



10  
2ej  
Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

## CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

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

**Ma. Dolores Alcántara Martínez**

MEXICO, D. F.

1987



## **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 está 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.

# I N D I C E

	Introducción . . . . .	1
I.	Generalidades . . . . .	2
II.	Diagnóstico y Localización de Caninos Superiores Retenidos . . . . .	5
III.	Clasificación de Caninos Superiores Retenidos . . . . .	10
IV.	Etiología de Caninos Superiores Retenidos . . . . .	12
V.	Accidentes Ocasionados por los Dientes Retenidos . . . . .	16
VI.	Instrumental . . . . .	19
VII.	Preoperatorio . . . . .	28
	-- Anestesia . . . . .	28
	-- Reacciones Alérgicas y Complicaciones . . . . .	33
VIII.	Técnicas para la Extracción de Caninos Superiores Retenidos . . . . .	41
IX.	Complicaciones Ocasionadas por la Extracción de Caninos Superiores Retenidos . . . . .	54
	-- Hemorragia . . . . .	54
	-- Hematoma . . . . .	55
	-- Infección . . . . .	56
	-- Inflamación . . . . .	58
	-- Dolor . . . . .	59

X.	Postoperatorio . . . . .	61
	Conclusiones . . . . .	65
	Bibliografia . . . . .	67

## INTRODUCCION

El objetivo de esta tesis incluye abarcar las nociones teórico-prácticas que exige la realización de una intervención quirúrgica odontológica.

En este trabajo he intentado hacer una descripción clara y sencilla para que así posteriormente pueda servir como material de consulta dedicado exclusivamente al tema del que lleva el nombre.

La práctica de la cirugía bucal requiere de diagnósticos precisos, basados en el conocimiento de la patología, fisiología, bacteriología, reconocimiento radiográfico de los huesos faciales y de la anatomía regional en general. Se requiere de una gran destreza obtenida a través de un buen entrenamiento, paciencia y perseverancia en el manejo de las dificultades.

Lo escrito en esta tesis no es nada nuevo, son procedimientos conocidos y expuestos por muchos autores, pero señalados en forma tal que pueda aparecer clara y entendible para así poder llevar a cabo la intervención de una manera más profesional y con el mínimo de complicaciones posibles.

## GENERALIDADES

Dientes retenidos son aquéllos que llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro del hueso, manteniendo la integridad de su saco pericoronario. Puede presentarse la retención en dos formas:

1. Retención intraósea.- cuando el diente se encuentra rodeado completamente por tejido óseo.
2. Retención subgingival.- cuando está cubierto por mucosa subgingival.

La incidencia de dientes retenidos puede deberse a la reducción gradual del tamaño del maxilar como de la mandíbula.

Por lo menos desde hace 200 años se ha creído a la civilización responsable de la disminución o falta total de estímulo que excite un desarrollo adecuado de los maxilares humanos para proporcionar espacio suficiente para la erupción normal de todos los dientes. Este estímulo es la fuerza necesaria para la masticación, y esto puede ser la causa de la falta de estímulo de crecimiento del maxilar como de la mandíbula y la razón por la que el hombre moderno tiene dientes retenidos.

Esta teoría está fortalecida por exámenes efectuados en maxilares y dientes de antiguos egipcios, beduinos, esquimales, aborígenes australianos e indios de México, que demuestran que estos pueblos no tienen dientes retenidos. Su comida, ya consistente en vegetales y peces, es simple tanto en variedad como en preparación. Su consistencia al estar ya preparada requiere masticación poderosa tanto por parte del niño como del adulto.

Las principales causas de dientes retenidos o anormales en los países occidentales se debe a la alimentación artificial de los bebés, así como los alimentos dulces y blandos.

Hay dientes que tienen mayor predisposición para quedar retenidos, como son los caninos y terceros molares. La frecuencia de dientes retenidos es la siguiente:

3er. molar inf.	35%	incisivo lateral sup.	1.5%
canino superior	34%	incisivo lateral inf.	0.8%
3er. molar sup.	9%	1er. premolar sup.	0.8%
2o. premolar inf.	5%	1er. molar inferior	0.5%
canino inferior	4%	2o. molar inferior	0.5%
incisivo central sup.	4%	1er. molar superior	0.4%
2o. premolar sup.	3%	incisivo central inf.	0.4%
1er. premolar inf.	2%	2o. molar superior	0.1%

Los dientes retenidos en la mayoría de los casos deben extraerse salvo algunas excepciones como son las siguientes:

1. Pacientes cuyo estado de salud general es tan precario que tal procedimiento quirúrgico no sería conveniente.
2. Pacientes cuya edad sea tal que en presencia de un diente totalmente asintomático, ese procedimiento resultaría innecesario o no aconsejable. Si una persona joven necesita extracción total debido a caries se vera o enfermedad periodontal y existen terceros molares que no hayan hecho erupción, podría recomendarse dejar estos dientes retenidos durante un tiempo y extraerlos después. Estos dientes deben extraerse cu

do su erupción sea lo suficientemente avanzada que interfiera con la prótesis.

Por otra parte, todos los dientes intentan hacer erupción y penetrar en la cavidad bucal y los dientes impactados deben extraerse, excepto en aquellas circunstancias en que esto sea poco aconsejable o imposible.

## DIAGNOSTICO Y LOCALIZACION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

El diagnóstico de un canino superior retenido, su posición, la relación con los dientes vecinos y su clasificación, se realizan por los medios clínicos de: inspección, palpación y examen radiográfico.

### Inspección

La ausencia del canino permanente en la arcada, la persistencia del temporal, pueden hacer sospechar la retención. En caso de retención palatina o vestibular, la inspección visual descubre una elevación o relieve en el paladar o vestíbulo.

La altura y forma de la bóveda palatina nos dará una indicación preliminar de la probable ubicación del diente retenido.

No debe ser confundido el relieve originado por el canino con el que puede producir la raíz del incisivo lateral o del premolar.

### Palpación

El dedo índice, que investiga, confirma la existencia de esta elevación, de la misma consistencia que la tabla ósea.

En caso de existir algún proceso infeccioso y una fístula, una sonda introducida por ella nos lleva a chocar con tra un cuerpo duro, que representa la corona del canino.

### Examen radiográfico

Es importante que la posición de un canino retenido sea cuidadosamente determinada antes de la operación. Esto se logra mejor por medio de un examen radiográfico comple to para establecer si se hallan en vestibular o en palatino.

Para encarar el problema quirúrgico, no es suficiente una radiografía intrabucal, tomada sin reglas radiográficas precisas, imprescindibles para ubicar el diente a extraer. Tal radiografía intrabucal sólo hará que nos demos cuenta de la existencia del diente, por lo que es necesario ubicarlo según los tres planos del espacio.

Es imprescindible ver la cúspide y el ápice, y conocer las relaciones que guarda con los órganos vecinos (seno y fosas nasales) y con los dientes vecinos. La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo (densidad, rarefacción, presencia del saco y existencia de procesos óseos pericoronarios).

Antes de encarar un problema quirúrgico de esta especie, debemos verificar, con absoluta precisión, la clase a que pertenece el canino retenido (posición vestibular o palatina, distancia de los dientes vecinos, número de caninos retenidos) para decidir el tipo de operación a realizar (vía de acceso, incisión, etc.). Sólo así evitaremos operaciones mutilantes, traumáticas y llenas de inconvenientes.

Relación vestibulopalatina.- Lo primero que se necesita conocer es la posición vestibular o palatina del diente retenido, para elegir la vía de acceso. A pesar de que aproximadamente un 85% de los caninos retenidos son palatinos y que en muchas ocasiones el relieve que producen en la bóveda los identifica, hay que tener la absoluta seguridad de su posición.

Un método aún cuando no siempre es preciso para ubicar con exactitud aproximada la relación vestibulopalatina, es el empleo de la radiografía oclusal, con el rayo central paralelo al eje de los incisivos. La técnica para obtener esta placa es la siguiente:

Paciente sentado, con su espalda dirigida verticalmente. El plano del arco dentario superior debe ser horizontal; por lo tanto, la película oclusal, después de sostenida entre ambos maxilares en oclusión, debe estar también horizontal. En esta posición para que el rayo central sea paralelo al eje mayor de los incisivos, el cono del aparato radiográfico deberá colocarse sobre la cabeza del paciente, sobre el hueso frontal, aproximadamente 2.5 cm. sobre la glabella, que coincide con la prolongación del eje de los incisivos.

Con esta radiografía oclusal, los incisivos centrales aparecen radiografiados de manera que sólo es perceptible el corte elíptico del ecuador de cada diente, sin apreciarse la proyección de la raíz. El diente retenido aparecerá por delante o por detrás (vestibular o palatino) de la proyección radiográfica de los dientes anteriores.

En la práctica, hay un escaso número de caninos vestibulares en dentados, y esto sucede porque el espacio del lateral al primer premolar no es suficiente para que se aloje un canino horizontalmente.

En maxilares superiores con ligera retrognasia o que presentan la tabla vestibular y los dientes anteriores ligeramente perpendiculares, puede ser visible, en una radiografía oclusal. El rayo central y el eje mayor de los incisivos centrales son una misma línea.

El método para investigar la relación vestibulo-palatina de los caninos superiores retenidos, no es absolutamente seguro por intermedio de la radiografía oclusal. A lo sumo, puede certificarse que con ambas técnicas oclusales, los caninos palatinos se proyectan siempre en el lado palatino. Por la técnica del rayo central a nivel del frontal, los caninos vestibulares (horizontales) aparecen a nivel de los dientes anteriores, o ligeramente vestibulares; por la técnica del rayo central a nivel de los huesos propios, los caninos retenidos vestibulares aparecen por el lado palatino.

Importancia de conocer la porción coronaria. La radiografía debe mostrar con perfecta nitidez: la forma de la corona, la existencia y dimensiones del saco pericoronario; la distancia y relación de la cúspide del canino con los incisivos central y lateral y la distancia con el conducto palatino anterior.

La cúspide del canino puede encontrarse enclavada entre dos dientes, o en contacto con una cara de la raíz del central o lateral. Cualquiera de las dos formas significa un sólido anclaje para la corona del diente retenido y

uno de los principales obstáculos para su eliminación. La corona no puede franquear o lo hace a expensas de la elasticidad de los alveolos de los incisivos (peligro de fractura alveolar) el rincón donde está enclavada. El obstáculo para la extracción del canino retenido, como para cualquier diente en las mismas condiciones, está en su corona y no en su porción radicular.

Por eso, el examen radiográfico debe indicar las relaciones de la corona, antes del acto operatorio, para fijar el método que conviene para la extracción del canino.

Importancia de conocer la porción radicular.- El ápice del canino retenido presenta, por lo general, una pronunciada dilaceración. La existencia de esta anomalía y la ubicación exacta del extremo radicular, deben ser conocidas antes de la operación. Su colocación por encima o al nivel de los ápices de los dientes vecinos, su proximidad con el seno maxilar, deben ser satisfactoriamente investigadas por el examen radiográfico. No siempre es fácil. La gran cantidad de tramas óseas que se interponen al paso de los rayos oscurecen el diagnóstico del ápice del canino.

Los caninos que estén colocados del lado palatino de los dientes (con arcada dentaria completa), deben ser extraídos por la vía palatina; los caninos que se encuentren del lado palatino pero cerca de la arcada dentaria, y con un espacio entre incisivo lateral y primer premolar o entre incisivo central y primer premolar (por ausencia del lateral), pueden ser abordados por la vía vestibular. Cuando la retención es francamente vestibular, la vía de acceso, desde luego, es la vestibular. La vía vestibular es más sencilla, más cómoda y da mejores resultados, aunque no siempre puede ser aplicada.

## CLASIFICACION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

La retención de los caninos superiores puede presentarse de dos maneras, de acuerdo con el grado de penetración del diente en el tejido óseo: retención intraósea, cuando la pieza dentaria está por entero cubierta de hueso, y retención subgingival, cuando parte de la corona emerge del tejido óseo, pero está recubierta por la fibromucosa.

Los caninos pueden ser clasificados de acuerdo: 1) con el número de dientes retenidos; 2) con la posición que éstos presentan en el maxilar; 3) con la presencia o la ausencia de dientes en la arcada.

Según su número, la retención puede ser simple o doble, en el caso en que se presentan ambos caninos retenidos. Según su posición, los caninos situados en el lado palatino o en el lado vestibular, según exista presencia o ausencia de dientes en la arcada, pueden clasificarse como caninos en maxilares dentados o en maxilares desdentados.

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

Clase I. Maxilar dentado. Diente ubicado del lado palatino. Retención unilateral cerca de la arcada dentaria o lejos de ella.

Clase II. Maxilar dentado. Dientes ubicados en el 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 vestibulopalatinos con la corona o raíz hacia el lado vestibular.
- Clase VI. Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado palatino. a) retención unilateral b) retención bilateral.
- Clase VII. Maxilar desdentado. Dientes ubicados del lado vestibular. a) retención unilateral b) retención bilateral.

## ETIOLOGIA DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

El problema de la retención dentaria es de tipo mecánico. El diente encuentra en su camino un obstáculo que le impide su erupción, representando un impedimento mecánico. Las razones por las cuales el diente no hace erupción son:

### 1. Razones embriológicas

El germen dentario se localiza en un sitio muy alejado del sitio apropiado y por razones mecánicas no puede llegar al borde alveolar. También puede suceder que el germen se encuentre en su sitio pero con una angulación tal, que no permite su erupción y que su fuerza impulsiva hace que entre en contacto con un diente vecino, el cual le impide erupcionar normalmente.

### 2. Obstáculos mecánicos

- a) Falta de espacio. - El canino superior tiene su germen situado en lo más elevado de la fosa canina, y una vez calcificado el diente, no hay lugar para ir a ocupar su sitio en la arcada cuando el maxilar es reducido.
- b) Hueso de gran condensación. - que no puede ser vencido por el trabajo de erupción (enostosis).
- c) Los órganos dentarios de los dientes vecinos que por la extracción prematura del temporal han acercado sus coronas, las cuales constituyen un obstáculo mecánico y la posición del diente que choca contra las raíces de los dientes vecinos.

- d) Los elementos patológicos como dientes supernumerarios, tumores odontogénicos son obstáculos mecánicos, así como también un quiste puede rechazar o incluir profundamente al diente que se encuentra en su camino, impidiéndole su erupción.
- e) La mucosa que cubre el tercio anterior del paladar está sujeta a repetidos esfuerzos y presiones durante la masticación, por lo cual se vuelve fibrosa, densa y resistente.
- f) Reabsorción retardada de las raíces de los caninos primarios.
- g) Los caninos erupcionan entre los dientes que ya están en oclusión y entran en la competencia por el espacio con los segundos molares que generalmente también están en erupción.

### 3. Teoría ortodóntica

El crecimiento normal de la mandíbula y el movimiento de los dientes, se hacen en una dirección anterior; cualquier cosa que interfiriera con tal desarrollo, causará inclusión o retención dental. Generalmente el hueso denso resulta de un retardo del movimiento hacia adelante y muchas situaciones patológicas ocasionarán condensación del tejido óseo. Por ejemplo, infecciones agudas, fiebres, trauma severo, maloclusión y la inflamación local de la membrana periodontal pueden incrementar la densidad ósea.

La respiración bucal constante, generalmente provoca arcadas dentarias de menor tamaño y, en consecuencia,

aquellos dientes que hacen su erupción al último, no tienen espacio para su colocación en oclusión. Una pérdida temprana de los dientes temporales puede causar una detención del desarrollo de la mandíbula y/o una malposición de los dientes permanentes, dando por resultado inclusiones dentarias.

#### 4. Teoría filogenética

La naturaleza trata de eliminar aquello que no se usa, y nuestra civilización con sus hábitos nutricionales cambiantes, prácticamente ha eliminado la necesidad humana para tener mandíbulas grandes y poderosas. Como resultado de esta función alterada, el tamaño del maxilar y mandíbula ha disminuido.

#### 5. Teoría mendeliana

Parece probable que en forma hereditaria, tal como la transmisión de mandíbulas pequeñas de uno de los padres y dientes del otro --pueda ser un factor etiológico importante en los dientes retenidos--, ciertamente es posible que se produzcan, en forma artificial en algunos animales, ciertas irregularidades mediante manipulación genética. Podría ocurrir lo mismo en la población humana?

La retención por palatino es tres veces más frecuente que por vestibular.

La gran mayoría de los casos de retención se encuentra en las mujeres, a causa de que los huesos del cráneo y los maxilares son por lo general más pequeños que en el hombre.

## 6. Causas generales

Todas las enfermedades relacionadas con las glándulas endócrinas pueden ocasionar trastornos de la erupción, retenciones o ausencia de dientes. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio (raquitismo) tienen influencia sobre la erupción dentaria.

Se dice que la causa más frecuente de la inclusión del canino es el desequilibrio de tensión entre la musculatura externa e interna de las arcadas dentarias.

## ACCIDENTES OCASIONADOS POR DIENTES RETENIDOS

Todo diente retenido puede llegar a causar algún accidente, a pesar de que muchas veces pasan inadvertidos y no ocasionan ninguna molestia al paciente portador. Estos accidentes pueden ser clasificados de la siguiente manera:

### Trastornos mecánicos

Los dientes retenidos pueden afectar la colocación de los dientes vecinos en el maxilar o alterar su integridad anatómica.

- a) Trastornos sobre la colocación de los dientes.- El diente retenido en su intento de "desinclusión" produce desviaciones en la dirección de los dientes vecinos y aún trastornos a distancia, como el que produce el tercer molar sobre el canino e incisivos, a los cuales desvía de su dirección normal, produciendo entrecruzamientos de dientes y apiñamientos antiestéticos.
- b) Trastornos sobre la integridad anatómica del diente.- La presión constante que ejerce el diente retenido o su saco pericoronario sobre el diente vecino, se traduce en alteraciones en el cemento (rizalisis), en la dentina y hasta en la pulpa de los dientes vecinos. Esto último puede ocasionar afecciones parodontales variables.
- c) Trastornos "protéticos".- Pacientes portadores de aparatos de prótesis advierten que sus chapas basculan en la boca y no se adaptan con la comodidad a que es-

taban acostumbrados. El examen clínico descubre una protuberancia en la encía y una radiografía aclara el diagnóstico de una retención dentaria. El diente, en su trabajo de erupción, cambió la arquitectura del maxilar con las naturales molestias.

### Accidentes infecciosos

Estos accidentes están dados por la infección de su saco pericoronario. La infección de este saco puede originarse por distintos mecanismos:

Al hacer erupción el diente retenido, su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal, el proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o periodóntica de un diente vecino, la infección del saco puede originarse por la vía hemática. La infección del saco folicular se traduce en procesos de distinta índole --inflamación local con dolores, aumento de temperatura local, absceso y fistula, osteítis y osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos generales--.

También aquí se contienen los procesos que se han originado como consecuencia de las caries en los dientes retenidos y producidos por perforaciones (pueden ser invisibles y sin embargo, comunicar al diente con el medio externo). Estos procesos infecciosos pueden actuar como "infección focal," produciendo trastornos diversos y a distancia, es to puede ser sobre órganos vecinos como son las fosas nasales o senos paranasales.

### Accidentes nerviosos

Los accidentes nerviosos producidos por los dientes retenidos son bastante frecuentes. La presión que el diente

ejerce sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios o sobre troncos mayores, es posible que origine neuralgias del trigémino de intensidad, tipo y duración variable.

Igualmente, se ha sabido de casos relacionados con dientes retenidos como son las "peladas", ulceraciones de la córnea, ataques epilépticos y trastornos mentales.

### Accidentes tumorales

Aquí se incluyen los quistes dentígeros, los cuales se originan a expensas de la hipergénesis del saco folicular. Todo diente retenido es un quiste dentígero en potencia. Los dientes portadores de estos quistes emigran del sitio de iniciación del proceso, ya que al crecer el quiste, éste desplaza al diente originador.

## INSTRUMENTAL

Los instrumentos que se emplean en cirugía bucal son muchos y diversos. Si se usa el menor número de instrumentos que se requieren para un procedimiento quirúrgico, será más eficiente la intervención. Antes de que los instrumentos puedan utilizarse de manera correcta, se deben tener conocimientos básicos sobre ellos y las indicaciones para su uso.

### Bisturf

Para cirugía bucal existen tres hojas y dos mangos de bisturf. Las hojas son números 11, 12 y 15, y mangos 7 y 3. La hoja No. 11 se usa para incisión y drenaje y cuando se requiere cortar a ciegas tejidos profundos. La hoja No. 12 se adapta para seguir las líneas cervicales de los dientes. La hoja No. 15 es de uso general y la más empleada. El bisturf se usa tomándolo como si fuera una pluma. El tejido debe mantenerse tenso. Se hace presión firme hacia abajo y se realiza el movimiento continuo hasta la distancia deseada. Cuando se incide mucoperiostio, la incisión debe llegar a hueso en un solo movimiento.

### Legras

El mucoperiostio del paladar anterior está fuertemente unido al hueso y es difícil levantarlo en su totalidad, debido al tejido denso y grueso, así como a la rugosidad del hueso del paladar. Cuando se manejen colgajos de mucoperiostio, se usa la porción más grande del instrumento con su convexidad hacia el colgajo para que haya menos desgarre y perforación del colgajo. El instrumento

se toma a manera de lápiz. Al iniciar el movimiento para levantar el colgajo, se forma éste primero en la zona de la papila interdientaria, con el extremo pequeño de la legra. Es conveniente no levantar el colgajo de mucoperiostio más allá de la zona de tejido que debe exponerse, ya que siempre que se levanta un colgajo existe cierto grado de resorción ósea.

### Retractor de tejidos

Un retractor de cinta tiene varias ventajas y es el que más comúnmente se emplea en procedimientos quirúrgicos extrabucales,

Los retractores son utilizados principalmente por el ayudante y deben sujetarse con la mano derecha, dejando la mano izquierda para manejar el aparato de succión. Su principal objetivo es retraer los tejidos de manera suave, pero con firmeza y seguridad para que el cirujano tenga acceso visual directo a la zona quirúrgica. El ayudante debe cuidar de no pellizcar el labio y otros tejidos. Cuando la retracción no sea necesaria y siempre que sea posible, debe suspenderse para permitir un flujo sanguíneo adecuado.

### Pieza de mano y fresa

La fresa quirúrgica se utiliza frecuentemente en la remoción de hueso y en el corte de los dientes. Se prefieren las fresas de carburo en lugar de las de acero para hacer esto. La pieza de mano convencional a base de poleas y cuerdas tiene la desventaja de ser sucia, lenta e inconveniente. Siempre que sea posible es preferible utilizar equipo de alta velocidad. Las fresas más útiles en los

procedimientos de cirugía bucal son: la fresa de fisura estriada y la fresa redonda de carburo. La irrigación con agua debe utilizarse al cortar, tanto para reducir la producción de calor y mantener la zona limpia, como para mejorar la eficiencia del corte.

### Elevador o Botador

Uno de los instrumentos auxiliares más valiosos en la extracción de los dientes es el elevador para luxar los dientes antes de aplicar el fórceps. Ayuda facilitando la extracción del diente, disminuye la fractura del mismo, hace más fácil la eliminación de ápices fracturados de las raíces, si el diente ha sido luxado antes de la fractura.

Al elevador se le pueden considerar tres porciones fundamentales: el mango, el cuello y la hoja. La hoja del elevador recto es cóncava y se utiliza con la superficie cóncava hacia el diente que va a luxarse. El borde occlusal de la hoja se adapta al diente mientras que el borde gingival lo hace al hueso interseptal, el cual constituye el punto de apoyo.

La forma en que se utiliza el elevador en la extracción de los dientes es de una palanca de primer grado, o sea, una palanca con el punto de apoyo (que es el hueso alveolar) entre la resistencia (el diente) y la fuerza (la mano del operador). La función de una palanca es obtener ventaja mecánica. Otra aplicación de la palanca es la de cuña. La acción de cuña de un elevador puede utilizarse ventajosamente en la eliminación de puntas de raíces fracturadas.

El cirujano bucal debe apegarse a ciertas precauciones básicas cuando utiliza los elevadores. La correcta posic

ción del elevador, dirección y fuerza son fundamentales para prevenir daños a los dientes adyacentes, al proceso alveolar y a la mandíbula o al maxilar. El peligro de dañar a los tejidos adyacentes se puede disminuir mediante la colocación de un dedo a lo largo del tallo del elevador y otro en la zona que se está trabajando para que en un momento dado actúe como tope si el instrumento resbala.

### Cizalla o alveolotomo

Es un instrumento a manera de fórceps que se utiliza para eliminar hueso mediante una acción de tijera o corte. Hay dos tipos: la cizalla de corte lateral y la de corte terminal. La cizalla de corte terminal es adecuada para agrandar la pared ósea de un quiste, o el antro, eliminando el hueso periférico mediante su acción de mordedura. Es también útil para realizar una alveolectomía. Algunas veces puede emplearse para eliminar adherencias de tejido fibroso denso como un saco pericoronar. La cizalla de corte lateral es idónea para los procedimientos de alveolectomía. Debe utilizarse en posición horizontal con uno de los bordes cortantes del fórceps trabado en lo alto del alveolo, mientras que la otra hoja es llevada hacia éste mediante una acción de corte. Esto hace que la eliminación del exceso de tejido óseo sea controlada y provoca una menor fractura o daño a una gran parte del hueso. Es un instrumento radical que elimina grandes cantidades de hueso rápidamente. Sin embargo, cuando se le usa cuidadosamente y con buen juicio es muy útil para el cirujano.

### Lima para hueso

La lima para hueso se utiliza para el recorte final del borde óseo, después de la eliminación gruesa de la cizalla. Siempre que se utilice la cizalla, posteriormente debe usarse la lima. Esta debe colocarse en la parte alta de la cresta interseptal y mediante movimientos de tracción se llevará hasta la cresta misma. Es necesario limpiar cuidadosamente el instrumento, principalmente los surcos, haciéndolo con una esponja. Las partículas de hueso pueden penetrar en la herida si no se realiza un cuidadoso aseo después de cada movimiento o cuando se ha completado el limado.

### Sonda de Gilmore

Esta es un explorador quirúrgico. Es un instrumento delgado que puede romperse fácilmente. No se le debe utilizar como palanca. Su función es únicamente la exploración y la extracción de restos radiculares cerca de estructuras tales como el conducto alveolar inferior y la mucosa que tapiza el seno maxilar. Este es un instrumento afilado y peligroso, y puede penetrar y lesionar estas mismas estructuras.

### Cureta de dos puntas

Se fabrica en tres tamaños básicos: pequeño, mediano y largo. Su función es explorar los ápices de los alveolos y enuclear granulomas, tumores de tejidos blandos, quistes y estructuras similares. La cureta es un delicado instrumento, diseñado para que el cirujano sienta la naturaleza de las estructuras con las cuales entra en contacto. Cuando se adquiere destreza con este instrumento

se puede diferenciar entre tejido óseo, estructuras denturias y tejidos blandos. Empleando la cureta, el contenido total del ápice puede ser llevado hacia la superficie mediante movimientos de cuchareo hasta que el alveolo esté limpio.

### Tijeras

Hay dos tipos principales que son de uso general denominadas tijeras para sutura y tijeras para tejidos. Las tijeras de Mayo de 15 cm. de dos puntas afiladas, sirven tanto para diseccionar como para cortar bordes de la herida. Cuando se cortan los bordes de las heridas es conveniente inmovilizar al tejido por medio de unas pinzas de diseccion que permitan realizar un corte preciso y cuidadoso. Cuando se disecciona tejido, las tijeras se introducen en la posición cerrada y posteriormente se abren con fuerza. El propósito de esta técnica es hacer diseccion roma de los tejidos con hemorragia mínima y sin riesgo de cortar estructuras anatómicas importantes.

Aunque las tijeras para tejidos pueden utilizarse también para el corte de suturas, en muchos casos las tijeras de sutura específicas son unas tijeras de Mayo de 15 cm, con una hoja roma y la otra en punta, lo que permite al ayudante deslizar la hoja de la tijera a lo largo del hilo de sutura hasta topar con el nudo a nivel del cual debe cortarse la sutura. Esto es particularmente importante en suturas que van a permanecer en la profundidad de la herida sin cabos largos.

### Pinzas para tejidos

Las pinzas para tejidos se utilizan con el fin de inmovilizar el tejido cuando la aguja se hace pasar a través

del mismo. Hay varios tipos, sin embargo, unas buenas pinzas para tejidos de uso general en cirugía bucal son las pinzas para tejidos bucales de Rochester. Además de éstas, existen las pequeñas pinzas para tejidos de O'Brien sin dientes; las pinzas para apósitos nasales que son instrumentos en forma de bayoneta; las pinzas para algodón, para la colocación de apósitos en los alveolos y las pinzas para tejidos con dientes.

### Sutura, aguja y portaaguja

Sutura.- Para suturar la mucosa bucal se usa seda negra 3-0. Este material está tratado a prueba de suero y trenzado para evitar que se enrede. El material de sutura no absorbible tiene resistencia a la tensión uniforme, ya sea seco o húmedo, lo que lo hace adecuado para la técnica de hacer nudos con instrumentos ahorrando tiempo. Siendo de color negro las puntadas, son más fáciles de ver para ser retiradas.

Aguja.- La aguja debe tener un borde cortante para suturar la mucosa bucal. Se emplea la marcha Anchor 1822-18 (grande) o 1822-20 (pequeña) o la Hu-Friedy, 3/8 de círculo, tamaño 18 ó 20.

Portaagujas.- Utilícese siempre el portaaguja Hegar-Mayo de 15 cm. de longitud.

La aguja debe fijarse siempre inmediatamente por debajo del ojal con el objeto de proporcionar una longitud máxima de paso a través de los tejidos de la misma.

### Pinzas hemostáticas

Aunque hay una gran variedad, las pinzas de mosquito y las de Kelly son las más utilizadas para la boca. Estas

se fabrican tanto rectas como curvas. Las pinzas de Allis son buenas para fijar bordes durante la disección y en algunos casos para retraer la porción de tejido que va a eliminarse.

Cuando se utilizan pinzas hemostáticas para impedir el sangrado, primero se comprime la zona con una gasa y cuando el ayudante la retira del sitio de sangrado, se colocan las pinzas rápidamente mientras el tejido se encuentra aún isquémico, presionando la porción de tejido que parezca ser el sitio del sangrado. Las pinzas hemostáticas se utilizan también para extraer fragmentos de dientes y ápices radiculares, así como para sujetar tejidos tales como folículos, membranas o quistes.

### Aspirador

El aspirador es sostenido por la mano izquierda del ayudante, dejando la mano derecha libre para retraer la lengua o el labio cuando sea necesario. La finalidad es mantener varias zonas de la cavidad bucal libres de sangre, saliva o detritus en todo momento. La aspiración debe realizarse cuidadosamente sin provocar náuseas al paciente. El ayudante debe conocer bien el sonido normal del aspirador para detectar cuando éste se encuentre parcialmente tapado u obstruido.

### Fórceps

Hay muchas clases de fórceps y todos ellos están diseñados de acuerdo a ciertos principios básicos. En general, los fórceps para dientes superiores se han diseñado de tal forma que los bocados se encuentran en línea paralela al eje mayor de los mangos y los fórceps para dientes

inferiores tienen los bocados en ángulo recto con respecto al mango. Debemos tratar de mantener los bocados en línea con el eje mayor del diente para disminuir la fractura de las raíces. El fórceps puede estar diseñado para adaptarse a la anatomía de un diente en particular o tener un diseño universal.

## PREOPERATORIO

La preparación del paciente se realiza antes de la colocación de los campos quirúrgicos. El objetivo principal de la preparación quirúrgica es reducir la flora bacteriana sobre el campo operatorio. Las bacterias que en mayor cantidad se encuentran sobre la piel son grampositivas. Rara vez se encuentran otro tipo de bacterias, ya que en general requieren de un medio líquido para vivir. Las bacterias de la piel se encuentran principalmente en los folículos pilosos, las capas superiores de queratina, surcos profundos y grietas de la piel y los conductos de las glándulas sebáceas.

Debe recomendarse a las pacientes femeninas que no utilicen maquillaje, y a los masculinos que estén afeitados. Deben también prescindirse de las prótesis totales o parciales a menos que sean necesarias durante la operación.

### Anestesia

Como en toda intervención quirúrgica, la anestesia es fundamental. La extracción de dientes retenidos es una operación larga y molesta. La anestesia debe prever la duración de la operación. Puede emplearse una anestesia base, administrando al paciente un barbitúrico.

La premedicación se descuida en las anestésicas infiltrativas, pero es un buen coadyuvante para su éxito. Desde luego no es necesario emplearla en todos los casos; en pacientes nerviosos y en intervenciones largas y difíciles la administración previa de medicamentos ayuda y mejora sus efectos y los dolores postoperatorios se reducen.

El paciente debe estar informado antes de la punción que la inyección va a realizarse con lentitud y consecuentemente con menos molestia. Al insertar la aguja, el tejido debe estar ligeramente tenso y después de la punción inicial, la aguja se avanza lentamente a través de los tejidos hasta el punto donde la solución va a ser depositada. Cuando se alcanza el sitio apropiado se deposita aproximadamente 1 a 1.5 ml de solución para proporcionar una anestesia adecuada y en seguida se retira la aguja. La solución debe depositarse lentamente y el paciente ser observado cuidadosamente en busca de reacciones anormales.

Las dos técnicas básicas de inyección para obtener anestesia local dental son: la suprapariosteica (infiltración) y el bloqueo nervioso. En la inyección suprapariosteica, la solución anestésica se deposita sobre el periostio frente a los ápices radiculares de los dientes seleccionados. La solución se difunde a través del periostio y la lámina ósea, e invade las fibras nerviosas que se introducen en los ápices de las raíces y en las que inervan a la membrana periodontal. La inyección suprapariosteica proporciona anestesia adecuada para procedimientos odontológicos, sobre cualquiera de los dientes, de los maxilares y, a menudo, sobre los incisivos mandibulares. Debe recordarse que para extraer un diente del maxilar deberá realizarse una inyección palatina junto con la inyección suprapariosteica. La inyección intraoral para bloqueo nervioso se describe, al igual que sus principios básicos:

1. Se deben manejar y aplicar técnicas estériles.
2. La mucosa debe secarse con una gasa estéril antes de la punción con la aguja.
3. A criterio del operador pueden utilizarse soluciones anestésicas locales y/o metafén.

4. Deben utilizarse agujas desechables estériles previamente preparadas y cartuchos de solución anestésica estéril de dosis conocida.
5. La aguja no debe emplearse nuevamente sino desecharse después de terminada la intervención.
6. La jeringa de aspiración debe utilizarse especialmente en inyecciones para bloqueo.

A continuación se indica el tipo de anestesia que se emplea en cada intervención:

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

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

#### Inyección submucosa profunda del maxilar superior

Esta debe ser realizada en el fondo del surco vestibular, para bloquear así las terminaciones nerviosas que llegan al ápice dentario, al hueso, al periostio y a la encía, depositando la solución sobre los ápices dentarios. Con los dedos índice y pulgar se toma el labio a nivel del sitio a puncionarse y se tracciona hacia arriba y afuera, de manera que la mucosa y los frenillos subyacentes queden tensos y firmes y se punciona tangencialmente a éstos.

Después de perforar la submucosa, por debajo de ella se depositan 4 ó 5 gotas de líquido y se sigue avanzando lentamente, depositando solución a su paso, hasta ubicar la punta de la aguja con su bisel hacia el hueso.

#### Anestesia submucosa profunda en la bóveda palatina

En la zona fibrosa la punción es dolorosa. La inyección es difícil por la gran presión a la que hay que someter al líquido para que venza la trama de los tejidos. La zona a elegirse para realizar la anestesia submucosa profunda es la del tejido laxo, sin que los tejidos opongan gran resistencia.

Recordando la anatomía nerviosa de la bóveda palatina, es preferible realizar la anestesia a nivel de la salida de los nervios en esta región.

#### Inyección nasopalatina

Esta inyección anestesia el tercio anterior del paladar, desde el canino de un lado al canino del lado opuesto. Sin embargo, comúnmente hay entrecruzamiento del nervio palatino anterior en la región de los caninos. La punción en la inyección para el bloqueo nasopalatino, se realiza a un lado de la papila incisiva. La aguja se dirige hacia arriba al conducto palatino anterior.

#### Inyección palatina posterior

El nervio palatino anterior se bloquea con esta inyección dando por resultado la anestesia del mucoperiostio palatino, desde la tuberosidad hasta la región de los caninos y

Recordando la anatomía nerviosa de la bóveda palatina, es preferible realizar la anestesia a nivel de la salida de los nervios en esta región..

### Inyección nasopalatina

Esta inyección anestesia el tercio anterior del paladar, desde el canino de un lado al canino del lado opuesto. Sin embargo, comúnmente hay entrecruzamiento del nervio palatino anterior en la región de los caninos. La punción en la inyección para el bloqueo nasopalatino, se realiza a un lado de la papila incisiva. La aguja se dirige hacia arriba al conducto palatino anterior.

### Inyección palatina posterior

El nervio palatino anterior se bloquea con esta inyección dando por resultado la anestesia del mucoperiostio palatino, desde la tuberosidad hasta la región de los caninos y desde el plano medio, a la cresta gingival en el lado inyectado. La punción se realiza mesialmente con respecto a la raíz palatina del tercer molar superior, con la aguja dirigida desde el lado opuesto de la boca.

### Anestesia infraorbitaria

Para localizar el agujero infraorbitario se hace lo siguiente: se traza una línea horizontal que una ambos rebordes orbitarios inferiores. A ésta se la corta con una vertical que partiendo de la pupila, coincida con el eje del segundo premolar. Sobre esta línea se encuentran también los agujeros supraorbitario y mentoniano.

El agujero infraorbitario queda a 7 mm por debajo del reborde orbitario. El dedo índice de la mano izquierda palpa el borde orbitario e identifica por debajo de él una hendidura, que a la presión produce un dolor neurálgico particular; éste es el agujero que buscamos.

desde el plano medio, a la cresta gingival en el lado inyectado. La punción se realiza mesialmente con respecto a la raíz palatina del tercer molar superior, con la aguja dirigida desde el lado opuesto de la boca.

### Anestesia infraorbitaria

Para localizar el agujero infraorbitario se hace lo siguiente: se traza una línea horizontal que una ambos bordes orbitarios inferiores. A ésta se la corta con una vertical que partiendo de la pupila, coincida con el eje del segundo premolar. Sobre esta línea se encuentran también los agujeros supraorbitario y mentoniano.

El agujero infraorbitario queda a 7 mm por debajo del borde orbitario. El dedo índice de la mano izquierda palpa el borde orbitario e identifica por debajo de él una hendidura, que a la presión produce un dolor neurálgico particular; éste es el agujero que buscamos.

### Reacciones Alérgicas y Complicaciones

El uso de anestésicos locales en odontología es hoy en día un procedimiento a tal punto rutinario que llegamos a olvidarnos de los accidentes que puede provocar su empleo. Aparentemente, los anestésicos locales no presentan ningún peligro, aunque algunas veces surgen complicaciones que suelen clasificarse en: 1) locales y 2) generales.

## 1. Complicaciones locales

### Contaminación de las agujas

La contaminación bacteriana de las agujas es un fenómeno relativamente frecuente en casi todos los consultorios, salvo en los de limpieza escrupulosa. La secuela más habitual es una infección de intensidad leve, ya sea limitada al área de los tejidos periodontales o situada profundamente.

Los depósitos químicos sobre las agujas se deben a las soluciones empleadas para la esterilización o, quizás a la esterilización química con vapor. Producen, con frecuencia, inflamación y dolor después de la inyección.

### Reacciones a los anestésicos tópicos o inyectados

Suelen manifestarse por una descamación epitelial posterior a la aplicación de anestésicos locales. Generalmente, este tipo de descamación es el resultado de una aplicación demasiado prolongada del anestésico tópico, aunque a veces puede deberse a una hipersensibilidad de los tejidos. Todos los anestésicos locales pueden ser tóxicos; sus efectos tardíos son casi siempre transitorios. Los abscesos estériles o gangrena provocados por la isquemia aparecen después de inyectar en el tejido firme y duro del paladar una cantidad excesiva de la solución anestésica que contiene un vasoconstrictor. También cabe señalar que los cirujanos dentistas no siempre están inmunes a la dermatitis de

contacto. El trismo y el dolor, consecutivos a la inyección de la solución en músculos o tendones, se cuentan entre las modificaciones tisulares locales producidas por los anestésicos locales. Muchas de las dolencias atribuidas a causas operatorias postquirúrgicas son simplemente el resultado de la administración incorrecta de la solución anestésica. La parestesia y la neuritis, provocadas por la penetración de la aguja en el nervio, son otra complicación también relacionada con el no cumplimiento de los principios de la inyección basados en la morfología.

#### Rotura de las agujas

La rotura de la aguja casi nunca llega a ser un problema; las agujas actuales presentan propiedades físicas que impiden que esto suceda. La rotura se produce, generalmente, cuando la aguja atraviesa un músculo o cuando pasa por debajo del periostio provocando un movimiento reflejo brusco de la cabeza del paciente.

#### Masticación del labio

Esta es una complicación que suele presentarse en los niños, se debe al uso de anestésicos de larga duración. Se recomienda colocar un rollo de algodón entre los labios o sujetarlo mediante seda dental cuando la anestesia persiste todavía en el momento que el niño sale del consultorio. Las advertencias verbales hechas al niño o al adulto que lo acompaña, deben ser explicadas claramente, aunque a veces resultan inútiles si no son reforzadas por el empleo de rollos de algodón.

## Traumatismo de la inyección

El traumatismo provocado por la inyección comprende la gran mayoría de las complicaciones locales. La técnica supraperióstica suele provocar reacciones menores como edema, dolor persistente y a veces ulceración ligera en el punto de inserción de la aguja. La primera de estas complicaciones se debe a la infección, a una inyección demasiado rápida o demasiado voluminosa; la última es provocada por la infección. Este tipo de malestar cede generalmente en unos cuantos días. La perforación de una arteria se manifiesta por la aparición de hematomas. Cualquiera de estas complicaciones puede producir tumefacción y dolor.

## 2. Complicaciones generales

### Reacciones alérgicas

Estas son sumamente raras. La anafilaxia representa para el dentista un problema de suma gravedad, puesto que la oportunidad de salvar al enfermo es tan efímera que generalmente ocurre la muerte. Afortunadamente el choque anafiláctico que puede ser provocado por la inyección de soluciones anestésicas es, por lo general, una rareza. En algunos casos, la alergia puede manifestarse por erupciones cutáneas.

### Reacciones tóxicas

Suelen aparecer cuando una cantidad excesiva de anestésico es absorbida demasiado rápidamente por el organismo. La absorción aumenta cuando se inyectan a gran velocidad cantidades excesivas de la solución. La secuencia de la reacción tóxica toma la forma de excitación, convulsiones y depresión.

punto de inserción de la aguja. La primera de estas complicaciones se debe a la infección, a una inyección demasiado rápida o demasiado voluminosa; la última es provocada por la infección. Este tipo de malestar cede generalmente en unos cuantos días. La perforación de una arteria se manifiesta por la aparición de hematomas. Cualquiera de estas complicaciones puede producir tumefacción y dolor.

## 2. Complicaciones Generales

### Reacciones alérgicas

Estas son sumamente raras. La anafilaxia representa para el dentista un problema de suma gravedad, puesto que la oportunidad de salvar al enfermo es tan efímera que generalmente ocurre la muerte. Afortunadamente, el choque anafiláctico que puede ser provocado por la inyección de soluciones anestésicas es, por lo general, una rareza. En algunos casos, la alergia puede manifestarse por erupciones cutáneas.

### Reacciones tóxicas

Suelen aparecer cuando una cantidad excesiva de anestésico es absorbida demasiado rápidamente por el organismo. La absorción aumenta cuando se inyectan a gran velocidad cantidades excesivas de la solución. La secuencia de la reacción tóxica toma la forma de excitación, convulsiones y depresión.

### Reacciones psíquicas

La mayoría de los enfermos manifiestan reacciones psíquicas, pero, generalmente, el dentista se percató sólo de aquellos signos que preceden inmediatamente al síncope. Afortunadamente, el poder de recuperación del organismo es tal que sólo en raras ocasiones aparecerá un estado de choque.

### Reacciones psíquicas

La mayoría de los enfermos manifiestan reacciones psíquicas, pero generalmente el dentista se percata sólo de aquellos signos que preceden inmediatamente al síncope. Afortunadamente, el poder de recuperación del organismo es tal que sólo en raras ocasiones aparecerá un estado de choque,

La administración de un anestésico local puede ir seguida por un ataque asmático agudo. Se considera que estos ataques son una manifestación alérgica o que traducen un estado de tensión emocional,

### Hepatitis sérica

La enfermedad es transmitida únicamente por la introducción parenteral del virus; en la literatura encontramos numerosos informes de casos perfectamente comprobados consecutivos al empleo de agujas y jeringas no estériles,

### Profilaxis y Tratamiento

El empleo cada vez más extenso de agujas desechables ha modificado la profilaxia y el tratamiento de muchas complicaciones locales. Sin embargo, las agujas de bisel largo y de punta aguda favorecen la penetración inadvertida en tejidos que deberían evitarse. Las agujas delgadas con biseles largos y puntiagudos no pueden utilizarse como sondas porque penetran con demasiada facilidad en el músculo, arteria o nervio provocando trismo, dolor tardío, hematoma, parestesia o una neuritis postanestésica.

La administración de un anestésico local puede ir seguida por un ataque asmático agudo. Se considera que estos ataques son una manifestación alérgica o que traducen un estado de tensión emocional.

### Hepatitis sérica

La enfermedad es transmitida únicamente por la introducción parenteral del virus; en la literatura encontramos numerosos informes de casos perfectamente comprobados consecutivos al empleo de agujas y jeringas no estériles.

### Profilaxis y Tratamiento

El empleo cada vez más extenso de agujas desechables ha modificado la profilaxia y el tratamiento de muchas complicaciones locales. Sin embargo, las agujas de bisel largo y de punta aguda favorecen la penetración inadvertida en tejidos que deberían evitarse. Las agujas delgadas con biseles largos y puntiagudos no pueden utilizarse como sondas porque penetran con demasiada facilidad en el músculo, arteria o nervio, provocando trismo, dolor tardío, hematoma, parestesia o una neuritis postanestésica.

La profilaxia del trismo consiste en seguir exactamente el camino anatómico, lo cual es imposible de realizar si no se utiliza una aguja fuerte y rígida y con bisel corto. El tratamiento más adecuado para el trismo y la neuritis es la irradiación con rayos infrarrojos. La parestesia, consecutiva a una lesión del nervio, suele ceder en unas cuantas semanas. La mayoría de los hematomas podrían evitarse utilizando una aguja fuerte, rígida y de bisel corto. Este tipo de aguja, cuando toca la pared resistente de una arteria, transmite una sensación que permite, si es percibida por el dentista, retirar ligeramente la aguja para dirigirla en una nueva dirección. La penetración de una vena no produce hematoma; sin embargo, se recomienda hacer siempre una aspiración, a fin de evitar reacciones generales.

En caso de reacciones tóxicas o psíquicas, la administración de oxígeno suele ser el mejor método terapéutico, y ningún consultorio debe considerarse bien equipado si el dentista no dispone de oxígeno bajo presión listo para ser administrado. Si la recuperación del enfermo es lenta, es indispensable pedir rápidamente ayuda médica.

Los brotes de hepatitis sérica pueden evitarse empleando agujas y jeringas esterilizadas y teniendo cuidado de no usar nunca el cartucho para más de un enfermo.

## TECNICAS PARA LA EXTRACCION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

### Técnica para la Extracción de los Caninos Retenidos por Palatino

El plan operatorio consiste en: 1) estudio cuidadoso de las radiografías, para determinar la posición y relaciones con los otros dientes y con el seno maxilar; 2) clasificación de la retención; 3) determinación del tipo de colgajo; 4) decidir si el seccionamiento del diente facilitará su extracción y la conservación del hueso.

### Factores que complican la extracción de los caninos superiores retenidos

En razón de la proximidad de la corona o raíz de los caninos retenidos a los dientes adyacentes (centrales, laterales y premolares), hay mucho peligro de lesionarlos y afectar también estructuras en el área de la intervención.

Generalmente la porción radicular está separada del seno maxilar y cavidad nasal por una delgada pared de hueso o solamente por el epitelio ciliado que lo reviste. Por esta razón, siempre se debe considerar la posibilidad de forzar la raíz del canino dentro del seno maxilar durante la extracción seccionada. Con frecuencia se han producido aberturas en el seno maxilar. Debe observarse rígida asepsia, ya que de no ser así, podría sobrevenir una infección aguda del seno maxilar. Cuando el colgajo mucoso se coloca en su lugar y se sutura, manteniéndolo en contacto con el hueso palatino, por varias horas, por medio de apósito de gasa, la cicatrización tiene lugar sin complicaciones.

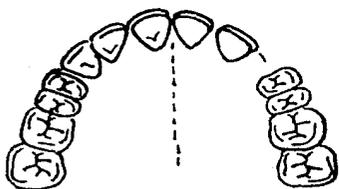
Muchas de las raíces de los caninos retenidos tienen una pronunciada curvatura en el tercio apical, en la mayoría de los casos en ángulo recto.

### Extracción de un Canino

#### Retenido por Palatino

1. Con un bisturí se seccionan los tejidos palatinos alrededor del cuello de los dientes, desde los incisivos centrales superiores hasta distal de los segundos premolares.
2. Con una hoja No. 15, y a partir de la cresta de la papila interdental, en paladar, entre los dos incisivos centrales, se desprende por el centro del paladar. Este desprendimiento involucra el conducto nasopalatino y se produce algo de hemorragia, la cual se controla por presión con una gasa durante pocos minutos. Se separa el colgajo mucoso del paladar duro por medio de una legra, hasta que el hueso esté completamente expuesto. Ahora se podrá ver una prominencia en el hueso o la corona del canino.
3. Con una fresa para hueso se hacen orificios en el hueso palatino, a una distancia de 3 mm uno de otro, alrededor de la corona del diente retenido, con cuidado de no lastimar las raíces de los dientes vecinos.
4. Por medio de una fresa se unen estos orificios y se saca este trozo de hueso, que cubre la corona. Se aumenta el tamaño de la abertura por medio de fresas, hasta que se vea completamente la corona.

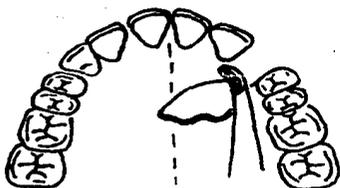
5. La excepción será cuando una porción de la corona del diente retenido está en contacto con las raíces de los incisivos centrales, lateral o premolares. Si se exponen las raíces de estos dientes, se lesionarán. En estos casos, se aumenta la abertura sobre el lado opuesto a la corona por medio de fresas para hueso, o se corta la corona separándola de la raíz.
6. Después que se ha expuesto la corona del canino y seccionada ésta, se coloca el elevador apical sobre cada lado de la corona y con doble movimiento de elevación se trata de levantar a la misma de su lecho. Hay que hacerlo con extremo cuidado para no dañar los dientes vecinos.
7. Si no se logra con este primer intento, se agranda la abertura y se repite el procedimiento por medio de los elevadores, de la misma manera; pues el uso de éste es muy útil cuando la raíz del diente retenido termina en un gancho.
8. Se limpia la cavidad, se sacan las astillas de hueso y se suavizan los bordes del alveolo. Se retira el folículo dentario, si está presente, se lava con suero fisiológico a presión, se vuelve el colgajo a su sitio y se sutura.
9. Se coloca un apósito de gasa sobre el paladar, al nivel de la superficie oclusal, Cortar un abatelenguas de un largo correspondiente a la distancia entre la superficie vestibular de los premolares superiores derecho a izquierdo y redondear el extremo cortado (ya que el otro extremo ya es redondeado) y se instruye al paciente para que lo muerda. El apósito debe mantenerse en su sitio durante cuatro horas,



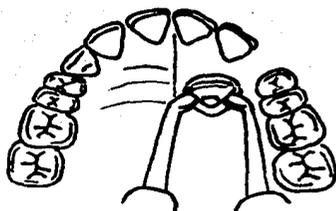
(1)



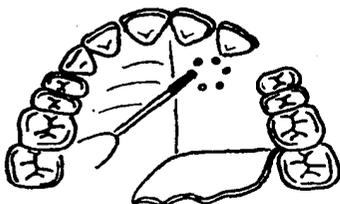
(4)



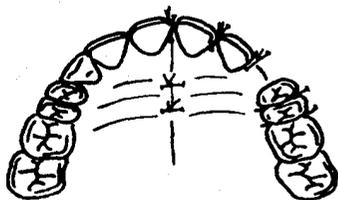
(2)



(5)



(3)



(6)

Extracción de un canino retenido por palatino. 1) Incisión para el colgajo palatino. 2) Colgajo levantado. 3) Orificios en el hueso palatino. 4) Unión de los orificios. 5) Levantar el diente de su lecho. 6) Sutura del colgajo.

### Extracción de Caninos Superiores

#### Retenidos por Seccionamiento

Esta técnica está indicada cuando la punta de la corona del canino está en contacto con las raíces de los incisivos centrales y laterales.

1. Después que la corona del diente se ha expuesto parcialmente, seccionese con una fresa de fisura dentada grande. Esta pérdida de material dentario permite correr la corona hacia atrás, sin molestar los dientes bajo los cuales está apoyada.
2. Se hace otro orificio en la raíz del diente, con una fresa. Se inserta la punta de un elevador apical en este orificio, se mueve la raíz hacia adelante, con el hueso palatino como punto de apoyo y se extrae.
3. Se limpia el alveolo, se lava, se sutura el colgajo y se coloca el apósito de gasa como se describió anteriormente.

### Extracción de Caninos Superiores

#### Retenidos por Vestibular

1. Notar la relación con la cavidad nasal, el seno maxilar y las raíces de los dientes superiores. A continuación, se levanta el colgajo siguiendo el margen gingival de los dientes.
2. Con una fresa de fisura se expone la corona.
3. Con la cortical como punto de apoyo, se colocan los elevadores apicales debajo de la corona y se eleva el diente de su alveolo.

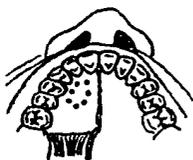
4. Si el hueso que cubre la raíz es grueso y denso, permite liberar el diente. A continuación se corta la mitad de la corona con fresa de fisura dentada, se separa la corona de la raíz y se elimina la corona.
5. Se expone varios milímetros más la superficie de la raíz y se realiza una perforación en la misma, donde se coloca la punta del elevador de bandera y con punto de apoyo en la cortical, se mueve la raíz hacia el espacio dejado por la corona.

#### Extracción de Caninos Superiores Retenidos con Corona en Paladar y Raíz sobre Vestíbulo

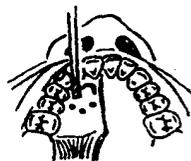
1. Se realiza colgajo vestibular semicircular sobre la raíz.
2. Se hace eliminación de hueso por medio de fresas para exponer la raíz.
3. La raíz es separada por medio de una fresa de fisura.
4. Se eleva la raíz de su lecho.
5. Se hace un colgajo palatino y se quita completamente el hueso que cubre la corona.
6. Se coloca un instrumento romo 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.
7. Se vuelven los colgajos a su lugar y se suturan.



(1)



(2)



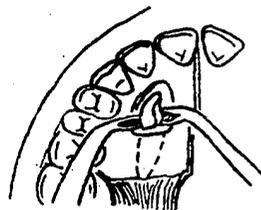
(3)



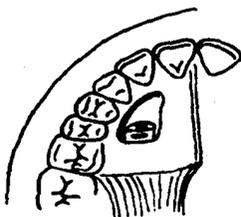
(4)



(5)



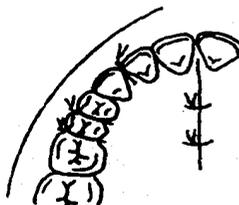
(6)



(7)

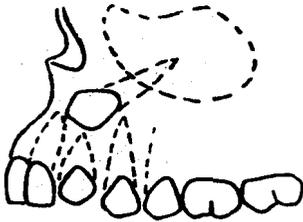


(8)

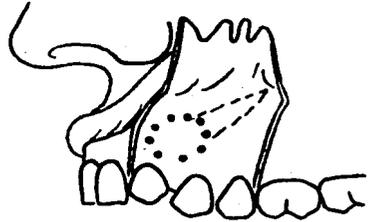


(9)

Extracción de un canino retenido en palatino por el método de seccionamiento. 1) Incisión. 2) Colgajo levantado y orificios alrededor de la corona. 3) Resección del hueso uniendo los orificios. 4) Exposición de la corona. 5) Hacer un surco con fresa de fisura. 6) Sacar la corona con elevadores. 7) Exponer más la raíz y hacer otro orificio en ella. 8) Insertar el elevador y empujar la raíz hacia adelante. 9) Colgajo suturado.



(1)



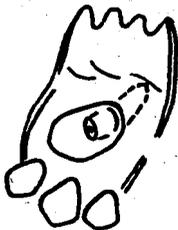
(2)



(3)



(4)

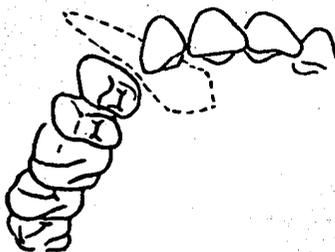
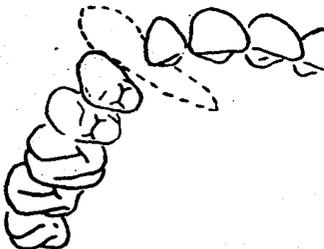


(5)

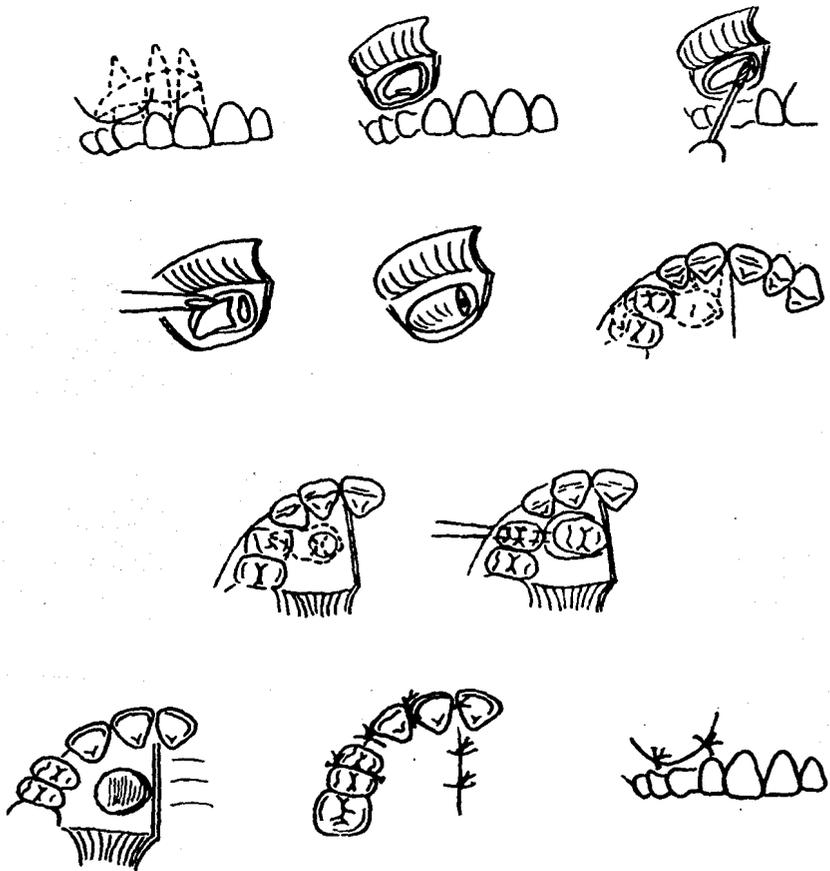


(6)

Extracción de un canino superior retenido por vestibular.



**Tipos de retención de caninos superiores relacionados con la arcada dentaria. Retención palatovestibular y vestibulopalatina. Denominada retención mixta.**



Canino superior retenido con la corona en el paladar y la raíz sobre la superficie vestibular.

Técnica para la Extracción de Caninos Retenidos  
Donde la Corona está por Vestibular y la  
Raíz dentro del Paladar

1. La corona está por vestibular y la raíz se extiende hacia palatino de las raíces de los premolares.
2. La incisión para el colgajo se hace alrededor de los cuellos de los dientes y a continuación hacia el surco vestibular. Se levanta el colgajo con la legra.
3. Se elimina la cortical vestibular con fresas. Se hacen perforaciones teniendo cuidado de controlar la profundidad de penetración para evitar dañar los dientes vecinos y el seno maxilar.
4. Tratar de tomar la corona con un fórceps No. 226 si es posible efectuando un movimiento de rotación hacia mesial y hacia distal y después hacia vestibular, y el diente saldrá de su sitio.

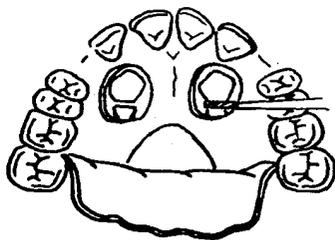
Si no se logra por este medio, se cortará la corona, haciendo un colgajo palatino, quitando el hueso que recubre la raíz, y con un instrumento como empujar la raíz a través de la abertura vestibular.

5. Límpiense todos los restos, eliminando las espículas óseas agudas y suavizando la periferia de las aberturas vestibular y palatina. Se elimina el folículo dentario, si está presente, y se suturan los colgajos vueltos a su lugar, con seda negra para sutura.

Técnica para la Extracción de Caninos  
Bilaterales Retenidos en el Paladar

La cuestión de que si debemos extraer un canino o los dos al mismo tiempo, depende de las dificultades del caso. Una retención bilateral simple en un adulto joven y sano puede ser efectuada al mismo tiempo. Si se trata de retenciones difíciles, será preferible realizarlas por separado. La técnica ya ha sido descrita.

Se hace un colgajo simple bilateral cortando el paquete vasculonervioso nasopalatino (incisivo) al entrar en el colgajo. Las relaciones de vasos y nervios se restablecerán en pocas semanas. El flujo sanguíneo colateral es adecuado para mantener la vitalidad del mismo. Es importante colocar y mantener un apósito palatino en estos casos.



**Seccionamiento de los caninos por medio de fresa.  
Una vez seccionado el diente, se extrae la corona  
con un elevador o con una pinza de disección.**

COMPLICACIONES OCASIONADAS POR LA  
EXTRACCION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

Hemorragia

La salida de sangre en el curso de una operación es un suceso lógico; la cantidad de sangre puede hallarse disminuída por la acción de la anestesia local (vasoconstrictores). Cohibir la hemorragia en el acto operatorio es obra de la hemostasis. Ahora bien, la hemorragia postoperatoria que aparece intempestiva e inmediatamente a la operación (hemorragia primaria) o un tiempo después (hemorragia secundaria), la trataremos ahora.

- a) Hemorragia primaria.- El tratamiento de la hemorragia primaria en cirugía bucal se realiza por dos procedimientos: uno, instrumental, que tiene su aplicación en la ligadura o en el aplastamiento del vaso que sangra; la ligadura sólo en escasas ocasiones se puede efectuar; el aplastamiento se practica comprimiendo brusca y traumáticamente el vaso óseo sangrante con un instrumento romo. El otro procedimiento actúa mecánicamente y se logra por el taponamiento y la compresión, que se realiza con un pedazo de gasa. Generalmente, volviendo el colgajo a su sitio y suturando, la hemorragia cesa, por complexión de la cavidad ósea por la sangre que al coagularse obtura los vasos óseos sangrantes. Si la hemorragia no cede y continúa brotando sangre entre los labios de la herida, habrá que llenar la cavidad quirúrgica con una mecha de gasa que para aumentar su acción hemostática, puede ser impregnada en medicamentos como trombina o adrenalina. Para evitar que la gasa se adhiera a la cavidad ósea, puede ser impregnada con vaselina.

- b) Hemorragia secundaria. - Esta aparece algunas horas o algunos días después de la operación; puede obedecer a la caída del coágulo luego de un esfuerzo del paciente, o por haber cesado la acción vasoconstrictora de la anestesia. A estos factores locales puede agregarse una causa general que favorezca la hemorragia. El tratamiento consiste en lavar la región que sangra con un chorro de agua tibia o se pide al enfermo que se enjuague su boca para retirar los restos del coágulo y la sangre que dificulta la visión del punto sangrante. Investigado el lugar por donde mana la sangre, la hemostasis se realiza por taponamiento a presión, con gasa (simple o con medicamentos). Encima de la herida y comprimiendo sus bordes, se deposita un trozo grande de gasa seca, la cual mantiene con los dedos o, mejor aún, bajo la presión masticatoria. Esta presión debe mantenerse durante media hora, transcurrida la cual se retira con suma precaución la gasa. En muchas ocasiones, no es fácil realizar esta operación porque el paciente está dolorido o porque el mismo acto ocasiona dolor. En tales casos, será muy útil aplicar un poco de anestesia local a nivel del lugar donde se localiza la hemorragia. Además de las ventajas que se obtienen por el poder vasoconstrictor del anestésico, el empleo de este procedimiento permitirá realizar con comodidad las maniobras y al final pasar un hilo de sutura para aproximar los labios de la herida sangrante con colocación o no de gel foam en el interior de la cavidad ósea.

### Hematoma

Es un accidente frecuente que consiste en la entrada, difusión y depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación. Este puede adquirir un volumen considerable, con el consiguiente cambio de coloración del lugar de la operación, la piel y las regiones vecinas.

La encía que cubre la región operatoria se pone turgente y dolorosa. Las regiones vecinas acompañan la tumefacción sanguínea y el todo adquiere un aspecto inflamatorio. El hematoma puede llegar a supurar, dando en estas ocasiones repercusión ganglionar, escalofríos y fiebre.

En semejantes casos lo indicado es esperar. Después de un tiempo variable y con suma lentitud el hematoma se reabsorbe; cuando supura, se trata como un absceso, incidiéndolo a bisturí.

El hematoma puede originarse también por desgarró o ruptura de un vaso en las maniobras de anestesia.

### Infección

A pesar de las condiciones sépticas del campo operatorio, la infección no es común. Pueden sobrevenir a raíz de una operación, flemones, abscesos, celulitis, etc.

Los microorganismos con más frecuencia implicados son los estreptococos, pero otros gérmenes patógenos existentes en la boca y alrededor de ella, como los estafilococos, los micrococcos y los actinomicetos pueden contribuir a la infección,

Los rasgos clínicos de importancia son dolor e inflamación en la zona. Posiblemente el síntoma más notable de la infección general sea la fiebre, y probablemente resulta de la acción de las toxinas bacterianas sobre el mecanismo termorregulador del cerebro. La fiebre varía considerablemente de un individuo a otro, incluso si presentan el mismo proceso infeccioso. Cuando la fiebre es intensa, hay reduc

ción del volumen sanguíneo, causada por extravasación de líquido sanguíneo a los tejidos y a los espacios extravasculares. Este fenómeno, junto con la pérdida hídrica por la sudoración intensa, disminuye la excreción urinaria (oliguria) y causa retención de cloruros. El aumento de nitrógeno en sangre y orina resulta del aumento del metabolismo, que también es una consecuencia de la fiebre.

El aumento en el metabolismo resultante de la fiebre también incrementa la frecuencia cardíaca y respiratoria, y el gasto del corazón. Estos signos clínicos de la fiebre son de gran valor para estimar el progreso de la enfermedad y la efectividad de la terapéutica. Cualquier anomalía notable de estas manifestaciones requiere modificación de la terapéutica. Puede decirse que la respuesta fisiológica a la infección es la inflamación.

En la prevención y control de la infección existen para el clínico una diversidad de alternativas entre los antibióticos. La penicilina o alguno de sus análogos sigue siendo la droga de elección en la mayor parte de las infecciones de origen dental; sin embargo, sus muchas limitaciones a menudo llevan a la elección de otro antibiótico necesario o clínicamente deseable.

Ya que por lo general es necesario empezar la terapia con antibióticos sin tardanza, la selección del agente antibacteriano se basa sobre todo en el diagnóstico tentativo del odontólogo y la experiencia y el juicio clínicos.

Además de elegir el antibiótico efectivo, el odontólogo deberá ser cuidadoso al considerar las indicaciones, contraindicaciones, efectos colaterales y reacciones adversas, así como dosis adversas.

## Inflamación

La inflamación y reparación comprenden un proceso fisiológico que se presenta de manera regular secundariamente a una lesión. Ya sea que esta lesión sea traumática o infecciosa, en cuyo caso puede ser local o sistémica, el proceso básico de inflamación y reparación sigue siendo el mismo.

Inflamación es la reacción a la lesión. El propósito de la inflamación es iniciar la reparación. Los signos clásicos de la inflamación son rubor, tumefacción, calor y dolor. El grado y frecuencia de estos signos varían considerablemente, según la virulencia de las bacterias y su localización. Inicialmente hay gran dilatación de los vasos que se acompaña de disminución de la rapidéz del flujo sanguíneo, por el mayor calibre vascular. Al aumento del volumen capilar se deben los signos de rubor, tumefacción y calor. Al disminuir la rapidéz del flujo, los leucocitos empiezan a atravesar las paredes de los vasos dirigiéndose a los tejidos adyacentes. Este fenómeno se acompaña de exudación de plasma sanguíneo a través de las paredes que produce el edema inflamatorio. La extravasación del plasma puede deberse al aumento en la presión osmótica de los tejidos adyacentes. Esta distensión tisular produce presión de las fibras nerviosas y puede incluso destruirlas. Este fenómeno, y la liberación de histamina por las células dañadas, tienen un papel principal en la aparición del cuarto signo clásico de la inflamación: el dolor.

Desde luego, hay muchos tipos de inflamación, según el tejido, el tipo de bacteria y la resistencia del huésped. Los más importantes son pégeno, seroso, catarral, fibrinoso, hemorrágico y necrótico.

La inflamación más común en cirugía bucal es la piógena, lo cual significa "que forma pus". La mayor parte de las infecciones de la boca, si se permite que progresen sin tratamiento, producirán pus. Las bacterias y sus toxinas pueden producir entidades clínicas diferentes como linfadenitis, celulitis, abscesos, flemones y osteomielitis. Estos procesos pueden ser agudos o crónicos y puede haber combinaciones de dos o más.

En un proceso de cicatrización de una herida existe una hemorragia inicial dentro de ésta cubriéndola de sangre, la cual se coagula, Células inflamatorias infiltran el área y el coágulo se organiza. Esto forma un rico tejido de granulación que inicialmente sangra con facilidad si se manipula, pero el cual por último, disminuye la respuesta inflamatoria. Lentamente el tejido de granulación se transforma en tejido conectivo fibroso. Si la herida involucra el hueso, este tejido da origen a los osteoblastos y tiene lugar la remodelación del hueso. Cuando se presenta la herida en un área donde hay un lecho vascular como en la cavidad oral, uno puede esperar una rápida cicatrización.

### Dolor

El dolor postoperatorio que se presenta a causa del tratamiento operatorio, debe ser calmado por medicamentos indicados para tal objeto. El frío colocado a intervalos sobre la región operada, calma en las primeras horas los dolores postoperatorios,

A pesar de todos los avances y contribuciones científicas en neurofisiología neuroanatomía y neurofarmacología, se han hecho intentos por definir cuantitativamente el dolor,

Sin embargo, se han introducido muchas drogas para modificar o bloquear la recepción, transmisión o percepción del estímulo doloroso. Las drogas analgésicas alteran la percepción del dolor, interpretación y reacción por el sistema nervioso central. Muchos agentes analgésicos sistémicos se encuentran disponibles y se utilizan ampliamente para el control del dolor dental. Estos pueden clasificarse por conveniencia en opiáceos (narcóticos derivados del opio), opiáceos (narcóticos sintéticos) y agentes no narcóticos. Los analgésicos no narcóticos son eficaces en diversos grados desde dolores leves a moderadamente intensos sin tener el riesgo de daño de habituación.

Cuando sea necesario (debido a náusea postanestésica o dolor a la deglución que impidan medicar al paciente por vía oral) pueden administrarse los analgésicos por vía rectal en forma de supositorios o por vía intramuscular.

## POSTOPERATORIO

Se entiende por postoperatorio el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la misma, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud.

Terminada la operación, el ayudante o la enfermera lava perfectamente 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, o mejor aún, proyectada con un atomizador, que limpiará así y eliminará sangre, saliva, restos que eventualmente pueden depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios. Estos elementos extraños entran en putrefacción y colaboran en el aumento de la riqueza de la flora microbiana bucal.

El paciente en su domicilio (ya realizada la formación del coágulo) hará enjuagues suaves de su boca, cuatro horas después de la operación, con una solución antiséptica cualquiera.

Hay agentes físicos que se han empleado como elementos postoperatorios para mejorar y modificar las condiciones de las heridas en la cavidad bucal. Se refieren al empleo del calor, frío, irradiaciones ultravioletas.

## Frío

Empleamos con gran frecuencia el frío como tratamiento postoperatorio. Lo aconsejamos bajo la forma de bolsas de hielo o toallas mojadas en agua helada, que se colocan sobre la cara, frente al sitio de la intervención. El papel del frío es múltiple; evita la congestión y el dolor postoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y concreta los edemas postoperatorios. Este se usa por periodos de 15 minutos, seguidos de un periodo de descanso de otros 15 minutos. Esta terapéutica sólo se aplica durante un día.

## Calor

Solamente lo empleamos con el objeto de "madurar" los procesos flogísticos y ayudar a la formación de pus; después del primer día, puede aplicarse para disminuir los dolores postoperatorios,

## Rayos infrarrojos

Son fuentes de calor interesantes. Se emplean después de operaciones laboriosas,

## Rayos ultravioletas

Algunos autores los recomiendan para el tratamiento de los dolores postoperatorios,

### Cuidados de la Herida

Las heridas en la cavidad bucal, cuando evolucionan normalmente no necesitan terapéutica. La naturaleza provee las condiciones suficientes para la formación del coágulo y la protección de la herida operatoria.

Después del segundo día, la herida (en especial las heridas mayores que las alveolares), será suavemente irrigada con suero fisiológico tibio. Si hay que extraer los puntos de sutura, esto se hará al cuarto o quinto día.

### Instrucciones para los Pacientes

Antes de despedir al paciente deben dársele instrucciones precisas respecto al cuidado que ha de tener en su domicilio, tratamiento postoperatorio, enjuagues, alimentación, tratamiento médico (antibióticos, quimioterápicos, corticoides).

Estas instrucciones pueden darse por escrito, para evitarle dudas. Acostumbramos entregar a los pacientes una hoja impresa con las instrucciones que necesitan, y que se señalan a continuación,

## INSTRUCCIONES PARA LOS PACIENTES

- Cuando llegue a su casa, después de la operación conviene guardar reposo por algunas horas, con la cabeza en alto.
- Colocar una bolsa de hielo en la cara, sobre la región operada, durante 15 minutos y 15 minutos de descanso, durante varias horas.
- No realizar ninguna clase de enjuagues al menos que se le hubiera prescrito lo contrario, por el término de tres horas. Si se hubiera dejado en la boca alguna gasa protectora, retirarla al cabo de una hora.
- En caso de sentir dolor, tome una tableta del medicamento indicado. Se puede repetir esta tableta cada dos horas si el dolor es muy intenso.
- Si tuviera una salida de sangre mayor que lo normal, el paciente puede realizar un taponamiento de urgencia colocando sobre la herida un trozo de gasa esterilizada, sobre la cual se deberá morder durante 30 minutos. Si aún así no cede la hemorragia, acudir al consultorio dental nuevamente.
- La alimentación en las primeras seis horas deberá ser líquida (té, leche, jugos o caldo tibio). Después de estas horas, puede tomarse dieta blanda durante los primeros días.

## CONCLUSIONES

Si un cirujano tiene los instrumentos adecuados y conoce sus habilidades en cirugía bucal y puede usarlos de manera eficaz con sus pacientes, sus conocimientos y entrenamiento son útiles. Cuando un odontólogo aplica sus conocimientos para cuidar de sus pacientes, está realizando un arte y esta habilidad o aptitud debe reconocerse.

La ciencia es el conocimiento de los hechos y el arte consiste en aplicar esos conocimientos. La atención profesional debe ser oportuna, además de tener fineza y fluidez y ser aplicada con visión y comprensión. Como en todas las formas de arte bien realizado, el cuidado de cirugía bucal debe ser una serie de acciones bien integradas y con una secuencia tal que sean ajustadas a las necesidades del paciente.

Cada paciente que se sienta en el sillón dental para una extracción está atemorizado y aprehensivo en mayor o menor grado. Existe una combinación entre sufrimiento mental y físico que hacen que los procedimientos odontológicos sean muy desagradables para el paciente. El cirujano debe tener la capacidad de eliminar estos estados indeseables empleando sus agentes anestésicos, su actitud, conocimientos y hablándole al paciente. Tanto los aspectos físicos como mentales de la operación deben quedar satisfechos terminada ésta, y cuando el paciente ha comprendido que ha finalizado el sufrimiento, su actitud mental suele ser más favorable.

Aunque la visita quirúrgica es muy significativa y con frecuencia la visita por la que se preocupa más el paciente, también deberá hacerse énfasis en la visita postoperatoria. Si el curso postoperatorio ha sido tormentoso y el paciente ha padecido dolor no anticipado, no ha dormido y padece trismo grave, será necesario emplear habilidad, ternura y comprensión para manejar el curso postoperatorio. Es aquí donde la habilidad del odontólogo será más evidente. El dentista encontrará que se requiere considerable tiempo y control para permanecer calmado y agradable en presencia del paciente, cuya disposición no es la mejor debido al estado de stress en que se encuentra. Aún así, es necesario que lo haga, ya que el paciente subconscientemente desea que el dentista sea fuerte, que demuestre confianza y desea hacerse dependiente de él.

Aunque no es estrictamente un componente de la personalidad, el estado de limpieza personal y el arreglo de la persona se encuentran tan íntimamente relacionados, que es necesario mencionarlo. Las barbas, las uñas sucias, el pelo descuidado, el vestido descuidado, sirven como factores de distracción para el paciente y reducen la eficacia de la atención profesional adecuada. Lo mismo puede decirse del mobiliario y equipo del consultorio. Todo esto ayuda a preparar al paciente para la experiencia quirúrgica con una actitud mental calma que lleva a producir en él una agradable sensación de confianza.

BIBLIOGRAFIA

Tratado de Cirugía Bucal

Kruger, Gustav  
Cuarta Edición  
Editorial Interamericana  
1980

Cirugía Bucal

Ries Centeno, Guillermo  
Octava Edición  
Editorial El Ateneo  
Buenos Aires  
1979

Cirugía Bucal

Ries Centeno, Guillermo  
Septima Edición  
Editorial El Ateneo  
Buenos Aires  
1968

Tratado de Patología Bucal

Schaffer, William  
Tercera Edición  
Editorial Interamericana  
1980

Tratado de Cirugía Bucal Práctica

Waite E., Daniel  
Segunda Edición  
Compañía Editorial Continental  
1984

Farmacología, Analgesia, Técnicas de  
Esterilización y Cirugía Bucal en  
Práctica Dental

Dunn Martin, Booth F. Donald,  
Clancy Marie  
Editorial El Manual Moderno  
1980

Diagnóstico en Patología Oral

Edward V. Zegarelli, Austin H. Kutscher,  
George A. Hyman  
Segunda Edición  
Editorial Salvat  
1982

Cirugía Bucal

Atlas Paso por Paso,  
Técnicas Quirúrgicas  
Archer W. Harry  
Tomo 1  
Segunda Edición Castellana  
Editorial Mundi