

140
96

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



EXTRACCIÓN DE CANINOS SUPERIORES
RETENIDOS

*Dirigi a señoría
Alfonso Pani
11-8-79*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

BENJAMIN ELIAS ANDRADE LIZARRAGA

México, D. F.

1979

14431



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.

EXTRACCION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS.

T E M A P I O .

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

PARTE I.

- I.- Conceptos Generales.
- II.- Anatomía del Canino
- III.- Anatomía de la región Gíngivodentaria
- IV.- Anatomía de la Región Palatina.
- V.- Etiología, Clasificación, perturbaciones que --
ocasiona; indicaciones y contraindicaciones.

PARTE II.-

- I.- Valoración del paciente antes de la intervención.
- II.- Historia Clínica.
- III.- Estudio Radiográfico, Importancia.

PARTE III.-

- I.- Anestesia y sus técnicas de bloqueo
- II.- Tratamiento Técnicas Quirúrgicas.
- III.- Extracción por vía palatina.
- IV.- Extracción por vía vestibular.
- V.- Complicaciones, tratamiento, post-operatorio.

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

En algunas ocasiones la mayoría de nosotros nos consideramos obligados a extraer un diente incluido. En tales casos es sumamente importante la evaluación pre-operatoria del paciente y del diente que se vá a extraer, por lo tanto debemos planear la intervención antes de empezarla.

Deseo que ésta les sea de alguna utilidad a mis compañeros, por la frecuencia conque se nos presentan en la práctica diaria.

Trabajo el cual someto a la consideración del honorable jurado.

I.- CONCEPTOS GENERALES.-

Se denominan "Canino retenido", aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro del maxilar, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La "retención cataria" puede presentarse en dos formas: El diente está completamente rodeado por tejido óseo retención intraósea " o el diente está cubierto -- por la mucosa gingival retención subgingival.

El tratamiento adecuado de éstos depende de la comprensión de los factores anatómicos fisiológicos y patológicos relacionados con ellos, para su eliminación, es necesario hacer un diagnóstico exacto, sobre todo conocer los principios básicos de la cirugía.

Sin embargo, la extracción quirúrgica de un canino retenido profundamente en posición horizontal en el paladar y en estrecha relación con el seno maxilar, cavidad nasal, o ambas, es uno de los procedimientos más -- difíciles de realizar en la cavidad oral.

La extracción de un diente retenido consiste esencialmente en un problema mecánico, es la búsqueda, por -

medios mecánicos.

Se han hecho estudios estadísticos sobre la --
incidencia de los dientes retenidos.

Según la Estadística de Berten-Cieszynski, la --
frecuencia que corresponde a los dientes retenidos es
la siguiente:

Tercer molar inferior	35%
Caninos Superiores	34%
Tercer molar superior	9%
Segundo Premolar inferior	5%
Canino Inferior	4%
Inciso Central Superior	4%
Primer pre-molar inferior	2%
Incisivo lateral superior	1.5%
Incisivo Lateral inferior	0.8%
Primer Pre-molar superior	0.8%
Primar pre-molar inferior	0.5%
Segundo molar inferior	0.5%
Primer molar suprior	0.4%
Incisivo Central inferior	0.4%
Segundo Molar Superior	0.1%

II.- ANATOMIA DEL CANINO.

Los caninos son los miembros solitarios de los arcos dentales, en efecto, solo un miembro de esta clase se haya presente en cada uno de los cuatro cuadrantes, ocupa el tercer lugar a partir de la línea media tanto en la arcada superior como en la inferior.

Varias razones hacen que el canino sea considerado como uno de los dientes más estratégicos de la boca.

En efecto los caninos son los dientes más estables en los arcos dentales, sus raíces casi siempre son más largas y más gruesas que las de los demás dientes y, por lo tanto, son dientes firmemente anclados en el hueso alveolar por lo tanto desde el punto de vista protesico es considerado uno de los dientes más fuertes.

La calcificación de su corona una vez implantado el germen dentario del canino, principia entre los cuatro y seis meses de edad y termina aproximadamente a los siete años de edad y su erupción normal se lleva a cabo entre los 11 y 12 años. La Calcificación de la raíz termina entre los 12 y 13 años (Casi siempre es un año después de la erupción.)

II.- Anatomía del canino.

Algunos caracteres de clase son característicos de todos los caninos.

- A). Son los únicos dientes que poseen una sola cúspide conica.
- B).-Sus raíces son las raíces simples más grandes de todas las presentadas.
- C). Son los únicos dientes cuspideos cuya, superficie-lingual es más funcional que la oclusal.

Altura de la corona	10.0 MM
Diametro mesiodistal de la corona	7.5 MM
Diametro Labiallingual de la corona	8.0 MM
Largo del diente	27.0 MM
Edad en el momento de la erupción.	11 años

RESUMEN.

Los bordes mesial y distal vistos desde el lado labial, tienden a converger de manera notable hacia el cuello.

El borde incisivo de la corona ocupa por lo menos el tercio y, a veces, hasta la mitad de la altura de la corona.

Tanto las crestas marginales mesial y distal -- como la cresta lingual y el cingulo bucal, estan mas - acentuadas que en el canino inferior, lo cual provoca la formación de una fosa bucal más profunda en el cani no superior la foseta bucal o los surcos, o ambos, son formaciones comunes.

El diametro labiolingual de la corona a nivel del cuello es mayor que el canino inferior vistas del lado - incisivo, las mitades mesial y distal de la corona pre-- sentan una asimetría marcada.

Haciendo una relación desde el punto de vista pato lógico de los caninos superiores retenidos, podemos mencio nar un cuadro de acuerdo a dichas anomalías.

I.- POSICION LABIAL.

- A).- Corona contra las raices de los incisivos.
- B).- Corona alta, es decir por arriba de los apices de -- los incisivos.

II.- POSICION PALATINA.

- A).- Superficial o contra el cuello de los incisivos.
- B).- Profundo o contra los apices de los incisivos.

III.- POSICIONES INTERMEDIAS.

- A).- Corona entre incisivo lateral y el primer premolar.
- B).- Corona arriba de los apices de los dientes anteriores, directamente labial o lingual, y la raíz al contrario.

IV.- POSICIONES ANTIPLACAS.

- A).- En la pared nasocentral.
- B).- En el seno maxilar.
- C).- Entre el primero y segundo pre-molares.
- D).- En el piso de la orbita
- E).- En el piso de fosas nasales.

III.- ANATOMIA REGION GINGIVODENTARIA.

Campo de la mayor parte de nuestra patología - Quirúrgica, la región gingivodentaria consta de tres elementos en íntima relación con la cirugía bucal, - la encía, el hueso y los dientes.

I.- LA ENCIA.

La encía (Tejido gingival) que cubre las arcadas alveolares y la bóveda palatina, se continúa sin límites de demarcación precisos con la mucosa de la cavidad -- bucal, diferenciándose de ésta última en algunos de--- talles histológicos.

Estudio Histológico de la encía. El tejido gingival esta formado por dos porciones la porción mucosa y la - submucosa.

A).- LA MUCOSA GINGIVAL.

La mucosa gingival pertenece al tipo de tejido epitelial pavimentoso estratificado. La capa mucosa consta de cuatro partes; la capa cornea, la capa lucida, la -- capa granulosa y la capa generatriz.

B).- La capa cornea negada por muchos autores quienes - sostienen que la mucosa humana no se cornifica (estas conclusiones erroneas se deben a que tales autores no -

estudiaron la mucosa gingival sino la mucosa bucal.

Está constituida por celas grandes poliedrica aplastadas, con nucleo apenas marcado en continua remoción debido al contacto con los elementos externos.

C).- La capa lucida, entidad histologica de caracteres poco marcados, esta compuesta por celulas oscuras, con espacios traslucidos entre ellas.

D).- LA CAPA GRANULOSA.

Esta capa esta formada por varias hileras de celulas aplastadas.

F).- La capa generatriz o de Malpighi, constituida -- por una sola hilera de celulas cubicas, en ocasiones -- más altas que anchas, con nucleos grande y en plena multiplicación cariocinetica.

Esta capa generatriz no está trazada en línea -- recta, si no que se encuentra levantada en relieves, -- originados por las papilas de la submucosa.

F).- La submucosa está constituida por tejido conjuntivo denso. Esta capa submucosa, en algunas regiones, -- está intimamente adherida al periostio subyacente formando de tal modo una capa única: La fibromucosa palatina. En otras regiones, esta separada del periostio por can-

tidades variables de tejido conjuntivo laxo, está formado por dos capas.

a).- La capa de las papilas, el límite con la capa mucosa es sumamente irregular, debido a la presencia de estas papilas; ellas contienen los vasos sanguíneos.

b).- La capa reticular, esta capa esta formada por fibras elasticas en una disposicion variada, se encuentra en vecindad con el perostio la arcada alveolar. El Aparato Dentario.

IV.- ANATOMIA REGION PALATINA.

Llamada así la pared superior y posterior de la cavidad bucal, constituye una zona de alto interés - para el odontólogo y el cirujano oral, por ser el si tio hacia el cual con extraordinaria frecuencia, hacen su desarrollo e invasión los procesos de origen dentario consta de dos porciones, la anterior, denominada bóveda palatina, y la posterior, velo del paladar .

El conjunto tiene la forma de una bóveda limitada anterior y lateralmente por la arcada dentaria, - concava en todos sentidos la profundidad de la bóveda es variable en los distintos individuos y en consonancia con la forma nasal y con la dirección del tabique.

Porción anterior o bóveda palatina planos constitutivos.

La bóveda palatina se compone de tres capas:

- 1.- La membrana mucosa íntimamente adherida al periostio subyacente, forma con él una membrana única - que se denomina la fibra mucosa palatina, su espesor es variable en el rafe medio del paladar es -

es muy delgada y puede ser fácilmente perforada a este nivel al desprenderse del hueso con fines quirúrgicos en los costados del paladar es más gruesa (5 mm de espesor)

La fibromucosa palatina contiene en su espesor y a los lados de la línea media una espesa capa glandular, las glándulas palatinas que son glándulas salivales análogas a las de los labios al desecarse el paladar manteniendo un tiempo la boca abierta o realizando anestésias sobre boveda, se ven afluir gotas de saliva producidas por éstas glándulas.

Esta fisiomucosa palatina se desprende con relativa facilidad del hueso subyacente, debido a su elasticidad puede ser desplazada, en trozos de tamaño diverso a sitios diferentes donde fijan su nuevo asiento, sirviendo para pláticas. Al ser respuestas sobre su lugar primitivo, después de ser desplazada para operar sobre el hueso del paladar, adquiere pronto su primitiva firmeza y relación.

Por la capa profunda de la fibra mucosa y en contacto con el esqueleto corren los vasos palatinos.

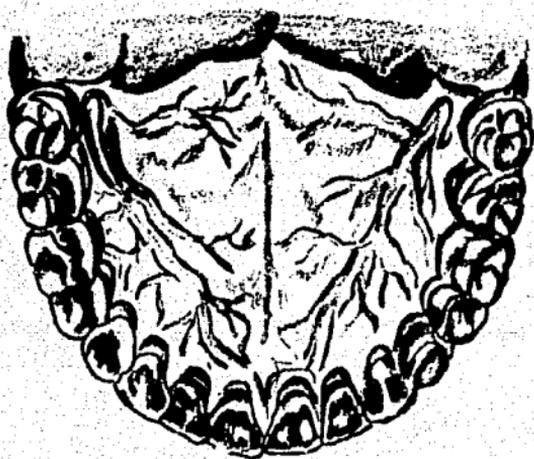
2. El Esqueleto Oseo.

El esqueleto óseo palatino está constituido por las dos apofisis palatinas de los maxilares superiores, que se sueldan en la línea media, y las dos apofisis horizontales de los palatinos que también se sueldan entre sí.

Además de las suturas bimaxilares y bipalatinas se encuentra en dicha bóveda la sutura entre las apofisis de los palatinos y de los maxilares; es la sutura maxilopalatina.. Estas cuatro suturas toman en conjunto una disposición crucial.

La bóveda puede ponerse en relación con el seno por el divertículo sinusal palatino. Como accidente anatómico de importancia es digno de notarse el orificio del conducto palatino anterior, zona de importancia y que debe ser considerada en el curso de las intervenciones del paladar óseo y los orificios de los conductos, palatinos posteriores, que están situados en el ángulo diedro formado por la apofisis horizontal y la arcada alveolar y próximos al tercer molar; por ellos emergen la arteria palatina superior, rama de la maxilar interna y el nervio palatino posterior.

3. Vasos y Nervios. Arterial. Las arterias de la bóveda palatina provienen de dos fuentes; las que emergen del conducto palatino anterior y las del palatino posterior.



La arteria palatina superior, rama importante de la maxilar interna, sale por el conducto palatino posterior, recorre la bóveda proxima a la arcada alveolar en compañía de las venas y nervios y se anastomosa con la arcada esfenopalatina, que sale por el agujero palatino anterior. En su trayecto da numerosas ramas que se distribuyen por la bóveda, mucosa y alveolos dentarios.

Es fundamental recordar el trayecto de los vasos palatinos con el fin de no seccionarlos en el curso de una operación sobre la bóveda. En las plásticas donde se utilizan colgajos palatinos, estos deben estar convenientemente irrigados para evitar su esfacelo; por lo tanto han de llevar un vaso palatino importante para conservar su vitalidad.

Venas:.- Las venas de la bóveda palatina corren paralelas a las arterias, desembocan en varias troncos venosos; el plexo venoso pterigideo,.

Las venas de la mucosa nasal, de la lengua y de las amígdalas.

Linfáticos.- desembocan en los ganglios profundos del cuello

Nervios.- Los nervios son de dos ordenes: Motores y sensitivos; Los primeros estan destinados a la motilidad -

del velo del paladar. No los consideramos, pues se --
apartán de nuestro campo quirúrgico.

Los nervios sensitivos provienen del ganglio-
esfenopalatino (del nervio maxilar superior)

Velo del paladar.-

Aunque está un poco alejado de la patología --
dentomaxilar, haremos ligeras consideraciones sobre el
paladar blando, entra en su constitución las dos pri--
meras capas de la boveda palatina, de las cuales son -
continuación y tienen pareciadas características, solo
que la mucosa es mas delgada y menos adherida al plano-
aponeurótico; la capa glandular es de mayor espesor, po-
seyendo una capa aponeurótica y una capa muscular que a
quella no tenía. Por el lado nasal, la cubre la misma
mucosa pituitaria, continuación de la nasal. Detallar
los musculos y la disposición de la aponeurosis seria:
entrar en consideraciones ajenas al tema en estudio.

I.- PARTE.

V.- ETIOLOGIA.

En lo que se refiere a las causas que producen o provocan la retención de los dientes, se puede clasificar -- las razones por las cuales el diente no hace erupción de la siguiente manera:

1.- Razones Embriológicas.

2.- Obstáculos Mecánicos.

A).- Falta de espacio

B).- Hueso de tal condensación que no pueda ser vencido en el trabajo de erupción (anostosis)

C).- El impedimento que se opone a la normal erupción.

D).- Elementos Patológicos (Tumores llamados odontomas)

3.- Causas Generales.

Aquí se expone un resumen de Dewell sobre el particular de dichos factores

1.- Los huesos del paladar duro ofrecen mayor resistencia que el hueso a la erupción de los caninos mal ubicados hacia lingual.

2.- La mucosa que cubre el tercio anterior del paladar está sujeta a repetidos esfuerzos y presiones durante la masticación, por lo cual se vuelve gruesa, densa y resistente, - Esta adherida más firmemente a la estructura ósea que ningún

otro tejido blando de la cavidad bucal.

3.- La erupción de los dientes depende hasta cierto punto de un aumento asociado al desarrollo óptico. Esta ayuda a la erupción de los caninos está disminuida porque su raíz se halla normalmente más formada en el momento de la erupción que la de cualquier otro diente permanente.

4.- Cuando más grandes es la distancia que un diente debe recorrer desde su punto de desarrollo hasta la oclusión normal, tanto mayores son las posibilidades de que se desvie su curso normal y se produzca la retención consiguiente.

El canino debe recorrer la distancia mayor de todos los dientes para llegar a la completa oclusión.

Es igualmente cierto que cuanto menor es la distancia que un diente deba recorrer, tanto menores son las posibilidades de retención. Los primeros molares permanentes son los que recorren la distancia más corta y son los que rara vez son retenidos.

5.- Durante el desarrollo, la corona de los caninos permanentes está colocada por el lado lingual del largo ápice de la raíz del canino infantil; cualquier cambio en la posición o condición de éste último causado ya sea por caries, ó por pérdida prematura, se refleja a lo largo de su altura completa, pudiendo causar fácilmente una desviación en la posición y dirección de crecimiento de germen del canino permanente.

6- Absorción retardada de las raíces de los caninos primarios

7.- Los caninos son los últimos dientes en erupcionar por lo cual están expuestos a las influencias ambientales - desfavorables.

8.- Los caninos erupcionan entre dientes que ya están en oclusión y entran en competencia por el espacio, con los segundos molares generalmente también en erupción.

9.- El canino está precedido por un canino primario - cuyo diámetro medio-distal es mucho menor que el permanente.

Hohner demostró que los caninos superiores retenidos -- son veinte veces más frecuentes que los inferiores, y la retención palatina es más frecuente tres veces que en vestibular.

La gran mayoría de los casos de retención se encuentran en las mujeres, a causa de que los huesos del cráneo y los maxilares son, en término medio, más pequeños que en el hombre.

El canino inferior en contraste con el superior, presenta menos retenciones, y cuando se presenta lo hace, generalmente, por vestibular, y muy rara vez por lingual.

PARTE I.-

V.- CLASIFICACION.

LOS CANINOS RETENIDOS, SUPERIORES SE CLASIFICAN EN:

- A).- Retención intraosea, cuando el diente está cubierto en su totalidad por tejido, oseo.
- B).- Retención subgingival, cuando el diente retenido está cubierto unicamente por la mucosa gingival.

La clasificación de acuerdo a la dirección de su eje mayor, es en los caninos retenidos es el siguiente:

- A).- Posición Vertical.
- B).- Posición Horizontal.
- C).- Posición Angular.

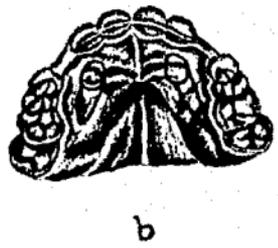
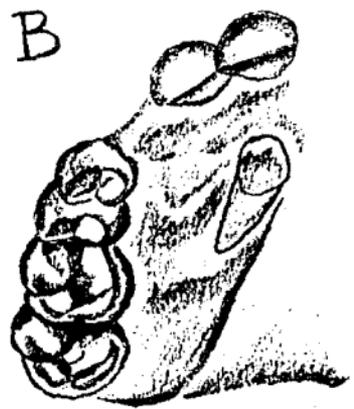
La clasificación de acuerdo a su situación puede ser:

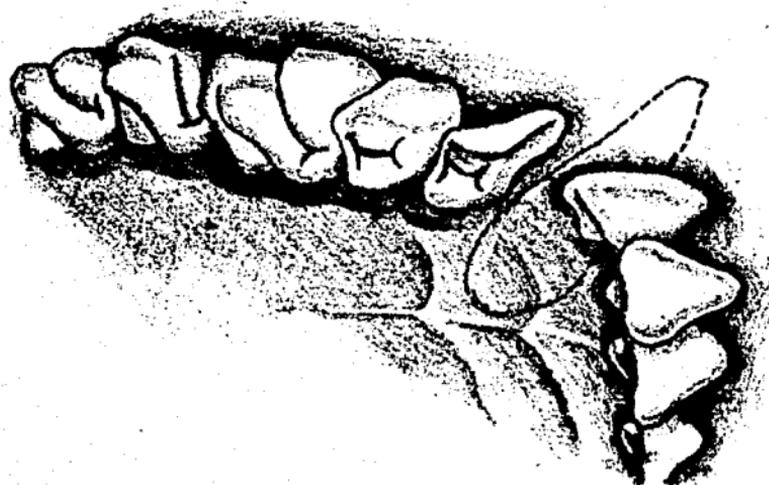
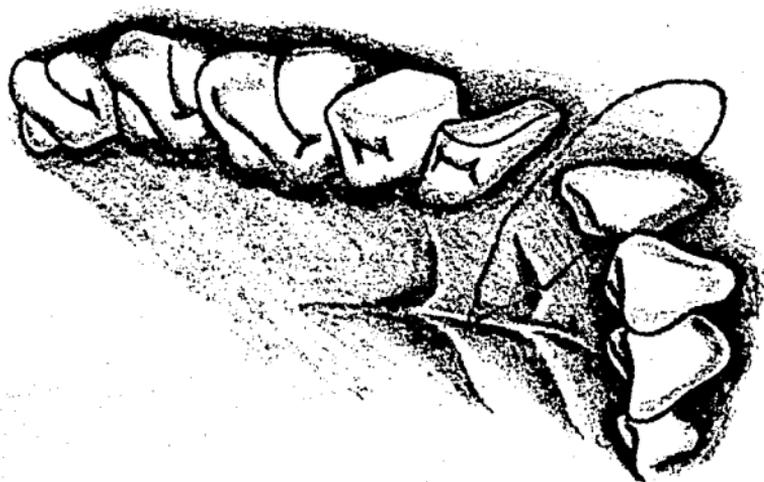
- a.- unilateral
- b.- bilateral.

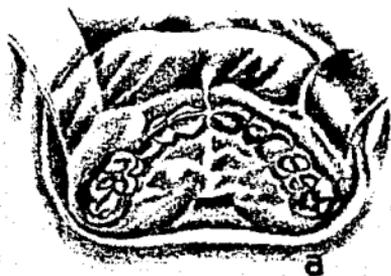
La Clasificación de acuerdo a su situación en el maxilar - se clasifican en:

Clase I, canino retenido localizados en el paladar.

- A).- Horizontal.
- B).- Vertical
- c).- Semivertical







Clase II.- Caninos retenidos localizados en superficie vestibular del maxilar superior.

A).- Horizontal.

B).- Vertical

C).- Semivertical.

Clase III.- Caninos retenido, localizado a la vez en palatino y vestibular, la corona esta en el paladar y la raiz pasa entre las raices de los dientes adyacentes terminando en angulo agudo sobre la superficie vestibular del maxilar superior.

Clase IV.- Canino retenido, localizado en la apofisis alveolar entre el incisivo y el primer premolar en posicion vertical.

Clase V.- Caninos retenidos localizados en un maxilar superior desdentado.

A).- ubicados en el lado palatino

B).- ubicados en el lado vestibulozo.

C).- ubicados sobre la arcada dentaria.

PART I.-

V.- PERTURBACIONES QUE OCASIONA: INDICACIONES Y CONTRA-INDICACIONES.

A).- Mal posición de los dientes contiguos. La presión ejercida por el diente interrumpido en su erupción puede causar versión desplazamiento o rotación de los incisivos laterales.

b).- Resorción de las raíces de los dientes contiguos - producida por la presión del diente retenido.

Ya que el examen radiográfico no nos da la destrucción de las raíces por la superposición de las imágenes.

C).- Caries del diente retenido ó de los dientes contiguos.

D).- Dolor, este es un síntoma común asociado al diente retenido: casi siempre es de tipo neurológico referido al ojo, oído, senos maxilares, hueso frontal, cara cabeza.

El dolor es de un tipo sordo, causado por compresión - y que se irradia, pudiendo obedecer a la formación de quistes o de tumores situados cerca de la corona del diente referido obteniéndose alivio casi inmediato con la avulsión.

D).- Desajuste de la prótesis totales. Esta hace presión sobre el tejido aumentando la circulación local y probablemente este estímulo a la erupción del diente retenido.

E).- Infección.- Esta suele ser muy rara.

F).- Tumores o quistes dentigenos.- Estos se originan en los vasos foliculares que rodean las coronas de los dientes en desarrollo.

CONTRAINDICACIONES.

G).- Cuando el canino puede ser llevado a posición normal por procedimientos combinados de cirugía y ortodoncia.

H).- En algunos casos especiales en que se hubiesen cerrado el espacio y con la presencia de todos los dientes en posición normal ó cuando esta no cause ninguna alteración --- aparente, pero por regla general siempre está debiera ser - extraído.

PARTF II.-

1.- VALORACION DEL PACIENTE ANTES DE LA INTERVEN- CION.

La gran cantidad de descubrimientos conseguidos por - nuestros colegas médicos en el campo del diagnóstico y te-
rapeútica, han permitido que los cirujanos orales puedan
tratar a muchos enfermos que en épocas anteriores no hubie-
ran podido sobrellevar sus enfermedades. Es necesario ---
pués, en los cirujanos orales, un profundo conocimiento de
los procesos patológicos básicos y saber valorar los resul-
tados que sus tratamientos pueden tener sobre el paciente
y su enfermedad.

El cirujano deberá valorar el estado del enfermo y de-
terminar cuando se utilizará anestesia local ó la general.
Deberá decidir cuando el paciente pueda ser tratado en ré-
gimen ambulatorio ó cuando deberá ser hospitalizado, para
poder conseguir todo ello, necesitará reunir la suficiente
información que le permita lograr sus objetivos en forma -
adecuada.

LA HISTORIA CLINICA MEDICA EN LA PRACTICA DENTAL.

F i n a l i d a d d e l a H i s t o r i a C l i n i c a

La anotación de la Historia Clínica Médica, conside-
rada otrora como un trámite que se aplicaba al tratamiento
del paciente especial, se considera ahora, como un elemento
indispensable en la práctica corriente. Hay cuatro razones

principales por las cuales el dentista toma dicha historia, para tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar; para averiguar si la presencia de alguna enfermedad general ó la toma de determinados medicamentos destinados a su tratamiento pueden entorpecer o comprometer el éxito del tratamiento aplicado a su paciente, para detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial; para conservar un documento gráfico que puede resultar útil en el caso de reclamación judicial por incompetencia profesional.

E l C u e s t i o n a r i o S a n i t a r i o .

Existen diversas formas válidas y adecuadas para tomar la historia clínica,. Algunos prefieren registrar la información en una hoja de papel blanco, mientras que otros optan por servirse de impresos con una pauta que guía el interrogatorio. Un método práctico y bastante extendido es el empleo de un cuestionario sanitario. -- Como varias Escuelas de Odontología utilizan en sus clínicas éste tipo de cuestionarios, hay muchos dentistas que están familiarizados con su uso. El que presentamos aquí se basa en el cuestionario que aparece en Accepted Dental Remedies, publicación del Council on Dental Therapeutics

- c).- Enfermedad Cardiovascular (Trastor no Cardíaco, ataque cardíaco, Insuficiencia Coronaria, oclusión coronaria, tensión arterial elevada, arteriosclerosis, apoplejía)... Si No
- 1.- Nota dolor en el pecho después de los esfuerzos? Si No
- 2.- Le falta el aliento después de un ejercicio moderado? Si No
- 3.- Se le hinchan los tobillos? si No
- 4.- Tiene dificultad para respirar cuando está echado o necesita más almohadas cuando duerme? si no
- d).- Alergias si No
- e).- Asma o fiebre del heno si no
- f).- Urticaria o erupción cutánea si no
- g).- Desvanecimientos o ataques si no
- h).- Diabetes si no.
- 1.- Tiene necesidad de orinar más de seis veces al día?... si no
- 2.- Tiene sensación de sed con mucha frecuencia? si no
- 3.- Nota a menudo sensación de sequedad en la boca? si no
- i).- Hepatitis, ictericia, o enfermedad hepática... si no
- j).- Artritis... si no
- k).- Reumatismo inflamatorio (tumefacción dolorosa de las articulaciones) si no
- l).- Úlceras gástricas... si no
- m).- Trastornos renales... si no
- n).- Tuberculosis si no
- o).- tiene tos persistente? Ha expectorado sangre alguna vez? si no
- p).- Hipotensión si no
- q).- Enfermedades venéreas si no
- r).- Otras enfermedades si no
- 7.- ¿Ha tenido hemorragias anormales con extracciones anteriores, intervenciones quirúrgicas, ó traumatismo? si no
- a).- Se produce equimosis con facilidad... si no
- b).- ha necesitado alguna vez una transfusión sanguínea? si no
- En caso afirmativo, explique en que circunstancias

- 8.- Padece algún trastorno de la sangre, por ejemplo anemia? Si No
- 9.- Le han operado ó le han aplicado radioterapia por un tumor, abultamiento o cualquier otra alteración de la boca ó de los labios? .. Si No
- 10.- Toma algún preparado medicamentoso?..... Si No
En caso afirmativo, diga cual es? _____
- 11.- Toma algunos de los preparados siguientes?
- | | | |
|---|----|----|
| a).- Antibióticos o sulfamidas..... | Si | No |
| b).0 Anticoagulantes (para aclarar la sangre) | Si | No |
| c).- Medicamentos para la presión sanguínea alguna | | |
| vada | Si | No |
| d).- Cortisona (esteroides)..... | Si | No |
| e).- Tranquilizantes | Si | No |
| f).- Aspirina | Si | No |
| g).- Insulina, tolbutamida (Orinase) o productos similares. | Si | No |
| h).- Digital u otros preparados cardiotónicos | Si | No |
| i).- Nitroglicerina..... | Si | No |
| j).0 Otros preparados | | |
-
- 12.- Tiene alergia o ha reaccionado desfavorablemente a?:
- | | | |
|---|----|----|
| a).- Anestésicos locales..... | Si | No |
| b).- Penicilina u otros antibióticos | Si | No |
| c).- Sulfamidas..... | Si | No |
| d).- Barbitúricos, Sedantes, y tabletas contra el insomnio..... | Si | No |
| e).- Aspirina | Si | No |
| f).- Yodo | Si | No |
| g).- Otras sustancias..... | | |
-
- 13.- Padece alguna enfermedad ó algún trastorno que no haya sido mencionado más arriba y que considera conveniente que yo lo sepa?... Si No
En caso afirmativo, explique cual es? _____
- 14.- Tiene dolor en la boca? .. Si No
- 15.- Le sangran las encías? Si No
- 16.- Cuándo visitó al dentista por última vez?
- 170.-Que tratamiento le dio? _____
- 18.0 Ha sufrido algún trastornos importante con ocasion de algún tratamiento dental anterior..... Si No
En caso afirmativo, diga que ocurrió _____

MUJERES.-

- | | | |
|--|----|----|
| 19.- Está embarazada? | Si | No |
| 20.- Sufre trastornos relacionados con el -
periodo menstrual?..... | Si | No |

Observaciones. _____

Fecha _____

Firma del paciente.

Firma del dentista.

de la American Dental Association, el cual a su vez se compiló a partir de los impresos usados en cuatro Escuelas dentales. En la modificación presente no se han regateado esfuerzos para hallar una forma que sea lo suficiente completa y al mismo tiempo bastante concisa para su aplicación -- práctica en el trabajo diario.

Hay que tener en cuenta que un cuestionario sirve como instrumento útil en la búsqueda de información acerca de la salud y en éste contexto no pretende sustituir a la historia clínica detallada que tal vez sea necesaria en algunos casos.

Significación de las Respuestas Positivas. -

Hay que admitir que existe un conflicto potencial en lo que se refiere al material que sigue. ¿ como presentar -- la información suficiente para que sea orientadora sin que resulte demasiada larga y fastidiosa? Los libros de patología y de medicina interna contienen capítulos dedicados a la exposición de cada uno de los puntos del cuestionario. Evidentemente, la información presentada aquí tiene que ser breve e incompleta. Se ha intentado presentar una interpretación -- práctica del cuestionario, más que un análisis académico que

cubra todas las implicaciones posibles de las preguntas. - El odontólogo debe acudir a otras fuentes si pretende mejorar su utilización de la historia clínica en la práctica. En una sección posterior se expone una consideración más detallada de las enfermedades generales de especial importancia para el odontólogo.

El "principal trastorno bucal" del paciente es, de hecho, una explicación breve del motivo de la consulta. Su respuesta ayudará a hacerse cargo inmediatamente de la interpretación dada por el paciente a sus problemas orales o dentales, y revelará lo que espera de su consulta. En algunos casos el propio trastorno oral sugerirá claramente la presencia de una enfermedad general; por ejemplo, hemorragias o lesiones que no se curan.

El dentista tiene que revisar brevemente todo el cuestionario, fijándose especialmente en las respuestas positivas, antes de interrogar al paciente en busca de detalles. - de éste modo adquiere una idea general acerca de la salud -- del paciente y se orienta sobre la manera de proseguir la -- historia clínica. Si las respuestas positivas son muchas, - puede ahorrarse tiempo en las respuestas de las cinco primeras preguntas, que son de carácter general.

Debido al bajo nivel de comprensión o a las actitudes poco corrientes que ocasionalmente se encuentran en algunos pacientes, son de esperar respuestas contradictorias y confu

sas. El dentista debe hacer con paciencia nuevas preguntas que le aclaren los problemas.

1.- ¿Padece usted trastornos o alguna enfermedad?

Si la contestación es afirmativa, se ha de preguntar al paciente cuál es su problema. En éste momento, un paciente inteligente y bien informado proporciona la mayor parte de la información importante. Aunque al escuchar el relato del paciente acerca de su enfermedad y de cómo ha reaccionado ante ella puede resultar útil, también puede convertirse en una pérdida de tiempo. Una vez aclarada la naturaleza de la enfermedad, lo mejor es pasar a otras partes del cuestionario en las cuales probablemente se obtendrá una información más específica. El trastorno médico más importante del paciente se registrará con sus propias palabras en "observaciones".

1 a. ¿ Ha observado usted alguna alteración de su salud general el año pasado?

Un paciente que en la respuesta anterior ha dicho -- que gozaba de buena salud, es posible que ahora responda -- con un "si" . Así se tiene una sutil oportunidad para obtener una impresión acerca del estado de salud globalmente -- considerado.

Las preguntas 2 y 3 también están destinadas a comprobar las afirmaciones del paciente sobre su propio estado de Salud.

- 4.- Ha padecido usted alguna enfermedad grave? Le han operado?
- 4a.- En caso afirmativo, ¿Cual fué la enfermedad? -- de que le operaron?
- 5.- Ha sido usted hospitalizado o ha padecido alguna enfermedad grave durante los cinco años últimos?
- 5a.- En caso afirmativo ¿Cual fué el problema?

Estas preguntas nos permiten conocer mejor el estado de salud del paciente, sin embargo, se refieren al pasado, Una respuesta afirmativa requiere a menudo una investigación más profunda. No es raro que un paciente responda -- en sentido positivo en éste punto y en sentido negativo en el resto del cuestionario. En tal caso, la respuesta puede constituir la única guía para orientarnos con respecto a la salud del paciente. El recuerdo que éste tiene del pasado puede ser demasiado vago para permitirle dar una respuesta positiva a las cuestiones siguientes. En tales casos suele ser necesario inquirir los síntomas y secuelas -- asociados con el episodio pasado.

- 6.- Padece o ha padecido usted alguna de las siguientes enfermedades ó trastornos?

6.a.- fiebre reumática o cardiopatía reumática.

Esta enfermedad con frecuencia se asocia con lesiones de la válvula cardíacas. Los pacientes que responder afirma-

tivamente deben recibir medicación profiláctica y antibiótica antes de someterse a una extracción dental o a otra manipulación sobre tejidos blandos o hueso.

6.b.- Lesiones cardiacas congénitas.

Estos pacientes también necesitan la protección descrita en 6 a. Si el interrogatorio revela que el defecto congénito ha influido en la vida del paciente obligándole a modificar sus hábitos laborales o lúdicos, se debe consultar al médico de cabecera. En el tratamiento de este tipo de pacientes suelen ser necesarias precauciones especiales.

6.c.- Enfermedad cardiovascular (trastorno cardíaco, ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, obstrucción coronaria, tensión arterial elevada, arteriosclerosis, apoplejía).

1).- Nota dolor en el pecho después de los esfuerzos?

Este dolor, que a menudo indica una angina de pecho, se produce cuando la musculatura cardíaca no recibe la cantidad necesaria de oxígeno porque ha disminuido la irrigación. Este síntoma indica alteraciones arterioscleróticas de los vasos coronarios que disminuyen su diámetro e impiden el paso de la sangre en la cantidad requerida por el ejercicio.

2).- Le falta el aliento después de un ejercicio moderado?

Este síntoma indica una enfermedad valvular del corazón que dificulta el flujo hemático eficaz a través del corazón. Cuando la valvula mitral situada entre la aurícula y el ventrículo izquierdos está alterada por la aterosclerosis, la sangre regurgita en la aurícula al contraerse el ventrículo. La aurícula ha de recoger mayor cantidad de sangre, y a su vez, también lo han de hacer las venas pulmonares y, finalmente los vasos de los pulmones. Este aumento de presión produce acumulación de líquido en el interior de los pulmones y por ende la disnea. La disnea puede indicar también alguna enfermedad respiratoria crónica.

3).- ¿ Se le hinchan los tobillos?

Este hallazgo con frecuencia es síntoma de insuficiencia cardíaca congestiva, que se produce cuando se prolonga la incapacidad del corazón para mantener una irrigación adecuada de los tejidos. La ingurgitación pasiva del sistema venoso origina el edema de las piernas.

4).- ¿ Tiene dificultad para respirar cuando está echado, o necesita más almohadas cuando duerme.?

La ortopnea (dificultad para respirar cuando se está acostado) es otro signo de insuficiencia cardíaca, -

especialmente del ventrículo izquierdo. Es una prolongación del problema descrito en 6c,2.

Los pacientes que responden "si" a cualquiera de las preguntas siguientes a 6c requieren un enjuiciamiento y unos cuidados especiales por parte del dentista. Su bienestar también depende de unas comunicaciones efectivas entre el médico y el odontólogo. Es recomendable que la primera entrevista con los pacientes cardiovasculares se limite a la historia clínica y al exámen oral y radiográfico. El tratamiento electivo no debe iniciarse hasta después de consultar con el médico que asiste al paciente. Si los problemas orales del paciente requieren un tratamiento inmediato, puede aplicarse con cautela si se halla libre de síntomas y no está tomando medicación.

El paciente libre de síntomas, pero sometido a tratamiento medicamentoso por sus problemas cardiovasculares, requiere mayor atención. Si su respuesta afirmativa se refería a un ataque cardíaco anterior, el medicamento que toma será probablemente un anticoagulante. En este paciente pueden realizarse los tratamiento urgentes, excepto la extracción de piezas dentarias, que deberá retrasarse hasta que se determina el estado del mecanismo de la coagulación. Si el paciente revela que la medicación prescrita comprende nitroglicerina, digital o un diurético, conviene telefonar al médico para que informe acerca del estado --

del paciente en lo que a su corazón se refiere. Si no es posible realizar esta consulta telefónica con el médico, el dentista puede proceder con cuidado a practicar las operaciones urgentes en el paciente que no presente signo ni síntomas morbosos. Generalmente la intervención del odontólogo va precedida de una premedicación del paciente con un sedante con el fin de reducir al mínimo la excitación y la reacción frente a las maniobras.

Si el paciente sufre de ordinario signos y síntomas, y si no es posible determinar la medicación que toma no debe iniciarse ningún tratamiento dental activo. La urgencia dental se atenderá con analgésicos y narcóticos hasta que sea posible efectuar la consulta con el médico.

El paciente cuya respuesta afirmativa se refiere a un ictus o a la presencia de tensión elevada, se ha de enfocar de modo algo diferente. Un ictus (Accidente vascular cerebral) suele indicar que hay alteraciones vasculares ateroscleróticas combinadas con tensión arterial alta. Como la hipertensión está relacionada con el desarrollo de las alteraciones ateroscleróticas y también complica el tratamiento de sus secuelas, se incluye en la pregunta sobre enfermedades cardiovasculares. Por otra parte, la tensión arterial elevada puede ser la única enfermedad clínica, ó -

o la enfermedad predominante, que se ha podido descubrir

El dentista ha de estar en condiciones de determinar la presión sanguínea si quiere enfocar de manera razonable el tratamiento del paciente hipertenso. Si las cifras son normales y el paciente no toma medicación el odontólogo puede tratar al paciente. Si la tensión es normal gracias a los medicamentos que toma el paciente, está indicada la premedicación sedante. A éste respecto, sin embargo, es indispensable conocer la naturaleza de los medicamentos prescritos por el médico. Algunos preparados clasificados como tranquilizantes son útiles en el tratamiento de la hipertensión, pero requieren atención por sus efectos colaterales y por su acción sinérgica.

Es indispensable tomar precauciones cuando un paciente sometido a tratamiento antihipertensivo requiere un anestésico general, porque dicho anestésico puede provocar episodios de hipotensión. Aunque tal vez no sea necesario interrumpir la medicación antihipertensiva, es importante que el anestesista conozca las dosis que toma el paciente y lo tenga en cuenta al aplicar la anestesia.

Si la presión sanguínea es alta (el hallazgo más importante es que la mínima sea de 100 mm Hg) debe ponerse el tratamiento dental hasta que el médico la rebaje a cifras normales.

6 d. Alergias.

6 e. Asma o fiebre de heno.

6 f. Urticaria o erupción cutánea.

Estas tres preguntas intentan aclarar si el paciente presenta una diátesis hemorrágica. Al responder a la 6d, el paciente puede identificar exactamente el alérgeno que debe evitarse. Una respuesta negativa en 6 d, pero positiva en 6e ó en 6 f, debe despertar las sospechas del odontólogo. -- Tienen especial interés las posibles respuestas alérgicas, a los agentes empleados corrientemente por el dentista, tales como los anestésicos locales y tópicos, barbitúricos, yodo, antibióticos, aspirina y codeína. (V.12) El dentista se ha de mantener siempre alerta ante la posibilidad de una reacción anormal a cualquiera de los preparados medicamentosos o sustancias químicas que pueda utilizar en el tratamiento.

6 g. Desvanecimientos o ataques.

Es importante que el dentista sepa si su paciente -- padece epilepsia. Puede evitarse la aparición de un ataque durante el tratamiento prestando al paciente excitable una atención especial o dándole un sedante. Así mismo, una historia de epilepsia puede ayudar a aclarar los hallazgos orales, como una hipertrofia gingival producida por tratamientos con Dilantin, o las heridas o cicatrices linguales.

Si el paciente explica que ha tenido desmayos durante el tratamiento dental, especialmente durante la -- administración de un anestésico, el dentista puede modificar su método habitual. Si hay una historia reciente de ausencias ó pérdidas de conciencia no aclaradas, debe remitirse el paciente a un médico para que lo explore -- y averigüe si padece alguna lesión o trastorno del sistema nervioso central.

6 h. Diabetes.

- 1). Tiene necesidad de orinar más de seis veces -- al día?
- 2). Tiene sensación de sed con mucha frecuencia?
- 3).- Nota a menudo sensación de sequedad en la boca?

Una respuesta afirmativa a alguna o a todas las -- preguntas específicas del apartado 6h es muy sospechosa de Diabetes Mellitus. Aunque una historia positiva de diabetes mellitus compensada no constituye una contraindicación del tratamiento dental corriente, requiere una modificación de los cuidados que se les prestan. Tal -- vez haya que darle un sedante para evitar la elevación de la glucemia asociada a menudo con la nerviosidad o la o la apresión exageradas. Las intervenciones quirúrgicas deberán planearse en relación con la administración de --

insulina u otros preparados. El dentista tiene que evitar las técnicas que obliguen a modificar la ingestión de carbohidratos a la cual se ha ajustado el régimen del paciente. Estará sobre aviso ante la aparición súbita de un coma diabético o de un choque insulínico en el paciente con una diabetes conocida.

En el paciente con diabetes no controlada solamente se efectuará el tratamiento urgente, reduciéndolo a un mínimo y evitando el tratamiento electivo. Es aconsejable la consulta con el médico. El odontólogo tiene una excelente oportunidad para identificar y orientar a los pacientes con diabetes mellitus no diagnosticada.

6 i. Hepatitis, ictericia ó enfermedad hepática.

En el caso de que el paciente tenga una historia de enfermedad hepática se ha de solicitar al médico la información adicional precisa. No existe ningún agente químico desinfectante en el que pueda confiarse para inactivar el virus causal de la hepatitis; por lo tanto, es imperativa una precaución especial cuando se esterilizan los instrumentos que se han utilizado en un paciente con antecedentes de dicha enfermedad.

Los pacientes con afecciones hepáticas pueden tener alterada la absorción y la utilización de la vitamina li posoluble K. En presencia de lesiones hepáticas graves, la producción de protrombina puede ser insuficiente para mantener los niveles hemáticos normales. En consecuencia el dentista puede prever fenómenos hemorrágicos anormales.

6 j. Artritis.

La importancia que la osteoartritis pueda tener en el campo de la odontología se limita a la posible afección de la articulación temporomandibular, en cuyo caso puede haber dolor articular y limitación de la movilidad. Algunos pacientes con artritis toman cantidades elevadas de as pirina. El dentista se ha de asegurar que el paciente no se refiere a la pregunta g k cuando contesta.

6 k. Reumatismo inflamatorio (tumefacción dolorosa de las articulaciones).

La respuesta afirmativa ha de impulsar a interrogar con precisión al paciente, y tal vez a su médico, para determinar si las articulaciones dolorosas están en relación con la fiebre reumática o la corea de Sydenham,. Ambas -- afecciones producen con frecuencia lesiones valvulares car diacas. Una respuesta afirmativa a gk, posiblemente indica que el paciente sufre una artritis reumatoidea, tratada muchas veces con esteroides o aspirina.

6 i.- Úlceras gástricas.

El paciente con una dieta restringida desde hace tiempo por úlceras de estómago puede presentar signos y síntomas orales de déficit nutritivo. La dieta que no es detergente suele originar alteraciones en la boca ó dar lugar a la presencia de saburra lingual anormal. La Probanthine, de uso corriente en el tratamiento de la úlcera, produce a menudo sequedad de la boca. El dentista no debe prescribir esteroides a un paciente ulceroso, -- porque con ello impediría la reparación del tejido conjuntivo.

6 m. Trastornos renales.

La observación clínica de que la glomerulonefritis aguda aparece algunas veces después de infecciones orales o faríngeas, pone de relieve la necesidad de eliminar la infección oral en el paciente con una afección renal. No obstante, no pueden llevarse a cabo procedimientos quirúrgicos en los pacientes con nefritis aguda ó activa. Si -- es urgente la extracción dentaria, se realizará solo después de administrar antibióticos.

Los pacientes con proteinuria a consecuencia de una afección renal crónica pueden presentar signos y síntomas orales de anemia o de carencias nutritivas. La estomatitis

que acompaña a la uremia suele ser sintoma tardío que aparece en el paciente gravemente enfermo.

6 n.- Tuberculosis.

El dentista tiene que ponerse una mascarilla y tomar otras precauciones para evitar el contagio -- cuando trata a un paciente con tuberculosis diagnóstica. Cabe descubrir lesiones tuberculosas en la cavidad oral, pero son poco frecuentes.

6 o.- ¿Tiene usted tos persistente? Ha expectorado sangre alguna vez?

Al preguntar esto, el dentista pone de relieve su papel de "detector de casos" médico. Una respuesta positiva puede indicar tuberculosis, carcinoma pulmonar u otras enfermedades pulmonares crónicas. Debe remitirse al paciente a un médico antes de iniciar cualquier tratamiento dental, excepto la atención urgente.

6.p. Hipotensión,

En muchos casos, la hipotensión crónica, presión sistólica uniforme de 100 mm Hg. puede considerarse como un signo favorable para la salud. Es muy frecuente que un paciente que se queja de tener "la sangre baja"

quiera indicar en realidad que padece anemia.

6 q. Enfermedades venéreas.

Este apartado se refiere principalmente a la sífilis. Aunque es raro el paciente que admita una historia de enfermedad venérea, cuando se obtiene una respuesta positiva hay que practicar una prueba serológica de la sífilis, para descartar la enfermedad activa.

6 r.- Otras enfermedades.

Debe estimularse al paciente para que anote -- cualquier trastorno que pueda revelar su estado de salud.

7. ¿Ha tenido usted hemorragias anormales con ocasión de extracciones anteriores, intervenciones -- quirúrgicas o traumatismos?

Hay que hacer ésta pregunta porque es muy importante saber si el paciente tiene tendencia a las hemorragias. Sin embargo, son corrientes las respuestas con un "sí" que pueden inducir a error. Las respuestas subjetivas de los pacientes ante las intervenciones quirúrgicas varían mucho de unos a otros, pues se inclinan a creer que sus experiencias constituyen algo raro o anormal. Un interrogatorio más preciso suele alcarar qué -

pacientes padecen un déficit de vitamina K primario ó - secundario, una enfermedad hepática, una púrpura trombo - citopénica, una hemofilia y otra discrasia hemática. Ta - les pacientes constituyen sólo un pequeño porcentaje de los que informan que sufren trastornos hemorrágicos, pe - ro cuando exista una duda razonable debe remitirse el - paciente a un médico o a un laboratorio clínico donde - puedan determinar el tiempo de coagulación, el tiempo - de protrombina y de tromboplastina, la prueba del torni - quete y el recuento de plaquetas.

7 a. ¿ Se produce equimosis fácilmente?

Esta pregunta es mal interpretada con frecuencia - y muchas mujeres responden afirmativamente. El dentis - ta deberá buscar signos de púrpura. El paciente con una tendencia anormal a las equimosis ha de hacer pensar en la púrpura trombocitopénica, pero también puede tratarse de un síntoma de leucemia ó de avitaminosis C intensa. - Debe recomendarse al paciente que consulte con un médico.

7 b. ¿ Ha necesitado usted alguna vez una transfusión sanguínea?

Esta pregunta ofrece otra posibilidad de descartar - una tendencia hemorragipara. También puede revelar sig - nos de otro tipo de discrasia hemática o llevar a inves - tigar sobre otros acontecimientos de tipo médico ocurri -

dos en el pasado.

8. ¿ Padece usted algún trastorno de la sangre, por ejemplo, anemia?

Es corriente que los pacientes digan que padecen -- anemia o que "el médico les refuerza la sangre". Como los médicos dan con frecuencia ésta explicación como --- parte del tratamiento de las enfermedades reales ó imagi narias, debe tomarse con cautela la respuesta afirmativa. Si resulta evidente que el paciente toma medicación por - presentar algún trastorno hemático, o si el exámen clíni- co inclina a pensar en una anemia. Hay que solicitar de- talles al médico o pedir los análisis pertinentes al labo- ratorio.

9.- ¿Le han operado o le han aplicado radioterapia - por un tumor, abultamiento o cuqueleir otra alte- ración de la boca o de los labios?

Si el paciente ha sufrido una intervención quirúrgica es importante que el dentista se informe a fondo para in- terpretar mejor los hallazgos orales, Es sumamente impor- tante averiguar si los huesos faciales han sido sometidos a irradiación. En caso afirmativo no debe intervenirse - quirúrgicamente sobre el hueso porque la disminución del riego sanguíneo puede originar una osteorradionecrosis. - Deben solicitarse al médico los detalles concernientes al

tratamiento. Todo paciente con antecedentes de neoplasia oral debe ser examinado con especial cuidado para descubrir cualquier signo de recidiva.

10.- ¿ Toma usted algún preparado medicamentoso?

Aunque los medicamentos mencionados en la pregunta siguiente son especialmente importantes, interesa también saber si el paciente toma alguna otra medicación. El dentista debe aclarar que la pregunta se refiere a cualquier preparado, incluso a los que pueden adquirirse sin receta médica. Puede darse el caso de que esta pregunta sea la única del cuestionario que proporcione alguna información sobre el estado de salud del paciente.

11.-¿ Toma usted algunos de los preparador siguientes?

11.a.- Antibióticos o sulfamidas.

Una respuesta positiva obliga a solicitar informes al médico que ha ordenado el tratamiento. No debe confiarse de las explicaciones que dé el paciente sobre el motivo de la medicación.

11..b. Anticoagulantes (para aclarar la sangre)

Una respuesta afirmativa indica que el paciente ha sufrido un ataque cardíaco o una enfermedad vascular peri-

férica. Hay que entrar en contacto con el médico. El tratamiento dental electivo se ha de retrasar tres meses como mínimo contados a partir del ataque. El paciente sometido a tratamiento anticoagulante requiere un estudio especial si precisa una intervención quirúrgica.

11.C. Medicamentos para la presión sanguínea elevada.

11.c. Cortisona (esteroides)

Debe solicitarse información adicional al médico que trata al paciente. Como la reacción inflamatoria puede estar suprimida, tal vez queden enmascarados los signos y síntomas corrientes que revelarían al dentista la existencia de una infección grave. El paciente en tratamiento con esteroides puede tener deprimida la función de la corteza suprarrenal y disminuida la resistencia orgánica general frente al stress que suponen las maniobras requeridas por una extracción dentaria urgente.

11 e. Tranquilizantes.

Como son medicamentos de uso corriente, el dentista debe estar prevenido sobre las reacciones secundarias que originan con relativa frecuencia. Los pacientes que toman tranquilizantes mayores, como las

fenotiazinas, suelen desmayarse fácilmente y les cuesta mucho más recuperar la conciencia. Se sabe que los derivados fenotiazínicos potencian la acción de los sedantes como los barbitúricos. Los que toman clorpromazina o drogas afines son propensos a la hipotensión ortostática. Son pacientes que pueden sufrir un síncope al levantarse súbitamente del sillón de dentista. Las personas a las cuales se les administran durante un tiempo prolongado preparados tranquilizantes no es raro que presenten congestión nasal, disminución de la secreción salival y espasmos de la musculatura facial.

11.f. Aspirina.

Los pacientes afectados de artritis que toman de manera regular cantidades importantes de aspirina -- pueden presentar alteraciones hemorrágicas.

11 g. Insulina, tolbutamida (Orinasa) o productos similares.

11 h. Digital u otros preparados cardiotónicos.

11.i. Nitroglicerina.

12. Tiene alergia o ha reaccionado desfavorablemente a?:

12.a. Anestésicos locales.

Las reacciones alérgicas verdaderas a los agentes - anestésicos usados corrientemente en la actualidad son - muy raras, aunque es frecuente la respuesta afirmativa - a ésta pregunta. El paciente suele referirse a una lipotimia asociada con la administración de un anestésico en alguna ocasión anterior.

El paciente tal vez identifique el agente anestésico local Novocaína (que en realidad es una marca registrada de la procaína), cuando de hecho puede tratarse de otro anestésico distinto de la procaína. Si después de interrogar cuidadosamente al paciente, el dentista es capaz de identificar el agente específico, deberá emplear un anestésico local de otro tipo. Los anestésicos locales pueden dividirse al menos en cuatro grupos: 1) paraaminobenzoatos, representados por la procaína (Novocaína) butetamina (Monocaína), tetracaína (Pontocaína), y butacaína (Butyn); 2). metaaminobenzoatos, representados por la metabutetamina (Unacaína) y la metabutoxicaina (Primaína); 3). benzoatos sin grupo amino aromático, como la meprilcaína (Orocaína) y la isobucaína (Kincaína) y 4) -- amídicos, como la lidocaína (Xilocaína, Lidesthesin y Octocaina), mepivacaína (Carbocaína) y pirrocaína (Dinacaína) si la reacción alérgica ha sido muy intensa y se conoce bien el agente específico, hay que remitir el paciente a un alergólogo.

12 b. Penicilina u otros antibióticos.

Una respuesta positiva a esta pregunta deberá anotarse de manera bien visible en la ficha del paciente. En los individuos sensibles a la penicilina el antibiótico de elección es la eritromicina.

12.c. Sulfamididad.

Estos preparados rara vez son utilizados en el tratamiento dental y se evitarán cuando el paciente informe que es sensible a ellos.

12 d. Barbitúricos, sedantes y tabletas contra el insomnio.

Si el paciente contesta afirmativamente hay que averiguar el agente exacto. Si es necesaria la sedación, cabe utilizar otro preparado, como el clorhidrato de mepiridina (Demerol), el clorhidrato de prometazina (Fenergán) o el etinamato (Valmid).

12 e. Aspirina.

Las respuestas alérgicas a la aspirina no son muy frecuentes; en cambio, sí que lo son las reacciones anormales, especialmente gastritis. En caso necesario puede sus

tituirse por el clorhidrato de propoxifeno (Darvon) o ;
la codeína.

12.f. Yodo.

12.g. Otras sustancias.

Si el paciente indica una reacción anormal al yodo o cualquier otro agente usado en la práctica odontológica, se anotará en forma bien visible en su ficha médica.

13. ¿Padece usted alguna enfermedad ó algún trastorno que no haya sido mencionado más arriba y que usted considera conveniente que yo lo sepa?

Se pedirá al paciente que piense bien la respuesta, aunque antes haya respondido negativamente. Esta petición le convencerá del interés del dentista por su salud y su bienestar. Así mismo proporciona la oportunidad de ahondar en la historia clínica.

14. ¿Tiene usted dolor en la boca?

15. ¿Le sangran las encías?

Las respuestas positivas pueden revestir importancia desde el punto de vista médico; pero las preguntas son valiosas principalmente para informar acerca de los

Problemas dentales que pueden preverse. Estas preguntas, junto con las tres siguientes, constituyen la parte de historia dental del cuestionario sanitario.

16. ¿Cuándo visitó al dentista por última vez?
17. ¿Que tratamiento le dió?
18. ¿Ha sufrido usted algún trastorno importante con ocasión de algún tratamiento dental anterior?

Las respuestas a estas preguntas proporcionan información sobre el interés prestado por el paciente a su salud oral en el pasado y también alguna indicación o por el contrario, carecer de interés, desde el punto de vista médico, las respuestas obtenidas pueden ayudar a establecer el plan global de tratamiento del enfermo.

19.- ¿Está embarazada?

Tal vez la paciente sospeche que está en estado, pero no ha consultado a su médico. Si bien el tratamiento dental corriente no está contraindicado en una gestación normal, con frecuencia es recomendable o necesario tener en cuenta ciertos detalles. Es conveniente proteger a la paciente con el delantal de plomo cuando se toman radiografías. La gestación puede coincidir con

con algún problema médico, como una cardiopatía o una enfermedad renal. Cuando hay que administrar algún medicamento, el dentista debe asegurarse de que no -- está contraindicado en la paciente encinta. Es una medida prudente entrar en relación con el médico de la paciente grávida antes de iniciar el tratamiento dental.

20.- ¿sufre usted trastornos relacionados con el periodo menstrual?

Una respuesta positiva, además de ser útil para "descubrir un caso clínico", puede ser importante para interpretar subsiguientes hallazgos orales.

PARTE II.-

III.- ESTUDIO RADIOGRAFICO, IMPORTANCIA.-

El exámen radiográfico en realidad está considerado como parte integrante de la Historia Clínica, ya que es uno de los métodos auxiliares de diagnóstico más importantes con que se cuenta en Odontología.

Sin embargo, para el tratamiento de los caninos superiores retenidos y en general para cualquier otro diente en la misma situación, el uso de los rayos "X" es de suma importancia.

Una vez que hemos llegado al diagnóstico de canino retenido deberemos establecer la posición exacta que ocupa en los maxilares; para encarar el problema quirúrgico no es suficiente tomar una radiografía intraoral solo para comprobar el diagnóstico, sino que se hará necesario, llevar a cabo ciertas reglas para que nuestro estudio sea adecuado y obtengámos el máximo de beneficios de él.

Es necesario ubicar el diente según los tres planos del espacio, así como también es importante el observar el ápice y la cúspide; conocer la relación que guarda el diente retenido con los dientes vecinos, así como las estructuras subyacentes (fosas nasales, seno maxilar). La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo, Densidad, rarefacción, presencia del saco pericoronario y existencia de procesos estos pericoronarios.

Antes de atacar un problema quirúrgico de éste tipo debemos verificar con absoluta precisión, la clase a que pertenece el canino retenido (posición, vestibular o palatina - distancia a los dientes vecinos, número de caninos retenidos) para imponer el tipo de operación necesaria (vía de acceso -- incisión, etc.) ya que solo así evitaremos operaciones mutilantes, traumáticas y llenas de inconvenientes.

Una buena radiografía debe mostrar:

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

La cúspide del canino puede estar en contacto con la raíz del central ó del lateral o enclavada entre dos dientes; cualquiera de éstas formas constituyen un serio obstáculo para su extracción.

También es de suma importancia conocer la porción -- radicular ya que el ápice de los caninos retenidos presenta en general una pronunciada dilaceración.

La existencia de ésta anomalía y la ubicación exacta del extremo radicular, deben ser conocidas antes de la operación.

A).- Relación Vestíbulo-Palatina.

Esta relación es necesaria primordialmente para elegir la vía de acceso. Aproximadamente un 85% de los caninos superiores retenidos, presentan una posición palatina; sin embargo para comprobar éste hecho, tomaremos una radiografía mediante la siguiente técnica:

Colocando al paciente sentado en posición vertical - de tal manera que el plano del arco dentario superior tome una forma horizontal, y colocaremos una película radiográfica oclusal entre ambos maxilares.

La colocación del cono de aparato de rayos "X" deberá ser paralela a los ejes longitudinales de los incisivos, - colocando dicho cono sobre el hueso frontal del paciente - aproximadamente a dos centímetros y medio de la eminencia frontal.

Siguiendo ésta técnica, obtendremos una radiografía -- en donde se aprecian los incisivos de tal modo que solo se percibe el corte del esquadro de cada diente, sin que se vea la proyección de la raíz.

El canino retenido aparece por delante de la proyección de los dientes anteriores en el caso que sea vestibular, y por detrás de la misma en caso de que sea de colocación palatina.

Si la colocación del rayo del aparato fuera perpendicular a la placa, podría suceder que el canino vestibular apareciera radiográficamente palatino.

B).- Ubicación del canino en el plano Sagital.

Para lograr esta ubicación, la técnica a seguir se logra con la obtención de tres placas radiograficas, a las que denominaremos; Anterior, media y Posterior.

Toma anterior.- Se coloca la película en el lado palatino, haciendo coincidir la línea media de la placa con el espacio interincisivo, siendo la Dirección del rayo en la forma común para este tipo de tomas.

Toma media.- Se hace coincidir el borde anterior de la radiografía periapical con el espacio antes mencionado. La placa se coloca verticalmente y el rayo es normal a la película.

Toma posterior.- En esta se hace coincidir el borde anterior de la placa, con la cara distal del incisivo lateral, siendo normal la dirección del rayo.

Una vez reveladas las placas, colocaremos en el negatoscopio una órden de p-m-a (para el lado izquierdo) y a-m-p (lado derecho), y tendremos ubicado el diente en el plano sagital y las relaciones con órganos y dientes vecinos.

C).- Delimitación del canino en el Plano Horizontal.

Los autores Gietz y Gravioto, aconsejan el siguiente método para localizar el canino retenido en el plano horizontal. En ésta técnica se usa una radiografía oclusal con el rayo central perpendicular a la placa y pasando por los premola

res, lo que evita que los rayos, rayos secundarios den una - imagen incorrecta del diente proyectándolo a través de las raíces de los demás dientes en la arcada.

D.-) Delimitación del Canino en el plano Vertical.

Los autores antes mencionados, sugieren el siguiente método para localización del plano vertical de los caninos retenidos.

Se coloca una placa, que bien puede ser del tipo - extraoral, o bien oclusal, sobre la mejilla opuesta del canino retenido, dirigiendo el rayo central de manera que atraviese el maxilar en sentido horizontal e incida perpendicularmente a la placa radiográfica.

PARTE III. -

I. - ANESTESIA Y SUS TÉCNICAS DE BLOQUEO.

Las distintas maniobras que la cirugía debe emplear para el tratamiento de las afecciones provocan dolor, la supresión de éste dolor, una de las más grandes conquistas de la humanidad, se logra merced al empleo de la anestesia. Término que se usa corrientemente para designar éste procedimiento pero que en realidad debe tener distintas acepciones: Anestesia es el método que permite la pérdida total de la sensibilidad.

Analgesia es la supresión del dolor, conservando la conciencia, mantengamos el término anestesia para describir las maniobras que se realizan con el fin de suprimir el dolor.

En cirugía hay varios tipos de anestesia.

- A).- local.
- B).- Regional.
- C).- General.

En éste caso veremos la correspondiente a nuestra cirugía, por regla general la anestesia de la región canina la lograremos mediante el bloqueo de los nervios.

- a.- Infraorbitario.
- b.- alveopalatino
- c).- alatino anterior.

En la práctica los términos que se llevan a cabo y para el bloqueo de la región canina, son, la supperiostica alveolar superior en combinación con la palatina -- del lado que se vá a intervenir.

BLOQUEO DEL INFRAOBITARIO.

Para éste bloqueo la referencia principal es el -- agujero del mismo nombre que se localiza por la palpación en la región inmediatamente abajo de la escotadura infra-orbitaria, aproximadamente a un centimetro de la ala de la nariz y sacando una línea de la pupila con la vista al frente. La punción se hará por vía bucal ó extrabucal.

BLOQUEO SUPPERIOSTICO. ALVEOLAR SUPERIOR.

El punto de punción también es en el pliegue mucolabial, éste punto situado entre las raíces del canino y premolar.

BLOQUEO PALATINO ANTERIOR.

La técnica consiste en una punción en el paladar a nivel de la línea media, aproximadamente a un centimetro -- del cuello de los incisivos centrales.

Esta inyección anestesia la membrana mucosa y el periostio del paladar hasta los seis dientes anteriores (de canino a canino).

Hay algunos casos dependiendo la posición del canino habrá la necesidad de depositar otras gotas de anestésico a nivel de los agujeros palatinos posteriores.

NERVIO MAXILAR SUPERIOR.

El nervio maxilar superior es puramente sensitivo, atraviesa el agujero redondo mayor para luego penetrar en la fosa pterigomaxilar en donde se divide, entre sus ramas podemos enumerar:

1).- El nervio orbitario, que entra en la órbita a través de la hendidura esfenomaxilar y se divide hacia delante pegado a la pared externa de ésta, para luego -- dar dos ramas que inervan la piel de la porción anterior de la sien y las cercanías del angulo externo del ojo.

2).- Las ramas nasales posteriores, que inervan la porción posteroinferior de la mucosa de las fosas nasales. Una de éstas ramas, el nervio nasopalatino, se dirige hacia delante y abajo en el septum para luego, a través del agujero incisivo, dividirse e inervan la porción anterior del paladar duro y la región adyacente de la encía.

3).- El nervio palatino anterior, que atraviesa -- el conducto palatino posterior dando ramas a la mucosa del paladar duro y la porción palatina de la encía.

4).- El nervio infraorbitario, continuación directa del nervio maxilar superior después de atravesar la hendidura esfenomaxilar, corre en el piso de la orbita formando los nervios, alveolares de la mandíbula superior y de la encía, para luego salir a través del agujero infraorbitario y dar ramas a la piel situada entre la hendidura palatinal y las ventanas nasales.

PARTE III. -

TRATAMIENTO, TÉCNICAS QUIRÚRGICAS.

Ahora si vamos a lo referente que trataremos en ésta tesis, a la técnica a seguir, hay que recordar que tenemos dos vías de acceso a seguir que son:

A).- VESTIBULAR.

B).- PALATINA.

Esta se deberá elegir de acuerdo al lugar donde éstos se encuentran instalados.

Si éstos están colocados del lado palatino de los dientes (con arcadas dentarias completas), deben de ser extraídas por la vía palatina, si se encuentran colocados del lado palatino, pero cerca de la arcada dentaria y con un espacio entre incisivo lateral y primer premolar ó entre incisivo central y primer premolar (por ausencia del lateral), pueden ser abordados por la vía vestibular. Cuando la retención es francamente vestibular, la vía de acceso, desde luego, es la vestibular, la vía vestibular es la más sencilla, más conocida y de mejores resultados. No siempre puede ser aplicada.

PARTE III.

EXTRACCION DE LOS CANINOS POR LA VIA PALATINA.

Anestesia.- Como en toda intervención quirúrgica, la anestesia es fundamental. La extracción de los dientes retenidos es una operación larga y molesta. La anestesia debe prever la longitud de la operación. Es interesante el empleo de una anestesia base, administrando al paciente un barbitúrico.

Retención unilateral: Anestesia infraorbitaria del lado a operarse.

Anestesia local infiltrativa de la bóveda palatina -- a nivel del agujero palatino anterior y del agujero palatino posterior del lado a operarse.

Retención bilateral. Anestesia infraorbitaria en en ambos lados.

Anestesia infiltrativa local en la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y de ambos agujeros palatinos posteriores.

Anestesia general.- Los caninos retenidos pueden ser operados -- bajo anestesia general (barbitúricos por vía endovenosa, más -- protóxido de azoe, oxígeno) es conveniente colocar la cabeza en posición de Rose.

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

está rebenido el diente a extraer. Para conseguir tal colgajo se ha de practicar una incisión en la bóveda palatina. Este colgajo debe dar una suficiente visión del campo operatorio y debe ser dispuesto de tal modo, que no sea traumatizado en el curso de la intervención. Pequeñas incisiones en la bóveda son insuficientes y antiquirúrgicas.

La extensión del colgajo debe estar dada por la posición del canino retenido. Cúspide y ápice del canino son los extremos por fuera de los cuales se traza la incisión. Esta puede tener dos formas: La primera, que se realiza en pleno tejido del paladar duro, tiene aplicación, para la intervención de los caninos alejados del borde alveolar.

Tiene el inconveniente que no da un amplio campo, y que el estrecho gingival, entre la incisión y la arcada alveolar, es magullado y traumatizado en el curso de la intervención. La segunda forma de incisión está más en consonancia con los principios quirúrgicos. Consiste en el desprendimiento del -- telón palatino, realizando previamente el desprendimiento de la fibromucosa palatina del cuello de los dientes. Este es el colgajo que preferimos. Se realiza de la siguiente manera: -- se usa un bisturí de hoja corta, el cual se insinúa entre los dientes y la encía, dirigido en sentido perpendicular a la -- bóveda, llegando hasta el hueso. El desprendimiento se inicia en el límite ya prefijado (cara distal del segundo premolar, cara distal del primer molar), y se extiende en sentido anterior hasta los incisivos centrales, lateral o molar del --

lado opuesto, según sea el sitio que ocupe el o los caninos retenidos. Al llegar al sitio donde falta el diente en la arcada, el bisturí contornea parte de la cara mesial del primer premolar; la incisión sigue la cresta de la arcada y se continúa hasta el lugar elegido. La pequeña lengüeta que resulta de ésta incisión será utilizada con provecho al practicar la sutura. Si existe el canino temporario, la incisión lo rodea por su cara palatina. En caso de un canino situado más posteriormente, no es necesario que la incisión pase la línea media, respetando por lo tanto, al descenderse el colgajo, los elementos que se relacionan con el agujero palatino anterior (el seccionamiento de los cuales, por otra parte no trae mayores inconvenientes). Para que tal colgajo sea útil, algunos autores indican una incisión perpendicular a la arcada dentaria y de una extensión aproximada de un centímetro. Esta incisión debe partir de una lengüeta interdientaria (la inmediatamente distal al ápice del canino) y se dirige hacia la línea media y ligeramente atrás. Los vasos palatinos, que discurren desde el agujero palatino posterior hacia adelante, son seccionados, dando una abundante hemorragia; en lo posible debe evitarse este tipo de incisión. Ampliando suficientemente el límite de desprendimiento de los dientes, no es necesaria la incisión transversal en la móveda palatina.



Desprendimiento del colgajo.- Practicada la incisión, el desprendimiento del colgajo, se realiza con un instrumento romo.

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

Es conveniente después de desprendido un trozo de fibromucosa, tomar éste con una pinza de disección. Este colgajo debe ser mantenido inmóvil durante el curso de la operación. Se pasa un hilo de sutura por un punto de la fibromucosa, de preferencia a nivel de la lengüeta gingival del espacio del canino. El hilo se anuda a un molar del lado opuesto, se toman sus cabos con una pinza de Kocher y se fijan a la compresa que cubre el paciente. En ambos casos este mismo hilo, sin necesidad de volverlo a pasar por la fibromucosa, se enhebra en una aguja y sirve para suturar el colgajo, (detalle éste sin mayor trascendencia, pero que acorta en unos segundos la operación).

Se cohibe la hemorragia ósea, o de los vasos palatinos, sin cuyo requisito la visión no es correcta y se pasa al otro tiempo quirúrgico.

Osteotomía.- Para eliminar el hueso que cubre el canino retenido, puede el cirujano valerse de varios métodos que, aunque llevan al mismo fin, tienen diferencias fundamentales que se refieren al shock quirúrgico y a las molestias que pueda sentir el paciente. Los instrumentos usados, -- como ya han sido considerados en otras intervenciones, son: la fresa quirúrgica (por la cual abogamos) y el escoplo (escoplo automático, ó impulsado a golpes de martillo).

Cantidad de hueso a eliminarse: Es importante especificar la cantidad de hueso a eliminarse. Deben quedar ampliamente descubiertas, en la osteotomía, toda la corona retenida y parte de la raíz. Vamos a aclarar éstos términos. Ya se han dicho que el principal obstáculo en la extracción del canino retenido está en su corona y no en su raíz. La osteotomía debe descubrir toda la corona, especialmente a nivel de la cúspide del diente retenido y en una anchura equivalente al mayor diámetro de la corona, para que ésta se pueda eliminar de la cavidad ósea, sin tropiezos y sin traumatismos. Según sea la inclinación del canino se exigirá mayor o menor sacrificio del hueso a nivel de su parte radicular. Por lo general es suficiente descubrir el tercio cervical de la raíz. Con el método de la odontosección, la cantidad de osteotomía está reducida.

Uso de la fresa.- La fresa es el instrumento de nuestra preferencia. Elimina el hueso, limpia y rápidamente, sin -

molestar al operado,. Los inconvenientes que pudieran derivarse del recalentamiento del instrumento se subsanan usando fresas nuevas, que deben cambiarse continuamente en el curso de la extracción, porque al ambotarse con los restos óseos y la sangre, bruñen el hueso y lo calientan. Es útil irrigar el hueso con suero fisiológico tibio esterilizado. El empleo de fresas de carburo de tungsteno y torno de alta velocidad, facilitan la operación.

La osteotomía a fresa se realiza con fresas redondas - números 4 O 5. Una vez ubicada con precisión la corona del diente retenido (por la radiografía y por el relieve óseo) se practican orificios circundando la corona y el primer tercio radicular, la fresa debe llegar a tocar la corona del canino y el operador percibir la sensación particular de dureza del esmalte. Los diversos orificios creados por la fresa se unen entre sí, seccionando el hueso que los separa, con una fresa de fisura fina o con un escoplo, que, dirigido por pequeños golpes cumple el mismo cometido. Esta "tapa osea" se levanta con el mismo escoplo o con una pequeña lagra.

Cuando la corona del canino está muy superficial y el hueso que la cubre es papiráceo, puede ser eliminado en total con una fresa redonda grande. La fresa puede usarse en el ángulo o en la pieza de mano, según las preferencias del operador.

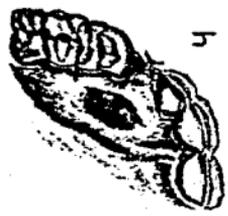
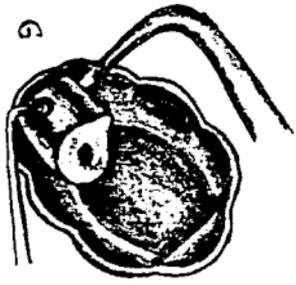
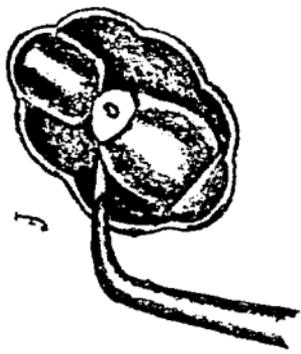
Uso del escoplo.- Se emplea un escoplo recto, angulado ó de media caña. Se aplica verticalmente al hueso y con golpes de martillo se elimina el hueso que sea necesario.

Esta osteotomía se cumple por partes, retirando el hueso en pequeños trozos.

En las retenciones superficiales el escoplo no causa molestias, sobre todo por que en tal condición puede ser usado bajo presión manual. En las profundas, el golpe de martillo es penosamente soportarlo por el paciente. Evitarlo es mejorar el acto quirúrgico.

Martillo automático.- La osteotomía puede realizarse por intermedio del martillo automático. El impacto es menos molesto. Se gradúa el martillo hasta un punto medio. Pueden usarse las puntas en bayoneta, con cortes a bisel ó en lanza. Pocos golpes bastan para seccionar el hueso de cubierta. El martillo automático exige que el que lo maneja tenga la suficiente experiencia para conocer sus efectos y saber dirigirlo con precisión. A los que se inician en su práctica debe recomendarse prudencia y que adquieran habilidad en su uso, tallando en secciones de aprendizaje, madera, yeso u huesos secos. (Óvulos palatinos, sobre todo.)

Extracción propiamente dicha.- Realizada la osteotomía, hay que considerar el objeto primordial de la operación, que es la extracción del diente retenido



Esta parte de la operación exige criterio, habilidad y firmeza, para no traumatizar o luxar los dientes vecinos, o fracturar las paredes alveolares.

La operación consiste en eliminar un cuerpo duro inextensible (el diente) de un elemento duro que debe considerarse inextensible (el hueso). Esta maniobra sólo puede realizarse con palancas que, apoyadas en el hueso vecino más sólido y más protegido (el hueso del lado interno) elevan el diente siguiendo la brecha ósea creada. Esta maniobra exigiría extraordinario esfuerzo, amén de compresiones que la palanca tendría que ejercer sobre las porciones óseas cercanas. Esto quiere decir que hay que facilitar, por algún medio la eliminación de éste cuerpo inextensible dentro del otro cuerpo que debe ser considerado inextensible. Este "medio" se resuelve por dos procedimientos: o se aumenta ampliamente la ventana ósea por donde debe eliminarse el diente o se disminuye el volumen del diente a extraer. El primer procedimiento exige el sacrificio estéril del tejido óseo vecino, por que para extraer sin traumatismos un canino retenido, será necesario extirpar una cantidad considerable del hueso. El segundo procedimiento es sencillo, rápido y elegante. Es la aplicación del clásico método de la odontosección. Se corta el diente en el número de trozos que sea necesario, y se extraen sus partes por separado, y a expensas de los espacios crea-

dos por las partes desalojadas se completa la extracción de los trozos que quedan.

Existen algunos casos, en que el diente está dirigido en un sentido próximo al vertical en los cuales la sección no es aplicable. En tal posición se crea un espacio con frías, alrededor de la corona del canino y -- siempre que la cúspide no se encuentre enclaustrada, puede ser extraído con un elevador recto, introducido entre la cara del retenido que mire a la línea media y la pared ósea contigua. Con Movimientos de rotación que introduce el instrumento, con lo cual se consigue imprimir al diente cierto grado de luxación, la extracción, en tales casos, se termina tomando el diente a nivel de su cuello (en los casos accesibles) con una pinza de premolares superiores y ejerciendo suaves movimientos de rotación y tracción en dirección del eje del diente. Dificultades a éstos movimientos, significan dilaceración radicular. Hay que ser, en éstas circunstancias, muy parcos en el esfuerzo empleado, por los peligros de fractura de un ápice dilacerado, cuya eliminación es difícilísima.

La odontosección puede realizarse con dos instrumentos : la fresa y el escoplo.

Uso de la fresa.- La manobra de la sección del diente retenido es sencilla. Exige, como condición necesaria - una perfecta visión del diente y su fácil acceso; la osteo

tomía previa lo habrá logrado. El diente debe ser cortado a nivel de su cuello, con fresa de fisura números 702 ó 560 dirigida perpendicularmente al eje mayor del diente. Si la región cervical no es accesible, habrá que cortar el diente a nivel de su corona. Para esto será necesario desgastar previamente el esmalte con una piedra, para permitir la introducción de la fresa.

Seccionando el diente, se introduce un elevador recto en el espacio creado por la fresa y se imprime al instrumento un movimiento rotatorio, con el cual se logrará separar definitivamente raíz y corona, si aún quedaran unidas por algún trozo dentario, y dar a la corona un cierto grado de movilidad. Luego, aplicando el elevador a nivel de la cúspide del canino, se dirige la corona en dirección del ápice, aprovechando el espacio creado por la fresa de fisura. Con esto se logra desconectar la cúspide del retenido de su alojamiento óseo y de su contacto con los dientes vecinos.

Uso del escoplo. La odontosección puede realizarse merced a escoplo y martillo o escoplo-martillo automático.

Por el primer procedimiento, sólo se puede lograr, a duras penas, seccionar el diente. El escoplo automático cumple su cometido sin mayores molestias. El diente debe ser cortado a nivel de su cuello, el cual debe ser previamente debilitado realizando una muesca con una fresa.

El escoplo tiene que ser dirigido perpendicularmente al eje mayor del diente. Dos, o a lo sumo tres golpes son suficientes para realizar la odontosección.

Extracción de las partes seccionadas. Extracción de la corona.- La extracción de la corona se logra introduciendo un elevador angular, de hoja delgada, entre la cara del diente que mira hacia la línea media y la estructura ósea. Con un movimiento de palanca con punto de apoyo en el borde óseo y girando el mango del instrumento, se desciende la corona. Las dificultades que puedan encontrarse a ésta maniobra, residen en insuficiente osteotomía, por escasa amplitud de la ventana ósea, menor que el mayor ancho de la corona. El cúspide del canino introducida profundamente en el hueso o en contacto con los dientes vecinos. Se vencen éstas dificultades, como ya fué dicho dirigiendo la corona en dirección apical, a expensas del espacio creado por la fresa al dividir el diente.

Extracción de la raíz.- Eliminada la corona, hay un amplio espacio para dirigir la raíz hacia la cavidad ósea vecina. Es más sencilla y exitosa esta maniobra, que tratar la luxación de la raíz a expensas de la "elasticidad" de la "porción ósea" del paladar que la cubre. Esta elasticidad se puede considerar de valor cero.

Cuando la os#estructura es escasa, puede lu-
xarse la raíz introduciendo el mismo elevador angular
que se usó para la corona, entre la pared radicular
que mira a la línea media y el hueso adyacente y diri-
giendo la raíz hacia abajo y hacia la línea media.

En otras condiciones es útil practicar, con
una fresa redonda, un orificio en la bóveda ósea que -
llegue hasta la raíz. Introduciendo por ésta perdra-
ción un elevador fino ó un instrumento sólido se diri-
ge la raíz hacia el espacio vacío. También puede --
practicarse, como aconseja Cogswell, con una fresa re-
donda, un orificio en la raíz, en el cual se introdu-
ce el elevador llevando la raíz hacia adelante. Si -
después de recorrer un trecho se nota una nueva sensa-
ción de resistencia, deberá inculparse a la dilaceración
radicular (que debió ser prevista por el exámen radio--
gráfico). Una nueva sección de la raíz a fresa o esco-
plo, permitirá vencer el acodamiento y eliminar la por-
ción radicular.

Tratamiento de la vaciedad ósea.- Extraído el canino -
debe inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea ---
y extraer las esquirlas de hueso o de diente que puedan
quedar y eliminar el saco pericoronario del diente reta-
nido; éste se extirpa con una cucharilla filosa. La o-
misión de ésta medida puede traer trastornos infeccio--

sos y tumorales.

Los bordes óseos agudos y prominentes deben ser -- aislados con una fresa redonda u con escofinas, o limas -- para hueso.

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

En los caninos unilaterales, generalmente un punto de sutura es suficiente; se coloca a nivel del espacio. Es necesario desprender, en una pequeña extensión, la fibromucosa vestibular para poder pasar con comodidad la aguja.

Si persiste el canino temporario, la sutura del colgajo debe realizarse con una aguja recta y fina, la cual se pasa por el espacio interdentario más ancho. El extremo interno del hilo se vuelve, atraviesa el punto de contacto para llegar al triángulo subgingival y se anuda con el extremo externo del hilo.

Terminada la operación, se coloca un trozo de gasa en la bóveda palatina, comprimiendo y manteniendo adosada la fibromucosa.

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA DOBLE RETENCION DE CANINOS, EN MAXILARES CON DIENTES.



A

B



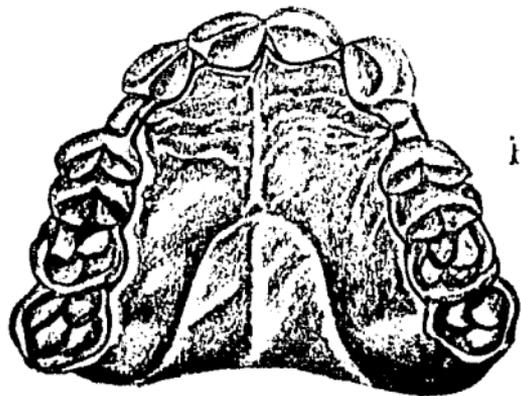
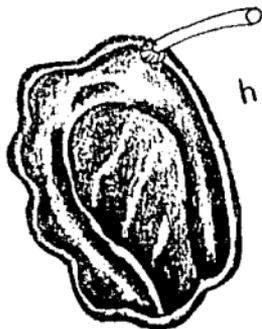
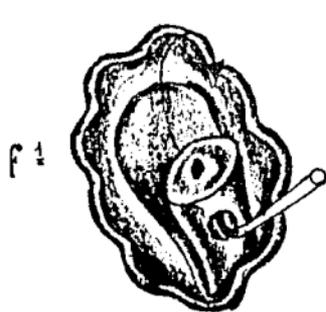
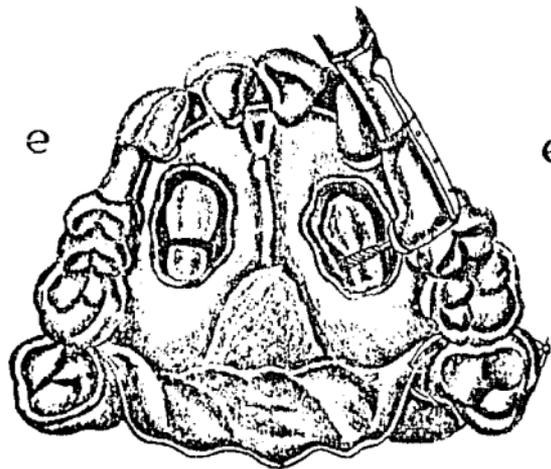
c



4



d



Incisión.- La única incisión que conviene, en caso de caninos bilaterales, es el desprendimiento del colgajo palatino, separando la fibromucosa del cuello de los dientes, desde distal del segundo premolar o del primer (según la ubicación de los ápices de los caninos)

Desprendimiento del colgajo.- Con una espátula de Freer o con el periostótomo, y con la misma técnica señalada para la retención unilateral, se desprende la fibromucosa°. El colgajo se mantiene inmóvil, sujetándolo al segundo molar.

Osteotomía. Se practica como en la retención unilateral.

Extracción.- Seguirá los procedimientos enunciados.

Sutura.- Su empleo es más necesario que en el caso de retención unilateral. Se pasan tres o cuatro puntos de sutura -- en los sitios más accesibles.

PARTE III.-

EXTRACCION DE LOS CANINOS POR LA VIA VESTIBULAR.

Caninos retenidos en posición vestibular y caninos palatinos. -

La vía vestibular para la extracción de los caninos retenidos en el lado vestibular y los palatinos próximos a la arcada dentaria, con espacio suficiente dado por diastemas o dientes ausentes, es más sencilla que la palatina. La iluminación es más fácil y el acceso del diente retenido es más directo.

Las indicaciones para la extracción por esta vía son, desde ahora, los caninos palatinos cuyos bordes incisales -- están colocados, por lo menos, a nivel del lateral; la extracción por vía vestibular de la corona de los que están muy próximos a la línea media, es muy difícil por ésta vía, en estas circunstancias, cuando se ha iniciado la intervención por vía vestibular y no se logra luxar la corona, puede completarse la intervención por la vía palatina.

El mecanismo de la extracción sigue los principios -- ya señalados para la de los dientes retenidos en la bóveda -

Anestesia.- La anestesia de elección es la infraorbitaria, se completa con anestesia del paladar a nivel del agujero palatino anterior y una anestesia distal a la altura del ápice del canino. Si se opera con anestesia general, es útil realizar una anestesia infiltrativa en el vestíbulo, con fines hemostáticos.

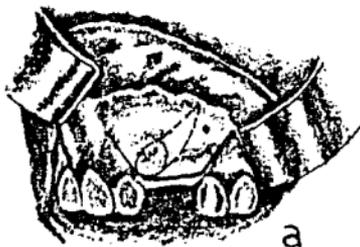
Incisión.- Se emplea la incisión en arco (Pertsch) o la incisión hasta el borde libre (Neumann). Debe estar lo suficientemente alejada del sitio de implantación del diente como para que ésta no coincida con la brecha ósea, al reponer el colgajo en su sitio.

Desprendimiento del colgajo.- Sigue las normas trazadas para los otros tipos de colgajo. Este debe mantenerse levantado durante el curso de la operación con un separador romano que no traumático. Hay que evitar tironeamientos que repercutan sobre la vitalidad del tejido gingival.

Osteotomía. La Osteotomía se realiza a escoplo y martillo o a fresa. Ambos métodos son buenos. La tabla externa no tiene la dureza y suavidad de la cúpula palatina y permite la osteotomía más fácilmente.

Extracción propiamente dicha.- Los caninos vestibulares - después de enucleada la tapa ósea, pueden ser extraídos enteros, luxándolos previamente con elevadores rectos que se insinúan entre el diente y la pared ósea en los sitios más sólidos. Luxado el diente, se toma con una pinza recta y se extrae.

Los caninos palatinos que se encuentran próximos a la arcada dentaria, y en caso de ausencia del incisivo lateral, del primer premolar o también de ambos dientes --



a



b



c'



c



d



e



e'



f

Pueden ser intervenidos por la vía vestibular; para ser posible su extracción es necesario seccionarlos.

La odontosección se realiza con fresa de fisura (en la pieza de mano). El diente retenido se corta a nivel del cuello.

La corona se extrae con un elevador recto o angular.

En el espacio creado por la corona extraída se proyecta la porción radicular.

La raíz es movilizada en dirección de su eje mayor, con elevadores, o se practica un orificio en la raíz con una fresa redonda, en el cual se introduce un instrumento delgado, con el que se le desplaza.

Puede ser necesaria una nueva sección de la porción radicular cuando la raíz al ser dirigida hacia adelante tropieza con el diente vecino.

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

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

Los distintos tipos de retenciones vestibulares y palatinas pueden operarse siguiendo las normas señaladas, con las ligeras variantes que presente cada caso particular.

PARTE III.

LA EXTRACCION SIMULTANEA DE LOS CANINOS RETENIDOS Y -
DIENTES DE LA ARCADA.

Puede presentarse el caso de tener que extraer un canino retenido y los dientes de la arcada, por ser éstos portadores de complicaciones de caries o paradentosis que indiquen la necesidad de la exodoncia. La extracción si multanea del canino y los otros dientes puede estar aconsejada en algunas oportunidades y contraindicadas en otras. Extrayendo primero los dientes de la arcada, la porción -- alveolar queda así sumamente debilitada y la presión ejercida por los elevadores sobre el diente retenido puede -- fracturar grandes extensiones de hueso alveolar. La indicación para la extracción simultánea está dada en los -- casos en que el canino se halla relativamente cerca de la tabla ósea de la bóveda y a condición de que el canino sea seccionado las veces que lo necesite, para disminuir los -- riesgos de la operación. Los caninos profundamente retenidos deben ser intervenidos en distintos tiempos: antes -- que los dientes de la arcada, cuando se dispone de un proceso alveolar de escasas proporciones y dientes grandes -- es decir, porción alveolar debilitada; se extraerá el cani no y después de un tiempo prudencial, hasta que la regeneración ósea haya llenado la cavidad creada por ésta opera ción , se eliminarán los dientes de la arcada. Después de

los dientes, cuando el proceso alveolar sea sólido y firme. Con todo, durante la intervención del canino retenido ó de los dientes, pueden presentarse condiciones que aconsejen la extracción del canino y de los dientes de la misma sesión.

PARTE III.-

LA EXTRACCION DE LOS CANINOS EN MAXILARES DESDENTADOS.

La vía de elección para la extracción de caninos en maxilares sin dientes es la vestibular. La ausencia de -- dientes facilita el problema. Prácticamente todos los -- casos pueden resolverse por ésta vía, a no ser los colocados muy profundamente, lejos de la tabla externa y próximos a la bóveda. Para éstos últimos, el camino más corto es -- la extracción por vía palatina. Las normas para la extracción de éstos dientes se ajustan a las señaladas para los -- otros tipos de caninos retenidos.

Para la extracción de caninos retenidos en la proximidad de la arcada, deben preverse los riesgos de fractura de porciones de la tabla vestibular, lo cual acarrearía --- trastornos posteriores, desde el punto de vista protético. Es preferible seccionar el diente, que ejercer presiones pe- ligrosas.



PARTF III. b

V.- COMPLICACIONES, TRATAMIENTO POST-OPERATORIO.-

Se entiende por postoperatorio, el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico.

Desde luego que el postoperatorio en cirugía bucal no puede tener la trascendencia del mismo en una operación de cirugía general. En otros términos, nuestra cirugía es la cirugía sobre un paciente ambulante y salvo excepciones que se fundan más bien en el tipo de anestesia usado que en la operación misma (esto último también tiene excepciones) el enfermo no necesita ser hospitalizado.

Los cuidados postoperatorios deben referirse a la herida misma (y a l campo operatorio que es la cavidad bucal) - y al estado general del paciente.

TRATAMIENTO LOCAL POSOPERATORIO.

Higiene de la cavidad bucal.- Terminada la operación, el ayudante o la enfermera lava prolijamente la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, con una gasa mojada en agua oxigenada. La cavidad bucal será iri

gada con una solución tibia del mismo medicamento, o mejor aún proyectada ésta con un atomizador, que limpiará así y eliminará sangre, saliva, restos que eventualmente pueden depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios. Estos elementos extraños entran en putrefacción y colaboran en el aumento de la riqueza de la flora microbiana bucal.

Es de vital importancia la toma de una radiografía postoperatoria para asegurarse de que no hemos dejado resto de tejido óseo ó dentarios, esto debemos de hacerlo antes de suturarse.

Antes de que el paciente se retire es de vital importancia anotarle las siguientes indicaciones.

- 1.- La Administración de medicamentos antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios (según el caso).
- 2.- Los cuidados con respecto a su herida, no hacer colutorios.
- 3.- Indicarle la fecha que se retirarán los puntos (según el caso).
- 4.- Informar al paciente que hacer en casos de hemorragias, inflamaciones ó cualquier otro problema no controlable

ponerse en contacto de inmediato con el cirujano dentista.

Por último es de vital importancia hacer una revisión periódica de nuestro paciente para saber la evolución de su proceso postoperatorio, pues el tratamiento postoperatorio es la parte más importante de nuestro trabajo pues esto nos dará una satisfacción de haber realizado nuestro trabajo adecuadamente y con eficacia.

PARTF III.-

V.- COMPLICACIONES,

Los accidentes originados por la extracción dentaria son múltiples y de distinta categorías.

Uno de los cuales pueden ser:

A.- Al momento de Anestésiar.

B.- Otros en la extracción propiamente dicha.

A.- ACCIDENTES AL ANESTESIAR.

Los principales accidentes al anestésiar son los siguientes:

INMEDIATOS.

1.- D o l o r .- Al realizar una inyección, la aguja puede tocar un nervio, originándose por éste motivo dolor de distinta índole, intensidad, localización ó irradiación, dolor que puede persistir horas ó días, se puede deber a inyecciones con agujas sin filo, que desgarran los tejidos y la introducción de las soluciones anestésicas muy calientes o muy frías, no isotónicas, ó demasiado rápidas. El desgarro de los tejidos gingivales y sobre todo del periostio, es causa de molestias postoperatorias de intensidad variable.

2.- **Lipotimia, síncope.** - La etiología de éste accidente es compleja; en algunas ocasiones el accidente es neurogénico, siendo el miedo la causa originaria. La adrenalina de la solución anestésica tiene en otras circunstancias un papel importante, entre o no en juego la patología cardiaca del paciente. Es un accidente frecuente; durante la realización de la anestesia ó algunos minutos después, el paciente traza el cuadro clásico ya descrito; palidez, taquicardia, sudores fríos, nariz afilada, respiración, ansiosa. De éste estado el paciente puede recuperarse en pocos minutos o entrar en cuadro más serio, felizmente poco común. En el pulso se hace filiforme o imperceptible, la respiración angustiosa o entrecortada. El fenómeno puede producirse durante la administración de cualquier tipo de anestesia local, pero es más común en el curso de la troncular. La inyección del líquido anestésico en un vaso sanguíneo hace más importante la gravedad del cuadro.

Tratamiento de la lipotimia. - Podemos considerar dos tipos de tratamiento: el que llamaremos preventivo y el del accidente.

El tratamiento preventivo se encuadra en éste concepto: debemos pensar que con cualquier paciente puede originarse la lipotimia ó el síncope, debiendo tomar en cada

caso las medidas de precaución necesarias para evitar el accidente: sentar comodamente al paciente aflojando sus prendas, para favorecer la circulación; comprobar que la aguja no ha entrado en un vaso; inyectar lentamente (sobre todo en las tronculares). Siguiendo éstas normas se evitarán muchos disgustos. Por lo general no conocemos el estado del aparato circulatorio de nuestros pacientes; a muchos de ellos los vemos por primera vez en el acto quirúrgico.

El tratamiento del accidente depende de su tipo; lipotimias fugaces desaparecen recostando al paciente con su cabeza más baja que su cuerpo, en la posición de Trendelenburg, y haciéndole aspirar sales aromáticas.

3.- Rotura de la aguja de Inyección.

Accidente raro en nuestra práctica;

Tratamiento del Accidente.- Cuando el tratamiento es de inmediato, la extracción de la aguja rota durante la anestesia local se reduce a una incisión a nivel del lugar de la inyección y disección de los tejidos con un instrumento romo, hasta encontrar el trozo fracturado y extracción del mismo con una pinza de disección.

4.- Hematomas . -

La punción de un vaso sanguíneo origina un derrame, de intensidad variable, sobre la región inyectada. Esta complicación no es muy frecuente, por que los vasos se desplazan y no son puncionados. Este accidente es común en las inyecciones a nivel de los agujeros infraorbitario o mentoniano, sobre todo si se introduce la aguja en el conducto óseo. El derrame sanguíneo es instantáneo, y tarda varios días para su resolución, como los hematomas quirúrgicos. Como éstos el accidente no tiene consecuencias, a no se la infección del hematoma.

El tratamiento consiste en la aplicación de bolsa de hielo sobre el lugar de la inyección.

5.- Parálisis Facial.

En la anestesia que vamos a practicar en nuestra extracción del canino es muy poco común, más bien éste se relaciona con la anestesia troncular del dentario inferior.

6.- Isquemia de la piel de la cara.

En algunas oportunidades, a raíz de cualquier anestesia, se nota sobre la piel de la cara del paciente zo-

nas de intensa palidez, debidas a isquemias sobre ésta región. Está originada por la penetración y transporte de la solución anestésica con adrenalina, en la luz de una vena. La adrenalina ocasiona la vasoconstricción. No requiere ningún tratamiento.

7.- Inyección de las soluciones anestésicas en órganos vecinos.

Es un accidente no muy común. El líquido puede inyectarse en las fosas nasales, durante la anestesia del nervio maxilar superior; no origina inconvenientes. La inyección en la órbita, durante la anestesia de los nervios dentarios anteriores o maxilar superior, puede acarrear diplopía, exoforia o isoforias, que dura lo que el efecto anestésico. No requiere ningún tratamiento. La inyección a través del agujero oval en la cavidad craneana, en la anestesia del trigémino es un accidente serio, felizmente raro.

M E D I A T O S .

1.- Persistencia de la Anestesia.

No hay tratamiento más eficaz para ésta complicación que el tiempo. El nervio regenera lentamente y después de un periodo variable se recupera la sensibilidad.

2.- Infección en el lugar de la punción.

Las inyecciones en la mucosa bucal pueden acompañarse de procesos infecciosos a su nivel; la falta de esterilización de la aguja o del sitio de punción son los culpables. En algunas ocasiones, en punciones múltiples, se originan zonas dolorosas e inflamadas.

El tratamiento de éstas complicaciones consiste en calor, penicilina, y abertura quirúrgicas de los abscesos.

3.- Dolor.-

Puede persistir el dolor en el lugar de la punción.

La lesión de los troncos nerviosos, por la punta de la aguja, origina también neuritis persistentes.

El tratamiento puede realizarse con onda corta, -- infrarrojos y Vitamina B.

B.- ACCIDENTES EN LA EXTRACCION; éstos pueden ser:

- 1.- Inmediatos.
- 2.- Consecutivos.

I N M E D I A T O S .

- a).- Fractura de agujas ó instrumental.
- b).- Lesión de dientes vecinos
- c).- Lesión del seno
- d).- Lesiones en tejido blando, desgarro de las mucosas labios, efisemas.

C O N S E C U T I V O S .

- a).- Hemorragias.- Esto puede ocurrir en el momento de la extracción ó después de ella, provocada por la mala manipulación de los instrumentos ó con lesión de algún vaso sanguíneo.

Para tratarla usaremos un pedazo de gasa estéril.

- b).- Penetración de piezas. Cualquier cuerpo extraño que pase a la laringe y no sea expulsado ~~caera~~ - en el aparato respiratorio ó en el tubo digestivo, los cuerpos pueden alojarse en la laringe y producir una obstrucción respiratoria aguda, que se manifiesta por cianosis, disnea, estridor laríngeo-axifia y síncope.

Si ésto ocurre se debe de tomar la lengua del paciente y tirarla hacia adelante despejando a continuación la faringe por medio de los dedos, de instrumentos ó de una aspiración, si con esto no se logra aliviar la obstrucción, se debe crear sin demora una vía aérea, superada ésta emergencia --

el paciente debe ser tratado por un especialista.

Si el paciente no presenta síntomas respiratorios, el objeto habrá pasado al pulmón ó al aparato digestivo - el primero debe ser extraído, razón por la cual el paciente debe ser enviado inmediatamente a un especialista, el segundo no requiere tratamiento.

c.- Accidentes del sistema nervioso, son principalmente neuralgias.

7.) Hematomas.

Tratamiento de urgencia de los accidentes Respiratorios y Cardíacos.

Frente a un accidente se debe proceder con rapidez y tranquilidad, siguiendo paso a paso las siguientes indicaciones.

- 1.) Actuar en el mismo lugar del accidente.- Sólo movilizar al paciente para colocarlo en el suelo y boca arriba.
- 2.) Abrir el canal respiratorio.- Esto se consigue llevando la cabeza, hacia atrás, con éste movimiento, la lengua se eleva, lo cual permite que el aire entre y salga sin dificultad. Muchas personas, al efectuárseles ésta maniobra, comienzan a respirar por sí solas.

3.) Restaurar la respiración.- (En caso de que el accidentado no respire) Esto se puede comprobar observando en el tórax los movimientos de entrada y salida del aire.

Cuando la víctima no es capaz de respirar por sí sola, comience a llenar de aire sus pulmones mediante la respiración boca a boca.

a).- Coloque al accidentado en el suelo y boca arriba

b).- Lleve la cabeza hacia atrás, de manera que el maxilar inferior quede ubicado arriba.

c).- Abra la boca del paciente y tápele la nariz con su mejilla o con sus dedos.

d).- Respire profundamente y cubra la boca del accidentado con su boca.

e).- Sople con fuerza en el adulto y suavemente en el niño.

f).- Observe el pecho: cuando éste se eleva, retire la boca y el aire saldrá espontáneamente.

4.) Restaurar la circulación. (En el caso de que el corazón esté detenido). Para comprobar el paro cardiaco, debe apoyarse el oído a nivel de la tetilla izquierda donde se escuchan los latidos cardiacos.

y agrandamiento de su pupila, se debe comenzar inmediatamente, con la maniobra que se denomina "compresión cardíaca externa"; para realizarla.

- a).- Coloque al accidentado en el suelo y boca arriba.
- b).- Arrodílese junto al cuerpo.
- c).- Apoye el talón de una de sus manos sobre la parte inferior del esternón.
- d).- La otra mano se coloca sobre la anterior, manteniendo los brazos extendidos.
- e).- Con todo el peso de su cuerpo comprima el tórax de la víctima 50 a 60 veces por minutos, deprimiendo el tórax cuatro ó cinco centímetros.

5.- En los casos, donde hay que realizar simultáneamente las reanimaciones las maniobras varían según sean una ó dos personas que las practiquen.

Si son dos las personas que actúan, mientras una practica la respiración artificial, boca a boca, la otra realiza la compresión cardíaca externa, con el siguiente ritmo; por cada respiración, hacer cinco compresiones cardíacas.

Si es una sola la persona que debe realizar la reanimación, debe ajustarse al siguiente plan: haga respirar al accidentado tres veces y comprima el tórax quince veces. Continuar con las maniobras de reanimación hasta que se restituyan las funciones vitales.

C O N C L U S I O N E S .

La mejor manera de tratar una emergencia es impedir que se produzca, la mayoría de las emergencias -- enumeradas son previsibles.

La adopción de principios quirúrgicos bien establecidos, la elección de una vía de acceso adecuada, el cuidado con que se manipulen los tejidos, el uso controlado de las fuerzas, y sobre todo la concentración en el problema, reducirá al mínimo los riesgos quirúrgicos.

A pesar de éstos cuidados pueden producirse complicaciones incluso en manos del más experto de los profesionales; por lo tanto, todo dentista debe tener los conocimientos y la habilidad suficiente como para enfrentar con éxito las emergencias que pudieran presentarse.

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

TRATADO DE CIRUGIA ORAL.

Walter C. Guralnick D.M.D.

Salvat Editores, S.A.

Barcelona, España, 1971.

CIRUGIA BUCAL.

Guillermo A. Ries Centeno

Editorial El Ateneo

Septima Edición (Tercera Reimpresion).

Argentina 1978.

LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GENERAL.

Alvin L. Morris

Harry M. Bohannon

Editorial Labor, S.A.

Barcelona 1974.

PATOLOGIA BUCAL

Kurt H. Thoma.

E.T.F.H.A.

México, 1969

MANUAL DE ANESTESIA ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA.

Astra.

EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA.

Frank M. Mc Carthy

Editorial "El Ateneo"

Segunda Edición

Buenos Aires.