

28
24



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS CANINOS
RETENIDOS

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A
CARLOS HISASHI AOYAMA NUÑEZ



ASESOR: C.D.M.F. MANUEL GERMAN BRAVO PUENTE

CIUDAD UNIVERSITARIA.

1996.



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

*A mis Queridos padres.
Dr. Sotero Aoyama Mateos.
Sra. Irma Núñez de Aoyama.*

*A mis hermanos.
Con cariño y agradecimiento eterno.*

*A mis maestros.
Por sus consejos y orientación.*

A mis compañeros y amigos.

ÍNDICE

Introducción.

	Pág.
Capítulo I	
1.1.-Definición y Generalidades. _____	1
1.2.-Etiología. _____	3
1.3.-Generalidades Anatómicas del Maxilar Superior. _____	6
1.4.-Generalidades Anatómicas de la Mandíbula. _____	17
Capítulo II	
2.1.-Indicaciones. _____	19
2.2.-Clasificación. _____	22
2.3.-Características Clínicas. _____	26
2.4.-Características Radiográficas. _____	28
Capítulo III	
Técnicas Quirúrgicas.	
3.1.-Técnicas Quirúrgicas para la extracción de los caninos retenidos en posición palatina. _____	33
3.2.-Técnicas Quirúrgicas para la extracción de los caninos superiores en posición vestibular. _____	38
3.3.-Extracción Quirúrgica de los caninos superiores en posición intermedia. _____	41

	Pág.
3.4.-Extracción Quirúrgica de los caninos superiores en un desdentado. _____	42
3.5.-Extracción Quirúrgica de los caninos inferiores en posición vestibular. _____	43
3.6.-Extracción Quirúrgica de los caninos inferiores en posición lingual. _____	44
3.7.-Extracción Quirúrgica del canino inferior en un desdentado. _____	45
Capítulo IV	
4.1.-Manejo postoperatorio. _____	47
4.2.-Complicaciones. _____	47
Conclusiones. _____	49
Bibliografía. _____	50

INTRODUCCIÓN

El principal interés en la realización de esta tesis, es la importancia que se debe de tener, como Cirujanos Dentistas con el manejo diagnóstico y el tratamiento de los caninos retenidos, y siempre agotar todo tipo de exámenes de diagnóstico; los cuales nos ayudarán a evaluar la situación en la que se encuentren en los maxilares y tejidos adyacentes.

Se debe de considerar que la retención de los caninos, no sólo origina problemas por la situación y localización en la que se encuentran, sino también de aspectos de tipo funcional y estético. Por lo que es necesario hacer un riguroso análisis clínico detallado, por medio del cual se podrá ubicar en que condiciones se encuentra y sobre todo las anomalías y complicaciones que se pueden generar a partir de su misma retención .

La extracción quirúrgica como tal, del canino retenido, se lleva a cabo cuando ya se ha eliminado toda posibilidad de ubicarlo y llevarlo dentro de las arcadas dentarias. Ahí, es donde la Cirugía Bucal, interviene para el tratamiento adecuado. Por lo que es de gran importancia para el Cirujano Dentista el tener la decisión de evaluar y hacer un plan de tratamiento completo antes de la intervención quirúrgica.

CAPÍTULO I.

I.1.-DEFINICIÓN Y GENERALIDADES

Se les denomina dientes retenidos, al órgano dentario que en la etapa normal de su erupción quedan atrapados dentro de los maxilares, en el cual mantienen con totalidad integridad su saco pericoronario.(1)

Esta retención puede ser intraosea, cuando está rodeado totalmente por tejido óseo, ó subgingivales, cuando está cubierto por la mucosa gingival, o en algunas de las veces se puede presentar la retención por los dos tejidos.

Los caninos superiores son después de los terceros molares, los dientes que con mayor frecuencia muestran problemas de erupción. Esto se debe a una combinación de falta de espacio en la arcada y a la erupción tardía de los órganos dentarios y sobre todo la relación con los dientes adyacentes .

La frecuencia de retención de los caninos es 20 veces mayor en el maxilar superior que en la mandíbula y casi siempre están rotados de 60 a 90 grados sobre su eje longitudinal.(2)

La extracción quirúrgica de un diente retenido, consiste esencialmente en un problema mecánico, en el que se puede decir que es la bisqueda realizada por medios mecánicos e instrumentales, del

diente retenido y su eliminación completa del interior del hueso donde está ubicado, aplicando los principios de la extracción por colgajo y la extracción por odontosección. Tales métodos realizados constituyen la denominada extracción quirúrgica de los dientes retenidos.

Se considera que en algunos casos, que los dientes retenidos no producen algún trastorno evidente; por lo cual pueden ser dejados dentro de los maxilares, pero actualmente la extracción quirúrgica del diente retenido, se realiza antes de que la aparición cause trastornos que puedan originarse.

ETIOLOGÍA

La retención dentaria ante todo es de índole mecánica, en la que el diente en su camino de erupción, y al tener su movimiento normal rumbo a las arcadas dentarias se encuentra con un obstáculo que le impide la realización normal del trabajo eruptivo, la cual es impedida mecánicamente por algunas razones por las que no erupciona el diente y son atribuidas a:

- Retraso fisiológico de la erupción (más frecuente en la región canina y premolar).

- Anomalías embriológicas del folículo ó gérmen dentario de desarrollo, en su dirección ó su inserción. La ubicación especial de un gérmen dentario en un sitio muy alejado del de su normal erupción; por razones mecánicas el diente originado por el gérmen está imposibilitado de llegar el borde alveolar. En el cual el gérmen dentario puede hallarse en su sitio, pero la angulación que presenta en el proceso de clasificación del diente y al empezar el trabajo eruptivo, la corona del diente retenido hace contacto con un diente adyacente retenido ó erupcionado, éste contacto constituye una verdadera fijación del diente en erupción; sus raíces pueden estar formadas, pero su fuerza eruptiva no logra colocar al diente en un eje que le permita erupcionar normalmente. La retención se produce por trastornos que se relacionan entre el folículo dentario y la cresta alveolar, durante las diversas fases de su evolución. Los cambios

de evolución que sufren estas estructuras se producen como consecuencia de las alteraciones en la formación de su tejido óseo con lo cual hace desplazar el folículo dentario (*Radaseh 1927).

- Por la falta de espacio: el germen dentario del canino superior se sitúa topográficamente muy alto, en lo más elevado de la fosa canina, por encima de los gérmenes del primer premolar y el incisivo lateral, que hacen erupción antes que el canino superior, de ahí que descienda tardíamente lo que puede implicar una falta de espacio para su ubicación definitiva.(3)

En ese momento los incisivos se encuentran implantados en su posición del plano frontal. El canino temporal que debe mantener el espacio para el canino permanente es muy angosto para mantener el espacio necesario mesio-distalmente.

La presión mesial del segundo molar permanente en su erupción es transmitida de un diente a otro hasta el canino desdido, causando apiñamiento y retardo por un periodo de tiempo considerable, aún estando su raíz reabsorbida.

Otra causa en la que falta espacio es debido a deformidades dentofaciales, extracciones prematuras de dientes desdidos y obstáculos mecánicos en tejidos blandos o duros.

El hueso de los maxilares que presenta una gran condensación, tal que no puede ser vencido en el trabajo de erupción (enostosis, osteitis condensante, osteoesclerosis).(2)

El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser un órgano dentario, dientes vecinos que por extracción prematura del diente temporal, han acercado sus coronas en una posición en la que el canino ó diente retenido va hacia la dirección de las raíces de los dientes vecinos.

Existen también las causas patológicas, las cuales se oponen a la normal erupción dentaria, como pueden ser los dientes supernumerarios, tumores odontogénicos (odontoma) y quistes dentigeros.

Otro hecho que podría acreditarse a la retención del diente se debe a la acción de dos fuerzas contrapuestas: al crecimiento antero posterior del seno maxilar y el postero anterior de la premaxila.

Otras causas que intervienen en la retención del canino son las discrepancias dentomaxilares provocadas por la alteración del desarrollo de la base ósea (hipoplasia maxilar) ó por malposiciones dentarias y malformaciones del propio diente.

- Causas generales o enfermedades ligadas al metabolismo del calcio como, fibromatosis congénita, disostosis cleidocraneal, raquitismo,

hipotiroidismo, Síndrome de Gardner, displasia ectodérmica anhidrótica. Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas, pueden ocasionar trastornos en la erupción, dentaria, retenciones y ausencias de dientes. (1)

- Causas heredofamiliares, inclusiones dentarias sin otras anomalías locales, generales asociadas. Tarasido (1938) cita "la causa más frecuente de la retención o inclusión del canino es la que tiene origen en el desequilibrio de la tensión entre la musculatura externa e interna de las áreas dentarias".

1.3.-Generalidades Anatómicas del Maxilar Superior

Constitución y forma. El maxilar superior, pieza maestra del tercio medio facial, se articula con el resto de los huesos que lo componen. Es un hueso par, simétrico, situado por delante del esfenoide, debajo del frontal, fuera y debajo del complejo interorbitonasal, y dentro del malar. Forma parte de la órbita, fosa nasal, cavidad oral, fosa infratemporal y pterigopalatina. Al igual que el maxilar inferior, contiene una serie de cavidades donde se albergan los dientes. Es un hueso tremendamente irregular en el que es posible distinguir artificialmente seis caras que se prolongan algunas de ellas por una serie de salientes óseos denominados apófisis.

Caras. En el maxilar superior se distinguen seis caras: anterior o yugal, posterior o infratemporal, superior u orbitaria, inferior o bucal, interna o base, y externa o malar.

Cara anterior o yugal. Se orienta hacia adelante y entra en contacto con la región infraorbitaria. Como detalle más significativo cabe destacar un relieve óseo producido por el canino en su articulación con el maxilar superior, la eminencia canina, que separa dos pequeñas depresiones; la anterior o fosa mirtiforme, zona con menor espesor óseo que puede ser confundida en una radiografía intraoral con un granuloma a nivel del incisivo lateral; la posterior o fosa canina, a través de la cual se aborda en la intervención de Cadwell Luc. Encima de la eminencia canina y debajo del reborde orbitario, a unos 5-10 mm de éste, sobre una hipotética línea vertical que une a la escotadura supraorbitaria y el agujero mentoniano, se sitúa el agujero suborbitario por donde emerge el nervio infraorbitario. Este orificio está limitado en su parte superior por un reborde óseo denso y saliente que permite junto a los detalles anteriores, su localización para poder infiltrar el nervio infraorbitario. La cara yugal está separada de una cara interna por el borde anterior del hueso que corresponde al cuerpo de la maxilar y es cóncavo hacia la línea media formando parte de la apertura piriforme de las fosas nasales. El límite entre la cara yugal y la orbitaria es el reborde orbitario inferior. Por fuera se continúa con la cara anterior de la apófisis piramidal y por debajo lo hace con el proceso alveolar.(3)

Cara posterior o infratemporal. Se orienta hacia atrás y forma la pared anterior de la fosa pterigopalatina e infratemporal; la parte correspondiente a la primera es rugosa y se conoce como tuberosidad del maxilar, en la cual es posible divisar una serie de orificios que corresponden a los conductos dentarios posteriores por donde se deslizan los vasos y nervios alveolos dentarios. La parte externa, más lisa y cóncava hacia atrás, se continúa hacia afuera con la cara posterior de la apófisis piramidal. En la unión de la cara posterior con la superior se forma el borde postero superior que constituye el límite inferior de la fisura orbitalis inferior o hendidura esfenomaxilar. El borde posterior del hueso separa la cara infratemporal de la nasal y en su parte superior puede apreciarse, entre la cara orbitaria, la nasal y la infratemporal, una carilla triangular, el trigono palatino, sobre la que se apoya la apófisis orbitaria del palatino; y en su parte inferior, otra superficie triangular que se articula con la apófisis piramidal del palatino.

Cara superior u orbitaria. Forma junto con el malar y el palatino, el suelo de la órbita, es lisa en toda su extensión y adquiere forma triangular al continuarse hacia afuera con la cara superior de la apófisis piramidal. Está separada de la cara yugal por el borde anterior o reborde orbitario; de la cara infratemporal por el borde posterior y de la cara nasal por el borde superior. Está recorrida de atrás hacia adelante por un canal, el canal infraorbitario, que comienza en el borde posterior del hueso transformándose a continuación en un conducto, el conducto infraorbitario, que se abre a su vez en la cara yugal mediante el agujero

suborbitario. El interior del canal y del conducto infraorbitario es recorrido por la arteria y el nervio infraorbitario. El citado conducto está separado por la periórbita por arriba, y de la mucosa del seno maxilar por abajo, por una lámina ósea delgada a veces deliciente. En algunas ocasiones, el conducto hace relieve en le seno maxilar, circunstancia que hace que su contenido se exponga a las injurias provenientes del seno maxilar, tal es el caso de las sinusitis maxilares que pueden involucrar el nervio infraorbitario. Debido a la extrema delgadez del suelo de la órbita, ésta se verá afectada en las fracturas del tercio medio facial y sobre todo en las del complejo cigomático malar; generalmente se observa un hundimiento hacia el seno (blow out) y con menor frecuencia, un desplazamiento hacia la cavidad orbitaria (blow in).(3)

Cara inferior o bucal. Corresponde al proceso alveolar.

Cara interna o base. Está orientada hacia el plano medio. En ella se pueden distinguir dos porciones, una nasal y otra bucal, separadas por la apófisis horizontal o palatina del maxilar superior. La porción bucal forma junto con la cara inferior, el proceso alveolar en tanto que la porción nasal ocupa la mayor parte de la superficie de la cara interna. En ésta porción existe un orificio amplio, la mayoría de las veces de forma triangular, que es el ostium maxilar u orificio de entrada al seno maxilar, encima del cual se encuentran las semiceldillas etmoido-maxilares, sobre las que a su vez, se acopla la cara inferior de las masas del etmoides. Debajo del ostium se aprecia una hendidura oblicua hacia abajo y hacia

atrás llamada fisura palatina. donde se insinua la apófisis maxilar del palatino. Delante se halla el sulcus lacrimalis, comprendido entre la cresta lacrimal por delante y la hínula lacrimalis por detrás, que no es sino en borde anterior del ostium ranversado. Este surco se transformará en el conducto lacrimo nasal al yuxtaponerse el únguis y el cornete inferior. También delante del ostium, en la cara nasal, se encuentra la cresta turbinal inferior, sobre en la que se articula la cabeza del cornete inferior. Entre ésta y la cresta turbinal superior y la cara interna del apófisis ascendente, existe una zona lisa denominada atrium y que es la parte más anterior del meato medio. El segmento retroostial está recorrido de arriba abajo y detrás adelante por el surco palatino posterior que será convertido en el conducto al articularse el segmento con la lámina vertical del palatino. Por el, se deslizan la arteria palatina descendente y el nervio palatino anterior.

Apófisis Piramidal. Tiene forma prismática triangular y en el se describen: una base, tres caras: anterior, posterior y superior; separadas por sus correspondientes bordes y un vértice truncado.

Base. Se confunde con la base externa del cuerpo.

Cara anterior. Corresponde a la región geniana, es continuación hacia afuera de la cara yugal del cuerpo del maxilar y a su vez se prolonga hacia el plano lateral por la cara superficial del malar.

Cara posterior. Constituye junto con la cara infratemporal del cuerpo, la pared anterior de la fosa cigomática. Está separada de la cara anterior por un borde romo, cóncavo en sentido lateral, que se palpa fácilmente en el fondo del vestíbulo superior a la altura del segundo molar. Es un punto de referencia muy importante para practicar la anestesia por infiltración de los nervios alveolo dentarios posteriores y medios, para los primeros habrá que deslizar la aguja sobre su vertiente posterior, mientras que para los alveolo dentarios medios la anestesia tendrá que ser colocada por delante. El borde que separa la cara posterior de la superior forma parte del límite inferior de la hendidura eseno-maxilar.

Cara superior. Es la continuación hacia afuera de la cara orbitaria del cuerpo y junto a ella forma parte del suelo orbitario.

Vértice. Está representado por una superficie triangular y rugosa, articulada con el hueso malar.

Apófisis ascendente. Surge del ángulo anterior y superior del cuerpo de la maxila y se extiende en altura hasta el frontal con cuya apófisis orbitaria interna se articula. Tiene forma rectangular y en ella se distinguen dos caras, externa e interna y dos bordes, anterior y posterior.

Cara externa o cutánea. Participa de la formación de la cuenca orbitaria y de la pirámide nasal; el límite de separación de ambas porciones es una cresta; la cresta lagrimal anterior, donde se inserta el haz anterior del

ligamento palpebral interno. El segmento orbitario es cóncavo y forma con el únguis el sureo lagrimal donde se alberga el saco de las lágrimas. El segmento anterior, liso, tiene un orificio que da paso al conducto de Parinaud por el que transcurre la rama maxiloantral de la arteria angular y que termina en el alveolo del canino.

Cara interna. Consta también de dos segmentos; uno posterior, excavado por las semiceldillas de agger-nasi, y otro anterior liso. La cresta turbinal superior recorre ésta cara desde adelante hacia atrás y sobre ella se articula el comete medio. El borde anterior se articula con el hueso lagrimal o únguis.

Apófisis palatina. Es una lámina ósea cuadrilátera que emerge de la cara interna del cuerpo de la maxila y divide a ésta en un segmento superior o nasal amplio, y un segmento inferior o bucal reducido, que forma el proceso alveolar. Junto a la apófisis horizontal del palatino forma un tabique que separa la fosa nasal de la cavidad oral. En ella se puede describir dos caras y cuatro bordes.

Cara superior o nasal. Forma parte del suelo de la fosa nasal, de superficie lisa, y es cóncava en sentido frontal.

Cara inferior bucal. Forma parte de la bóveda palatina y su superficie es notablemente irregular. En su parte interna puede adquirir cierto relieve formando el torus palatino. En su parte externa se ve recorrida por un

surco que parte del agujero palatino posterior y se dirige de atrás hacia adelante sobre la unión de la apófisis palatina y alveolar. Por este surco palatino se deslizan las ramas anteriores de la arteria palatina descendente y el nervio palatino anterior. A veces se percibe el vestigio de la fusión de la premaxila con el maxilar superior en forma de una sutura: sutura incisiva, que se extiende desde la fosa incisiva hasta la cresta ósea que separa el alveolo del canino y del incisivo lateral. Otras veces es posible apreciar la sutura endemesognática, o de Albercht, que va desde la fosa incisiva al alveolo del incisivo lateral.

Borde externo. Se confunde con el cuerpo de la maxila.

Borde interno. Es un borde que se articula con el otro lado formando la sutura intermaxilar. Este borde hace relieve hacia la cavidad nasal, cresta nasal, y está más relacionado en su parte anterior, cresta incisiva, sobre las que viene a unirse al vomer y al cartilago del tabique. La cresta incisiva termina en un relieve anterior que hace prominencia hacia los tegumentos y se conoce como espina nasal anterior.

A ambos lados de la cresta incisiva se aprecian los orificios del conducto incisivo de Stensen y el canaliculo de Scarpa, los cuales se abren hasta la cara bucal en el fondo de la fosa incisiva, situada en la línea media, detrás de los incisivos centrales. Los conductos incisivos se abren a derecha e izquierda de la línea media y portan las arterias palatinas anteriores, mientras que los canaliculos de Scarpa lo hacen en la misma

línea media delante y detrás respectivamente de los anteriores y conducen los nervios nasopaltinos.

Borde anterior. Forma el contorno inferior de la apertura piriforme.

Borde posterior. Biselado a expensas de la cara superior y rugoso, se articula con la apófisis horizontal del palatino.

Apófisis alveolar. Es la parte del hueso maxilar superior que hace relieve hacia la cavidad oral. Los procesos alveolares de ambos maxilares, describen de ordinario, un arco de medio punto cuya clave está situada en la línea media, su porción curvilínea está relacionada principalmente con la premaxila y la rectilínea con la maxila. Su estructura alveolar indica su cometido fundamental; esto es, albergan los dientes, formando con ellos las articulaciones alveolo dentarias. Para describir mejor ésta zona anatómica hay que tener en cuenta la existencia de cuatro caras referidas a continuación:

Cara superior. Se confunde por delante con el suelo de las fosas nasales y por los lados con el seno maxilar, quedando entre ambas una zona intermedia que continúa con el cuerpo del maxilar superior y la apófisis ascendente. El segmento nasal pone en contacto los alveolos de los incisivos con el suelo nasal, ésta relación será más estrecha cuanto más profundo sea el alveolo; o lo contrario, en menor desarrollo tenga el proceso alveolar. El alveolo del incisivo central es el que profundiza más

y en ocasiones puede quedar separado del suelo nasal tan sólo por una laminilla ósea, lo que hace que los de este diente: abscesos y quistes, puedan difundirse y abrirse en las fosas nasales. El segmento intermedio corresponde al canino y se continúa con el cuerpo del maxilar superior y la apófisis ascendente; constituirá uno de los pilares de resistencia del tercio medio facial. El segmento sinusal comprende aquella parte de la apófisis alveolar que porta los alveolos de los premolares y molares y la relación con la cortical sinusal aumenta desde adelante hacia atrás, de tal modo, que el primer premolar está separado del suelo del seno por una zona esponjosa.

Sin embargo, los alveolos de los molares sólo quedan separados de aquél por una lámina ósea compacta o llegan incluso a hacer relieve en el interior del seno, de tal manera que se forman divertículos sinusales en las furcaciones. Entre estos divertículos, merece especial mención el que puede existir detrás del cordal, dentro del tubérculo alveolar. Esta relación de vecindad con el seno hace que la participación de estas estructuras en los procesos sinusales, y viceversa, sean enormemente frecuentes.

Cara inferior. Presenta los orificios de entrada a los alveolos y los septos interradiculares interdentes. En ella se pueden apreciar cómo la cortical externa se continúa con la cortical alveolar y ésta, con la cortical interna.

Cara externa. Es sinuosa debido a que la mayoría de los alveolos hacen relieve sobre su superficie, llaman la atención el sentido de las eminencias que se forman en los incisivos y caninos. Sin embargo estos relieves se atentan hacia distal, tomando relación con ésta cara, el alveolo vestibular para el primer premolar y los de las raíces disto vestibulares de los molares. Estructuralmente la cara externa está formada por una lámina compacta que se forma por el alosamiento de la cortical externa y la cortical alveolar.

Cara interna. Forma parte de la bóveda palatina de la que constituye los pilares. La altura y la inclinación de ésta cara dependerán de forma directa de la profundidad de la bóveda. Por otro lado, su grado de inclinación es mayor en la parte anterior que en las laterales. Así como en la cara externa no hay presencia de hueso esponjoso interpuesto entre cortical externa y cortical alveolar, pero en la parte interna existe; entre la cortical alveolar y la cortical interna, una cuña ósea esponjosa más o menos grande, dependiendo de los dientes y del grado de profundidad de la bóveda palatina. Cuanto más plano es el paladar, mayor es la cuña esponjosa y cuanto más anteriores sean los dientes mayor es también el hueso interpuesto.

1.4.-Generalidades Anatómicas de la Mandíbula.

Constitución y forma. Hueso impar y medio, en el adulto se forma por la unión de dos esbozos embrionarios a cada lado de la línea media. La fusión de ambos hemimaxilares es el denominado hueso maxilar inferior o mandíbula. Se trata de un hueso arqueado situado debajo del complejo maxilo-malar y cuya concavidad, dirigida hacia atrás, delimita por delante y a los lados la cavidad bucal. En él cabe distinguir una porción horizontal o cuerpo, que posteriormente cambia de dirección para dirigirse hacia arriba y hacia atrás, en las ramas ascendentes o porción vertical, para articularse con la base del cráneo.

La unión de la porción horizontal con la vertical se denomina ángulo de la mandíbula. Encima de la porción horizontal, y formando un bloque con ella, en los pacientes dentados se sitúa el proceso alveolar, lugar de ubicación de los dientes mandibulares.

El maxilar inferior está recorrido por una serie de conductos que son el conducto dentario inferior, el conducto de Serres y el conducto de Robinson. El conducto dentario inferior, recorre casi la totalidad de la mandíbula según una trayectoria oblicua de arriba hacia abajo, de adentro hacia afuera y de atrás hacia adelante. Comienza en la cara interna de la rama ascendente; al principio se dirige hacia abajo siguiendo la dirección de la rama ascendente, y establece relaciones de vecindad muy estrechas con el tercer molar, posteriormente se distancia de los alveolos del

segundo y primer molar; en seguida, lleva el trayecto paralelo al borde basal del hueso del que está separado por una distancia de 1cm; a la altura del premolar se divide en un conducto que se dirige hacia afuera y hacia atrás; conducto mentoniano y otro que lo prolonga hacia adelante, o conducto incisivo. Su contenido está constituido por el paquete vasculo-nervioso dentario inferior.

CAPÍTULO II

2.1.-INDICACIONES

En pacientes jóvenes considérese primero la erupción ayudada artificialmente u ortodónticamente a recolocar quirúrgicamente en posición al canino, por la importancia de ésta pieza dentaria como la clave de la dentadura.

Si estos procedimientos no son factibles a causa de la posición del diente, la edad del paciente ó porque éste no está dispuesto a someterse al tratamiento, recomiendese la extracción a temprana edad, no sólo porque el tratamiento de la cirugía es menos complicado, sino también porque se evita un posible deterioro de los dientes adyacentes.(4), (2).

Cualquier diente retenido es muy susceptible a producir trastornos de índole diversa, a pesar de que muchas veces pasan inadvertidas y no ocasionan ninguna molestia al paciente portador .

La inclinación y el desplazamiento de los dientes adyacentes, por la presión que se ejerce cuando el canino intenta erupcionar y por el trabajo mecánico del diente retenido , en su intento de desinclusión, muchas veces produce labioversiones, linguoversiones y aún trastornos a distancia, rotaciones del lateral e incisivo central, los cuales desvía de su

normal dirección, produciendo entrecruzamientos de dientes y apiñamiento antiestético; lo cual indica su extracción.

Puede ocurrir una resorción de las raíces de los dientes vecinos, por la constante presión del diente retenido, junto con su saco dentario. Esta resorción puede ser que haya alterado el cemento, dentina y puede ocurrir hasta en la pulpa del mismo diente. Si se detecta antes la dirección del diente puede aconsejarse la extracción quirúrgica.

La formación de quistes dentígeros, que se observa en impresión de la radiografía, en la que el folículo que rodea a la corona del canino ocupa un estado mayor de lo normal, el cual, su comienzo indudable en la hipergénesis del saco folicular a expensas del cual se forman. (1)

Todo diente retenido es un quiste dentígero en potencia. Los dientes en tal caso de quistes dentígeros emigran del sitio primitivo de incisión del proceso, pues el quiste en su crecimiento rechaza centrífugamente el diente originador. Al descubrir el quiste se debe hacer una operación para extirparlo y para facilitar la erupción del diente, o bien, se debe extraer el diente antes de que el quiste se agrande y destruya gran parte del hueso.

Cuando se nos presenta un paciente con paladar fisurado, la falta del canino superior se debe a que presenta un paladar hendido operado, el cual se debe al arco estrecho, con respecto a la cicatriz quirúrgica o a la

falta de hueso alveolar. Si no se anticipa la reposición ortodóntica del diente, se tendrá que aconsejar su extracción quirúrgica.

En los pacientes desdentados muchas veces los caninos retenidos pasan inadvertidos 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 obstaculizaban han sido extraídos; el canino intenta 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 y a menudo asociada con una infección ósea que no cede hasta que se extrae el diente.(5)

La extracción profiláctica está indicada apenas que se establezca que el diente no puede colocarse en posición correcta con un tratamiento ortodóntico porque es probable que luego origine otras complicaciones o daños a tejidos adyacentes.

2.2.-CLASIFICACIÓN

Clasificación del Canino Retenido en Maxilar dentado y desdentado.

Caninus Superiores.(5)

Clase I y II. Caninos retenidos localizados en la región palatina.

Clase III. Caninos retenidos en la posición transversal al reborde alveolar.

Clase IV. Caninos retenidos localizados en la región vestibular.

De acuerdo a su localización:

1. Lejos de la arcada.
2. Cerca de la arcada.
3. Transversal a la arcada.
4. Fuera de la arcada.

Caninos Retenidos Ectópicos.

- A) Localizados en piso de fosas nasales.
- B) Localizados parcialmente introducidos en fosas nasales.
- C) Localizados parcialmente introducidos en seno maxilar.
- D) Localizados entre fosas nasales y senos maxilares.

Caninos Inferiores

Clasificación de Caninos Retenidos en mandíbula dentada y desdentada:

- A) Caninos localizados en lingual.
- B) Caninos retenidos localizados en posición vestibular.
- C) Caninos retenidos localizados transversalmente en el proceso alveolar.
- D) Caninos Ectópicos: 1. En el borde inferior de la mandíbula
2. En la eminencia mentoniana.

Clasificación de Caninos Superiores (1)

Clase I: Maxilar dentado, diente ubicado en posición palatina. Retención unilateral: a) cerca de la arcada dentaria, b) lejos de la arcada dentaria.

Clase II: Maxilar dentado Dientes ubicados en posición palatina. Retención bilateral.

Clase III: Maxilar dentado, diente ubicado en posición vestibular. Retención unilateral.

Clase IV: Maxilar dentado, dientes ubicados en posición vestibular. Retención bilateral.

Clase V: Maxilar dentado, caninos vestibulo palatinos, con la corona ó raiz hacia el lado vestibular (Retenciones Mixtas).

Clase VI: Maxilar desdentado, dientes ubicados en posición palatina.

a) retención unilateral, b) retención bilateral

Clase VII: Maxilar desdentado, dientes ubicados en posición vestibular:

a) retención unilateral; b) retención bilateral.

Clasificación de Caninos Inferiores.

Clase I: Maxilar dentado, retención unilateral, diente ubicado en posición lingual: a) posición vertical, b) posición horizontal.

Clase II: Maxilar dentado, retención unilateral, diente ubicado en posición bucal: a) posición vertical; b) posición horizontal.

Clase III: Maxilar dentado, retención bilateral: a) dientes ubicados en posición lingual; a') posición vertical; a'') posición horizontal; b) dientes ubicados en posición bucal. b') Posición vertical. b'') posición horizontal.

Clase IV: Maxilar desdentado, retención unilateral. a) posición horizontal. b) posición vertical.

Clase V: Maxilar desdentado, retención bilateral, a) Posición horizontal
b) posición vertical.

CLASIFICACIÓN (Fiel y Ackerman)

Caninos Superiores

A) Posición labial: 1) Corona con íntima relación con los incisivos.

2) Corona bien 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 primer premolar. 2) Corona encima del incisivo lateral y el primer premolar, con la corona en situación labial y la raíz en situación palatina ó viceversa.

D) Posiciones Inusuales: 1) En la pared antro nasal.

2) En la región intraorbitaria.

Caninos Inferiores

A) Posición labial: 1) Vertical.

2) Oblicua.

3) Horizontal.

- B) Posiciones Inusuales:** 1) En el borde inferior.
2) En la protuberancia mentoniana.
3) Migración al lado opuesto.

2.3.-CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Para obtener un buen diagnóstico de un canino retenido sobre todo en el maxilar superior; por su posición, por la relación con los dientes vecinos y su clasificación; se llevan a cabo métodos clínicos que son: la inspección, la palpación y el examen radiográfico, que nos ayudaran a obtener la relación más exacta y real en las que se encuentra el canino, y así maniobrar con el tratamiento más adecuado y propicio para el paciente.

La ausencia del canino permanente en la arcada, con la persistencia del canino desiduo o no, a los 14 ó 15 años, hace sospechar su retención.

También se puede observar la migración de los dientes vecinos hacia el espacio correspondiente. La inspección visual y la palpación del hueso alveolar puede revelar la presencia de salientes como consecuencia del diente retenido, la misma inspección visual, en el caso de que la retención sea palatina o vestibular, se puede observar una elevación o

relieve en el paladar o hacia vestibular. La altura y forma de la bóveda palatina nos dará una indicación preliminar de la probable ubicación del diente retenido. La palpación clínica se hace con el dedo índice, que identificará y confirmará si hay alguna elevación de la misma consistencia que la tabla ósea, no es segura puesto que puede confundir con el relieve o protuberancia originada por el canino, con la que se puede producir con la raíz del incisivo lateral o del premolar desplazada labialmente. En caso de que exista algún proceso infeccioso y/o una fístula, con la ayuda de una sonda introducida por ahí mismo y al chocar contra un cuerpo duro se sospechará de la corona del canino retenido.

Otros signos clínicos que puedan hacer su retención es la inclinación y desplazamiento de los dientes adyacentes, pueden ser una clave de la posición del canino retenido, Por lo que se ve más afectado en incisivo lateral, el cual, puede hallarse en vestibuloversión rotado sobre su eje mayor, con su corona hacia mesial y hacia distal.(1)

2.4.-CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

El estudio radiográfico de los caninos superiores refiere cierta dificultad, por lo que es necesario ubicarlo al diente según los tres planos del espacio, muchas veces es imprescindible ver la cúspide y el ápice, y conocer las relaciones de estos mismos con la proximidad de los órganos vecinos, senos maxilares y fosas nasales. La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo; que se encuentre rodeando al canino retenido, apreciando la densidad, rarefacción, presencia del saco pericoronario, y alguna existencia de procesos infecciosos pericoronarios.

Todo lo anterior mencionado es de considerar que no sea suficiente para basarnos en una sola proyección radiográfica, y sobre todo antes de actuar el problema quirúrgicamente, lo cual debemos verificar, con absoluta precisión, la posición y clase a la que pertenece, para poder elegir el tipo de operación necesaria, sobre todo el acceso para su eliminación.

El canino superior retenido en situación vestibular, independientemente de la inclinación o de la rotación que pueda tener su eje mayor, se sitúa en algún lugar del pilar canino, manteniendo relaciones de vecindad por mesial con fosas nasales lateralmente con el seno maxilar, por oclusal y de forma más o menos íntima, con la raíz del

incisivo lateral. quedando su ápice casi siempre distante del agujero infraorbitario, por vestibular, le separa de la mucosa la cortical externa siempre adelgazada ó ausente.

La retención palatina se efectúa en una enervada anatómica, en la que le diente tiene situados, en posición craneal, la fosa nasal y el seno maxilar, en posición caudal a el hueso palatino anterior y su paquete vasculo nevioso (vasos palatinos anteriores y nervio nasopalatino); y en posición lateral el proceso alveolar con el grupo incisivo y por atrás aunque con cierta distancia, los conductos palatinos posteriores con la arteria palatina descendente y el nervio palatino anterior.

En resumen, el canino superior retenido en situación palatina está más o menos inclinado con respecto a los tres planos del espacio, de ahí que el examen radiográfico deba de precisar tal inclinación para poder así deducir las relaciones topográficas y las que pueda mantener con los dientes vecinos, así como la forma del propio diente. Para ello, se mencionan a continuación varias técnicas para ubicar con exactitud al canino:

A) Radiografías intraorales periapicales. Para su correcta relación, debemos colocar el eje mayor de la placa radiográfica en posición vertical. En este tipo de radiografías nos aportaran detalles precisos sobre la morfología del diente y sobre sus relaciones en el plano frontal. Así ahora, servirán para analizar a que altura queda el diente del proceso

alveolar y de las raíces de los otros dientes por abajo o a que distancia le separa de la fosa nasal o del seno maxilar por arriba. Servirán también para apreciar la dirección del diente, si es vertical o más o menos paralelo a los tres dientes o es francamente oblicuo u horizontal; estudiar la forma y longitud del diente. Si su corona está íntegra o careada, o si existe patología peridientaria, estudiar los dientes vecinos y su posible patología primaria (caries, periodontitis, etc.); o secundaria (rizolisis, etc.).

Lo que no podemos precisar mediante una radiografía periapical simple es si el diente está en situación palatina, intermedia o vestibular; de ahí que haya que recurrir a otras proyecciones radiográficas, tales como las radiografías oclusales y las laterales. No obstante, utilizando la técnica retroalveolar o periapical también se puede llegar a determinar su situación. El método que consideremos menos engorroso es el propuesto por Harrous que consiste en exponer dos veces sucesivas una placa que se coloca por detrás de los incisivos bajo dos incidencias horizontales ligeramente diferentes, con ello se conseguirá que se produzca un desplazamiento, el cual será menor para las partes situadas la proximidad de la placa y mayor para las más alejadas. Por consiguiente, si la imagen del canino ha sufrido un desplazamiento menos importante que la de los otros dientes, cabe concluir que su situación es cercana a la placa (palatina).

B) Radiografías intraorales oclusales. Sólo la incidencia de Simpson verdadera puede registrar las relaciones de los caninos retenidos

en el plano horizontal, ya que al ser el rayo horizontal paralelo al eje mayor de los incisivos, estos, aparecen en la placa presentados por una sección a nivel del ecuador. No obstante, si esto es cierto para el grupo anterior no lo es menos que el grupo premolar y molar, se van a proyectar sobre la bóveda palatina; de ahí que Giezi y Craviotto hayan propuesto una segunda incidencia en que el rayo central pasa a través de los premolares. Con ambas proyecciones podemos analizar las relaciones de la corona del canino con las raíces de los incisivos o con el conducto dentario anterior, además de la vecindad existente entre el ápice y los premolares.

C) Radiografías extra orales. Para el estudio de las relaciones en el plano antero posterior se recomienda la radiografía de perfil que informa adecuadamente de la situación palatina, intermedio vestibular del diente; en la radiografía panorámica se obtiene la información pertinente sobre las relaciones en plano frontal y antero posterior que nos proporciona las periapicales y las de perfil, las cuales utilizamos en caso de duda, completando el estudio con la radiografía oclusal bajo la doble incidencia expuesta.

En resumen, a través de nuestro estudio radiológico podremos llegar a determinar: 1. El número de dientes retenidos unilateral o bilateral (40-50%). 2. La situación palatina (80-85%), vestibular (15%), intermedia (5%). 3. La forma del diente. 4. Las relaciones topográficas. 5. La

presencia o ausencia de dientes en la arcada y las relaciones que puedan establecer con los caminos.(1,6)

CAPÍTULO III TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

3.1.-Técnica quirúrgica para la extracción de los caninos retenidos en posición palatina

Anestesia. Como en toda intervención quirúrgica, la anestesia es fundamental. La extracción de los dientes retenidos es una operación larga y molesta. La anestesia debe prever la longitud de la operación. Es interesante el empleo de anestesia base, administrando al paciente barbitúricos. En la mayoría de los casos está indicada la anestesia general con intubación naso traqueal y taponamiento faríngeo, pues muchos pacientes no soportan, aún con premedicación el trauma quirúrgico, es conveniente colocar la cabeza en posición de Rose.

Si se prefiere la anestesia local, ésta consistirá en el bloqueo del nervio naso palatino y de ambos nervios palatinos anteriores, salvo en el caso en que sea unilateral en el que bastará con el nervio correspondiente al lado de la retención. Se completará la anestesia con la infiltración del nervio infraorbitario.

Posición. Se colocará el paciente en decúbito supino con la cabeza en hiperextensión para obtener la visión directa del campo

operatorio, que deberá estar bien iluminado. El cirujano a la cabeza del sillón o de la mesa de operaciones y el ayudante a la izquierda

Instrumental. Se debe de contar con todo aquel material necesario para hacer frente a cualquier eventualidad.

- Gasas estériles, hojas de bisturí del No. 15.
- Terminales de aspiración y sistemas de irrigación, espejos.
- Separadores tipo Lagenbeck, mango de bisturí tipo Bard-Parker.
- Sindesmotomos y depegadores, Piezas de mano (alta y baja velocidad).
- Fresas redondas de acero y de tungsteno No. 5,8 y de fisura No. 11.
- Limas de hueso, curetas, pinzas de mosco, elevadores rectos tipo Winter, pinzas tipo Crille, pinzas de disección.
- Porta agujas y material de sutura.
- Pinzas de campo.
- Fórceps de bayoneta y de boca estrecha.

Operación. Podrá iniciarse con la infiltración entre el mucoperiostio y el lecho óseo con suero fisiológico o solución anestésica con objeto de favorecer su despegamiento ulterior.

Incisión. La incisión que se usa con más frecuencia es la preconizada por Hoprinson y Gerard Maurel que consiste en seguir el surco gingival palatino del primer molar de un lado hasta el del lado contrario en el caso de retención bilateral; en retenciones unilaterales,

bastará con realizar la incisión sobre la hemiarcada correspondiente o incluso sobrepasarla en uno o dos dientes hacia el lado contrario. Con ésta incisión restringida a la hemiarcada se puede respetar el pedículo vâsculo-nervioso-naso-palatino si no es un hecho que deba preocupar en exceso ya que, si es necesario y en aras de una mejor exodoncia, debe de ser sacrificado.

Desprendimiento del colgajo. Se comienza con la sindesmotomía y se continúa deslizando un despegador romo sobre la superficie ósea. Este despegamiento no debe lesionar el perostio ni los pedículos vâsculo nerviosos palatinos; para ello, se empezará por la parte más posterior, que es más fácil de despegar, para ir deslizando sucesivamente el despegador hacia adelante y hacia la línea media. El colgajo así levantado se mantendrá separado mediante puntos tractores que pueden anudarse a un molar contralateral, en el caso de abordaje unilateral o mediante suspensión de los mismos de una pinza de forcipresión en el caso de que se levante un colgajo bilateral con sacrificio del pedículo anterior.

Ostectomía y extracción. Si el canino está en retención submucosa, sólo con levantar el colgajo podremos ver la corona total o parcialmente; en este caso, se expone la totalidad de la corona y el tercio cervical de la raíz, con una cucharilla o bien fresando. Hay que tener siempre presente que la ostectomía debe ser suficiente, no sólo para exponer la corona dentaria, sino también para eliminar la resistencia y

permitir la aplicación del elevador o las ramas del fórceps; todo ello preservando a los dientes vecinos. Al retirar hueso hasta exponer por completo la corona del diente se debe de tener cuidado con las raíces de los dientes adyacentes. Luego se excava un surco en el hueso del lado mesial de la corona para poder introducir por debajo un elevador y se luxa el diente de su cavidad alveolar. Una vez que la corona emerge lo suficiente, se utiliza un fórceps para extraerlo y se retira. En muchos casos hay que hacer cierto grado de torsión para desprender el ápice curvo de la raíz. Si la corona del diente no se puede liberar con la facilidad sin hacer peligrar los dientes incisivos, o si la raíz penetra en el paladar en un plano horizontal, suele estar indicada la odontosección. El diente se secciona transversalmente a nivel del cuello con una fresa de fisura de manera que al mismo tiempo se produzca un espacio entre la corona y el diente. Esto se consigue mejor cortando por completo a través de la raíz con una fresa de ranura cruzada bastante grande. Una vez completada la odontosección, se inserta el elevador apropiado por dentro de la corona o en el espacio comprendido entre la corona y la raíz, para desalojarla y retirarla.

Ahora se eleva la raíz en el espacio que ha dejado libre la corona. La raíz puede ceder con mayor facilidad a la extracción si el elevador se inserta en un pequeño orificio perforando en ella justo en el borde del hueso que la cubre. Este orificio debe estar lo más lejos posible en el lado cóncavo de la raíz. Como fulero se usa el borde del hueso y el elevador se torsiona con el fórceps para raíces y extraer por completo. Si no se puede

luxar la raíz por este método, habrá que retirar el hueso que cubre la raíz del diente en una extensión mayor y perforar un orificio más cerca del ápice.(7)

En la extracción de la raíz, hay un amplio espacio para dirigir la raíz hacia la cavidad ósea vecina. Es más sencilla y exitosa ésta maniobra, que tratar de luxar la raíz a expensas de la elasticidad de la porción ósea del paladar que la cubre. Esta elasticidad se puede considerar de valor cero. Cuando la osteoestructura es escasa, puede luxarse la raíz introduciendo el mismo elevador delgado que se usó para la corona, entre la pared radicular que mira hacia la línea media y el hueso adyacente y dirigiendo la raíz hacia abajo y hacia la línea media.

En otras condiciones es útil practicar, con una fresa redonda, un orificio en la bóveda ósea palatina que llegue hasta la raíz. Introduciendo por ésta perforación un elevador fino o un instrumento sólido y se dirige la raíz hacia el espacio vacío. También puede practicarse como aconseja Codswell, con una fresa redonda, un orificio en la raíz, en el cual se introduce el elevador llevando la raíz hacia adelante.(4)

Tratamiento de la cavidad ósea. Extraído el diente canino, debe inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea y extraer las esquirlas de hueso o de diente que puedan quedar y eliminar el saco pericoronario del diente retenido; éste se extirpa con una cucharilla filosa. La omisión de

ésta medida puede traer trastornos infecciosos y tumorales (Cahn). Por último se comprueba que no haya sangrado.

Sutura. Es un tiempo importante e imprescindible a nuestro juicio. El colgajo se vuelve a su sitio, readaptándolo perfectamente, de manera que las papilas interdentarias vuelvan y ocupen su normal ubicación.

Una vez abatido el colgajo, se suturan los bordes de la herida con puntos sueltos iniciándola por la papila interincisiva central y anudando los nudos sobre la cara vestibular. A veces existe dificultad para poder anudar estos puntos pues el contacto interdentario es muy grande y no permite el paso de la seda de 3/0; en este caso optamos por los puntos en *U*. Al finalizar la sutura, se debe tomar la precaución de comprimir con una gasa sobre el paladar durante unos minutos, con el objeto de conseguir una perfecta adaptación del colgajo y eliminar la sangre acumulada entre el colgajo y el lecho óseo.

3.2.-Técnica Quirúrgica para la extracción de los caninos superiores retenidos en posición vestibular.

Los caninos que están en situación labial suelen erupcionar espontáneamente o se pueden exponer quirúrgicamente para que después el ortodoncista los lleve a su posición correcta. En personas mayores y en pacientes que no desean que se les ensanche el arco para crear el espacio

necesario, para llevar el diente a su posición: puede ser que se deba realizar una odontectomía.

Anestesia. En esta intervención se puede resolver con anestesia loco-regional que comprenderá una anestesia infiltrativa periapical, o bien del nervio infraorbitario, y la anestesia del nervio naso-palatino. A veces es necesario realizar la anestesia de la mucosa nasal anterior valiéndose de una torunda de algodón empapada de xilocaína al 3% que se coloca a nivel del suelo de la fosa nasal.

Posición. Se colocará el paciente semisentado y con la cabeza ligeramente rotada hacia el lado del operador, con la arcada superior a la altura de su hombro. El cirujano se situará por delante y a la derecha del paciente.

Instrumental. Similar al utilizado para la situación palatina.

Incisión. La diéresis estará persistida por la situación alta o baja del canino y si es bilateral o unilateral. En este caso de la situación alta, se puede hacer el abordaje mediante una incisión semilunar (incisión de Partschi) paramedial, por encima de la línea mucogingival y que se extienda en anchura desde el distal del incisivo central hasta mesial del segundo premolar. Si es bilateral, se extenderá del premolar de un lado hasta el otro valiéndose para ello de una incisión que no seccione transversalmente el frenillo, sino que lo respete. En el caso de situación

baja, la incisión angular (de Newman o Wasmund) con descarga distal es la más recomendable, ya que proporciona un fácil acceso y buena visibilidad. (3)

Despegamiento del colgajo. En este caso, y cuando el canino está en posición alta, se debe de tener precaución con el nervio infraorbitario al deslizar y despegar sobre el hueso para levantar el colgajo mucoperióstico.

Ostectomía y extracción. En estos casos, la cortical vestibular enormemente adelgazada por lo que es previsible que en la mayoría de los casos el acceso al diente se consiga fácilmente quitando el opérculo óseo con el propio sindemostomo o con una simple cucharilla de Lucas o Black, si esto no es posible, se recurrirá a los instrumentos rotatorios, para hacer posible su extracción, es necesario seccionarlos. La odontosección se realiza con una fresa de fisura delgada. El diente retenido se corta a nivel del cuello; la corona se extrae con un elevador recto o angular (12 de Winter). En el espacio creado por la corona extraída se proyecta la porción radicular. La raíz movilizada en dirección de su eje mayor, con elevadores, o se practica un orificio en la raíz con una fresa redonda, en el cual se introduce un instrumento delgado, con el que se desplaza.

Tratamiento de la cavidad ósea. Se inspecciona la cavidad ósea, se extirpa el saco pericoronario y los restos óseos o dentarios.

Sutura. Dos o tres puntos de sutura con seda completan la operación, después de reposicionar el colgajo en su sitio.

3.3.-Extracción Quirúrgica de los caninos superiores en posición intermedia.

Los caninos que están en posición intermedia suelen ser más fáciles de extraer que los que están en una situación puramente vestibular o palatina, pero a veces hay que hacer el abordaje en la encía en ambos lados de la apófisis alveolar para obtener el mejor acceso.

Las incisiones se diseñan de acuerdo con la localización del diente. Si la corona no está retenida entre el incisivo lateral y el primer premolar, a veces se puede extraer el diente con el fórceps o con el elevador. La incisión debe de incluir la encía marginal, de modo que no se traumatice al aplicar el instrumento. Si el canino está retenido entre los dientes adyacentes, habrá que realizar una odontosección a nivel de la corona para poder retirarlo; posteriormente se hará una cuña o muesca y con la punta del elevador tratar de luxar la raíz y extraerla de su lecho. Si se presenta retención se seccionará la raíz las veces que sean necesario y se extraerá cada una de las partes. Hecha la extracción de la raíz, procederemos a hacer la extracción de la corona, que se encuentra en la región palatina tal sea el caso, se hará la osteotomía y con un instrumento fino se empujará la corona a través de la abertura vestibular. Si presenta

retención trataremos de sacarlo por la región palatina. Si se ha retenido el camino temporario, su extracción permitirá localizar la corona del diente permanente en la cavidad y facilitar su extracción.

Después se limpia y lava la cavidad con suero fisiológico. Se adosan los colgajos levantados de ambas regiones y se sutura con seda 3-0, con puntos separados.

3.4.-Extracción Quirúrgica de los caninos superiores en un desdentado.

La vía de elección para la extracción de caninos en maxilares sin dientes, es la vestibular. La ausencia de dientes facilita el problema. Practicamente, todos los casos pueden resolverse por ésta vía, a no ser que estén situados muy profundamente, lejos de la tabla externa y próximos a la bóveda. Para estos últimos, el camino más corto es la extracción por vía palatina. La incisión recomendada es la de Newman; se levanta el colgajo y se realiza la osteotomía. La extracción se hará seccionando el diente y haciendo el corte en el cuello cervical, se luxará la corona y se extraerá, posteriormente se hará una muesca en la raíz para ayudar a sacarla de su lecho. Para la extracción de caninos retenidos en la proximidad de la arcada, deben preverse los riesgos de fractura de porciones en la tabla vestibular, lo cual acarrearía trastornos posteriores desde el punto de vista protético. Es preferible seccionar el diente, que el

ejercer prestaciones peligrosas. Se limpiará perfectamente retrando esquirlas óseas de la cavidad y procederemos a suturar.(4) (5)

3.5.-Extracción Quirúrgica de los caninos inferiores en posición vestibular.

Anestesia. Los caninos inferiores retenidos pueden ser operados con anestesia regional de el dentario inferior y local, o con anestesia general.

Incisión. La incisión puede ser en arco de Partschi, sin llegar al borde gingival, prevee un colgajo suficiente. Puede también realizarse la incisión a expensas del borde libre, preparando un colgajo, trazando una incisión vertical y desprendiendo la encía de los cuellos dentarios, o semi-Newman. De esta manera corren menor riesgo de ser traumatizadas durante las maniobras quirúrgicas las franjas gingivales entre el borde libre y la incisión, adaptado correctamente el colgajo, sin dejar huellas.

Desprendimiento de los colgajos. Con una legra fina, con el periostótomo, o con la espátula de Freer se desciende el colgajo mucoperiostico que se sostiene con un separador romo.

Ostectomía. Puede realizarse con el escoplo, o con fresas redondas del No. 8.

Extracción. Para facilitar la extracción se realizará utilizando el método de odontosección, cortando el diente a nivel del cuello cervical y se procederá a rescatar la corona. Las porciones seccionadas se extraerán por separado. Para hacer la extracción de la raíz, será necesario practicar en el hueso a la altura del tercio medio de la raíz, un orificio donde pueda entrar el instrumento fino para poder así elevar la raíz hacia la ventana ósea y poder expulsarla.

Sutura. Se puede realizar con seda, cadgut o nylon, con puntos aislados.

3.6.-Extracción Quirúrgica de los caninos inferiores en posición lingual.

Tal posición es relativamente rara. La intervención puede realizarse por vía vestibular, cuando exista espacio entre los dientes vecinos. La extracción por el lado lingual es más laboriosa por las dificultades del acceso inherentes a la ubicación y visibilidad a este nivel. Por eso es preferible, aún a riesgo de sacrificar dientes, elegir la vía vestibular.

El método de la odontosección disminuye los riesgos de las lesiones sobre los dientes vecinos y presión o fuerza excesiva que pueden comprometer la integridad del maxilar. Aquí también la vía de menor

resistencia y el control de la fuerza deben dirigir el acto operatorio, como en el maxilar superior, una forma de presentación de los caninos inferiores retenidos que se denominó transalveolares a los superiores y que pueden llamarse así o vestibulolinguales a los inferiores. En éstos, la raíz o parte de ella se encuentran en el lado vestibular y la corona en el lado lingual.

3.7.-Extracción Quirúrgica del canino inferior en un desdentado.

Independientemente de su situación, vestibular, intermedia o palatina, la incisión se efectuará de modo preferente sobre la cresta alveolar con o sin incisiones de descarga. Es mucho menos frecuente que la de los superiores y es mejor tolerada, por lo general. Las causas etiológicas que se invocan son la formación de quistes dentíferos y la anquilosis.

Incisión. La incisión angular es la de preferencia; el tramo horizontal de está incisión llega hasta las proximidades del borde libre y el vertical, se traza un en el ángulo recto con el primero. La incisión de Newman también provee un útil y eficaz colgajo. En el acceso a la zona de localización del diente, deberá tenerse siempre presente el pedículo vasculo-nervioso-mentoniano. Si el diente está en posición baja, la incisión se practicará por debajo de la línea mucó-gingival.

Ostectomía. La ostectomía se prefiere haciendo el acceso por vestibular en casi todos los casos; de ahí que en las desviaciones linguales

haya que trepanar un espesor de hueso suficiente para poner al descubrimiento la corona dentaria. Otro hecho destacable es que en casi todos los casos de retención del canino inferior está indicada la sección dentaria, tomando en cuenta de que la estructura ósea de la mandíbula en ésta región es muy compacta y por lo tanto poco elástica. lo que produce la fractura del diente al intentar luxarla. La extracción se efectúa utilizando el método de odontosección, ya que si se quiere extraer de una sola intención se corre el riesgo de romper o fracturar la lamina ósea. Después de limpiar y de lavar la cavidad se pondrán puntos de sutura que sean necesarios.(8)

CAPÍTULO IV

4.1.-MANEJO POSTOPERATORIO.

La herida suele curar sin novedades cuando se ha hecho un cuidadoso debridamiento y cierre de las incisiones. En el postoperatorio es conveniente tomar una radiografía, no sólo para comprobar que la intervención fue satisfactoria, sino también es necesaria una imagen clara de las raíces de los dientes vecinos a la operación, especialmente en las zonas cubiertas por la corona. 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 no son necesarios los antibióticos si no hay infección o no se ha entrado en el seno maxilar ni en la cavidad nasal. Prescribese una medicación de analgésico e inflamatorios.

4.1.-COMPLICACIONES

Durante la extracción de caninos en posición palatina pueden ocurrir a veces dos complicaciones. La primera es que se afloje un diente adyacente por el uso intempestivo de los elevadores. A menos que tales dientes se luxen tanto como para que su aporte sanguíneo se interrumpa, o que conserven su vitalidad y recuperen su firmeza sin tratamiento adicional, en caso de que no ocurra contacto excesivo durante la

masticación. Si ocurre contacto excesivo habrá que acortar el diente inferior opuesto y a veces también el superior para evitar un traumatismo oclusal. Si el diente está demasiado flojo, hay que fijarlo con dientes adyacentes. El aflojamiento de los dientes adyacentes se evita presionando con el dedo en su superficie externa mientras se manipula la retención. También puede perforarse el seno maxilar o la cavidad nasal. Esto no reviste importancia si no se introduce una infección porque el colgajo mucoperiosteico habrá de cerrar la perforación y evitar que se forme una fístula.(4)

Los accidentes que se provocan por la extracción de los caninos retenidos son los siguientes:

- a) Fractura o luxación de los dientes vecinos.
- b) Fractura del instrumental empleado durante la extracción.
- c) Desgarros de la mucosa palatina.
- d) Comunicación con el piso nasal.
- e) Lesión de troncos nerviosos.
- f) Hemorragia.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES.

En el tratamiento de los caninos retenidos la gran controversia, es la ubicación y localización dentro de los maxilares. Por lo que el Cirujano Dentista debe de apoyarse en el estudio radiográfico, para poder llevar con éxito su eliminación.

La extracción quirúrgica debe de estar siempre indicada cuando ya se ha detectado, y está causando alteraciones en la misma oclusión, en la cual, se debe de intervenir lo antes posible para evitar trastornos más severos por el mismo principio de que todo diente retenido es un quiste en potencia..

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Ries Centeno Guillermo. A. Cirugía bucal, edit. El Ateneo. Novena edición., México 1990.
- 2.-Laskin Daniel M. Cirugía Bucal y Maxilofacial, edit. Médica Panamericana. Cuarta edición. Buenos Aires. 1987
- 3.-López Arranz J. S. Cirugía Oral, edit. Interamericana, Mc.Graw Hill. Primera edición. Madrid. 1991.
- 4.-Howe Geoffrey L. Cirugía Bucal Menor, edit. El Manual Moderno. Tercera edición. México. 1987.
- 5.-Castillejo V. Víctor Hugo. Cirugía Bucal y Maxilofacial, edit. Tredex. Primera edición. México. 1990.
- 6.-Raspall Guillermo. Cirugía Oral, edit. Médica Panamericana. Primera edición. 1990.
- 7.-Kruger Gustavo. Tratado de Cirugía Bucal, edit. Interamericana. Segunda edición. México. 1978.
- 8.-Sheldon Peck, Leena Peck, Matti Kataja. The Angle Orthodontist. 64 (4) 249-56. The palatally displaced canine as a dental anomaly of genetic origin. Boston. 1994.
- 9.-Heather Wolost, Jon Artur. The Angle Orthodontist. 64 (4) 257-64. Pulpal and periodontal reactions to orthodontic alignment of palatally impacted canines. Washington, 1993.