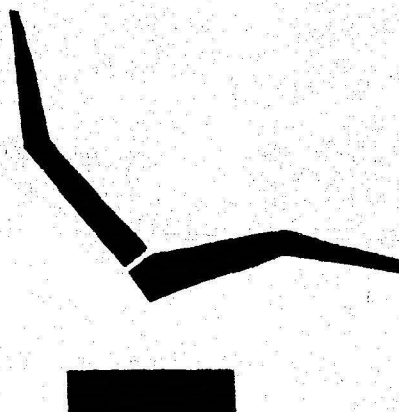


14  
955



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CANINOS INCLUIDOS



T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A  
FLOR ELVIA SANCHEZ RIVERO  
MEXICO, D. F. 1979

*C. D. Gustavo Humberto Domínguez Ramos*



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

# INDICE

## INTRODUCCION.

Capitulo		Página
I.	GENERALIDADES DE INCLUSION .....	1
	1. Definición.	
	2. Etiología:	
	a) Locales.	
	b) Generales.	
	3. Clasificación.	
	4. Subclasificación.	
II.	CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS ..	10
	1. Superiores.	
	2. Inferiores.	
III.	ANATOMIA QUE INTERFIERE .....	15
	1. Macizo Facial:	
	a) Cráneo.	
	b) Cara.	
	2. Regiones Anatomicas:	
	a) Palatina.	
	b) Gingivodentaria.	

c) De la Fosa Pterigomaxilar.

d) De la Fosa Cigomática.

e) Glososuprahioidea.

f) Geniana.

g) Maseterina.

h) Mentoniana.

i) Labial.

IV. EXTRACCION DE CANINOS INCLUIDOS ..... 43

SUPERIORES,

1. Indicaciones.

2. Contraindicaciones.

3. Tecnicas de Anestesia:

a) Topica.

b) Local: Subperiostica. Supraperiostica.

c) Regional: Infraorbitaria. Palatinas.

d) General.

4. Tecnicas quirurgicas:

a) Vía Palatina.

b) Vía Vestibular.

c) Para Maxilares Desdentados.



V. EXTRACCION DE CANINOS INCLUIDOS ..... 75

INFERIORES.

1.Indicaciones.

2.Contraindicaciones.

3.Tecnicas de anestesia:

a)Topica.

b)Local.

c)Regional: Mentoniana, Dentario Inferior.

d)General.

4.Tecnicas quirurgicas:

a)Vía Vestibular.

b)Vía Lingual.

c)Para Desdentados.

VI. PASOS DE UNA CIRUGIA DE CANINOS ..... 82

INCLUIDOS.

1.Historia Clinica.

2.Exámenes de Laboratorio.

3.Estudio Radiografico.

4.Elección,esterilización,colocación

del instrumental y material.

- 5. Preparación del personal quirúrgico.
- 6. Preparación del paciente y campo operatorio.
- 7. Anestesia.
- 8. Operación:
  - a) Incisión.
  - b) Desprendimiento del colgajo.
  - c) Hemostasis.
  - d) Osteotomía.
  - e) Extracción propiamente dicha.
  - f) Tratamiento de la cavidad.
  - g) Sutura (almohadilla).
  - h) Posoperatorio.

VII.	PATOLOGIA ORIGINADA POR CANINOS .....	126
	INCLUIDOS.	
	1. Infecciosos.	
	2. Nerviosos.	
	3. Mecánicos.	
	4. Tumoriales.	
	CONCLUSIONES .....	134
	BIBLIOGRAFIA .....	143

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

El conocer la importancia que tiene todos y cada uno de los dientes que forman el aparato dentario, su determina da función masticación, desgarrar y corte, aunadas a las patologías que lo pueden dañar directa e indirectamente me motivaron a estudiar más a fondo una de estas que es a semejanza el impedir el nacimiento, una INCLUSION.

Un diente considerado como parte de un todo y que cualquier transtorno daña no nadamás a este sino al todo.

Estas patologías o traumatismos son originados por cualquier alteración o enfermedad que adquiere nuestro organismo en todo el transcurso de la vida, sin olvidar también la vida intrauterina.

Cualquier transtorno que presenta el aparato dentario --reune todo el concepto de enfermedad " estado de desequi librio tanto físico, mental y social ".

Ya que los dientes son la base de la estética, la valoración de los alimentos, el funcionamiento normal del cuerpo y la sonrisa valor excrusivo del ser humano representa la salud y alegría.

C A P I T U L O I .

G E N E R A L I D A D E S

D E

I N C L U S I O N

## CAPITULO I.

## DEFINICION :

Se le denominan dientes retenidos o incluidos.

Analizando las dos expresiones diremos que:

**INCLUSION:** Es la acción de encerrar o comprender una cosa dentro de otra.

**RETENCION:** Es suspender total o parcialmente una acción. Es la suspensión de algo dinámico como es la -erupción dentaria, que es un proceso vital.

A partir de esto:

Se le considera cuando un diente ha pasado su etapa de -erupción y por algún obstáculo se ha visto interrumpida la misma quedando encerrado el diente o dientes íntegros dentro de los maxilares.

## **ETIOLOGIA :**

Las causas por las cuales el diente o dientes no hacen erupción se clasifican en: LOCALES y GENERALES.

### **LOCALES :**

#### **A) MALA ANGULACION DE LA SALIDA DEL GERMEN.**

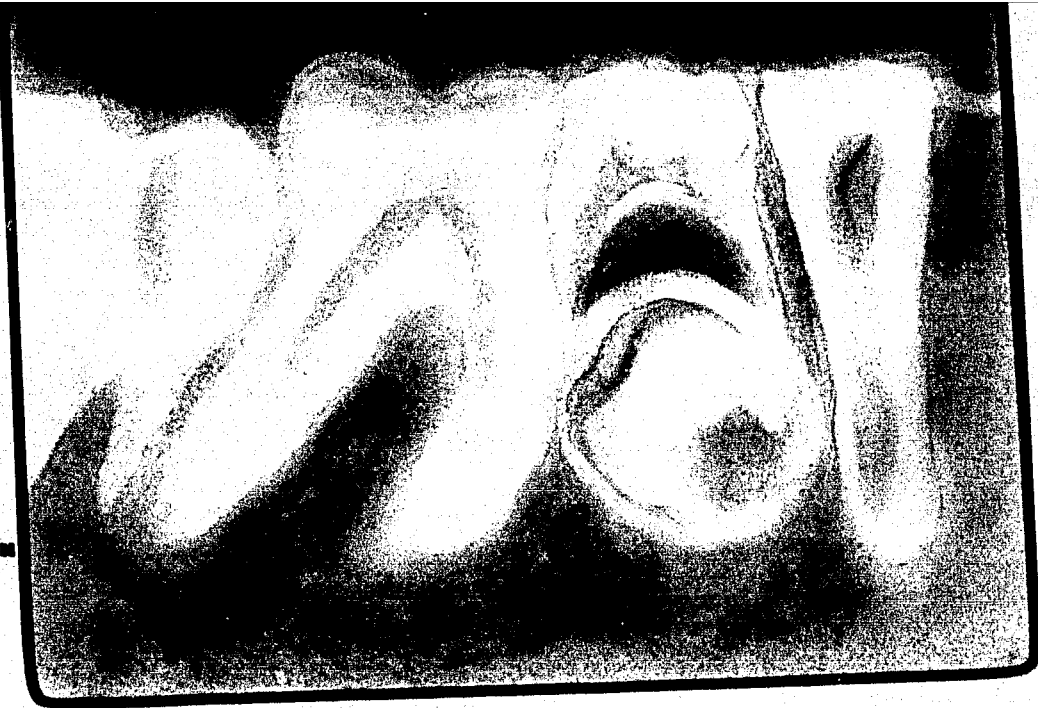
Cuando un diente empieza a erupcionar hace contacto -- con un diente vecino y sus raices no logran colocarlo en un eje ideal que pueda erupcionar normalmente.

#### **B) FALTA DE ESPACIO.**

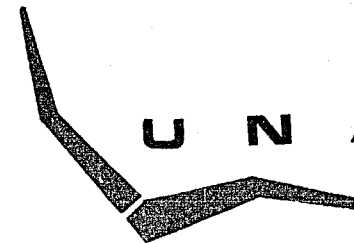
Esta puede ser originada por varios factores como son: Maxilar de dimensiones reducidas, perdida prematura de dientes temporales o primarios.

Como sucede en el caso del canino superior que su germen esta situado arriba de la fosa canina y una vez -- que esta calcificaco para ir a ocupar su lugar en la -- arcada se ve impedido por el lateral y primer premolar que ya han erupcionado.

MALA ANGULACION DE LA SALIDA DEL GERME



FALTA DE ESPACIO



ODONTOLOGIA  
ALUMNA FLOR ELVIA SANCHEZ RIVERO

**C) MEMBRANA DEL GERMEN MUY DENSA.**

El germen se encuentra imposibilitado para romper la membrana que lo cubre y queda encerrado en ella, produciendo así una inclusión.

**D) TABLA CORTICAL ÓSEA MUY DENSA O COMPACTA.**

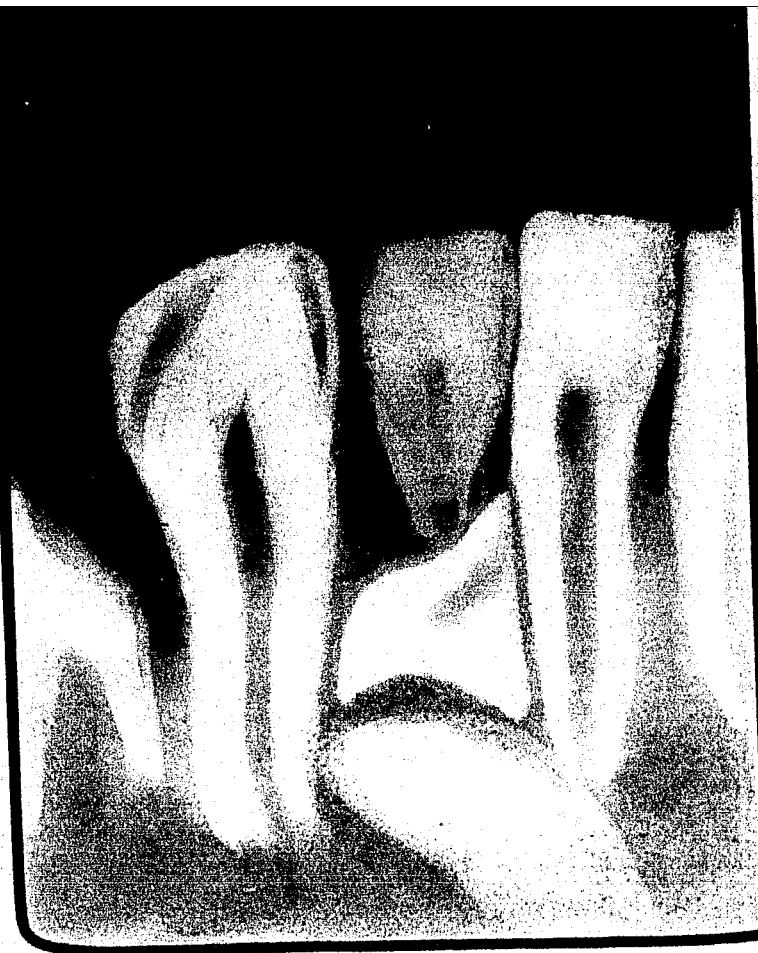
Al presentarse la tabla ósea muy sólida, el germen dental no puede ser vencida por las fuerzas que realiza durante el trabajo de erupción.

**E) FACTORES PATOLÓGICOS.**

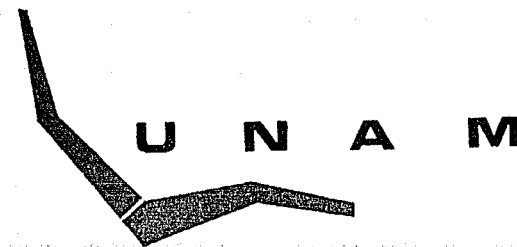
Entre los que podremos encontrar: Dientes supernumerarios, tumores odontogénicos.



**TUMORES ODONTOGENICOS  
( ODONTOMA )**



**DIENTES SUPERNUMERARIOS**



**ODONTOLOGIA**

**FLOR ELVIA SANCHEZ RIVERO**

## GENERALES :

No son debidas muchas veces a problemas fisicos y quimicos sino patologicos. Estas pueden ser:

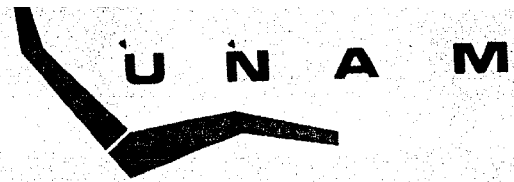
### A) POSNATALES.

Sifilis, eritroblastosis, talasemia (anemia de Cooley) -- anemia drepanocitica (presencia de hemoglobina S), la raza también influye ya que en la negra es menos frecuente la presencia de inclusiones.

### B) POSNATALES.

Entre las que podemos mencionar: Enfermedades adquiridas (mala nutrición, sifilis, disostosis craneofacial (Enfermedad de Crouzon), disostosis cleidocraneal (Enfermedad de Sainton), raquitismo, algunas variaciones o variantes de tipo endocrino como: Hipertiroidismo, Hipotiroidismo (Cretinismo en la niñez), Diabetes.

Desequilibrio de tensión de la musculatura externa e interna en las arcadas dentarias que es producida por malos habitos entre los que encontramos: morder la lengua y hacer presión con ella: chuparse el dedo. Estos habitos son capaces de perturbar el crecimiento y desarrollo de los maxilares y provocar la desviación de los dientes existentes.



ODONTOLOGIA

FLOR ELVIA SANCHEZ RIVERO



**HIPERTIROIDISMO**

La region estaba tumefacta y dolorosa  
presente desde año y medio



**DISOSTOSIS**

**CLEIDOCRANEAL**

Cierre tardio de las fontanelas y  
suturas craneanas

## CLASIFICACION :

En general las inclusiones son de dos tipos:

**INTRAOSEA:** El diente está rodeado de tejido óseo.

**SUBGINGIVAL:** El diente está cubierto por la mucosa gingival.

Las inclusiones se clasifican de acuerdo a el diente incluido y seran:

- 1) TERCEROS MOLARES INFERIORES.
- 2) TERCEROS MOLARES SUPERIORES.
- 3) CANINOS SUPERIORES.
- 4) CANINOS INFERIORES.
- 5) PRIMER PREMOLAR SUPERIOR E INFERIOR.
- 6) LATERAL Y CENTRAL SUPERIOR.

## SUBCLASIFICACION:

### TERCEROS MOLARES INFERIORES:

Ia. Cuando el molar incluido está en forma vertical:

Se toma como guía el diámetro existente entre el segundo molar a la rama ascendente.

1a. Cuando el diámetro existente entre el segundo molar y la rama ascendente es mayor que la corona del molar incluido.

2a. Cuando el diámetro entre el segundo molar y la rama ascendente es menor que el diámetro total de la corona del molar incluido.

3a. Cuando parte o totalidad del molar incluido se encuentra en la rama ascendente.

IIa. Cuando el molar incluido está en posición horizontal y se toma como referencia la línea oclusal y la línea cervical.

1a. Es cuando el molar incluido se encuentra por encima o a la altura del plano oclusal.

2a. Cuando el molar incluido se encuentra por abajo del plano oclusal.

3a. Cuando el molar está por debajo del plano cervical.

IIIa. Es de acuerdo al eje longitudinal del segundo molar

1a. En posición vertical.

2a. En posición horizontal.

3a. Cuando el eje del molar incluido se encuentra --  
perpendicular al eje longitudinal del segundo mo-  
lar.

4. Cuando el eje longitudinal del molar incluido for-  
ma un ángulo variable con respecto al eje longitu-  
dinal del segundo molar, siendo estos ángulos:

A) Mecioangular.

B) Distoangular.

C) Bucoangular.

D) Linguangular.

IVa. El molar incluido está invertido o sea las raíces -  
están dirigidas hacia oclusal.

Va. De acuerdo al plano dentario inferior.

VIa. Casos raros como implantados en el condilo.

TERCEROS MOLARES SUPERIORES:

Exactamente seran la IIa. y IIIa. clasificación de los -  
inferiores, quedando:

Ia. sera la IIa. de los inferiores.

IIa. sera la IIIa. de los inferiores.

IIIa. Con respecto a la sercania con el seno maxilar.

CANINOS SUPERIORES:

Ia. Con respecto a la linea media del paladar:

1a. Vertical.

2a. Horizontal.

3a. Angulo variable.

CANINOS INFERIORES:

Ia. Por bucal:

1a. Vertical.

2a. Horizontal.

3a. Angulo variable.

IIa. Por vestibular y casi siempre vertical.



PRIMER PREMOLAR SUPERIOR E INFERIOR:

Ia. Por palatino:

1a. Vertical.

2a. En alguna posición angular.

3a. Cuando es horizontal se encuentra por debajo de su homólogo.

LATERAL Y CENTRAL SUPERIOR:

No hay clasificación exacta. Una es Cervico facial.



C A P I T U L O I I .

C L A S I F I C A C I O N

D E

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

## CAPITULO II.

Los caninos se clasifican de acuerdo a:

1.-La posición que presentan en el maxilar, pueden ser:

Palatino o vestibular, Lingual o bucal.

2.-Al número de dientes incluidos y tenemos:

Unilateral, Bilateral y Mixtas.

3.-En maxilares dentados y desdentados.

Teniendo como base lo anterior se dan a conocer las siguientes clasificaciones:

## CLASIFICACION DE CANINOS

## SUPERIORES:

## CLASE I: MAXILAR DENTADO INCLUSION UNILATERAL:

Ia:Diente ubicado por palatino.

1a. Serca de la arcada dentaria.

2a. Lejos de la arcada dentaria.

IIa:Diente ubicado por vestibular.

IIIa:Diente ubicado por vestibulo palatino.

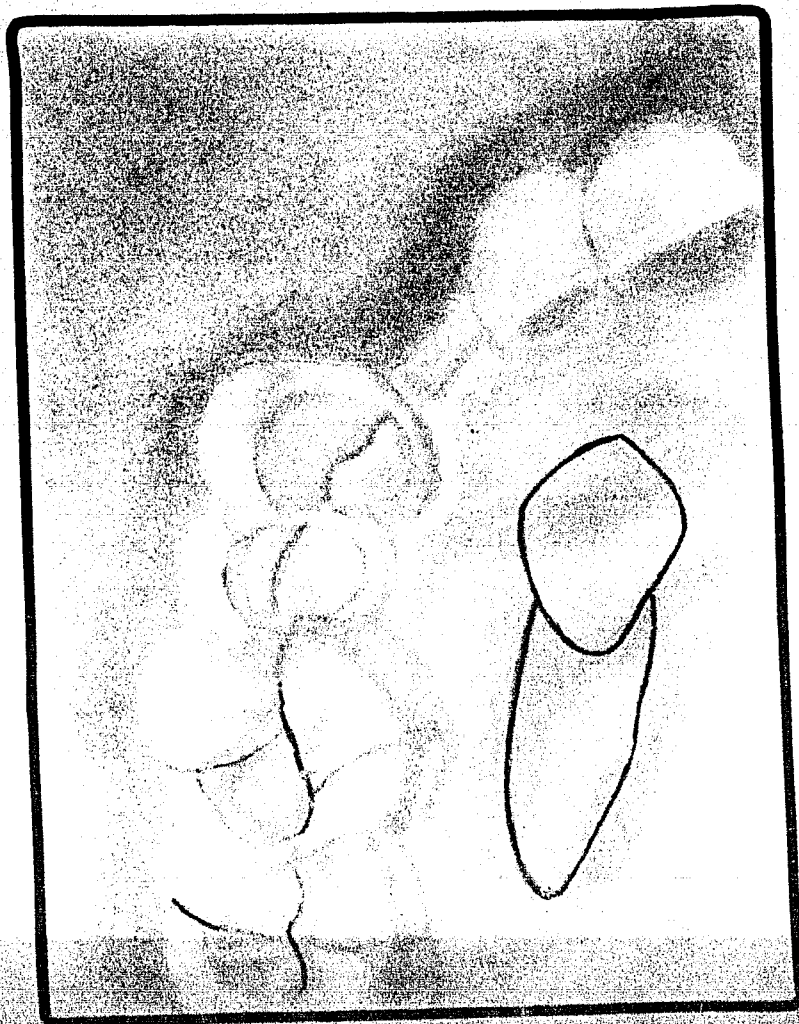
( Transalveolar )

1a. Corona y raíz hacia vestibular.

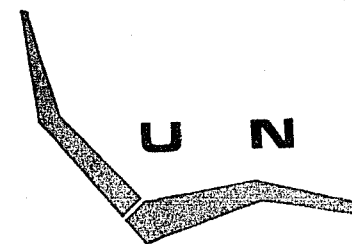
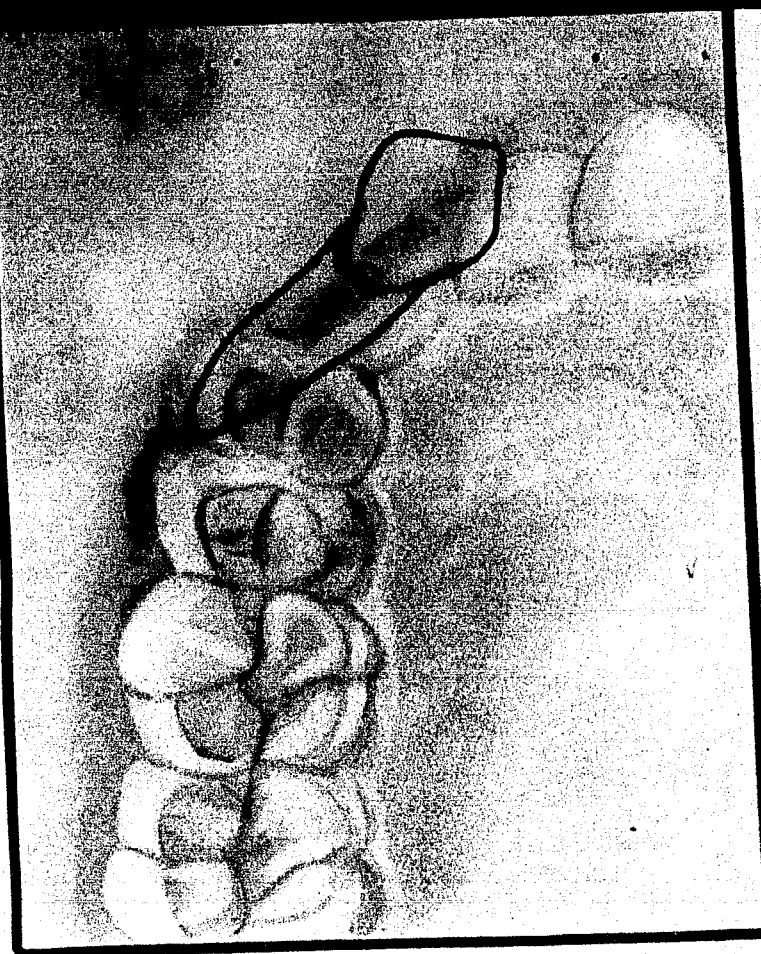
IVa:Diente ubicado por palatovestibular.

1a. Corona y raíz por palatino.

**CAMINO EN RETENCION VESTIBULAR**



**CAMINO EN RETENCION PALATINA**



**ODONTOLOGIA**

**FLOR ELVIA SANCHEZ RIVERO**

**CLASE II: MAXILAR DENTADO INCLUSION BILATERAL:**

Ia:Dientes ubicados hacia palatino.

IIa:Dientes ubicados hacia vestibular.

IIIa:Dientes ubicados hacia vestibulopalatino.

IVa:Dientes ubicados hacia palatovestibular.

**CLASE III: MAXILAR DESDENTADO INCLUSION UNILATERAL:**

Ia:Diente ubicado por palatino.

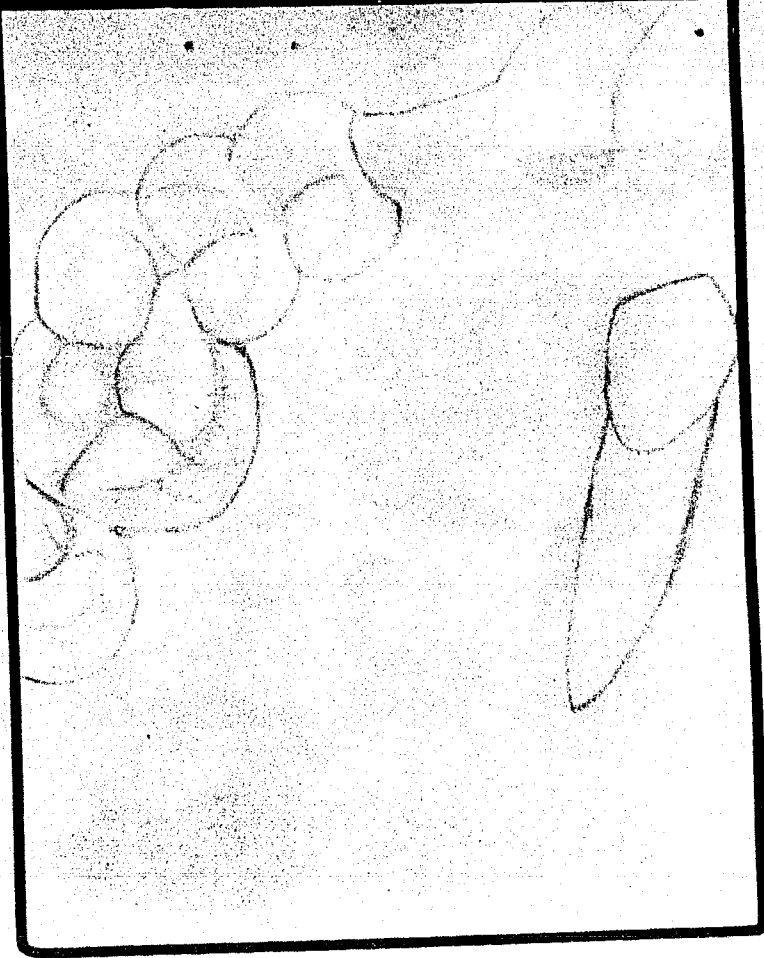
IIa:Diente ubicado por vestibular.

**CLASE IV: MAXILAR DESDENTADO INCLUSION BILATERAL:**

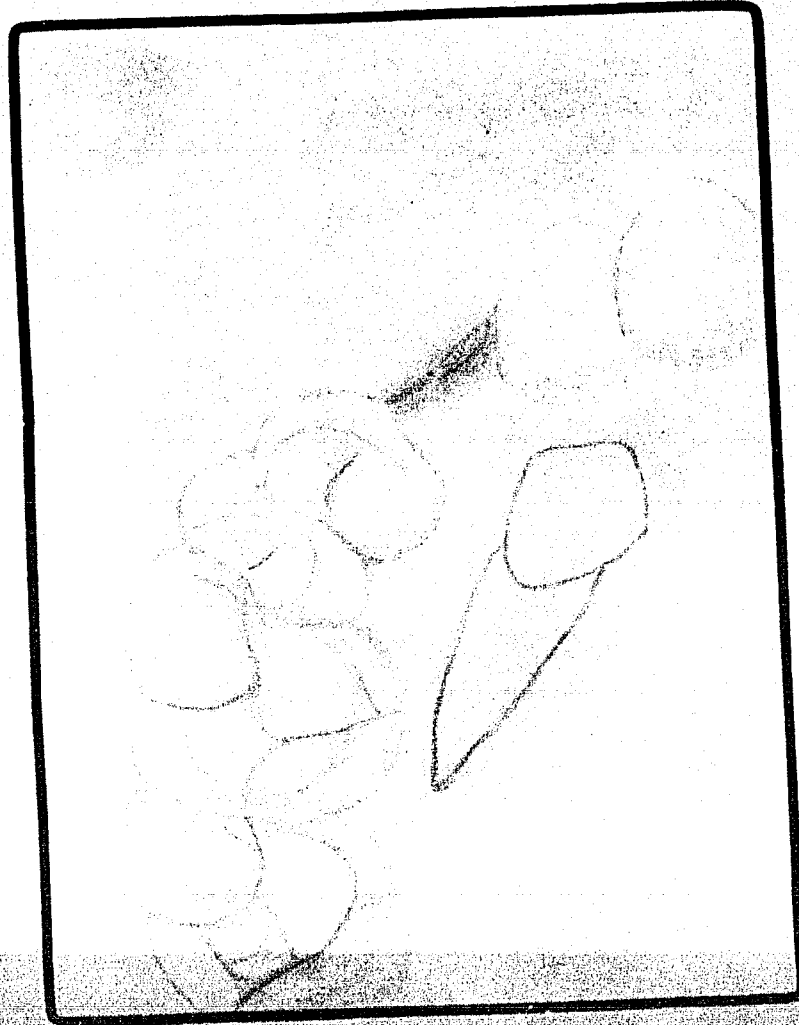
Ia.Dientes ubicados por palatino.

IIa:Dientes ubicados por vestibular.

CANINO LEJOS DE LA ARCADA



CANINO CERCA DE LA ARCADA



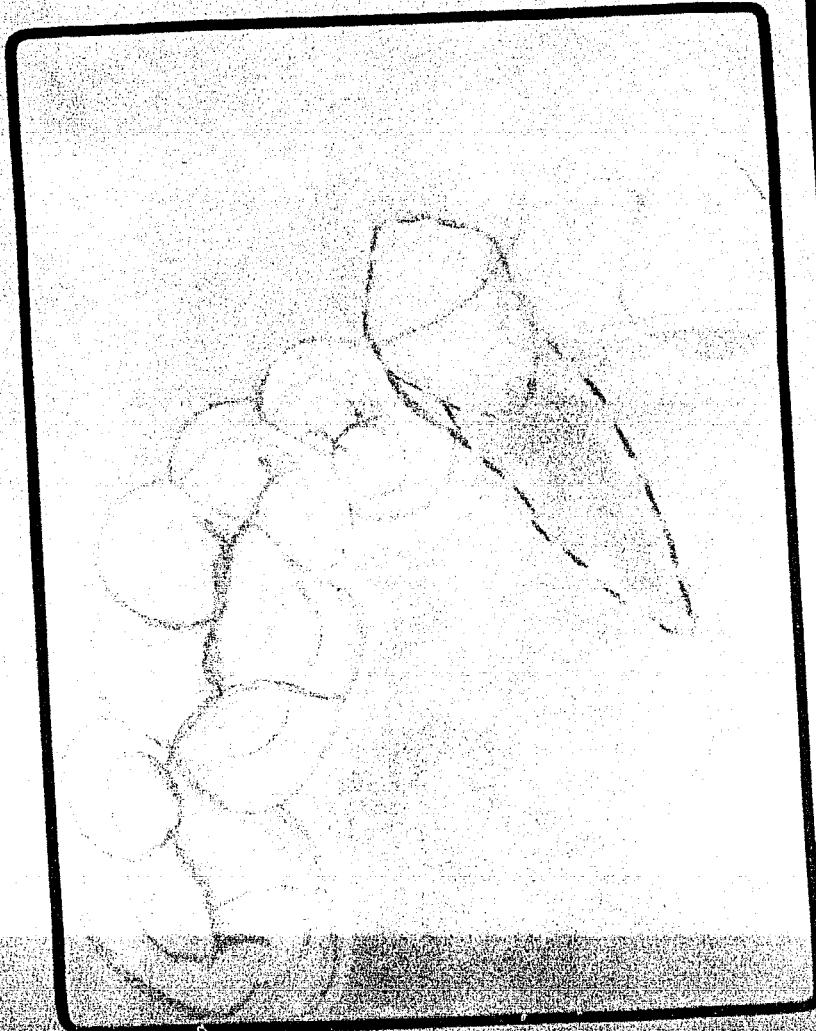
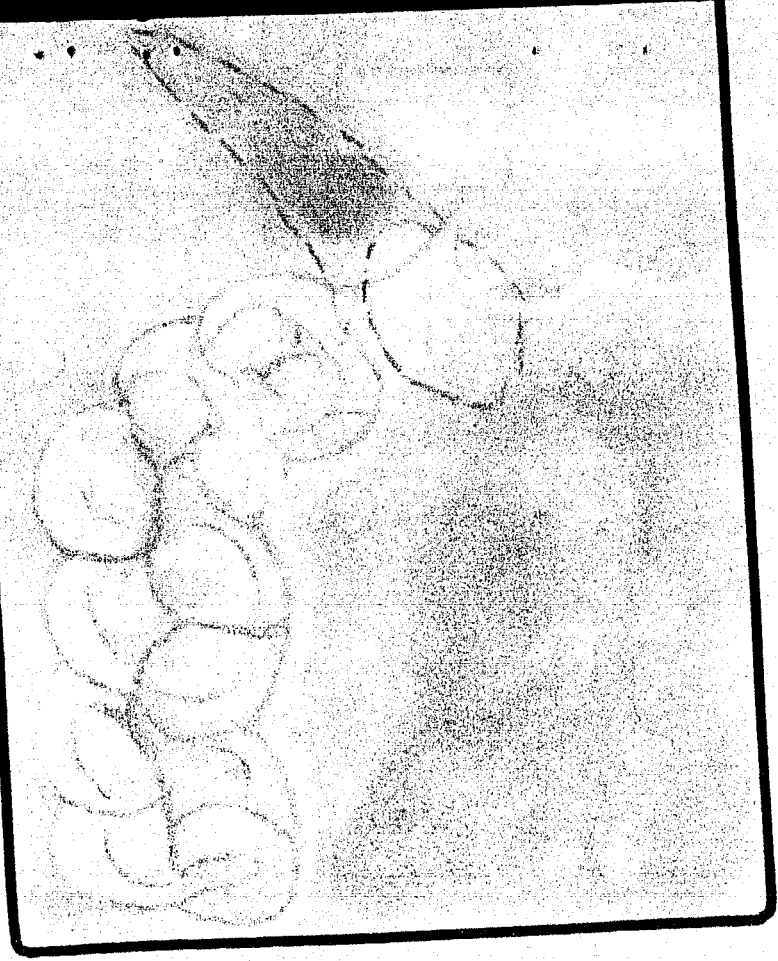
RETENCION VESTIBULOPALATINA

RETENCION PALATOVESTIBULAR

U N A M

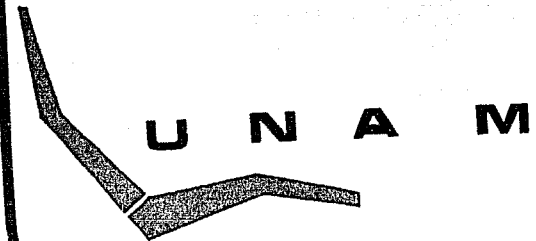
ODONTOLOGIA

FLOR ELVIA SANCHEZ RIVERO



**RETENCIONES DE CANINOS  
EN MAXILARES DESDENTADOS**

- A \_VESTIBULAR**
- B \_SOBRE LA ARCADA**
- C \_PALATINO**



**ODONTOLOGIA**

**FLOR ELVIA SANCHEZ RIVERO**



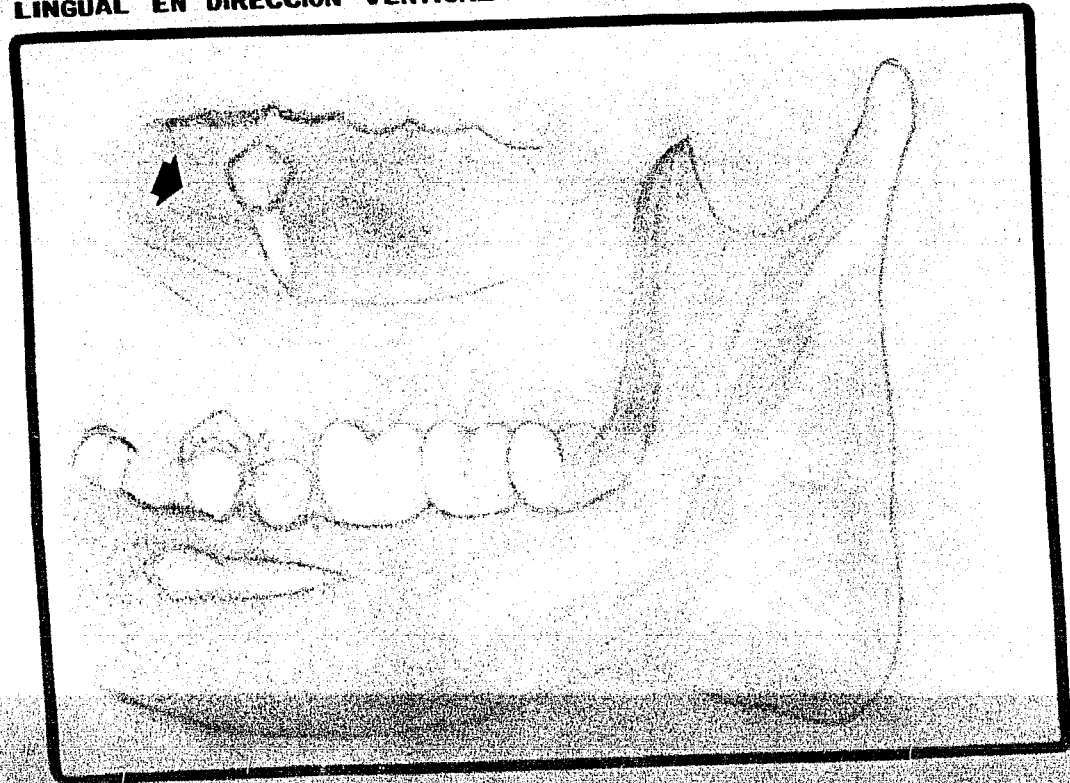
**CLASIFICACION DE CANINOS****INFERIORES :****CLASE I : MAXILAR DENTADO INCLUSION UNILATERAL:****Ia. Diente ubicado por lingual.****1a. Posición vertical.****2a. Posición horizontal.****IIa. Diente ubicado por bucal.****1a. Posición vertical.****2a. Posición horizontal.****CLASE II: MAXILAR DENTADO INCLUSION BILATERAL:****Ia. Dientes ubicados por lingual.****1a. Posición vertical.****2a. Posición horizontal.****IIa. Dientes ubicados por bucal.****1a. Posición horizontal.****2a. Posición vertical.**



**CANINO POR VESTIBULAR  
EN DIRECCION VERTICAL**



**CANINO POR LINGUAL EN DIRECCION VERTICAL**



**CANINO POR VESTIBULAR  
EN DIRECCION HORIZONTAL**

**CANINO POR LINGUAL EN DIRECCION HORIZONTAL**



**CLASE III: MAXILAR DESDENTADO INCLUSION UNILATERAL:**

Ia:Posición vertical.

IIa:Posición horizontal.

**CLASE IV: MAXILAR DESDENTADO INCLUSION BILATERAL:**

Ia:Posición horizontal.

IIa:Posición vertical.

C A P I T U L O I I I .

A N A T O M I A      Q U E

I N T E R F I E R E

## CAPITULO III

La anatomía que interfiere en una inclusión y su cirugía o extracción propiamente dicha es en gran parte aquella que forman la cavidad bucal y regiones vecinas donde la patología dentaria puede involucrar.

En general las partes anatómicas que constituyen son el MACIZO FACIAL que lo podemos dividir en: CRANEO y CARA.

El CRANEO está constituido por 8 huesos:

UN FRONTAL o Coronal (Del Lat. Frons-frente) forma la frente y parte de las órbitas y de la cavidad nasal. El arco formado por una parte del hueso frontal sobre el ojo es agudo y prominente y se denomina arco orbitario. Exactamente por arriba de los bordes supraorbitarios se encuentran unos espacios vacíos, los senos frontales, llenos de aire y abiertos hacia la nariz. En el ángulo superior e interno de cada órbita están dos depresiones llamadas fosas lagrimales en las que están situadas las glándulas lagrimales que secretan las lágrimas. Al nacer el hueso frontal está formado de dos piezas que más tarde se unen a lo largo de la línea media por una sutura que va del vértice del hueso a la raíz de la nariz. Esta sutura generalmente se atenúa unos años después del nacimiento.

**DOS PARIETALES** (del Lat. Paries-pared) uno derecho y otro izquierdo, al unirse forman la parte mayor de los lados y del techo del cráneo. La superficie externa es convexa y lisa; la cara interna es cóncava y presenta eminencias y depresiones para alojar las circunvoluciones del cerebro, así como numerosos canales para las ramificaciones de las arterias que nutren la duramadre que cubre el cerebro.

**DOS TEMPORALES** (Del Lat. Tempora-Tempus-tiempo) sienes Derecho e izquierdo, están situados en la parte inferior y lateral del cráneo. Se dividen en cinco partes: La escama, el peñasco, la mastoides, las timpánicas y la apófisis estiloides.

La **escama** es una porción plana y delgada que forma la parte anterior y superior del hueso. Una línea curva, la línea temporal o cresta supremastoidea, corre hacia atrás y hacia arriba a través de su parte posterior. Sobre saliendo de la parte inferior de la escama se encuentra la apófisis cigomática, larga y curva que se articula con la apófisis temporal del hueso cigomático.

El **peñasco** tiene forma piramidal y está acuñado en la parte del cráneo entre los huesos esfenoides y occipital. El oído interno parte esencial del órgano de la audición está contenido en una serie de cavidades del peñasco.

Entre la escama y el peñasco se encuentra una cavidad -- llamada mandibular, que recibe el cóndilo de la mandíbula.

La porción mastoidea sobresale hacia abajo por detrás de la abertura del conducto auditivo. Está llena de numerosos espacios interconexos llamados células o senos mastoideos que contienen aire y se comunican con la cavidad del oído medio. La inflamación de la mucosa que tapiza es estos senos se denomina mastoiditis. La capa ósea que separa las células mastoideas (cavidades pequeñas) del cerebro es muy delgada; en la mastoiditis existe el peligro de -- que la infección penetre al hueso, alcance las meninges o cubiertas del cerebro y produzca meningitis.

El fin perseguido con el tratamiento quirúrgico es el de producir un drenaje externo para impedir que la infección alcance a las meninges.

La porción timpánica es una lámina curva de hueso situada debajo de la escama y enfrente de la apófisis mastoideas. Forma parte del meato acústico que conduce al oído interno.

La apófisis estiloides es una prolongación delgada y aguada que sobresale hacia abajo de la cara inferior del hueso temporal. En su parte distal están insertados ligamentos y algunos de los músculos de la lengua.

**UN OCCIPITAL** (Del Lat. Occiput-nuca) está situado en la parte posterior e inferior del cráneo. Su cara interna es francamente cóncava y presenta numerosas eminencias y depresiones que corresponden a las zonas correspondientes del cerebro. El agujero occipital es una abertura --- grande en la parte inferior del hueso por donde pasa el bulbo raquídeo, donde éste se estrecha para continuarse con la medula espinal. En ambos lados del agujero se observan dos salientes llamadas cóndilos que se articulan con el atlas. Su superficie externa es convexa y presenta en su línea media una saliente la protuberancia occipital externa que puede sentirse a través del cuero cabelludo. A partir de ella sale una saliente que se dirige a el agujero occipital, cresta occipital externa. Aquí en estas zonas se insertan el ligamento de la nuca y numerosos músculos.

**UN ETMOIDES** (Del Gr. Ethmós-criba y eidos - forma) es un hueso esponjoso, formado por una lámina horizontal o cribosa y una vertical y dos masas laterales o laverintos. La horizontal formá el techo de la cavidad nasal y cierra la parte anterior de la base del cráneo. Está atravezada por numerosos agujeros, por los cuales pasan las fibras nerviosas olfativas de la mucosa nasal al tubo olfativo. Proyectandose hacia arriba de la lámina horizontal se encuentra una prolongación llamada apófisis crista

galli que sirve de punto de inserción a la hoz del cerebro. La lámina perpendicular forma parte del tabique nasal. De cada lado las masas correspondientes. Las masas laterales contienen gran número de pequeñas cavidades de paredes delgadas, las células o senos etmoides que se comunican a la cavidad nasal. A cada lado del tabique se encuentran dos formaciones óseas, delgadas y esponjosas; -- los cornetes medio y superior.

**UN ESFENOIDES** (Del Gr. Sfen-cuña, eidos-forma) se localiza en la parte anterior de la base del cráneo y interviene en la unión de los otros huesos del cráneo entre sí. Su forma semeja la de un murciélago con las alas extendidas y consta de un cuerpo, dos alas mayores y dos menores que se extienden hacia afuera en ambos lados del cuerpo, y dos apófisis pterigoides que se proyectan hacia abajo. El cuerpo está unido al etmoides por delante y el occipital por atrás. Presenta los senos esfenoidales que se comunican con la nasofaringe. En su parte superior presenta la silla turca. La hipófisis del cerebro se encuentra alojada en dicha silla.

La verdadera bóveda está formada por los seis primeros huesos, el suelo por los dos últimos y la base del occipital.



La CARA consta de 14 huesos; de los cuales trece están articulados entre sí de tal manera que no pueden tener movimientos y sólo la articulación de uno el maxilar inferior está dotado de gran movilidad.

DOS NASALES son dos pequeñas estructuras colocadas a cada lado de la línea media y superior de la cara, formando por su unión la parte superior del puente de la nariz la parte inferior de dicho puente la forman los cartilagos nasales.

DOS UNGUIS (LAGRIMALES) están situados en la parte anterior de la cara interna de la órbita y semejan uñas; por su forma, su espesor y su tamaño. Forman la pared superior externa de la nariz y borde inferior de la órbita.

Se articula con el frontal, etmoides, cornete inferior, maxilar superior. Se denominan lagrimales porque contienen parte del canal por el que corre el conducto lagrimal.

UN VOMER que significa reja de arado y alude a que su forma se parece a ella. Es un hueso único colocado en la parte del tabique central de dicha cavidad. Es delgado y su forma varía en los distintos individuos estando a menudo inclinado hacia uno o otro lado lo que determina -- que las cámaras nasales sean de tamaño desigual. Se articula con el esfenoides, etmoides, maxilar superior y palatinos.

**DOS CORNETES INFERIORES** se encuentran en la parte interna de las fosas nasales por su pared externa. Constan de una capa de hueso delgado, esponjoso, encorvado sobre sí mismo como un caracol. Se encuentran situados debajo de los cornetes superior y medio del hueso etmoides. En las anomalías nasales más frecuentes participan desviaciones estructurales y estados anormales de estos huesos y de las membranas que lo cubren.

**DOS MAXILARES SUPERIORES** son derecho e izquierdo al unirse forman el maxilar superior. Contribuye a formar; -- parte del suelo de la órbita; el suelo y la pared lateral de las fosas nasales y la mayor parte del techo de la boca. Consta de un cuerpo y cuatro apófisis: El cuerpo contiene una gran cavidad conocida como el antro de Highmore o seno maxilar, que se abre hacia la nariz. Presenta en su parte superior la apófisis ascendente que se articula con el frontal, nasales y forma parte del tabique. Por la apófisis malar se articula al hueso malar y por la apófisis palatina con los huesos palatinos y forma parte del suelo de fosas nasales y del techo de la boca. La apófisis alveolar muestra excavaciones que varían en tamaño y profundidad de acuerdo con los dientes que contienen.

**DOS MALARES (Pomulos) Cigomaticos;** forman la prominencia de las mejillas y parte externa del piso de la cavidad orbitaria. Una apófisis larga, estrecha y aserrada de

los malares, llamada apófisis temporal, se dirige hacia -- atrás y se articula con la apófisis cigomática del hueso temporal, formando así el arco cigomático a cada lado de la cara. Se articulan al hueso frontal, temporal y con los maxilares superiores.

DOS PALATINOS adoptan la forma muy parecida a una L y consta de una pared horizontal, una lamina vertical y -- tres apófisis: piramidal, la orbitaria y la esfenoidal. Están situados en la parte posterior de la cavidad nasal -- entre los maxilares y las apófisis pterigoides del techo de la boca, parte del suelo y de la pared externa de las fosas nasales y suelo de la órbita.

UN MAXILAR INFERIOR (MANDIBULA) es el hueso más grande y más fuerte de la cara y está formado por una parte curva horizontal, llamada cuerpo y dos partes perpendiculares las ramas. El borde superior o alveolar del cuerpo -- presenta cavidades para albergar los dientes. Cada rama -- tiene un cóndilo que se articula con la fosa mandibular del hueso temporal y una apófisis coronoides que presta inserción al músculo temporal y a algunas fibras del buccinador. La muesca profunda entre estas dos apófisis recibe el nombre de escotadura sigmoidea. El agujero mentoniano que está exactamente abajo entre el primer y segundo premolares, sirve como paso al nervio dental inferior que

es una rama terminal del nervio Maxilar Inferior que a su vez es rama del nervio trigemino. Van a inervar los molares y premolares de la mandíbula.

Al nacer la mandíbula está formada de dos partes que se unen en la línea central llamada sínfisis y forman un solo hueso alrededor del primer año de vida. Después sufre varios cambios en la forma debidos sobre todo a la primera y a la segunda dentición y a la pérdida de los dientes en el anciano con la subsecuente absorción de la parte de hueso que los contiene.

**LAS FONTANELAS** al nacer pueden existir varias fontanelas, a forma y localización de seis de ellas son muy constantes:

**La fontanela Anterior o Bregmática** es la mayor y es un espacio con forma de rombo entre los ángulos de los huesos parietales y los segmentos del hueso frontal. Normalmente esta fontanela se cierra alrededor de los 18 meses de edad. En condiciones anormales, la fontanela se cierra temprana o tardíamente. En casos de crecimiento cerebral retardado llamado microcefalea se cierra antes. En la hidrocefalea el aumento en la presión hace que permanezca abierta. En el raquitismo y el crecimiento que no responden al tratamiento es posible que la fontanela tarde mucho en cerrar.

**La fontanela Posterior o Occipital** es mucho más pequeña

y forma un espacio triangular entre el occipital y los dos parietales. En general se cierra por una extensión -- del proceso de osificación unos cuatro meses después.

Las fontanelas Anterolaterales o Esfenoidales en la unión de los huesos frontal, parietal, temporal y esfenoidal. Son bastante pequeñas y generalmente se cierran alrededor -- del tercer mes de vida.

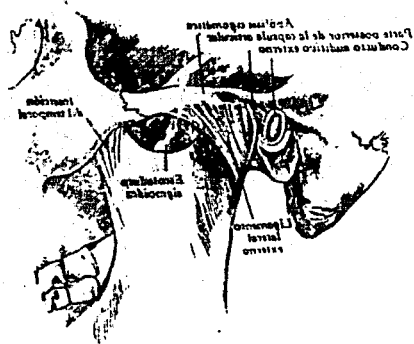
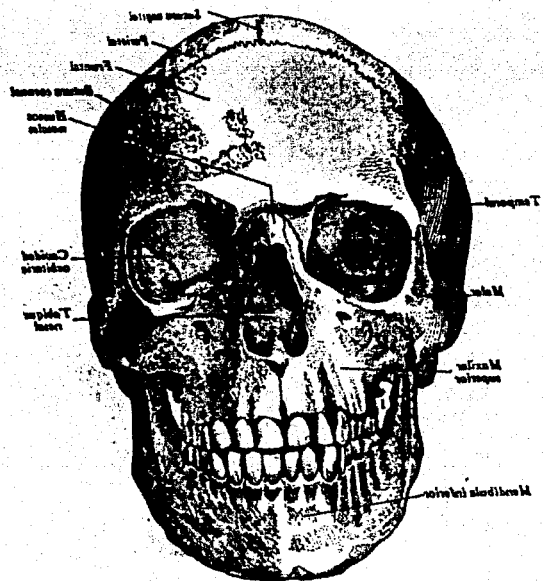
Las fontanelas Posterolaterales o Mastoides es la unión de los huesos parietal, occipital y temporal. Disminuyen -- de tamaño pero en general no se cierran sino hasta el se- gundo año. El tejido membranoso situado entre los huesos craneanos, a nivel de las suturas y fontanelas permite un cabalgamiento de los huesos más o menos marcado durante el parto, lo que reduce los diámetros del cráneo. Este pro- ceso se llama modelamiento y es el responsable de la for- ma delgada de la cabeza del recién nacido sobre todo si el parto ha sido prolongado.

SENOS DE LA CABEZA cuatro senos aéreos se comunican -- con cada una de las cavidades nasales; el frontal y el et- moidal se abren en la cavidad nasal; el esfenoidal se a- bre en la nasofaringe y el maxilar o antro de Highmore se abre en la pared lateral de la fosa nasal correspondien- te. La mucosa que tapiza la nariz se prolonga hacia los -- senos y la inflamación de la mucosa nasal produce una --

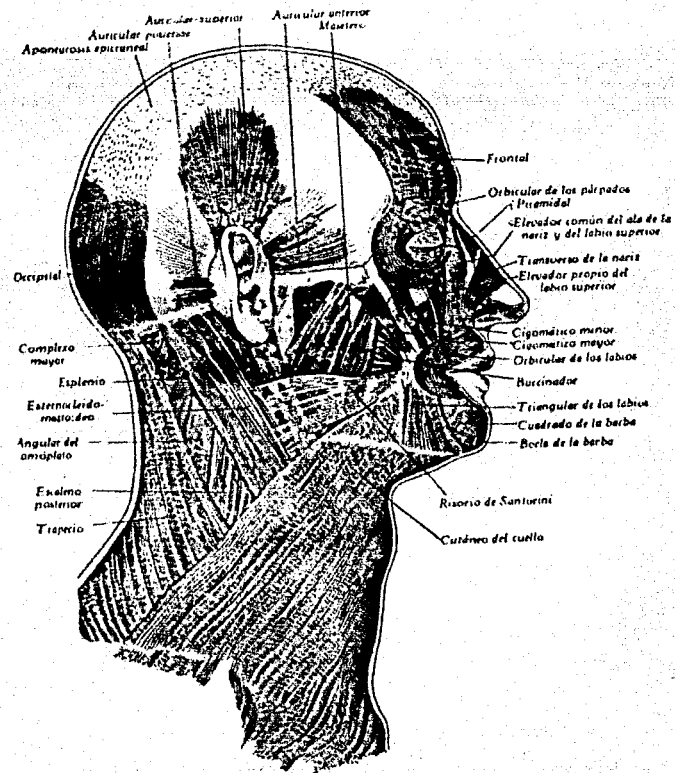
extensión a las cavidades produciendo sinusitis. Las cel-  
dillas mastoideas son en todo comparables a los senos y  
están tapizadas por una prolongación de la misma mucosa  
que reviste los senos.

Al nacer el cráneo es proporcionalmente mayor que otras  
partes del esqueleto y la cara es pequeña. La pequeñez de  
los maxilares y la mandíbula, el que los dientes no hayan  
hecho su erupción y el pequeño tamaño de los senos y las  
cavidades nasales explica las discretas dimensiones de  
la cara. Con la erupción de los primeros dientes sobrevie-  
ne un agrandamiento de la cara y los maxilares. Este cre-  
cimiento es mucho más marcado después de la erupción de  
la segunda dentición. En general, el cráneo se hace más --  
delgado y ligero en la vejez, pero a veces el peso y el  
grosor (paquicefalea). El carácter más sobresaliente del  
cráneo del viejo es la disminución del tamaño de los ma-  
xilares y la mandíbula, debido a la pérdida de los dien-  
tes y la absorción del proceso alveolar.

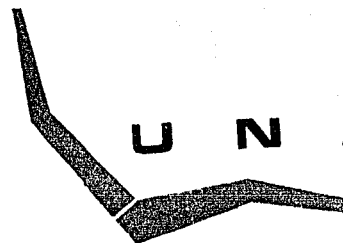
EL HUESO HIODES tiene forma de herradura y esta for-  
mado por una parte dental llamada el cuerpo y dos pro-  
longaciones de cada lado llamadas las astas mayores y me-  
nores. Está suspendido de la apófisis estiloides de los --  
huesos temporales y puede palpase en el cuello exacta-  
mente por arriba de la prominencia laríngea (manzana de  
Adán). Sonstiene la lengua y presta inserción a numerosos



**HUESOS**



**MUSCULOS**



**U N A M**

**ODONTOLOGIA**

**FLOR ELVIA SANCHEZ RIVERO**

músculos.

Lo tratado anteriormente y hasta aquí corresponde al esqueleto que conforma el macizo facial.

Posteriormente se tratara la Anatomía de cada una de las Regiones que intervienen en la formación y consitución de la cabeza.

### R E G I O N P A L A T I N A .

Tiene la forma de una bóveda limitada por la arcada dentaria. Es concava y su profundidad es variable en los individuos. Se divide en dos porciones: Bóveda palatina o -- parte anterior y Velo del paladar la posterior.

#### BOVEDA PALATINA:

Su mucosa esta adherida al periostio y recibe el nombre de fibromucosa palatina, su espesor es variable, en la parte central es más delgada que en los extremos a un promedio de 5 mm. Aloja unas glandulas salivales análogas a la de los labios. Puede ser desprendida del hueso facilmente hacia diferentes sitios y una vez colocada nuevamente en su lugar vuelve a adosarse a su forma primitiva.

El esqueleto óseo lo forman: dos apófisis palatinas de -- los palatinos, se sueldan entre si formando las suturas -- bimaxilar y bipalatinas; y la unión de estas se denominan sutura maxilopalatina, tiene relación con el seno por el diverticulo sinusal palatino; presenta también el conduc-



to palatino anterior y posterior por donde emerge la arteria palatina superior (R. de la Maxilar Interna) y el nervio palatino posterior.

La circulación y nutrición esta proporcionada por:

La arteria palatina superior (R. Maxilar Interna), sale por el conducto palatino posterior, recorre el paladar por el conducto y se anastomosa con la esfenopalatina que emerge del agujero palatino anterior distribuyendo ramas por toda la bóveda.

Venas: El plexo venoso pterigoideo, las de la mucosa nasal de la lengua y amigdalas corren paralelas a las arterias.

Linfaticos: desembocan en los ganglios del cuello.

La sensibilidad la proporcionan los nervios que se encuentran distribuidos de dos tipos: Motores.-destinados a la motilidad del velo del paladar .Sensitivos.-provenientes del ganglio esfenopalatino. Todos son del nervio Maxilar superior.

#### VELO DEL PALADAR:

Se encuentra alejado de la patología dental. Lo forman dos de las capas de la bóveda palatina, su mucosa es más delgada y menos adherida, presenta una capa muscular, glandular y aponeurotica. Se cubre de la mucosa nasal por su parte más posterior.

## REGION GINGIVODENTARIA .

Consta de tres elementos que tienen íntima relación con la cirugía bucal.

**La encía;** cubre las arcadas dentarias y paladar.

Histológicamente se divide en:

**Mucosa gingival,** -Constituida por tejido epitelial estratificado, éste a su vez está formada por cuatro capas: La córnea formada por células grandes aplanadas que se renueva constantemente por el contacto con el medio externo. La lúcida compuesta por células negras más o menos separadas unas de otras por unos espacios translúcidos. La granulosa formada por células aplanadas en hileras. La queratina o de Malpighi formada por una hilera de células cúbicas con núcleo visible, presenta unas elevaciones dadas por las papilas de la submucosa.

**Submucosa** constituida por tejido conjuntivo denso. Se encuentra adherida al periostio en algunas zonas se encuentra separada por tejido conjuntivo laxo. Presenta dos capas: La de las papilas.- que la limitan de la mucosa y contiene gran cantidad de vasos sanguíneos. La reticular.- constituida por fibras en posición variable; tiene relación con el periostio.

**La arcada alveolar:** constituida por el contorno alveolar o alveolos que son sitios donde se alojan los dientes.

El aparato dentario: representado por las diferentes denticiones (primera dentición constituida por 20 dientes y segunda dentición por 32).

## REGION DE LA FOSA

### PTERIGOMAXILAR.

Se localiza en la fosa cigomática que esta limitada por detrás de la tuberosidad del maxilar superior y la parte anterior de la apófisis pterigoides del esfenoides.

Presenta la forma de una piramide cuadrangular invertida. Esta región es en la cual se aplica la anestesia dirigida al nervio maxilar superior. No es muy propensa a sufrir infecciones que se presentan en la tuberosidad.

La sensibilidad esta dada por el nervio Maxilar Superior (R. del Trigemino) que se introduce por el agujero redondo mayor, se dirige a la fosa pterigomaxilar por su parte superior, sale y se dirige al conducto infraorbitario donde emerge en forma de penacho. Emite en su trayecto diferentes ramos los cuales dan sensibilidad a la cara.

Esta irrigada por la arteria Maxilar Interna; dentro de la fosa da origen a las diferentes ramas: La palatina superior que atravieza el conducto palatino posterior, recorre la bóveda palatina. La vidiana, la Pterigopalatina y la Esfenopalatina. Encontramos las venas del plexo alveolar y el pterigoideo.

## REGION DE LA FOSA CIGOMATICA.

Ocupa la parte laterales de la cara. Esta limitada por -- arriba por el arco cigomático y porción del ala mayor -- del esfenoides; abajo por el maxilar inferior, dentro por la faringe y la apófisis pterigoides, afuera por la rama ascendente; adelante la tuberosidad del maxilar; atrás la prótida. Tiene relación con la cirugía por las afecciones que sufra el maxilar inferior como molares incluidos o infectados. Tiene la forma de una piramide cuadrangular invertida con vertice al maxilar.

Esta conformada por los músculos: Pterigoideo externo, -dirigido en una porción superior esfenoidal, otra inferior pterigoidea, ambas se dirigen al lado interno de la articulación temporomandibular. Pterigoideo interno. -va de la fosa pterigoidea y se inserta en la cara interna de la rama ascendente del orificio superior del conducto dentario.

Su nutrición se la proporciona la Arteria Maxilar Interna que es rama terminal de la Carótida externa, nace a nivel del cuello del cóndilo, se dirige a la fosa pterigomaxilar donde da la rama terminal esfenopalatina. Tiene relación con los músculos pterigoideo externo y temporal.

Da origen a gran número de ramos colaterales o descendentes que son: A) La dentaria inferior.-penetra al conducto dentario inferior. B) Maseterina.-Atravieza la escotadura cigomática y llega al músculo masetero. C) La bucal.-irriga la región geniana. D) La Pterigoidea.-irriga a los músculos homónimos. E) La Palatina superior.-que sale por el agujero palatino posterior para irrigar la bóveda palatina.

La rama terminal es la arteria esfenopalatina que irriga las fosas nasales, sale a la bóveda palatina por el agujero palatino anterior.

Las venas que unidas en plexo son: El plexo alveolar que desemboca en la vena Facial, por intermedio de la vena Alveolar; el plexo pterigoideo donde origina la vena Maxilar Interna que se une a la Temporal Superficial va a formar la Yugular externa.

Su sensibilidad esta dada por el nervio Maxilar superior este sale del agujero oval, se dirige a la fosa cigomática y se divide en ramos colaterales (en cirugía nos interesan): El Masetérino, el Bucal, el Dentario Inferior, el Lingual. Va acompañado por el Ganglio Optico.

## REGION GLOSOSUPRAHIODEA .

Esta formada por la región sublingual y suprahiodea, se limitan por los músculos milohiideos e hipogloso. Superficialmente se limita arriba el borde inferior de la mandíbula (del mentón al gonion) y cuerpo del hioides al músculo esternocleidomastoideo; adelante la línea media y hacia atrás el borde anterior del esternocleidomastoideo.

En su parte superior formado por la mucosa bucal que cubre el piso de la boca y descansa en ella la lengua.

En esta región encontramos diferentes elementos anatómicos. En el piso de boca; encontramos la lengua que se descansa en el arco del maxilar inferior denominado sublingual, aquí se aloja la glándula sublingual, la arteria y venas sublinguales y el nervio lingual; puede ser visible cuando la lengua se levanta. Esta cubierta por la mucosa bucal que presenta las desembocaduras de las glándulas salivales y eminencias de la vena ranina. Presenta en la línea media el refé; el frenillo lingual que une a la lengua con este.

Los músculos que la conforman son: Los milohiideos uno para cada lado, se insertan en la línea milohiodea, del maxilar inferior y se fusionan en el rafé milohiideo, se dirigen al hioides. El digástrico. -- se origina en la base --

del craneo al hueso hiodes y desde éste al borde inferior del maxilar inferior, se inserta en la fosilla digástrica. El estilohiideo y el hiogloso.

También encontramos la glándula submaxilar que se encuentra debajo del maxilar inferior.

Las arterias son: La Facial, la Lingual (Rs. Carotida externa).

Venas: La Facial que desemboca en la Yugular Interna o la externa y la Lingual que termina en la interna.

La sensibilidad esta dada por los nervios Milohiideo, el Lingual y Hipogloso mayor (Rs. Maxilar Inferior).

#### R E G I O N   G E N I A N A .

Se localiza en las partes laterales de la cara. Esta limitada por: arriba el borde inferior de la órbita, atrás el borde anterior del músculo masetero. Abajo el borde inferior del hueso maxilar inferior; adelante los surcos nasogenianos y labiogeniano.

Esta constituido por diferentes planos que son:

**Piel.** - Semejante a la de las regiones vecinas.

El tejido celular subcutáneo o bola adiposa de Bichat; situada entre músculo masetero y buccinador. Se comunica con la fosa temporal y cigomática (de procesos de origen dentarios).

Los músculos que intervienen en su constitución los podemos dividir en dos grupos: Los superficiales.- también llamados cutaneos, en los que encontramos: el orbicular de los párpados, el elevador del labio superior, el canino, el cigomático mayor y menor, el risorio, de Santorini. Los profundos.- El Buccinador que constituye la pared externa del vestibulo bucal que abarca desde el maxilar superior al inferior (a nivel del tercer molar) se inicia a la altura del primer molar superior y se divide por la apófisis piramidal y se dirige a la apófisis pterigoides en el ligamento pterigomaxilar y continua su trayecto por toda la arcada dentaria inferior hasta llegar a la comisura bucal su cara externa y a su vez cubre los máxilares. Las estructuras oseas son: Parte del malar, del maxilar superior (fosilla mirtiforme que la localizamos arriba del incisivo y lateral). La apófisis piramidal que da articulación con el malar. Agujeros dentarios posteriores que dan paso a la arteria alveolar y nervios dentarios. Cara anterior del maxilar inferior.

La sensibilidad esta dada por nervios motores.- Cervicofacial y tèmpero facial (Rs. del Facial). Sensitivos.- Lagrimal (R. Del Oftalmico). Bucal (R. Del maxilar superior).

La irrigación es proporcionada por: La Arteria Alveolar, la Bucal, Infraorbitaria, La Lagrimal, Transversal de la cara y Facial.



Venas: La Facial (R. Yúgular Interna). Temporal superficial y el Plexo pterigoideo y los vasos linfáticos denominados genianos.

#### R E G I O N   M A S E T E R I N A

Esta región se localiza en lo que forma el músculo masetero: se limita: por abajo el borde inferior del maxilar inferior; arriba el arco cigomático; atrás el borde parotideo y enfrente el músculo masetero. Abarca hasta la cara externa del maxilar.

Intervienen en su constitución diferentes planos entre -- los que encontramos de la parte externa a interna.

La piel: debajo de esta se encuentra la capa céulograsosa en la que encontramos la arteria Transversal de la cara, la Facial y Vena Facial, el Nervio Témporofacial y -- Cérvico facial (Rs. terminales del nervio Facial); el Conducto de Stenon que se dirige hacia arriba atravezando el músculo buccinador y desembocando a la altura del segundo molar superior. El músculo Risorio, de Santorini y Cutáneo del cuello.

Esta región se encuentra en su mayor parte formada por el músculo masetero el cual presenta una forma cuadrangular; se origina en la parte adyacente del maxilar superior (la apófisis cigomática (arco cigomático) y se inserta en el ángulo y la cara externa de la rama ascendente de la mandíbula. Este músculo se divide en dos fascículos uno pro-

fundo que va del arco cigomático a la rama ascendente y ángulo del maxilar a la altura de la apófisis coronoides lleva una dirección casi vertical; desviándose a veces un poco hacia delante y abajo, la superficial se dirige en general delante y arriba llegando a sitio profundo. Su función es la de elevar la mandíbula e intervención en la masticación. Está separado del buccinador por la bola adiposa de Richat.

El plano Oseo: encuentra el arco cigomático, el hueso maxilar. Rama ascendente del maxilar inferior, que es una de las más importantes.

La rama ascendente en su cara externa presenta rugosidades donde se inserta el músculo masetero en su cara interna presenta el orificio superior del conducto dentario donde pasa el nervio dentario y vasos dentarios inferiores; este conducto termina en la espina de Spix donde se inserta el ligamento esfenomaxilar, abajo de este conducto se encuentra el surco milohiideo que aloja al nervio y vasos milohiideos. Presenta la inserción del músculo pterigoideo interno.

En su borde superior se localizan la apófisis coronoides por su parte anterior donde se inserta el músculo temporal y la condiloides o cullo del condilo en la superior donde se localiza la cavidad glenoides del temporal.

Entre estas dos apófisis se encuentra una escotadura lla

mada escotadura sigmoidea que se comunica con la fosa cigomática y la región maseterina; tiene relación con la parotida por su borde posterior.

El ángulo su abertura varia con la edad, sexo y raza.

Esta rama forma parte de la articulación Témporomaxilar-la cual se concidera dentro de la Cirugía Bucal de vital importancia.

La sensibilidad e irrigación estan proporcionadas en dos grupos: El superficial.- en los que encontramos la Arteria Transversa de la cara, la Facial y la vena Facial, - la vena temporal superficial y la Yugular externa.

El nervio Temporofacial y Cervico facial (Rs. terminales del nervio Facial) y el plexo Servical superficial.

El profundo.- Se localizan la Arteria y Venas Maseterinas que se distribuyen en el músculo maseterino; y las venas desembocan en el plexo Pterigoideo. Y la sensibili--dad esta proporcionada por el nervio Maseterino (R. Maxilar inferior).

#### R E G I O N M E N T O N I A N A .

Esta limitada: por abajo el borde inferior del maxilar-inferior; arriba el surco mentolabial; en su partes laterales por el surco labiogeniano (esta es una prolongaci-ón inmaginaria). Tiene relación con la región Maseterina.

En su constitución intervienen diferentes planos entre los que encontramos:

**La Piel;** que es semejante a la que recubre los labios, o región labial.

**La Capa Muscular** la conforman los músculos:

**Cuadrado de la Barba o Mentón.**- Nace en la línea oblicua externa de la mandíbula; se inserta en la piel del labio inferior.

**Triangular de los Labios.**- Se inserta en la parte anterior de la línea oblicua externa de la mandíbula (debajo del anterior) a la comisura labial, donde se inserta también al labio superior y se extiende al ala de la nariz y subtabique. Su acción es desviar la comisura hacia abajo y afuera.

**Borla de la Barba.**- Son dos haces situados a los lados de la línea media, donde es su origen (a la altura de los incisivos y del canino) debajo de la encía; se dirigen hacia abajo para insertarse en la piel del mentón y labio inferior.

**El Plano Oseo** lo constituyen el maxilar inferior (verlo más detalladamente en macizo facial).

La sensibilidad esta proporcionada por dos grupos de nervios: **Los sensitivos.**- El Mentoniano (R. Dentario Inferior), que emerge por el agujero mentoniano para repartirse en todo el periostio y maxilar.

La rama transversal del plexo cervical superficial que se reparte en la piel y periostio.

La irrigación se la proporciona las arterias: Mentoniana (R. Dentaria Inferior) que emerge en el agujero mentoniano.

Las venas todas aquellas que van a desembocar en la Facial y Submental.

Los linfáticos son los que terminan en los ganglios Submaxilares y Suprehioideos.

#### REGION LABIAL.

Forma la pared anterior de la cavidad bucal. Esta constituida por los repliegues músculo-membranosos que se localizan en la entrada de los labios y los propios labios. Esta limitada por: abajo el surco mentolabial: arriba la extremidad superior del subtabique y borde de las ventanas nasales y afuera el surco labiogeniano.

Presenta diferentes planos constitutivos que son:

La Piel que puede presentar vello en lo que es el labio superior (hombre), está adherido a la capa muscular por lo que no presenta tejido celular subcutáneo.

La Capa Muscular la forman diferentes músculos entre los que se encuentran.

El Orbicular de los Labios que esta alrededor del orificio bucal. Se divide en dos porciones: el Semiorbicular-

superior al que se le insertan o unen el mirtiforme que se inserta en la fosilla mirtiforme y en la eminencia canina. Y Semiorbicular inferior que ocupa el labio inferior.

El Elevador Común del Ala de la Nariz y del Labio Superior que se insertan en la apófisis ascendente del maxilar superior.

El Elevador propio del Labio Superior y Canino que se insertan en la fosa canina debajo del agujero suborbitario El Cigomático Mayor y Menor, el Risorio, de Santorini, - el Triangular de los Labios, el Cuadrado del Mentón y el bucinador.- Tienen inserciones entre la apófisis cigomática y eminencia alveolar del canino.

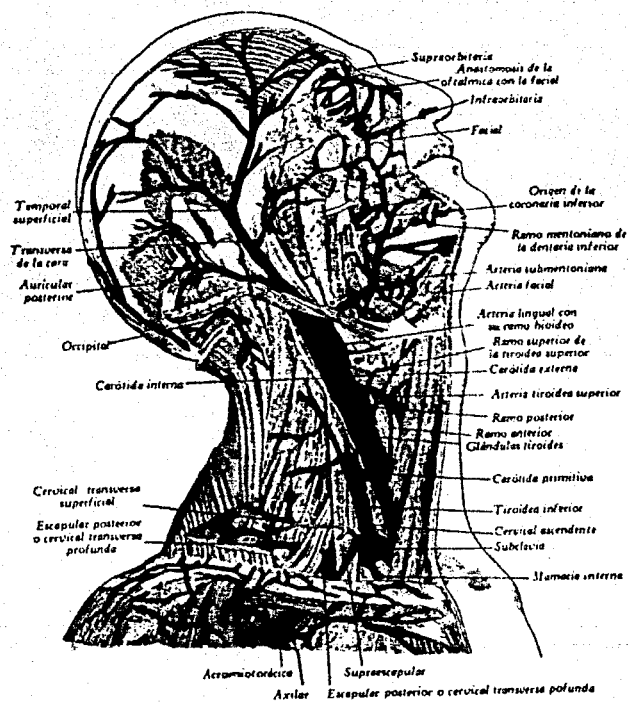
Esta región presenta una capa glandular situada entre la capa muscular y la mucosa labial; formada por glándulas salivales; se sienten haciendo palpación en la parte interna del labio.

La mucosa Labial cubre la cara interna de los labios, se relaciona con la región geniana y gingival. En su parte media se inserta en la soldadura de los dos maxilares y forma un repliegue fibroso llamado frenillo labial.

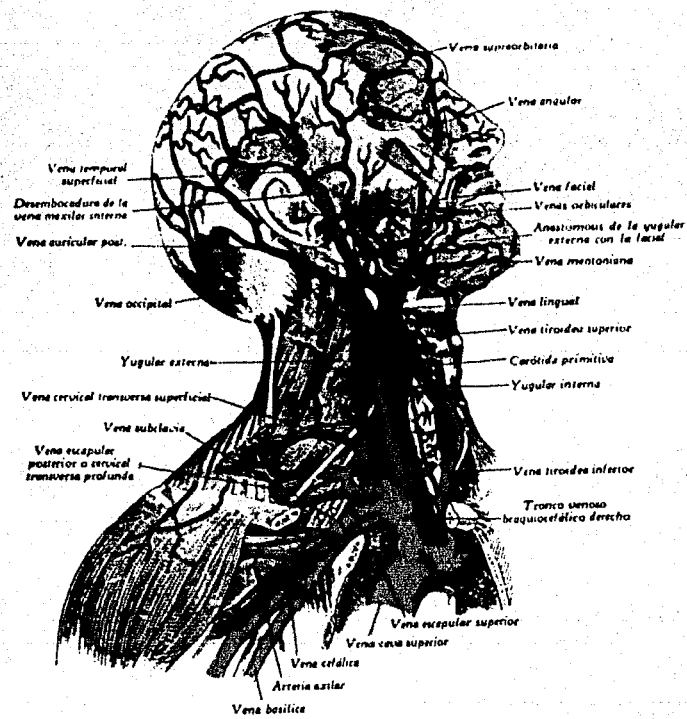
Su nutrición esta proporcionada por las arterias que se presentan: las Coronarias (Rs. de la Facial), una superior y otra inferior que se anastomosan en la línea media, van por el borde de los labios y serca de la mucosa. Las venas de los labios que terminan en las faciales y -

submentales. Los linfáticos se presentan de dos redes: -  
La cutánea y van a desembocar a los ganglios submaxilares  
y submentonianos.

Su sensibilidad se la proporcionan los nervios sensitivos  
y motores que proceden del nervio Facial e infraorbitario  
y mentoniano.



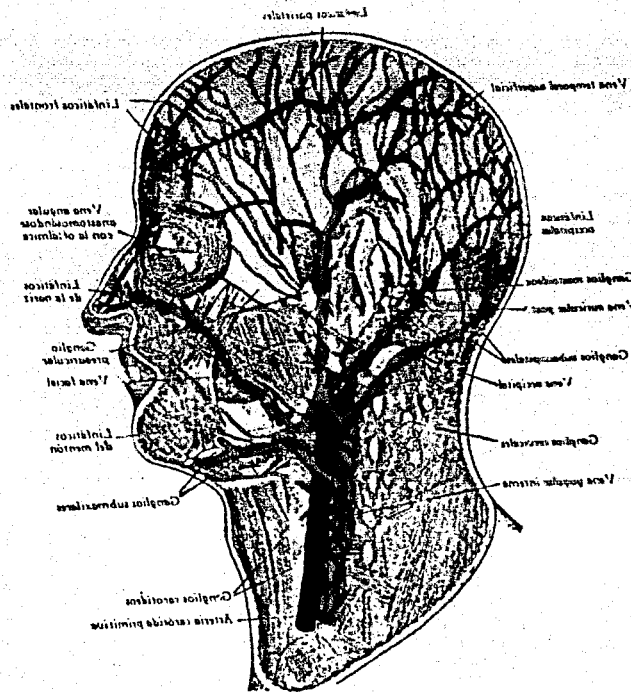
## ARTERIAS



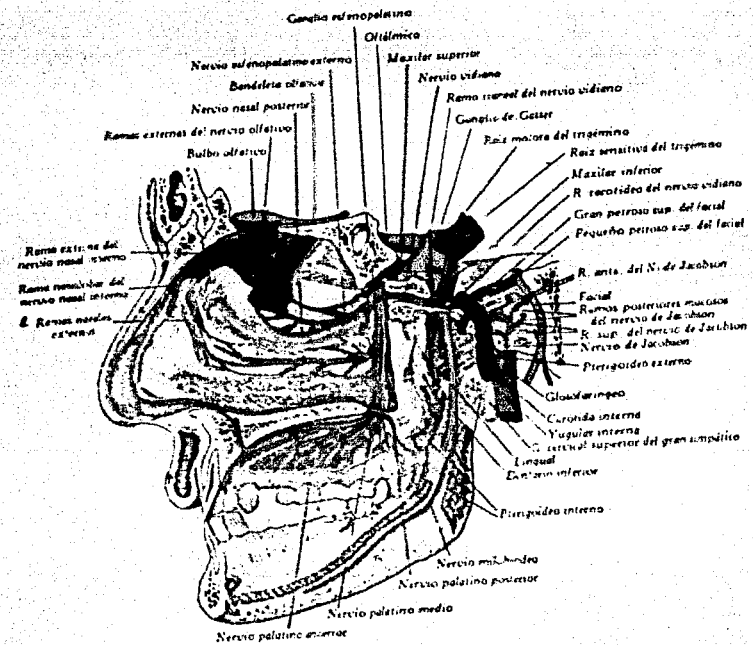
## VENAS



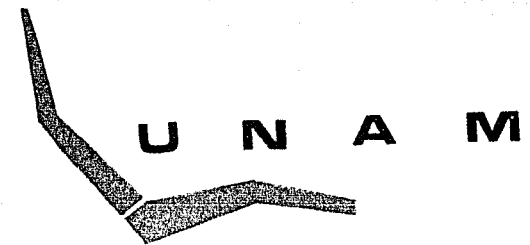




**VASOS  
LINFATICOS**



**NERVIOS**



C A P I T U L O I V .

E X T R A C C I O N D E  
C A N I N O S I N C L U I D O S  
S U P E R I O R E S .

**INDICACIONES :****QUE SU TIEMPO DE ERUPCION ESTE CULMINADO:**

Su principio de formación de la dentina y esmalte es de los 4 a 5 meses. Calcificación completa de los 6 a 7 años. Principio de erupción de los 11 a los 12 años (12 - sup. 11 inf.). Formación completa del apice y la raíz de los 13 a 15 años.

Después del molar superior e inferior, para formar una prótesis e intervenir en ella, este diente ocupa el primer lugar en la fuerza de la raíz. Su raíz mide una y media vez en comparación con la corona y su apice presenta una ligera inclinación hacia la cara distal.

**CUANDO ESTA OBSTRUYENDO LOS DIENTES VECINOS:**

Al encontrar la salida obstruida o no encontrarla, el canino o caninos trata de hallar un camino para su salida y va dañando todo lo que encuentra en su camino. La obstrucción se realiza por la corona, ya que la fuerza es ejercida por la raíz que es la parte que se forma al último. La corona del canino tiende a colocarse más frecuentemente a la altura de los cuellos de los dientes, como pueden ser los incisivos o premolares; en su defecto se colocan en la raíz; lo cual origina su absorción.

**CUANDO HAY FALTA DE DESARROLLO DEL MAXILAR:**

Cuando el maxilar es pequeño impide el buen acomodamiento de todos los dientes que van a formar la arcada dentaria y puede suceder que los incisivos y premolares lleguen a ocupar una parte del sitio del canino y a este se le va obstruyendo totalmente para poder ocupar su lugar por no existir ya espacio en el maxilar,

**CUANDO CAUSE ALGUNA PATOLOGIA:**

La patologia en general que se pueden presentar en la presencia de caninos incluidos son: Quistes, inflamación, absorción, infecciones, absorción de cemento tanto del cuello como apical, abscesos.

**CUANDO CAUSE DESVIACION EN LOS DIENTES:**

El canino al no encontrar su sitio de erupción y colocación dentro de la arcada, busca alguno y en su recorrido va perturbando los dientes adyacentes y por lo tanto produce la desviación.

## CONTRAINDICACIONES:

### CUANDO NO HA TERMINADO DE ERUPCIONAR:

Es decir cuando no se ha cumplido el límite de edad aproximado para que este diente este terminado de formar y por lo tanto no ha culminado su etapa de erupción.

### CUANDO SEA POSIBLE REALIZAR TRATAMIENTO ORTODONTICO:

Cuando por medio de ciertos estudios se llega a la conclusión que este diente puede ser llevado y colocado en su sitio adecuado por medio de un tratamiento ortodóntico.

### CUANDO SE ENCUENTRE INVOLUCRADO EN UNA ZONA ANATOMICA -- (REGION) DONDE NO SEA POSIBLE INTERVENIR QUIRURGICAMENTE.

Es decir que se encuentre o localice una zona anatómica que puede ser dañada en caso de realizar una cirugía como puede ser el caso de un nervio, arteria, vena que impide la extracción.

### CUANDO SE LOCALICE DENTRO DE UNA PATOLOGIA MALIGNA:

Es cuando se detecte la presencia de una infección o proceso patológico que se puede provocar la irrigación de esta en toda la región anatómica.

## T E C N I C A S   D E   A N E S T E S I A :

La cirugía de los caninos incluidos es larga y molesta - por lo que la anestesia debe ser suficientemente tanto - en longitud como duración.

Las técnicas utilizadas en cirugía de caninos incluidos - superiores son:

- 1.- Topica.
- 2.- Local: Subperiostica. Supraperiostica.
- 3.- Regional: Infraorbitaria. Palatina.
- 4.- General.

### SUPRAPERIOSTICA:

Esta técnica es la que se realiza arriba del periostio. Se utilizaran los puntos locales para anestesiar el diente que nosotros deseamos y puede ser puntos vestibulares y palatinos.

El sitio de punción de los puntos vestibulares sera en - el pliegue mucogingival (fonfo de saco) a la altura del diente que se desee, siempre tocando el hueso alveolar. Se coloca la aguja inclinada y se va irrigando en el -- transcurso de la penetración.

Se utiliza aguja corta. Y se administra un cuarto de car tucho de anestésico como máximo.

**SUBPERIOSTICA:**

Tiene una variante que es: colocar más perpendicular la -  
aguja y hacemos una muesca (como tañar o rspar) en el per-  
riostio (cuticula) y se deja ahí.

La aguja tiene una sola posición pudiéndose mover para -  
cualquier raíz o la raíz.

En vestibular no hay peligro como se menciona anterior-  
mente.

En palatino si porque en la línea media tenemos un sitio  
anatomico que se llama Rafé palatino; en esta zona se co-  
locan perpendiculares al hueso palatino y a la altura --  
del tercio apical de las raíces, en ángulo de  $90^{\circ}$ , con el  
fin de que nuestro cartucho quede bien y penetre el lí-  
quido más fácilmente.

El bicel se mete girando para un lado y otro. A veces da-  
mos tanta fuerza que podemos producir isquemia exagerada  
que puede generar a necrosis en la mucosa que impide la  
cicatrización, produciendo gangrena que es la descomposi-  
ción del tejido orgánico.

Esta técnica se lleva a cabo abajo del periostio.

También qui se utiliza aguja corta.

**INFRAORBITARIA:**

El sitio de punción sera en el pliegue mucogingival a la altura del canino y primer premolar, con una angulación - con respecto al plano oclusal de  $90^{\circ}$ .

Entre estos dos dientes se cae en el nervio infraorbitario.

Tendremos la precaución de hacer palpación del paquete - haciendo presión en el sitio, si queremos estar más seguros presionamos más fuerte y el paciente sentira dolor.-

La aguja debe entrar entre la cara distal del canino y la cara mesial del primer premolar; con una inclinación de  $45^{\circ}$  hacia el centro para salvar la curvatura del malar.

La distancia del borde incisal al agujero sin elevar el labio a 4.5 Cm., aproximadamente y levantandolo a 1.5 Cm Depositamos el anestésico para bloquear; los dos premolares, el canino y el lateral, con una anestesia profunda.

En caso que el paciente se presente inflamado haremos la punción por fuera o extraoral y localizamos el paquete - y penetramos la aguja paralela a este, la introducimos .5 Cm., depositamos el anestésico lentamente. La zona se pondra rojiza y sera la reacción del paquete. Lo maximo - medio cartucho de anestesia. El peligro estriva en penetrar por el agujero y lesionar el nervio infraorbitario o penetrar el piso de la orbita que es dificil.



**PALATINAS:**

PLATINA INCISIVA. Esta se realiza a la altura de la papila incisiva. El punto de punción sera entre la cara mesial del lateral y la distal del central; puncionamos la papila dentaria y depositamos el anestésico.

Si anestésiamos del lado derecho vamos a procurar que la aguja quede casi a tres cuartos de la papila.

Si es del lado izquierdo la haremos sobre la papila.

PALATINA ANTERIOR. El sitio de punción es en la fosa palatina que se localiza a la altura del primer molar, a medio o un centimetro hacia la línea media; perpendicular al hueso palatino. No debe ser directamente en el agujero palatino por donde salen los nervios palatinos anteriores, con esto anestésiamos por lo general de canino al central, la mucosa oral, la zona palatina de los dientes anteriores y raices palatinas de los premolares. Se coloca medio cartucho de anestésico maximo.

PALATINA POSTERIOR. Se realiza en el agujero palatino posterior que lo localizamos a la altura de la raíz palatina del segundo molar.

El sitio de punción es siguiendo la dirección del segundo molar a medio o un centimetro hacia la línea media. Con esta se anestesia las raices distales de molares y la mucosa palatina.

En todas las técnicas palatinas se utiliza aguja corta. Y no se debe clavar en hueso.

Se coloca medio cartucho de anestésico máximo.

Todas las técnicas se usan tanto en inclusiones unilaterales como bilaterales. Nadamas la diferencia es que cuando es unilateral se anestesia de un lado y bilateral de los dos.

### CONDICIONES IDEALES DE LOS ANESTESICOS LOCALES.

1. Debe ejercer selectivas sobre las terminaciones nerviosas y los nervios sensitivos y bloquear la conducción.
2. Debe ser reversible.
3. La anestesia local producida debe ser de comienzo rápido.
4. Las estructuras nerviosas deben inervarse sin excitación previa. Es decir, que la droga no debe ser irritante.
5. Debe durar lo suficientemente como para poder realizar la intervención quirúrgica.
6. No debe ser tóxica.
7. La droga debe ser soluble y las soluciones estables no alterables por el calor para poder lograr una esterilización conveniente.
8. Debe ser eficaz por cualquier vía.
9. Debe permitir su asociación con la adrenalina o cualquier otro vasoconstrictor, ya que este disminuye la absorción de la droga con las ventajas antes mencionadas.

### ANESTESIA GENERAL:

La anestesia general es un estado reversible del S.N.C., caracterizado por la pérdida de sensibilidad y de conciencia, así como la actividad reflejo y motividad.

La anestesia general puede producirse por:

1. INALACION. Esta se obtiene por medio de anestésicos volátiles líquidos. Ejem: Eter, fluortane o tricloetileno. Gases anestésicos como el óxido nitroso o ciclopropano.
2. ENDOVENOSA. Se obtiene por inyección por vía endovenosa. Ejem: Barbitúricos.

### PERIODOS DE ANESTESIA.

Los anestésicos generales producen una parálisis descendente del S.N.C., semejante a la ingestión por alcohol -- con la diferencia de que este último produce excesiva -- excitación antes de la pérdida de la conciencia. Los anestésicos provocan una pérdida precoz de la anestesia y -- posteriormente un periodo de excitación.

Los periodos son cuatro:

- I. INDUCCION O ANALGESIA. -- La acción del anestésico es sobre los centros corticales superiores, especialmente el -- ovulo prefrontal; comienza desde la primera inhalación y -- termina cuando se pierde la conciencia, el paciente está disociado del medio ambiente, experimenta mareos y a veces.

ces alucinaciones.

La sensación de dolor se pierde totalmente; esto sucede antes de producirse la inconciencia, no hay pérdida del tacto ni de otros sentidos; el paciente presenta anepsia ya que recuerda poco o nada de los acontecimientos.

II. EXITACION O DELIRIO.-Corresponde a la acción depresora del anestésico sobre los centros corticales superiores incluyendo las áreas sensitivas y sensoriales. Este periodo comienza con la pérdida de la conciencia y termina en la anestesia quirúrgica, evidenciada por una respiración regular rítmica, no hay síntomas subjetivos y aparece un estado de excitación motora y liberación emocional, puede existir risa, llanto, gritos, cantos, juramentos, coliferación de palabras obscenas y respiración rápida e irregular, pupila dilatada, taquicardia y a veces elevación de la presión arterial.

III. ANESTESIA QUIRURGICA.-Corresponde a la depresión de los centros del tronco cerebral y la médula espinal; comienza con la pérdida del reflejo parpebral (al levantar el párpado no se cierra el ojo) y termina con la aparición de la parálisis respiratoria. En este periodo el paciente se traumatiza. Los reflejos desaparecen, se pierde totalmente la sensibilidad y la temperatura corporal descende gradualmente por parálisis del centro termoregulador.

Este periodo lo dividió Greedel de acuerdo a la profundidad de la anestesia y nos ayuda para referir el tipo de intervención quirúrgica que el cirujano realiza. Lo dividió en cuatro planos.

PLANO I. Comienza con la pérdida del reflejo palpebral y termina cuando los ojos quedan inmóviles.

Se caracteriza por la respiración regular y profunda, movimientos laterales de los ojos y pupila centrada, en este plano se realizan intervenciones quirúrgicas sencillas y la neurocirugía.

PLANO II. Comienza con los ojos fijos y termina al iniciarse la parálisis de los músculos intercostales inferiores. Se caracteriza por la fijeza de los globos oculares, la pupila empieza a dilatarse y disminuye la profundidad de la respiración. Se realiza cirugía abdominal.

PLANO III. Comienza con la parálisis de los músculos intercostales inferiores y termina con la parálisis de todos los músculos intercostales. Se caracteriza por la disminución de la respiración totaxica y el aumento de la respiración abdominal, la relajación muscular es acentuada. Se usa este plano para intervenciones abdominales, laboriosas y en obstetricia.

PLANO IV. Comienza con la parálisis completa de los intercostales y termina con la parálisis del diafragma. Se ca

racteriza por la conducción de la respiración incluyendo la abdominal. Muy pocas intervenciones se realizan, Ya que se requiere siempre de una respiración controlada.

IV. PARALISIS BULBAR.-Es la acción depresora de los anestésicos sobre los centros bulbares, lo que pone en peligro la vida del paciente, este periodo empieza con el paro cardíaco.

#### RESTABLECIMIENTO DE LA ANESTESIA.

Al cesar la administración del anestésico como se trata de un proceso reversible el paciente pasa por los periodos descritos pero en sentido inverso, algunas veces existe un periodo de excitación (III) pero luego se produce un efecto hipnótico y el enfermo duerme durante horas.

### LEYES QUE RIGUEN LA ACCION DE LOS ANESTESICOS.

1a.LEY.El grado de la anestesia general depende de la --  
tensión parcial del gas o vapor anestésico en el aire --  
inspirado, es decir la concentración del anestésico en el  
gas inspirado.

2a.LEY.Establece que la profundidad de la anestesia de-  
pende de la concentración de la anestesia general en la  
sangre;

O sea en resumen:El grado de anestesia depende de la con-  
centración de la droga en los tejidos del S.N.C., esta de-  
pende de la concentración en la sangre que a su vez esta  
en relación con el aire inspirado.

### GENERALIDADES DE ANESTESIA GENERAL.

Para comparar la potencia de los anestésicos generales --  
se toma como base el éter etílico, vamos a darle un valor  
del 25% a cada plano del periodo III, así pues el Acido --  
Nitroso es capaz de llevar al individuo hasta un poco --  
más allá del plano I, por lo que se le atribuye una po-  
tencia del 15%, en cambio con el éter, el cloroformo y el  
ciclopropano puede llegarse a la anestesia completa has-  
ta el plano IV de manera que se les atribuye una potencia  
del 100 %.



### CONDICIONES DEL ANESTESICO GENERAL IDEAL.

1. Debe ser de inducción rápida y placentera.
2. No debe ser irritante a las mucosas, ni debe tener olor desagradable.
3. Debe ser potente en el sentido clínico utilizando alto porcentaje de oxígeno.
4. Debe producir buena relajación muscular.
5. Debe ser estable en condiciones de uso clínico y no -- ser inflamable, no explosivo.
6. No debe hipersensibilizar al miocardio ni producir hipotensión arterial.
7. No a de ser tóxico para el hígado o riñón.
8. No a de aumentar la hemorragia capilar por vasodilatación.
10. Debe ser económico y utilizarse sin aparatos complicados.

PREMEDICACION ANESTESICA. Consiste en el empleo de una o varias drogas especialmente depresoras del S.N.C., antes de la anestesia general para facilitar la inducción y facilidad de la misma.

## METODOS DE ANESTESIA GENERAL.

**METODO ABIERTO.** Generalmente es el eter sobre una mascarilla cubierta con gasa, evita libre acceso de aire con poca acumulación de  $CO_2$  en la respiración, se puede insuflar  $O_2$  por medio de un tubo que salga de un tanque y pase por debajo de la mascarilla.

**METODO SEMIABIERTO.** Requiere un aparato de anestesia con tanque para los gases anestésicos y oxígeno, una máscara hermética y una bolsa de hule donde el paciente inspira, existen valvulas de manera que todo el volumen expirado va a la atmosfera y no hay reinalación.

**METODO SEMICERRADO.** Consiste en el empleo de una mascarilla comunicada con una bolsa que sirve de reserborio como en el metodo anterior pero al no existir valvulas durante la expiración parte de los gases van al exterior y parte a la bolsa de reinspiración, de manera que el paciente inspira una mezcla gaseosa mixta.

**METODO CERRADO.** Es el metodo de elección pero existe el empleo de aparatos especiales que constan de una mascarilla como los procedimientos anteriores, una bolsa de introducir oxígeno, medidores de corriente, pero con este caso el sistema esta completamente cerrado y el paciente reinala siempre los vapores y gases anestésicos pero no así el  $CO_2$  que es absorbido por cal sodada (mezcla de hi.

droxido de calcio y sodio).

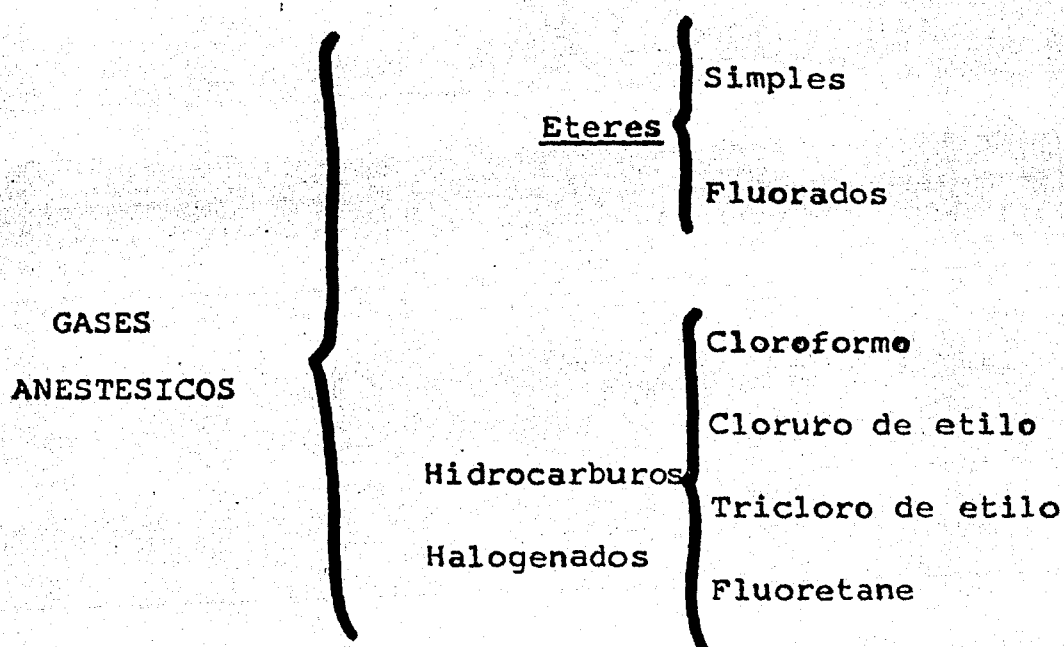
**METODO ENDOTRAQUEAL.** Consiste en colocar un cateter de goma o plastico en la traquea, colocandose a través de la glotis mediante un laringoscopio, colocando la sonda con el aparato de anestesia; este procedimiento se realiza una vez introducida la anestesia y con la ayuda de un relajante muscular para poder realizarla y luego para evitar la fuga de gases respiratorios hacia el exterior, se recurre al taponamiento faringeo.

**METODO NASOTRAQUEAL.** Es exactamente igual que el anterior pero la intubación no se hace por boca sino por nariz.

## CLASIFICACION DE LOS ANESTESICOS GENERALES.

Se clasifican en: ANESTESICOS VOLATILES y GASES ANESTESICOS.

Sé subdivien en:



Para el eter simple la velocidad de producción de anestesia a los periodos I y II es de 15 a 20 ', en cambio para los anestésicos fluorados es de 3 a 9 '.

Para la recuperación de la anestesia es de 1 a 2 horas - con el eter. En cambio para los halogenados es de 5 a 10' (minutos).

## GASES ANESTESICOS.

### OXIDO NITROSO O PROTOXIDO DE N.(GAS ILARANTES).

Es el anestésico más antiguamente usado se caracteriza por inducción y restablecimiento rápidos y placenteros; es un anestésico general sumamente débil y para poder producir un grado de anestesia quirúrgica su concentración en el aire inspirado debe de ser muy elevada, lo que puede producir anorexia, no se usa con fines anestésicos únicamente analgésicos; con una mezcla de 20% de  $O_2$  y 80 de óxido nitroso ( $N_2O$ ) o de 25% a 75.

El paciente siente mareos, alucinaciones y risa. Pasado rápidamente el periodo dos con una mezcla de 50 a 50; no pasa del periodo uno produciendo un estado semejante al de intoxicación alcalina a veces con mareos pero siempre acompañado de analgesia sin pérdida de la conciencia. El restablecimiento es rápido de 2 a 3 minutos aproximadamente sin trastornos.

FISIOLOGIA DEL  $N_2O$  EN EL ORGANISMO. No se combina clínicamente con ningún tejido del cuerpo, sin embargo no compete con el oxígeno ni con el  $CO_2$  para combinarse, pero posee propiedades anestésicas y su mecanismo de acción es directamente proporcional a este tipo de acción o sea la solubilidad.

**ACCION FARMACOLOGICA.** La depresión del S.N.C., su principal acción, no toxico para ningun órgano o tejido; siempre y cuando se administre una cantidad adecuada de oxígeno que es por lo menos del 20% junto con el  $N_2O$ .

**EFFECTOS FARMACOLOGICOS.** Se ha demostrado que el  $N_2O$  afecta todos los sentidos y las sensaciones incluso la del dolor. El  $N_2O$  no causa ningun cambio apreciable en la frecuencia cardiaca si acaso ligera taquicardia, salvo en la medida en que la hipoxia o la retención de  $CO_2$  afecta la actividad cardiaca. La presión arterial no es alterada en ausencia de hipoxia y la presión venosa no presenta ningun cambio.

Clinicamente se ha demostrado que se presenta venodilatación con las concentraciones moderadas de  $N_2O$  y esto se utiliza para facilitar la función de las venas cuando estas se hacen colapsadas, el volumen y composición de la sangre no son alteradas por la concentración o presencia de  $N_2O$ . Dismunuye la sensibilidad de las zonas: Bucal, nasal y laringo-traqueal. Se reduce el espacio laringeo debido a la reducción de la sensibilidad de la laringe.

Muchos efectos farmacologicos indeseables asociados con el  $N_2O$  son el resultado de la reducción de la tensión de oxígeno que puede causar diversos niveles de hipoxia como antes menciones, es indispensable que al menos 20% sea combinado con el  $N_2O$ .

MOTIVOS POR LO QUE PUEDE PRESENTARSE HIPOXIA.

1. Error en el suministro de oxígeno.
2. Los medidores del flujo de la maquina pueden estar equivocados.
3. Se ha demostrado que en altitudes mayores puede presentarse tensión de oxígeno reducida en la sangre arterial esto sucede si se administra más dosis de oxígeno con menos  $N_2O$  en altitudes arriba de los 2000 Mts. a nivel del mar.
4. La causa más importante de la hipoxia posanestésica -- fue descrita por Fink, quien llama anoxia por difusión en la etapa de recuperación. Ya que un paciente respirando el aire normal de la habitación después de la administración del  $N_2O$  hace pasar una cantidad menor de  $N$  de los pulmones hacia la sangre debido a la baja solubilidad del  $N$  en la sangre, la diferencia entre el  $N_2O$  eliminado y el  $N$  absorbido da como resultado la dilución de oxígeno alveolar presentandose la anoxia por difusión.
5. A una hipoventilación pulmonar. Para evitar la anoxia -- es indispensable administrar oxígeno durante 5 a 10' -- en cantidades de 10 l/min., después recomendamos respiración profunda y periodica para evitar la hipoventilación.  
  
(no llegada de oxígeno suficiente a los pulmones=hipoxia)

### ANALGESIA CON OXIDO NITROSO EN ODONTOLOGIA.

Para Odontología Operatoria podemos suprimir la existencia dolorosa con una combinación de 50 X 50 en esta concentración evitaremos la hipoxia, las anuseas y vomitos. Al profundizar la analgesia puede perderse la sensibilidad sin embargo el tacto no siempre queda afectado.

La extracción de un diente, la incisión de un bisturi y la eliminación de la pulpa dentaria puede provocar dolor por lo que se recomienda colocar anestesia local cuando el paciente esta en estado de analgesia.

La voz constante y monotonía del dentista puede mejorar la situación del paciente durante la experiencia analgésica y algunos pacientes de analgesia con una concentración de 30 a 70.

En concentración de 45 a 65 de  $N_2O$  (o sea entre 45 y 65) el paciente puede presentar anoxia ligera pero pasando de los 65 se llega a una anoxia completa y a un estado entre anestesia y analgesia el cual llaman zona de analgesia, mientras más concentración de  $N_2O$  más se presentan náuseas y vomitos.

Para procedimientos de mayor duración en Odontología restauradora la concentración promedio son de 45 y 65  $N_2O$ . En cirugía odontológica puede ser necesario completar las técnicas de  $N_2O$  con diversos tipos de fármacos como pueden ser narcóticos (meperidina), algunos barbitúricos -



de acción ultracorta (tripentriolal), piobarbital) o anestesia local, algunos otros agentes por inhalación.

#### INDICACIONES PARA EL USO DEL N<sub>2</sub>O EN ODONTOLOGIA.

1. Incisión y debridación de abscesos agudos.
2. Cuando son necesarios procedimientos operatorios múltiples y el paciente es muy aprensivo.
3. Niños y adultos que no son receptivos a las técnicas de anestesia local por inyección.
4. En retrasados mentales.

#### CONTRAINDICACIONES PARA EL USO DEL N<sub>2</sub>O EN ODONTOLOGIA.

1. Trismos (incapacidad para abrir la boca o inflamación de los músculos de la boca) asociado con celulitis del piso de la boca o el cuello que pudiera afectar la vía aeres.

Celulitis=Inflmación tumefacta provocada por una infección generalizada en los músculos o sea cuando los germen<sub>es</sub> han roto barrera y sean generalizado.

2. Por ingestión de alimentos o líquidos poco antes de la administración del N<sub>2</sub>O.
3. Enfermedades generales tales como: Cardiopatias graves, hipotiroidismo, diabetes no controlada, anemia, infecciones en las vias aereas superiores, hecticemia pulmonar (penetración del aire entre la pleura y los pulmones).

### GENERALIDADES DEL ANESTESICO GENERAL.

Los anestésicos generales no son metabolizados en el organismo y más del 90 % de la cantidad administrada puede recuperarse en el aire expirado y el resto en la orina y saliva.

La principal vía de la eliminación de los vapores y gases anestésicos es la vía pulmonar y es sumamente rápida dada la gran superficie del epitelio alveolar.

Dicha excreción se realiza entre la sangre hacia los alveolos pulmonares por difusión. La velocidad de eliminación depende de la ventilación pulmonar y de la solubilidad de la droga en la sangre, siendo directamente proporcional a la primera e inversamente proporcional a la última.

### ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA GENERAL.

La anestesia general es capaz de producir una serie de efectos indeseables o adversos que se debe no solamente a la acción de los agentes anestésicos, sino que derivan de las condiciones del paciente durante la intervención y la anestesia. Las complicaciones pueden ser: Apnea, Paro cardíaco, Anoxia.

ACNEA. Estado de dificultad de respirar, pero el problema es la falta del reflejo para respirar.

Durante la inducción de la anestesia puede deberse a un

un exceso de medicación preanestésica o de anestésico. La apnea durante el periodo IV llamado también síncope azul es de depresión del centro respiratorio, aparece cuando se ha administrado el anestésico a una concentración que ha sobrepasado el periodo quirúrgico. El tratamiento consiste en la suspensión inmediata del agente anestésico.

**ANOXIA.** Provocada por falta de oxígeno en el aire inspirado y es consecuencia de un error provocado en la técnica, también por hipoventilación pulmonar o alguna obstrucción de las vías aéreas, es uno de los fenómenos que se debe de ver durante la anestesia. Se presenta por taquicardia, posteriormente cianosis pasando luego a la hipotensión arterial y bradicardia hasta llegar al paro cardíaco.

Su tratamiento principal es la ayuda respiratoria, la administración de oxígeno al 30% a 50% junto con el anestésico. Se puede hacer una intubación traqueal.

**PARO CARDIACO.** Se denomina así a la detención circulatoria de origen cardíaco y que puede consistir en una asistole a una fibrilación ventricular que son inextinguibles clínicamente.

Sus causas son: Anoxia, exageración de los reflejos vagales, depresión cardíaca por el anestésico.

Los signos son: Ausencia de pulso y de ruidos cardíacos,

la dilatación de la pupila lo cual quiere decir anoxia cerebral y el ceceo de hemorragia quirúrgica.

El tratamiento debe ser inmediato dentro de los 3' de ocurrido el accidente pues en caso contrario se producirá la muerte cerebral.

Mientras se efectúa la respiración artificial, el oxígeno será a la máxima concentración y se realiza masaje cardíaco externo, si al cabo de 2' no ha producido la recuperación cardíaca no debe titubarse en realizar el masaje cardíaco interno.

Si se observa fibrilación ventricular se utilizara desfibrilador interno, mientras que si existe asistole se podrá inyectar adrenalina intravenricular al 0.5%.

#### COMPLICACIONES POS-OPERATORIAS POR CAUSA DEL ANESTESICO.

**HIPOTENSION ARTERIAL. POSOPERATORIA.** Tiene por causa la -- pérdida sanguínea y la anoxia por hipoventilación, su tratamiento consiste en corregir dichas anomalías.

**VOMITOS.** Durante el restablecimiento de la anestesia en el posoperatorio son frecuentes especialmente con el -- eter y en menor grado con el flutano. El tratamiento consiste en administrar drogas antieméticas (antivominitivas) Ejem: La Clorpromacina.

**NECROSIS HEPATICA.** Se presenta especialmente por anestésicos halogenados siendo factores importantes la anoxia, --

shock y histeria, hemorragia seguidas a veces del coma y muerte. Su tratamiento es la administración de corticosteroides y glucosa.

#### VENTAJAS DE LA ANESTESIA GENERAL SOBRE LA LOCAL.

1. Eliminación de ansiedad y miedo.
2. Mayor relajación muscular.
3. En algunos casos es esencial la inconciencia del paciente cuyos movimientos pueden molestar al cirujano.

#### VENTAJAS DE LOS ANESTESICOS POR INALACION SOBRE LOS

#### INDUCIDOS POR VIA ENDOVENOSA.

1. Regulación de la profundidad de la anestesia en cualquier momento y con rapidez mediante aumento o disminución de las cantidades del anestésico volátil o gaseoso.
2. En caso de dosificación es eliminado rápidamente por los pulmones, mientras en el caso por vía endovenosa no pueden retirarse de circulación y es necesario esperar su metabolismo.

## TECNICAS QUIRURGICAS :

### TECNICAS POR VIA PALATINA.

1a. TECNICA. Se lleva a cabo en una inclusión de caninos superiores; se basa en el desprendimiento de la fibromucosa palatina que da de acuerdo a la localización del diente(s) incluido. Unilateral o bilateral ya que se recomienda desprender la mucosa que cubre la bóveda palatina.

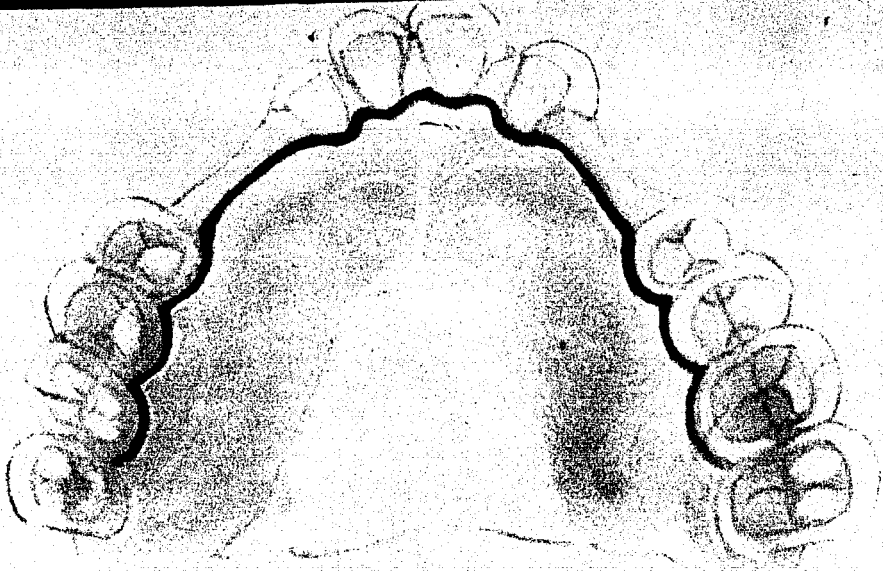
En esta técnica se utiliza la incisión tipo NEUMANN. Es la que esta más en consonancia con los principios quirúrgicos.

Consiste en el desprendimiento previo de la fibromucosa de los cuellos de los dientes junto con las papilas interdentarias, haciendo previamente la incisión que abarca del primer molar a central o del primer molar al primer molar del lado opuesto en caso de inclusión bilateral. Y el colgajo se levanta.

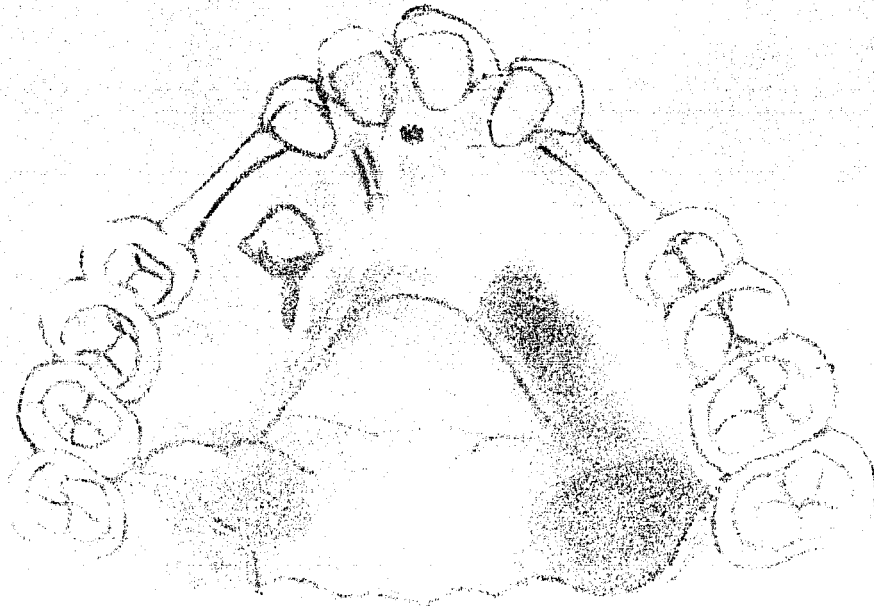
Otra es también usando incisión tipo Neumann pero nada más abarca la mitad de central a segundo premolar (inclusión bilateral).

El colgajo se optiene; insinuando en el contorno de los dientes y entre ellos y la encia; el bisturi es dirigido en sentido perpendicular a la bóveda hasta el hueso. Cuando existe el caso de ausencia de algun diente el bisturi

TECNICA QUIRURGICA  
POR VIA PALATINA  
INCISION TIPO NEUMANN



DESPRENDIMIENTO  
DEL COLGAJO



sigue el contorno y se continua hasta el lugar elegido.--  
Una vez realizada las incisiones se prosigue al desprendimiento del colgajo.

2a.TECNICA. Algunos autores recomiendan hacer una incisión transversal en la bóveda palatina, pero no es muy aconsejable ya que al realizar esta se seccionan los vasos palatinos que discurren desde el agujero posterior hacia adelante y se produce una abundante hemorragia, por lo que se debe evitarse el uso de esta.

Para la extracción del canino es suficiente el desprendimiento de los dientes.

3a.TECNICA. Se utiliza en el caso de que el diente incluido se encuentre lejos de la arcada dentaria o borde alveolar. Es realizada una incisión tipo PARTSCH que abarque del central a la cara distal del segundo molar; pero esta se realiza sobre el tejido del paladar duro. El inconveniente de esta técnica es que no da un amplio campo y el estrecho gingival que existe entre la incisión y la arcada es dañado y traumatizado durante la intervención.



U N A M

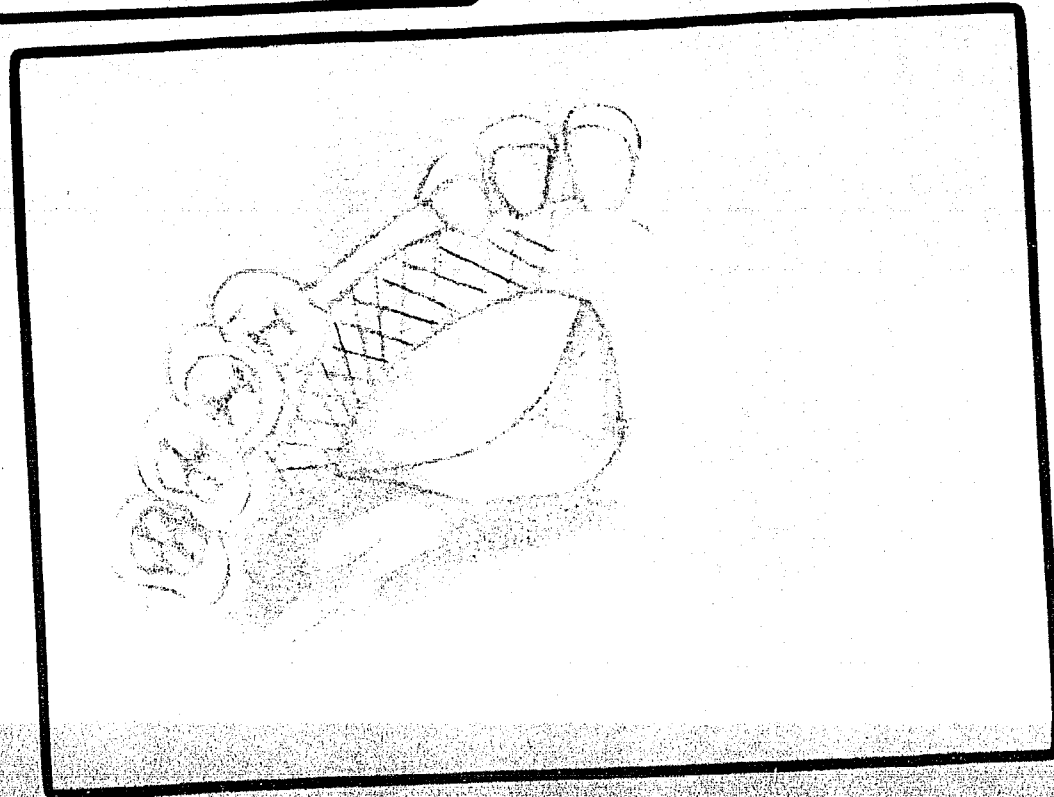
ODONTOLOGIA

FLOR ELVIA SANCHEZ RIVERO

VIA PALATINA CON  
INCISIONES TRANSVERSAL  
PRODUCE HEMORRAGIA ABUNDANTE



INCISION TIPO PARTSCH



### TECNICA POR VIA VESTIBULAR.

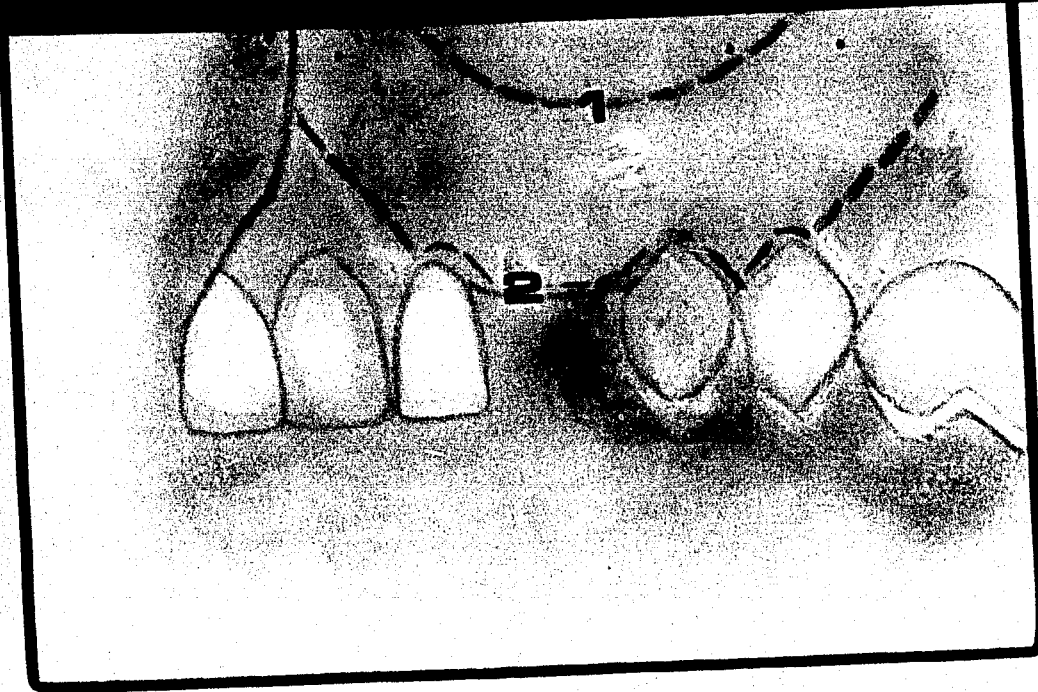
Se utiliza en caso de caninos incluidos en posición vestibular y palatino cerca de la arcada dentaria.

Se recomienda cuando existan o se presenten diastemas, o ausencia de dientes y el espacio es el necesario para -- realizarla ya que el acceso del diente incluido es más -- rápido y directo.

En caso que se realice esta técnica y no se pueda luxar la corona se puede complementar con lá de la vía palatina.

La incisión que se realiza puede ser PARTSCH o de NEUMANN que abarca el borde libre. Esta debe quedar alejada del -- sitio de inclusión del diente para que no incida con la brecha al repocer el congado a su sitio.

- VIA VESTIBULAR
- 1** INCISION TIPO PARSCH
  - 2** INCISION TIPO NEUMANN



INCISION HASTA BORDE LIBRE ( Neumann )



ODONTOLOGIA

FLORES ELVIA SANCHEZ RIVERO

### TECNICA PARA MAXILARES DESDENTADOS.

En caso de maxilares desdentados la técnica a seguir es por vía Vestibular.

Los caninos incluidos en cualquier posición se resuelven por esta vía, solamente los proximos a la bóveda y lejos del borde alveolar se resuelven por vía palatina.

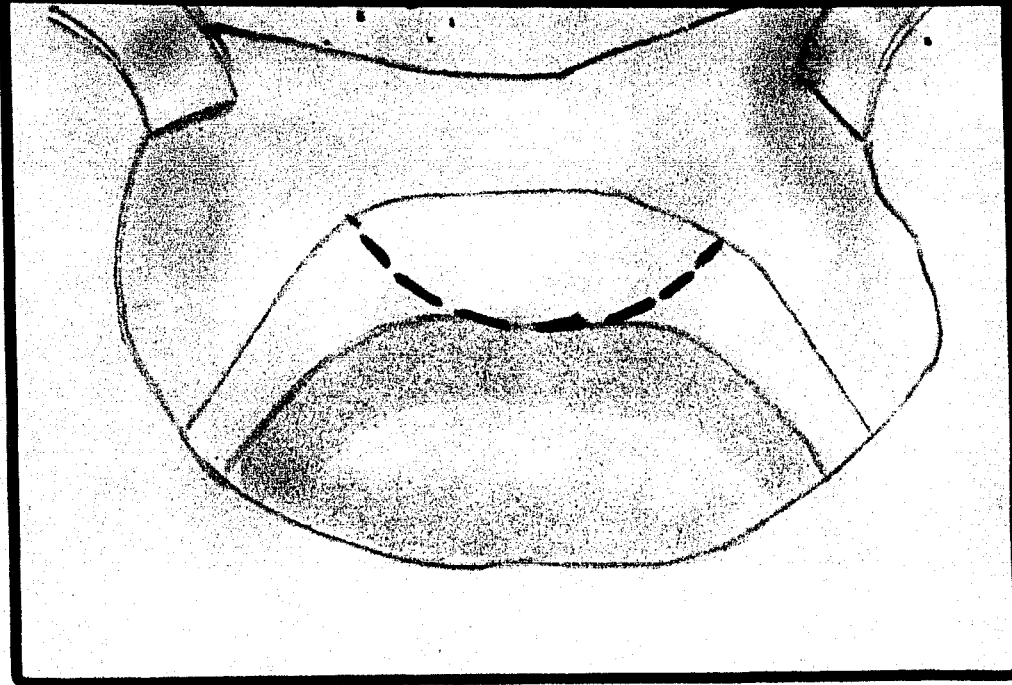
Cuando los caninos se localizan cerca de la arcada se corre el riesgo del rompimiento de tabla ósea que ocasiona problemas para la colocación de la prótesis y en estos casos se aconseja seccionar el diente, que ejercer presiones sobre la tabla.

### DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO (LEGRADO)

Es el siguiente paso a seguir en todas las tecnicas. Se realiza con un instrumento romo (Espatula de Freer, Periostomo o Lepra). Se lleva a cabo mediante pequeños movimientos, se insinúa el instrumento entre la arcada y la encia o entre los labios de la incisión y usando leves movimientos se va desprendiendo la fibromucosa hasta el limite deseado o necesario.

Una vez realizado esyo se sostiene y mantiene el colgajo con un hilo anudado a algun diente del lado opuesto (unilateral) o al campo quirurgico (bilateral). Este hilo sirve posteriormente para suturar.

INCISION TIPO PARSCH  
EN DESDENTADOS



TIPO NEUMANN CON TRANSVERSALES



ODONTOLOGIA

FLOU ELVIA SANCHEZ RIVERO

C A P I T U L O V .

E X T R A C C I O N     D E

C A N I N O S     I N C L U I D O S

I N F E R I O R E S .

## CAPITULO V.

## TECNICAS DE ANESTESIA :

## MENTONIANA:

El agujero mentoniano se encuentra aproximadamente entre los dos premolares inferiores, por donde emerge el nervio del mismo nombre; el sitio de punción sera en el pliegue mucogingival, por la comisura de los labios vamos a dar una angulación aproximada de  $45^{\circ}$ , con respecto al plano oclusal. Vamos a depositar un cuarto de anestesico (según el caso). Con esta técnica vamos a anestesiar del primer molar al canino. Para hacer tratamiento en estos dientes tendremos que complementar con la regional inferior o dentaria. Para anestesiar central y lateral se colocan puntos locales. Se utiliza en esta ahuja corta o larga.

## DENTARIO INFERIOR (REGIONAL).

Para sacar una referencia del nervio dentario inferior se coloca la cara interna del dedo indice en las caras oclusales de los molares inferiores y que nuestra yema del dedo toque en la rama ascendente de la mandíbula o maxilar. Hay dos formas de dirigir la ahuja.

1a. A la mitad de la uña y entre los dos premolares del lado contrario, vamos a llegar hasta el hueso donde depo-

sitamos medió cartucho de anestésico.

Pasamos después nuestra jeringa a las caras masticatorias del lado opuesto o contrario sin sacar la aguja, ahí penetramos 1 a 2 mm más y llegamos a la espina de Spinc y después volvemos otra vez hasta los premolares del lado contrario y depositamos la otra mitad del anestésico. Con esta técnica se va anestesiar del primer premolar al tercer molar (según el caso) y la mucosa de la cara interna o mucosa lingual, borde antero exterior de la lengua y la mitad del labio inferior del lado anestesiado.

2a. Hay una variante que cuando nosotros colocamos la yema del dedo y la ascendente, vamos a colocarla bien para poder dirigir nuestra jeringa aproximadamente paralela a las caras masticatorias de molares, la aguja a la mitad de la uña y dejamos todo el anestésico y más o menos penetramos de 1 a 1.5 mm., (penetramos a sentir hueso). Con esta técnica estamos a 2 o 3 mm, separados de la espina. Cuando nosotros penetramos de más y volteamos nuestra jeringa corremos el riesgo de anestesiar el facial, tiende a crecer el ojo. Se quita cuando cesa la anestesia.

Esta anestesia es por difusión no por absorción. Cuando se deja en hueso se difunde y forzosamente anestesiamos. Los síntomas de esta técnica comienzan con un hormigueo en el labio inferior, después se pone duro y se le cae; es



to nos demuestra que ya no hay sensibilidad.

Para Operatoria, Prótesis y Exodoncia Infantil se utiliza esta técnica.

Para Exodoncia, Cirugía, Parodoncia, Endodoncia, habra que - complementar con puntos locales en vestibular debido a - que es inervada la mucosa por el nervio buccinador.

En esta se utiliza ahuja larga.

----

Otro tipo de anestesia es la GENERAL que se menciona y - trato en el capitulo anterior.

Las indicaciones y contraindicaciones para la extracción de los caninos incluidos inferiores son las mismas que en superiores.

## TECNICAS QUIRURGICAS :

### TECNICA POR VIA VESTIBULAR.

La vía vestibular es la que se ajusta a las normas en cirugía, esta técnica también se utiliza en caso de caninos linguales, verticales, en ausencia de dientes vecinos.

Se realiza mediante dos formas de incisiones:

Un tipo de incisión que se realiza es la de forma de arco sin llegar a borde gingival y nos proporciona un colgajo suficiente.

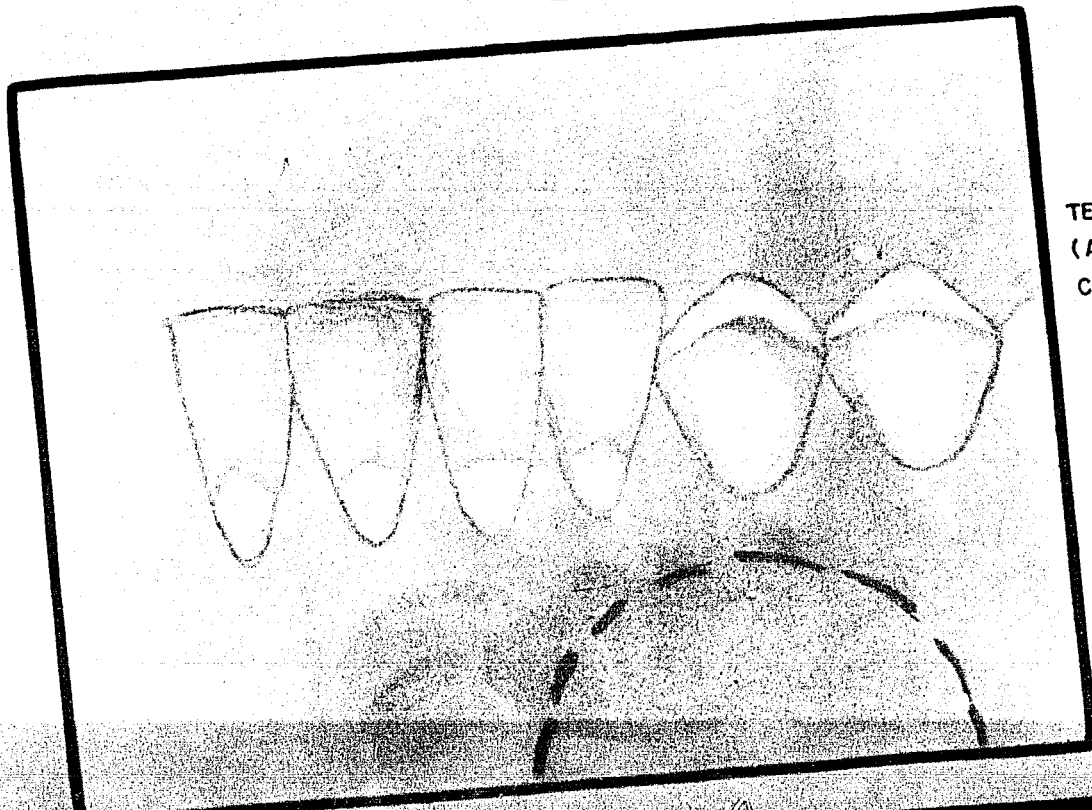
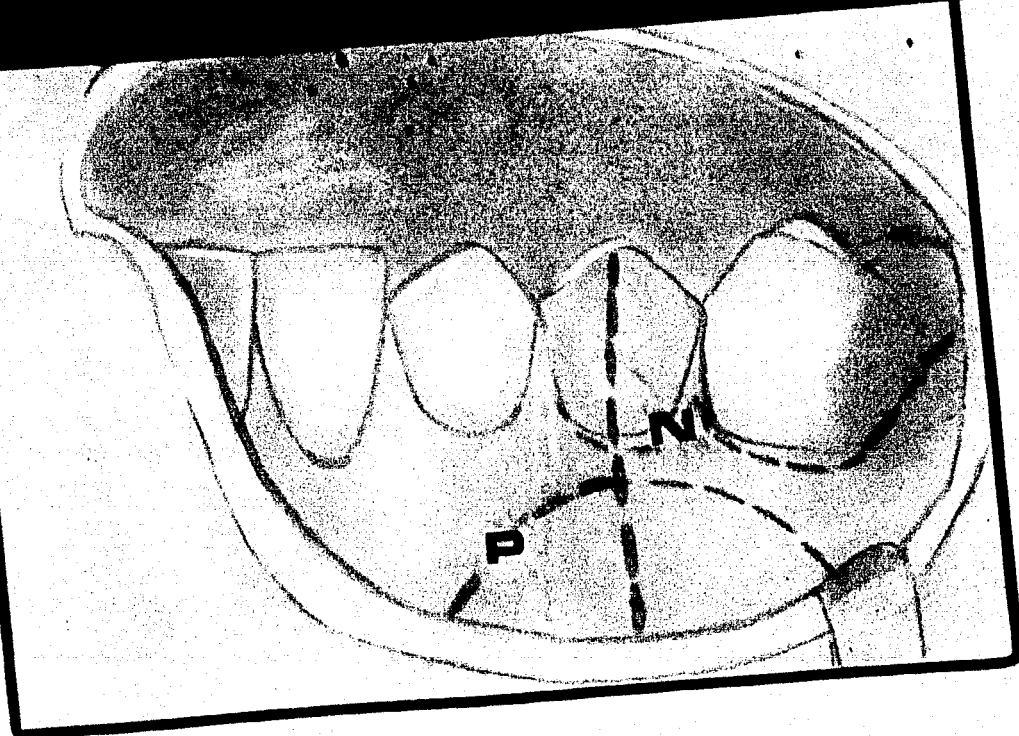
Se puede realizar en pleno tejido del borde alveolar, pero se corre el riesgo de que al suturar nos desplace el colgajo.

Se puede realizar la incisión sobre el tejido duro o sea más abajo, pero se corre el riesgo de que no da un campo de visibilidad amplio y el tejido gingival que quede entre incisiones y borde se traumatiza durante la intervención como se presenta en los caninos superiores por vía palatina.

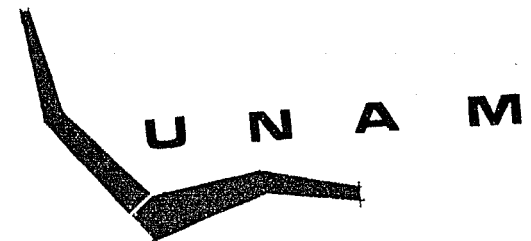
Otro tipo de incisión es trazandola vertical y desprendiendo lo de la encía de los dientes a la altura de sus cuellos, es una manera menos traumática. Y una vez que el colgajo regrese a su sitio original quede adaptado y no deje huellas. Proseguimos al desprendimiento del colgajo

TECNICA QUIRURGICA VIA VESTIBULAR

**N** INCISION TIPO NEUMANN  
**P** INCISION TIPO PARTSCH.



TECNICA POR VIA LINGUAL  
(Alveolectomia Vestibular)  
CANINOS EN POSICION VESTIBULO LINGUALES.



que se realiza como en los superiores, procurando no desgarrar el tejido gingival, ni traumatizarlo.

#### TECNICA POR VIA LINGUAL.

Esta técnica es muy rara su utilización ya que es muy laboriosa por obstruir y no cumplir algunos de los principios de la cirugía como es la mala iluminación del campo operatorio y por lo tanto mala visibilidad y el daño de partes vitales.

Por estos inconvenientes es preferible en un caso sacrificar dientes y poder utilizar la vía vestibular.

En esta técnica una vez que se realiza es recomendable el uso de la odontosección para producir el menor grado de traumatismo a los dientes vecinos y fuerza al maxilar. Aquí se utiliza gran fuerza durante el acto quirúrgico. En caso de los caninos en posición vestibulo-linguales la técnica a seguir es una ALVEOLECTOMIA VESTIBULAR, la sección del canino a nivel de su cuello y una vez la corona se extrae por el lado lingual y la raíz por vestibular.

### TECNICA PARA DESDENTADOS.

La técnica y vía de acceso es la vestibular.

La incisión es en forma angular de preferencia, una variante es que aquí si llega a proximidades del borde libre y el vertical se traza con ángulo recto con el primero. Aquí se puede utilizar también la incisión tipo NEUMANN dando buenos resultados,

Se prosigue al desprendimiento del tejido gingival.

C A P I T U L O V I .

P A S O S     D E     U N A

C I R U G I A     D E

C A N I N O S     I N C L U I D O S

## CAPITULO VI

## HISTORIA CLINICA.

FECHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ .EDAD: \_\_\_\_\_ .SEXO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ .OCUPACION: \_\_\_\_\_

ORIGEN: \_\_\_\_\_ .EDO.CIVIL: \_\_\_\_\_ .FECHA: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Edo.De salud de su Padre y Madre: \_\_\_\_\_

(Si murieron)¿De qué? \_\_\_\_\_

¿Cuántos hermanos son? \_\_\_\_\_

¿Sufren alguna enfermedad? \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Higiene: \_\_\_\_\_

Habitación o vivienda: \_\_\_\_\_

Nivel Socioeconomico: \_\_\_\_\_

Presentación personal: \_\_\_\_\_

Calidad y cantidad de alimentos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Grado de escolaridad: \_\_\_\_\_

Hábitos: \_\_\_\_\_

(Alcoholismo, Tabaquismo, Toxicomanías, Etc ).

Inmunizaciones: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:**

Enfermedades de la infancia que ha padecido: \_\_\_\_\_

Enfermedades que padezca desde la infancia: \_\_\_\_\_

Sensibilidad a alimentos o medicamentos: \_\_\_\_\_

Es Usted propenso a:

¿Hemorragias? \_\_\_\_\_ . ¿Cardiopatías? \_\_\_\_\_

¿Diabetes? \_\_\_\_\_ . ¿Reumatismo? \_\_\_\_\_

¿Amígdalas? \_\_\_\_\_ . ¿Otras? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido complicaciones con la anestesia local? \_\_\_\_\_

¿Está Usted bajo tratamiento médico general? \_\_\_\_\_

Causa: \_\_\_\_\_ :Tiempo: \_\_\_\_\_

Nombre del Dr: \_\_\_\_\_ . Dom. Tel: \_\_\_\_\_

Intervenciones quirúrgicas: \_\_\_\_\_



**PADECIMIENTO ACTUAL:**

Motivo de la consulta: \_\_\_\_\_

Enumeración de los síntomas: \_\_\_\_\_

principales(dolor, tipo, etc: \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio.Causa Apa- \_\_\_\_\_

rente, evolución de cada uno \_\_\_\_\_

de los elementos: \_\_\_\_\_

**ESTUDIO DE APARATOS Y SISTEMAS:****D I G E S T I V O**

¿Qué apetito tiene? \_\_\_\_\_ .¿Cómo es su deglución? \_\_\_\_\_

¿Cuántos alimentos ingiere al día? \_\_\_\_\_

Presenta dolor al ingerir algún alimento: \_\_\_\_\_

Donde? \_\_\_\_\_ .Tipo: \_\_\_\_\_ :Duración: \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces defeca al día? \_\_\_\_\_ .Antes: \_\_\_\_\_

¿Hay dolor al realizarla? \_\_\_\_\_ .Puja: \_\_\_\_\_

¿Es abundante la evacuación y qué apariencia y características presenta? \_\_\_\_\_

¿Ha expulsado parásitos? \_\_\_\_\_

¿Sufre algún padecimiento del Hígado o Vesícula? \_\_\_\_\_

Algún otro trastorno: \_\_\_\_\_

## R E S P I R A T O R I O

Siente dificultad al respirar? \_\_\_\_\_

¿Siente dificultad al pasar el aire por la nariz? \_\_\_\_\_

¿Presenta salida de sangre por la nariz? \_\_\_\_\_

¿Presenta espectoración con sangre? \_\_\_\_\_

¿Padece Tos: Continua. Aislada. Produce Vómito. Es seca? \_\_\_\_\_

¿Es abundante la espectoración? \_\_\_\_\_

¿Tiene dolor en el pecho, la espalda o costado? \_\_\_\_\_

¿Aumenta al respirar profundamente? \_\_\_\_\_

¿Presenta pérdida de voz? \_\_\_\_\_

¿Siente que no puede respirar cuando duerme? \_\_\_\_\_

¿Le falta el aire después de cualquier ejercicio leve? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de ejercicio o deporte práctica? \_\_\_\_\_

¿Padece frecuentemente de las amígdalas o faringe? \_\_\_\_\_

## C I R C U L A T O R I O

¿Tiene palpitaciones; obedecen al esfuerzo? \_\_\_\_\_

¿Se fatiga con pequeños o grandes esfuerzos? \_\_\_\_\_

¿Presenta dolor en el lado del corazón? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo dura? \_\_\_\_\_ .Se presenta angustia: \_\_\_\_\_

¿Le ha salido sangre por alguna parte del cuerpo? \_\_\_\_\_

¿Tuvo hemorragias excesivas o anormales después de algún acto quirúrgico? \_\_\_\_\_ ¿Tipo de acto: \_\_\_\_\_

¿Ha necesitado una transfusión de sangre: \_\_\_\_\_ .Motivo: \_\_\_\_\_

Circunstancias: \_\_\_\_\_ .Fecha: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de sangre es? \_\_\_\_\_

¿Padece algún otro trastorno de la sangre (anemia) \_\_\_\_\_

¿Padece de la presión? \_\_\_\_\_ .De qué? \_\_\_\_\_

¿Se ha hinchado de alguna parte del cuerpo? \_\_\_\_\_

¿Se ha puesto alguna vez morado? \_\_\_\_\_ .Causa: \_\_\_\_\_

¿Siente vértigos así como si le dieran vuelta las cosas?

¿Tiene dolor de cabeza constantemente? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sumbido de oídos? \_\_\_\_\_ .Molestias de la vista? \_\_\_\_\_

¿Siente hormigueos, calambres o dormido alguna parte del cuerpo? \_\_\_\_\_ .Parte: \_\_\_\_\_

#### U R O G E N I T A L

Orina con mucha frecuencia? \_\_\_\_\_ .No. de micciones: \_\_\_\_\_

¿Orina por la noche? \_\_\_\_\_ .Cantidad al día: \_\_\_\_\_

¿Qué olor: \_\_\_\_\_ .Color: \_\_\_\_\_ .Presenta sangre: \_\_\_\_\_

¿Tiene dificultad al orinar? \_\_\_\_\_ .Dolor: \_\_\_\_\_ .Ardor: \_\_\_\_\_

¿Siente alguna molestia al hacerlo? \_\_\_\_\_

¿Sufre alguna enfermedad del riñon? \_\_\_\_\_

¿Qué tanto de líquido consume al día? \_\_\_\_\_

¿Presenta salida de secreciones por la vagina o por ure-

tra? \_\_\_\_\_ .Tipo: \_\_\_\_\_ .Características: \_\_\_\_\_

## G E N I T A L

Características del ciclo menstrual: \_\_\_\_\_

Vida sexual activa: \_\_\_\_\_

No. de embarazos: \_\_\_\_\_ .partos: \_\_\_\_\_ .Abortos: \_\_\_\_\_

Cesareas: \_\_\_\_\_ .Fecha del ultimo parto: \_\_\_\_\_

Perturbaciones sexuales: \_\_\_\_\_

Menopausia: \_\_\_\_\_ .Infecciones: \_\_\_\_\_

## E N D O C R I N O

Padece de alguna alteración de glándula endocrina? \_\_\_\_\_

Cúal? \_\_\_\_\_ .enfermedad: \_\_\_\_\_ .Fecha: \_\_\_\_\_

Otro síntoma: \_\_\_\_\_

## N E R V I O S O

Duerme bien? \_\_\_\_\_ . Cuántas horas? \_\_\_\_\_

¿En el día lo hace? \_\_\_\_\_ . ¿Tiene pesadillas? \_\_\_\_\_

¿Oye bien? \_\_\_\_\_ . Huele bien: \_\_\_\_\_ . Ve bien: \_\_\_\_\_

¿Está ingiriendo alguna droga o medicamento para dormir o evitarlo? \_\_\_\_\_ . Cúal? \_\_\_\_\_ : Dosis: \_\_\_\_\_

¿Cómo es su caracter y animo? \_\_\_\_\_

¿Se presentan temblores? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Presenta depresión o ansiedad? \_\_\_\_\_

Memoria: \_\_\_\_\_ . reflejos: \_\_\_\_\_

## M U S C U L O E S Q U E L E T I C O

Deformaciones: \_\_\_\_\_

Presenta dolores musculares: \_\_\_\_\_ . Sitio: \_\_\_\_\_

Presenta dolores articulares: \_\_\_\_\_ . Sitio: \_\_\_\_\_

### EXPLORACION FISICA:

#### D A T O S G E N E R A L E S

Peso: \_\_\_\_\_ . Etatura: \_\_\_\_\_ . Temperatura: \_\_\_\_\_

Pulso: \_\_\_\_\_ . Presión: \_\_\_\_\_ . Resp: \_\_\_\_\_

**INSPECCION GENERAL:**

Sexo: \_\_\_\_\_ . Edad aparente: \_\_\_\_\_ . Constitución: \_\_\_\_\_

Conformación: \_\_\_\_\_ . Actitud: \_\_\_\_\_

Facies: \_\_\_\_\_ . Movimientos normales: \_\_\_\_\_

Marcha: \_\_\_\_\_ . Estado de la conciencia: \_\_\_\_\_

Color: Ojos: \_\_\_\_\_ . Cabello: \_\_\_\_\_ . Piel: \_\_\_\_\_

Forma de: Cabeza: \_\_\_\_\_ . Nariz: \_\_\_\_\_ . Extremidades: \_\_\_\_\_

Simetría: \_\_\_\_\_ . Reflejos: \_\_\_\_\_ . Movilidad: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CAVIDAD BUCAL:

## E X A M E N D E T E J I D O S

T E J I D O	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES
LENGUA			
MEJILLAS			
LABIOS			
PISO DE BOCA			
PALADAR			
TEJ.DUROS			

## E X A M E N P A R O D O N T A L

PLACA BACTERIANA		
MATERIA ALBA		
SARRO	Supragingival	
	Infragingival	
GINGIVITIS		
MOVILIDAD DENTAL		
BOLSAS PARODONTALES		
REABSORCION OSEA		

E X A M E N      D E N T A L

PERMANENTES

Cariadas	
Perdidas	
Obturadas	
Extracciones	

TEMPORALES

Cariadas	
Perdidas	
Obturadas	
Extracciones	

Higiene bucal: Buena: : \_\_\_\_\_ .Regular: \_\_\_\_\_ .Pobre: \_\_\_\_\_

Consumo excesivo de CH<sub>2</sub>O? \_\_\_\_\_

Tipo de Oclusión: \_\_\_\_\_ .Anotaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Hábitos: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: (INCLUSION DE CANINO(S) ) \_\_\_\_\_

PRONOSTICO: (Favorable o desfavorable) \_\_\_\_\_

ETIOLOGIA: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO: ( CIRUGIA) \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

(o responsiva)      Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 19\_\_\_\_\_



a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_\_

Resultado de la BIOMETRIA HEMATICA

Practicado a: \_\_\_\_\_

Ordenada por el Dr: \_\_\_\_\_



S E R I E R O J A

	NORMALES	
	Hombre	Mujer
Eritrocitos en mm <sup>3</sup>	_____ 4.7 a 6.1 Millo.	4.2 a 5.4 Millo.
Hemoglobina en 100 c.c	_____ 14 a 18 gramos	12 a 16 gramos
Hematocrito en mm %	_____ 42 a 52	37 a 47
Hb.corpular media	_____ 27 a 31microgramo	27 a 31 microgramo
Vol.Corpuscular medio	_____ 80 a 94 micras	81 a 99 micras
Conc.globular media en Hb.	_____ 32 a 36 %	32 a 36 %

S E R I E      B L A N C A



Leucocitos por mm <sup>3</sup>	_____	4.8 a 10,000
Linfocitos	_____	20 a 40 %
Monocitos	_____	2 a 8 %
Eosinófilos	_____	2 a 4 %
Basófilos	_____	0 a 1 %
Neutrófilos	_____	50 a 70 %
Variedades de Neutrófilos (Shilling)		
Miilocitos	_____	0 a %
Juveniles	_____	0 a %
Bandas	_____	1 a 3 %
Segmentos(sedimentaciones)	_____	50 a 70 %
-----		
Plaquetas por mm <sup>3</sup>	_____	150,000 a 30,000

NORMALES

→	Tiempo de sangrado	_____	4 a 5 minutos
→	Tiempo de coagulación	_____	2 a 3 minutos
→	Tiempo de protombina	_____	13.5 segundos
→	Tiempo de tromboplastina	_____	40 segundos

Resultado de QUIMICA SANGUINEA

→	Urea	_____	15 a 32 mg.
→	Ac.Urico	_____	2 a 4 mg.
→	Creatinina	_____	1 a 2 mg.
→	Glucosa	_____	70 a 100 mg.
→	Colesterol	_____	150 a 250 mg.

-----  
Las cifras normales que se reportan están basadas en las técnicas de Wintrobe y en el Aparato Coulter.

La fórmula Roja varía según la situación geográfica.





## ESTUDIO RADIOGRAFICO :

Para un tratamiento quirúrgico basta con una simple radiografía que nos reuna las características indispensables. Es necesario ubicar al diente en los tres planos -- del espacio: Anteroposterior, o Sagital. Horizontal. Vertical.

Esta radiografía nos da a conocer la relación con los organos veninos y zonas anatómicas; así como la densidad y características del tejido óseo y del saco pericoronario como cualquier patología existente.

Antes de realizar un problema quirúrgico de esta especie debemos de verificar con absoluta precisión la clase a -- que pertenece el canino(s) incluido y su distancia con  $\pm$  los dientes vecinos para elegir la técnica quirúrgica o vía de acceso. Sólo así evitaremos operaciones mutilantes traumáticas y llenas de inconvenientes.

Para elegir la vía de acceso es necesario conocer la posición vestibular o palatina del diente incluido, se presenta un 85% por palatino; esto lo obtenemos mediante el empleo de la radiografía oclusal con el rayo central paralelo al eje de los incisivos.

La técnica para su obtención es: Se coloca la película entre los dos maxilares horizontal al plano oclusal y el -- cono de rayos sobre la cabeza del paciente sobre el hue-

frontal a 2.5 Cm., de la prolongación de los ejes de los incisivos, esta varia con la forma y anatomía craneal. Los caninos se verán proyectados en palatino.

En caso de caninos vestibulares el cono se coloca a la altura de los huesos propios de la nariz y también aparecen en palatino.

Para la ubicación de los caninos en vestibulo Palatino nos lo rige la Ley de Ennis y Berry o del Objeto Bucal.

#### UBICACION EN EL PLANO HORIZONTAL:

La película horizontal y que el rayo sea perpendicular a ella. En esta radiografía se prolonga el diente entre las raíces de los otros dientes y por lo tanto no es correcto. Para evitar esto el Rayo se pasa entre los dos premolares, pero que sea perpendicular a la placa o película. Aquí nos determina la ubicación con los dientes vecinos.

#### UBICACION EN EL PLANO VERTICAL:

Se usa película oclusal o común para extraorales. Se coloca vertical al lado opuesto y el rayo será horizontal al maxilar y perpendicular a la placa.

#### UBICACION EN PLANO ANTEROPOSTERIOR(SAGITAL):

Se necesitan tres tomas radiográficas que se denominan: a.m.p. (anterior, media, posterior).

**Anterior.**-Se coloca la película en el lado palatino que coincida la línea media de la placa con la de los incisivos centrales, como normal.

**Media.**-La película verticalmente que coincida su borde anterior con los incisivos. Rayo central.

**Posterior.**-Que el borde anterior de la película coincida con la cara distal del incisivo lateral, rayo normal..

Estas se colocan una vez reveladas para su estudio en el negastoscopio: p.m.a. (Izquierdo). a.m.p (Derecho).

En estas se relaciona el diente en plano sagital con los órganos y dientes vecinos.

La radiografía debe mostrar: La forma de la corona, la existencia y dimensiones del saco coronario, la distancia y relación de la cúspide del canino con los incisivos, distancias del conducto palatino.

También nos da a conocer la posición radicular (dilaceración) y proximidad con el seno maxilar.

ELECCION , ESTERILIZACION ,  
COLOCACION DEL  
INSTRUMENTAL Y MATERIAL :

La cirugía como arte, requiere elementos de trabajo, constituidos por instrumentos y materiales con los que se realiza la operación quirúrgica. De la misma manera que el taller de un escultor, de un carpintero o de un sastre varia en su disposición y provisión de acuerdo con los gustos y medios de cada artífice, así también, en la sala de operaciones el número y la calidad de los instrumentos cambian con la costumbre de cada cirujano.

Hay cirujanos que con diez instrumentos por ejemplo hacen maravillas, mientras otros necesitan cien para efectuarla. Su número exagerado complica el acto quirúrgico lo que indica lógicamente que deberán reducirse a los indispensables.

No obstante la gran variedad de instrumental que se utiliza en cada acto quirúrgico se va a dividir en:

1. DE CAMPO.
2. DE CORTE.
3. DE HEMOSTASIS.
4. DE SUTURA.
5. ESPECIAL.



**DE CAMPO:**

Lo forman pinzas de presión.- son tenacillas metálicas destinadas a tomar o fijar porciones de los campos para la protección operatoria. Tienen una longitud de 8 y 20 - Cm.

**DE CORTE:**

También conocidos como instrumentos de diéresis, tenemos: **Bisturi.**-Es el cuchillo quirúrgico, sinónimo de hoja cortante. Se emplea en la diéresis de partes blandas. Su forma y dimensiones varia de acuerdo a la región y técnica. Actualmente se emplean los de hoja fija y desmontable. Es de 4 a 5 Cm., de largo por 1 Cm. de ancho.

El bisturi de hojas cambiables tienen un mango universal aplanado lateralmente y en su extremo anterior lleva una ventana oval y una ranura vertical. Existen de diferentes números de acuerdo al mango del 1, 2, 3, son de tamaño mediano. El más usual en cirugía bucal es el No. 3.

**Hojas.**-Existen las intercambiables y fijas.

Las fijas se emplean para amputaciones o regiones donde se va a ejercer mucha presión.

Las intercambiables su número nos va a indicar la forma de la hoja. Del 10 a 15 - para mango No. 3. Del 16 a 23 - para mango No. 4.

**Tijeras.**—Que se usan para seccionar diferentes tejidos y fibras. Las usuales son las rectas y las curvas.

**Pinzas de disección.**—(Elásticas). Sirven para fijar tejidos. De longitud de 8 a 20 Cm., Su extremo libre y prensil se modifica según su finalidad. Unas tienen dientes entre cruzados y se denominan de dientes de ratón. Otras llevan garfios, terminan en triángulo o en arco para impedir el deslizamiento o traumatismo que ocasionan los dientes. --  
Ejem: Pinza de Chaput o de cirugía gastrointestinal.

**Separadores.**—Sirven para detener los labios de la incisión con el fin de no traumatizarlo durante la intervención. Ejem: De Farabeuf. De Volkmann.

Estos pueden ser substituidos por una espátula o periotótopo.

#### DE HEMOSTASIS:

**Pinzas de presión.**—Tienen bocados o parte activa con lo que sujetan, al final de sus ramas es dentada para sujetar mejor. Entre estas están: La de Killyn, Clillw, Mosquito Koquer y Allis.

#### DE SUTURA:

**Portaagujas.**—Es el instrumento o pinza que toma la aguja y la guía en sus movimientos. Entre estos existen: El de Finochietto. De Hegar. De Stich.

**Agujas.**-Las síntesis quirúrgicas se realizan mediante --  
aguja suelta que se toman con los dedos o portaaguja.

**Aguja suelta.**-Son rectas, curvas o mixtas. Su tamaño va  
ria entre 2 y 8 Cm., de longitud.

Las curvas tienen distinto radio de curvatura y sentido  
de sus caras y longitud; son de dos tipos: Cóncavo-conve-  
xas en sentido de sus caras y cóncavo-convexas en el sen-  
tido de sus bordes.

El ojo de la aguja puede ser cerrado o abierto y elástico.  
Algunos modelos vienen enhebrados en cuyo caso se les  
llama Atraumaticas.

Su punta puede ser cónica o lanceolada con pequeño filo.

El cuerpo de la aguja es cilíndrico, algunas son aplana-  
das en distinto grado. El prototipo de las aplanadas con  
punta cortante es la de Hagerdorn, actualmente casi en --  
desuso en cirugía.

Las agujas provistas de mango derivan de la de Dayen que  
tiene el ojo cerrado y de la de Reverdin cuyo ojo se --  
abre mediante un delicado pasador. Por último entre las --  
aguja con mango se conoce el modelo Coomerang o de Yo-  
ung.

**ESPECIAL:**

**Escoplo y Martillo.**-Sirven para la sección de tejidos duros, como puede ser el hueso palatino que cubre a los caninos incluidos y en la odontosección. Actúan a presión manual o a golpes de martillo sobre la extremidad o punta sin filo. El escoplo está formado por una punta roma y otra con filo, las cuales pueden ser fijas o cambiables.

**Pinzas Gubias (Escoplo).**-También se usa para la resección del hueso, mediante presión que desmorona al hueso. Existen diferentes tipos según la angulación de la punta de trabajo.

**Limas para Hueso (Escofias).**-Sirven para alisar los bordes óseos una vez realizadas las intervenciones quirúrgicas.

**Fresas.**-Se utilizan en la odontosección y osteotomía. Aunadas al torno dental, en la actualidad es lo más eficiente y rápido. Las más usadas en cirugía son las fresas quirúrgicas de Schamberg, las de Allport. Otras comunes como la de bola, de fisura.

**Cucharillas para Hueso.**-(Curetas). Existen de diferente forma a partir de su angulación y punta de trabajo. Su función es la eliminación por raspado de hueso desprendido o dañado.

**Elevadores.**—Son instrumentos en forma de cuya. Sirven para la extracción de las partes del canino, mediante el uso de presión y fuerzas a manera de palanca.

Se utilizan los elevadores rectos y de bandera (Izq. Der).

**Forceps.**—Para caninos superiores e inferiores.

**Superiores.**—Existen el No. 99.—es totalmente recto. Es el universal para los dientes anteriores.

Otro es el 150 que es usado para el segundo premolar a segundo premolar del lado opuesto.

El No. 62 que también funciona como raigenera.

**Inferiores.**—El forceps universal en la arcada inferior es el No. 151, diseñado por el Dr. Matthew H. Cryser, y el 203; que son útiles para la extracción del segundo premolar del lado izquierdo al lado derecho, abarcando los dientes que se encuentran entre ellos.

**Jeringa para anestesia.**—Con embolo y ampolla y el nicho para los cartuchos de anestesia. El ampolla sirve para asegurarnos que no estemos en un vaso, si es así se produce un hematoma al anestesiar.

**Agujas dentales.**—De preferencia que sean desechables para evitar contagios como la hepatitis.

**Juego de 4 X 4.**—Formado por: El espejo, explorador, escabador y pinzas de curación.

**Jeringas Hipodermicas.**-De preferencia desechables. Su función sera la de llevar el suero en el momento que se necesite durante la intervención al campo operatorio.

**Espatula de cemento.**-En caso de elaborar algún aposito.

**Legra; Periostótomo (espatula roma)**-Sirven para el desprendimiento de la fibromucosa una vez realizada la incisión, para la obtención del colgajo. Entre estas tenemos - periostótomo de Mead, la espatula de Freer.

Se utiliza mediante movimientos leves para no dañar el tejido.

**Eyectores de Saliva.**-Desechables y varios en caso de taponamiento.

**Loceta de vidrio.**-Para efectuar mezclas.

## ESTERILIZACION :

Esterilización es la ausencia total de vidas.

Existen diferentes medios de esterilización:

### MEDIOS MECANICOS:

El más común es el lavado con detergentes y cepillos de raíz; este debe ser energico.

### MEDIOS FISICOS:

Serán aquellos que nos ayudan a la esterilización de los instrumentos por medio de calor que puede ser de dos formas:

#### 1.-Calor Seco.-Esterilizador.

Horno con aire caliente.

Flama directa-Flameado.

#### 2.-Calor Humedo.-Hervir agua.

Autoclave.-que va a trabajar a base de presión.

Tyndalización.

Pausterización: Sistema lento, rapido y -  
frio.

Las temperaturas:

120° - 1 hora --- calor seco.

60° -10 min. --- calor humedo.

Hay germenés patogénos que a estas temperaturas no se destruyen como los de la tuberculosis, tetanos; tendremos que aumentar:

160° - 3 horas --- calor seco.

120° - 45 min. --- calor húmedo.

El más usual en la actualidad es el calor seco, mediante el uso de esterilizador.

Esterilizador.-Son aparatos formados por dos paredes de cromo-cobalto, que en la parte interna existe una resistencia para conectar, podemos elevar la temperatura a --- 300°C. Existen manuales y automáticos.

La temperatura ideal es de 160° a 180° durante 40 a 60 min. En este se esterilizan instrumental metálico, material como gasa, guantes, bata, gorros, cubrebocas.

Los instrumentos de corte en este método pierden su filo y algunas sustancias se evaporan.

Los instrumentos se colocan en las charolas que tienen y se gradúa mediante un reloj.

#### MEDIOS QUIMICOS:

Son aquellos en que se emplean sustancias o drogas que impiden el desarrollo de los microorganismos, con ello -- logramos la esterilización, siendo las más comunes los an tisepticos: benzal, alcohol, antisepticos comerciales.

El antiseptico ideal es aquel que destruya el crecimiento



to o actividad de los germenos y que a la vez estimule a la célula para activar su defensa natural.

Podemos esterilizar material metálico,plastico,cristal. Especialmente el material que presente filo:agujas,hojas.

#### MEDIOS BIOLÓGICOS:

Se emplean principalmente en el paciente con el fin de eliminar procesos infecciosos o prevenirlos.Por medio de antibioticos en nuestro caso se administran al paciente para prevenir cualquier problema posoperatorio.

#### C O L O C A C I O N :

La colocación del instrumental y material para una inter vención una vez esterilizado sera en una mesa de mayo -- protegida por un lienso esteril.

Se sacan los instrumentos del esterilizador,se van a co- locar a partir de la división:De corte, hemostasis,sutu- ra y especial; en otra parte se coloca el material a uti- lizar y sustancias (algodón,gasa,suero,etc.).

El material se coloca de acuerdo a la posición del campo operatorio.

En la intervención:todo instrumento que se usa se ira -- limpiando con una gasa con benzal y colocado en su sitio para mejor funcionamiento.

P R E P A R A C I O N   D E L   P E R S O N A L  
E N   U N A   I N T E R V E N C I O N :

SINCRONIZADO:

Si bien la operación es un acto personal de cada cirujano que posee un estilo propio de acuerdo a su manualidad, temperamento y experiencia, no se concibe que pueda realizarla solo en el quirófano sino con un grupo de personas que colaboran coordinada y sincrónicamente. Este equipo -- operatorio lo forman además del cirujano, los ayudantes, la instrumentista, el anestesista y el cirulante.

A los efectos de una mayor eficiencia y comprensión recíproca, es muy importante que el cirujano sea secundado -- siempre el mismo personal, tanto técnico como auxiliar.

SIMPLIFICADO:

Hay circunstancias en las que el cirujano tiene que trabajar con el mínimo de colaboradores, como ocurre, por -- ejemplo, en medios rurales poco dotados o en alguna operación de urgencia. Ello no va en unión del éxito operatorio, siempre que se actúe con sencillez, limpieza y eficacia; estas cualidades dan al espectador la sensación de -- que la operación ha sido fácil. El secreto consiste en -- disponer los instrumentos según un plan que debe respetarse a medida que se va desarrollando.

Para el cirujano joven, este concepto de simplicidad operatoria implica una halagadora enseñanza, pues le muestra cómo un maestro consagrado puede desempeñarse con la misma eficacia técnica y terapéutica en los casos en que -- otros cirujanos exhiben gran complejidad.

#### PREPARACION DEL EQUIPO:

El ser humano es portador habitual de gérmenes en sus ropas y tegumentos; por esta razón en el cirujano y sus ayudantes cambiarán su vestimenta de calle por otra apropiada para la operación: con un predelantar de tela. Además -- ocultarán sus cabellos, barba y boca con un gorro y una mascarilla para impedir que los cabellos, la caspa o los gérmenes nasobucofaringeos puedan contaminar la herida. La mascarilla comúnmente usada, aunque no ideal, es bastante satisfactoria; las telas de organza, de celulosa de algodón o de otro material son el mejor filtro bacteriano y con ellas se confecciona una mascarilla en forma de -- rectángulo, de bozal o a la manera de capirote, con cintas que se anudan en el cuello o en la coronilla de la cabeza o en ambas regiones. Generalmente se les usa lavadas y planchadas y esterilizadas en el autoclave, son puestas -- después de lavarse las manos y de vestir el delantar -- aséptico.

Lavado y desinfección de las manos. Una vez que el equipo

se ha vestido con los elementos mencionados, se iniciará una tarea muy importante: el lavado, cepillado y desinfección de las manos y de los antebrazos, de acuerdo a la siguiente técnica: previo recorte de las uñas se toma un cepillo y jabón; e iniciamos el cepillado de los dedos, de las manos y antebrazo, deteniéndose particularmente en los surcos, pliegues y espacios interdigitales donde anidan gérmenes. La misma tarea se repetirá varias veces en este orden primero para un miembro y después para el otro, por espacio de 10 a 15 minutos, de tal manera se abren los poros, se masajea la piel y la acción de los antisépticos es mucho más eficaz. Enjuagadas las manos se otro cepillo estéril y se repite durante varios minutos la tarea anterior, con una palangana con alcohol simple o yodado o con becina, cualquier otro antiséptico. El empleo de detergentes, para abreviar y hacer más eficaz esta tarea de desengrasado e higiene a fondo de manos y antebrazos, tiene reales ventajas en la cirugía actual. Además de los detergentes comunes empleados en el servicio doméstico que pueden usarse con moderación y sin peligro para el lavado, hay otros derivados del hexaclorofenol, que constituyen poderosos bactericidas contra los estafilococos y estreptococos hemolíticos y viridans, por otra parte esterilizan la piel sin irritarla ni sensibilizarla.

**Colocación del delantal.** Terminada la desinfección de las manos, se les seca con una compresa esteril y a continuación se pasa al quirófano en donde, previa apertura del tambor por la enfermera, el cirujano o uno de sus ayudantes descubre el contenido y retira un delantal cuyas cintillas, una vez puesto serán anudadas al cuello y a la cintura por la misma enfermera.

**Colocación de los guantes.** La enfermera destapa el paquete de guantes del número requerido y lo ofrece a los componentes del equipo, quienes procederán a alzarlos con la siguiente técnica: Con la mano izquierda se les toma y despoja de las gasas que los envuelven y que llevan en su interior; a continuación se les toma por sus puños volcados con los dedos de la mano derecha y en seguida por los mismos dedos de la mano izquierda. En esta forma se presenta la embocadura del auante derecho para que los cuatro últimos dedos de la mano correspondiente primero, y el pulgar después penetren en las cavidades.

La mano derecha enguantada introduce sus dedos en el saco del puño volcado del guante izquierdo, cuya embocadura presenta a la mano respectiva; en seguida, apoya el pulgar sobre el puño del delantal, extiende los otros dedos que enganchan el puño volcado del guante y lo tracciona hasta calzarlo totalmente; con la ayuda de pequeños masajes

se hacen desaparecer las arrugas y el guante quede correctamente puesto. Si las maniobras se ejecutan con la técnica descrita, la cara externa de los guantes no habrá tocado ningún momento la piel.

Los guantes debén adaptarse bien a las manos sin ceñirlas porque causan fatiga; tampoco han de formar pliegues que vuelven las maniobras torpes y dificultosas.

Con todos estos elementos el cirujano y sus compañeros estarán ya listos para iniciar la operación.

**El cirujano.** Sera el que realice el conjunto de maniobras instrumentales sobre el enfermo a través de una herida - hecha en el tegumento o mucosa. Sera preciso en sus ademanes y órdenes, maniobrando con suavidad para no traumatizar inutilmente; empleará los instrumentos adecuados e indispensables y sus dedos no penetrarán en la herida sino en caso de imprescindible necesidad. No perdera tiempo en detalles intrascendentes, sin olvidar que la operación no es exhibición de destreza ni de rapidez, aquella que se -- realiza con limpieza, buena hemostasis, sin precipitación y con maniobras precisas aunque sea lenta, demuestra excelentes condiciones del cirujano y da mejor resultado para el enfermo.

Todo debe transcurrir en el mayor silencio, sólo interrumpido por alguna demanda de material o pregunta prudente de los asistentes pero siempre en voz baja.

**El ayudante.** Se situa en un lugar adecuado, colabora en - abrir la herida con separadores, secar, la sangre, seccionar hilos, vigila el afrontamiento de los bordes de la herida. Procurando prever las maniobras del cirujano para - facilitárselas.

**El instrumentista.** Conservará la limpieza y el orden del material y instrumental. Debido al conocimiento previo de ellos, también de su aplicación podrá interpretar lo que desea el cirujano para proporcionarle con rapidez y pre-

cisión lo que necesita para cada tiempo operatorio. A medida que los instrumentos son usados y depositados en la charola, los recogerá, limpiará y colocará en su sitio.

También dispondrá cuidadosamente de los hilos de sutura.

**Circulante o Auxiliar.** Seguirá con atención el movimiento del personal para satisfacer en el acto cualquier necesidad o indicación, se desplazará con prudencia para no tocar cualquier zona esteril, y recogerá del suelo cualquier objeto caído o enjuagará los líquidos derramados, + todo en mayor silencio.

**Anestésista.** En caso de anestesia local como nuestro acto es realizada esta función por el mismo cirujano o el ayudante. En caso de anestesia general su función será la de vigilar durante todo el acto quirúrgico los signos vitales y grado de anestesia del paciente, provisto de todo su instrumental.



P R E P A R A C I O N     D E L   P A C I E N T E     Y  
C A M P O     O P E R A T O R I O     :

Mientras el equipo se prepara. Una enfermera va por el -- paciente y lo translada a el sillón dental o quirófano, -- lo sienta comodamente, colocando el cabezal de forma que el paciente reporte que esta comodo.

El paciente no debe presentarse alterado ya que con ante rioridad se le preparo concientemente e insinuo de la o- peración que se le va a realizar.

Una vez que el paciente este comodo se procedera a la co locación y aislamiento del campo operatorio.

Campo óperatorio. El ayudante principal procederá a desin- fectar la región a intervenir con un trozo de gasa enro- llada y fijada en el extremo de una pinza recta y larga; pasara varias capas de antiséptico en una extensión que exceda generosamente la que va a constituir el verdadero campo. Se puede también realizar la asepcia mediante bu- ches y enguajes bucales.

Una vez hecho esto se procede a colocar el campo, el cual presenta un orificio que coincide con la cavidad bucal y se sujeta a cualquier objeto mediante pinzas especiales. En este momento esta listo para que se inicie la inter- vención.

## A N E S T E S I A :

Consiste en la elección del tipo de anestesia de acuerdo al paciente y condiciones en que se encuentre.

La técnica en caso de anestesia local va de acuerdo a la clase de inclusión que se presente.

Las técnicas de anestesia se trataron más profundamente en cada tipo de técnica quirúrgica.

## O P E R A C I O N ( PASOS ) :

### INCISION:

Tiene por objeto practicar el corte y separación de los tegumentos y planos blandos como primer tiempo preoperatorio de la técnica a desarrollar.

La incisión se realiza de acuerdo a la localización del diente incluido y la técnica quirúrgica elegida.

Esta puede ser realizada por cualquier instrumento de diéresis (bisturi, tijeras, bisturi eléctrico, sonda); pero siempre debe basarse o sujetarse a las reglas establecidas. Una buena incisión se basa en los siguientes principios:

1. SER DE UN SOLO TRAZO.
2. PERPENDICULAR A LOS TEGUMENTOS.
3. POR DESLIZAMIENTO A LOS LIGAMENTOS.

4. CON LA AMPLITUD, DIRECCION, Y FORMAS NECESARIAS.

5. A LA PROFUNDIDAD REQUERIDA.

6. DE SER POSIBLE TENER APOYO OSEO.

Toda incisión debe llevar la dirección o ser paralela a las líneas de fisura de Langer, estas líneas fácilmente se pueden ver utilizando un lente de aumento. El objeto de seguir esta dirección paralela a los folículos fibrosos del tejido se desgarran y al cicatrizar se limita la cicatriz consecuente, con eso vamos a lograr que la cicatriz quede cubierta por los pliegues de la piel o sea lo menos visible.

La forma de incisiones son: Recta curva o mixta, lo cual estará dado por la topografía del terreno en el cual se vaya a intervenir, técnica quirúrgica elegida y el tipo de intervención que se vaya a realizar (debemos proyectar los tejidos).

Antes de planear una intervención debemos recordar los elementos que existen en esa zona y proyectarlos hacia la profundidad a la que se encuentran, para prevenir accidentes o complicaciones que pudieran presentarse al lesionar estos tejidos y poner en peligro la vida del paciente.

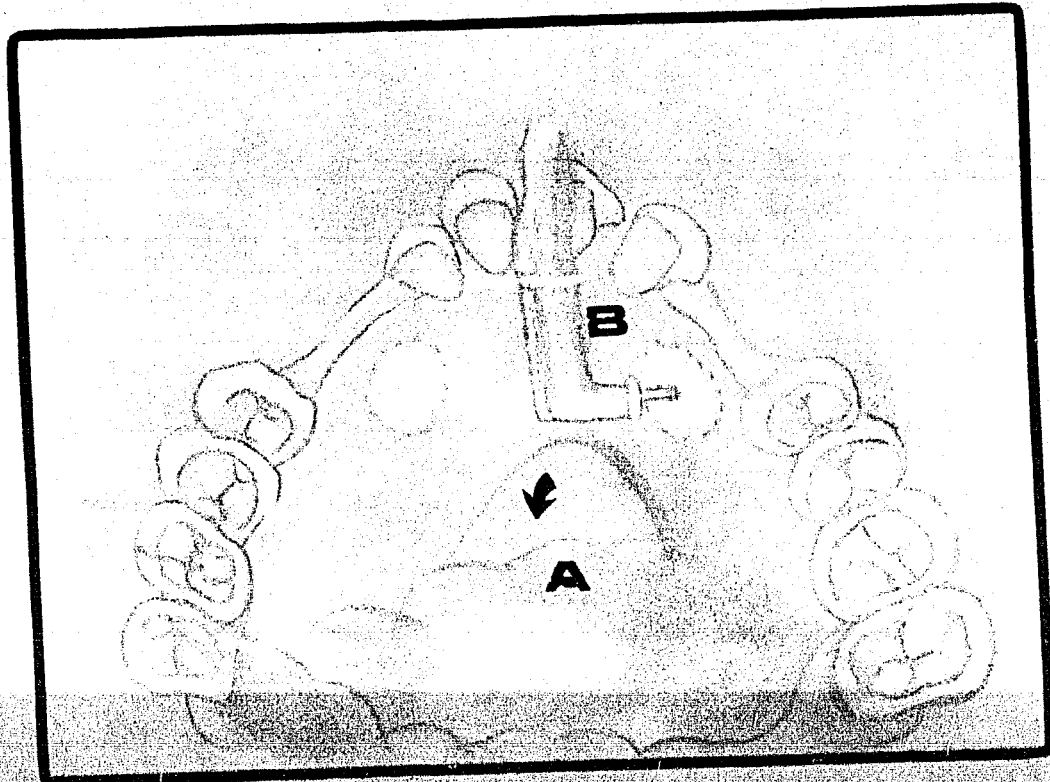
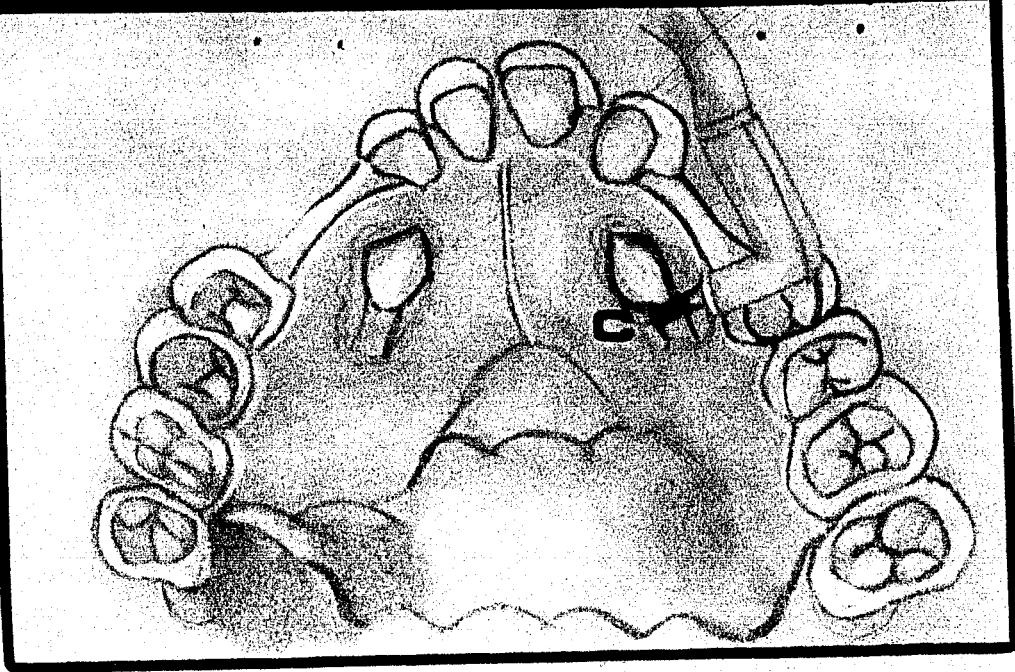
**FORMAS DE TOMAR EL BISTURI.**--Para los diferentes cortes:

- 1.El bisturi se tomara en forma de lápiz de escribir, para cortes o trazos pequeños.
- 2.En forma de garfio para cuando se tiene que hacer una pequeña incisión, pero en la que hay que controlar la profundidad.
- 3.En forma de cuchillo de mesa para cortes o trazos largos.
- 4.Empuñándolo en la palma de la mano para efectuar cortes donde se necesita gran presión, como suele ser en el caso de amputaciones.

**DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO(LEGRADO):**

Se realiza con un instrumento como (Legra o periostótomo, espátula de Freer); el cual se insinúa entre la arcada dentaria y la encía o entre los labios de la incisión y con pequeños movimientos sin desgarrar la encía o mucosa se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubierto lo necesario (hueso del paladar, de cualquier parte del maxilar superior e inferior).

Una vez desprendido el colgajo es recomendable pasar un hilo de sutura por un punto de la fibromucosa y se anuda al lado contrario o a la compresa del campo.



**HEMOSTASIS:**

Se cohibe la hemorragia ósea (vasos) para dar mayor visión al campo operatorio.

Esta se realiza mediante la compresión de gasa en la herida y campo operatorio.

**OSTEOTOMIA:**

Es la eliminación del hueso que cubre el canino (s) incluido. Para llevarla a cabo se utiliza las fresas quirúrgicas de carburo de Tungsteno ( # 405 de bola) aunada al torno dental de alta velocidad.

Debe quedar al descubierto la corona y parte de la raíz en su tercio cervical del diente.

Se ha dicho que el principal obstaculo en la extracción del canino incluido es la corona y no la raíz, por lo tanto es necesario descubrir totalmente la corona.

Los cortes deben de abarcar un poco más de los límites de la corona para poder eliminar de la cavidad ósea sin tropiezos y traumatismos. Durante este proceso se irriga constantemente con suero fisiológico. Nos vamos a orientar con la ayuda de la radiografía y por el relieve óseo. Se hacen varios orificios circundando la corona a profundidad donde el operador percibe la sensación de dureza del esmalte, una vez se unen los puntos con una fresa de fisura. Cuando es superficial se usa una fresa #69 bola.

### EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA:

Aquí se necesita criterio, habilidad y fineza para no traumatizar las regiones vecinas. Esta se puede llevar a cabo por dos procedimientos:

1. Sacrificio de tejido óseo vecino.

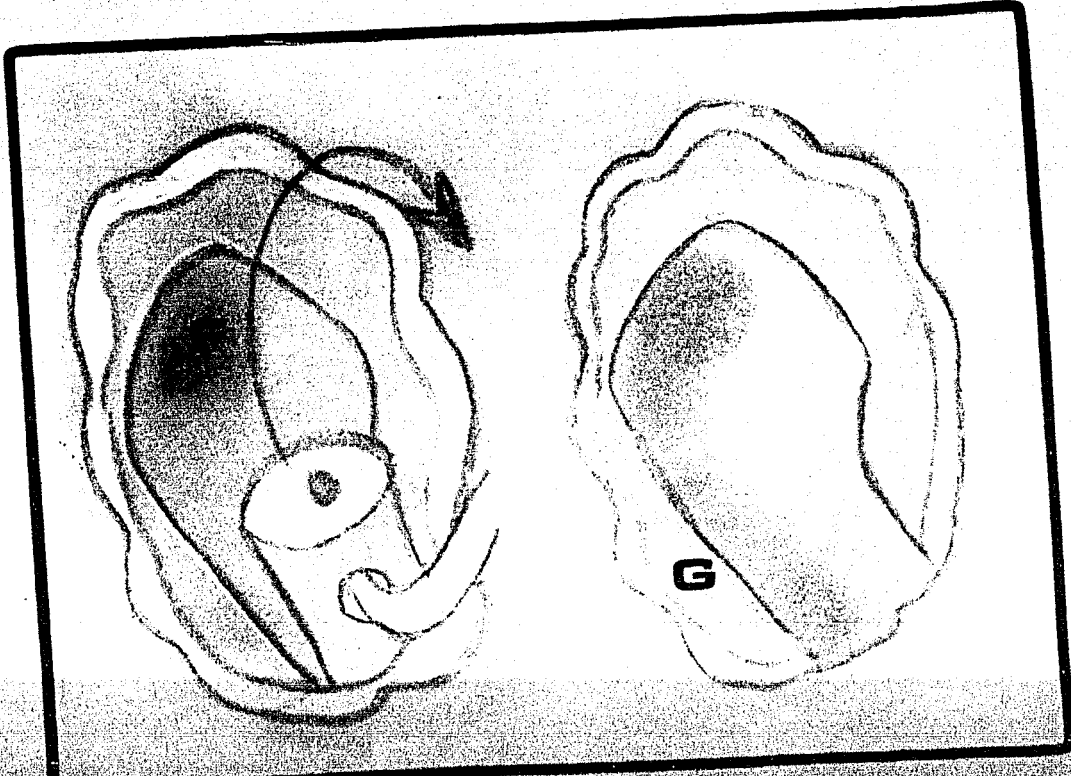
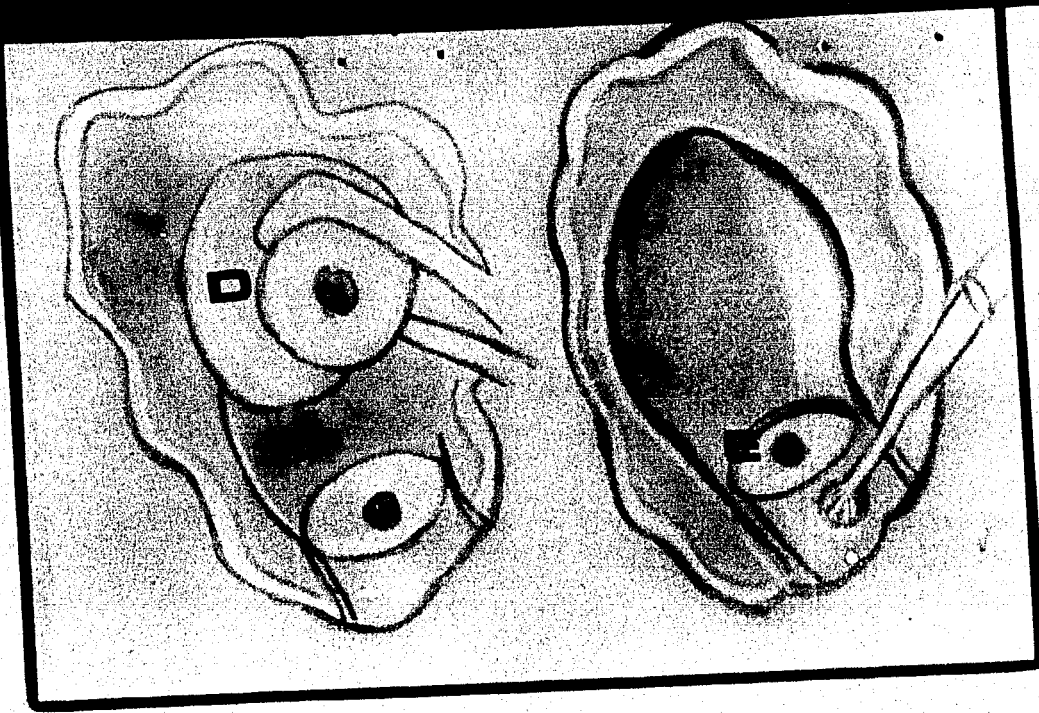
2. ODONTOSECCION: Es la división o seccionamiento del diente.

Esta se realiza con una fresa de fisura 702 o 560 con alta velocidad. Se coloca generalmente a la altura del cuello del diente perpendicular a su eje mayor. Si la cervical se secciona la corona primeramente con una fresa de diamante para destruir el esmalte.

Seccionado el diente se introduce un elevador recto en el espacio creado por la fresa y se le imprime un movimiento rotatorio con el cual se logra separar definitivamente la corona y la raíz. Si no se le dan también a la corona.

Luego aplicando el elevador a nivel de la cúspide del canino se dirige la corona con dirección del ápice logrando desalojar la cúspide del incluido de su nicho óseo y el contacto con los dientes vecinos.

EXTRACCION DE LA CORONA. Se logra introduciendo un elevador angular de hoja delgada entre la cara del diente de la línea media y la estructura ósea, y con un movimiento





de palanca y apoyandose en el borde óseo giramos el mango del instrumento se desaloja la corona. En caso de alguna dificultad se dirige la corona en dirección apical.

**EXTRACCION DE LA RAIZ.** Se puede utilizar el elevador angular, colocandolo entre la pared radicular y el hueso adyacente dirigiendo la raíz hacia abajo dentro línea media. Otras veces se practica un orificio en la bóveda o sea -- que llega a la raíz, se introduce el elevador por esta -- perforación dirigiendo la raíz al espacio vacio.

Otra es haciendo un orificio en la raíz donde se introduce el elevador llevando la raíz hacia adelante.

#### TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA:

Una vez extraido el canino(s), se inspecciona la cavidad ósea y se elimina el saco pericoronario del diente incluido mediante una cucharilla filosa, ya que puede ocasionar una infección al degarse restos.

Se lima la cavidad eliminando los bordes óseos agudos y prominentes.

Terminado esto se procede a lavar perfectamente con suero fisiológico.

## SUTURA:

El congado se vuelve a su sitio, readaptandolo perfectamente; de manera que las papilas interdientarias ocupen su lugar de origen.

El sitio de sutura más usual es el de punto aislado y en raros casos el surgete continuo.

La sutura tiene por objeto reconstruir los planos incididos para favorecer la cicatrización.

Para considerar una sutura adecuada debe reunir los siguientes requicitos:

1. Que al unir los tejidos lo hagan por planos para ir reconstruyendo los distintos elementos anatomicos, sin variar la disposición de ellos.
2. Que la unión de los mismos sea perfecta sin dejar espacios muertos pues favoreceria al desarrollo de germenos.
3. Emplear la clase de sutura (afrontamiento, tensión u oclusión) y el material adecuado para la finalidad a que estan destinados.
4. Que la sutura sea efectuada en una herida limpia, desprovista de cuagulos, tejido esfacelado desprendido de sus bordes y con una definitiva y perfecta hemóstasis.

La sutura es substituida por algunos cirujanos por una almohadilla de gasa que se coloca en la fibromucosa, -- y se hace presión y la comprima. Se le pide al paciente -- que la dose perfectamente a la mucosa. Esta sera cambiada como a las cinco horas ,pero se presentan casos en que -- no hay necesidad de colocar otra.

Una vez terminada la colocación de la almohadilla o los puntos de sutura, se procede a retirar el campo operativo y la limpieza del paciente o sea aquellas zonas donde se necesite.

Se le pide que repose mientras se le extiende su receta y se le dan las indicaciones necesarias, o sea pasamos al siguiente paso.

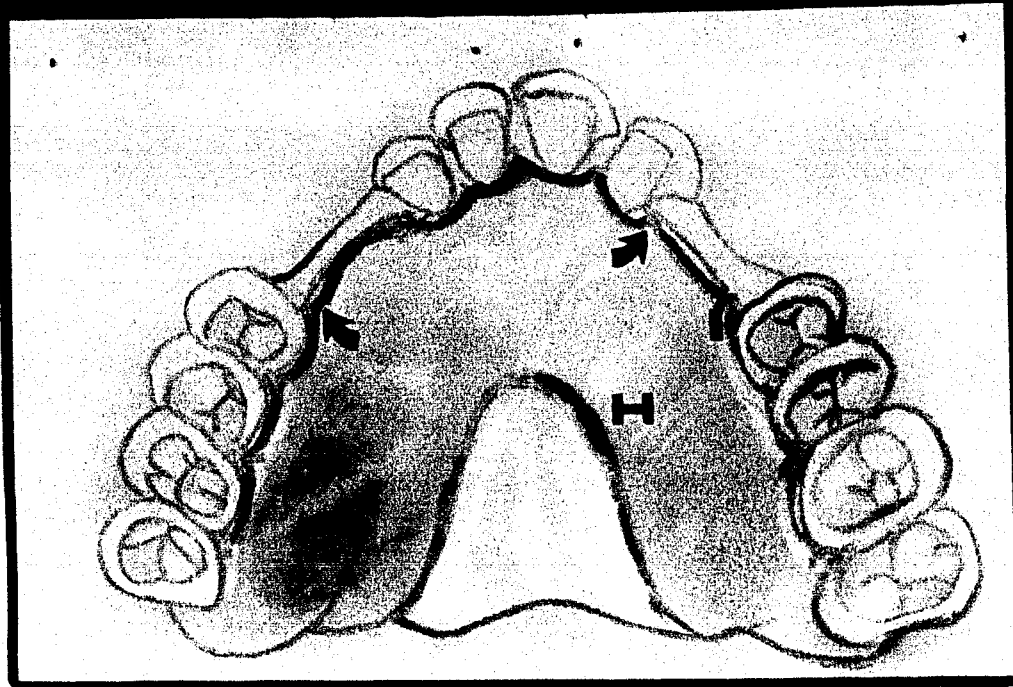
#### POSOPERATORIO.

Previa cita al otro día para revición.

Dieta blanda, no irritantes, no picantes, no grasas, no expone al sol. Enjuagues después de cada alimento, con previo cepillado.

Para evitar cualquier infección se receta: Un antibiotico (Penprocilina), un antiinflamatorio (Tanderil) y un analgesico (Prodolina). La dosificación es de acuerdo a la constitución y edad del paciente.

Como terapia podemos mandar fomentos de agua caliente y fria combinados: 10 minutos de cada hora durante tres horas.



- A.** Desprendimiento de la fibromucosa (legrado).
- B.** Osteotomía. Eliminación del hueso que cubre al canino.
- C.** Odontosección. Seccionamiento del diente.
- D.** Extracción de la corona.
- E.** Orificio en la raíz.
- F.** Extracción de la raíz.
- G.** Tratamiento de la cavidad.
- H.** Readaptación del colgajo.
- I.** Sutura.

## **OPERACION** **( PASOS )**

C A P I T U L O V I I .

P A T O L O G I A O R I G I N A D A

P O R

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

## C A P I T U L O V I I

Las patologías o accidentes originados por los caninos - incluidos y cualquier diente son tan diferentes que muchas veces no son advertidas ni percibidas por el paciente y debido a esto pueden llegar a alcanzar un grado mayor presentando secuelas avanzadas.

Los accidentes se clasifican en :

INFECCIOSOS.

NERVIOSOS.

MECANICOS.

TUMORALES.

**INFECCIOSOS:**

Son originados por la infección que se aloja en el saco pericoronario del diente incluido que penetra por diferentes vías entre las que se encuentran:

Por medio de vía hemática.

Al realizarse la erupción de éste su saco se rompe y pone en contacto con el medio bucal.

Por la presencia de una afección apical, parodontal en -- dientes vecinos.

Por caries y como resultado resorción idiopática.

Se presenta inflamación, temperatura local, dolor, absceso y fistula, osteitis (inflamación aguda o crónica de un hueso y generalmente de su cavidad) y osteomielitis (Necrosis ósea, resorción del hueso, inflamación de espacios me-

dulares por neutrófilos, plasmocitos y linfocitos. Puede ser secuela de una afección apical o por caries de 4<sup>o</sup> grado). Adenoflemones (inflamación de un ganglio) y pericoronaritis.

Se puede presentar también que esta infección puede alcanzar otros sitios como el seno maxilar o fosas nasales. Puede llegar a seno por medio de la fosa canina y de ahí propagarse a las fosas nasales por la comunicación que existe del seno a estas.

Estas infecciones pueden llegar hasta producir trastornos articulares y trismus prolongado.

Su tratamiento consiste en la extracción del diente incluido.

### NERVIOSOS:

Se produce por la presión que ejerce el diente sobre los dientes vecinos y sus nervios. Como se puede presentar que presionen alguna rama de los diferentes nervios que emergen en la zona.

Esto produce patologías entre las que se encuentran:

**Neuralgia del Trigemino.** - También conocida como Tic doloroso (trifacial). Afección del nervio o una de sus ramas. Se presenta dolor intenso, intermitente, en los puntos dolorosos que son aquellos en los que el nervio se hace superficial o en donde nacen las ramas cutáneas del mismo.

**Peladas.**—Calvicie en placas redondeadas en las que la piel es lisa y brillante.

**Pelada dentaria.**—Es visible en la región parietal derecha e izquierda que es originada por la inclusión de un canino superior.

**Canicie.**—Color gris o blanco del cabello.

Ulceración de la córnea en límite de bóveda palatina.

Ataques epilépticos acompañados de dolor nasal.

Transtornos mentales.

**Epilepsia.**—Enfermedad nerviosa esencialmente crónica que se presenta por accesos más o menos frecuentes, caracterizada unas veces por pérdida súbita del conocimiento, convulsiones tónicas y clónicas y coma. Otras sensaciones vertiginosas.

El tratamiento consiste en la extracción del diente incluido.

### MECANICOS:

Entre éstos encontramos:

La desviación de posición y colocación de los diferentes dientes en los maxilares.—ocasionado por que el diente incluido trata de erupcionar. El trastorno puede ser en diferentes puntos: tanto cerca como a grandes distancias.



**Alteraciones en la anatomía dental.**--Producida por la presión que el diente incluido ejerce sobre los dientes vecinos pero produciendo rizalisis en el cemento, en la dentina y en la pulpa. Resultando secuelas como pericoronitis (inflamación alrededor de la raíz dental, que provoca destrucción de hueso y formación de bolsas).

**Alteraciones protéticas.**--Son detectadas, cuando los dientes incluidos en la colocación de una prótesis el paciente nos reporta algunas molestias que van desde incomodidad hasta dolor.

Se presenta como un abultamiento en diferentes zonas de la boca o localizadas.

El tratamiento de estos accidentes será la extracción -- del diente incluido.

### **TUMORALES:**

Estos generalmente se originan por la afección que sufre el saco folicular. Los más frecuentes son los quistes dentígeros.

**QUISTES DENTIGEROS:** También conocidos como foliculares, -- dentíferos, coronodentarios, embrionarios, adamantinomas. Sus característica principal es que se forman de una bolsa conjuntiva principal que aloja a un diente incluido -- que conserva sus características anatómicas. Proviene del órgano del esmalte después de la terminación de la coro-

na. Dentro de esta bolsa también se encuentra líquido quístico y como en los paradentarios presentan variaciones de color, consistencia y bacteriología. Amarillo citrico muchas veces otras tinte hemático o lechoso. Este líquido esta formado por: seroalbúmina, seroglobulina, agua - colesterina, leucocitos y diferentes células en degeneración. Se encuentra en terceros molares inferiores y caninos superiores incluidos frecuentemente. Los sitios no usuales para su localización son: la órbita, proceso cigomático, hueso malar, apófisis coronoides del maxilar inferior, seno maxilar.

Se pueden presentar unicos o multiples y en distintas edades. Tanto en hombre como en mujeres, en distintas razas, aunque es menos frecuente en la negra en cuyos maxilares se ubican con comodidad los treinta y dos dientes. Su evolución depende del asiento primitivo del diente incluido y esta a expensas de las dos tablas.

Su volumen es variable pueden abarcar el tamaño de una nuez hasta el de un huevo de gallina.

La patología que ocasionan estos quistes es que al ir aumentando de volumen producen una desviación de los dientes vecinos (dientes en forma de abanico).

Otra es que pueden infectarse pero esto rara vez se presenta.

Son generalmente asintomáticos en sus primeras etapas a veces producen dolor semejante al de los dientes incluidos. Es persistente muchas veces por la desviación de los dientes en forma de abanico que llama la atención del paciente o familiares.

En secuelas más avanzadas puede presentarse neuralgia o cefaleas y alcanzar deformaciones faciales como: bóveda palatina descendida que produce exoftalmia, por protusión del globo ocular; dificultades en la fonación y deglución.

A diferencia que el quiste se infecta se presentará un dolor intenso, irradiado, hay fiebre, disnea, halitosis, pulso elevado. Se presenta fistula tanto intra o extraoralmente por donde mana un pus fetido y característico.

Su diagnóstico es por lo general a partir de la ausencia de un diente en la arcada o si están completos es originado por un supernumerario (reafirmado con la radiografía).

Su tratamiento consiste en la extirpación de la bolsa quística del diente incluido; tomando a consideración que este pueda ser llevado a su sitio por métodos mecánicos y ortodónticos, cuando razones anatómicas dificulta su profunda inclusión o peligro de fractura de maxilar, en este caso se realiza por la técnica de "conservación del diente", de ser así se desprende la bolsa.

Cuando el quiste rodea completamente a la corona, recibe el nombre de quiste dentigero central.

Cuando está adherido a un costado de la corona se denomina quiste dentigero lateral.

Los que se desarrollan en asociación con dientes en erupción se llaman quiste de erupción (son raros). En estos - el tratamiento consiste en una incisión y marsupialización.

## CONCLUSIONES :

Inclusión es la obstrucción de la erupción de un diente quedando encerrado en los maxilares.

Son originadas tanto por causas locales (mala angulación del germen, falta de espacio, membrana del germen densa, tabla ósea muy compacta, factores patológicos) y generales (Prenatales: sífilis, anemia, .Posnatales: raquitismo, alteraciones de tipo endocrino, desequilibrio muscular -- por malos hábitos).

Los caninos incluidos se clasifican de acuerdo a:

### 1) Su posición en el maxilar:

Superiores: Palatino, Vestibular (lejos o cerca de la arcada) Vestibulopalatino y Palatovestibular - (mixtas).

Inferiores: Bucal, Lingual (horizontal o vertical).

### 2) Al número de dientes incluidos:

Unilateral, Bilateral y Mixtas.

### 3) En maxilares dentados y desdentados.

La Anatomía que se interfiere es la que forman:

La región Palatina.-Bóveda palatina y velo del paladar.

La región Gingivodentaria.-Encía, mucosa gingival, submucosa, arcada alveolar y aparato dentario.

Región de la Fosa Pterigomaxilar.-Fosa cigomática.

**Indicaciones:** Su tiempo de erupción este culminado.

Este obstruyendo en dientes vecinos.

Cuando falte desarrollo del maxilar.

Provoque desviación en los dientes.

**Contraindicaciones:** Falta de tiempo de erupción.

Se pueda realizar tratamiento ortodon-  
tico. Se encuentra en zona anatomica -  
donde no se puede intervenir.

El tipo de anestesia que se utiliza para la Cirugía es:

General, local y regional.

Las más usuales es la local y regional; pero se presentan casos como en niños que esta indicada la general.

Las técnicas Locales y Regionales usuales son:

**Locales:** Subperiostica.-Arriba del periostio.

Supraperiostica.-Abajo del periostio.

**Regionales:** Infraorbitaria, Palatinas (Incisiva, anterior y posterior). Mentoniana, Dentario Inferior.

El anestesico local debe de reunir las características -  
indispensables para que lleve a cabo la función a que es  
ta destinado. Todas estas tecnicas se realizan por infil-  
tración y su eficacia esta dada por la realización de la  
técnica y su profundidad por la cantidad del anestesico.  
Los sintomas de la anestesia local es un hormigeo en la  
zona, después dureza y perdida de sensibilidad.

La Anestesia General se le considera como un estado reversible del S.N.C., caracterizado por la pérdida de sensibilidad y conciencia, sin reflejos. Se puede producir -- por Inalación o Endovenosa. Se presenta en cuatro periodos :

Inducción o Analgesia.--Principia en acción en el ovulo + prefrontal y termina con la pérdida de conciencia. Se presentan mareos y alucinaciones.

Excitación o Delirio.--Principia pérdida de conciencia y termina con la anestesia quirúrgica. Se presenta excitación, risa llanto, gritos, cantos, taquicardia, pupila dilatada.

Anestesia Quirúrgica.--Comienza con la pérdida de reflejo y termina con la parálisis respiratoria. Se pierde la sensibilidad. En este periodo nos refiere el tipo de intervención que se realiza y se encuentra dividida en 4 planos.

Parálisis Bulbar.--Es la acción depresora de los centros bulbares, y pone en peligro la vida del paciente, empieza con el paro cardiaco.

El grado de anestesia depende de la concentración de la droga en los tejidos del S.N.C. esta depende de la concentración en la sangre y a su vez esta en relación con el aire inspirado. El anestésico general usado debe reunir las condiciones indispensables para su mejor acción.

Para saber la potencia de los anestésicos se toma como estandar el eter etilico que tiene un valor de 25 % en cada periodo. De aqui el eter, cloroformo y el ciclopropano se les atribuye un 100 %.

Los metodos para la administración del anestésico general son:

Abierto. Se utiliza por medio de una mascarilla.

Semiabierto. Aparato de anestesia con tanques y mascararas hermetica.

Semicerrado. Mascara con valvulas.

Cerrado. Aparatos especiales.

Endotraqueal. - Cateter de goma en la traquea.

Los anestésicos generale se clasifican en:

Volatiles y Gases anestésicos: Eteres, Hidrocarburos halogenados (cloroformo y fluoretane, cloruro de etilo, tricloro de etilo).

La secuela de la anestesia general es la hipoxia que se puede presentar por: error en el suministro de oxígeno, -- aparatos descompuestos, grandes altitudes, por anoxia, hipoventilación pulmonar.

En Odontología el anestésico que más se utiliza es el --

Oxido Nitroso ( $N_2O$ ) a una concentración de 45 y 65.

Entre más  $N_2O$  se administre se presentan nauseas y vomitos. En cirugía se complementa con narcoticos (Meperidina)



barbituricos o anestesia local.

El  $N_2O$  esta indicado en: Debridación de abscesos agudos, - en pacientes aprencivos o receptivos a anestesia local, - retrasados mentales.

Y esta contraindicado en: Trismus, ingestión de algún alimento antes, cardiopatias, hipertiroidismo, diabetes no controlada, afecciones pulmonares.

Los anestésicos generales son metabolizados en el organismo y más del 90% se recupera en el aire expirado y el resto en la orina, sudor y saliva. Esto se realiza por difusión y su velocidad depende de la ventilación pulmonar.

Las complicaciones son: Acnea, anoxia, paro cardiaco.

Posoperatorio: Hipotensión, arterial, vómitos, necrosis hepática.

-----

Las tecnicas quirurgicas para la extracción de caninos - incluidos estan relacionadas con la posición o clase y localización de este así son:

Técnica por Vía Palatina.- Para caninos palatinos. Se utilizan incisiones diferentes: Tipo Neumann, Partsch, y la de incisiones transversales no muy recomendable por causar hemorragia excesiva.

Técnica Vía Vestibular.- Para caninos vestibulares, palatinos, maxilares desdentados, linguales veticales. Se recomienda cuando exista diastemas o ausencia de algun ---

diente, para que exista el espacio necesario para realizarla. Pero se puede realizar sin haber espacio corriendo el riesgo de que se fracture la tabla.

**Técnica por Vía Lingual.**—No muy recomendable por no cumplir algunos de los principios de la cirugía como: Mala iluminación, visibilidad y daño de partes vitales.

De ahí que mejor se sacrifican dientes y se realiza por vestibular.

**Técnica Alveolectomía Vestibular.**—Para caninos vestibulo linguales; es el seccionamiento del canino y extracción de la corona por lingual y raíz por vestibular.

En todas estas técnicas se utilizan las incisiones tipo Neumann y Partsch, teniendo en cuenta la localización del diente y el perfecto conocimiento de partes anatómicas que existen.

Toda extracción de caninos incluidos se realiza uniéndolos y reuniendo todo lo indispensable, haciendo un previo proyecto del mismo. Los pasos y requisitos son:

1. **Historia Clínica.**—que es la recopilación de datos para llegar a un diagnóstico, esta integrada por: Fecha de identificación, antecedentes familiares, personales no patológicos, patológicos, estudio de aparatos y sistemas. Cavidad bucal (examen de tejidos, parodontal y dental). Diagnóstico Pronóstico y Tratamiento. Aunada a esta se realizan los -

Exámenes de Laboratorio como paso 2, formados por: Biometría hemática. Tiempo de coagulación, de Sangrado, de Hemoglobina, Química Sanguínea. General de Orina. Son importantes para prevenir cualquier accidente durante la operación o estar alerta.

3.-Estudio Radiográfico.-Que sirve para verificar la posición y clase que pertenece el canino incluido para la elección de su vía de acceso, así se evitan operaciones traumáticas. La radiografía debe ser clara y exacta, presentar al diente en plano sagital, vertical y horizontal.

4.-Instrumental.-El cual se divide para su colocación y uso en: De corte: Bisturi, tijeras. De Hemostasis: Pinzas de presión. De Sutura: Portaagujas y agujas. Especial: Fresas con torno dental, lima para hueso, legra, forceps, elevadores, jeringa dental y hipodérmicas, juego de 1 X 4. Se esterilizan por medio de calor seco o autoclave calor húmedo. Son medios físicos.

5.-El personal quirúrgico lo forman: El cirujano, ayudante instrumentista, anestesista y circulante. Se preparan a partir de un lavado y desinfección de manos, colocación del delantal, guantes; con previa colocación de gorro y cubre boca.

6.-Campo operatorio.-Se va a limitar previamente con un lienzo fabricado y esterilizado, colocándolo al paciente.

7.-La técnica de anestesia se elige a partir del tipo de intervención a realizar.

8.-La Operación principia a partir de:

A) Incisión. Corte de tejidos blandos que es recta, curva o mixta, de acuerdo a la técnica elegida y que reuna los principios de cirugía.

B) Legrado o Desprendimiento del colgajo.-Es la separación de la fibromucosa con la ayuda de un instrumento roma y movimientos leves para no traumatizarla.

C) Hemosis.-Cohibir la hemorragia para mayor visión del campo operatorio.

D) Osteotomía.-Es la eliminación del hueso que cubre el canino mediante fresa quirúrgica aunada al torno dental.

E) Extracción propiamente dicha.-Realizando la Odontosección; que es el seccionamiento del diente; en raíz y corona. Se realiza la extracción por separado con elevador o pinzas.

F) Tratamiento de la cavidad o Limado.-Es la limpieza profunda de la cavidad ósea; eliminando los bordes óseos, coágulos y principalmente el saco pericoronario del diente incluido para evitar futuras infecciones.

G) Sutura.-Es la reconstrucción de los planos. La readaptación del colgajo a su sitio de origen con una previa he-

mostasis y lavado del campo. El tipo de sutura es de aron-  
tamiento mediante puntos aislados o surgete continuo. Con  
aguja atraumatica y ceda 000 generalmente.

Es su defecto se colocara la almohadilla de gasa esteril.

H) Posoperatorio.- Son las recomendaciones que se dan al  
paciente en limpieza, alimentación, terapia y farmacotera-  
pia allevar. Para culminar el exito de la Cirugia.

Los accidentes o patologias que originan los caninos in-  
cluidos son:

INFECCIOSOS.- Infección del saco pericoronario del diente  
incluido origina: Ostiomiелitis, ostioporosis, osteitis, pe-  
ricoronitis.

NERVIOSOS.- Neuralgia del trigemino, peladas, calvicie, ata-  
ques epilepticos, transtornos mentales y seguira progre-  
sando.

MECANICOS.- Desviación dental y alteración anatomica.

TUMORALES.- Quistes dentigeros: El diente incluido se en-  
cuentra dentro de una bolsa conjuntiva. No existe predi-  
lección de sexo, raza, ni edad. Producen desviación de los  
dientes al aumentar de tamaño. Son asintomaticos mien-  
tras no se infectan. Según su sitio son: Central (rodea a  
la corona), Lateral (adherido a un costado de la corona) y  
de Erupción (en dientes en erupción).

Su tratamiento consiste en la estirpación del diente in-  
cluido y la bolsa quistica.

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

BOURCHER CRL. O. Odontología Nomenclatura.

Editorial Interamericana. Quinta Edición. 1972.

27,100,112,220,222,257,388,456,765,778,930,980.

BRASKAR S.N. Patología Bucal.

Editorial El Ateneo. Tercera Edición. 1971.

42,48,56,148,149,150,223,224,353 - 425.

CAPDEVILLA CASAS E. Diccionario Terminologico de  
las Ciencias Médicas.

Editorial Salvat. Quinta Edición. 1964.

85,112,644,674,836,837,934,935,949,953,958,

1106,2100,2320.

CARDENAS DE LA PEÑA. Terminología Médica.

Editorial Interamericana. Sexta Edición. 1972.

48,150,170,187,210,215,365,400,410,505,507.

CHISTMAN.OTTOLENGHI.RAFFO.VOLCROLMAN. Técnica Quirúrgica.

Editorial El Ateneo. Decima Edición. 1970.

1 - 50.

CLIFFORD KIMBER DIANA. E.GRAY-A.M.R.N.CAROLYN.

Traducido por el Dr. José Laguna García.

Manual de Anatomía y Fisiología.

Editorial La Prensa Médica Mexicana. Tercera Edición. 1968

84 - 94, 144 - 150, 263 - 266.

DR. CORREA MAYORAL ENRIQUE. I. P. S. O.

(Información Profesional y de Servicios al Odontólogo)

Editorial El Manual Moderno. Tercera Edición. 1978.

17 - 97.

ESPONDA VILA RAFAEL. Anatomía Dental.

Dirección General de Publicaciones. Quinta Edición. 1978.

184, 185, 169, 170, 176.

FREDERIK H. MEYERS. ERNEST JAWETZ. ALAN GOLD FRENED.

Manual de Farmacología Clínica.

Editorial El Manual Moderno. Tercera Edición. 1978.

220 - 250.

HARRY SICHER. Anatomía Oral.

Editorial Llonryd Dubrul. Tercera Edición. 1975.

45 - 105, 270 - 187, 200 - 220.

DR.GUSTAVO O. KRUGER. Tratado de Cirugia Bucal.  
Editorial Interamericana. Segunda Edición. 1978.  
196 - 217.

R.D.LOCKHART. G. F.HAMILTON. FW. FYFE. Anatomía Humana.  
Editorial Interamericana. Tercera Edición. 1975.  
75 - 273.

DR.L.MILLER ERNEST. Prótesis Parcial Removible.  
Editorial Interamericana. Primera Edición. 1975.  
1 - 22 .

NIELS BJORN JORGENSEN. JERE HAYDON Jr.  
Anestesia Odontologica.  
Editorial Interamericana. Primera Edición, 1975.  
1 - 104. 121 - 126, 129 - 132.

ORESTES CENDRERO. Elementos de Anatomía y Fisiología.  
Editorial Porrúa. Quinta Edición. 1971.  
79 - 90, 163 - 168, 204 - 226, 305 - 310.

JOSE Y.OZAWA DEGUCHI. Prostodoncia Total.  
Editorial U.N.A.M. Segunda Edición. 1975.  
7 - 40, 59 - 66.



DR.FERNANDO RUIROZ GUTIERRES. Anatomía Humana.

Editorial Porrúa, Vol. I. II. Decima Tercera Edición. 1975.

I: 50 - 122, 314 - 345.

II: 63 - 82, 150 - 160, 191 - 193, 381 - 390.

GUILLERMO A. RIES CENTENO. Cirugía Bucal.

Editorial El Ateneo. Septima Edición. 1978.

3 - 27, 42 - 45, 91 - 140, 149 - 169,

183 - 196, 300 - 343, 413 - 727.

DR. SIGUR D. P. RAMFFORD. DR. MAJOR. M. ASH. Jr. Oclusión.

Editorial Interamericana. Quinta Edición. 1975.

20 - 50, 52 - 70, 117.

MAITER D. E. Cirugía Bucal Práctica.

Editorial Contiental. Primera Edición. 1978.

246 - 308.

WALTER C. GURALNICK. D. M. D. Tratado de Cirugía Bucal.

Editorial Salvat. Cuarta Edición. 1975.

145 - 159, 213 - 227, 413 - 434, 521 - 554.

**LOS RAYOS X EN ODONTOLOGIA.**

Eastman KODAK . 1964.

**REVISTAS CIENTIFICAS TECNICA Y CULTURAL. ( F.O ).**

Director:C.D. FILIO PALACIOS HURTADO.

Vol. 1. No.3 Nov.Dic. 1973 8,9,10.

Vol. 2. No.8 Nov.Dic. 1974 7 - 18.

Vol.IV. No.20 May.Oct. 1977 30-32,37-51.

Vol.IV. No.21 Nov.Abr. 1978 24-32,42-51.

Vol.IV. No.23 Nov.Abr. 1979 30-36.

**APUNTES DEL CURSO DE CIRUGIA BUCAL I y II.**

En la Clinica Periferica BENITO JUAREZ.

(Dr.Florentino Hernandez Flores.Titular de la Materia).