

185
2e)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

CANINOS INCLUIDOS

T E S I S A

Para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a:

Wilfrido Martínez de León



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1993



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

U . N . A . M .

G A N I N O S I N C L U I D O S

~~~~~

~~~~~

~~~~~

SEMINARIO DE TITULACION DE EXODONCIA.

TURNO VESPERTINO.

TITULAR: DR. VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA.

## I N D I C E .

|                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCCION .....                                                                                            | 1  |
| CAPITULO I DIAGNOSTICO.                                                                                       |    |
| I.1.- ANATOMIA DEL MAXILAR Y MANDIBULA DONDE<br>MAS FRECUENTEMENTE SE PRESENTAN LOS<br>CANINOS RETENIDOS..... | 2  |
| I.2.- DIAGNOSTICO CLINICO.....                                                                                | 4  |
| I.3.- DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO.....                                                                           | 6  |
| I.4.- DIAGNOSTICO DE PATOLOGIAS ASOCIADAS<br>CON LOS CANINOS RETENIDOS.....                                   | 7  |
| CAPITULO II PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.                                                                         |    |
| II.1.- TECNICAS DE BLOQUEO EMPLEADAS.....                                                                     | 9  |
| II.2.- TIPOS DE COLGAJOS EMPLEADOS.....                                                                       | 13 |
| II.3.- PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DEPENDIENDO<br>DE LA POSICION DE LOS CANINOS RETENIDOS...                     | 15 |
| II.4.- FACTORES QUE COMPLICAN LA REMOCION DE<br>LOS CANINOS RETENIDOS.....                                    | 20 |
| CAPITULO III CONTRAINDICACIONES PARA LA REMOCION DE<br>LOS CANINOS.....                                       | 21 |
| CAPITULO IV CASOS CLINICOS.                                                                                   |    |
| IV.1.- JUANA JIMENEZ MEJIA, 37 AÑOS.....                                                                      | 22 |
| IV.2.- JOSE FERMIN , 9 AÑOS .....                                                                             | 26 |
| CAPITULO V PROBLEMAS INMEDIATOS Y MEDIATOS DE LA EXTRACCION<br>DE LOS CANINOS RETENIDOS.....                  | 30 |
| CAPITULO VI CONCLUSIONES.....                                                                                 | 31 |
| BIBLIOGRAFIA.....                                                                                             | 32 |

CASOS CLINICOS, TOMADOS DE LA CLINICA DE EXODONCIA TURNO  
VESPERTINO.

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

El tema de los caminos incluidos es muy amplio, pero a la vez muy poco conocido por el cirujano dentista de práctica general. Siendo que estas anomalías se presentan frecuentemente en la práctica privada de todo dentista y en muchas ocasiones por no tener los conocimientos suficientes de cuando está indicada la remoción del diente retenido y cuando no, de los problemas inmediatos y mediatos de la operación, además de las patologías que frecuentemente se asocian a estos dientes y que por diversos factores se cometen infinidad de errores.

La presente tesina va dirigida al cirujano dentista de práctica general, al estudiante de odontología que desee profundizar en dicho tema.

A T E N T A M E N T E .

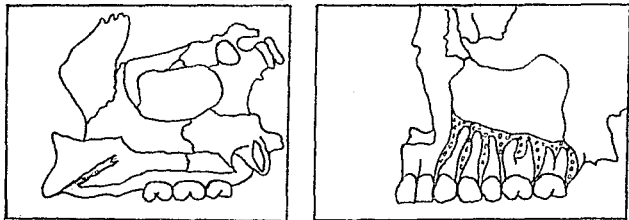
EL    A U T O R .

## CAPITULO I DIAGNOSTICO.

### I.1.- ANATOMIA DEL MAXILAR Y LA MANDIBULA DONDE MAS FRECUENTEMENTE SE ENCUENTRAN LOS CANINOS RETENIDOS.

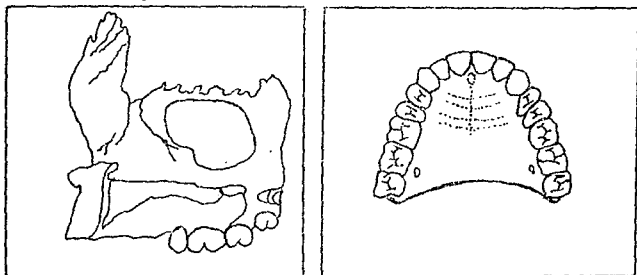
En el maxilar, el lugar donde más frecuentemente se localizan los caninos retenidos es la apófisis palatina en su borde anterior, cóncava por su parte superior forma parte del orificio anterior de las fosas nasales. Al nivel del borde interno por detrás de la espina nasal anterior, existe un surco del conducto palatino anterior, por el cual pasan el nervio esfenopalatino interno y una rama de la arteria esfenopalatina.

Esta apófisis divide al maxilar en 2 porciones, la inferior forma parte de la bóveda palatina, es muy rugosa y está cubierta en estado fresco por la fibromucosa palatina. La superior más amplia presenta en su parte posterior diversas rugosidades en las que se articula la rama vertical del palatino. Es transversalmente cóncava y plana de adelante hacia atrás, forma parte de la pared inferior o piso de las fosas nasales. Presenta en su parte delantera el conducto palatino anterior, que desemboca en la bóveda palatina.



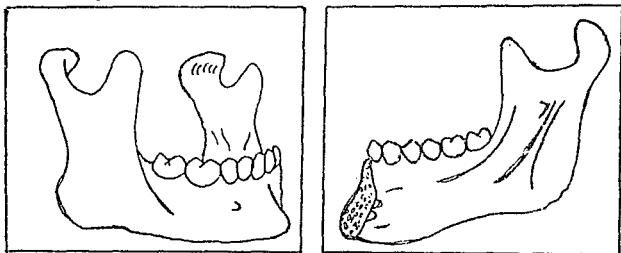
El nervio esfenopalatino, se desprende del maxilar cuando penetra en la fosa pterigomaxilar. Se dirige hacia abajo y adentro, pasando por fuera del ganglio del esfenopalatino, al cual proporciona uno o dos ramos anastómicos, y después se divide en numerosas ramas terminales: Los nervios orbitarios, los nasales superiores, el nasopalatino, el pterigopalatino, el palatino anterior, medio y posterior.

De los cuales el que más nos interesa sería el nasopalatino, por encontrarse cerca de la posición más frecuente de los carcinomas retenidos superiores y de no tenerse cuidado se podría causar un daño irreversible. El nervio nasopalatino, como los anteriores penetra el agujero esfenopalatino pasando por delante hasta llegar al conducto palatino anterior, pasando por delante de la arteria esfenopalatina. Atraviesa por éste para innervar la mucosa de la parte anterior de la bóveda palatina, no sin haber emitido antes numerosos ramos destinados a la mucosa del tabique.



En la parte inferior de la mandíbula la zona donde más frecuentemente se localizan es el área de premolares y en la parte anterior de la mandíbula, ésta en su cara anterior lleva una línea media, resultado de la soldadura de las dos mitades del hueso conocida como la sínfisis mentoniana, su parte inferior más saliente se denomina eminencia mentoniana, hacia afuera y atrás de la cresta se encuentra un orificio, el agujero mentoniano por donde salen el nervio y los vasos mentonianos, más atrás se observa una línea oblicua saliente, dirigida hacia abajo y hacia delante que partiendo del borde anterior de la rama vertical, termina en el borde inferior del hueso, se denomina línea oblicua externa y se insertan en ella los siguientes músculos: triangular de los labios, el cutáneo del cuello y el cuadrado de la barba.

En su parte interna cerca de la línea media se observan cuatro tubérculos llamados apófisis geni, de las cuales las dos superiores sirven de inserción a los músculos gemiloglosos, mientras que las dos inferiores se insertan los gemiohioideos. - Partiendo del borde, inmediatamente después de la apófisis geni y por encima de la línea oblicua, se distingue la foseta sublingual que aloja a la glándula del mismo nombre. Más afuera y por debajo de esa misma línea, así como en la proximidad del borde inferior se encuentra la llamada foseta submandibular, que sirve de alojamiento a la glándula mandibular.



#### I.2.- DIAGNOSTICO CLINICO.

El diagnóstico de un canino retenido, su posición y relación con los dientes vecinos se realiza a base de la palpación y la inspección visual.

Para los caninos superiores, la ausencia del canino permanente pueda hacer sospechar la retención; en caso de existir la retención de dicho canino, sea palatina o vestibular se sospecha por una elevación del paladar ó vestibulo por medio de la inspección visual, la forma que se presenta en la bóveda palatina nos da una ubicación aproximada del diente retenido.

En la palpación el dedo índice que investiga, confirma la existencia de la elevación de la misma consistencia del hueso, en el caso que exista un proceso infeccioso y una fístula, por medio de una sonda nos lleva a chocar con un cuerpo duro que será la corona del canino.

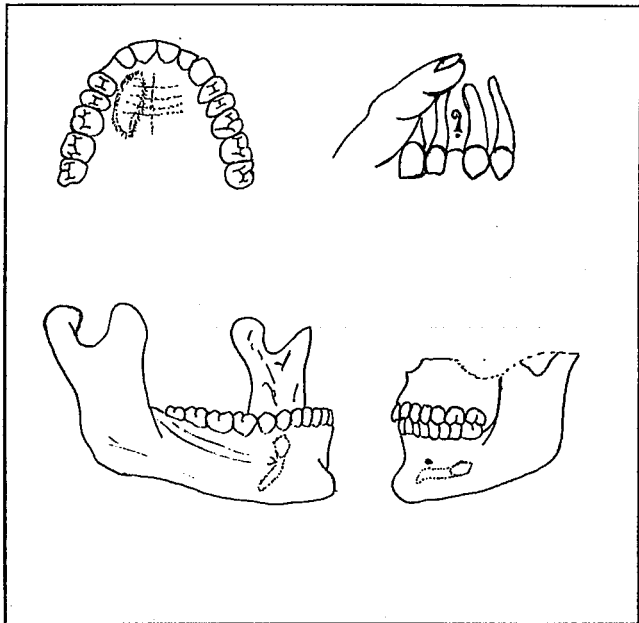
Cabe mencionar que la palpación del lado vestibular superior no es confiable dado que el abultamiento palpado puede ser



tanto del diente retenido como la raíz desplazada hacia vestibular del incisivo ó premolar.

En el caso de los caninos inferiores la inspección clínica y la inspección visual, individualizan la existencia del diente retenido, su posición bucal ó lingual, porque en la mandíbula el relieve del diente retenido y su posición es más visible o por lo menos más palpable.

Un gran número de los caninos retenidos son portadores de quistes dentíferos de volumen y estado clínico variable.



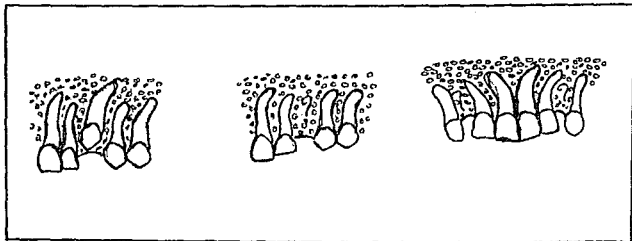
### I.3.- DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO.

Este diagnóstico es de hecho el más importante por que nos da la posición exacta del diente retenido, su estado y si se encuentra asociado con alguna patología. Cabe mencionar que en el camino como en muchos otros dientes retenidos puede migrar, como en el caso de los caminos inferiores que tienden desviarse más a mesial, encontrándose en una posición horizontal y si no es obstruido por las raíces de los incisivos puede atravesar la línea media, cruzar la sínfisis y tomar una posición del lado opuesto de la mandíbula. Y en el caso de los dientes superiores puede ocurrir una resorción. Las radiografías más utilizadas en estos casos son las radiografías: periápical, la oclusal y la panorámica de las cuales para los caminos superiores la más empleada es la oclusal, y en inferior en donde se aprecia mejor es en la panorámica.

Aún cuando la incidencia de los caminos superiores es mayor que la de los inferiores, la causa para ambos es bastante parecida. En el maxilar la incidencia es bilateral y en la mandíbula es menor, la frecuencia que se presente.

Una de las causas de no erupción es el espacio insuficiente en el maxilar para acomodar todos los dientes. La pérdida prematura del camino primario o desiduo, permite al primer premolar desplazarse hacia adelante con lo que reduce el espacio entre él y el incisivo lateral al extremo que el camino queda impactado ó erupcionará en mal posición. La desorientación del germe dentario es sin duda la razón de algunos caminos retenidos, en especial los de posición invertida, aunque no se comprende con claridad muchas de las causas por las que los caminos se retienen. Casi todos los caminos superiores retenidos que no se encuentran en posición vertical están ubicados hacia atrás de las raíces de los dientes erupcionados, pero de la mandíbula adoptan una posición que está por delante.

También el estudio radiográfico nos puede revelar la ausencia congénita de los dientes, que en muchos de los casos sigue un patrón hereditario, aunque en el caso del camino es excepcional. - Los caminos quizá falten cuando tampoco se formaron muchos otros dientes, aunque su ausencia sola es muy rara. Sólo se comunicaron seis casos (Hillam, 1970).



#### I.4.- DIAGNOSTICO DE PATOLOGIAS ASOCIADAS CON LOS CANINOS RETENIDOS.

Cabe mencionar que el diagnóstico efectuado para el problema que presenta el camino retenido es exclusivamente presuntivo puesto que no podemos determinar el problema exacto que presenta sin un estudio radiográfico e histopatológico, siendo este último el más importante después de la intervención.

Mencionaremos la patología mas frecuente asociada con los caminos y dientes retenidos. Los quistes dentígeros, tanto para los caminos superiores como para los inferiores son frecuentes asignándoles distintos nombres como: foliculares, dentígeros, coromodentarios, embrionarios.

Se caracterizan éstos por encontrarse constituidos por una bolsa de tejido conjuntivo epitelial, en cuyo interior se encuentra la corona del diente retenido, es decir del saco pericoronario. No siendo éste el tema principal de la presente tesis sólo mencionaremos las diferentes teorías de los quistes dentígeros como son las de Malassez, la teoría folicular de Broca, la teoría de Leriche y Cotte, la teoría de Bloch-Joergensen, la de Larstschneider, siendo la de éste último la más reciente.

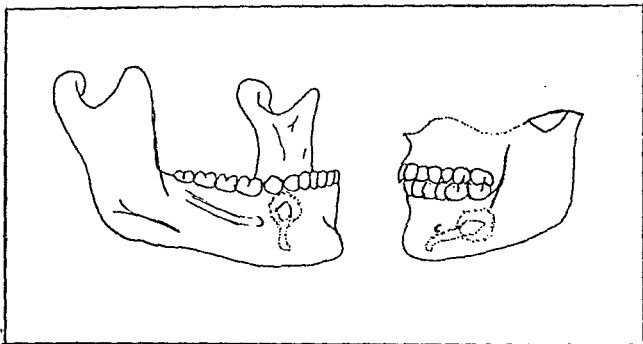
El contenido quístico se encuentra constituido generalmente por seroalbúmina, seroglobulina, agua, células en diferente estado de degeneración y leucocitos.

Refiriéndose a la localización mas frecuente del quiste, - podemos afirmar que aunque se presente en maxilar y mandíbula - predomina más en mandíbula, siendo el tercer molar el que con mayor frecuencia se asocia a esta patología siguiéndole el canino superior y después el inferior, tomando la estadística presentada en el libro de Ries Centeno "CIRUGIA BUCAL" Novena Edición.

Mencionando sus manifestaciones clínicas diremos que por su evolución lenta no dan sintomatología y pasan inadvertidos, - se desarrollan a partir de la ley de la menor resistencia, en general su evolución es hacia la tabla externa, exceptuando los asociados con el canino superior que serán del lado palatino.

La evolución del quiste depende del lugar donde se encuentre el diente retenido, pues este podrá ser empujado hacia áreas insospechables.

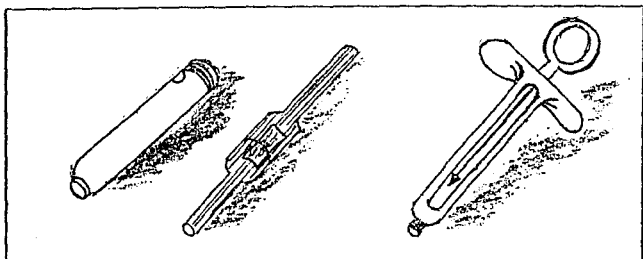
En la mandíbula, su crecimiento de los quistes dentígeros ejerce una acción sobre los dientes vecinos causando desviaciones en el sentido de que los dientes se abren en abanico. Las complicaciones que más frecuentemente se presentan dentro de ellos es que llegarán a infectarse.



## CAPITULO II PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.

### II.1.- TECNICAS DE BLOQUEO EMPLEADAS.

Cuando se realiza la extracción quirúrgica del maxilo superior, se emplean los siguientes procedimientos que a continuación se mencionan para lograr un adecuado bloqueo, para la cirugía a efectuar. Emplearemos anestésicos del tipo amida, con o sin vasoconstrictor, los del tipo ester es poco frecuente su uso, aclarando en intervenciones realizadas en la facultad de odontología. El instrumental empleado consta de una jeringa tipo carpule, agujas y cartuchos tipo carpule también. Mencionaremos que anteriormente se utilizaban las jeringas metálicas y de vidrio, las Luer y las record. Por cuestiones de higiene y de práctica cayeron en desuso.



Las soluciones anestésicas para uso por inyección, son preparados acuosos del clorhidrato del anestésico en concentraciones adecuadas, dentro de los componentes más importantes del agente anestésico se encuentra el agente vasoconstrictor encargado de disminuir la velocidad de su absorción, prolongando de esta manera su permanencia en el sitio de la aplicación. También disminuye su toxicidad sistémica, también se pueden agregar compuestos antimicrobianos (conservadores) como el propilparabén y sales como el cloruro de sodio.

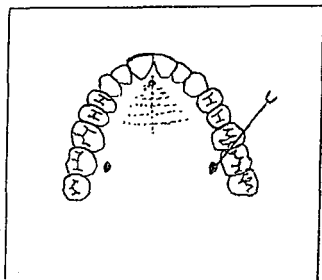
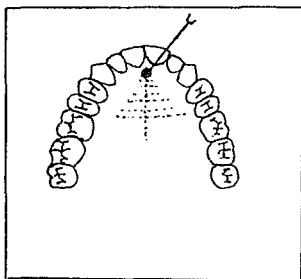
La acción del agente anestésico consiste en el bloqueo temporal de la conducción de los nervios sensitivos, ejerciendo una acción sobre la conducción de los nervios sensitivos en su conducción iónica de la membrana, que anula el potencial de

acción del nervio. Al administrarse siempre algún agente anestésico se deben recordar sus efectos adversos que puede o podría llegar a ocasionar, como son la depresión respiratoria y la depresión cardíaca, por mencionar las más importantes. Por lo que se deben contar con el adecuado botiquín de emergencia, en todo consultorio que practique la cirugía bucal.

Algunas recomendaciones que serían útiles para la atención adecuada y el manejo del paciente, sería la premedicación, siendo que puede ser un poderoso refuerzo para la anestesia local, aunque no siempre es necesario emplearla, sólo en pacientes nerviosos y en intervenciones largas. En estos casos la administración de algunos medicamentos antes de la anestesia local ayuda y mejora sus efectos a la par que los dolores postoperatorios se reducen.

Por lo general para este tipo de intervenciones, emplearemos la anestesia regional de los siguientes nervios.

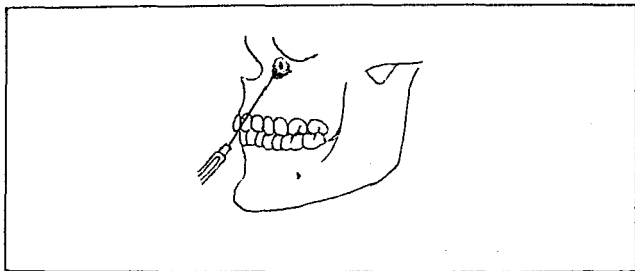
El bloqueo del nervio esfenopalatino. Este nervio inerva la parte anterior del paladar hasta la altura de los caninos, el orificio palatino anterior coincide con la papila palatina, que es muy visible para el operador. Como es una anestesia de complemento o de cierre de circuito, por sí sola no tiene ninguna función que llevar, a no ser por pequeñas intervenciones en la región anterior y debe reforzarse con el bloqueo de los nervios palatinos anteriores y medios, además del suborbitario.



El bloqueo de los nervios palatinos. El anterior inerva la fibromucosa y encía palatina, anastomosándose con el esfemopalatino, con la cabeza del paciente inclinada hacia atrás se buscará a nivel de la raíz palatina del tercer molar y la línea equidistante de la línea media y el borde gingival, a este nivel debe buscarse el nervio. Los nervios palatinos medio y posterior inervan la úvula y el velo del paladar pero no los mencionaremos en la presente tesis.

El nervio infraorbitario, con el dedo índice de la mano izquierda se palpa el borde orbitario y se identifica debajo de él una hendidura, que a la presión produce dolor neurálgico particular, éste es el agujero que buscamos. A los 6 mm de su desembocadura se inician los conductillos con los nervios destinados a los incisivos y los caninos. El bloqueo puede ser por vía intra-bucal y extrabucal. El dedo índice de la mano izquierda reconoce los elementos anatómicos.

El dedo debe quedar fijo sobre el orificio infraorbitario y con el pulgar se levanta el labio, dejando al descubierto la región del ápice del canino, se introduce la aguja en el fondo del surco vestibular en dirección de la pupila sin tocar hueso hasta llegar al orificio deseado. Se inyectan unas gotas de anestésico para permitir las demás maniobras, después se levanta la jeringa buscando el conducto penetrándolo .5 mm, si no se penetra en el conducto la solución anestésica deberá difundirse por medio de masajes circulares.



Para los caninos inferiores las técnicas de anestesia son - dos, principalmente la del nervio dentario inferior, el mentoniano y en raras ocasiones es necesario anestesiarse la submucosa profunda en la cara lingual de la mandíbula.

Para el nervio dentario inferior que inerva el hueso de la mandíbula, su periostio y la encía además de los dientes de cada hemiarcada, a excepción de un trozo de encía y periostio que cubre la cara externa de la mandíbula entre el tercer y el primer molar. Zona que se encuentra inervada por el bucal.

El sitio adecuado para bloquear el nervio, está dado por las vecindades por el orificio dentario inferior, tanto se lleve a ellas por vía intrabucal o externa. La referencia anatómica para lograr localizar ésta, es la denominada espina de Spix ó línea, el borde anterior del músculo masetero, borde anterior de la rama ascendente, ligamento pterigomaxilar.

Sitio donde colocaremos nuestro dedo índice sobre las caras oclusales de los dientes, con el pulpejo apoyado sobre la línea oblicua externa, y el borde de la uña en la interna. Se toma la jeringa y se lleva a la boca del paciente, hasta que la punta de la jeringa coincida con el punto medio de la uña del operador, se introduce en la mucosa y músculo buccinador, se entra a tejido celular laxo, entre la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula y la cara anteroexterna del pterigoideo interno, de esta posición, se da un giro a los premolares del lado opuesto a la jeringa y se penetra un poco más depositando el resto del anestésico. También se puede puncionar directamente el nervio, introduciendo la aguja a nivel de los premolares del lado opuesto a la jeringa, a la mitad de la uña del operador.

Refiriéndose al nervio mentoniano mencionaremos lo más importante como en todos los casos recordando que el cirujano dentista deberá tener conocimiento de todo lo mencionado, diremos pues que deberá realizar la anestesia por vía intrabucal. El agujero mentoniano localizado entre los ápices de los dos premolares, se debe colocar el operador del lado derecho y a la izquierda para el lado izquierdo. Se separan los labios con los dedos de la mano izquierda y se dirige la aguja de atrás hacia adelante y de arriba a abajo, en dirección al hueso en busca del nervio men-



tomiamo un masaje sobre la región permitirá la penetración del anestésico en el conducto.

Para finalizar diremos que la anestesia submucosa profunda sólo se utilizan en casos excepcionales debido a que el espesor de la tabla interna dificulta la propagación del anestésico, - además que las complicaciones infecciosas son muy comunes y la formación de los hematomas se produce con alguna frecuencia, - según Ries Centeno. Cabe mencionar por último que la anestesia - del nervio lingual es innecesaria en la mayoría de los casos.

## II.2.- LOS TIPOS DE COLGAJOS EMPLEADOS.

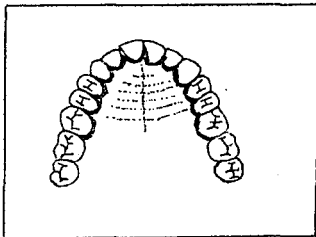
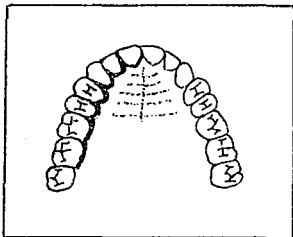
A continuación mencionaremos los colgajos empleados más frecuentes para la remoción de los caminos incluidos. Cabe señalar antes de comenzar el presente capítulo, recordaremos las condiciones que debe reunir una incisión.

Recordemos que al trazar la incisión y circunscribir un colgajo es necesario que tenga una base lo suficientemente grande para proveer la adecuada irrigación y evitar su necrosis, deberá ser lo suficientemente grande para lograr una adecuada visualización de la zona a intervenir, de manera que descubra con toda amplitud y evite desgarramiento además de tortura de los tejidos adyacentes, se recordará que el colgajo deberá de efectuarse de un solo trazo con el bisturí six líneas secundarias. El colgajo debe de contener todas las estructuras que recubren el - hueso incluyendo la submucosa y el periostio siendo ésta último el más importante. Además recuérdese que la línea de incisión deberá de ir sobre hueso sano e íntegro. Los puntos de la sutura empleada deberán de estar sobre hueso sano.

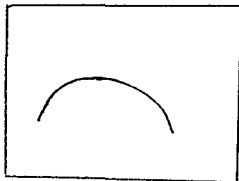
El desprendimiento del colgajo es tan importante como la - elaboración del mismo para evitar dañar estructuras blandas vecinas al sitio a intervenir. Una vez realizada la incisión se - coloca entre los labios de la herida y la fibromucosa una legra ó espátula 7a apoyándose decididamente entre el hueso y merced a suaves movimientos de lateralidad del instrumento con los - cuales gira la espátula o el periostomo sobre su eje mayor, desprendiendo de esta manera el colgajo de su inserción con el hueso, levantado la fibromucosa y el periostio.

Deberá realizarse el desprendimiento con toda la extensión necesaria, los planos musculares de poco volumen y extensión deberán desinsertarse, de manera que la superficie ósea quede al descubierto. Cabe señalar que no todos los colgajos vuelven a su lugar de origen como en las plásticas, donde el colgajo se desplaza para lograr ocupar otro lugar. Aunque no es el caso para las cirugías de caminos donde deberá de volver a ocupar su lugar de origen.

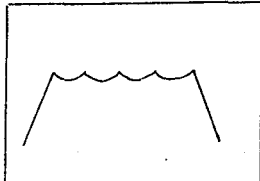
Los tipos de incisiones que más se llegan a utilizar para los caminos superiores es la de tipo festoneada en el caso de los caminos retendididos en paladar siguiendo los bordes cervicales de los dientes y generalmente abarca hasta premolares, el cual puede ser unil ó bilateral. En el caso de los caminos retendididos en la parte vestibular se utilizan la incisión de Parstoh y la de Neuman, así como en caminos inferiores. Dependerá del criterio del operador, el tipo de colgajo a emplear sin descuidar las condiciones que deberá presentar.



Incisión en la bóveda palatina para caminos incluidos la cual puede ser unil ó bilateral.



Incisión tipo Parstoh.



Incisión tipo Neuman.

### II.3.- PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DEPENDIENDO DE LA POSICION DE LOS CANINOS

Antes de mencionar los procedimientos quirúrgicos de los caninos dependiendo de su posición diremos algunos factores etiológicos y algunas clasificaciones de su posición.

El tejido mucoperiostico que recubre la tercera parte anterior del paladar, soporta constantemente el stress y la presión durante la masticación, por lo que se vuelve muy denso, grueso y resistente. La erupción de los dientes es dependiente con algunas excepciones, es asociación al incremento del desarrollo apical. Esta ayuda en la erupción de los caninos se minimiza debido a que su desarrollo, hasta que la erupción de algún otro diente - permanente terminó. La gran distancia que tienen que recorrer el diente desde el inicio de su desarrollo hasta su oclusión normal es igual a la gran posibilidad de desviar este curso hasta resultar una impactación. Los caninos son los que más distancia recorren para poder llegar a su oclusión normal.

Durante el desarrollo, la corona del canino permanente se dispone inmediatamente en posición lingual a lo largo del ápico del canino temporal, algunos cambios en la posición o conducción del canino primario pueden causar fácilmente la desviación de la posición de la corona del canino permanente. También pueden causar este cambio la retardada reabsorción de la raíz del canino primario.

Los caninos son precedidos por un canino primario cuyo diámetro mesiodistal es menor al de los caninos permanentes, debido a esto es el segundo caso más frecuente de inclusión dental en México.

La posición de los caninos más frecuente se presenta, en la zona del paladar o palatina. Los caninos impactados en la mandíbula raramente se disponen en forma horizontal ó en la posición sublingual de la cresta dental, a menudo se encuentran entre primero y segundo premolar.

Los caninos impactados en el maxilar, para determinar la posición que presentan, con lo cual se determinará el procedimiento a efectuar, deberá tenerse un estudio radiográfico completo.

Las radiografías deberán ser estudiadas cuidadosamente. Desafortunadamente rara vez se logra revelar la marca de la curvatura apical que frecuentemente se presenta. La radiografía puede sugerir que la raíz del canino localizado en el paladar pasa por un proceso alveolar, al final del hueso cortical labial. Desafortunadamente aún en la radiografía oclusal es de poco valor para probar o rechazar esta posibilidad. Esto se decide cuando la corona y una porción de la raíz son expuestas en la operación para la remoción.

Sin embargo habrá algunas pistas para poder ubicarse, puede verse un abultamiento en el paladar, por la palpación una corona puede sentirse como un pedazo de fieltro en la zona bucal del maxilar. Las inclusiones labiales en las cuales la corona del canino está en contacto con la raíz del incisivo lateral, pudiendo causar desviaciones de la porción apical de la raíz en forma lingual y de la corona en forma bucal.

En las inclusiones de los caninos en el paladar son frecuentemente encontrarlos en las siguientes posiciones.

a).- Con la corona localizada en la región palatina del incisivo lateral y la raíz extendida en forma posterior y paralela a las raíces de los premolares.

b).- Con la corona en la región palatina del incisivo central y la raíz en la parte posterior del paladar y paralela a las raíces de los premolares ó entre las raíces y extendida en la superficie bucal.

c).- Con la corona incluida en el paladar y la raíz en la superficie bucal.

d).- Con la corona en la superficie bucal y la raíz en el área palatina .

e).- Con el diente íntegro descansando en el plano cortical bucal.

f).- En un paciente edéntulo.

g).- Incluido bilateralmente.

Otra de las clasificaciones de los caninos que podemos emplear simplificando todas las anteriores es la siguiente.

- 1.- Horizontal.
- 2.- Vertical.
- 3.- Semivertical.

CLASE II Caninos incluidos en la superficie del maxilar.  
en su parte bucal.

- 1.- Horizontal.
- 2.- Vertical.
- 3.- Semivertical.

CLASE III Cuando se encuentran incluidos tanto en el paladar como en la superficie bucal.

- 1.- Cuando la corona se encuentre en paladar y la raíz en bucal.
- 2.- Cuando la corona se encuentre en bucal y la raíz en palatino.
- 3.- Localizado en ángulo agudo en la superficie bucal

CLASE IV.- Caninos que se encuentren incluidos en el proceso alveolar usualmente localizados en posición vertical entre el incisivo lateral y el premolar.

CLASE V.- Localizados en pacientes edéntulos.

Clasificación tomada del libro de CIRUGIA BUCAL de ARCHER.

En la remoción de los caninos Clase I, se utiliza una hoja de bisturí generalmente la No.12, para la incisión de los cuellos de los dientes por el lado palatino del incisivo central a la cara distal del segundo premolar, luego con otra hoja No.15 o la misma se comienza otra incisión de la papila interdental entre los incisivos centrales a la parte media del paladar atravesando el canal nasopalatino, en caso de producirse una hemorragia puede controlarse por medio de una gasa y presión en la zona.

A continuación se levanta el colgajo hasta que la estructura ósea quede expuesta o una parte de la corona del canino pueda visualizarse. Por medio de la pieza de alta o baja, perforar el hueso que rodea la corona en unos 3 mm, sin dañar las raíces de los dientes contiguos. La única excepción a esta regla es el caso en el que la corona del diente impactado quede en contacto con las raíces de éstos se ven expuestos, pueden ser dañados.

Una vez lograda la visualización de la corona del canino por extraer se secciona con la fresa quirúrgica en tres porciones, aunque algunos autores como ARCHER no estén de acuerdo y por medio de un elevador ya sea de bandera o recto se extrae pri

mero la porción coronal luego la media y por último la apical. Una vez realizada ésta se procede a remover todos los escombros y partículas de hueso, limamos los bordes de la cavidad formada, si se encuentran presente se remueve el folículo dental. Para finalizar se sutura con puntos aislados en las papilas interdetales y en la parte media, además se coloca un pedazo de gasa para presionar el paladar, para impedir la formación de un hematoma, algunos profesionales prefieren utilizar una férula prefabricada antes de la operación para mantener el colgajo presionando al paladar.

El otro caso es donde se encuentran en las raíces de los incisivos lateral y central, una vez que la corona del camino se encuentre parcialmente expuesta se corta la corona, esta pérdida de la estructura dental permite que la corona se mueva desde el borde óseo hasta el cuello de los dientes, facilitando su remoción.

Para la remoción de los caninos incluidos en posición II, según la clasificación empleada anteriormente, varía únicamente el sitio de alojamiento del camino, por encontrarse en el lado bucal lo único distinto será el tipo de colgajo empleado por el lado vestibular.

Para cuando el camino se encuentre en Clase III, se necesita descubrir y levantar 2 colgajos uno por el lado bucal y el otro en el lado palatino. El tipo de colgajo empleado por bucal puede variar dependiendo del criterio del operador. Debemos de comenzar removiendo en estos casos por la porción radicular o coronal dependiendo del criterio del operador, al remover cualquiera de las partes debemos de emplear en algunas ocasiones de muescas hechas con la fresa para facilitar de su remoción.

En el caso de los pacientes edéntulos la extracción del diente retenido se podría decir que es de relativa facilidad, pues no corremos el riesgo de lesionar las raíces de los dientes adyacentes. El tipo de incisión empleado será a lo largo de la cresta alveolar en el caso de un diente unilateral, para bilaterales se continuará hasta la zona de premolares del lado opuesto.

La pregunta de ¿si se deberán remover uno ó ambos caminos al mismo tiempo?, se contestará dependiendo de la dificultad del caso en especial. En el caso de cortar el nervio maxopalatino -

neurovascular, la irrigación y el riego sanguíneo se reestablece en unas cuantas semanas. El riego sanguíneo debe reestablecerse a fin de mantener la vitalidad de la tapa.

En el caso de los caninos incluidos en la mandíbula, se encuentran regularmente en posición vertical y dirigidos a la superficie labial ó lingual. Con una radiografía oclusal se determina tal posición.

En estos casos se hace una incisión con una tapa adecuada para visualizar adecuadamente el diente retenido, se desinsertan los músculos localizados en el área. Se perfora la porción cortical del hueso en su porción labial con fresa quirúrgica ya sea de alta o baja teniendo cuidado de no lesionar las raíces de los dientes adyacentes, una vez lograda la ventana, se intenta luxar y remover el canino por medio de los elevadores No. 73 y 74 desde abajo y usando el hueso cortical labial como fulcro. Si se encontrara encerrada, cortar un canal y desgastar la corona en la línea gingival. Expondremos al máximo la raíz y haremos otra canaladura para intentar luxar la porción apical, utilizando el hueso cortical bucal como fulcro y eje de trabajo para elevar la raíz, finalmente suturaremos con hilo negro de seda 000, con aguja atraumática.

#### II.4.- FACTORES QUE COMPLICAN LA REMOCION DE LOS CANINOS.

A la proximidad de la corona y la raíz de los caninos incluidos con los dientes adyacentes (incisivos centrales, laterales y premolares). Existe un riesgo de dañar sus raíces si la operación no se efectúa adecuadamente, además de las estructuras vitales que rodean a la cirugía.

Hablemos también de un gran porcentaje de estas inclusiones de los caninos retenidos de la porción palatina, su porción radicular se encuentra separada del seno maxilar por una fina cortical ósea y en algunos casos únicamente por el recubrimiento epitelial del hueso, por lo que la posibilidad de enviar la raíz del canino al seno maxilar, si no se ejerce una presión exagerada lo podremos evitar.

Otro factor es que la mayoría de las raíces de los caninos presentan una curvatura pronunciada y algunos casi en ángulo recto. Por último si la gasa ejerce una presión en el paladar durante mucho tiempo, podría traer complicaciones si al quitarse se levanta levemente el colgajo en la parte palatina.



### CAPITULO III CONTRA-INDICACION PARA LA REMOCION DE LOS CANINOS.

Como profesionales, debemos pensar no únicamente en la cirugía como el único medio disponible para resolver el problema, sino -- en todas las posibilidades para tratar de salvar la pieza, aún -- mas tratandose de un paciente joven. En una cirugía combinada con ortodoncia para tratar de salvar la pieza de un paciente joven, siempre que el caso sea factible sería la única contraindicación para la remoción de los caninos.

Se podría pensar en algunas otras contraindicaciones, dependiendo del criterio profesional de cada operador, es decir cuando se involucren estructuras importantes, cuando se encuentre -- presente alguna otra patología asociada, que imposibiliten al -- profesional para realizarlo en el consultorio, recurriendo a un medio hospitalario para prevenir cualquier tipo de problema, -- además de problemas sistémicos del paciente que de no ser controlados complicarían la cirugía y de los conocimientos firmes -- del operador sobre la zona, de los procedimientos a efectuar y de la práctica del operador tenida al respecto.

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**CLINICA DE EXODONCIA**

**NOMBRE** JUANA JIMENEZ MEJIA      **EDAD #** 37      **ESTADO** CASADA.

---

**OCUPACION** AL HOGAR      **LUGAR DE NACIMIENTO** D. F.

---

**Examen bucal** ABULTAMIENTO PALATINO. Nb. de recibo. 230980

---

**Diagnóstico** CAMINO RETENIDO SUPERIOR IZQUIERDO.

---

**Tratamiento** CIRUGIA BUCAL. PARA ELIMINACION DEL DIENTE.

---

**Estudio de aparatos y sistemas:** SIN PROBLEMA APARENTE.

---

**Aparato cardio-vascular** SIN PROBLEMA APARENTE.

---

**Renal** SIN PROBLEMA APARENTE.

---

**Sistema nervioso** SIN PATOLOGIA REPORTADA.

---

**Aparato digestivo** SIN PROBLEMA APARENTE.

---

**Aparato respiratorio** SIN PROBLEMA APARENTE.

---

**Estados fisiológicos en la mujer**

**Menstruación** 1/04/93      **Embarazo** 2b      **Lactancia** -----      **Menopausia** -----

---

**Propensión Hemorrágica** NASAL.

---

**Pruebas de Laboratorio** NINGUNA.

---

**Estudio Radiológico** RADIOGRAFIA OCLUSAL Y PERIAPICAL.

---

**Estado General** SANA APARENTEMENTE.

---

**Indicada la extracción dentaria?** SI

---

**Analgesia indicada** XILOCAINA ( DENTOCAINA)

---

**Técnica empleada** REGIONAL SUPERIOR.

---

**Prescripciones operatorias** ANALGESICO Y ANTIBIOTICO.

---

**Complicaciones** NINGUNA.

---

**Examinado por el alumno** EQUIPO # 3      **Profesor**

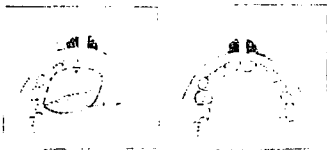
---

EXODON-  
CIA

CAPITULO IV CASOS CLINICOS.

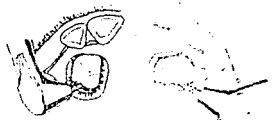
CASO IV.1.- Nombre: Juana Jiménez Mejía      Edad : 37 años  
Estado Civil: Casada      Ocupación : Ama de casa      Procedencia: D.F.

Paciente tratada en la clínica de exodoncia, turno vespertino por alumnos del seminario de titulación, presentaba en las radiografías oclusal y periapical del lado superior izquierdo - la presencia de un canino impactado Clase I, con su corona hacia la línea media del paladar.



Previo historia clínica de la cual se anexa una copia, se procede a efectuar la cirugía, previa asepsia y antisepsia de la zona a intervenir se procede a colocar la anestesia regional - bloqueando el nervio nasopalatino y palatino anterior y ambos - infraorbitarios.

Posteriormente se realiza una incisión festoneada abarcando de la cara mesial del incisivo lateral superior derecho a la cara distal del segundo premolar superior izquierdo, para después por medio de la fresa quirúrgica de alta descubrir la corona del camino retenido. Luego se secciona la corona del camino y por medio de un elevador apical se extrae la parte coronal como se muestra en las fotografías.

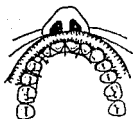


Se utiliza en esta ocasión la técnica a cuatro manos, se luxa la parte coronal para su posterior remoción, una vez extraída ésta se procede a extraer la parte radicular como se ilustra a continuación.



Una vez que se realizó la extracción del diente retenido se procede a lavar el lecho quirúrgico, luego se sutura por medio - de puntos aislados en la papila interdentaria, no sin antes haber planchado el colgajo en el proceso palatino con ayuda de una - gasa estéril indicándole al paciente que mantuviera la presión - durante 20 minutos para que se pueda adosar adecuadamente.

Posteriormente se le asignó cita 7 días después de la in - tervención, observándose sin ningún problema en cuanto a la - cicatrización de la herida, únicamente se lavó con suero en los puntos de sutura, para su posterior eliminación.



Los medicamentos postoperatorios que se le recetaron -  
fueron los siguientes: a).- Un analgesico (Dipirona.)

b).- Ibuprofeno (Tabalón 400 mg.)

Después de quitar los puntos de sutura no se observó nin-  
gún problema postoperatorio.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 CLINICA DE EXODONCIA

NOMBRE JOSE FERMIN PACHECO GALINDE EDAD 9 AÑOS ESTADO SOLTERO  
 OCUPACION ESTUDIANTE LUGAR DE NACIMIENTO MEXICO D.F.  
 Examen bucal DENTICION MIXTA No. de recibo. 90230<sup>2</sup>  
 Diagnóstico CENTRAL SUPERIOR IZQUIERDO Y CANINO RETENIDOS.  
 Tratamiento EXTRACCIONES 1, 3  
 Estudio de aparatos y sistemas:  
 Aparato cardo-vascular SIN PROBLEMA APARENTE.  
 Renal SIN PROBLEMA APARENTE  
 Sistema nervioso SIN PROBLEMA APARENTE.  
 Aparato digestivo SIN PROBLEMA APARENTE.  
 Aparato respiratorio SIN PROBLEMA APARENTE.  
 Estados fisiológicos en la mujer  
 Menstruación ----- Embarazo ----- Lactancia ----- Menopausia -----  
 Propensión Hemorrágica NASAL.  
 Pruebas de Laboratorio NINGUNA.  
 Estudio Radiológico OCCLUSAL SUPERIOR Y PERIAPICAL.  
 Estado General  
 Indica la extracción dentaria? SI  
 Analgesia indicada XILOCAINA.  
 Técnica empleada LOCAL INFILTRATIVA.  
 Prescripciones operatorias IBUPROFENO.  
 Complicaciones NINGUNA.  
 Examinado por el alumno EQUIPO # 3 Profesor -----

EXODON-  
 CIA

EQUIPO: 3 : BENITEZ MANANT RUMAN, GONZALEZ CAMACHO MARIA JOSE, GUZMAN ESTRADA MARINA, MARTINEZ DE LEON WILFRIDO, PASARAN SILVA CLAUDIA.

FECHA: 12 de abril de 1993

PACIENTE: José Formán P. Galindo, edad 9 años, soltero, estudiante, nacido en Méx. U.F.

TRATAMIENTO: Extracción del central y canino izq. que estaban impactados en el paladar.

HISTORIA CLINICA: Bucal-denturación mixta. General-Paciente aparentemente sano.

PREGUNTAS QUE SE LE REALIZARON:

\*APARATO DIGESTIVO\*

¿Tiene ud. problemas al comer, es alérgico a algún medicamento o alimento, cómo es su digestión, después de comer tiene alguna molestia (dolor, gases, reortijones), padece de alguna enfermedad del aparato digestivo, está controlado.?

\*Aparato respiratorio\*

¿Padece ud. gripes o catarros frecuentes, se le ha complicado alguna vez, padece de alguna enfermedad respiratoria actualmente (bronquitis asma, catarro, etc, esta controlado.), tiene udl disnea, repercute en los músculos dorsales?

\*APARATO CARDIOVASCULAR\*

¿Ha tenido algún tipo de problemas cardiacos?

¿Padece sangrado frecuente, por la nariz, escucha sumbidos, ve puntitos negros-manchas aéreas, al pararse ve negro, se mareo frecuente, se le "duermen" pies y manos, presenta equimosis, ha tenido algún infarto, padece de arritmia cardiaca, padece de vértebras.

\*SISTEMA ESQUELETICO\*

¿Tiene dolor muscular, calambres, ha tenido fractura o laceración en alguna parte de su cuerpo, padece de artritis (reumatoides), artralgia migrales, amputación, traumatismo.?

\*SISTEMA NERVIOSO\*

¿Siente algún hormigueo, ha tenido alguna parálisis, padece de insomnio, parestesia, convulsiones, daño cerebral, enfermedad hereditaria, es aprehensivo.?

\*SISTEMA ENDOCRINO\*

¿Padece hiperparatiroidismo, paratiroidismo, trastornos, hepáticos, glandulares, síndrome, esta bajo tratamiento médico?

\*HEMATICO\*

¿Su coagulación es correcta, es propenso a hemorragia, su citriza-ción es normal, padece alguna enfermedad sanguínea. Tipo de sangre, le han realizado alguna transfusión sanguínea?

¿Hay alguna anomalía radiográfica? presenta una superposición de plomo en la parte del canino por lo que es difícil saber la posición del canino por lo que se le tomó una radiografía periapical.

PROCEDIMIENTO

Se anestesió al paciente técnica infiltrativa vestibular del lado izquierdo y por palatino abarcando la zona posteriormente se lo realizó una incisión palatina, se desbridó con una lagra y se lo realizó osteotomía de desbridó al diente con un elevador recto y se luxó se extrajo primero un diente y posteriormente el otro al mismo tiempo se extrajo se lavó y se limó se planchó el paladar sin sutura, se le dieron recomendaciones post-operatorias: analgésico, antibiótico, hielo, se sitó al paciente una semana después no teniendo complicación alguna.

La cirugía comenzó a las 17 hrs. y terminó a las 18 Hrs.



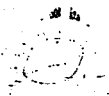
CASO IV .2.- Nombre: José Fermin                      Edad : 9 años.  
Estado civil : Menor de Edad. Ocupación: Estudiante. Procedencia:  
D.F.

Canino en Clase I

Paciente remitido a la clínica de exodoncia, para la valoración de un diente incluido en el paladar y un canino retenido , anexando en la presente una copia de la historia clínica y radiografías se tomó la decisión de eliminar el diente retenido en el paladar y un diente temporal para permitir la erupción normal - del canino.

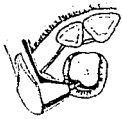
Por lo que previa asepsia y antisepsia de la zona a intervenir se procede a anestésiar, regionalmente la zona a intervenir bloqueando los siguientes nervios esfenopalatino , palatino anterior y ambos infraorbitarios, una vez logrado el bloqueo se colocan los campos operatorios y se procede a efectuar la incisión tipo festoneada de la cara distal del incisivo lateral superior izquierdo a la cara distal del segundo premolar superior izquierdo.





Una vez efectuado el colgajo se procede a desincertarlo por medio de la legra, una vez levantado se observa el diente re-temido y con ayuda de la fresa quirúrgica se descubre la parte radicular del diente a extraer, conviene señalar que se trataba de un incisivo central en posición invertida. Una vez descubierta ésta con ayuda de la raigonera o forceps # 69 se extrae el diente y se lava con suero el lecho quirúrgico.

Una vez efectuado lo anterior se observa la posición del canino y se determina el no extraerlo, ya que por medios ortodónticos se podría salvar.



Finalmente se le citó 4 días después para el retiro de las suturas no observándose ningún problema, en el espacio del canino se colocó un apó cito quirúrgico para la posterior colocación de un braquet.

Los medicamentos postoperatorios fueron:

- a).- Analgesico (Dipirona).
- b).- Ibuprofeno (Tabalon 400 mg).
- c).- Antibiotico ( Pen-vi-k 400,000 U.I).

## CAPITULO V PROBLEMAS MEDIATOS Y INMEDIATOS DE LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS.

Dentro de los problemas inmediatos como ya se mencionó oportunamente, se encuentran la lesión de las raíces de los dientes vecinos y de las estructuras vitales que rodean el área a intervenir, el mal diseño del colgajo dejándolo sin aporte sanguíneo adecuado que causará su necrosis posterior.

Otro posible problema sería el mal planeamiento de la cirugía en sí, ejercer demasiada presión, causando que la porción radicular se aloje en el seno o exista una comunicación a las cavidades nasales.

Dentro de las técnicas de Bloqueo empleadas, diremos que podríamos causar parestesia sobre todo en la mandíbula, causada por la lesión del nervio durante el bloqueo.

Podemos causar desgarres del tejido blando por no abarcar el colgajo, el adecuado diseño para permitir la visibilidad necesaria.

Hablando ahora de los problemas mediatos de la intervención diremos que sería la hemorragia, traducida a un mal adaptamiento del colgajo sobre todo en el paladar se traduce en hematoma. Quizá el más frecuente, algunos autores colocan una gasa y piden al paciente que presione durante 15 minutos, dándole posteriormente las indicaciones que evite succionar, otros colocan una férula palatina de acrílico, cosa que en pacientes desdentados es inusual, otros recurren a una incisión pasante y un penros de goma para evitar la formación de un hematoma dependiente, dependerá pues del criterio de cada operador.

Se habla por último de las complicaciones postoperatorias normales de cualquier intervención quirúrgica.

## CAPITULO VI CONCLUSIONES.

Podemos concluir pues ,que el cirujano dentista de práctica general puede realizar este tipo de procedimientos en su consulta privada, aclarando que tiene que contar con los instrumentos adecuados para su realización, así de equipo de emergencia con medicamentos que no se encuentren caducados y puedan ser utilizados en un caso de emergencia, además de saber su uso y su aplicación por vía intramúscular o intravenosa según el caso lo requiera. Los conocimientos que se tengan y la práctica tenida al respecto, juegan un papel importante para poder realizarlo y que se adquiere en la escuela antes de egresar . Pero que en muchas ocasiones por diversos factores no se impulsa su práctica y que causa numerosas distrofonías en la práctica privada por intentar realizarlas.

La presente tesina sirvió como una ventana, en la cual se aprécia de manera general el panorama de los caninos incluidos con las posiciones que más frecuentemente se presentan así - como de la anatomía de la zona y las estructuras importantes - que rodean al diente retenido, así de la patología que más frecuentemente se asocia a éstos. Para el estudiante de odontología que desee superarse sólo puedo decir que traté de practicar lo más posible, pero llevando los conocimientos sólidos de anatomía humana, farmacología, cirugía bucal, técnicas quirúrgicas y exodoncia que nos llevarán a efectuar una cirugía de calidad.

A T E N T A M E N T E

WILFRIDO MARTINEZ DE LEON .

**BIBLIOGRAFIA:**

- ✓ CIRUGIA BUCAL, RIES CENTENO , EDITORIAL EL ATENEO, BUENOS AIRES ARGENTINA.
- ✓ CIRUGIA BUCAL, KRUGER GUSTAVO , EDITORIAL INTERAMERICANA, MEXICO D.F. , 557 p.p.
- ✓ CIRUGIA BUCAL, ARCHER WILLIAM HARRY, EDITORIAL MUNDI , BUENOS AIRES.
- ✓ PATOLOGIA BUCAL, WILLIAM SHAFER, EDITORIAL MUNDI, BUENOS AIRES, 669 p.p.
- ✓ INTERPRETACION RADIOLOGICA INTRABUCAL, LANGLAIS ROBERT P. , EDITORIAL MANUAL MODERNO, MEXICO D.F.
- ✓ TRATADO DE ANATOMIA HUMANA, QUIROZ GUTIERREZ, FERNANDO. EDITORIAL PORRUA? MEXICO D.F.