIORES POR LA VIA VESTIBULAR



RADIOGRAFIAS QUE NOS MUESTRAN DIFERENTES CASOS
DE CANINOS RETENIDOS EN MANDIBULA



EXTRACCION QUIRURGICA DEL CANINO RETENIDO
INFERIOR VESTIBULAR

47

