

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EXTRACCION DE CANINOS
INCLUIDOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

VERONICA GARCIA FLORES

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Veronica'.

MEXICO, D. F.

A handwritten date '1984' in black ink, with a large, sweeping underline.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCION	I
II. GENERALIDADES	2
III. CRONOLOGIA DE LA ERUPCION DENTARIA	5
IV. DEFINICION DE INCLUSION	7
V. INCLUSION PARCIAL O TOTAL	9
VI. ETIOLOGIA DE LOS CANINOS INCLUIDOS	12
VII. INDICACIONES Y CONTRAINDI CACIONES.	19
VIII. DIAGNOSTICO Y PROGNOSTICO	21

INDICE

	pág.
IX. CLASIFICACION DE LOS CANINOS INCLUIDOS SUPERIORES.	27
X. PRE-OPERATORIO	29
XI. ASEPSIA Y ANTISEPSIA	33
XII. TECNICAS DE ANESTESIA	38
A). TIPOS DE ANESTESIA EMPLEADOS	52
B). COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA Y CASOS DE EMERGENCIA	57
XIII. TECNICA QUIRURGICA PARA LA REMO- CION DE CANINO INCLUIDO POR VES- TIBULAR.	62
XIV. TECNICA QUIRURGICA PARA LA REMO- CION DE CANINO INCLUIDO POR VES- TIBULO-PALATINO.	70
XV. TECNICA QUIRURGICA PARA LA REMOCION DE CANINOS INCLUIDOS Y DIENTES DE - LA ARCADA.	76
XVI. TECNICA QUIRURGICA PARA LA REMOCION DE CANINOS INCLUIDOS EN MAXILARES - DSDENTADOS.	78
XVII. TECNICA QUIRURGICA PARA LA REMOCION DE CANINOS INCLUIDOS EN EL MAXILAR INFERIOR.	80

INDICE

	pág.
XVIII. TECNICA QUIRURGICA PARA LA REMOCION DE CANINO INCLUIDO POR PALATINO	83
XIX. COLGAJO E INCISION	92
XX. POSTOPERATORIO	97
XXI. CONCLUSIONES	100
XXII. BIBLIOGRAFIA	101

" INTRODUCCION "

La tesis que a continuación desarrollo, se refiere en esencia al estudio de los Caninos Permanentes en posición incluída después de su normal tiempo o edad de hacer erupción.

Al estudio de su etiopatogenia , localización, manifestaciones; así como los métodos y técnicas para realizar su extracción del maxilar.

Los motivos que me llevaron a desarrollar este tema , son el de adentrar en el estudio de un proceso -- irregular que resulta en ocasiones muy frecuente.

El tener una buena base teórica , nos redituará éxitos seguros en la clínica , o por lo menos al saber dominar los procedimientos en la teoría hará para el paciente menos traumática la intervención quirúrgica.

II. GENERALIDADES.

Antes de iniciar el tema haremos un breve recordatorio sobre la erupción de las piezas dentarias, su proceso de desarrollo y su erupción en la cavidad oral, para así llegar a comprenderlo más fácilmente.

I).- ERUPCIÓN DENTARIA.

Llamado así el proceso por el cual los dientes que se encuentran en formación en el interior de los maxilares, hacen su aparición en el medio bucal, ocupando su lugar en el arco dentario destinado a cada uno de ellos.

Esta serie de procesos formativos, se inicia con la formación de una yema dentaria que consta de tres partes:

- a).- Una papila dentaria, proveniente del mésentimo, que dará origen a la pulpa y dentina.
- b).- Un órgano dentario que deriva del ectodermo bucal y que producirá el esmalte.
- c).- Un saco dentario, el cual también proviene del mesénquima, y que formará el cemento de la raíz y el ligamento periodontal.

II).- ERUPCION DENTARIA FISIOLOGICA.

Llamamos así a los movimientos de las piezas dentarias, que van desde los tejidos que lo rodean y prosiguen hasta hacer su erupción en cavidad oral.

Dichos movimientos casi siempre son verticales, comienzan dentro del hueso maxilar, luego de que se ha formado la corona del diente, calcificado el esmalte e iniciada la formación de la raíz.

A este movimiento del diente, que ocurre dentro del hueso maxilar, le llamamos " Erupción Pre-clínica " y cuando asoma la cúspide por primera vez comienza la " Erupción Clínica ", la cual termina al hacer contacto con su - antagonista.

Todos los humanos presentamos dos tipos de denticiones; una primaria ó temporal y otra secundaria o permanente.

La Dentición Primaria, llamada así, por el hecho de que se pierde totalmente entre los 10 y los 12 años de edad. Consta de 20 dientes, la mitad colocada en el maxilar superior y la otra mitad en el maxilar inferior.

Dentición Secundaria. Generalmente la conservamos durante toda la vida, y que consta de 32 piezas dentales, dispuestas 16 en la arcada superior y 16 en la arcada inferior.

III. CRONOLOGIA DE LA ERUPCION DENTARIA .

DENTICION PRIMARIA

Incisivo central superior	9 meses
Incisivo central inferior	7 meses
Incisivo lateral superior	10 meses
Incisivo lateral inferior	12 meses
Primer molar inferior y - Primer molar superior.	14 meses
Caninos superiores e infe- riores.	18 meses
Segundos molares superiores e inferiores.	26 meses

Dentición Secundaria .

Primer molar superior e inferior	de 6 a 7 años.
Incisivos centrales superiores e inferiores.	de 7 a 8 años.
Incisivos laterales superiores e inferiores.	de 8 a 9 años.
Primeros premolares superiores e inferiores.	de 9 a 10 años.
Segundos premolares superiores e inferiores.	de 10 a 11 años.
Segundos molares superiores e inferiores.	de 11 a 12 años.
Caninos superiores e inferiores.	de 12 a 13 años.
Terceros molares superiores e inferiores.	de 18 a 25 años.

IV. Definición de Inclusión.

Dientes retenidos o incluidos son aquellos que llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares, cubiertos por tejidos blancos o duros.

Los dientes de la primera y segunda dentición permanecen durante la erupción encerrados primeramente en los maxilares y bajo las mucosas hasta aparecer en la cavidad bucal para ocupar su sitio correspondiente en el arco dentario.

Según las estadísticas realizadas por Berte Ciensynsky, la frecuencia que corresponde a los dientes incluidos es la siguiente.

Tercer molar inferior	35 %
Canino superior	34 %
Tercer molar superior	9 %
Segundo premolar inferior	5 %
Canino inferior	4 %
Incisivo central superior	4 %
Primer premolar inferior	2 %
Incisivo lateral superior	1.5 %
Incisivo lateral Inferior	0.8 %
Primer premolar superior	0.8 %
Primer molar inferior	0.5 %
Segundo molar inferio	0.4 %
Primer molar superior	0.4 %
Incisivo central inferior	0.4 %
Incisivo central superior	0.1 %

V. La Inclusión Dentaria puede ser Parcial
ó Total.

a).- **Inclusión Intraósea Total:**

En ella los dientes en inclusión total, pueden ser cubiertos totalmente por el hueso, sin contacto con los tejidos blandos.

b).- **Inclusión Mixta:**

Aquí, los dientes son parcialmente cubiertos por el hueso, y totalmente por la mucosa.

c).- **Inclusión Submucosa.**

En ella, los dientes están libres de hueso y totalmente cubiertos por la mucosa.

A los dientes semifincluidos los podemos encontrar cubiertos por la parte del hueso y por la mucosa, con una porción de la corona en contacto con la cavidad bucal, libres totalmente de hueso y cubiertos en parte por la mucosa bucal, o sea con una porción de la corona en contacto con la cavidad oral.

La mucosa que cubre el tercio anterior del paladar, esta sujeta a repetir esfuerzos y presiones durante la masticación, por tal motivo se hace gruesa, densa y dura.

De todos los dientes, el canino debe recorrer la mayor distancia desde su punto de desarrollo, hasta la oclusión normal.

Durante el crecimiento, la corona de los caninos de la segunda dentición está colocada por lingual al eje longitudinal de la raíz del canino de la primera dentición, cualquier cambio en la posición causada principalmente por pérdida prematura de los molares de la primera dentición, origina una derivación en la posición de los molares y una reducción de espacio para los caninos de la segunda dentición.

La reabsorción de las raíces de los dientes de la primera dentición (fenómeno de la odontolisis) es otra razón por la cual el canino de la primera dentición no hace erupción normal y tiende a desviarse ó impactarse.

II

Los caninos de la segunda dentición son - los últimos dientes en hacer su erupción y están expuestos - a quedar incluidos o en mal posición debido a que erupcionan entre dientes que ya se encuentran en oclusión, además están en competencia porque el camino de la primera dentición es - menor en su diámetro.

VI. Etiología de los Caninos Incluidos.

Desde el punto de vista quirúrgico, las causas que producen con mayor frecuencia las inclusiones de los caninos superiores son:

- a).- Falta de Desarrollo del Maxilar.
- b).- Falta de Espacio.
- c).- Falta del diente de la Primera Dentición.
- d).- Anomalías de las raíces de los dientes vecinos.
- e).- Calcificación exagerada del hueso en el sitio que va a ocupar el diente.
- f).- Mala posición del gérmen dentario.
- g).- Desarrollo incompleto de la raíz.
- h).- Presencia de quistes ó tumores en la proximidad del sitio que debe ocupar el diente.
- i).- Existencia de dientes supernumerarios.

La existencia de dientes incluidos puede pasar inadvertida, pues en ocasiones no existen síntomas clínicos objetivos y en ausencia de dientes (desdentados), puede ser ignorada con mayor razón.

a).- Falta de Desarrollo del Maxilar.

Puede producirse la inclusión del canino de la segunda dentición, por la falta de desarrollo del maxilar y suele atribuirse a razones de tipo hereditario, a influencias patológicas como la sífilis, raquitismo y - también puede atribuirse a la extracción prematura de los dientes de la primera dentición.

Algunas glándulas endocrinas (paratiroides) afectan notablemente el grado de desarrollo de los maxilares, crecimiento, desarrollo sexual, metabolismo, etc. son procesos fisiológicos que afectan el desarrollo de los maxilares así como de vital importancia es la influencia nutricional.

En la falta de desarrollo del maxilar, el canino queda retenido, ya que este no encuentra salida a la cavidad oral.

b.- Falta de Espacio.

En el sitio que debió ocupar el canino de la segunda dentición se debe exclusivamente a la pérdida prematura del canino de la primera dentición, ya que con frecuencia cuando se extraen los molares de la primera dentición antes de su exfoliación fisiológica, los dientes vecinos, tienden a recorrerse hasta la línea media y reducen el espacio correspondiente al canino de la segunda dentición. Esta pérdida prematura de los dientes de la primera dentición, se debe con mayor frecuencia al grado de caries dental y en consecuencia a afecciones pulpares y apicales, razón por la cual la Odontología preventiva aconseja el uso de mantenedores de espacio en caso de que se pierdan prematuramente cualquier diente de la primera dentición.

c).- Persistencia de Dientes Primarios.

Se desconoce la causa por la cual un canino de la primera dentición persiste mayor tiempo que el normal (12 años), entonces el canino de la 2a. dentición queda atrapado o tiende a hacer su erupción en posición anormal.

- d).- Anomalia de las raíces de los dientes vecinos.

Es poco frecuente la inclusión, ya que tienen que presentarse odontomas radiculares, que por acción mecánica obstaculicen la salida del diente vecino.

La inclusión ocasionada por esta anomalia es siempre en posición vertical.

- e).- Calcificación exagerada del hueso en el sitio que va a ocupar el diente.

Cuando ha desaparecido prematuramente el canino de la primera dentición, el alveolo de este diente queda vacío, por lo cual el tejido óseo de mayor calcificación de la normal, rellena el alveolo (neoformación de hueso) y naturalmente obstaculizará la presión ejercida por la corona del canino de la segunda dentición.

Otra razón por la cual se formará la calcificación exagerada del reborde alveolar, puede ser ocasionada por fracturas del maxilar de la zona correspondiente a los caninos de la segunda dentición, ya que se sobrecalcifica, formándose callo óseo que impide la erupción de los caninos de la segunda dentición.

f).- Mala posición del germen dentario.

La ubicación de un germen dentario alejado de su sitio normal de erupción, se ve imposibilitado por razones mecánicas a llegar al borde alveolar para hacer su erupción, por lo cual hace que su dirección de erupción se desvíe encontrándose obstaculizado por los demás dientes.

g).- Desarrollo incompleto de la raíz.

El canino superior de la segunda dentición tiene su germen situado en la parte más elevada de la fase canina, cuando su raíz no completa su desarrollo y se ve imposibilitado a hacer su erupción, entonces encontraremos el canino en una inclusión vertical.

- h).- Presencia de quistes o tumores en la proximidad del sitio que debe ocupar el diente.

Esta es otra causa de la inclusión de un diente, por ejemplo: un quiste radicular puede destruir el hueso que separa al diente adyacente y al ponerse en contacto donde la membrana quística, rechaza al diente hacia el sitio de menor resistencia, originando la inclusión o la desviación anormal en su dirección.

- i).- Existencia de dientes supernumerarios.

Al existir uno ó varios dientes, más que los normales, el tamaño del maxilar superior se verá imposibilitado a dar cavida a más dientes.

Además de los factores etiológicos generales responsables de los dientes retenidos, existen otros factores fisiológicos del organismo: Los huesos del paladar ofrecen más resistencia que el hueso alveolar en la erupción de los caninos.

VII. Indicaciones y Contraindicaciones.

Indicaciones.

Siempre deberemos de tomar en cuenta al estar frente a un canino incluído, el ver si afecta en contra de la estética, y también si no nos produce - algún trastorno. (Neuralgia, etc).

Para hacer la extracción de un canino incluído deberá de existir.

- a).- Apilamiento de los dientes.
- b).- Cuando existan enfermedades parodontales causadas por la pieza incluída.
- c).- Cuando exista algún problema de sinusitis maxilar crónica.
- d).- Cuando existen procesos malignos patológicos.
- e).- Si el diente incluído está en posición anormal, colocado por fuera del arco dentario, - se efectuará un estudio ortodóncico que revelará las posibilidades de corregir esta - posición.
- f).- Indicado en pacientes desdentados que provoquen molestias.
- g).- Estará indicado cuando el canino se encuentre incluído en el seno maxilar ó fosas nasales.

- h) Al hallar un canino de la primera dentición en la arcada dentaria, fíjamente adherido a su alveolo, sin problemas de caries y con una raíz completa o con poca reabsorción, estará indicada la extracción del canino de la 2a. dentición impactado, ya que el de la 1a. dentición podrá ser conservado por años o definitivamente, cumpliendo satisfactoriamente las funciones estéticas, fisiológicas, etc.

Contraindicaciones

Estará contraindicada la extracción de los caninos incluidos.

- 1) Cuando el paciente se encuentra bajo algún tratamiento médico.
- 2) Al padecer el paciente enfermedad de las vías respiratorias altas. En pacientes con problemas oligofrénicos.
- 3) Al comprobar la ausencia de un canino de la 2a. dentición en la arcada alveolar y no provoque trastornos en el paciente, no será necesaria la extirpación quirúrgica.

VIII. DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO.

Para poder efectuar un buen diagnóstico deberemos llevar a cabo una historia clínica completa, la cual contendrá el estudio clínico efectuado por uno mismo, así como, los datos que el paciente nos pueda reportar como serían el desarrollo del proceso patológico, fecha de aparición, molestias, síntomas, etc.

Así como, el estudio radiográfico, el cual es demasiado importante.

En nuestra inspección al paciente deberemos observar la ausencia del canino permanente en la arcada superior, la persistencia del temporal, puede hacer sospechar la retención de dicha pieza dentaria.

En caso de que la retención sea tanto vestibular como palatina, la inspección visual descubre una elevación ó relieve en el paladar ó bien en el véstibulo, también la altura y forma de la bóveda palatina, nos indicará la probable ubicación del diente retenido.

Deberemos siempre preguntar al padre del paciente cómo fué la dentición temporal, si sufrió traumas sobre esa zona, si padeció raquitismo, extirpación de piezas dentales prematuramente, factor herencia, hábito, etc.

También observaremos los dientes supernumerarios, en cuanto a la forma y el tamaño en sí.

Al efectuar el estudio radiográfico - tomaremos siempre en cuenta el que el diente se encuentre bien ubicado, debiéndose observar en la radiografía la cúspide y el ápice, y la relación de el diente con los órganos vecinos (seno y fosas nasales) y con los dientes vecinos. Viendo también en ella el tipo de tejido óseo densidad rarefacción, presencia del saco peri coronario, existencia de procesos óseos peri coronarios.

Es muy importante verificar la clase a que pertenece el canino retenido (posición vestibular, ó palatina, distancia de los dientes vecinos, número de caninos retenidos) para llevar a cabo el tipo de operación necesaria (vía de acceso, incisión, etc.) así, lograremos el no efectuar operaciones mutilantes ó traumáticas.

En cuanto a nuestra toma de radiografías, debe remos de efectuar varias de ellas, las suficientes y en diferentes proyecciones; para así conocer la posición exacta - tanto de los dientes retenidos como de los dientes super - numerarios, así como, el estado de desarrollo de la raíz, su grado de inclusión, la abertura ó cierre de la porción apical, etc.

Tomando una radiografía oclusal, con el rayo - central paralelo al eje longitudinal de los incisivos cen - trales y estando el plano de la arcada dentaria superior - paralelo al piso, quedando por tanto la película oclusal - horizontal, la posición del cono será a la altura del pun - to de unión del hueso frontal con los nasales, el rayo lle - vará una dirección en línea de prolongación del eje de los incisivos superiores.

El diente retenido aparecerá por vestibular ó palatino en la proyección radiográfica, de tal manera que - el diente en palatino se proyectará en la arcada dentaria - y su corona en la proximidad de los ápices radiculares de - los otros dientes, mientras que la corona del diente rete - nido en posición vestibular, viene a situarse en las imá - genes de las coronas de los dientes de la arcada dentaria - superior.

Cuando más horizontalmente aparece en la radiografía, más próximo se encontrará a la cavidad nasal o al seno del maxilar.

Para delimitar el canino incluído en plano horizontal primero tomaremos una radiografía oclusal como la antes mencionada, luego una segunda radiografía oclusal con el rayo central perpendicular a la placa y pasando por los premolares, obteniéndose una imagen del diente con relación a los demás órganos del maxilar.

Cuando el canino está retenido en el plano vertical, colocaremos una película oclusal, sobre la mejilla isolateral del canino retenido, la posición del cono será en la base de la narina contralateral, dirigiendo el rayo de tal manera que atravesase el maxilar en sentido horizontal y con incidencia perpendicular a la placa, obteniéndose así, la ubicación del canino retenido y sus relaciones en una vista lateral.

Para ver si el diente se encuentra hacia vestibular ó palatino, se toman 2 radiografías periapicales colocando el cono a la altura del ala de la raíz.

Antes de tomar la segunda radiografía, el cono se moverá 2 cm mesial y distalmente, si la segunda radiografía muestra movimiento del diente retenido en la dirección en la que se movió el cono, el diente estará ubicado por palatina, y si se mueve en dirección opuesta al cono, el canino estará desplazado vestibularmente.

Para hacer la extracción de un canino incluido, deberá de existir :

- a).- Apíñonamiento de los dientes.
- b).- Cuando existan enfermedades parodontales por la pieza incluida.
- c).- Cuando exista algún problema de sinusitis maxilar crónica .
- d).- Cuando existen procesos malignos patológicos .
- e).- Si el diente incluido está en posición anormal, colocado por fuera del arco dentario, se efectuará un estudio ortodóncico que revelará las posibilidades de corregir esta posición.
- f).- Indicado en pacientes desdentados que provoquen molestias.
- g).- Estará indicado cuando el canino se encuentre incluido en el seno maxilar o fosas nasales.

**IX. CLASIFICACION DE LOS CANINOS INCLUIDOS
SUPERIORES.**

- CLASE I** Caninos retenidos localizados en el paladar. Tiene tres posiciones : Horizontal, vertical, angular,
- CLASE II** Caninos retenidos, localizados en la superficie vestibular. Con tres posiciones: Horizontal, vertical, angular.
- CLASE III** Caninos retenidos. Localizados en paladar - bilateralmente.
- CLASE IV** Caninos retenidos a la línea media del proceso alveolar, y los podemos localizar en la sutura media a la altura de la región de los premolares en posición vertical.
- CLASE V** Caninos retenidos, localizados en maxilares desdentados.

Los caninos superiores retenidos, se encuentran más frecuentemente en las siguientes posiciones.

- 1).- En el paladar con la corona hacia lingual del incisivo lateral y la raíz extendiéndose hacia atrás paralela a las raíces de los premolares.
- 2).- Con la corona del diente retenido sobre la zona palatina y el cuerpo de la raíz sobre la superficie vestibular del maxilar superior.
- 3).- Con la corona del diente retenido sobre la cara vestibular y la raíz extendiéndose hacia lingual de las raíces de los premolares.
- 4).- Con todo el diente colocado sobre la superficie vestibular.
- 5).- En maxilares desdentados
- 6).- Retenidos bilateralmente sobre paladar.

X. Tratamiento Pre-operatorio para Pacientes en Cirugía Bucal.

Desde los primeros momentos deberemos obtener una buena historia clínica, un recuento sanguíneo completo, así como un análisis de orina. Desde el punto de vista médico, tienen especial importancia los antecedentes de fiebre reumática, las cardiopatías, la hipertensión, las alergias, diabetes, glomerulonefritis, hemorragias prolongadas, artritis é iritis.

Todo Cirujano Dentista deberá de valorar el estado físico general del paciente y observará las condiciones en que se hallan los tejidos bucales y peribucales. Los tejidos blandos se examinan manualmente, así como visualmente, palpando para descubrir crecimientos ocultos ó zonas de sensibilidad. Observando los movimientos musculares de la lengua, labios, paladar blando, anotando toda función anormal ó asimétrica.

Valoraremos los frenillos vestibulares y linguales tratando de detectar alguna posible interferencia.

Se examinarán las mucosas de los labios, carrillos, paladar, lengua, piso de la boca, y procesos alveolares para descubrir úlceras, tejido hiperplástico - zonas de queratosis y otras lesiones. Observe la relación de la mucosa bucal móvil con el tejido gingival fijo y - tener presente que la encía está preparada para el soporte de dentaduras artificiales, mientras que la mucosa bucal del vestíbulo solo proporciona sellado periférico.

Se examinarán los procesos alveolares y tomaremos en cuenta la presencia de retenciones óseas - exostosis y bordes filosos, así como la forma y estructura general de los rebordes.

La relación maxilomandibular se examinará tomando en cuenta la forma del arco, las relaciones - horizontales y verticales entre los arcos y la oclusión de los dientes, si es que los hay.

Mediante el estudio radiográfico observaremos el estado general de los dientes y el hueso alveolar y basal, la presencia de raíces retenidas y dientes no erupcionados, densidades intraóseas zonas osteolíticas y cuerpos extraños.

Las raíces de los dientes deberán ser estudiadas en relación con el conducto mandibular, la línea milohioides y los senos maxilares. El tamaño y densidad de estos últimos se observarán y comparecerán bilateralmente.

Los datos de laboratorio clínico ni nos son muy necesarios, a excepción de existir sospecha de estar frente a una enfermedad orgánica complicante.

Aseguraremos el diagnóstico mediante pruebas hematológicas, bioquímicas, biológicas, etc.

Método pre-operatorio :

- a).- Informar al paciente el tipo de anestesia a emplear
- b).- Advertir al mismo la incapacidad postoperatoria a que recurriremos.
- c).- Pacientes del sexo masculino rasurados el día de la operación. Pacientes femeninos sin cosméticos.
- d).- Ayuno de por menos 6 hs antes de la operación.
- e).- Medicación pre-operatorio: Los barbitúricos se utilizarán cuando es suficiente la somnolencia, en otros casos utilizaremos sedantes más enérgicos.

f).- No se hace cirugía en menores de edad sin el consentimiento de padres ó tutores.

Anestesia.- La selección del agente anestésico local específico suele ser opcional. Pero observando siempre los antecedentes del paciente, de reacciones tóxicas ó alérgicas.

Asepsia.- El autoclave es el método más común para la esterilización de los instrumentos quirúrgicos, gasas, toallas, compresas, etc. Y cuando el vapor puede llegar a perjudicar a determinados instrumentos delicados, recurriremos a la esterilización o el gas. Hervir las fresas se considera un método muy eficaz para lograr su esterilización.

También tenemos otros factores; hace ya mucho se estableció la relación entre el alveolo seco postoperatorio y la infección, lo mismo sucede con la relación entre la infección y la contaminación cruzada. Una de las maneras más eficaces de que dispone el dentista para reducir la incidencia de la osteítis postoperatoria es eliminar la contaminación cruzada.

Instrumentos.- Generalmente la selección de instrumentos es de preferencia personales. Más hay que hacer algunas indicaciones que nos pueden servir de guía.

XI. ASEPSIA Y ANTISEPSIA

El término de Asepsia y Antisepsia nos brinda los conocimientos necesarios para prevenir la infección.

La asepsia tiene por objeto el destruir los gérmenes para evitar la entrada de estos al organismo .

En tanto que la antisepsia se encarga de destruir dichos gérmenes cuando ya han penetrado al organismo , y para ello se hace uso de agentes químicos llamados antisépticos.

Cuando se habla de asepsia , se piensa en esterilización , o lo que es lo mismo , la destrucción de elementos sépticos.

CONCEPTO DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

El término de asepsia y antisepsia nos brinda los conocimientos necesarios para prevenir la infección.

La asepsia tiene por objeto el destruir los gérmenes para evitar la entrada de estos al organismo.

En tanto que la antisepsia se encarga de destruir dichos gérmenes cuando ya han penetrado al organismo y para ello se hace uso de agentes químicos llamados antisépticos.

Cuando se habla de asepsia , se piensa en esterilización, o lo que es lo mismo, la destrucción de elementos sépticos.

" METODOS DE ESTERILIZACION."

La esterilización se puede lograr por distintos medios, que pueden ser :

- a) físicos
- b) químicos
- c) biológicos (estos son poco utilizados en cirugía).

Agentes Físicos : Aquí el más sencillo y más utilizado, es el lavado de agua con jabón, que obra como un barrido depurador que arrastra y elimina las bacterias contaminadoras.

La temperatura es otro de los agentes físicos -- más empleados para lograr la esterilización, para ello se hace uso de calor seco o calor húmedo. El calor húmedo es el más empleado para la esterilización del instrumental y vestuario quirúrgico. Obtendremos este método de esterilización por medio de un aparato llamado autoclave.

Agentes Químicos : Llamados antisépticos o germicidas, son de gran utilidad para esterilizar el material quirúrgico que puede alterarse por la utilización del calor.

El poder de los antisépticos depende de varios factores como son la cantidad y calidad de los gérmenes, y de su resistencia para el antiséptico, y de la solubilidad de su envoltura externa en el medio antiséptico.

Para que el antiséptico haga efecto debe atravesar la envoltura externa de los gérmenes y ponerse en contacto con los elementos vitales de la célula (núcleo y protoplasma, siendo la razón por la cual los gérmenes ofrecen más

o menos resistencia a los antisépticos, sobre todo en las formas esporuladas, en las cuales la envoltura externa es muy resistente a la acción de los agentes químicos.

Para medir la actividad germicida de los antisépticos, se investiga el poder antimicrobiano, que consiste en valorar la cantidad de antiséptico que mezclado con un litro de medio cultivo es suficiente para impedir el desarrollo de una cantidad conocida de gérmenes, y, además, el poder antibiótico, o sea la cantidad indispensable de agente químico que hay que agregar a un litro de determinado medio, para destruir en un tiempo, una cantidad conocida de gérmenes.

Los antisépticos por su forma de actuar pueden dividirse en coagulantes y deshidratantes.

Los coagulantes destruyen los gérmenes floculando su protoplasma por coagulación de las sustancias proteícas que forman el cóloide plasmático.

En tanto que los deshidratantes, provocan la floculación del protoplasma, modificando el equilibrio en la suspensión coloidal, provocando la precipitación.

El alcohol es un antiséptico que deshidrata el protoplasma, y cuando se usa como vehículo en una tintura antiséptica, la acción de ésta puede ser coagulante y des-

hidratante a la vez

Por lo expuesto se deduce que el poder germicida de los antisépticos no es absoluto y que la esterilización por medio de las soluciones o tinturas antisépticas, debe llenar requisitos indispensables como son :

- a) Que la superficie del objeto por esterilizar esté limpia y desprovista de toda substancia - insoluble en el medio antiséptico.
- b) Que el objeto se mantenga en total inmersión en el líquido aséptico.
- c) Que éste permanezca completamente cubierto por el líquido antiséptico por lo menos 12 o 24 hs para entonces dar lugar a que el agente químico se ponga en íntimo contacto con todos los elementos estructurales de la célula.

XII. DIFERENTES TECNICAS DE ANESTESIA

A EMPLEARSE.

Los métodos más usados para el control del dolor son el bloqueo de las vías de los impulsos nerviosos, y lo obtenemos depositando extraneuralmente un agente químico-
adecuado en la proximidad del nervio o nervios a bloquear.

Este agente químico es absorbido en el tejido li
poideo del nervio e impide que el nervio conduzca central-
mente impulsos más allá de este punto.

Cuando un nervio o fibras nerviosas no pueden --
conducir impulsos a causa del efecto de un anestésico lo -
cal, existe un estado de analgésia regional en la zona iner-
vada por estos nervios.

Analgésia : Pérdida de la sensación de dolor, sin
la pérdida del conocimiento.

Anestesia regional : Pérdida de la sensación do-
lorosa de una zona o región de la cavidad oral.

La anestesia regional se divide de acuerdo a las
zonas anestesiadas , lugar de punsión y técnica empleada.

I.- Bloqueo del nervio : Se realiza depositando
una solución en la vaina perineural de un tronco nervioso-

principal o en su proximidad, impidiendo así que los impul sos aferentes sigan centralmente más allá de ese punto.

2.- Bloqueo de Campo : Se logra depositando - una solución anestésica en la proximidad de las ramas ter minales mayores , de manera que la zona a anestesiar queda rodeada para impedir el paso central de impulsos aferen tes.

3.- Infiltración Local : Se obtiene saturando - de solución anestésica las pequeñas terminaciones nerviosas e impidiendo que sean estimuladas y originando un impulso.

4.- Anestesia Tópica : Se obtiene aplicando una solución anestésica directamente a la superficie de la zona a anestesiar, impidiendo los impulsos nerviosos de las terminaciones nerviosas libres.

" Método para realizar "Bloqueo de Campo
e Infiltración Local "

1.- Inyección Submucosa : Se realiza insertando una aguja bajo las capas mucosas y depositandola solución anestésica de modo que se difunda en este plano.

2.- Inyección-Paraperióstica.- Se inserta la aguja de modo que esté próxima o en contacto con el perióstio.

La solución se deposita de manera que se difunda en el perióstio y en la lámina ósea porosa.

El término paraperióstio se utiliza de preferencia a supraperióstio, porque la solución se deposita siempre junto al perióstio y no sobre el mismo.

Inyección Intraósea .- Como su nombre lo indica es una inyección dentro de la estructura ósea.

Existen diversos factores a considerar para la elección del método de anestesia a emplearse:

- a).- La zona a anestesiar
- b).- Profundidad requerida
- c).- Duración de la anestesia
- d).- Presencia de la infección
- e).- Edad del paciente
- f).- Estado del paciente
- g).- Utilización de vaso-constrictores en caso de ser necesarios .

" INDICACIONES Y VENTAJAS DE LA
ANESTESIA REGIONAL "

Está indicada para producir insensibilidad al dolor de los dientes y las estructuras que lo soportan.

VENTAJAS :

- 1.- El paciente estará despierto y cooperará con nosotros.
- 2.- Existe poca alteración en la fisiología normal.
- 3.- El paciente puede retirarse del consultorio sin compañía .
- 4.- No es necesario el auxilio de un ayudante.
- 5.- El porcentaje de fracaso es reducido.
- 6.- El paciente no necesita venir sin haber ingerido alimentos.
- 7.- No existen gastos adicionales para el paciente.

CONTRAINDICACIONES :

- 1.- Cuando el paciente lo rechaza por temor.

- 2.- Cuando existe infección y se há descartado su uso.
- 3.- Cuando el paciente es alérgico a los distintos anestésicos locales.
- 4.- Cuando el paciente por deficiencia dental no pueda cooperar.
- 5.- Cuando la cirugía mayor hace ineficáz la -- anestesia regional

"TECNICAS DE ANESTESIA "

INYECCION SUPRAPERIOSTICA.

Procedimiento indicado en los dientes del maxilar superior generalmente.

cuando se inyecta una pequeña cantidad de solución anestésica en la región apical del diente que vá a operarse , la solución se difunde a través del perióstio , la porción cortical y el hueso finalmente alcanza el nervio debido a la proximidad de la raíz a la superficie exterior del maxilar.

*este método produce anestesia de la pulpa de los tejidos blandos del labio labial , en el lugar de la inyección y puede usarse en todos los dientes superiores.

ANESTESIA DEL NERVIO SUPEROPOSTERIOR.

INDICACIONES :

Anestesia del segundo y tercer molar superior y las raíces distal y palatina del primer molar superior.

Estos dientes están inervados por el nervio alveo

lar superoposterior.

TECNICA:

Lugar de punción : pliegue mucolabial sobre el segundo molar superior.

Dirección de la aguja : hacia arriba y hacia atrás

Profundidad : Se deposita la solución anestésica sobre los ápices de las raíces del tercer molar superior.

Observaciones : Esta inyección produce suficiente anestesia para operatoria dental, para extracciones o cirugía, utilizándose además la inyección palatina posterior.

ANESTESIA DEL NERVI0 ALVEOLAR SUPERIOR MEDIO

INDICACIONES :

Anestesia del primer y segundo premolar de la raíz mesial del primer premolar superior.

TECNICA :

Lugar de punción : pliegue mucolabial, arriba del primer premolar se palpa con cuidado el hueso de ésta área, para determinar su contorno, a fin de colocar la aguja debidamente. Dirección de la aguja : Hacia arriba.

Profundidad : Se introduce la aguja hasta que llega

que un poco más arriba del ápice del primer premolar.

Observaciones : Se deposita la solución lentamente y será suficiente para operatoria dental.

Para extracciones y cirugía se combinará con una inyección palatina parcial.

ANESTESIA DEL NERVIO SUPEROANTERIOR.

INDICACIONES :

Practicada en ambos caninos, anestesia de los seis dientes anteriores unilateralmente, solo los incisivos y caninos correspondientes . En éste caso, bloquense las fibras del lado opuesto.

TECNICA :

lugar de punción : pliegue mucolabial mesialmente al canino. Se explora el área labial palpando el canino antes de inyectar .

Dirección de la aguja : hacia arriba y ligeramente hacia atrás .

Profundidad ; Se avanza la aguja hasta llegar un poco por encima del ápice de la raíz del canino , lugar en

donde se depositará lentamente la solución anestésica.

Observaciones : La inyección antes descrita para practicar la cirugía deberá complementarse con una inyección parcial o una nasopalatina.

En la anestesia por bloqueo ;la solución anestésica se deposita en un punto del tronco nervioso . De esta manera se interrumpe la conducción nerviosa y por lo tanto la percepción dolorosa.

BLOQUEO INFRAORBITARIO .

Con ésta técnica obtendremos anestesia de los nervios alveolares superiores , medio , anterior , palpebral inferior , nasal , lateral y labial superior.

La zona anestesiada abarca incisivos , caninos y premolares del lado inyectado , apoyo óseo , tejido blando labio superior , y parte de la nariz del mismo lado.

Referencias anatómicas : El borde infraorbitario , pupila ocular y segundo premolar superior.

INDICACIONES :

Cuando se realiza el procedimiento quirúrgico de

los cinco dientes maxilares anteriores del mismo lado .

TECNICA :

Lugar de punción : Será el pliegue mucolabial a nivel de segundo premolar entre los incisivos centrales y laterales superiores.

El agujero infraorbitario se localiza por palpación , localizado por debajo del nervio infraorbitario en una línea vertical imaginaria que pase por la pupila del ojo , con el paciente mirando de frente. Se coloca el dedo pulgar sobre el foramen infraorbitario y se utiliza el índice para retraer el labio, exponiendo el pliegue bucolabial.

Se inserta la aguja aproximadamente 12 mm máximo se deposita lentamente la solución anestésica en ésta zona (2cm de sol.) manteniendo en posición el pulgar hasta terminar la inyección.

Síntomas : hormiguéo, adormecimiento del labio superior. Del lado anestesiado obteniendo anestesia en un lapso de 2 a 5 min.

Esta técnica la emplearemos en cirugía reforzando la con una inyección palatina .

"ANESTESIA DEL NERVIO NASOPALATINO"

Nervios anestesiados : Nasopalatino .

INDICACIONES :

Anestesia del mucoperiostio anterior de canino a canino , generalmente se emplea en extracciones o en intervenciones quirúrgicas . Tambien a veces como anestesia complementaria para operatoria dental ; cuando la inyeccion supraparióstica o la infraorbitaria han resultado insuficientes.

TECNICA .-

Lugar de punsion .- Un poco por fuera de la -- papila inciciva.

Dirección de la aguja : Hacia arriba y hacia la línea media , en dirección del agujero palatino anterior.

Profundidad : Inyectese un poco de solución - (unas cuantas gotas), tan pronto la aguja funsione la mucosa, después de llegar a la proximidad del agujero palatino anterior ; deposítese aproximadamente 0.5 ml de sol. anestésica.

"ANESTESIA DEL NERVIO PALATINO POSTERIOR."

Nervio anestesiado : Palatino anterior.

INDICACIONES :

Anestesia de los dos tercios posteriores de la mucosa palatina del lado inyectado, desde la tuberosidad , hasta la región canina. Y desde la línea media hasta el - borde gingival del lado inyectado.

TECNICA :

Lugar de punción : La punción se realiza en el punto medio de una línea imaginaria trazada desde el borde gingival del tercer molar superior, hasta la línea media insertando la aguja desde el lado opuesto de la cavidad oral.

Dirección de la aguja : hacia arriba y ligeramente lateral a nivel de los premolares del lado opuesto.

Profundidad: Puesto que solo se trata de anestesiar la parte del nervio palatino anterior cuya hátraspasado el agujero mayor palatino (conducto palatino posterior) , es innecesario penetrar con la aguja en dicho orificio.

Si la aguja penetra en el agujero palatino mayor , o si se deposita excesiva cantidad de anestésico a nivel del mismo , la solución pasa al nervio palatino medio y anestesia al paladar blando.

"ANESTESIA DEL NERVIIO MAXILAR INFERIOR".

Nervio anestesiado : Dentario Inferior.

INDICACIONES : Produce anestesia de todos los dientes del lado inyectado, a excepción de los incisivos-centrales , laterales y caninos. Ya que estos reciben -- inervación del lado opuesto.

TECNICA : Lugar de punción : vértice del tri-ángulo retromolar (pterigo-mandibular), se palpa la fosa retromolar con el dedo índice y se coloca la uña sobre - la línea milohioidea (línea oblicua interna) .

Dirección de la aguja : Esta viene a ser con el cuerpo de la geringa descansando sobre los premolares . del lado opuesto.

Se introduce la aguja paralelamente al plano oclusal de los dientes del maxilar inferior, en dirección a la rama del maxilar y del dedo índice.

Profundidad : La aguja se introduce hasta topar con hueso. Aquí la aguja choca con la pared posterior del surco mandibular luego de haber avanzado unos 15 ml de - solución anestésica al lado del nervio dentario inferior.

Para tener anestesia profunda del maxilar infe-rior, se procederá a sacar un poco la aguja y se girará un

poco también , y se depositará 1.5 ml de sol.anestésica , para anestesiar el nervio lingual.

"ANESTESIA DEL NERVIO MENTONIANO"

Nervios anestesiados : Incicivo y "mentoniano.

INDICACIONES : Operaciones de los premolares , ca
nino e incicivo de un lado .

Se emplea cuando el bloqueo completo resulte in
necesario o está contraindicado.

Técnica : Lugar de punción :Se separa la mejilla
y se punciona entre ambos premolares inferiores en un pun
to situado a 10 ml por fuera del plano bucal de la mandíbu
la .

Dirección de la aguja : Hacia abajo y adentro ,
a un ángulo de 45° en relación al plano bucal, orientán -
dola hacia el ápice de la raíz del 2o premolar inferior.

Profundidad : Se avanza con la aguja hata tocar
hueso y se depositan 0.5 ml de sol. anestésica ,se espera
unos segundos y se manipula la aguja sin extraerla complé
tamente ,hasta que la punta llega a la proximidad del agu-

jero mantoniano. Durante toda esta última fase manténgase la aguja en el mismo ángulo de 45° para evitar su penetración al agujero mentoniano.

Esta técnica se emplea para operatoria dental .

En caso de cirugía reforzaremos nuestra anestesia depositando un poco de solución anestésica en el nervio lingual.

A). "ANESTESICOS EMPLEADOS."

Los anestésicos locales son drogas que cuando se inyectan en los tejidos tienen poco o ningún efecto irritante , y , cuando son absorbidos por el nervio interrumpen temporalmente su conducción.

Estas drogas son las más usadas en odontología a excepción de la cocaína , la cual raras veces se usa , todos son compuestos sintéticos .

Las drogas anestésicas disponibles para la analgesia regional son :

- A).- Clorhidrato de procaína (novocaína)
- B).- Clorhidrato de tetracaína (pantocaína)
- C).- Clorhidrato de butetaina (monocaína)
- D).- Clorhidrato de piperocaína (metocaína)
- E).- Clorhidrato de lidocaína (xilocaína)
- F).- Clorhidrato de Kincaína (kincaína)
- G).- Clorhidrato de dietoxina (intracaína)
- H).- Clorhidrato de mepirilcaína (aracaína)
- I).- Clorhidrato de mepivacaína (carbocaína)

Estos anestésicos aunque difieren en muchos aspectos poseen las siguientes propiedades comunes :

- A).- Todos son sintéticos
- B).- Todos contienen aminogrupos
- C).- Todos forman sales con ácidos fuertes
- D).- Las sales son hidrosolubles
- E).- Los álcalis hidrolizarán la sal para liberar la base alcaloidea.
- F).- La base alcaloidea es soluble en lípidos
- G).- Las sales anestésicas son de reacción ácida relativamente estables.
- H).- Todos están hidrolizados por esterasa del

plasma.

- l).- Las acciones de todas las drogas son reversibles.
- j).- Todos son compatibles con la epinefrina o drogas afines.
- k).- Todas son incompatibles con sales metálicas de mercurio, plata , etc.
- l).- Todas afectan de manera similar a la conducción nerviosa.
- m).- Todas pueden producir en el sistema efectos tóxicos cuando se alcanza una concentración suficiente, elevada en el plasma.

" PROPIEDADES DE UN ANESTESICO LOCAL IDEAL"

- a).- Debe tener potencia suficiente para lograr anestesia total.
- b).- Su acción debe ser reversible.
- c).- Debe tener bajo grado de toxicidad del sistema.

- d).- No debe irritar los tejidos.
- e).- Con acción rápida y duración suficiente para ser ventajoso .
- f).- Con propiedades penetrantes para ser eficaz como anestésico tópico.
- g).- Debe ser relativamente exento de reacciones alérgicas.
- h).- Debe permanecer estable en solución.
- i).- Debe ser estéril o poder ser utilizado por esterilizador.

En la actualidad ningún anestésico local llena estos requisitos ,por tal motivo el anestésico a emplearse será siempre de acuerdo a las reacciones alérgicas que presente el paciente.

Comienzo y duración de los diversos anestésicos locales, determinados con la técnica estandarizada del bloqueo cubital.

Droga	Concentración	Potencia Relativa	Comienzo en min.	Duración de la acción en min.
Procaína	I	I	7	19
Lidocaína	I	4	5	40
Mepivacaína	I	4	4	99
Prilocaina	I	4	3	98
Tetracaína	0.25	16	7	135
Bupivacaína	0.25	16	8	415

Dosis máximas de anestésicos locales administradas en adultos sanos.

Anestésico	mgr/kg de peso corporal
Cocaína al 4x100	I (tópica)
Procaína al 1x100	10 (inyección)
Tetracaína al 0.5 x 100	1 (inyección)
Lidocaína al 1 x 100	5 (inyección)

B). " COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA
Y CASOS DE EMERGENCIA".

La complicación de la anestesia puede definirse como cualquier desviación de lo que normalmente se espera durante o después de la administración de la anestesia regional.

El uso de la anestesia local para eliminar el dolor durante las operaciones dentales , es un procedimiento seguro y bien establecido .

Sin embargo puede originar trastornos poco comunes que preocupen al dentista , si éste no ha tenido experiencia en tales accidentes; deberán reconocerse a tiempo y saber diferenciar los principales accidentes como son :

LIPOTIMIA .→ Es un período de inconciencia debido a una anoxia cerebral, cuya etiología en ocasiones es neurogénica . siendo el miedo la causa originaria.

Los síntomas clínicos se parecen a los del shock el paciente palidece , su piel se pone fría y sudorosa, el pulso es rápido , la tensión arterial decae aunque transitoriamente.

Tratamiento : Se coloca la cabeza del paciente - en posición de tren de lenburg (la cabeza en posición infe-

rior al resto del cuerpo), para facilitar la circulación al cerebro; se dá una inhalación de amoníaco y se aplica una toalla fría en la cara . .

SINCOPE .- Es una forma de shock neurógeno causado por anemia cerebral , secundaria a una vasodilatación sanguínea . Cuando el paciente está sentado en el sillón dental el cerebro está en posición superior y más susceptible al reducido aflujo de sangre.

El síncope no está relacionado siempre a la pérdida del conocimiento , ya que el paciente puede sentir un desfallecimiento y nauseas , aún cuando conserve el dominio de los sentidos.

Tratamiento : Se puede evitar inyectando la sol. anestésica lentamente , observando el cambio de color del paciente durante la inyección . Aplicando anestesia tópica , empleando bajas concentraciones de vasoconstrictores por vía endovenosa.

Shock .- Se puede definir como una condición de depresión de las actividades vitales del individuo. Asociado a una caída de la tensión arterial , su etiología más co_

mún es hemorragia aguda, o lapérdida sostenida del líquido

Su cuadro clínico es similar al del síncope : -
piel pálida , pulso débil, presión arterial baja, en ocasiones
los labios y uñas están ligéramente cianóticos , existe
el síntoma de sed , temor , inquietud. etc.

Tratamiento : Uebe administrarse oxígeno a concentraciones
elevadas , colocar al paciente en posición de tren
de lenburg , con aplicación de medicamentos vasopresores (la
más indicada es noradrenalina 4gr. diluída en un litro de solución
salina o glucosada) ya que teóricamente disminuirá -
la luz vascular por vía endovenosa.

CONVULSIONES .- Este trastorno comienza durante
o después de la inyección . Se caracteriza por contracciones
bruscas del cuerpo.

Tratamiento : Colocar al paciente en posición de
tren de lenburg ,prevenir que la lengua no obstruya las vías
aéreas nasotraqueal , administración de concentraciones de-
oxígeno .

HEMATOMAS .- Es una efusión de sangre en los tejidos (derrame de sangre) como resultado de la punción de un vaso.

Son resultado de una técnica anestésica inadecuada, generalmente asociada al bloqueo cigomático y al infraorbitario (ya que existe una red vascular amplia en esa zona) se manifiesta por una decoloración de la piel, que puede persistir unos días (de 15 a 20).

Tratamiento: El más indicado es la aplicación de compresas de agua caliente y masaje (para estimular la afluencia sanguínea).

PARESTECIA.- Persistencia de la anestesia después de la punción. Regularmente originada por el desgarre del nervio o la inyección de residuos de alcohol en la aguja. - Provocando la prolongación por espacio de días, semanas o meses.

Tratamiento: La utilización de agujas en buen estado y métodos de esterilización adecuados. No existe tratamiento más eficaz para esto que el tiempo, después de un período variable, el nervio recupera la sensibilidad.

léntamente .

Estos accidentes son los más comunes en la práctica diaria.

El profesionista deberá tener en cuenta estas complicaciones y muchas más y deberá tener a su alcance los medicamentos y equipo necesario en caso de emergencia.

XIII. TECNICA QUIRURGICA PARA LA REMOCION DE CANININO INCLUIDO POR VESTIBULAR.

La vía vestibular para la extracción del Canino incluido en posición vestibular (clase III) y los palatinos próximos a la arcada dentaria (clase I-A) con espacio suficiente dado por diastemas o dientes ausentes viene siendo más sencilla que la vía palatina.

La iluminación es más fácil y el acceso del diente retenido es más directo.

Si el paciente ha sido intervenido en un hospital, al terminar la operación se hará un examen cuidadoso observando si se ha retirado el paquete bucofaringeo y no hay coágulos de sangre en la faringe. La boca es aspirada mediante el extractor quirúrgico. Se procederá a quitar compresas, el equipo anestésico y todos los instrumentos utilizados en la operación.

El paciente se trasladará luego de la mesa de operaciones a la cama o a la sala de recuperación, y se le coloca de lado ó sobre el abdomen, para evitar la aspiración ó deglución de sangre o mocos.

Deberemos llevar a cabo una constante vigilancia, especialmente por los síntomas de shock, dificultad respiratoria, o hemorragia abundante. Tomaremos el pulso y respiración cada 15 minutos, hasta que esté totalmente recuperado, luego pasaremos a tomarlo cada 30 minutos. Se colocará cerca del paciente una cubeta riftonera para que pueda expectorar cuando él lo desee

Se colocarán en la zona operada bolsas con hielo alrededor de 10 a 15 minutos, para reducir el edema, y a un lado de la cama tendremos listos a accionar en cuanto fuera necesario un tanque de oxígeno y un aspirador.

Iniciada la intervención por vía vestibular - y no lograr luxar la corona, puede complementarse la intervención por vía palatina, siguiendo los principios señalados para dientes retenidos en bóveda palatina.

Aquí elegiremos la anestesia infraorbitaria, complementando con anestesia del paladar a nivel del agujero palatino anterior y una anestesia distal a la altura del ápice del canino.

Si se usara anestesia general, deberemos - realizar una anestesia infiltrativa en el vestíbulo con - fines hemostáticos.

Incisión. Se emplea la incisión en arco (Partsch) o a la incisión hasta el borde libre (Newmann).

La incisión deberá estar alejada del sitio de implantación del diente, para que no coincida con la brecha ósea, al reponer el colgaje a su sitio.

Desprendimiento del colgaje.

El desprendimiento se hará igual que los otros tipos de colgajes, debiendo mantenerse levantado al estarse operando con un separador como que no traumatice, sin llegar a tener lineamientos que lastimen la vitalidad del tejido gingival.

Osteotomía.

La llevaremos a cabo con escoplo y martillo ófresa. Cualquiera de las dos formas es buena. La tabla externa no tiene la dureza y solidez de la bóveda palatina y permite la osteotomía más fácilmente.

Extracción del canino incluido en

posición vestibular.

Los caninos vestibulares, luego de enucleada la tapa ósea, pueden ser extraídas 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, pueden ser intervenidos por la vía vestibular; para hacer 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 ó angular (12 de Winter). En el espacio creado por la corona extraída se proyecta la porción radicular. La raíz es movilizadada en dirección de su eje mayor, con elevadores o se practica un orificio en la raíz con una fresa redonda, en la cual se introduce un instrumento delgado con el que se la desplaza.

Si la raíz al ser dirigida hacia adelante -
topara con el diente vecino, podemos hacer una nueva -
sección de la porción radicular.

Luego de lo anterior, proseguiremos a revi-
sar muy bien la cavidad ósea, extirparemos el saco pe-
ricoronario y los restos óseos o dentarios.

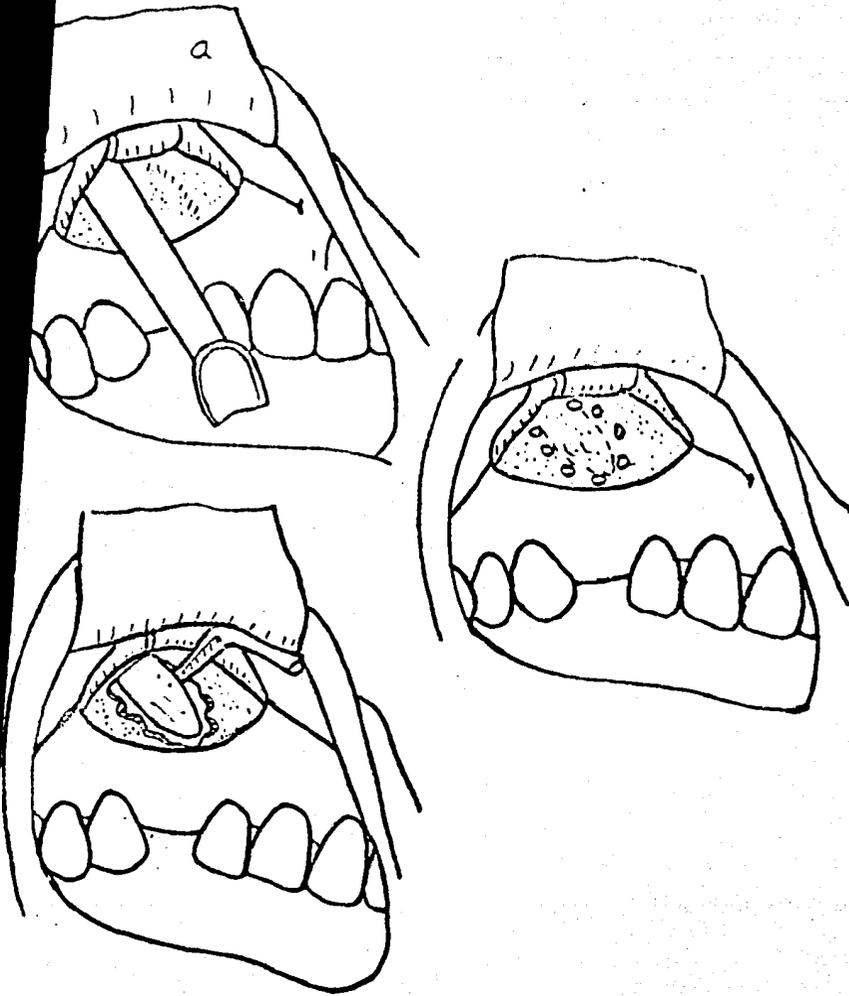
Para finalizar la operación, daremos dos -
o tres puntos de sutura con seda o hilo, luego de re -
puesto el colgaje en su sitio.

Cuando un canino es retenido por sus extre-
midades coronarias entre las raíces del incisivo cen-
tral y el lateral derecho, procederemos de la siguiente
manera:

Descubierto el canino en dicha posición no
se puede liberar por su propia porción coronaria sin el
riesgo de lesionar a los dientes vecinos. Debemos en-
tonces liberar la raíz, pero si ésta se halla hundida -
en la profundidad, no puede ser abordada sin daños óseos
importantes y riesgos de afectar la nariz y el seno ma-
xilar.

Se secciona posteriormente el diente lo más cerca posible del cuello para poder efectuar presión suficiente sobre la raíz. Luxarla con el elevador o un fórceps de raíces finas, en bayoneta, si esto se prefiere.

La corona con muesca de fresa, es desprendida con un gancho, un elevador, un Sindesmótomo acodado, o pinzándola con un fórceps. También en ocasiones, puede ser liberada la corona primeramente



EXTRACCION QUIRURGICA DEL CANINO INCLUIDO EN
POSICION VESTIBULAR.

XIV. TECNICA QUIRURGICA PARA LA REMOCION DE
CANINO INCLUIDO POR VESTIBULO-PALATINO.

Aquí existen dos variantes :

- a).- Cuando la corona está en el paladar, y su --
raíz por la parte vestibular.
- b).- Cuando la corona está por vestibular y su
raíz por la parte palatina.

En el primer caso, cuando la corona se encuentra
en palatino efectuarémos la siguiente técnica:

- a).- Se realiza un colgajo vestibular semicir-
cular sobre la raíz, la cual pasa entre las raíces del --
primero y segundo premolar superiores.
- b).- Exposición radicular por eliminación de--
hueso mediante el uso de la fresa o escoplo.
- c).- La raíz es separada mediante escoplo afi-
lado o fresa de fisura.

Si se utiliza el escoplo el golpe se diri-
ge hacia arriba para evitar la traumatización de las raí-
ces de los dientes vecinos.

- d).- Se eleva la raíz de su lecho.
- e).- Se hace un colgaje palatino y se quita completamente el hueso que cubre la corona para exponer la periferia.
- f).- Se coloca un instrumento como en contacto con el extremo radicular de la corona, a través de la cavidad vestibular, y se golpea con un martillo, sacando la corona de su sitio.
- g).- Se vuelven los colgajes a su lugar y se suturan.

Según Ginestet, existe otra técnica para la extracción del canino en posición vestibular palatina: El nos dice , que cuando el canino es curvo y profundo y la corona se haya en el paladar, y con la raíz en el vestibulo; pasando entre las raíces del 10. y 20. premolar. Debemos proceder a abordar el diente por la vía palatina, descubriendo la corona lo más posible y tratando que la luxación no llegue a fracturar la raíz, aún cuando su forma y profundidad sean obstáculos serios, que exigen una destrucción ósea importante, con riesgo para los dientes vecinos.

Deberemos entrar por vía vestibular, descubriendo el ápice, para rechazar el diente hacia la brecha palatina, o por lo menos, movilizar la raíz. Si no cede, procederemos a seccionar el diente por debajo del cuello y a extraer los dos fragmentos individualmente.

Cuando la raíz está netamente enclavada, luego de haberla liberado, con sindesmótomo o elevador fino, deberemos rechazarla con un punzón truncado, golpeando con martillo. Posteriormente seguiremos los pasos de rutina.

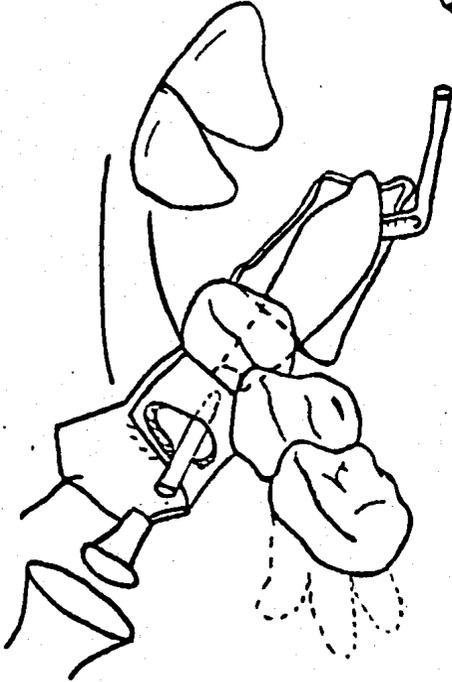
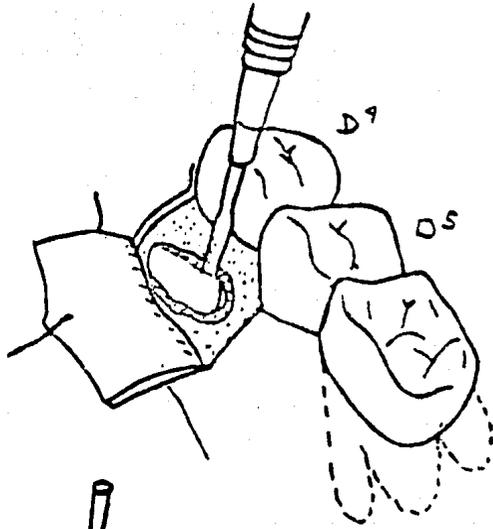
En el segundo caso, cuando la corona del canino retenido se localiza por vestibular y la raíz se extiende dentro del paladar, la técnica es la siguiente:

- a).- La corona está por vestibular y la raíz se extiende hacia palatina de los premolares.
- b).- La incisión para el colgajé se hace alrededor de los cuellos de los dientes y a continuación hacia el surco vestibular, en ángulo de 45°. Se levanta el colgajé con el periostátomo.
- c).- Se elimina el hueso cortical por vestibular, mediante fresas y escoplos. Se realizan unas perforaciones, como las que ya se han mencionado, pero teniendo en cuenta, el controlar la profundidad de penetración, para evitar daños a los dientes vecinos y al propio seno maxilar.

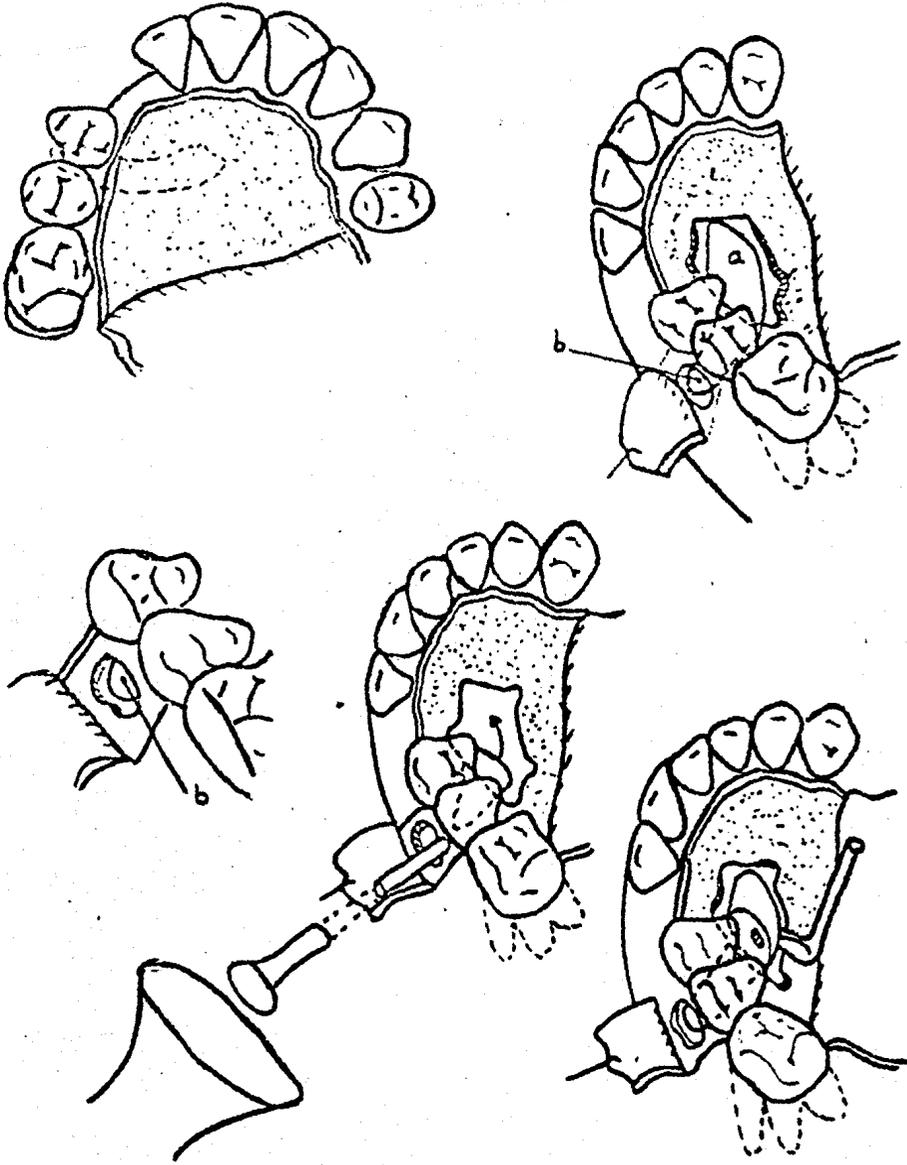
d).- Se tratará de tomar la corona con una pinza para extracciones, la 226, haciendo movimientos de - rotación hacia mesial y hacia distal; posteriormente hacia vestibular; y el diente saldrá de - su sitio.

Si no tenemos éxito, se procederá a cortar la - corona, haciendo un colgajo palatino, se quita el hueso que está cubriendo a la raíz y con un - instrumento como se empuja la raíz a través de la abertura vestibular.

e).- Se limpia la cavidad quitando todos los restos, eliminando las espículas óseas agudas y suavizando la periferia de las aberturas, tanto la - vestibular como la palatina. Se deberá eliminar el folículo dentario; si es que está presente. Se suturan los colgajos, vueltos a su lugar, con seda negra para sutura. Podemos colocar - gasa estéril en el paladar del paciente, indicándole que muerda y conserve las gasas durante unas cuatro horas.



EXTRACCION QUIRURGICA DEL CANINO INCLUIDO EN
POSICION VESTIBULO-PALATINA



EXTRACCION QUIRURGICA DEL CANINO INCLUIDO EN
 POSICION VESTIBULOPALATINA SECCIONANDO LA CO
 RONA.

XV. TECNICA QUIRURGICA PARA LA REMOCION DE CANINOS INCLUIDOS Y DIENTES DE LA ARCADA.

Puede presentarse el caso de tener que extraer un canino retenido y los dientes de la arcada por ser estos dientes portadores de complicaciones de caries y parodontopatías que indiquen la necesidad de la exodoncia.

La extracción simultánea del canino y los otros-dientes puede estar aconsejada en algunas oportunidades y--contraindicadas en otras. Extrayendo primero los dientes de la arcada, la posición alveolar queda así sumamente debilitada y la presión ejercida por los elevadores sobre el diente sostenido 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 intervención.

Los caninos profundamente retenidos deben ser intervenidos en diferentes 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 canino, y luego de un tiempo prudente

cial, hasta que la regeneración ósea haya llenado la cavidad creada por esta operación ,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 o de los dientes, pueden presentarse condiciones que aconsejen la extracción del diente y de los demás -dientes de la arcada en la misma sesión.

XVI. TECNICA QUIRURGICA PARA LA REMOCION DE
CANINO INCLUIDO EN MAXILARES DESDENTADOS.

La vía de elección para la extracción de canino retenido en maxilar sin dientes es la vestibular.

Casi todos los casos pueden resolverse por ella, a no ser los colocados muy profundamente lejos de la tabla externa y próximos a la bóveda.

Para los que se encuentran próximos a la bóveda se les extraerá por vía palatina.

Se hace una incisión en curva abarcando todo el diente retenido, debido a que ya no existen dientes en la arcada, no hay limitaciones. Para poder realizar un colgajo ámplio, el cual nos permita tener una visión más ámplia del campo operatorio.

Se desprende el colgaje con un periostotomo.

Posteriormente se realiza la osteotomía del hueso que se encuentra cubriendo al canino. Esta maniobra se puede llevar a cabo con un escoplo recto.

Con un elevador recto o con uno de Winter se pro

duce la luxación del canino de su lecho óseo ; mediante un fórceps se hace la extracción del diente retenido.

Para no tener problemas con prótesis totales en el futuro, se hará la regularización del hueso con una pinza gubia o alveolotomo , y la regularización de los bordes óseos se realiza con una escofina.

Luego limpiaremos la cavidad sin dejar rastros en caso de que hayamos tenido que hacer la odontosección , para eso deberá de no haber nada de restos dentarios, ni restos óseos al hacer los movimientos de luxación y extracción de la pieza dentaria retenida.

Así mismo es importante desalojar de la cavidad o alveolo , el saco pericoronario , para evitar posibles infecciones futuras.

Por último se desciende el colgajo y se sutura.

XVII. "TECNICA QUIRURGICA PARA LA REMOCION
DE CANINOS INCLUIDOS EN EL MAXILAR INFERIOR."

Estas inclusiones se presentan en menor grado que en el maxilar superior y como éste pueden presentarse en la región vestibular o lingual y en cada una de ellas pueden estar en posición horizontal o vertical.

Las extracciones de los dientes incluidos - en la región vestibular no ofrecen comúnmente mayor dificultad, en cambio, los que se encuentran en posición lingual por dentro de las raíces de incisivos y premolares sí son causa de dificultades técnicas y serios peligros, al extremo de -- tener que pensarlo dos veces para llegar a abordarlo por -- vía lingual.

Quando se encuentra en posición horizontal , si es necesaria su extracción es preferible sacrificar uno o varios dientes para poder abordarlos por vía vestibular .

Como regla general, los dientes incluidos en el maxilar inferior no producen alteraciones de tipo nervioso, de manera que pueden quedar indefinidamente en ese si--

no sin provocar trastornos.

ANESTESIA

En estos casos debe ser siempre troncular (bloqueo del nervio dentario inferior), completando con una inyección mentoniana.

INCISION.

Es en forma de media luna sin llegar al borde gingival.

OSTEOTOMIA

Es similar a la técnica utilizada en caninos superiores.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA .

Para facilitar el problema quirúrgico, la odontosección se impone. Como en el maxilar superior, la escasa elasticidad del hueso maxilar inferior, en su porción basilar, exige la disminución del volumen del diente retenido. La odontosección puede realizarse con fresa quirúrgica. Las porciones seccionadas se extraeran por separado, con elevadores rectos o angulares según la posición y facilidad

de acceso.

TERMINACION DE LA OPERACION

Una vez extraído el diente se eliminan los restos de tejido con cucharilla ósea, se regularizan los bordes óseos y se vuelve el colgajo a su lugar.

Se puede realizar la sutura con seda, hilo, catgut o nylon.

XVIII. TECNICA QUIRURGICA PARA LA REMOCION DE
CANINO INCLUIDO POR PALATINO.

Pasos a seguir :

- 1.- Incisión
- 2.- Desprendimiento del colgajo.
- 3.- Osteotomía.
- 4.- Luxación del diente.
- 5.- Extracción propiamente dicha.
- 6.- Limpieza de la herida del alveolo.
- 7.- Sutura.

I.- Incisión :

Debe ser amplia, comenzará a la altura del espacio interdentario entre el primer molar y el segundo premolar, desde este punto siguiendo paralelamente el revordecillo alveolar y a un milímetro del cuello de los dientes.

Se prolongará hasta el espacio interdentario de los dos incisivos centrales. Con esta incisión respetamos la inserción del borde gingival palatino en el cuello de los dientes.

La incisión deberá hacerse con hoja corta de bisturí y punta roma para no lesionar el perióstico.

2).- Desprendimiento del Colgajo.

Este desprendimiento se lleva a cabo median^ete una logra roma, con movimiento de un cuarto de giro, vamos desprendiendo poco a poco la fibromucosa, luego pasaremos un hilo de seda a la altura de la línea media de la incisión, el cual sostendrá el colgajo durante la intervención, este hilo será atado en el cuello del primero o segundo molar del lado opuesto, procurando así el lastimar los bordes del colgajo.

3).- Osteotomía.

Se realiza con escoplo a mano, con escoplo y martillo o fresa quirúrgica montada en el torno.

Con cualquier instrumento que se realice la osteotomía, deberá ser amplia, tanto en la parte del diente que mira hacia la bóveda palatina como en sus costados.

Se dejará al descubierto toda la corona del diente incluido pues en ella se encuentra el mayor obstáculo para la extracción y por lo menos un tercio de su raíz.

Observando la inclinación del canino determinaremos mayor o menor sacrificio del hueso a nivel radicular.

Y mediante una fresa de fisura de tamaño medio cortamos transversalmente al diente, exactamente en el límite del esmalte c/ el cemento (cuello del diente), el corte se realiza con facilidad, debiendo cuidar de no lesionar al hueso, y esto se logra cortándolo en sus 4/5 partes.

Luego de ese corte, se introduce en él, la hoja de un elevador, y haciendo girar, el mango, se luxará el puente que unía a la corona con la raíz, y estos quedarán definitivamente separados.

Con la corona quedó completamente a la vista, el retiro de ella se hará muy fácil usando para ello el elevador apropiado. Luego de ello retiraremos la raíz hacia el sitio dejado por aquella mediante el uso del elevador -apropiado, introduciendo su hoja entre el hueso palatino - y la cara del diente más alejada del arco dentario.

La otra forma de incisión; consiste en el desprendimiento del telón palatino, realizando previamente el desprendimiento de la fibromucosa palatina del cuello, de los dientes. Aquí utilizaremos el bisturí Bard Parker No. 12 (hoja corta), el cual secciona los tejidos palatinos alrededor del cuello de los dientes, desde palatino del incisivo central superior hasta la porción distal del 2o. premolar, en sentido perpendicular a la bóveda, llegando hasta el hueso.

Esto cuando tratamos retención unilateral más, cuando en el caso de retención bilateral, la cual - dependerá de las dificultades del caso, se realiza el - colgaje de cara distal del premolar de un lado, hasta la cara distal del premolar del lado opuesto.

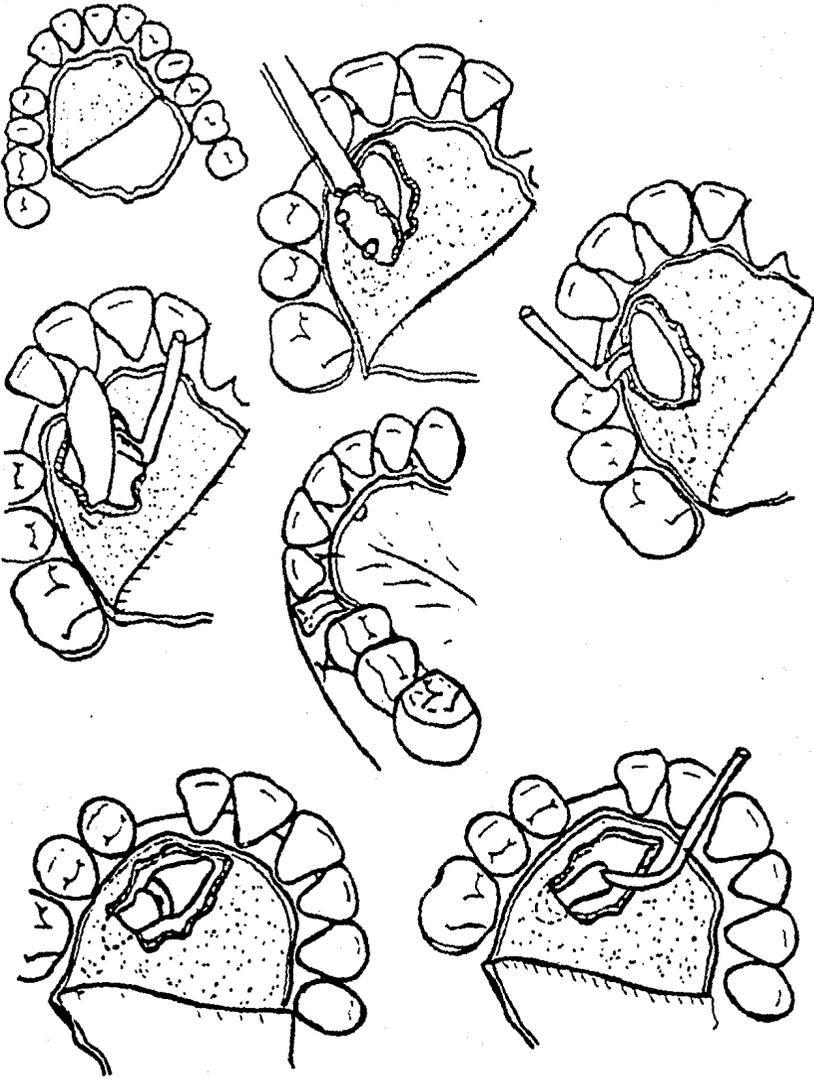
Al llegar al sitio donde falta el diente en la arcada, el bisturí contornea parte de la cara mesial - del primer premolar, la incisión sigue la cresta de la - arcada y se continúa hasta el lugar elegido.

La primera lingueta ya resulta de esta - incisión será utilizada con provecho al momento de suturar.

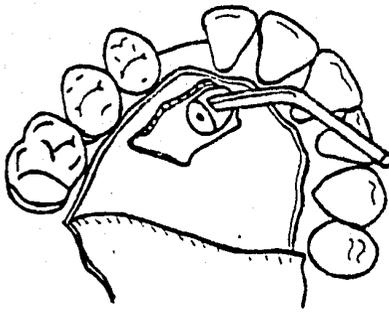
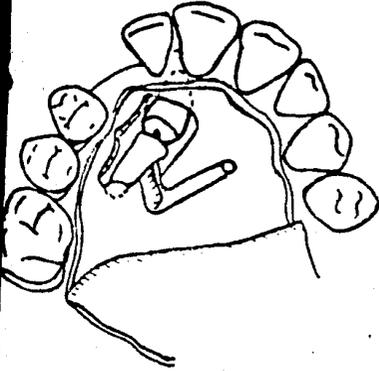
Si existe el conino temporal, la incisión lo rodea por su cara palatina.

Limpieza de la Herida.

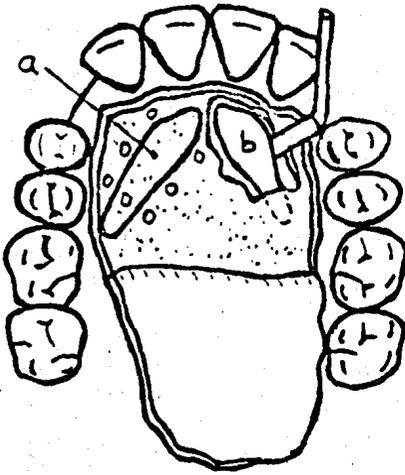
Cuando ya se ha extraído totalmente el diente, quitaremos con una cucharilla ósea todos los restos del tejido blando dejados por el diente incluido en la cavidad, - alisaremos los rebordes óseos con limas quirúrgicas, y lavaremos el sitio dejado por nuestra intervención. Luego de esto, - colocaremos el colgaje en su lugar, se suelta el hilo que lo - sostenía y se comprime con gasa esterilizada, la que se deja - en su sitio durante 10 minutos.



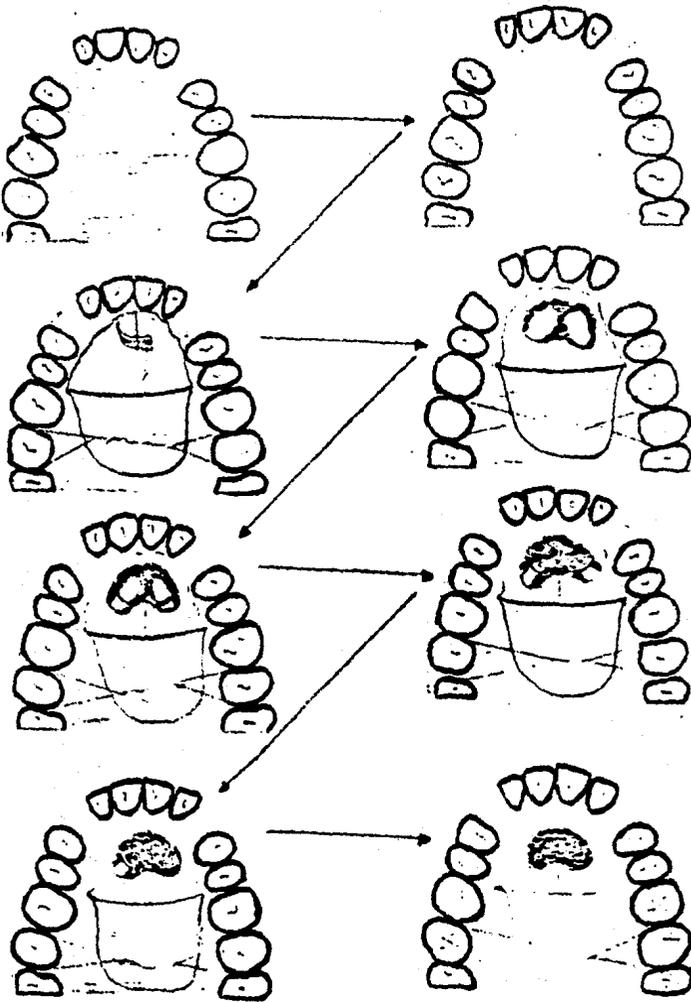
EXTRACCION QUIRURGICA DEL CANINO INCLUIDO EN
POSICION PALATINA.



EXTRACCION QUIRURGICA DEL CANINO INCLUIDO EN
POSICION PALATINA CON LA TECNICA DE ODONTOSECCION



EXTRACCION QUIRURGICA SIMULTANEA DE DOS
CANINOS INCLUIDOS EN POSICION PALATINA.



TECNICA A SEGUIR EN LA EXTRACCION DE
DOS CANINOS INCLUIDOS BILATERALMENTE.

XIX. " COLGAJO E INCISION "

La incisión y el colgajo que se forma a expensas de ella, deben reunir una serie de condiciones ,para que este colgajo, una vez repuesto conserve su vitalidad y se reincorpore a las funciones que le corresponden.

CONDICIONES QUE DEBERAN REUNIR LA INCISION Y EL COLGAJO.

Al trazar la incisión y circunscribir un colgajo , es necesario que este tenga una base lo suficientemen ancha como para proveer la suficiente irrigación, evitando de este modo los trastornos nutritivos y su necrosis.

Al trazarse la incisión debe tener presente el recorrido de los vasos para evitar su sección. A pesar de que la fibromucosa posee gran cantidad de vasos anastomóticos , la sección de los principales vasos , importa riesgos innecesarios. Debemos tener una muy buena visualización del objeto a operarse, para obtener un buen trazado, siendo tambien lo suficientemente extensa como para permitir un colgajo que descubra amplia y suficientemente el campo operatorio, evitando desgarramientos y torturas al colgajo, que siempre se traducen en necrosis y esfacelos de las -

partes blandas .

Tambien deberá ser hecha de un solo trazo, sin líneas secundarias .Trazo rectilíneo, con bisturí filoso , que nos proporcionará una buena cicatrización y adaptación.

Uidadosamente en los ángulos de la incisión , desprenderemos el colgajo, sin provocar desgarramientos y esfacelos .

La incisión há de trazarse de tal modo que al volver el colgajo a su sitio original, la línea de incisión repose sobre hueso sano e íntegro.

METODO PARA DESPRENDER EL COLGAJO.

Una incisión se realiza para obtener el colgajo que (refiriéndose a la mucosa bucal), es el trozo de mucoperiostíio limitado por dos incisiones o a la superficie de una incisión arqueada .

Hay un tipo de incisión que no se traza en pleg

no tejido gingival, sino que se realiza desprendiendo la fibra mucosa del cuello de los dientes .Yesla incisión que utilizaremos para la remoción de caninos incluidos por palatino .

Realizada la incisión, se coloca entre los labios de la herida , o entre la fibromucosa y la arcada dentaria , una legra o espátula de Freer.

El desprendimiento del colgajo debe realizarse en toda la extensión que requiere la operación.

Apoyandose decididamente contra el hueso, y merced a suaves movimientos de lateralidad con los cuales gira la espátula o legra , a expensas de su eje mayor, se desprende el colgajo de su inserción en el hueso elevando por lo tanto fibromucosa y perióstio.

"OSTEOTOMIA."

Para la realización de la ventana ósea, utilizamos fresas quirúrgicas, una de bola , con la cual marcamos los puntos de referencia (al rededor de la corona del canino) . y una de fisura con la cual unimos los puntos de referencia . Es importante especificar la cantidad de hueso a eliminarse. Debiendo quedar ámpliamente descubiertas en la osteotomía, toda la corona retenida y parte de la raíz.

Según sea la inclinación del canino se exigirá mayor o menor sacrificio de hueso.

"ODONTECTOMIA "

Una vez concluida la osteotomía dejamos al descubierta la corona y parte de la raíz del diente incluido, luego seccionaremos la corona con una fresa # 702 al 6565 pero sin hacerlo totalmente.

Seccionando el diente introducimos un elevador recto en el espacio creado por la fresa y con un movimiento rotatorio, separámos totalmente la corona.

Una vez eliminada la corona , nos quedó un espacio amplio para extraer la raíz y con un elevador ade---

cuado ,con movimientos de un cuarto de giro se elimina totalmente la raíz.

Luego inspeccionaremos adecuadamente la cavidad ósea y eliminamos las esquirlas y resto de tejido óseo que quedó .Esto lo realizamos con una cucharilla quirúrgica. -

Después regularizamos los bordes óseos con una lima para hueso y se lava perfectamente la cavidad dejada por la pieza incluida.

" TERMINACION DE LA OPERACION."

Se quitaron los puntos de seda que sostenían el colgajo y se colocó en su posición mediante la ayuda de una gasa esterilizada, y se practicó la sutura con catgut de tres ceros en los espacios interdentarios.

XX. Postoperatorio. —

Mediante el cuidado postoperatorio que tengamos una vez terminada nuestra intervención quirúrgica, se puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en ella.

Precisamente corresponde a éste la fase final del tratamiento. Siempre deberemos tener en observación - la herida, el campo operatorio y el estado general del pa ciente.

Tratamiento Local.

Luego de terminada la intervención, se lavará cuidadosamente la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, con una gasa mojada en agua oxigenada.

La cavidad bucal será irrigada con una solución tibia del mismo medicamento que limpiará y eliminará la sangre, saliva y demás restos que pudieran haberse depositado en la cavidad oral, pues estos elementos son nocivos, y rápidamente entran en putrefacción y colaboran - en el aumento de la riqueza de la flora microbiana.

Ya que hemos extraído el diente, procederemos a secar los alveolos y explorarlos debidamente con una cureta, eliminando así los restos de estructura ósea ó dentaria.

Si queda algún resto del órgano del esmalte - deberemos liberarlo cuidadosamente, también el tejido blando que lo rodea, para así evitarnos la posible formación de un quiste.

Luego de ello, pasaremos alrededor del alveolo un escoplo afilado ó fresa de hueso, y finalizaremos pasando también una lima para hueso. Ahora, si la cortical vestibular quedó muy traumatizada al usarla como punto de apoyo con el elevador, esta zona será eliminada con escoplo.

Una vez efectuados los pasos anteriores haremos la sutura del colgaje, colocando este en su lugar. En caso de que se presentara hemorragia haremos presión sobre el alveolo mediante una gasa hasta parar el sangrado.

Deberemos prescribir al paciente medicación analgésica y algún tipo de antibiótico previendo la posibilidad de edema y equimosis postoperatoria. Luego de tres días de haberse efectuado la intervención procederemos a quitar suturas.

Otro aspecto notorio es la posición palatina del canino retenido con el maxilar superior, es más frecuente - que la vestibular.

Considerar que las bases para llevar a cabo de una mejor manera la extracción de las piezas son: una buena inspección de la zona, un amplio estudio radiográfico, y el uso de una apropiada técnica de anestesia.

La odontosección en el caso del canino retenido en el maxilar superior nos ayuda a hacer más fácil el trabajo.

El objeto de nuestro trabajo ha sido simplificar la conducta a seguir para cada caso que se nos presente y tratar de aportar nuestros escasos conocimientos que pueden llegar a utilizar en la práctica diaria a quien los solicite.

XXI. CONCLUSIONES

Luego de desarrollar este trabajo puedo sacar como conclusión que la solución de los problemas ocasionados por los dientes retenidos, no puede ser otra que la quirúrgica.

Solo en caso de que la retención dentaria se encuentre relacionada con problemas de maloclusión, se podrá realizar el tratamiento ortodóntico, conjuntamente con el quirúrgico.

Aparentemente la causa más importante en la retención dentaria puede ser el factor mecánico relacionado tanto con el propio germen dentario, como con los dientes vecinos y supernumerarios, así como con el maxilar superior.

En cuanto al proceso patológico a partir de las retenciones dentarias lo más importante es el proceso infeccioso debido a que de él se pueden desarrollar las neoplasias.

También debo decir que el hecho de desarrollar una buena historia clínica abarcando en ella aspectos físicos, antecedentes del paciente, pruebas de laboratorio y exámenes radiográficos, nos permitirá el tener un estricto control sobre cualquier problema que pudiera aparecer y su atención debida.

XXII. BIBLIOGRAFIA

DURANTE GUELLANO CIRO
Tratado de Odontología
Tomo II.

MOSES DIAMOND J.D.S.
Anatomía Dental

ARTHUR W. HAM
Tratado de Histología

HARRY W. ARCHER
Cirugía Bucal

WALTER C. GURALNICK
Tratado de Cirugía Oral

RIES CENTENO, G.A.
Cirugía Bucal

HARRY SICHV Y JULIUS TENDLER
Anatomía para Dentistas

SANCHEZ TORRES J.
Cirugía Bucal

DOMINGUEZ V. GERMAN R.
RODRIGUEZ M. ADELA
-Nosología Básica

-Manual de Anestesia Local en Odontología

MIRANDA, F.
Problemas de las Piezas Dentarias retenidas en
Cirugía Estomatológica.

HEPLE, G.H.
Rayos X en la Práctica Dental.

BIBLIOGRAFIA

PORT EULER

Tratado de Odontología.

QUIROZ G. FERNANDO

Anatomía Humana

CABALLERO H.R.

Neuralgias Secundarias del Trigémino por
Causas Odontógenas.

MILLAT Y PRATS, J.M.

Incisivos Superiores Incluidos.

MONZAIM, LEONARDO M.

Anestesia Local y Control del Dolor en
la Práctica Dental.

WILLIAM F. GANONG

Manual de Fisiología Médica.

THOMA, K.H.

Oral Diagnosis and Treatment Planning

GINESTAT, G.

Atlas de Técnica Operatoria Cirugía Estomato-
lógica y Maxilofacial.

DOMINGUEZ V. GERMAN R. y RODRIGUEZ M. ADALA

Semiología Clínica.

ALBERTO PALACIOS GOMEZ

Técnicas Quirúrgicas de Cabeza y Cuello.

GOTH ANDRES

Farmacología Médica (Principios y Conceptos).