

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



497

DIENTES INCLUIDOS

T E S I S

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

SERGIO HERNANDEZ TORRES

1981



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.

DIENTES INCLUIDOS

1.- DEFINICION.

- A) Las razones por las que no Erupcionan. En
briológicas, Mecánicas, Causas Generales,-
Elementos Patológicos.

2.- CLASIFICACION.

3.- VALORACION DEL PACIENTE.

- A) Estados o Situaciones del Orden General Em
barazo, Obesidad, Edad.
- B) Historia Clínica.

4.- ESTADOS PATOLOGICOS ESPECIFICOS. EN CIRUGIA ORAL.

5.- SINTOMATOLOGIA Y ETIOLOGIA.

6.- TRATAMIENTO.

DIENTES INCLUIDOS

1.- Definición de Dientes Incluidos.

Se les da el nombre de Dientes Incluidos o Retenidos a aquellos que tienen que erupcionar quedan dentro de los Maxilares ya por Origen Etiológico o Mecánico y estos a su vez -- mantienen la Integridad de su Saco Pericoronario.

La retención puede ser de dos formas.

- a).- Cuando se localiza el Diente y está completamente rodeado por Tejido Oseo y se le dá el nombre de - Retención Intraósea.
- b).- Cuando se localiza el Diente y éste se encuentra cubierto por Mucosa gingival o Retención Subgingival.

Cualquier diente, ya sea Temporal, Permanente e inclusive Supernumerario puede quedar Retenido siendo en Temporales muy raro.

RECUESTO DE DIENTES RETENIDOS TRATADOS EN LA CLINICA DE XOCHIMILCO TANTO EN EL TURNO MATUTINO COMO EN EL VESPERTINO DE ENERO 7 DE 1976 AL 31 DE AGOSTO DEL 79.

	1976 Turno Matutino	Turno Vespertino	1977 Turno Matutino	1977 Turno Vespertino
Caninos Incluidos	12	6	18	18
3 Molares	38	60	49	86
Premolares	1	0	6	0
Dientes Retenidos	1	0	0	0
Varios				

	1978 Turno Matutino	1978 Turno Vespertino	1979 Turno Matutino	1979 Turno Vespertino
Caninos Incluidos	17	17	53	14
3 Molares	87	93	111	93
Premolares	5	7	10	4
Dientes Retenidos Varios	0	0	0	0
Centrales	0	5	0	5

Pueden no Erupcionar los Dientes por diversas Razones -
que explicaremos brevemente.

a).- Embriológicas. Esta se refiere cuando el Germen -
Dentario se localiza o se encuentra Alejado del --
Sitio Normal de Erupción y esto por Razones Mecáni-
cas hace imposible que llegue hasta el Borde Alveo-
lar, o bien el Germen está en su sitio pero la An-
gulación es Anormal, que al Alcanzar el Punto de -
Calcificación. La Corona hace Contacto con el Dien-
te Vecino, Retenido o Erupcionado, sus raíces se -
constituyen, pero su fuerza no logra colocar al --
Diente en la posición normal.

b).- Mecánicas.- Son las que Oponen a la Erupción Nor-
mal.

I La Falta de Espacio.- Porque el Gérmen del 3er.
Molar Inferior debe desarrollarse en una Pared-
Inextensible y la Rama Montante del Maxilar y -

el Camino Superior en lo más elevado de la Fosa Canino, al completarse la calcificación del Diente y el Maxilar tiene dimensiones reducidas, no hay espacio para ocupar su Sitio Normal en la Arcada, que se lo impide el Lateral y el Primer Premolar ya erupcionados.

II El hueso tiene una condensación que no puede ser vencida en el trabajo de erupción.

III El impedimento para una Erupción Normal puede ser:

Un Organó dentario, un diente vecino que por haberlo extraído Prematuramente ocupa el sitio que no le corresponde, posición incorrecta de un Diente Retenido al chocar con las Raíces de un Diente Vecino.

c).- Causas Generales. Las Enfermedades Generales que se encuentran con relación con las Glándulas Endócrinas pueden ocasionar Retención, trastornos en la Erupción o Ausencia de Dientes.

d).- Elementos Patológicos. Dientes Supernumerarios, tumores odontogénicos, como los Odontomas, un Quiste puede rechazar o incluir muy profundo al Diente que se encuentra en su camino impidiendo la Normal Erupción.

La causa más frecuente de la Inclusión del Canino se relaciona con el Desequilibrio de tensión relacionada entre la Musculatura Externa e Interna de las Arcadas; Sumando las tensiones realizadas o desarrolladas durante el día y observamos que no han sido iguales a la Presión Interna efectuada o ejercida por la lengua, se altera el equilibrio que mantiene a los Dientes en su Posición Normal, así como en los niños -- perturba el crecimiento y detiene el Desarrollo de los Maxilares.

Una ligera pero constante presión recibida en los Dientes Anteriores puede ocasionar su mal posición y ésta presión se retrasmite y puede ocasionar trastornos hasta en el Tercer Molar, pudiendo ser una de las causas para que éste no erupcione por estar limitada por delante el crecimiento de los Maxilares.

CLASIFICACION DE LOS DIENTES RETENIDOS

Hay diferentes posiciones de los Dientes Retenidos.

- 1 Posición Disto Angular
- 2 Posición Mesio Angular
- 3 Posición Horizontal
- 4 Desviación Disto Angular Invertida.

Esto es tomando en cuenta la distancia que existe -- en el Borde Anterior de la Rama Ascendente a la Cara del 2o. --

Molar.

Y la Posición a la Altura del Plano Oclusal.

LOS CANINOS SE CLASIFICAN POR:

- 1).- Número de Dientes Retenidos.
- 2).- Posición que éstos dientes presentan en el Maxilar.
- 3).- Presencia o Ausencia de dientes en la Arcada.
 - a).- La Retención puede ser Simple o Doble.
 - b).- Caninos situados en el lado Palatino o en el Vestibular.
 - c).- Caninos situados en maxilares dentados o desdentados.

Con estos puntos se hará una clasificación que corresponde a todos los casos de Retenciones.

Clase I.- Maxilar dentado.- Diente ubicado en el lado Palatino. Retención Unilateral. a) Cerca de la Arcada Dentaria.-
b) Lejos de la Arcada Dentaria.

Clase II.- Maxilar dentado.- Diente ubicado del lado Palatino Retención bilateral.

Clase III.- Maxilar dentado.- Diente ubicado del lado Vestibular. Retención Unilateral.

Clase IV.- Maxilar dentado.- Dientes ubicados del lado vestibular. Retención bilateral.

Clase V.- Maxilar dentado.- (Caninos vestibulo - Palatinos --- (con la corona o raíz hacia el lado vestibular). Retenciones Mixtas.

Clase VI.- Maxilar desdentado.- Dientes ubicados del lado Pa latino a) Retención Unilateral, b) Bilateral.

Clase VII.- Maxilar desdentado.- Dientes ubicados del lado - vestibular. a) Retención Unilateral, b) bilateral.

CLASIFICACION DE LOS CANINOS INFERIORES RETENIDOS.

Clase I.- Maxilar dentado.- Retención Unilateral, Diente ubi cado en el lado Lingual. a) Posición vertical, b) Posición - horizontal.

Clase II.- Maxilar dentado.- Retención Unilateral. Diente -- ubicado del lado bucal. a) ^h Posición vertical. b) Posición -- horizontal.

Clase III.- Maxilar dentado.- Retención bi lateral.

1.- Dientes ubicados en el lado lingual a) Posición -- Vertical. b) Posición horizontal.

2.- Dientes ubicados en el lado bucal. a) Posición ver tical. b) Posición horizontal.

Clase IV.- Maxilar desdentado. Retención Unilateral.

a) Posición Vertical, b) Posición horizontal.

Clase V.- Maxilar desdentado. Retención Bilateral.

a) Posición horizontal, b) Posición Vertical.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

Los clasificaremos con base en:

- 1o.- Posición de la Corona.
- 2o.- Forma Radicular.
- 3o.- Naturaleza de la oseo estructura que rodea al Molar Retenido.
- 4o.- Posición del Tercer Molar en relación con el Segundo.

POSICION.

- I.- Vertical. Puede estar parcial o totalmente cubierta por hueso. Se caracteriza porque su eje mayor es paralelo al Eje Mayor del Segundo y Primer Molar.
- II.- Horizontal. El Eje Mayor del Tercer Molar es perpendicular a los Ejes del Segundo y Primer Molar.
- III.- Mesio Angular, el 3er. Molar tiene su Eje hacia la Rama Montante, la Corona ocupa dentro de esta Rama una Posición variable, de acuerdo con el ángulo en que está desviado.
- IV.- Disto Angular. Es totalmente contraria a la Mesio Angular, el 3er. Molar tiene su Eje hacia la Rama Montante, la Corona ocupa dentro de esta Rama una Posición variable, de acuerdo con el Angulo en que está desviado.

- V.- Invertida. El 3er. Molar presenta su Corona hacia el borde Inferior del Maxilar y sus Raíces hacia la Cavidad Bucal. Es un tipo poco común de Retención, se le llama también Retención Paranormal.
- VI.- Buco Angular. Su Eje Mayor es Perpendicular al plano en que están orientados al 1o. y 2o. Molar, la Corona del Molar Retenido está dirigida hacia bucal.
- VII.- Dinguo Angular. El Eje del Diente es Perpendicular al plano en que están orientados los Molares Anteriores, pero la Corona del Diente Retenido está dirigida hacia el lado Lingual.

VALORACION DEL PACIENTE ANTES DE LA INTERVENCION.

Para poder obtener la valoración del Paciente es necesario obtener una serie de informaciones ya sea por Método directo o Indirecto.

Las preguntas básicas para la valoración del Paciente son:

- 1.- ¿Ha estado sometido a tratamiento médico en alguna época de su vida?
- 2.- ¿Por qué motivo?
- 3.- ¿Ha estado hospitalizado?
- 4.- ¿Es alérgico a algún alimento o medicamento?

5.- ¿A cuáles?

6.- ¿Toma algún medicamento actualmente?

7.- ¿Que clase de medicamento?

8.- ¿Ha padecido recientemente o con anterioridad alguna hemorragia?

Si el paciente ha contestado que si a alguna de estas - preguntas, entonces nosotros los Odontólogos estaremos alertas y entraremos a otra serie de preguntas más específicas para saber correctamente la valoración que le daremos al paciente y - si éste no sabe con exactitud alguna de las respuestas enton--ces deberemos recurrir a una consulta con el Médico de Cabece--ra.

ESTADOS O SITUACIONES DE ORDEN GENERAL.

Embarazo.- Los problemas que se presentan son respecto al em--pleo de los Rayos X, en especial durante el primer trimestre, y al uso de la anestesia general.

En caso de ser necesaria la intervención, se aconseja no practicar Radiografías innecesarias y emplear protectores de plomo. En cuanto a la anestesia se acepta que sea mejor en el segundo trimestre.

Obesidad.- En estas personas hay la posibilidad de que este ligado a una enfermedad cardiovascular metabólica, como la Diabetes, la inyección intravenosa de barbitú:

rícos representa una serie de dificultades en relación a la absorción y distribución del fármaco.

Edad.- En edad avanzada hay mayor número de enfermedades, como es el metabolismo corporal disminuye con la -- edad, las necesidades y los deseos nutricionales -- disminuyen y esto es por la escasez o carencia de -- alguna vitamina hasta los estados de desnutrición -- con carencia proteica. Hay una disminución de la -- resistencia a los factores nocivos y un aumento en el tiempo de recuperación.

En caso de enfermedad por deficiencia, el principal factor será el compensar esas deficiencias, en caso de que acose alguna enfermedad orgánica el trata--- miento seguirá como si se tratara de un paciente jo ven, no se empleará anestesia general, solo si es - necesaria y no haya contraindicaciones específicas.

ESTADOS PATOLOGICOS DE INTERES ESPECIFICO BUCAL.

Aparato Cardiovascular. Enfermedades de las Arte-- rias Coronarias. Debido a la naturaleza de estas - enfermedades es necesaria una consulta previa con - el médico.

ANGINA DE PECHO

Esta enfermedad se produce por el estrechamiento de las

Arterias Coronarias y se caracteriza por la presentación de un dolor retroesternal en los excesos físicos y emocionales, que se ve aliviada por el descanso y la administración de Vaso dilatadores Coronarios.

A este tipo de pacientes no se le debe permitir ningún tipo de excitación.

Es imprescindible la administración previa. Esta medicación puede ir acompañada de la adición de barbitúricos de acción rápida o del empleo atarácticos administrados una hora de la intervención.

Para poder valorar la enfermedad se verificará el número de ataques que haya padecido durante una semana. La administración profiláctica de algún vasodilatador coronario puede estar indicada pero siempre bajo vigilancia médica. Se dará anestesia local, en las soluciones anestésicas, se debe tener especial cuidado en evitar inyecciones intravasculares la utilización de anestésico sin vasoconstricción se difunde en el interior del aparato circulatorio a una velocidad demasiado rápida. Esta rápida difusión puede dar lugar a una anestesia inadecuada y el dolor resultante daría a la aparición de adrenalina de origen endógeno en mucha cantidad que la que pudiera estar contenida en una dosis de anestésicos normal.

INFARTO MIOCARDIO

Será necesaria una premedicación, la anestesia local y

el evitar inyecciones intravasculares!

Es importante en este tipo de enfermedades el factor tiempo, el paciente que despues de seis meses de la presentación del Infarto permanece sin quejar sintomatología alguna se presenta generalmente a la realización de alguna inter vención qurúrjica. Si el infarto ha sido reciente, los seis meses que siguen a su presentación hay que considerarlos bajo vigilancia médica.

Estos enfermos toman anticoagulantes y de ahí el problema en saber cuando suspender la medicación. Cuando se consiga que el tiempo de protombina se mantenga a un nivel op timo de 1.5 a 2.5 y se realiza la determinación en el corto sw aplicará la hemostasia local (esponja de gelatina en los alveolos con o sin sutura).

Estas consideraciones se pueden aplicar a los pacien tes que toman medicamentos anticoagulantes para cualquier o-- tro tipo de disturbios vasculares, como embolia pulmonar o ac cidentes cerebro pulmonares.

La administración de vitamina K no se aconseja porque podría aparecer un estado de hipercoagulación de la san-- gre.

FIEFRE REUMATICA Y ENFERMADADES CADIACAS DE
ORIGEN REUMATICO.

Fibre reumática:

Es una infección general no superada, producida por el estreptococo B- Hemolitico del Grupo "A", que suelen lisionar el corazón dando como resultado una enfermedad cardíaca, - reumática, la zona principal de infección cardiaca es el endocardio de las válvulas.

Una vez lesionadas las valvulas hay gran tendencia - de las Bacterias a implantarse en las paredes del endocardio dando lugar a una endocarditis bacteriana'

La extracción de dientes o cualquier otra manipulación dental produce un estado de bacteremia y la Intensidad de la misma es proporcinal al grado de infección oral presente en el momento de realizar la extracción.

Esta bacteremia transitoria puede ser suficiente para ser suficiete transitoria puede ser sufuciente para producir una endocarditis bacteriana en un individuo suceptible a - no ser que se haya empleado medidas profilácticas adecuadas. - Estas son la administración de antibióticos antes de realizar la intervención.

ANOMALIAS CONGENITAS CARDIOVASCULARES.

El aspecto más importante de la anomalías cardiovasculares que conciernen al Cirujano Dentista, es la posibilidad

de producir endocarditis bacterianas subagudas. De una forma parecida a lo que ocurría en el endocardio lesionado por la fiebre reumática, las anomalías cardiovasculares (especialmente el -- ductos), predisponen a la implantación de bacterias sobre las partes afectadas.

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.

Este problema se alcanza cuando la producción del co razón no está de acuerdo con las demandas que de él exigen tan to la circulación general como la pulmonar.

Se debe de preguntar, el estado de compensación del - paciente como la administración de farmacos como digitálicos y con bastante frecuencia el uso de diuréticos cuando el fallo - cardiaco produce una excesiva retención de líquidos. Estos me- dicamentos pueden producir en ocasiones hipotensión ortostati- ca. Llevan una dieta pobre en sodio.

El grado de compensación o descompensación cardiaca- se puede establecer dirigiendo nuestras preguntas hacia la e-- xistencia de una disnea de esfuerzo ontopnea, y disnea noctur- na panoxística, como cuando se presenta disnea al subir unos - cuantos escalones, la imposibilidad de dormir sin varias almoa- das y la respiración entrecortada a mitad de la noche. La in- tervención de un paciente descompensado puede ser motivo de un

motivo de un Edema Agudo de Pulmón.

BLOQUEO CARDIACO.

El bloqueo cardiaco se produce cuando las Ondas de Excitación Cardiaca se ven retardadas o interrumpidas en un punto del camino sobre el cual son normalmente conducidas.

Existen varios tipos de bloqueo cardiaco y diferentes grados de gravedad dentro de cada tipo y estos se distinguen -- por sus características electrocardiográficas.

ENFERMEDADES HIPERTENSITIVAS CARDIOVASCULARES.

Los pacientes hipertensos, con aumento de la presión sistólica y media secundarias al aumento de las resistencias periféricas que no son tratadas o cuyo tratamiento no es efectivo, existe, siempre el peligro de que un estímulo lo suficientemente grande puede ocasionar un aumento de la ya elevada presión sistólica sanguínea y producir una hemorragia cerebral o cualquier otro tipo de accidente vascular.

Por lo tanto, se usará una premedicación antes de la intervención de anestésico.

En pacientes tratados con alcaloides de la Ranwolfa-- habrá que tener precaución

ASMA

Con los pacientes con Asma bronquial hay que tener en cuenta tres principios importantes. Primero, cualquier exceso emocional puede ser causa de un ataque asmático, tanto en anestesia general como local. Segundo, se deben de tener a mano todos los farmacos necesarios como adrenalina y aminofilina, deberá de emplearse anestesia local, si se emplea anestesia general que sea de tipo fluothane (acción dilatadora de los músculos bronquiales).

BRONQUITIS CRONICA Y ENFISEMA PULMONAR

Los cambios patológicos que se producen en el árbol-traqueo-bronqueal en la bronquitis crónica y en los alveolos pulmonares, en el enfisema se producen graves impedimentos en la runción respiratoria.

Los pacientes con cualquiera de estas dos enfermedades son acidaticos en cierto grado de hiperventilación crónica y la relativa hiperexcitabilidad del Centro Respiratorio por el Dióxido de Carbono producido.

La administración de oxigeno disminuye la exitabilidad del Centro Respiratorio al dióxido de carbono, pero contribuye al aumento de Acidosis. La administración de barbitúricos

produce una acción depresora del centro respiratorio.

INFECCION DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES

La anestesia general no está indicada en estos pacientes. La presencia de disturbios nasofaríngeos y la fiebre que puede aparecer en el postoperatorio por las infecciones existentes en tramos respiratorios superiores.

APARATO GASTROINTESTINAL. ENFERMEDADES DEL HIGADO.

Las dos consideraciones más importantes de las enfermedades hepáticas son; sus efectos sobre la hemotasia y las repercusiones del empleo de la anestesia general, especialmente de los barbitúricos.

El déficit de protombina suele ser proporcional al grado de lesión hepática .

Un paciente con un tiempo de protombina entre 1.5 a 2.5 veces superior al tiempo control normal, se utilizará hemostasia local. Si, el tiempo de protombina está entre 2.5 y 3 veces el tiempo control normal, se administrará vitamina K para mejorar este valor del normal, y se encuentran alterados otros factores de la hemostasia, como ejemplo el fibrinógeno no se hará la intervención.

En la cirrosis alcohólicas el hígado metaboliza barbitúricos de acción rápida. No hay permanencia de ellos en la sangre, se necesitan mayores cantidades de farmacos.

ULCERA PEPTICA.

Esta contraindicado el empleo de corticoesteroides -- que se emplean de ordinario para disminuir el Edema postoperatorio. La administración de estos medicamentos puede producir una perforación de la ulcera e incluso peritonitis.

ENFERMEDADES METABOLICAS Y ENDOCRINAS. DIABETES.

Existen alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono secundaria a una deficiencia absoluta o relativa de insulina.

El primer problema que se presenta es el mantenimiento de niveles sanguíneos de glucosa, mientras se está realizando la intervención odontológica.

En caso de diabetes avanzada, llega un momento en que la enfermedad queda fuera de control y como estos enfermos son susceptibles a infecciones se protegen con antibióticos.

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL.

Pacientes a los que se les administra una terapéutica adrenocortical durante un tiempo prolongado.

Existe la posibilidad de presentarse una insuficiencia aguda en caso de someterlos a la sobre carga de una intervención quirúrgica.

En algunos pacientes que padecen de insuficiencia suprarrenal (enfermedad de Addison), o que han estado tomando de una forma sistematizada corticosteroides en el tratamiento de enfermedades crónicas como asma, lupus eritematoso, o dermatosis crónica, es aconsejable administrar una dosis de compensación mayor a la habitual antes de la intervención

HIPERTIROIDISMO

El enfermo tirotoxico que esta compensado, puede ser tratado de forma similar al paciente que goza de buena salud.

Los signos que presenta un enfermo hipertiroideo, son nervisismo fino, temblor de los dedos al realizar movimientos de extensión y reciente pérdida de peso, conservando un buen apetito en algunos pacientes aparecen exoftalmos.

Puede existir la posibilidad de un derrumbamiento tiroide, en el que aparece una crisis con gran exacerbación de todos los síntomas y signos.

Esta contraindicado el empleo de adrenalina y la atro

pina por sus propiedades vagolíticas, produce taquicardia y puede desencadenar el fallo tiróideo.

SISTEMA NERVIOSO EPILEPSIA

Una alteración paroxística crónica de la función cerebral caracterizada por la presentación de ataques recurrentes que producen cambios en el estado de conciencia y que pueden o no ir acompañados de convulsiones.

Muchos epilécticos responden bien a la administración a base de difenilhidantoína (dilantina) y fenobarbital y tiene una historia con periodos de relativa calma mientras están bajo esta medicación. No obstante son susceptibles de presentar un ataque mientras están sentados en la sala de espera o en el sillón dental. El primer tratamiento será aflojar las ropas que cubren el cuello y evitar la aspiración de la lengua colocando un bloque entre los dientes. Si el ataque se alarga demasiado o se hace continuo, puede administrarse un barbitúrico de acción ultracorta administrado por vía endovenosa, debe tenerse cuidado en no administrar un exceso de barbitúricos pues podría conducir a una depresión postcombulsiva.

APOPLEJIA

Deben ser cuidadosamente estudiados porque pueden estar tomando anticoagulantes o puede ser un enfermo que ha tenido un accidente vascular cerebral previo, si durante la intervención se presenta un síncope se puede confundir con la recurrencia de otra apoplejía.

Se puede incurrir en confusiones si el estudio neurológico no se ha hecho con autela, el dentista deberá fijarse en los síntomas más claros tales como: parestesis e hiperestésias de extremidades superiores, dificultad en hablar, y anomalías de los nervios craneales.

MIASTENIA GRAVE

Se caracteriza por la fatiga progresiva y debilidad de los músculos por una dificultad en las uniones minerurales. La enfermedad responde bien a la terapéutica.

Esto también trae una serie de dificultades como que puesto supone la administración varias veces al día de fármacos de tipo de neostigmina o la piridostegmina, si no se administra estos preparados, se produce una debilidad genral que predispone al paciente a alteraciones de respiración y a posibles infecciones. Es importante que la medicación sea lo más cercano a la intervención.

A PARTIR
DE ESTA
PAGINA FALLA
DE ORIGEN.

SERVICIOS DE
MICROFILMACIÓN.

A PARTIR
DE ESTA
PAGINA FALTA
DE ORIGEN.

SERVICIOS DE
MICROFILMACIÓN.

ALTERACIONES HEMATICAS ANEMIAS

En todas las anemias, existe una insuficiencia en la capacidad de transporte de oxígeno debida al déficit del número de células rojas o de la cantidad total de hemoglobina contenida por unidad de volumen en sangre.

Un problema es la falta de algún signo objetivo de oxigenación insuficiente tal como la sianosis.

Para que la sianosis sea manifiesta, se necesitan al menos 5 gramos por 100 mililitros de hemoglobina reducida en la sangre. Cuando la sianosis se produce en una persona normal, existe casi de 5 a 10 por 100 mililitros de oxihemoglobina, insuficiente para la perfusión de los tejidos. Sin embargo, en la anemia grave (menos de 10 gramos de hemoglobina por 100 mililitros), existe una cantidad de oxihemoglobina, útil para la perfusión de los tejidos y no se puede desarrollar la sianosis.

Para que la sianosis sea manifiesta se necesitan al menos 5 gramos por 100 mililitros de hemoglobina reducida en la sangre. Cuando la sianosis se produce en una persona normal, existe casi de 5 a 10 por 100 mililitros de oxihemoglobina, insuficiente para la perfusión de los tejidos. Sin embargo, en la anemia grave (menos de 10 gramos de hemoglobina por 100 mililitros), existe una cantidad de oxihemoglobina, útil para la per-

fución de los tejidos y no se puede desarrollar la Sianosis; y con la siguiente reducción de los Márgenes de Seguridad.

Para que la Anestesia General en los pacientes sea - menos peligrosa será conveniente mantener al enfermo en oxigenación al 100% durante la intervención.

Sobre todo en pacientes con Anemia de células en hoz.

Los enfermos Anémicos toleran muy mal las pérdidas - de sangre, y una enmarcada disminución de la resistencia frente a las infecciones.

POLICITEMIA

Los pacientes con Policitemia tienen un aumento absoluto o relativo del número de células rojas de la sangre, puede manifestar Sianosis en presencia de adecuados niveles de -- oxihemoglobina, debido a un exceso de hemoglobina. El enfermo con Policitemia sangrará abundantemente después de la intervención y se practicará hemostasia con mucho cuidado.

AGRANULOCITOSIS

Esta enfermedad se caracteriza por un dolor de garganta enmarcada postración y disminución acentuada e incluso desaparición de los granulocitos de la sangre. Normalmente está - producida por una respuesta idiosincrásica frente a la inges--

ción de algunos farmacos. Se presentan alteraciones en la boca, además se pueden presentar reactivaciones y agudizaciones de infecciones periapecales crónicas. El tratamiento durante las manifestaciones agudas de la enfermedad ha de ser solamente de soporte y conservador.

Son necesarias las dosis masivas de antibióticos para combatir las infecciones que se presentan o para evitar las preinfecciones que pueden aparecer.

Cuando empieza a aumentar el número de leucocitos se pueden realizar las intervenciones dentales que afecten a las piezas más severamente infectadas y siempre bajo una amplia cobertura de antibióticos.

LEUCEMIA

Se caracteriza por una proliferación amplia y anormal de leucocitos y de sus precursores al través de todo el cuerpo, especialmente del sistema Reticuloendotelial. Las formas de Leucemia pueden ser Agudas y Crónicas y fatalmente terminadas con la muerte del enfermo en cuestión de meses o años.

Hay que evitar las infecciones aunque las células blancas estén aumentadas, ya que su capacidad para contrarrestar las infecciones se haya muy disminuída. Además también las plaquetas están disminuidas en número.

EL manejo preoperatorio de los enfermos, está en razón del conocimiento que tengamos del estímulo agresivo que ha sufrido y del que va a ser sometido, de la presencia de alteraciones endocrinas o metabólicas y de la corrección oportuna y adecuada de las mismas.

Nuestra conducta en el tras operatorio debe tender a no aumentar incesariamente la agresión con maniobras bruscas - mayor lesión de los tejidos o prolongación del tiempo quirúrgico.

Las prescripciones y cuidados post operatorios deben seguir una rutina general, pero vendrán determinados por la clase de técnicas quirúrgicas y las necesidades medicas individuales de cada paciente.

SINTOMATOLOGIA Y ETIOLOGIA.

Todo diente Retenido produce transtornos diversos, - aunque algunas veces inarvertidos por el Paciente.

Los dientes Retenidos producen desviaciones de Dirección de los dientes vecinos o bien transtornos a distancia produciendo entrecruzamiento de dientes y conglomerados antiestéticos.

La constante presión ejercida por un Diente Retenido a los dientes vecinos puede ocasionar alteraciones, sea en ce-

mento, dentina o en la pulpa dentaria.

Los accidentes infecciosos son la causa de la infección de su Saco Pericoronario al erupcionar un diente Retenido- su Saco se abre espontaneamente, poniéndose en contacto en el Medio bucal, esto puede ocasionar una complicación Apical o Periodontica en un diente vecino, la Infección del Saco puede ser por vía hemática.

Los Síntomas pueden ser: Inflamación local con dolor- aumento de la temperatura local, Fístula, Osteitis, Ostemelitis.

Para producir la Infección del Saco (Pericoronario)- lo relacionamos con;

- 1.- Aumento de la virulencia Microbiana y disminución de defensas en el Organismo.
- 2.- Factores Mecánicas como traumatismos sobre el capuchón que cubre el tercer Molar, que es originado por las cúspides de los Dientes Antagonicas en una Acción conjunta.

Los accidentes Nerviosos son Frecuentes ya que la Presión que ejerce sobre los troncos mayores pueden ocasionar problema, como Algias de diversos tipos y duración, la presión- del 3er. Molar sobre el Nervio Dentario Inferior produce trans tornos de toda índole.

Accidentes Tumorales.- Los Dientes Retenidos son quis

tes dentígeros en potencia, ya que su Origen es la hipergénesis del Saco Folicular, ya que en el se ocasiona.

Se puede presentar también Tumulares Malignos Ocasionados por Dientes Retenidos.

PATOLOGIA DE LOS TERCEROS MOLARES.

Los accidentes de Erupción del 3er. Molar Inferior se deben a la Infección del Saco Pericoronario, ésta puede ser local, Regional o a distancia.

Se produce por dos Factores:

- 1.- Aumento de la Virulencia Microbiana y disminución de las defensas del Organismo.
- 2.- Una puerta de entrada condicionada por Factores - Mecánicos que pueden ser, traumatismos sobre el capuchón originadas por las cúspides del Diente - o del Antagonista o por ambas.

Los accidentes causados por el 3er. Molar son de variedad clínica e intensidad distinta puede haber desde un proceso local de poca importancia hasta un Flegmón Gangrenoso del -- Proceso de la Boca, estos accidentes se pueden clasificar en:

- 1).- Accidentes Mucosos.- Estos se presentan en las Partes Blancas que rodean el Molar Retenido, la Pericoronitis es Lesión Inicial, se origina en la Epoca de Erupción del Molar

a nivel del capuchón, se produce un Proceso Inflamatorio son -
 Signos Caracteristicos, dolor, que puede estar localizado en -
 la Región del Capuchón o bien irradiarse en la línea del Nervio
 Dental Inferior, el dolor se ubica en el Oído al nivel del tra-
 gus, por lo general es nocturno, aunque con el roce y con los-
 cambios termicos.

Tumor.- La Encia se encuentra adematizada y aumentada de volu-
 men.

Rubor.- Se presenta de color rojizo o rojo violaceo cubierto de
 bastante saburra, restos alimenticios y coagulos de sangre.

Calor.- La Vasodilatación consiguiente ocasiona cambios de tem-
 peratura de la región, el estado genral es afectado por fiebre-
 anorexia, Astenia, los Ganglios Regionales son Atacados, el Pro-
 ceso se acompaña de trismus.

El comienzo de la Pericoronitis se caracteriza por a-
 parición de dolores leves, ligeros procesos inflamatorios que -
 pueden durar dos o tres días, tismusteves, y brotan gotas de pus
 y sangre.

Accidentes Nerviosos.- Sobre el nervio dentario puede-
 haber transtornos reflejopáticos y neutroficos que se traducen-
 en herpes, irritaciones. En estos accidentes el trismus se con-
 sidera Acción Antalgica.

Accidentes celulares.- Thibault y Bercher describen -

la complicación celular de la Pericoronitis en:

1.- Inflamación y absceso consiguiente que puede tomar varias:

a) Hacia adentro, arriba y atrás. El proceso purulento puede estar entre Músculo Constrictor Superior de la Faringe y la Mucosa Faringea y Amigdalina produciendo absceso del Pilar anterior de intensidad y gravedad variables.

b) Hacia atrás y arriba entre los fascículos del Músculo Temporal, el Músculo puede ir hacia la Fosa Temporal, ésta vía es rara.

c) Hacia adentro entre la cara Interna del Maxilar y Mucosa y los Organos de la Región Sublingual pudiendo ir hasta el Suelo de la Boca, entre el Músculo Milohideo y las regiones supradacentes dando procesos graves, algunas veces mortales.

d) Hacia afuera y atrás, rodeando el borde anterior de la Rama Ascendente del Maxilar Inferior, la Infección puede ir hacia el Macetero atravezando el músculo puede originar un trismo intenso y sobre la Cara Externa una tumefacción del Gran Eje.

Vertical. Paralelo al Cuerpo del Masetero.

e) Hacia afuera y delante, por la Anatomía que existe favorece a la Colección Purulenta, está limitada, por el hueso maxilar inferior en su Cara Externa y Muscular, por detrás el

Borde Inferior del Triangulo de la Barba, por debajo cierra el espacio del Borde Inferior del Maxilar.

Accidentes Oseos.- Son muy raros pero se pueden convertir en verdadera osteitis, Osteoflemones y Osteomelitis.

Algunos Autores mencionan que el 3er. Molar actúa como bulbo o ser fisiologicamente congestionado, y la infección es por vía hemática.

Accidentes Linfáticos o Ganglionares.- Van ligados -- una Pericoronitis y la Repercusión ganglionar. Los Ganglios afectados son: Ganglio de Chassaignac o Submaxilares. Por lo general en una adenitis que evoluciona acorde del proceso pericoronario, siendo que si el paciente no tiene una salud general buena, se puede convertir de una Infección grave a un Flegmón del Ganglio.

Al haber Adenoflemón, El Ganglio se encuentra agrandado, dolorosa la palpación y espontáneo, el ganglio tiene a la supuración. Se combate favorablemente con Antibióticos. Por vía sistémica y logicamente con el drenaje quirurgico correspondiente.

Accidentes Tumolares.- Son quistes dentígeros éstos pueden infectarse dando Procesos Superativos de Intensidad variable. En estos casos sin llegar a ser quiste, el Saco Pericoronario puede infectarse y sus consecuencias son las ya mencionadas.

TRATAMIENTO

Solo tomaremos en cuenta el tratamiento quirúrgico de los Dientes Retenidos.

La extracción consiste en la búsqueda por Medios Mecánicos e Instrumental del Diente Retenido y, su Eliminación del Interior del Hueso donde se encuentra, aplicado el método de -- Coigajo y la Odontesección.

Extracción Quirúrgicas de los Caninos Retenidos.

Las indicaciones las haremos basándose en los Problemas que originan los Dientes Retenidos. El diagnostico lo determinaremos por los medios clínicos de inspección, palpación y -- exámen Radiografico.

Inspección.- La usencia del Canino permanente o la Persistencia del temporal, puede hacer sospechar retención. Cuando es vestibular o Palatina; descubriremos un pequeño abultamiento, la altura y forma del Paladar nos dará una ubicación aproximada del Diente Retenido. Debemos tener cuidado de no confundirlo con la elevación que causa la Raiz Insisivo lateral o la Premolar.

Palpación.- Con el dedo indice confirmaremos la elevación de la misma sistencia ósea.

En caso de existir proceso infeccioso, introduciremos una Sonda através de ella y chocaremos con la Corona del Canino Antagonista.

Examen Radiográfico.- Para realizar una intervención quirúrgica, no es suficiente una Radiografía Intraoral, ya que ésta solo nos dará la existencia del Diente Incluido; las Radiografías para tratamiento quirúrgico serán; Ubicar al Diente según los tres Planos del Espacio, es necesario ver las Cúspides y el Apice, y conocer la relación que existe entre ambos y los dientes vecinos con las Fosas Nasales y con el Seno, la Radiografía nos dará la densidad, Rarefacción, presencia del Saco Pericoronario y existencia de procesos óseos pericoronarios.

Antes de intervenir quirúrgicamente, debemos precisar a que clase pertenece el Canino Retenido, para ver el tipo de operación necesaria, así evitaremos operaciones mutilantes - - traumáticas y llenas de inconvenientes.

Verificación de la relación vestibular palatina en maxilar con Dientes, primero determinaremos su presencia sea -

vestibular o palatina del Diente retenido y así elegir la vía de acceso aproximadamente un 85% de caninos retenidos se encuentran en Paladar, pero hay que tener seguridad de su posición para estos emplearemos Radiografías oclusales.

Las Radiografías deben presentar Nítidamente.

1) Forma de la Corona ; 2) Existencia y dimensión -- del Saco Pericoronario; 3) Distancia y Relación de la Cúspide del Camino con los Incisivos Central y Lateral y distancia con el Conducto Palatino anterior.

La cúspide del Canino puede encontrarse entre dos -- dientes o en contacto con una cara de la raíz del Central y Lateral, esto anclara al Diente y será un obstáculo para eliminación. El obstáculo para la extracción de cualquier diente en estas condiciones está en la Corona y no en la raíz, por esto la importancia de las relaciones de la corona antes de la intervención quirúrgica.

Es importante conocer la porción Radicular, el ápice del Canino presenta una pronunciada dilaceración la existencia de esta anomalía y la ubicación del extremo Radicular lo -- debemos conocer su colocación a nivel o por encima de los ápices de los dientes vecinos, proximidad con el Seno Maxilar, -- por lo general la gran cantidad de tramas óseas se interponen al paso de los rayos y obscurecen al Apice del Canino.

Delimitaremos el Canino en el Plano horizontal, tomado: Una Radiografía Oclusal con el Rayo Central en la línea Media con Incidencia Perpendicular a la Placa, una segunda radiografía Odosal con Rayo Central Perpendicular a la Placa pasando por los premolares y se evitará una Imagen del Diente Incorrecta proyectada al través de las raíces de los demás dientes obteniendo la Imagen del Diente en relación con las demás Piezas en el Maxilar.

De acuerdo con el Examen Radiográfico, Exámen clínica del caso, eligiremos la vía de Acceso.

Los Caninos que están colocados del lado Palatino de los Dientes, deberán ser extraídos por Palatino: Los Caninos - que se encuentran cerca de la Arcado y con un espacio entre Incisivo Lateral y ler. Premolar por Ausencia del Lateral se puede realizar por vía vestibular.

Cuando la Retención es francamente por Vestibular la Extracción debemos hacerla por esta vía, ya que la extracción - resultará más comoda, con mejores resultados pero no puede ser usada siempre.

Extracción de los Caninos por Vía Palatina.

Anestesia.- En toda intervención es fundamental, ya que es una operación larga y molesta, la Anestesia debe preveer la conciencia de la operación, se le aplicará al Paciente previamente

te un barbitúrico.

Retención Unilateral.- Emplearemos Anestecia Infraorb bitaria de ambos lados, Anestesia Infiltrativa local en la bóveda Palatina, y a nivel del agujero Palatino Anterior y los dos posteriores.

Puede intervenirse bajo Anestesia General, barbitúricos por vía endovenosa más Protóxido de Azo e Oxígeno y colocar al paciente en posición Rose.

Operación.- Incisión. Se desprende parte de la Fibro mucosa dejando al descubierto la bóveda osea. Prepararemos un colgajo que permita un amplio descubrimiento del lugar donde está el Diente Retenido por Extraer.

Para esto se hace una Incisión en la Bóveda Palatina El Colgajo debe ser grande para dar suficiente visión, y dispuesto de tal modo que no sea traumatizado en el curso de la Intervención.

La posición del Colgajo debe ser en la posición del Canino Retenido. La Cúspide y el Apice del Canino son los Exmos, Fuera de los cuales se tranza la incisión.

Esta puede tener dos formas.- La 1ª. se realiza en tejido de el Paladar duro, tiene aplicación para la aplicación para intervención de los Caninos alejados del Borde Alveolar.

La 2a. está de acuerdo con los principios quirurgi--cos y consiste en el desprendimiento del telón palatino realizando previamente el desprendimiento de la Fibromucosa Palatina del Cuello de los Dientes.

Se usa un bisturí de hoja corta, se incide entre los Dientes y Encía dirigido en sentido perpendicular a la bóveda llegando hasta el hueso.

El desprendimiento se inicia en la límita, de la Cara distal del 2o. Premolar y Distal del 1er. Molar, se extiende en sentido anterior hasta los Incisivos Centrales Lateral - o Molar, del lado opuesto, según sea el sitio que ocupan él o los Caninos Retenidos, al llegar al sitio donde se encuentran los ó el Diente Retenido, con el bisturí contorneamos parte de la Cara Mesial del 1er Premolar y la incisión sigue la Cresta de la Arcada y se continua hasta el lugar elegido. La lengua - que resulta de la incisión será usada en la Sutura. Si existe Canino, la Incisión lo rodea por su Cara Palatina.

En caso de que el Canino esté ubicado posteriormente, no es necesario que la incisión pase la línea Media, respetando por lo tanto al descender el Colgajo los elementos realacionados en el agujero Palatino anterior.

Desprendimiento del Colgajo.- Practicada la Incisión el Desprendimiento lo hacemos con Instrumento Romo, éste se In

introduce entre la Arcada Dentaria y la Encía, Cuidando de no desgarrar la Encía, se desprende la Fibromucosa hasta quedar al descubrimiento el hueso Palatino, el Colgajo debe ser Mantenido Inmovil durante el curso de la operación.

Pasamos un Hilo de Sutura a Nivel del Canino y lo anudamos a un Molar del lado opuesto siendo el mismo hilo el que usaremos posteriormente para la sutura del Colgajo.

Se Cohibe la hemorragia ósea y se pasa a otro tiempo.

Osteotomía.- Se empleará la Fresa quirúrgica o el Escoplo, es importante especificar la cantidad de Hueso por eliminar, debe quedar al descubierto la totalidad de la Corona, y parte de la Raiz y una anchura equivalente a un mayor diámetro de la Corona, para que ésta se puede eliminar sin traumatismo.

Por lo general es suficiente descubrir el Tercio Cervical de la Raiz. Con el Método de Odontesección la Cantidad está reducida.

La Fresa eliminará limpia, Radis y sin molestia al Paciente. Se empleará Fresa Redonda No. 4 o 5 de Carburo y Cuidar que no se embote de Restos Oseos ya que al no cortar provoca calentamiento. Ya ubicada la Corona del Diente Retenido se practican Orificios cuidando la Corona y el Primer tercio radicular; la Fresa debe llegar a tocar la Corona del Canino, los diversos orificios se unen entre si con una Fresa Fina. Esta tapa

Osea se levante con el Escoplo o con una legra pequeña.

Realizada la Osteotomia. Se aplica el clásico Método de Odontesección, Cortamos el Diente en trozos que sean necesarios y extraemos sus partes por separado. En algunos casos el Diente está dirigido en sentido casi vertical, en este caso se crea un espacio con Fresa alrededor de la Corona y siempre que la Cúspide no se encuentre enclaustrada, puede ser extraído con un Elevador Recto, éste lo introducimos entre la Cara que este dirigida hacia la línea Média con la Pared Osea contigua. Con movimientos de rotación se introduce el Instrumento con lo -- cual se consigue cierto grado de luxación. La Extracción en caso accesible se termina con una Pinza de Premolares Superiores haciendo susves movimientos de Rotación y Tracción en dirección-- del Eje del Diente.

La Sección del Diente es Sencilla siempre que se tenga una correcta visión del Diente es cortado a nivel del Cue-- llo o con una Fresa de Fisura No. 702 o 560 dirigida hacia el-- Eje Mayor del Diente.

Si la Región Cervical no es accesible habrá que cortar el Diente a nivel de su corona, para ésto desgastaremos -- previamente el Esmalte con una Piedra para permitir la entrada del Fresa.

Seccionado el Diente, se introducen un Elevador Recto en ese espacio creado por la Fresa y se imprime un movimiento rotatorio y separaremos la Raiz y la Corona. Luego aplicaremos el elevador a nivel de la Cúspide del Canino, dirigimos la Corona hacia el Apice aprovechando el espacio creado por la Fresa de Fisura, con esto separamos la Cúspide del Diente de su Alojamiento ósea y de su contacto con los dientes vecinos.

La Extracción de la Corona se logra introduciendo un Elevador Angular de Hoja delgada entre la Cara del Diente dirigida hacia la línea Media y la Estructura ósea, con movimiento de Palanca, punto de apoyo en el borde óseo, giramos el mango del Instrumento, se desciende la Corona, Eliminada la Corona queda un amplio espacio para dirigir la Raiz hacia el espacio con una Fresa Redonda hacemos un orificio en la Raiz, en él introducimos un elevador llevando la Raiz hacia adelante, si después de recorrerla se nota resistencia pensaremos en la dicerción Radicular, haremos una nueva Sección y permitirá eliminar la porción Radicular.

Extraído el Canino inspeccionaremos cuidadosamente la Cavidad ósea y extraer las Esquirlas óseas o de diente que pueden quedar, eliminaremos el Saco Pericoronario, lo haremos con una cucharilla Filosa, el olvido de esto puede traer trastornos infecciosos y tumorales.

Sutura.- El Colgajo vuelve a su sitio Readaptandole correctamente de manera que las Papilas Interdentarias ocupen su posición original. En los Caninos Unilaterales generalmente se hace un solo punto de Sutura pasando por el Espacio Interdentario más amplio y se anuda.

Terminada la Operación se coloca un trozo de gaza en la bóveda Palatina comprimiendo y ádosando la fibromucosa.

CONSIDERACIONES DE LA DOBLE RETENCION EN MAXILARES DENTARIOS.

La única Insición que conviene es el desprendimiento del Colgajo Palatino, separado la Fibromucosa del Cuello de -- los Dientes, desde distal del 2o. Premolar o del 1er. Molar de ambos lados.

El desprendimiento lo haremos con un Periostomo con la misma técnica que usamos en el Unilateral. El Colgajo que usamos debe de mantenerse inmóvil sujetandolo al 2o. Molar.

Osteotomía.- Se practica como en la Unilateral. En la Extracción seguiremos los mismos pasos que en la anterior, en la Sutura se realizarán 3 o 4 puntos en los sitios más accesibles.

EXTRACCION DE CANINOS POR VIA VESTIBULAR.

Esta vía la usaremos cuando el Diente Retenido se en

cuentra en vestibular o muy cerca de la Arcada y con espacio suficiente dando por piezas faltantes ésta vía es más sencilla.

Las indicaciones son: Cuando los Caninos Palatinos - cuyos Bordes Incisales están colocados a Nivel del Lateral. -- Cuando la Corona se encuentre cerca de la Línea Media, la intervención se hará por Palatino, con las técnicas ya mencionadas.

Anestesia.- Emplearemos anestesia Infraorbitaria, -- completándola con anestesi Palatina a nivel del Agujero dentario anterior y una Anestesia Distal a nivel del Apice del Cani no.

Incisión.- Debe estar alejada del sitio de implantación del Diente, para que no coincida con la Bóveda Osea, al reponer el Colgajo en su sitio.

El desprendimiento del Colgajo es igual que en los casos mencionados y manteniéndolo levantado con un Separador Romo para que no traumatice.

Se realiza la Osteotomia tomando en cuenta que el hueso no tiene la misma dureza que en Palatino.

Los Caninos Vestibulares pueden ser Extraídos Enteros luxándolos previamente con un Elevador Recto incidimos entre el Diente y la Pared ósea en los sitios más Salidos, ya luxando el Diente lo extraemos con Pinza Recta.

Los Caninos Palatinos que se encuentran próximos a la Arcada Dentaria y haya Ausencia del Lateral y ler. premo-- lar se eliminarán seccionándolos, la Odontosección la haremos con Fresa, la Corona la Extraeremos con Elevador Recto y la -- Porción Radicular la proyectaremos hacia el Espacio de la Coro-- na. La Raiz la movilizamos en dirección de su Eje Mayor con -- Elevadores o bien hacemos un Orificio e Instrumento para des-- plazarla, en caso de que Porción Radicular tropiece con un Diente Vecino se hace otro Seccionamiento.

Extirparemos el Saco Pericoronario y Restos Oseos Odontarios, lavamos y suturamos con 2 o 3 puntos, la Sutura se-- hará con hilo de seda colocado el Colgajo en su lugar.

Extracción de los Caninos Inferiores Retenidos.

Exámen Clínico y Radiográfico.- El estudio se hará - con base de Radiografías Apicales y Oclusales, para ubicar co-- rrectamente la posición del Canino Retenido.

La Inspección Clínica y Palpación nos dará su posi-- ción porque en la mandíbula el Diente Retenido es más visible. Un gran número de caninos Inferiores Retenidos son portadores de quistes dentíferos y estado clínico variable,

Extracción de el Canino Inferior en Vestibular.- Em-- plearemos Anestesia Regional o General.

Operación.- Iniciaremos con las técnicas ya señala--

das, siendo la vía de elección la Vestibular.

Incisión.- En el Arco sin llegar al borde gingival,--
Puede prepararse un Colgajo a expensas del Borde libre, trazan-
do una incisión vertical y desprendiendo la Encia de los Cuellos
Dentarios.

Desprendimiento del Colgajo.- Con una Legra o con un-
Periostomo se desprende y se sostiene con separador Romo.

.- Maxilar y la Cara Distal del 2o Molar es Menor -
que la Corona del 3er. Molar.

Clase III.- Toda la Mayor parte del Molar se encuentra ubica-
do en la Rama.

PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO.

Posición a).- La Porción más alta del 3er Molar se encuentra al
mismo nivel o por encima de la línea Oclusal.

Posición b).- La Porción más Alta del 3er, Molar se encuentra -
por debajo de la línea oclusal del 2o. Molar.

Posición c).- La parte mas alta se encuentra al mismo nivel o -
por debajo de la Línea Cervical del 2o Molar.

Pra nuestra Intervención Quirurgica coordinaremos to-
das estas clasificaciones por lo que es necesario realizar un -
completo Estudio Radiográfico.

Extracción del Tercer Molar Inferior Retenido en Posición Vertical sin Retención y Cara Mesial Accesible.

Para realizarla tomaremos en cuenta la posición del Molar en relación con la Arcada, en las diversas variaciones se hará Mayor o Menor Osteotomía según sea el Acceso.

Realizamos la Incisión Extendiéndola por la Cara Triturante y otra incisión que sea perpendicular a ésta, con el objeto de no tener Problemas Postoperatorios. La Incisión la iniciamos un centímetro por detrás de la Cara distal del 2o. Molar hasta llegar a esta pieza, la prolongamos contorneando el Cuello de los Dientes hasta el 1er Premolar. Así el Colgajo no es traumatizado y descansa sobre el hueso.

Osteotomía.- Se puede realizar con osteotomos de Winter resecando de bucal lingual o bien Osteotomía con Fresa No. 560 colocada en el Cntrángulo o Fresa Redonda No 8 de Carborundum.

Separamos los labios, Carrillos y la lengua, colocamos la Fresa sobre el borde óseo distal a resecarse, según la posición Radicular, eliminamos el hueso y Procedemos a la Extracción.

Introducimos el Elevador en el Espacio Interdentario moviendo hacia su Eje en sentido distal, disecando el borde Inferior de su hoja sobre la Estructura. Ósea del Espacio del 2o

y 3er Molar sale hacia atrás.

Emplearemos la Odontosección en Casos de Raíces divergentes como Cementosis.

Retención Vertical sin desviación, Cara Mesial Inaccesible.

La Incisión la haremos de la misma forma del caso anterior.

Podemos hacer la Osteotomía o bien con Fresa. En este caso puede presentarse la Cara Triturante totalmente cubierta por hueso, la vía de Acceso la realizaremos con Fresa Redonda No 6 y sobre la tapa ósea, hacemos una serie de perforaciones y las unimos con una Fresa de Fisura No. 557, con Fresa de Fisura No. 560 realizamos Osteotomía del lado Distal llegando hasta el centro del Diente, esto es con el objeto de desplazar el órgano dentaria hacia distal.

Introducimos un botador de Hoja delgada y hacemos movimientos de torción hacia Mesial y distal, después eliminamos el Molar de Alveolo con un Elevador de Wintser, colocado por el lado bucal entre la Corona del Molar y la tabla ósea Externa.

Si no es posible hacerlo introducimos una Fresa Redonda en la parte Media del hueso bucal y así facilitamos la Entrada del Elevador.

Retención Vertical, Ausencia de Dientes Vecinos.

Es necesario eliminar suficiente cantidad de hueso --
llegando hasta la Cara Mesial y Aplicar ahí el Elevador.

Realizaremos una Incisión Angular o una Incisión co-
mo en los casos anteriores.

La Osteotomía se hará con Escoplo o bien con Fresa -
Redonda No. 608.

Usaremos para su eliminación elevadores de hoja del-
gada introduciéndolos entre la Cara Mesial y Pared Mesial del-
Alvéolo, cuando el Instrumento está colocado sobre la Cara Me-
sial y logramos dirigir el Molar hacia arriba y hacia Distal -
en caso Inaccesibles usaremos la Odontosección.

Extracción del Tercer Molar Inferior Retenido en Po-
sición Mesioangular.

En estos casos la cantidad de hueso distal se encuen-
tra con más abundancia que en las verticales, el contacto con-
el 2o Molar constituye su Sólido enclaje por lo que usaremos -
la Odontosección para evitar traumatismos inútiles.

En muchos casos aún eliminado el hueso distal es --
inaccesible para la eliminación de la Pieza por lo que elimina-
remos las Cúspides Mesiales.

Osteotomía.- La realizamos con Fresa Redonda o con -
Escoplo para facilitar emplearemos la Odontosección, las por--
ciones seccionadas se extraerán por separado con elevador Rec

to o Angular, según sea la facilidad del Acceso.

Se Sutura con hilo de seda, Catgur y Nylon.

Extracción del Canino Inferior Lingual. Dada la dificultad de acceso, mala iluminación poca visibilidad a éste Nivel es preferible sacrificar piezas y realizarlo por Vía Vestibular.

Extracción del Canino Inferior en desdentado.- La Vía de Acceso es la vestibular. La insición es Angular llegando al Borde libre, Realizamos la Osteotomía y con Elevador luxamos, - eliminamos la pieza incluida, después el Saco Pericoronario y - realizamos Alveolectomía, adaptamos el Colgajo y Suturamos.

Ubicación del Tercer Molar en la Arcada.

- a) Normal.- El Tercer Molar sigue la Forma de la Arca da.
- b) Bucal.- El Molar está dirigido hacia afuera del - oval o de la Arcada.
- c) Lingual.- El Molar va hacia el Lado Lingual de la - Arcada.
- d) Buco-lingual.- El molar dirigido hacia bucal y su Cara oclusal hacia Lingual.

RELACION DEL TERCER MOLAR CON EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA.

Clase I.- Hay suficiente espacio entre el borde anterior -

de la Rama Montante y la Cara distal.

Clase II.- El espacio que existe entre el borde Anterior de la Rama del mismo.

Retención Mesioangular, sin desviación con Cara Mesial Accesible o Inaccesible.

Extracción por Osteotomía a Fresa, con una Fresa Redonda No. 8 colocada en el contrángulo, practicamos pequeños orificios en el hueso, los cuales llegaran hasta el Molar Retenido, tomando en cuenta que la cantidad de hueso o Resecar debe estar de acuerdo con el grado de Inclinación del Molar eliminaremos el hueso con una Fresa de Fisura No. 560.

Puede usarse el Escopla para la Osteotomia.

Realizaremos la Extracción por Odontosección, puede aplicarse en dos formas:

Aplicado una división en el Diente según su Eje Mayor o según su Eje Menor.

La Odontosección se puede realizar con Discos, Fresa de Carburo o Escoplo Recto o Automático.

Para realizar la Odontosección tomaremos en cuenta:

El acceso.- Debemos hacer una incisión Amplia y Osteotomia y suficiente para no lesionar tejidos blandos, amnteniéndo el tejido gingival separado con el Instrumental adecuado.

El Instrumento.- Podremos usar discos de Carburo, --

Piedras Montadas o Fresas de Carburo, De Fisura No. 560 ó Redonda No. 8.

Técnica de Empleo del Instrumento.- Con Fresa: Empleamos primeramente una Piedra Montada, después introduciremos una Fresa de Fisura No. 570 dirigiendola de bucal a lingual, -- tratando de seccionar en toda su amplitud la Corona del Molar Retenido. Demos cuidar que la Sección de la Corona se suficiente, y que no pase de los límites de la misma ya que podríamos dañar el hueso, seccionar la tabla Lingual y herir los tejidos blandos y podremos herir hasata el Nervio Dentario. Inferior.

Dividido el diente entreremos a extraer por separado Si seccionamos el Diente según su Eje Menor, la Extracción de la Corona la realizaremos con Elevadores Finos, Introduciendo el Elevador en el Espacio creado por la Fresa gracias a este espacio, desplazamos la Corona hacia Mesial y luego a Distal.

Si la Cara Mesial del Molar es Inaccesible haremos una Vía con Fresa para dar Espacio al Elevador, lo introduciremos por debajo de la Corona y la Elevamos.

LA EXTRACCION DE LA RAIZ .- Podemos hacerla con Elevadores Rectos, Curvos o de Winter. El Elevador lo introducimos entre la Porción Radicular y el tejido Oseo subyacente. Se hace girar el mango del instrumento hacia el lado bucal. En caso de Divergencia Radicular o gran Cementosis separaremos las-

dos Raíces con Fresa de Fisura y cada raíz se extrae por separado con el Elevador.

Inspeccionamos la cavidad ósea, retiramos las esquirlas, lavamos y adaptamos nuevamente el Colgajo a su posición, y saturamos con dos o tres puntos.

Si seccionamos según se Eje Mayor, lo haremos con Escoplo Automático, dividiendo así en Porción Mesial y Distal. - Eliminaremos primeramente la porción Distal.- Introduciremos un Elevador Recto o de Winter, entre ambas porciones, con esto luxaremos ligeramente la porción Distal, introduciremos el Elevador lo más profundamente posible para evitar riesgo de fractura, dirigiendo la raíz hacia arriba y atrás, ya eliminada la cara Distal introducimos el botador entre la cara Mesial del Molar y el borde óseo, si no es accesible se hace una vía por medio de una Fresa o Escoplo. Se hacen movimientos iguales como si se tratara de una pieza completa.

En caso de que la corona se encuentre por debajo de la línea Cervical del 2o molar o exista Cementosis, haremos un corte a nivel del cuello y haremos nuestra extracción por Odonotesección.

Retención Mesioangular con ausencia de dientes vecinos.

En este caso eliminaremos sólo la resistencia ósea, realizaremos un buen estudio radiográfico para prevenir la ne

cesidad de realizar Odontosección, en caso de que el molar presente Cementosis o raíces divergentes si lo realizaremos.

Insición: La realizaremos de la forma ya mencionada.

Osteotomía.- Se puede hacer con Escoplo o con Fresa-
No. 7, resecamos la cara Distal hasta dejar al descubierto la cara Distal de la corona.

Emplearemos los Elevadores de Winter o uno de hoja delgada. Colocamos la hoja del Elevador entre la cara Mesial del molar y la superficie anterior del alvéolo. Giramos el mango hacia Mesial y con esto Consideramos la elevación del molar hacia atrás y hacia arriba.

O bien colocar el Elevador entre la cara bucal y la pared externa del hueso y por movimientos rotatorios de derecha a izquierda luxar el molar.

Retención del tercer Molar inferior en posición disto angular.

Las dificultades que podemos encontrar están en la posición del molar que para ser extraído debe ser dirigido en sentido distal hacia la Rama ascendente y la cantidad de hueso a reseca para vencer el contacto del molar con la Rama.

Puede emplearse la técnica de Winter o bien con Fresa.

Incisión.- Se hará lo suficientemente amplia para -- que cubra la posición del campo operatorio. Parte de dos centi

metros por detras de la cara Distal del 2o molar y pasa por la cara interna del maxilar, dirigimos la lengüeta hacia bajo, afuera y adelante, manteniendo los Colgajos para permitir una perfecta visión del hueso a researse.

Osteotomía.- Emplearemos Fresa Redonda del No. 6 o 7 eliminaremos todo el tabique interdentario.

Para la extracción emplearemos Elevadores delgados, lo introduciremos entre la cara bucal del molar y el hueso bucal tratando de luxarlo y hacemos lo mismo por Distal y lingual y luxado el diente empleamos un Elevador fino por el lado Distal y giramos el mango hacia delante haciendo que se eleve el molar y la terminamos de extraer con uno más delgado por el lado bucal.

Haremos dos o tres puntos de sutura.

En caso de que el hueso Distal, el grado de inclinación del molar, forma y disposición de sus raíces se empleará la Odontesección.

En este caso de retención del diente se cortará por su eje más pequeño, haremos la sección con una Fresa de Fisura introduciéndola paralela a la línea cervical del molar retenido entre la cara bucal del molar y la tabla ósea externa previo uso de una piedra montada sobre la corona para facilitar la entrada a nuestra Fresa.

Introducimos un elevado entre el espacio creado por-

la Fresa y hacemos tracción elevándola. Dependiendo de la forma y disposición de las raíces haremos su extracción, desplazaremos las raíces hacia el Distal siguiendo el eje o curvatura-radicular terminamos la extracción con una pinza y algodón.

Extracción del tercer molar retenido en posición horizontal.

Se puede emplear la técnica de Winter o bien la Fresa y Escople que es la que explicaremos:

Debemos tener cuidado en la palanca hacia Distal ya que podríamos vencer la elasticidad ósea, ésta sólo se podrá aprovechar un poco en los pacientes jóvenes, pero es relativo.

Incisión.- Se hará desde un centímetro atrás de la cara Distal del 2o molar siguiendo por la línea gingival de éste hasta dejar descubierta la cara bucal.

Osteotomía en la cara bucal para que podamos aplicar el Elevador.

Extracción.- Con un Elevador de Winter o con un Recto, colocado entre la cara del molar y el borde óseo, dirigimos el molar hacia arriba y hacia Distal.

Sutura.- Eliminado el molar, limpiamos la cavidad, eliminamos el Saco Pericoronario, cubrimos el alveólo con el Colgajo y lo suturamos con dos o tres puntos.

Extracción por Odontesección.- En esto podemos reducir la cantidad del hueso Distal por reseca.

Extracción del Molar Seccionado su Eje Menor.- Se -- corta el diente de la altura del cuello con una Fresa de Fisura y la extracción la efectuamos con Elevadores Finos como el caso de la Retención Mesiangular.

Extracción del molar seccionado su Eje Mayor.- Lo aplicaremos cuando la corona del molar está ligeramente bucalizada.

La sección se practica con Escoplo de hoja ancha, aplicándolo sobre el centro de la cara triturante, dividiendo el molar en dos porciones lo extraeremos por separado.

Extracción de la Porción Mesial.- En algunos casos - esta porción está solidamente retenida por debajo de la línea cervical del 2o molar, se útil separar en dos partes la porción Mesial seccionándola con una Fresa de Fisura.

La Raíz Mesial se elimina realizando un orificio sobre su cara Distal con la misma Fresa de Fisura o con una de Bola, introduciremos en este un instrumento y haremos tracción hacia Mesial.

Retención Horizontal.- Ausencia de dientes vecinos.

El molar puede encontrarse en retención ósea o subgingival.

La accesibilidad de la cara Mesial determina la cantidad de Osteotomía.

Al no existir el 2o molar podemos aplicar Elevador -

entre la cara Mesial del molar y el hueso Mesial y dirigir la pieza hacia arriba y Distal, en algunos casos extraeremos -- sin necesidad de dividirlo, aplicaremos las técnicas que empleamos para la retención Mesiangular, con la variante que implica la posición horizontal.

Los fundamentos del éxito y la preservación de los -- peligros reside en la aplicación de la Ley del menor traumatismo que en el caso de estos molares aislados, se cumple con los métodos de Osteotomía y Odontesección.

Extracción del tercer molar retenido en posición Lingo angular.

Su cara triturante se encuentra con un grado de inclinación variable hacia la tabla del maxilar. En la mayoría de -- estos casos las raices se presentan incompletas.

Incisión.- La Rama Anteroposterior de la incisión debe ser trazada al mismo nivel de la tabla interna del hueso. La -- Rama vertical separa la encía que cubre el molar de la cara -- distal del 2o molar y se continúa hacia fuera, adelante y abajo.

Como las otras indicaciones estudiadas.

Osteotomía.- Es necesario aplicar una amplia Osteotomía pues en casos como las raices no están completamente formadas tienden a rodar dentro de la cavidad alveolar.

Eliminamos el hueso con Fresa Redonda No. 8 . El hue

so de la tabla Lingual lo eliminámos con Fisura o Fresa Redonda separando el Colgajo de la Cara Lingual para no traumatizarlo.

Extracción.- Eliminada la cantidad ósea que cubre el molar se introduce un Elevador entre la cara Mesial y el hueso y se trata de elevar el molar hacia arriba y abajo.

La Odontesección la herémos seccionando con Fresa Redonda a nivel de su cuello (si tiene raíces) o con Escoplo sobre su cara Oclusal (si no tiene raíces). La eliminación de los fragmentos la haremos con un Elevador pequeño o con una Pinza de Kocher.

EXTRACCION QUIRURGICA DE LAS DISTINTAS VARIETADES DE DIENTES RETENIDOS

Veremos dos tipos de consideración.

a) Los mesiodents que se encuentran ubicados entre los incisivos y laterales originando un Diastema entre éstos.

b) El 4o molar que ocasiona trastornos semejantes a los del 3er. molar.

Para la extracción de las distintas variedades de dientes retenidos se seguirán empleadas en los cáninos y terceros molares retenidos.

Es decir estudio radiografico previo, para saber la ubicación de el diente retenido.

Relación con los órganos, cavidad y dientes vecinos.

La intervención es de los tiempos quirúrgicos estudiados:

Incisión Preparación del Colgajo, Osteotomía, Extrac
ción propiamente dicha, Sutura.

Puede aplicarse la Osteotomía y Odontesección, para-
evitar el mayor traumatismo posible.

BIBLIOGRAFIA

ARCHER, W. HARRY; CIRUGIA BUCAL
MUNDI, BUENOS AIRES, 1978.

TRATADO DE CIRUGIA ORAL
WALTER C. GURALNICK
EDITORIAL SALVAT 1971.

CIRUGIA BUCAL
GUILLERMO A. RIES CENTENO
EDITORIAL EL ATENEO 1973.

TRATADO DE CIRUGIA ORAL
KRUGER G: CIRUGIA ORAL
INTERAMERICANA, MEXICO, 1978.

MANUAL DE URGENCIAS QUIRURGICAS
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA
1968.
DR. JACINTO ARTURO SANCHEA.

PICHLER, HANS.; CIRUGIA BUCAL Y DE LOS MAXILARES
LABOR, BARCELONA, 1952.
México, D.F.

THOMA KURT M.; ORAL SURGERY
MOSBY, ST. LOUIS. 1948.