

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - UNAM
CARRERA DE ODONTOLOGIA



PASOS Y TECNICAS A SEGUIR PARA LA
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
JAIME LEON GRINBERG ROSENBERG
SAN JUAN IZTACALA, MEX. 1979



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.

TE M A R I O.

I.- Anatomia y Desarrollo.(Generalidades)	1
II.- Tejidos de soporte blandos y duros.	6
III.- Exámen general, su proposito.	12
IV.- Exámen de los dientes antes de la extracción.	15
V.- Indicaciones y Contraindicaciones para la — extracción de caninos superiores.	17
VI.- Clasificación del instrumental, partes de que constan los elevadores.	18
VII.- Anestesia, su acción y tecnica de bloqueo — más usuales.	24
VIII.- Extracción quirurgica de caninos superiores retenidos. Su clasificación.	32
XI.- Técnicas para la extracción de caninos rete- nidos Superiores e Inferiores.	37
X.- Conclusiones.	45
XI.- Bibliografía.	

P R O L O G O .

El trabajo elaborado en esta tesis no es, el único hecho hasta la fecha ni tampoco se ha tratado de cambiar lo que ya anteriormente se ha dicho respecto a las técnicas para la extracción de caninos incluidos.

, Por el contrario se ha querido simplificar un poco más; acerca de lo ya anteriormente tratado para hacer más fácil y menor problemático el hecho de diferenciar las técnicas ya elaboradas y para así, poder escoger la que se considere de mayor efectividad y con menos riesgos para llevar a cabo la práctica diaria del Cirujano Dentista, la extracción de caninos incluidos, ya sean superiores o inferiores.

La Odontología moderna ha venido superándose cada día más por medio de estudios e investigaciones de técnica para su aplicación actual. Ha dado al Cirujano Dentista descubrimientos para efectuar su trabajo más rápido, más efectivo y con menos dificultades.

Se ha considerado también, el hecho, de que debemos antes que nada, prepararnos adecuadamente y haber llevado algún curso de Cirugía menor, para así facilitarnos el poder hacer extracciones de dientes incluidos, que creemos, con la preparación, la ayuda y la práctica diaria, nos servirán para llevar a cabo un trabajo en el cuál, siguiendo los pasos y las técnicas adecuadas lograremos una buena intervención quirúrgica.

, Con esto se desea sportar algo a los compañeros que tengan necesidad de obtener datos de alguno de estos temas, en los cuales expongo diferentes técnicas para la extracción de caninos incluidos.

Por último cabe señalar el aumento de pacientes con este tipo de padecimientos, cuya etiología bien podríamos señalar entre otras causas: traumáticas, Congénitas, Hereditarias, de Hábitos y una muy importante en la actualidad, falta de espacio debido a que cada vez, generación tras generación nuestra alimentación va siendo más blanda y líquida, como resultado; - dientes, parodonto, articulación, músculos, etc. etc., se van atrofiando, reduciendo, provocando un acortamiento lento; pero constante de todo nuestro sistema Gnatológico, y así aunado a otros problemas el espacio para los dientes se limita, provocando que éstos se impacten o se incluyan.

He aquí la importancia de la extracción de estos dientes, que de ninguna forma favorece o ayuda su posición en la boca a el organismo; por el contrario pueden provocar sintomatología; absorción de raíces de dientes en oclusión, neuralgias, quistes entre otros.

Es por esto que quiero reafirmar, el por qué escogí este tema tan actual e importante, para desarrollarlo con gran interés y dedicación, tratando que en generaciones próximas, mi Tesis les sea útil como guía y libro de consulta.

Por lo tanto ponemos al criterio de Uds. los H. Miembros del Jurado la elaboración de este tema, para que lo pongan a su amable consideración y sea aceptado, como tema de examen Profesional.

T E M A I.

ANATOMIA Y DESARROLLO (GENERALIDADES)

Las regiones no cubiertas por los tegumentos son:

- 1.- Región de la Fosa Cigomática.
- 2.- Región Pterigomaxilar.
- 3.- Las Regiones Bucuales.
- 4.- Región Faríngea.

1.- La REGION DE LA FOSA CIGOMATICA: Esta región ocupa las partes laterales de la cara.

LIMITES:- Por arriba, el arco cigomático y la porción del ala mayor del esfencoides que se encuentra por fuera del punto de implantación de la Pterigoides.

- 2.- INFERIORMENTE:- Un plano horizontal que pasa por debajo de la rama del maxilar inferior.
- 3.- POR FUERA:- La cara interna de esta misma rama.
- 4.- POR DENTRO:- La apófisis Pterigoides y la faringe.
- 5.- POR DELANTE:- La tuberosidad del maxilar.
- 6.- POR DETRAS:- La cara anterior de la parótida.

2.- REGION DE LA FOSA PERIGOMAXILAR:

La región de la fosa Pterigomaxilar, situada en la parte profunda y lateral de la cara, inmediatamente por dentro de la inferior corresponde exactamente a la fosa de este nombre.

LIMITES: 1.- POR DELANTE: La tuberosidad del maxilar superior.

2.- POR DETRAS: La cara anterior de la apófisis pterigoides.

- 3.- POR ABAJO:- El ángulo de unión de sus paredes anterior y posterior.
- 4.- POR ARRIBA:- La base del cráneo (ALA MAYOR DEL ESPENOIDES).
- 5.- POR DENTRO:- El palatino.
- 6.- POR FUERA:- Una abertura que la comunica con la fosa cigmática.

REGIONES DE LA BOCA

Es una cavidad muy irregular que se comprende entre el orificio bucal y el istmo de las fauces. Las arcadas la dividen en dos partes:

- 1.- Por detrás, la boca propiamente dicha.
- 2.- Por delante, el vestíbulo de la boca.

Las numerosas formaciones anatómicas que limitan la cavidad bucal se reparten en varias regiones.

Región labial, Región geniana, Región palatina, Lengua y Región sublingual, Región gingivodental, Región amigdalina o Tonsilar.

REGION PALATINA:- Constituye la pared superior y posterior de la cavidad bucal. Comprende a la vez la bóveda palatina y el velo del paladar.

SITUACION LIMITE:- Se sitúa entre las fosas nasales y la cavidad bucal. Está limitada: 1.- Por delante y los lados; por las arcadas dentales superiores. 2.- Por detrás; por el borde libre del velo del paladar.

DISPOSICION GENERAL Y DIMENSIONES:- Tiene forma de una bóve

da, cóncava a la vez en sentido anteroposterior y en sentido transversal. Mide de 8 a 9 centímetros de largo (de los cuáles 4.05 para el velo) por 4 cms. de ancho.

REGION SUBLINGUAL:- Es la parte del suelo bucal que se pone al descubierto cuando se levanta la lengua. Tiene por órgano esencial la glándula sublingual; se produce casi al compartimento sublingual y su contenido.

SITUACION Y LIMITES:- Está situada debajo de la porción de la lengua, limitada: 1.- Por delante y los lados por las arcadas dentales. 2.- Por atrás, por la parte más posterior de la cara inferior de la lengua. Se extiende en profundidad hasta las músculos Milenjoideos que la separan de la Región suprahióidea.

REGION GINGIVODENTAL.

Comprende la porción del borde libre de las maxilares tapizada por las encías y en la cuál se implantan los dientes.

Consideramos sucesivamente: 1.- La encía. 2.- Los alveolos 3.- Los dientes.

1.- Encías: Presentan una cara interior o vestibular que forma con la cara interna del labio correspondiente al vestíbulo bucal y al surco Labiogyogingival. Una cara posterior o bucal propiamente dicha, un borde dental con agujeros por los cuales pasan los dientes.

ESTRUCTURA:- Es gruesa y resistente, abraza el cuello de los dientes y se adhiere íntimamente al periostio, excepto a nivel del surco labiogingival, en donde aparece la capa celular del carri

11e. Está desprovista de glándulas; pero tiene papilas voluminosas y numerosas.

2.- ALVEOLOS DENTALES:- Son cavidades uniloculares o multiloculares y sirven para alojar las raíces de los dientes. Están en el espesor del borde de los maxilares, más cerca de la tabla -- externa que de la interna.

3.- DIENTES:- Son producciones epidérmicas emanadas del -- epitelio gingival.

El epitelio gingival, al hundirse en el tejido embrionario de los maxilares dá origen a una especie de lámina (Lámina Epitelial), luego a los mamelones; que por transformaciones sucesivas (órganos del esmalte), se convierten en dientes, una alteración en la revolución de los mamelones puede determinar la formación de -- tumores del maxilar llamados ODONTOMAS.

REGION FARINGEA

Comprende aquella parte profunda de la cara y del cuello que está ocupada por la faringe.

SITUACION:- Delante de la columna cervical, detrás de las fosas nasales, de la boca y de la laringe, debajo de la apófisis -- basilar por dentro de las regiones carotídeas y zigomáticas.

LIMITES:- Por arriba, las conchas u orificios posteriores de las fosas nasales, de donde se continúa hacia la base del cráneo.

POR ABAJO:- Un plano horizontal que pasa por el borde inferior del cartilago crigoides.

Su forma es la de un largo embudo suspendido en la base del cráneo (y conservándose en la vértice con el esófago) e también -- la de un canal con concavidad anterior.

DIMENSIONES:- Longitud en hombre 14 centímetros, en mujer - 13 centímetros, es de calibre variable de 2 a 5 centímetros en sentido transversal, por 2 a 4 en sentido anteroposterior.

MEDIOS DE FIJACION:- Numerosos, se representan por sus inserciones superiores en la base del cráneo y anteriores en el macizo facial y en el aparato laringotraqueal.

T E M A II.

TEJIDOS DE SOPORTE BLANDOS Y DUROS

ENCIA:- Se puede clasificar la mucosa bucal en tres tipos:

- 1.- La encía y la mucosa que recubre el paladar duro (Mucosa Masticatoria).
- 2.- El dorso de la lengua (Mucosa Especializada).
- 3.- Membrana de la mucosa bucal (Mucosa de Revestimiento).

CARACTERISTICAS DE LA SUPERFICIE.

ENCIA:- Es la parte de la mucosa unida a los dientes y los procesos alveolares de los maxilares.

ENCIA NORMAL: COLOR:- Es rosado pálido; pero puede variar -- según el grado de irrigación, queratinización epitelial, pigmentación y espesor del epitelio.

CONTORNO PAPILAR:- Llenan los espacios interdetales hasta - el punto de contacto. Con la edad, las papilas y otras partes de la - encía se atrofian, por eso en las personas mayores el contorno más -- normal puede ser redondeado y no punteado.

CONTORNO MARGINAL:- Se afina hacia la corona para terminar - en un borde delgado. En sentido mesiodental, los márgenes gingivales - deben tener forma festoneada.

TEXTURAS:- Por lo general, hay punteado de diversos grados - en las superficies vestibulares de la encía insertada. Esta superfi- - cie ha sido descrita como: "Cáscara de Naranja".

CONSISTENCIAS:- Debe ser firme y la parte insertada debe es--

tar firmemente unida a los dientes y al hueso alveolar subyacente.

SURCO:- Es el espacio entre la encía y el diente, su profundidad es mínima (1 mm.). El surco normal no excederá de 3 mm. de profundidad.

DIVISIONES MORFOLOGICAS.

La encía se dividen en: 1).- Insertada, 2).- Libre e marginal 3).- Encía papilar.

ENCIA INSERTADA Y UNION MUCOGINGIVAL:- Está demarcada de la mucosa alveolar, anclada y móvil por una línea reconocible llamada mucogingival. Esta se halla en las superficies externas de ambos maxilares. Puede haber una línea similar en la superficie interna, entre la mucosa y el piso de la boca.

ANCHO DE LA ENCIA INSERTADA:- Está limitada por la unión -- mucogingival y por la línea del surco gingival libre.

Esta zona presenta un ancho variable, en las diferentes personas y diferentes zonas de la boca.

En los dientes anteriores es más ancho donde puede llegar a tener 4 mm. o más. Es más angosta en la región de los premolares. En la región de los segundos y terceros molares a veces tiene 1 mm de ancho y hay veces que no existe. Por lo general, la encía insertada es más ancha en el maxilar superior que en el maxilar inferior.

PUNTEADO:- La superficie de la encía insertada se caracteriza por el aspecto de cáscara de naranja.

El punteado puede ser fino o grueso y puede variar de una persona a otra, así mismo puede variar según la edad y sexo.

ENCIA LIBRE:- Es la parte coronaria no insertada que rodea-

el diente a modo de manguito y forma el surco gingival.

SURCO GINGIVAL:- Es el espacio entre la encía libre, no insertada y el diente. La profundidad en estado de salud es mínima, establecida en 3 mm. o menos.

SURCO MARGINAL LIBRE:- Con frecuencia el fondo del surco gingival está marcado en la superficie externa de la encía por un fino surco que corre paralelo al margen gingival. Este surco también es la línea de demarcación entre la encía libre y la encía insertada.

ENCIA PAPILAR:- En la parte anterior, las papilas forman una estructura piramidal simple. Las papilas de los dientes posteriores tienen forma de cuña.

MUCOSA ALVEOLAR:- Difiere de la encía insertada, en estructura, función y color. La encía insertada se halla firmemente adherida al hueso subyacente y está inmóvil mientras que la mucosa alveolar tiene una unión laxa y es móvil.

La pigmentación de la encía es frecuente en negros, orientales e hindúes, también en blancos de ascendencia mediterránea. Varía de leve a intensa y no hay que confundirla con las alteraciones de enfermedad periodontal.

PROCESO ALVEOLAR.

En la parte del maxilar superior e inferior que forma y sostiene los dientes. Se distinguen dos partes en el proceso alveolar: el hueso alveolar propiamente dicho y el hueso de soporte. El hueso alveolar es una delgada lámina de hueso que rodea las raíces. En ella se insertan las fibras del ligamento periodontal. El hueso de

soporte rodea la cortical ósea alveolar y actúa como sostén en su función; el hueso de soporte se compone de: 1).- Placas corticales compactas de las superficies vestibular y oral de los procesos alveolares, y 2).- El hueso esponjoso que se halla entre estas placas corticales y el hueso alveolar propiamente dicho.

LAMINA DURA O CORTICAL Y LAMINA CRIBIFORME.

Radiográficamente el hueso alveolar propiamente dicho (pared interna del alveolo) se vé como una línea opaca denominada lámina dura o cortical. Este tiene muchos orificios por donde pasan los vasos sanguíneos y los nervios del ligamento periodontal, también se le llama lámina cribiforme por las perforaciones que presenta.

En general, el hueso que rodea cada diente sigue el contorno de la línea cervical.

FUNCION:-

El hueso alveolar propiamente dicho se adapta a las demandas funcionales de los dientes de manera dinámica. Se forma con la finalidad de sostener los dientes y después de la extracción tiene tendencia a reducirse, como también lo hace el hueso de soporte.

ANATOMIAS:-

Las radiografías de cortes transversales del proceso alveolar muestran las porciones esponjoso y cortical. Por lo general, las placas corticales son más gruesas en el maxilar inferior. También las placas corticales y el hueso esponjoso suelen ser más gruesos en las caras linguales de ambos maxilares.

En la zona anterior, en la parte vestibular del arco alveo

lar se halla la depresión de la fosa incisiva, limitada distalmente por las eminencias caninas. Aquí el hueso es muy delgado y muy poco esponjoso o no lo hay.

En la zona posterior, en las regiones de molares y premolares, el hueso es más grueso y el esponjoso separa la placa cortical del hueso alveolar propiamente dicho.

GROSOR DEL PROCESO ALVEOLAR.

La forma general sigue la alineación de la dentadura. Además el grosor del proceso alveolar ejerce influencia directa sobre la forma externa.

Cuando el proceso es delgado, hay prominencias sobre las raíces y depresiones interdenterias entre las raíces.

CRESTA ALVEOLAR:-

Normalmente el margen del proceso es redondeado. Sin embargo a veces el margen óseo termina en bardo agudo fino. Esto sucede solo cuando el hueso es muy delgado, por ejem: sobre la superficie vestibular de los caninos.

DEHISCENCIAS Y FENESTRACIONES:-

Son defectos comunes del proceso alveolar. Una dehiscencia es la profundización del margen óseo de la cresta que expone una cantidad anormal de superficie radicular.

La fenestración es un orificio circunscrito en la placa cortical sobre la raíz y no se comunica con el margen de la cresta.

Su tamaño es variable y se puede encontrar en cualquier parte. A veces estas se encuentran en el alveolo antes de la erupción del diente y esto presenta variaciones en la forma ósea, como

también una resorción patológica.

POSICION DENTARIA Y FORMA DEL HUESO:-

Las variaciones del hueso sobre dientes en mal posición son tan específicas que es posible prever la forma del hueso al observar la posición del diente.

Cuando un diente está extraído el proceso alveolar puede -- hallarse en una posición más coronaria que los procesos de los otros dientes.

CONTORNO DEL MARGEN OSEO LATERAL:-

Se define el contorno del margen de la cresta como festonado, aunque esto no siempre sea así. El contorno marginal varía según la forma de la raíz. Ejem; Cuando la superficie radicular es --- plana el borde alveolar es recto o plano. Cuando es convexa el borde es festonado. Si la superficie es cóncava el hueso marginal puede -- arquearse coronariamente.

Cuando el hueso es delgado, el festonado se acentúa, y --- cuando es grueso el festoneado disminuye.

FORMA DEL TABIQUE INTERDENTARIO:-

Sigue la disposición amelocementaria de los dientes. En la parte posterior son relativamente planos si se les mira desde el --- vestíbulo, son más anchos y poseen más hueso esponjoso.

Los tabiques anteriores forman picos, son más angostos y -- con menos hueso esponjoso.

T E M A III.

EXAMEN GENERAL. SU PROPOSITO.

Se ha disentido la importancia de hacer un examen general -- del paciente. Para planear el tratamiento dental adecuado. Cuando se ha de intervenir quirúrgicamente, la salud general del paciente tiene un valor especial.

Estados como una tendencia hemorrágica, una diabetes, una -- afección cardiovascular, así como los medicamentos usados en el tratamiento de éstas enfermedades, o la radioterapia maxilar pueden influir sobre las decisiones que hay que tomar con respecto a la conveniencia de una intervención quirúrgica o la elección de los anestésicos, la medicación previa a los antibióticos que se tienen que administrar simultáneamente con la operación.

Además de obtener una historia clínica del estado general -- del paciente, el dentista puede ejuciar su estado general observando su aspecto físico, incluso antes de proceder a la exploración general. Una marcha insegura o la elocución defectuosa sugieren que el paciente ha sufrido un ataque de apoplejía y que es posible que tome preparados anticoagulantes. Unos labios azulados y los dedos en forma de palillos de tambor pueden indicar una enfermedad pulmonar o cardíaca. El examen general también puede revelar signos de afección de -- cualquier índole. Las cicatrices en los labios, en lengua y la -- fractura de las cúspides dentarias podrían indicar una epilepsia, -- mientras que la palidez de las membranas mucosas, las petequias múltiples y las úlceras o las hemorragias de los tejidos orales, pueden --

sugerir una anemia o una discrasia sanguínea. En el exámen clínico - de todo paciente hay que incluir la observación de la cavidad oral - prestando especial atención a los tejidos blandos.

Antes de empezar el tratamiento han de correlacionarse la-- Historia Clínica y la dental, la exploración clínica, las radiogra-- fías y los resultados de las pruebas de laboratorio y clínicas con - el fin de hacer posible un diagnóstico diferencial y un plan de tra-- tamiento que redunde en el máximo beneficio para el paciente.

El diagnóstico preciso y el plan de tratamiento dependen -- en alto grado de que las radiografías sean tomadas con la exposición debida, posición correcta y revelado impecable que nos permitan obser-- var todos los límites de una lesión o las raíces de los dientes por-- extraer.

Al analizar el estado oral del paciente es importante saber cuándo un problema no se ha de tratar quirúrgicamente. Por ejem: una punta de raíz asintomática o un tercer molar incluido en un paciente de setenta años con una afección cardiovascular generalmente solo se quiere mantenerla en observación. Por el contrario, si se trata de - un paciente de veinte años, un tercer molar que probablemente no ha-- rá erupción debe ser extraído. Se dan numerosos casos de pacientes - a los cuales hay que extraerles el tercer molar en la edad avanzada-- cuando se ha reducido la capacidad de regeneración ósea y existe una bolsa periodontal profunda distal al segundo molar. La afección pe-- riodontal probablemente se hubiera evitado con la extracción precoz-- del tercer molar.

La evaluación completa del paciente informará al dentista -

no solo acerca de sus problemas de salud; sino también de su actitud con respecto a los cuidados dentales. La existencia de una enfermedad puede ser un factor que contribuya al temor del paciente a las operaciones dentales; por Ejem.: Puede temer los efectos de la intervención sobre su enfermedad cardíaca o sobre su diabetes. Puesto que el miedo en sí puede afectar la reacción física al tratamiento, es importante que el dentista enjuicie la actitud mental del paciente al planear la premedicación y la analgesia antes de la intervención.

T E M A IV.

EXAMEN DE LAS PIEZAS ANTES DE LA
EXTRACCION.

Después de la punción para la anestesia, el paso siguiente es el exámen detallado de los dientes antes de la extracción. Antes de intentar la extracción de cualquier diente, se debe emplear el tiempo -- que vá desde el momento de la inyección hasta el comienzo de la operación.

DIENTE O DIENTES A EXTRAER:

Nótese los siguientes puntos: Si está cariado el diente, está abrsicnado, tiene una obturación muy grande, tiene una corona artificial, es diente vital o no, cuál es el tamaño del diente, cuál es su conformación y número de raíces, si hay hipercementosis, si hay alguna área de esteítis condensante o infecciosa al rededor de la raíz, si -- las raíces están divergentes, si está en posición normal, bucolingual y mesiodistal; cuál es su relación con los dientes adyacentes, cuál -- es la relación de los dientes a la tuberosidad; cuál es la relación de las raíces con el seno maxilar o el canal dentario inferior, si hay -- tratamiento de conducto.

RADIOGRAFIAS DENTALES Y EXTRACCION DENTARIA.

Muchos de los puntos anteriores se pueden comprobar estudiando cuidadosamente buenas radiografías de los dientes a extraer y el -- tejido óseo que los rodea. Las radiografías son una ayuda muy importante para el cirujano, en la prevención de accidentes tales como frec--

tura de la mandíbula, perforación del seno maxilar, etc. También permiten una buena planeación de la operación antes de su inicio. Esto da por resultado menos traumatismo, disminución del tiempo operatorio, menos probabilidades de infección postoperatoria, mejoramiento más rápido y menor dolor postoperatorio.

Además de las radiografías intracrales, a veces es necesario sacar radiografías extracrales, a fin de visualizar terceros molares retenidos. También las radiografías son necesarias para la localización de un diente retenido ya sea en el maxilar superior o inferior.

También deben tomarse radiografías en regiones desdentadas, no importa el tiempo que hayan sido extraídos los dientes, pues se pueden descubrir raíces retenidas, dientes retenidos, cuerpos extraños y quistes residuales o áreas de infección.

T E M A V .

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA
EXTRACCION DE CANINOS INCLUIDOS.

INDICACIONES:-

- 1.- Cuando ha ocasionado resorción en los incisivos centrales, laterales y premolares.
- 2.- Cuando presenta una zona quística.
- 3.- Cuando ocasiona un proceso infeccioso a nivel perispical- y en ocasiones también es necesario ligar el canino cuando se vá a efectuar un tratamiento de ortodoncia, debido a que el canino es diente más grande, más fuerte y más resig- tible, en ocasiones el ortodoncista prefiere conservar el- canino, sacrificando por lo general los primeros premo- lar- res.

CONTRAINDICACIONES:

Cuando un diente puede ser llevado a su posición normal a una edad temprana.

T E M A VI.

CLASIFICACION DEL INSTRUMENTAL. PARTES DE QUE CONSTAN
LOS ELEVADORES.

REGLA PARA EL USO DE LOS ELEVADORES.

No usar nunca un diente adyacente como punto de apoyo, a menos que ese diente deba ser extraído también.

Nunca usar la lámina bucal a nivel de la línea gingival como punto de apoyo, excepto cuando se realice edentoteoría o en la zona de terceros molares.

No usar nunca la lámina lingual a nivel de la línea gingival como punto de apoyo.

Colocar los dedos siempre para proteger al paciente en caso que el elevador se resbale.

Estar seguro que la fuerza aplicada al elevador esté bajo control y que la punta esté ejerciendo presión en la dirección correcta.

Al separar a través del hueso interseptal, hay que tener cuidado de no tomar la raíz del diente adyacente e inadvertidamente sacarlo de su alveolo.

CLASIFICACION DE LOS ELEVADORES.

SU CLASIFICACION ES DE ACUERDO A SU USO Y A SU FORMA:

De acuerdo a su uso:-

- 1.- Elevadores para luxar todo el diente.
- 2.- Elevadores para luxar raíces rotas a nivel de la línea gingival.

- 3.- Elevadores para luxar raíces rotas a nivel de tercio medio.
- 4.- Elevadores para luxar el tercio apical de la raíz.
- 5.- Elevadores diseñados para cortar hueso e para luxar dientes. (OSISECTORES).
- 6.- Elevadores para cortar y separar el muco-periostio.

DE ACUERDO A SU FORMA:

- 1.- Rectos: Tipo cuña (punta derecha).
- 2.- Angular: Derecho e izquierdo.
- 3.- Barra cruzadas (Mango en ángulo recto con el vástago).

PARTES DE QUE CONSTAN LOS ELEVADORES.

TODOS LOS ELEVADORES CONSTAN DE:

- 1.- Mango: (que puede ser una continuación del vástago a estar en ángulo recto con él).
- 2.- Vástago.
- 3.- Hoja (la parte que toma la corona o raíz).

PRINCIPIOS DE TRABAJO EN EL USO DE LOS ELEVADORES.

El principio de trabajo como se aplica al uso de los elevadores puede ser: El principio de palanca, el principio de cuña, el principio de rueda y eje o una combinación de dos o más de éstos principios.

PRINCIPIO DE PALANCA APLICADO AL USO DE LOS ELEVADORES.

Algunos elevadores son llamados de cuña ya que están diseñados para este uso. El elevador en cuña se fuerza entre las raíces del diente y el tejido óseo interponiendo paralelo al eje largo de la raíz, - por presión normal o golpeando con un martillo.

El principio de cuña es usado como el único principio de trabajo al extraer dientes; pero se usa más frecuentemente en unión con el principio de trabajo y palanca.

PRINCIPIO DE TRABAJO DE RUEDA Y EJE APLICADO AL USO DE LOS ELEVADORES.

La rueda y eje es una máquina simple; pero en realidad es una palanca modificada. El esfuerzo se aplica a la circunferencia de una rueda que dá vuelta al eje como para levantar un peso.

Aunque el principio de la rueda y eje se pueden usar y se usan como el único principio de trabajo en la extracción de dientes, es también empleada en unión con el principio de cuña y en algunos casos con el principio de palanca.

USO ESPECIFICO DE CIERTOS ELEVADORES:

Elevador Apexo Recto: Se usa especialmente en maxilar superior, para el central, lateral, canino y premolares fracturados a nivel de la línea gingival.

El elevador apexo recto se usa como una cuña, la que se coloca en el espacio mesio bucal ocupado por el periodonto. Se aplica una presión apical y un movimiento ligero bucolingual; luego se hace lo mismo por distal; se vuelve a colocar por mesial repitiéndose los movimientos y así sucesivamente. El martillo se puede usar para dirigir el elevador a lo largo de la raíz.

APEXO (De I) en maxilar inferior: Se usan como cuña, estos elevadores se pueden usar en los dientes inferiores que se han fracturado a nivel de la línea gingival.

ELEVADORES MAS COMUNMENTE USADOS;

El siguiente juego de elevadores es adecuado para cumplir -- el 90% de todos los requerimientos de elevadores en odontocia.

- 1.- Elevadores Apaxo.
 - a).- Izquierdo No. 4.
 - b).- Recto No. 81.
 - c).- Derecho No. 5.
 - d).- Miller Apaxo No. 71, 72, 73 y 74.

2.- ELEVADORES EN BARRA CRUZADA;

No. IR, IL, 8R, 9R, 10L, 10R, 14L, o 370, 371, 322 y 323.

El vástago debe estar en ángulo recto con el mango o en ángulo ligeramente menor, como se vé en los elevadores 322 y 323. El 323 - puede usarse en la parte posterior de la boca sin estirar demasiado -- la comisura labial.

PRECAUCIONES PARA EL USO DE ELEVADORES;

Los tejidos siempre se deben proteger; se coloca el dedo índice sobre el hueso de la parte lingual y el pulgar contra la lámina bucal. El elevador pasa entre ambos dedos y así se protegen los dos lados evitando posibles fracturas o lastimaduras.

Si se llega a fracturar el hueso o el elevador se mueve mientras se realiza una gran presión, se pueden lastimar seriamente los -- tejidos blandos, el hueso y vaso sanguíneos.

POSICION DEL OPERADOR;

En una extracción de todas las raíces inferiores izquierdas - el operador está frente al paciente. Con el dedo pulgar se sostiene -- la mandíbula, el índice se coloca en el pliegue mucobucal y el dedo --

medio por lingual.

Para la extracción de las raíces inferiores derechas se coloca del lado del paciente. El dedo pulgar está por lingual, el índice - el pliegue mucobucal y los demás sosteniendo la mandíbula.

COMPLICACIONES TRANS O POST-OPERATORIAS EN LA EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS:

Entre las muchas complicaciones que pueden ocurrir durante -- o después de la extracción de dientes retenidos:

- 1.- Exposición del dentario inferior.
- 2.- Corte del nervio dentario inferior.
- 3.- Trismus agudo que impida la masticación.
- 4.- Fractura de raíces.
- 5.- Desgarramiento de los vasos sanguíneos.
Interrupción del afluyente sanguíneo al colgajo palatino durante mucho tiempo lo cual ocasiona neurosis.
- 6.- Fractura del proceso alveolar.
- 7.- Traumatismo o desplazamiento de dientes vecinos.
- 8.- Decoloración de los tejidos blandos, es resultado de una equimosis producida por una hemorragia Post-Operatoria.
- 9.- Lesiones en los labios, carrillos y mucosas por el uso de instrumentos.
- 10.- Abertura del seno maxilar.
- 11.- Caída de un diente dentro del seno.
- 12.- Empujar un tercer molar superior dentro de la fosa pterigopalatina.

- 13.- Comunicación con la cavidad nasal.
- 14.- Pérdida de una gran parte del proceso por neurosis, lo que se produce generalmente por un traumatismo del --- hueso, por un exceso de presión con el elevador, ejemplos no afiliados, quemadura del hueso por las frenas- usadas a mucha velocidad o sin corte.
- 15.- Fracturas del maxilar o la mandíbula.
- 16.- Gran traumatización de los tejidos blandos.
- 17.- Exposición exagerada de las raíces de los dientes veci- nos que puede dar por resultado la pérdida de éstos -- dientes.
- 18.- Un ápice empujado al espacio submaxilar, al seno maxi- lar o al conducto dentario inferior.
- 19.- El dolor como resultado del contacto o de la compresión del dentario inferior o de una pulpa expuesta.

TEMA VII
ANESTESIA. SU ACCION Y
TECNICAS MAS USUALES. MODO DE ACCION DE LOS
ANESTESICOS.

Todos los anestésicos locales son sales de substancias básicas. La base libre en presencia del medio alcalino de los tejidos se libera, retardando a pequeñas dosis, pero deteniendo a dosis apropiadas el paso de los iones a través de la membrana.

La solución anestésica provee una gran superficie libre con iones de la base con carga positiva que son bien absorbidos por las fibras y terminaciones nerviosas que tienen carga negativa. Los iones positivos son absorbidos por el tejido nervioso.

Los anestésicos son substancias químicas de síntesis. Los cuales por su estructura molecular tienen propiedades y características que los hacen diferir unos de otros, por lo cual el odontólogo podrá escoger el anestésico ideal para cada caso en particular.

Por ejemplo, la duración podrá ser una ventaja indudable de un anestésico en operaciones prolongadas, pero si este se usa en una operación sencilla no debe ser molesto para el paciente.

Propiedades Farmacológicas de los Bloqueadores.

Todo agente bloqueador que se use actualmente en Odontología debe llenar los siguientes requisitos:

1. Período de latencia corto
2. Duración adecuada al tipo de intervención
3. Compatibilidad con vasopresores
4. Difusión conveniente
5. Estabilidad de las soluciones
6. Baja toxicidad sistémica
7. Alta incidencia de anestesia satisfactoria

Cuidados Preoperatorios.

Aunque los efectos colaterales debidos a la toxicidad de los agentes bloqueadores son poco comunes, hay una serie de preocupaciones que el odontólogo debe tomar para evitar que su paciente presente durante el tratamiento dental, trastornos relacionados con algún padecimiento orgánico o funcional, así como reacciones atribuibles a diversas drogas bajo cuya acción farmacológica se encuentre el paciente en el momento de la visita.

El Odontólogo siempre debe hacer una breve Historia Clínica que pueda revelar algún padecimiento cardiorrespiratorio importante y antecedentes de estados alérgicos o anafilácticos. Se debe conocer el estado psíquico del paciente para calmarlo psicológicamente o por medio de una premedicación sedante.

El éxito del procedimiento analgésico depende en gran parte de la preparación psicológica del paciente. Debe hablársele con suavidad y explicarle paso a paso lo que va a sentir replicándole su colaboración.

Se debe tener cuidado en los pacientes muy excitables o neuróticos, así como en los niños que no tienen uso de razón. En estos casos o se administra una premedicación - adecuada, o bien se atienden bajo anestesia general, en un medio hospitalario y con la colaboración del anestesiólogo.

Interrogar sobre padecimientos cardiovasculares (hipertensión, trastornos de ritmo, etc.), desequilibrios - neurovegetativos principalmente en pacientes con metabolismo basal elevado (pubertad, segundo trimestre del embarazo), alteraciones endócrinas (diabetes, tirotoxicosis, etc.), así como la interrogación de medicamentos que esté usando para valorar el riesgo y poder conocer alguna reacción en particular.

En los casos en que el paciente relate antecedentes de alergia a los medicamentos, hacer pruebas de sensibilidad.

Se deberá contar con un equipo de reanimación para cualquier tipo de reacciones que repercutan sobre las funciones vitales.

El equipo se reduce a un dispositivo para administrar oxígeno a presión, jeringas hipodérmicas para un uso inmediato, soluciones de analépticos, vasopresores, etc.

Tener cuidado que tanto el mecanismo de posiciones del sillón como todo el equipo se encuentre en perfecto estado.

Elegir una solución bloqueadora para cada caso en particular.

Evitar la inyección intravascular.

Injectar la solución lentamente.

Vigilancia estrecha del paciente mientras se establece el bloqueo nervioso.

Accidentes y Tratamiento

Se deben reconocer a tiempo y saber diferenciar los principales accidentes que son:

1. Accidentes relacionados con los anestésicos:

Aunque la dosis que se usa de rutina generalmente es muy pequeña (20-30mg). La región gingivodental es ricamente vascularizada, puede haber una absorción rápida de la droga y dar manifestaciones de toxicidad sobre el Sistema Nervioso Central. Tales como: escalofrío, temblores, visión borrosa, etc. Otras veces más raras se presentan reacciones por sensibilidad inmunológica que pueden ocasionar trastornos respiratorios, tales como espasmo bronquial, disnea y estado asmático. Estos trastornos se acompañan de alteraciones cutáneas o de las mucosas, como urticaria, eritema y edema angioneurótico, así como de estado de Shock Anafiláctico.

Tratamiento: Posición de Trendelenburg (la cabeza más abajo de todo el cuerpo).

2. Accidente por patología pre-existente independiente de las soluciones bloqueadoras:

Un paciente de edad avanzada puede presentar una crisis de angor pectoris, un diabético caer en coma o un hipertenso presentar algún accidente cardiovascular. El síncope no es poco común en pacientes nerviosos y con trastornos neurovegetativos.

Tratamiento: Mantener las vías respiratorias libres. Colocar la cabeza en un plano sagital en ligera extensión y levantando el maxilar inferior. Aspirar las secreciones o regurgitaciones. Colocar una cánula faríngea cuando la lengua obstruya el juego respiratorio.

La intubación endotraqueal es ideal para los casos de apnea y cianosis intensa, pero la técnica requiere habilidad y que el cirujano esté familiarizado con ella.

3. Accidentes por sobredosificación o mala indicación de los vasopresores:

Son los menos frecuentes. Sin embargo, un paciente muy nervioso, un anciano hipertenso o con tirotoxicosis, pueden ser casos cuya patología pre-existente sea un factor que predisponga a algún accidente por la acción de los vasoconstrictores sobre todo de las aminas presoras.

Tratamiento: Oxigenación. La depresión respiratoria, el espasmo laríngeo y la obstrucción respiratoria de cualquier causa dan lugar a hipoxia que se debe tratar de inmediato. La oxigenación puede tratarse de acuerdo con la urgencia y con el grado de hipoxia con las siguientes medidas:

Cuando hay respiración espontánea colocar un cateter nasal administrando de 2 a 3 litros de oxígeno por minuto.

Si no hay respiración espontánea, colocar el dispositivo de mascarilla y bolsa para dar oxígeno a presión manteniendo la respiración artificial hasta que aparezca la respiración espontánea.

El Cirujano Dentista deberá tener un equipo de oxigenación como podría ser el más sencillo que consta de: una fuente de oxígeno constituida por un tanque portátil, un regulador de presión y un dispositivo para administrar oxígeno a presión que consta de mascarilla de caucho unida a una bolsa de reinhalación.

Cuando no se cuenta con este equipo no hay que perder el tiempo en un paro respiratorio, debiéndose administrar de inmediato respiración boca a boca.

Bloqueo Anestésico para las Diferentes Punsiones que se realizan para la Extracción de Caninos Incluidos

Nervio Infraorbitario.

Técnica: Se palpa con el dedo medio la porción media del borde inferior de la órbita, luego se desciende cuidadosamente cerca de un centímetro por debajo de este punto, donde por lo general se puede palpar el paquete vasculonervioso que sale por el agujero infraorbitario. Manteniendo el dedo medio en el mismo lugar se levanta con el pulgar y el índice el labio superior, y con la otra mano

se introduce la aguja en el repliegue superior del vestíbulo oral, dirigiéndola hacia el punto en el cual se ha mantenido el dedo medio.

Ramas Alveolares Superiores, Nervio Palatino Anterior y Nervio Nasopalatino.

Técnica: Las ramas alveolares superiores posteriores se bloquean introduciendo la aguja por detrás de la cresta infracigomática e inmediatamente distal al segundo molar. Después se dirige la punta de la aguja hacia el tubérculo maxilar, haciéndola dibujar una curva aplanada de concavidad superior.

Las ramas alveolares superiores medias y anteriores se bloquean separadamente para cada diente, introduciendo la aguja en la mucosa gingival que rodea el diente y buscando la extremidad de la raíz, describiendo ligeros movimientos de abanico con la punta de la aguja. Así se pueden anestésiar hasta tres dientes desde un solo punto de inserción.

El nervio palatino anterior se bloquea inyectando unas décimas de mililitro, en o al lado del agujero del conducto palatino posterior situado a la altura del segundo molar, un centímetro por encima del reborde gingival.

El nervio nasopalatino se bloquea inyectando en o inmediatamente al lado del conducto incisivo situado en la línea media por detrás de los incisivos.

Bloqueo del Nervio Alveolar Inferior.

Técnica: Con el dedo índice izquierdo se localiza la línea oblicua, es decir, el borde interno de la rama del maxilar inferior. Se hace la punsión por dentro deese punto a un cen tímetro por encima del plano oclusal del tercer molar. La jeringa se mantiene paralela al cuerpo de mandíbula y sobre todo paralela al plâno masticatorio. Se introduce la punta lentamente dos centímetros pegada a la cara interna de la rama del maxilar, al mismo tiempo se gira la jeringa hacia los premolares del lado opuesto manteniéndola en el plano horizontal. La punta de la aguja se mantendrá durante toda la maniobra en contacto con la rama .

Este bloque también se puede efectuar insertando desde los premolares del lado opuesto haciéndola avanzar hacia la rama.

Bloqueo del Nervio Mentoniano.

Técnica: Con el dedo índice izquierdo se palpa el paquete vasculonervioso a su salida del agujero mentoniano. El dedo se deja ahí, ejerciendo una presión moderada mientras la aguja se introduce hacia dicho punto hasta que la punta esté en la cercanía inmediata del paquete vasculonervioso, ahí se inyectan de 1 a 2 ml de solución.

El introducir la aguja en el agujero no es recomendable, debido al riesgo que se corre de producir lesiones nerviosas con trastornos de la sensibilidad del labio inferior como consecuencia. Si es posible orientarse adecuadamente, muchas veces es suficiente con inyectar la solución en el tejido vecino a la fosa mentoniana.

T E M A VIII

EXTRACCION QUIRURGICA DE CANINOS SUP. RETENIDOS Y SU
CLASIFICACION.

Si alguna vez hemos pensado que los dientes retenidos que no producen trastornos evidentes, pueden ser dejados. Hoy creemos que -- la extracción del diente, antes de la aparición de los trastornos que puede originar es la conducta inteligente a aplicarse.

La retención de los caninos superiores puede presentarse de dos maneras, de acuerdo con el grado de penetración del diente en el tejido óseo:

- 1.- Retención intraósea; cuando el diente está totalmente -- cubierto de hueso.
- 2.- Retención Subgingival; cuando parte de la corona emerge del tejido óseo; pero está recubierta por la fibromucosa.

Los caninos pueden clasificarse de acuerdo a:-

- 1.- Con el número de diente retenidos.
- 2.- Con la posición que presentan en el maxilar.
- 3.- Con la presencia o ausencia de dientes en la arcada.

De acuerdo a estos tres puntos se puede ordenar una clasificación que corresponde todos los casos de estas retenciones.

Clase I:- Maxilar dentado, diente ubicado del lado palatino.- Retención unilateral. A).- Cerca de la arcada dentaria, B).- Lejos de la arcada dentaria.

Clase II:- Maxilar dentado, dientes ubicados 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 vestibulepalatinos (con la corona e raíz hacia el lado vestibular).

Clase VI:- Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado palatinos A).- Retención unilateral, B).- Bilateral.

Clase VII:- Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado vestibular: A).- Retención unilateral, B).- Bilateral.



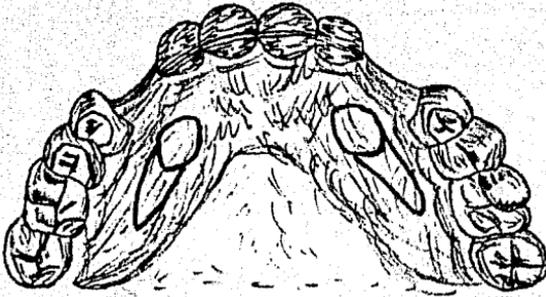
CLASE I



CLASE III

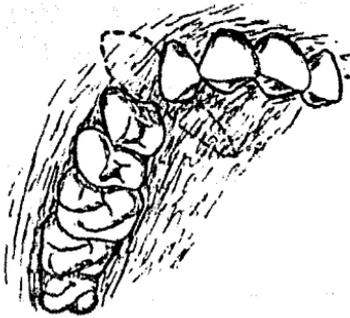
CERCA DE LA ARCADA
DENTARIALEJOS DE LA ARCADA
DENTARIA

CLASE I

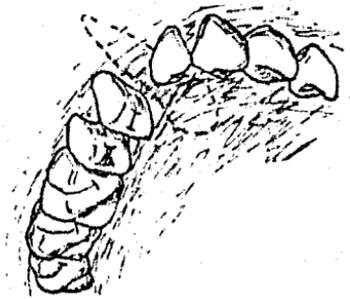


RETENCION BILATERAL

CLASE II



VESTIBULOPALATINO



PALATINOVESTIBULAR

CLASE V



RETENCIONES DE LOS CANINOS
EN MAXILARES DESDENTADOS

T E M A IX.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS SUPERIORES E INFERIORES.

OPERACION:- Incisión: Para extraer un canino retenido en la bóveda palatina, es forzoso desprender parte de la fibromucosa dejando al descubierto la bóveda ósea, o sea que se necesita preparar un colgaje que permita un amplio descubrimiento del lugar donde está retenido el diente a extraer. Este colgaje debe dar una suficiente visión del campo operatorio y debe ser dispuesto de tal modo, que no sea traumatizado en el curso de la intervención.

La extensión del colgaje debe estar dada por la posición del canino retenido. Cúspide y ápice del mismo son los extremos por fuera de los cuales se traza la incisión, la cual puede ser de dos tipos:-

1:- Se realiza en pleno tejido del paladar duro, tiene aplicación para la intervención de caninos alejados del borde alveolar (Clase I b). Tiene una desventaja, que este tipo de incisión no dá un amplio campo y que el estrecho gingival que queda entre la incisión y la arcada alveolar es lastimado durante la intervención.

2:- Este tipo de incisión está más relacionada con los principios quirúrgicos, consiste en el desprendimiento del telón palatino, realizando antes el desprendimiento de la fibromucosa palatina. Del cuello de los dientes. Se usa un bisturí de hoja corta el cual se insinúa entre la encía y los dientes, dirigido en sentido perpendicular a la bóveda llegando hasta el hueso. El desprendimiento se inicia en el límite ya profijado y se extiende en sentido anterior hasta los in-

cisivos centrales, lateral o molar del lado opuesto; según el sitio que ocupe el o los caninos por extraer. Al llegar al sitio donde falte el diente en la arcada, el bisturí contornea parte de la cara mesial del primer premolar, la incisión sigue la cresta de la arcada -- y se continúa hasta el lugar elegido.

La pequeña lengüeta que resulta de la incisión se utilizará provechosamente al hacer la sutura. Si el canino temporal existe, la incisión lo rodea por su cara palatina. En caso de un canino situado más posteriormente no es necesario que la incisión pase la línea media, respetando por lo tanto al desprenderse del colgajo los elementos que se relacionan con el agujero palatino anterior.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:— El desprendimiento del colgajo se realiza con un instrumento como (ESPATULA DE FREER), o con un Pericostomo.

Este instrumento se insinúa entre la arcada dentaria y la encía o entre los labios de la incisión palatina y con pequeños movimientos sin herir ni desgarrar la encía, se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso del paladar. Este colgajo debe estar inmóvil durante el curso de la intervención. Se pasa un hilo de suturar por un punto de la fibromucosa, de preferencia a nivel de la lengüeta gingival del espacio canino. El hilo se anuda a un molar del -- lado opuesto o se toman sus cabos con una pinza de Kocher y se fijan a la compresa que cubre al paciente (Campo hendido), en ambos casos -- el hilo anudado al molar sin pasarlo otra vez por la fibromucosa nos servirá para suturar el colgajo.

Se cohibe la hemorragia ósea o de los vasos palatinos, que --

sin esto la visión no sería correcta.

OSTEOTOMÍA:- Para eliminar el hueso que cubre el diente retenido pedemos velarnos de varios métodos, tienen diferencias fundamentales que se refieren al Shek quirúrgico y a las molestias que pueda sentir el paciente.

LOS INSTRUMENTOS USADOS SON:

La Fresa Quirúrgica y el Escople (ESCOPLO AUTOMÁTICO, O IMPULSADO A GOLPES DE MARTILLO).

La cantidad de Hueso que se vá a eliminar, debe quedar ampliamente descubierta toda la corona retenida y parte de la raíz. La cantidad de hueso a eliminar en la corona debe ser más ancha que esta hasta su cúspide, para que se pueda extraer sin tropiezos y sin traumatismos. Según sea la inclinación del canino se exigirá mayor o menor sacrificio de hueso a nivel de su parte radicular. Por lo general es suficiente descubrir el tercio cervical de la raíz.

USO DE LA FRESA:- La Fresa es el instrumento más usado. Elimina el hueso, limpia y no molesta al operado. Los inconvenientes que se presentan con el recalentamiento del instrumento se subsanan usando frezas nuevas, que deben cambiarse continuamente en el curso de la extracción. Es útil irrigar el hueso con suero fisiológico tibio esterilizado. El empleo de frezas de carburo de Tungsteno y Alta Velocidad facilitan la operación.

La Osteotomía o Fresa se realiza con frezas de bola No.405.- Una vez ubicada la corona del diente retenido se hacen orificios al rededor de la corona y del tercio cervical radicular. La fresa debe tocar la corona del diente y el operador percibe la dureza del esmal-

te, los diversos orificios hechos en el hueso se unen entre sí seccionando el hueso que los separa con una fresa fina de figura No. 568 o por un escople que cumple el mismo cometido dirigido con pequeños golpes, esta tapa ósea se levanta con el mismo escople o con una pequeña legra.

Cuando la corona está muy superficial el hueso puede ser -- eliminado en total con una fresa de bola grande No. 809.

USO DEL ESCOPIO;- Se emplea un recto angulado o de media caña. Se aplica verticalmente al hueso y con golpes de martillo se elimina el hueso que sea necesario. Esta Osteotomía se cumple en partes retirando hueso en pequeños trozos.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA;- Esta parte de la operación -- exige criterio, habilidad y fineza, para no traumatizar, luxar los -- dientes vecinos o fracturar las paredes alveolares.

La operación consiste en eliminar un cuerpo duro inextensible (el diente) de un elemento que debe considerarse inextensible (al -- hueso). Esta maniobra solo puede realizarse con palancas que apoyadas en el hueso vecino más sólido y más protegido, (hueso del lado -- interno) elevan el diente siguiendo la brecha ósea creada.

Este medio se resuelve por dos procedimientos:

1.- Aumentar ampliamente la ventana ósea por donde se eliminará el diente.

2.- Se disminuye el volumen del diente a extraer.

El primer procedimiento exige el sacrificio estéril del tejido óseo vecino, porque para extraer sin traumatismos un canino retenido será necesario extirpar una cantidad considerable de hueso.

El segundo es la aplicación del clásico método de Odontosección. Se corta el diente en el número de trozos que sea necesario y se extraen sus partes por separado.

Existen algunos casos en que el diente está dirigido en sentido próximo vertical, en los cuales la sección no es aplicable. En este caso se crea un espacio con fresas al rededor de la corona del canino y siempre que la cúspide no se encuentre enclaustrada, puede ser extraído con un elevador recto.

La Odontosección se puede hacer con fresa o con espejle.

Al tener seccionado el diente vamos a extraerle por partes.

EXTRACCION DE LA CORONA:- Se introduce un elevador angular, de hoja delgada, entre la cara del diente que irá hacia la línea media y la estructura ósea. Con un movimiento de palanca, con un punto de apoyo en el borde óseo y girando el mango del instrumento se desciende la corona.

EXTRACCION DE LA RAZ:- Eliminada la corona, hay un amplio espacio para dirigir la raíz hacia la cavidad ósea vecina, es más sencilla y exitosa esta manera, que tratar de luxar la raíz a expensas de la elasticidad de la porción ósea del paladar que la cubre. Cuando la estructura es escasa puede luxarse la raíz introduciendo el mismo elevador angular que se usó para la corona.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA:- Extraído el canino debe inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea y extraer las esquirlas de hueso o de diente que puedan quedar y eliminar el saco pericoronario del diente retenido; este se extirpa con una cucharilla filosa. La omisión de esta medida puede traer trastornos infecciosos

y tumorales .

Los bordes óseos agudos y prominentes deben ser alisados con fresas redondas con escofinas, o con lima para hueso.

SUTURA:- El colgajo se vuelve a su sitio, readaptándolo de manera que las lengüetas interdenterias ocupen su ubicación normal.

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

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

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

EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS EN MAXILAR DESIDENTADO.

La vía de elección es la vestibular. Prácticamente todos los casos pueden ser resueltos por esta vía, a no ser los colocados muy profundamente lejos de la tabla externa y próximos a la bóveda. Para éstos últimos usamos la extracción por vía palatina.

Para la extracción de caninos retenidos en la proximidad de la arcada, se deben prever los riesgos de fractura de porciones de la tabla vestibular, lo cual acarrearía trastornos posteriores. Es preferible seccionar el diente, que ejercer presiones peligrosas.

EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES VESTIBULARES.

ANESTESIA:- Los caninos inferiores retenidos pueden ser operados con anestesia general o regional.

OPERACION:- La vía de elección es la vestibular (aún para caninos linguales verticales y con espacio en la arcada, por la ausencia de dientes).

INCISION:- La incisión en arco, sin llegar al borde gingival provee un colgajo suficiente. Puede hacerse un colgajo a expensas del borde libre de la encía, trazando una incisión vertical y desprendiendo la encía del cuello de los dientes, siendo de menor riesgo traumatizar las franjas gingivales entre el borde libre y la incisión; de esta manera el colgajo no deja huellas.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:- Según el tipo de incisión puede ser con una lagra fina o con el Pericostotomo o con la espátula de FREER, se desciende el colgajo mucoperiostico que se sostiene con

un separador como.

OSTEOTOMIA:- Se puede realizar con escople manual, escople - automático o fresas.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA:- Se tiene que realizar la Odontosección para facilitar el problema quirúrgico. La Odontosección se puede hacer con fresa, escople y martillo y con escople automático. - Las porciones seccionadas se extraerán por separado con elevadores -- rectos o angulares, según la posición y la vía de acceso.

SUTURA:- Se puede realizar con seda, hilo, catgut o nylon.

EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES LINGUALES.

Esta posición es poco frecuente. La intervención por el lado lingual es muy laboriosa porque presenta dificultades de acceso, mala iluminación y mala visibilidad causadas por la ubicación del diente - retenido; por esto es preferible realizarla por vía vestibular aún -- con el riesgo de sacrificar dientes.

EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES RETENIDOS EN DESDENTADOS.

La vía de acceso es siempre la vestibular. La incisión angular es la de preferencia; el trazo horizontal de esta incisión llega hasta las proximidades del borde libre y el vertical se traza en ángulo recto con el primero. La incisión de NEUMANN, provoca un útil y -- eficaz colgajo.

CONCLUSIONES

Debemos considerar que es indispensable tener los conocimientos de la anatomía existente, así como la de los tejidos de formación blandos y duros, una buena Historia Clínica y un buen estudio radiográfico en el cual se encuentren radiografías intraorales y extraorales, para poder efectuar un buen diagnóstico y adecuado plan de tratamiento.

Debemos tener estudio radiográfico anticipado para llevar a cabo la intervención que sea necesaria, para la extracción de este tipo de piezas dentarias, también debemos de conocer forma y posición en la cual se encuentran estas piezas dentro de los tejidos blandos y duros.

También se debe de tener previo conocimiento de los diferentes tipos de elevadores y el uso que de ellos vamos a hacer para llevar a cabo una buena intervención quirúrgica con el éxito esperado, ya que de esa manera causaremos menos traumatismo al paciente y lograremos el mejor éxito posible.

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

- Tratado de Anatomía Humana
Dr. Fernando Quiroz.
- Atlas de Disecciones por regiones
TESTUT/ JACOB/ BILLET
- Embriología Humana
BRADLEY M. PATTEN
- Histología
Dr. Arthur W. Ham.
- Periodontología Clínica
IRVING GLICKMAN
- Tratado de Ortodoncia
Dr. Armando E. Monti
- Manual de Anestesia
ASTRA
- Cirugía Buco Dental
ARCHE
- Cirugía Bucal
Dr. Guillermo Ries Centeno
- Cirugía Bucal
Dr. Oscar G. Carrera