

84
227



**Universidad Nacional Autónoma
de México**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**CIRUGIA DE CANINOS
INCLUIDOS**

T E S I S

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

presenta

MIRIAM ESCOBAR VICKE



México, D. F.

1987



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 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.

INTRODUCCION

Algunos dientes retenidos pueden ser llevados a su sitio por procedimientos ortodóncicos. Tal tratamiento corresponda a aquella disciplina (ortodoncia-ortodoncia quirúrgica). Sólo consideramos el tratamiento quirúrgico de los dientes retenidos es decir su extracción.

La extracción de un diente retenido consiste esencialmente - en un problema mecánico; es la búsqueda del diente retenido - y su eliminación del interior del hueso donde esta ubicado, - aplicando los principios de la extracción a colgajo y del mé todo de la extracción por seccionamiento. Tales métodos - - constituyen la denominada extracción quirúrgica de los dientes retenidos.

Si alguna vez se ha pensado que los dientes retenidos que no produzcan trastornos evidentes pueden ser dejados, hoy se -- cree que la extracción del diente antes de la aparición de - los trastornos que pueden originar, es la conducta intelligen te a aplicarse.

Los caninos así como 3ros. molares son los dientes que con - más frecuencia quedan retenidos.

La retención de cualquier diente en los maxilares produce -- una serie de accidentes de variado aspecto e intensidad que - tiene lugar en edades muy distintas, y en ambos sexos.

En individuos de raza blanca se ha visto que tiene una inci - dencia importante con ligero predominio en el sexo femenino.

Estas investigaciones llevan como fin tener un conocimiento más amplio acerca de la etiología, diagnóstico y tratamiento de los caninos retenidos en los maxilares.

La falta de atención de dientes retenidos llega a ocasionar problemas locales como quistes granulomas, infecciones y -- fracturas ya que debilitan el maxilar y existe mayor peli-- gro que la cirugía de éstos.

Basándonos en las infecciones existentes por los dientes re-- tenidos, se sabe que estos focos infecciosos causan enferme-- dades sistémicos que pueden llegar a ser alarmantes y provo-- car serios problemas en personas con endocarditis y lesiones reumáticas.

Por lo anterior, en el contenido de esta tesis profundizaré el diagnóstico y tratamiento para la prevención de trastor-- nos ocasionados por los caninos retenidos.

I N D I C E

- I INTRODUCCION
- II ETIOLOGIA
- III CLASIFICACION
- IV INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
- V HISTORIA CLINICA
- VI ESTUDIO CLINICO Y RADIOLOGICO
- VII ANESTESIA
- VIII TECNICAS QUIRURGICAS
 - 1) Extracción de caninos por vía palatina.
 - 2) Caninos bilaterales.
 - 3) Extracción de caninos por vía vestibular.
 - 4) Extracción de caninos en maxilares desdentados.
 - 5) Extracción de caninos inferiores retenidos.
 - 6) Extracción de caninos linguales inferiores.
- IX COMPLICACIONES ASOCIADAS CON LA CIRUGIA.
 - 1) Lesiones a los dientes adyacentes durante -
la cirugía.
 - 2) Lesiones a estructuras anatómicas adyacentes
al diente retenido.
 - 3) Complicaciones posoperatorias.
- X POSOPERATORIO.
- XI CONCLUSIONES.

ETIOLOGIA

El diente esta destinado a hacer una erupción normal aunque - algunas veces encuentra un obstáculo que evita su realización normal.

Los factores que intervienen en la retención dentaria son - principalmente cuatro:

- a) Factores Mecánicos
- b) Factores Patológicos
- c) Factores de Origen General o Sistemático
- d) Factores Infecciosos.

MECANICOS:

Los impedimentos que se oponen a la normal erupción pueden -- ser: un órgano dentario, dientes vecinos, por extracción pre matura de los temporales que han acercado sus coronas constituyendo un obstáculo mecánico en la erupción del permanente.

En algunas ocasiones, el germen del canino superior está situado más elevado de la fosa canina y una vez completada la - calcificación del diente y en maxilares de dimensiones reduci das, no tiene lugar para ocupar su sitio normal en la arcada - impidiéndolo el incisivo lateral y el 1er. premolar que ya -- están erupcionados.

Los hábitos llegan a ser un factor determinante en la alteración del equilibrio que mantiene a los dientes en su posición normal, por ejemplo la presión interna que ejerce la lengua - sobre los dientes anteriores siendo ésta leve pero constante, capaz de ser lo suficientemente fuerte para desviarlos sien-- do ésta. causa de impactación de caninos y terceros molares; ya que esta presión es transmitida también hacia atrás.

PATOLÓGICOS:

La existencia de dientes supernumerarios, tumores odontogénicos, quistes, fibromas, etc., es una causa determinante en la erupción normal del diente.

Estos elementos desvían o detienen el camino normal dejándolos por lo general impactados en los maxilares.

Existen también patologías óseas como enostosis, osteitis condensante, osteoesclerosis, etc., que llegan a ser una barrera en el proceso de erupción.

GENERALES O SISTÉMICOS:

Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio, (raquitismo).

Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endócrinas, pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencia de dientes.

Además de los factores etiológicos generales responsables de los dientes retenidos, existe otro factor como es el que los caninos son los últimos en erupcionar, por lo cual están expuestos a las influencias ambientales desfavorables.

Por consecuencia de estos factores, el canino es el tercero en frecuencia de los dientes retenidos.

La retención por palatino es más frecuente que por vestibular. La mayoría de los casos de retención se encuentra en las mujeres, a causa de que los huesos del cráneo y los maxilares son más pequeños que en el hombre.

El canino inferior con relación al superior, presenta menos retenciones y cuando se presenta lo hace por vestibular y muy rara vez por lingual.

INFECCIOSOS:

Las infecciones agudas, fiebres e inflamaciones locales de la membrana periodontal pueden aumentar la densidad ósea, provocando reducción de maxilares y por lo tanto falta de espacio para estos dientes.

TEORIAS ETIOLOGICAS:

Después de mencionar los factores que intervienen en la erupción de los dientes, haré referencia de tres teorías que también hacen mención sobre la etiología de la inclusión de los caninos.

a) Teoría Ortodóntica:

Debido a que el crecimiento normal de los maxilares y el movimiento de los dientes son en dirección anterior, cualquier interferencia con el desarrollo causará la inclusión de los dientes. Las infecciones agudas, fiebres, traumas severos y maloclusión, así como la inflamación local de la membrana periodontal pueden aumentar la membrana osea.

La respiración bucal constante, también conduce a la contracción de las arcadas y por lo tanto, los dientes que hacen erupción al final carecen de espacio.

En ocasiones, la pérdida prematura de los dientes deciduos pueden provocar falta de desarrollo del maxilar y mala posición de los dientes permanentes, lo que da como resultado una inclusión.

b) Teoría Filogénica:

Por los hábitos nutricionales cambiantes, casi se ha eliminado la necesidad humana por maxilares grandes y fuertes, por lo que el tamaño del maxilar y mandíbula ha disminuido.

c) Teoría Mendeliana:

Es posible que la herencia sea un factor etiológico importante en las inclusiones. Estas inclusiones no se aniegan a un patrón establecido. Son de diversas formas y tamaños y pueden ser afectados de 1 a 21 dientes. También varían en el grado de inclusión, puede ser parcial o completa.

CLASIFICACION DE CANINOS RETENIDOS.

Existen varias clasificaciones en los dientes retenidos:

Gustavo O. Kruger clasifica al canino superior como:

- a) Vestibulares
- b) Palatinos
- c) Intermedios

Y al canino inferior:

- a) Vestibulares
- b) Linguales
- c) Intermedios

La localización es importante, dado que las técnicas quirúrgicas para la extracción de los tres tipos varían tanto que son prácticamente operaciones que no tienen relación entre sí. - Las radiografías intrabucales pueden leerse de manera de determinar la forma del diente como su ubicación. A menudo son necesarias la verdadera vista oclusal hecha con un chasis intraoral y las vistas extraorales. La palpación clínica del lado vestibular no es confiable, dado que el abultamiento sentido, puede ser el retenido como la raíz desplazada hacia vestibular del incisivo o del premolar.

Otra clasificación es la que menciona el Dr. Riez Centeno de la siguiente manera:

a) CANINOS SUPERIORES:

I.- Retención Intraósea.- El canino está cubierto totalmente por hueso.

II.- Retención Subgingival.- Parte de la corona emerge del tejido ósea y está cubierto por mucosa.

Pueden ser clasificados de acuerdo a:

- 1.- Número de dientes retenidos.
- 2.- Posición que presentan en el maxilar.
- 3.- Presencia o ausencia de dientes en la arcada.

Las retenciones pueden ser simples o dobles.

Clasificación de caninos en maxilares dentados y desdentados.

CLASE I Maxilar dentado; diente ubicado del lado palatino re
tención unilateral.

CLASE II Maxilar dentado; dientes ubicados del lado palatino,
retención bilateral, similar al lado opuesto.

CLASE III Maxilar dentado; dientes ubicados 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), retenciones
mixtas o transalveolares.

CLASE VI Maxilar desdentado; dientes ubicados en el lado pala-
tino.

CLASE VII Maxilar desdentado; dientes ubicados en el lado ves-
tibular.

b) CANINOS INFERIORES.

CLASE I Maxilar dentado; dientes ubicados en el lado lingual
Retención Unilateral.

- a) Posición vertical
- b) Posición horizontal

CLASE II Maxilar dentado; retención unilateral, diente ubicado
do en el lado bucal.

- a) Posición vertical
- b) Posición horizontal

CLASE III Maxilar dentado; retención bilateral.

1. Dientes ubicados en el lado lingual.

- a) Posición horizontal
- b) Posición vertical

2. Dientes ubicados en el lado bucal

- a) Posición horizontal
- b) Posición vertical

"INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES"

"INDICACIONES".

- A) Mal posición de los dientes contiguos. La presión ejercida por el diente interrumpido en su erupción, puede causar versión desplazamiento o rotación de los incisivos laterales.
- B) Resorción de las raíces de los dientes contiguos producida por la presión del diente retenido. Ya que el examen radiográfico no nos dá la destrucción de las raíces, por la superposición de las imágenes.
- C) Caries del diente retenido o de los dientes contiguos.
- D) Síntomas neurológicos. Dolor, es un síntoma asociado al diente retenido; casi siempre es de tipo neurológico referido al ojo, oído, senos maxilares, hueso frontal, cara, cabeza. El dolor es de tipo sordo, causado por compresión y que se irradia, pudiendo obedecer a la formación de quistes o de tumores situados cerca de la corona del diente referido, obteniéndose se alivio casi inmediato con la avulsión.
- E) Desajuste de la prótesis total. Esta hace presión sobre el tejido, aumentando la circulación local y probablemente estimule ésto a la erupción del diente retenido.
- F) Infección. Esta suele ser muy rara.

- G) Tumores o Quistes Dentígeros. Estos se originan en los vasos foliculares que rodean a la corona de los dientes en desarrollo.
- H) Extracción profiláctica. Se recomienda llevar a cabo la extracción de los caninos retenidos cuando no pueden ser llevados a su sitio en la arca da por medios ortodónticos, a no ser que la operación quirúrgica ocasione trastornos más peli-grosos que la misma anomalía.

"CONTRAINDICACIONES".

- A) Cuando el canino puede ser llevado a posición normal por procedimientos combinados de cirugía y ortodoncia.
- B) En algunos casos especiales en que hubiese cerrado el espacio y con la presencia de todos -- los dientes en posición normal o cuando éste no cause ninguna alteración aparente, pero por regla general, siempre éste deberá ser extraído.
- C) La edad del paciente también contraindica la -- extracción, a edad temprana no deberá ser extraido.
- D) En pacientes con problemas patológicos.

HISTORIA CLINICA.

La historia clínica es un proceso ordenado y cronológico que nos orientará para el diagnóstico, pronóstico y el manejo de una enfermedad.

En términos generales, la elaboración de una historia clínica y el examen físico general, se relaciona con tres situaciones típicas:

- 1.- El paciente que ha acudido al consultorio para recibir -- tratamientos repetidos durante años, se supone que este -- paciente originalmente fue sometido a una buena revisión-- histórica, por lo que sólo se requieren ahora datos adi-- cionales pertinentes desde la última visita.
- 2.- El paciente llega al consultorio por primera vez buscando algún procedimiento bucal quirúrgico en el cual requerirá un cuidadoso examen, así como un estudio de sus anteceden-- tes médicos.
- 3.- El paciente que se presenta para atención dental en el -- hospital, requiere el mismo estudio cuidadoso por el den-- tista, datos que deberán ser consignados al expediente -- del paciente, además de los datos obtenidos por el médico durante su examen físico general.

LA HISTORIA CLINICA CONSTA DE DOS PARTES:

a) El Interrogatorio

b) La exploración física

- a) EL INTERROGATORIO.- Puede ser directo con el enfermo o in-- directo por medio de una persona que conozca bien la sin-- tomatología del enfermo, cuando éste no pueda expresarse.

En el interrogatorio se investigan los siguientes datos:

I) FICHA DE IDENTIFICACION:

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| a) Nombre | e) Ocupación |
| b) Edad | f) Lugar de Nacimiento |
| c) Sexo | g) Fecha de ingreso |
| d) Estado Civil | h) Dirección y teléfono |

II) ANTECEDENTES:

a) ANTECEDENTES FAMILIARES: Permiten obtener información acerca de enfermedades transmisibles o que tienden a afectar familias enteras. Las enfermedades hereditarias son comunes en el sistema nervioso y es clásica la naturaleza hereditaria de las hemofilias y diabetes, deben anotarse la edad y estado de salud de los padres, hermanos, e hijos, debe preguntarse la causa de muerte de los fallecidos.

b) ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS: Se refiere a la edad, lugares de residencia, ocupación, estado civil, costumbres y hábitos del paciente.

c) ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: Sirve para conocer las enfermedades que ha padecido el sujeto (infecciones, traumatismos, operaciones, alergias, inmunizaciones, etc.)

III) PADECIMIENTO ACTUAL:

Es la enfermedad principal por la que llega el enfermo y que el médico investigará a través de las molestias o síntomas -- que aquel refiera.

ESQUEMA DE INTERROGATORIO

PADECIMIENTO ACTUAL:

- ¿ Desde cuándo está usted enfermo ?
- ¿ A qué atribuye usted su padecimiento ?
- ¿ Cuáles fueron las molestias que tuvo al principio ?
(Aquí dejaremos que el paciente enumere sus molestias y haremos las preguntas que creamos necesarias sobre los síntomas que señale; por ejemplo dolor, investigaremos su sitio, intensidad, duración, ritmo, periodicidad, etc.

- ¿ Han continuado las molestias que tuvo al principio ?
- ¿ Han ido apareciendo otras molestias ?
- ¿ A la fecha cuáles son las que tiene ?

IV) ESTADO ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS:

Es para reconocer la forma en que la enfermedad principal ha repercutido o se ha acompañado de otros trastornos en otros - órganos; los aparatos y sistemas que debemos preguntar son -- los siguientes:

- | | |
|------------------|----------------------|
| - Digestivo | - Musculoesquelético |
| - Respiratorio | - Nervioso |
| - Cardiovascular | - Endocrino |
| - Genitourinario | - Tegumentario |

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

Es para conocer la forma en que se ha desarrollado la enfermedad.

a) APARATO DIGESTIVO:

- ¿ Tiene apetito ?
- ¿ Distingue bien el sabor de los alimentos ?
- ¿ Tiene sed mucha sed ?

- ¿ Tiene mal sabor de boca ? ¿ A que le sabe ?
- ¿ Siente dificultad al pasar los alimentos ?
- ¿ Siente alguna molestia cuando le llegan al estómago ?
- ¿ Tiene eructos, agruras, acedías ?
- ¿ Tiene dolor de estómago y aparece con alguna clase de alimento ?
- ¿ El dolor es intenso, constante, hacia dónde se corre ?
- ¿ Tiene retortijones, gases en abundancia, cólicos ?
- ¿ Cuantas veces obra en las veinticuatro horas ?
- ¿ Antes de estar enfermo, cuántas veces defecaba ?
- ¿ Hay dolor al pujar ?
- ¿ Es abundante su evacuación; de que color, dura, líquida, pastosa, líquida con fragmentos duros, de muy mal olor, contiene pedazos de alimentos, contiene lombrices, sale mezclada con moco, sangre o pus ?

b) APARATO RESPIRATORIO:

- ¿ Siente dificultad al pasar el aire por la nariz ?
- ¿ Tiene tos ?
- ¿ Es abundante la espectoración ?
- ¿ Cubriría el fondo de la bacínica, es muy pegajoso el esputo a la bacínica, que olor tiene, sale con sangre, tiene pus ?
- ¿ Tiene dolor en el pecho, la espalda o los costados, aumenta el dolor al respirar profundamente ?

c) APARATO CARDIOVASCULAR:

Sufre usted o sufrió alguna vez alguno de los siguientes problemas ?

- a) Fiebre reumática
- b) Presión arterial alta
- c) Crisis coronaria
- d) Súplo cardíaco anormal
- e) Angina de Pecho
- f) Ataques
- g) Apoplejía
- h) Insuficiencia cardíaca
- i) Sífilis

- j) Insuficiencia renal (uremia)
- ¿ Tiene palpitaciones que obedecen al esfuerzo ?
 - ¿ Se fatiga y siente sofocación al caminar o con algún esfuerzo ?
 - ¿ Le duele el corazón, a que compara ese dolor, en que sitio, para donde se extiende, cuanto tiempo dura, se acompaña de sensación de angustia ?
 - ¿ Ha tenido desmayos o convulsiones ?
 - ¿ Se ha hinchado de alguna parte de su cuerpo, dónde se -- presenta esa hinchazón, es dura o blanda, pálida o rojiza dolorosa a que hora es más notable ?
 - ¿ Se ha puesto alguna vez morado ?
 - ¿ Siente vértigos, así como si le dieran vuelta las cosas ?
 - ¿ Tiene dolor de cabeza constantemente ?
 - ¿ Tomó alguna vez o toma actualmente alguno de los siguientes farmacos ?
- a) Digital
 - b) Nitroglicerina
 - c) Quinidinal
 - d) Anticoagulantes
 - e) Medicinas de la presión
 - f) Tranquilizantes
 - g) Antibióticos
 - h) Guanetidina (ismelin)
 - i) Cortisona
 - j) Metildopa (Aldomet)
 - k) Antihistamínicos
 - l) Insulina
- ¿ Es usted hipersensible o alérgico o presenta reacciones-especiales (por ejemplo urticaria), a ciertos alimentos-- o a cualquiera de los siguientes medicamentos.
- a) Antibióticos
 - b) Sueros
 - c) Anestésicos locales
 - d) Antihistamínicos
 - e) Mencione los alimentos y medicamentos que le producen -- alergia.

d) APARATO GENITOURINARIO

- ¿ Orina usted con mucha frecuencia?
- ¿ Orina usted por las noches ?
- ¿ Que color tiene la orina?
- ¿ Que olor tiene ?
- ¿ Sale mezclada con sangre ?
- ¿ Cuando termina de orinar siente ganas de seguirlo haciendo ?
- ¿ Siente dificultad al orinar ?
- ¿ Siente alguna molestia al hacerlo como dolor o sensación de quemadura ?

e) SISTEMA NERVIOSO

- ¿ Duerme bien ?
- ¿ Cuantas horas duerme por la noche, en el día lo hace ?
- ¿ Tiene pesadillas, oye bien, huele bien, ve bien ?
- ¿ Se irrita con facilidad ?
- ¿ Siente el deseo de ser provocado para desahogar su irritabilidad ?
- ¿ Toma mucho café ?
- ¿ Fuma mucho ?
- ¿ Siente la necesidad de hacerlo ?

V) SINTOMAS GENERALES:

Son aquellos que no representan patología específica de un aparato o sistema. Los síntomas generales son: anorexia, astenia, adinamia, fiebre, pérdida de peso, etc.

VI) TERAPEUTICA EMPLEADA:

Para saber que medicamentos se han administrado al paciente y que pueden influir en la evolución o tomarlos en cuenta para planear un nuevo tratamiento.

VII) EXPLORACION FISICA:

Es el reconocimiento minucioso y ordenado de las diferentes partes del cuerpo, para reconocer signos que indiquen enfermedad.

El médico para explorar al enfermo, se va a valer principalmente de cuatro métodos exploratorios.

- a) INSPECCION.- Se hará por medio de la vista, percibe el - aspecto general, forma, color, tamaño, movimiento, etc.
- b) PALPACION.- Se hará por medio del tacto, percibe tamaño, forma consistencia, estado de la superficie y temperatura.
- c) PERCUCION.- Consiste en golpear suavemente. Generalmente se golpea con el dedo de una mano, sobre los dedos de la otra mano que están apoyados en la región que se explora con la cual se produce un sonido que dará idea de lo que se encuentra abajo de la piel (aire, viscera, líquido, etc.).

SIGNOS VITALES.

- a) Tensión arterial
- b) Pulso
- c) Frecuencia respiratoria
- d) Frecuencia cardiaca
- e) Temperatura
- f) Peso y talla

ESTUDIÓS DE LABORATORIO.

Los estudios de laboratorio constituyen una ampliación de la exploración física. Se obtienen del paciente tejidos, sangre, orina y otras muestras que se someten a estudio microscópico, bioquímico, microbiológico o inmunológico.

Los exámenes que se solicitan son los siguientes:

- a) Química sanguínea
- b) Biometría hemática
- c) Examen general de orina
- d) Curva de tolerancia de glucosa
- e) Tiempo de sangrado.
- f) Tiempo de coagulación
- g) Tiempo de Protrombina.

"ESTUDIO CLINICO Y RADIOGRAFICO DE LOS CANINOS RETENIDOS".

El diagnóstico de un canino retenido en el maxilar superior, se hace mediante su posición, así como - la relación con los dientes vecinos, estructuras adyacentes, y su clasificación.

Estos se realizan por los medios clínicos de la -- inspección, palpación y por el examen radiográfico.

INSPECCION: La ausencia del canino permanente en - el maxilar, la presencia del diente temporal, puede hacer sospechar en la retención. En caso de retención palatina o vestibular, en la inspección visual se descubre una elevación o relieve en el paladar o en el vestíbulo.

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

PALPACION: 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 contra un cuerpo duro, que representa la corona del canino.

EXAMEN RADIOGRAFICO: Localización radiográfica bucal.- La radiografía dental es un informe sobre - una película fotográfica de densidades radiolúcida (negra) y radiopaca (blanca).

El uso de la radiografía está definitivamente indicada en ciertas condiciones como en los dientes retenidos, dientes supernumerarios, quistes, raíces y cuerpos extraños. En los casos en que es necesario operar es imperativo se determine la exacta localización del diente o cuerpo extraño, como ayuda para el operador.

La localización por medio de radiografías dentales debe ser interpretada por comparación de vistas tomadas en distintos ángulos de proyección, más un conocimiento anatómico de la región radiográfica.

INDICACIONES PARA EL USO DE LA LOCALIZACION: La localización esta indicada en los siguientes casos, cuerpo extraño, instrumentos rotos, materiales de relleno en la apófisis alveolar, dientes retenidos y dientes supernumerarios, cálculos en la glándula o conducto salival, fracturas del maxilar superior e inferior, fractura de los cóndilos, expansión del proceso alveolar en una formación quística.

TIPOS DE EXAMENES RADIOGRAFICOS DENTALES USADOS EN LA LOCALIZACION: Los tipos de exámenes radiográficos dentales usados en la localización son los siguientes:

- 1.- Periápical.
- 2.- Oclusal (topográfica)
- 3.- Sección Transversal y maxilar lateral
- 4.- Cabeza lateral postero-anterior

Es imperativo en las localizaciones que la película periapical sea suplementada con otros ciertos

tipos de exámenes radiográficos.

1.- MÉTODOS DE LOCALIZACIÓN.- Los métodos de localización son los siguientes:

El método estereoscópico. Este método hoy en día rara vez se utiliza a causa de la evolución de -- otros métodos más simples y exactos. La radiografía estereoscópica consiste en la exposición y revelación de dos películas, una para cada ojo, desplazando el tubo en el plano horizontal a la distancia entre las pupilas de cada ojo, después esta radiografía se observa en un aparato llamado - estereoscopio, de este modo, dos radiografías -- chatas se combinan en una profundidad y perspectiva.

Los odontólogos no pueden dominar este procedi- - miento, por las siguientes dificultades tecnológicas; colocación de dos películas exactamente en - la misma posición en la boca, para dos exposiciones separadas, conseguir la absoluta inmoviliza- ción de la cabeza del paciente entre ambas exposiciones, determinar los ángulos de proyección vertical y horizontal correctos con dos movimientos del tubo, correcto montaje de las películas.

2.- METODO DEL DESPLAZAMIENTO DE LA IMAGEN.- Este método se aplica con facilidad y da formación suficiente para ser de valor práctico, pero el método de localización oclusal (corte transversal) sigue siendo hasta hoy el más avanzado, y el más -- exacto.

La técnica de procedimiento ^{*}consiste en exponer y

revelar dos o más radiografías periapicales de la misma zona, moviendo el tubo en dirección horizontal entre las exposiciones como resultado de los cambios en la angulación horizontal, el diente no erupcionado o cuerpo extraño se mueve hacia el -- distal en relación con los otros dientes o puntos de referencia.

La regla que gobierna el método del desplazamiento es la siguiente: si el diente no erupcionado o -- cuerpo extraño se mueve en la misma dirección es que el tubo es desplazado, dicho diente o cuerpo extraño están localizados del lado lingual, si se mueve en dirección opuesta a la cual el tubo se - desplaza, están por vestibular, este método puede ser aplicado también cambiando la angulación vertical del tubo.

3.- METODO OCLUSAL.- (Corte Transversal topográfica). Las vistas topográficas oclusales se indica cuando el odontólogo desea observar una zona - quística o un diente retenido que no ha sido orientado completamente en una película oclusal.

Para una localización exacta de corte transversal oclusal, debe usarse en combinación con una película la periapical que extiende el ángulo de proyección a un arco que va de cero a 90° lo cual depende de la región radiografiada.

La porción vertical del hueso frontal es la obstrucción más grande que se encuentra en la radiografía oclusal (corte transversal) de la porción anterior del maxilar superior donde es paralelo - al eje largo de los dientes anteriores. En ciertos casos es necesaria alguna modificación de la-

angulación vertical para revelar esta zona.

La película oclusal mide 7 cms., X 9 cms., y se manufactura para velocidades regular y rápida.

La rápida es la mejor película para las vistas - - oclusales del maxilar superior a causa de su extrema sensibilidad.

El chasis intrabucal debe usarse con las películas rápidas para las radiografías oclusales del maxi--llar superior, desde que disminuye el tiempo de ex--posición y las probabilidades de movilidad del pa--ciente.

4.- METODO EXTRABUCAL.- Las radiografías extrabuca--les se utilizan para suplementar los exámenes periapicales y oclusales para localizaciones o aspectos que no se pueden obtener intrabucalmente.

Siempre hay ventajas en hacer un exámen radiográfi--co completo y las radiografías extrabucales son a--menudo necesarias, para completar el estudio e in--formación de un diagnóstico en casos de dientes retenidos, fracturas o quistes.

El exámen radiográfico del canino retenido debe --ser realizado según ciertas normas para que sea de utilidad, para encarar el problema quirúrgico no --es suficiente una radiografía intraoral y tal radio--grafía intraoral sólo nos impondrá de la existen--cia del diente; las normas para las radiografías --de utilidad quirúrgica serán dadas en seguida.

Es necesario ubicar el diente según los tres planos del espacio, es imprescindible ver la cúspide y el

ápice y la relación de todo el diente con los órganos vecinos (seno maxilar, fosas nasales y dientes vecinos).

La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo, -- (densidad, rarefacción) presencia del saco periodontario, así como la existencia de procesos óseos-periodontarios.

Antes de encarar un problema quirúrgico de esta especie debemos verificar con absoluta precisión, la clase a que pertenece el canino retenido y así poder imponer el tipo de operación necesaria, como vía de acceso, incisión, etc. Y sólo así evitaremos operaciones, mutilaciones traumáticas y llenas de inconvenientes.

VERIFICACION DE LA RELACION VESTIBULOPALATINA. - Es lógico que lo primero que se necesita conocer es la posición vestibular o palatina del diente retenido, para poder así elegir la vía de acceso. A pesar de que aproximadamente un 85% de los caninos retenidos son palatinos y en muchas ocasiones el relieve que producen en la bóveda los identifica, hay que tener la absoluta seguridad de su posición.

UBICACION DEL DIENTE EN EL PLANO ANTEROPOSTERIOR. - (Plano sagital) La ubicación del diente en el plano sagital se logra a merced de varias tomas radiográficas, con placas comunes gracias a las siguientes técnicas.

Tres tomas son necesarias para conocer la dirección anteroposterior del diente retenido y las relaciones de la corona y ápice con los órganos, cavidades y dientes vecinos. Estas tomas radiográficas-

se denominan simplemente (A.M.P) (Anterior, media- y posterior)

TOMA ANTERIOR.- Se coloca la película en el lado-palatino haciendo coincidir la línea media de la - placa con el espacio interincisivo, el rayo debe - ser normal a la placa.

TOMA MEDIA.- Se coloca la película orientada verti- calmente haciendo coincidir su borde anterior con- el espacio interincisivo, el rayo normal a la pelí- cula.

TOMA POSTERIOR.- Se coloca la película, haciendo - coincidir el borde anterior con la cara distal del incisivo lateral, el rayo normal a la película.

En las tres tomas el borde inferior de la película ha de estar horizontalmente colocado y en lo posi- ble guardando una misma distancia con el borde in- cisal de los dientes vecinos.

DELIMITACION DEL CANINO EN EL PLANO HORIZONTAL.- - Según Gletz y Graviotto, para localizar el canino- retenido en el plano horizontal se aconseja la si- guiente técnica.

a). RADIOGRAFIA.- Oclusal con rayo en la línea -- media e incidencia perpendicular a la placa. Con- esta sola radiografía no se obtiene la precisa ubi- cación del canino, pues los rayos secundarios dan- una imagen del diente que no es la correcta, pro- yectándolo a través de las raíces de los demás - - dientes de la arcada.

b). CON UNA SEGUNDA RADIOGRAFIA.- También oclusal con rayo central perpendicular a la placa y pasando por los premolares, se evita el inconveniente antes citado, obteniendo una imagen del diente en relación con los demás dientes del maxilar.

DELIMITACION DEL CANINO EN EL PLANO VERTICAL.- Según Gietz y Graviotto, indican un método para ubicar el canino en el plano vertical, se coloca una placa (oclusales o una película común para radiografías extrabucales), sobre la mejilla opuesta al canino retenido, dirigiendo en rayo central atravesando el maxilar en sentido horizontal y con incidencia perpendicular a la placa.

De acuerdo con el examen radiográfico previo, la comparación de las radiografías y el examen clínico del caso, tendremos la ubicación del canino su posición y sus relaciones con los dientes y cavidades vecinas.

Ahora se plantea el tratamiento quirúrgico y la vía de acceso a elegirse.

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 encuentran colocados del lado palatino, pero cerca de la arcada dentaria y con un espacio entre el incisivo lateral 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 de mejores resultados.

No siempre puede ser aplicada.

Importancia de conocer la porción coronaria. La radiografía debe mostrar con perfecta nitidez.

- 1).- La forma de la corona.
- 2).- La existencia y dimensiones del caso pericoronario.
- 3).- 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 los 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 alvéolos de los incisivos (peligro de fractura alvéolar) del rincón donde es tá 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 exámen radiográfico puede dilucidar las relaciones de la corona, antes del acto operatorio para fijar el método que conviene para la extracción del canino.

IMPORTANCIA DE CONOCER LA PORCION 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 a nivel o por encima de los ápices de los dientes vecinos, su proximidad con el seno maxilar, deben ser satisfactoriamente investigados por el examen radiográfico, no siempre es fácil.

La gran cantidad de tramas óseas que se interponen al paso de los rayos obscurecen el diagnóstico del ápice del canino.

"Cuando en los caninos se ve el extremo radicular muy grueso debe sospecharse una dilaceración radicular, que se presente prácticamente en todos los casos de caninos retenidos (Gietz).

Mayrhofer, opina que el grado de precisión de la imagen apical nos dará fundamentos sobre la altura a que se encuentra esta porción del diente.

Las partes más alejadas de la placa dan sombras menos precisas y menos nítidamente dibujadas.

"ANESTESIA".

El método más usado para controlar el dolor en la actualidad, es el de la anestesia regional o bloqueo de los impulsos nerviosos.

Anestesia es el método que permite la pérdida total de la sensibilidad.

Analgesia es la supresión del dolor conservando la conciencia.

REQUISITOS QUE DEBE TENER UN ANESTESICO

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

CUIDADOS PREOPERATORIOS

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

Deberemos tomar en cuenta los siguientes puntos:

1.- Hacer una historia clínica que nos puede revelar algún procedimiento alérgico, anafiláctico o cardiorrespiratorio.

2.- Preparación psicológica, para tener éxito - en el procedimiento analgésico.

3.- Equipo de reanimación (oxígeno, jeringas, - soluciones de analépticos, vasopresores, etc.)

4.- Evitar la inyección intravascular.

5.- Elegir solución bloqueadora de acuerdo con cada caso en particular.

6.- Distraer y vigilar al paciente durante el - bloqueo.

ACCIDENTES

1.- Accidentes relacionados con anestésicos.

Toxicidad de los anestésicos locales. La región gingivodental es ricamente vascularizada, puede haber una absorción rápida y dar manifestaciones de toxicidad como: escalofrío, temblores, visión borrosa, etc.

Las reacciones por sensibilidad inmunológica que - pueden ocasionar trastornos respiratorios, como es pasmo bronquial, disnea y estado asmático.

Estos trastornos se acompañan de alteraciones cutáneas en la mucosa, urticaria y edema angioneuróti- co y estado de shock anafiláctico.

2.- Accidentes por patología preexistente independientemente de las soluciones bloqueadoras.

Un paciente de edad avanzada puede presentar una crisis de angiopeptoritis.

Un diabético caer en coma y un hipertenso accidente cardiovascular.

3.- Accidentes por sobredosificación, son menos frecuentes.

"TECNICAS DE ANESTESIA".

TECNICA INFRAORBITARIA

El nervio infraorbitario es continuación directa del nervio maxilar superior. Inerva la piel del párpado inferior, la porción lateral de la nariz, y el labio superior.

Se palpa con el dedo medio la porción media del borde inferior de la órbita y se desciende 1 cm., se puede palpar el paquete vasculonervioso que sale por el agujero infraorbitario.

Se levanta con el pulgar y el índice el labio superior y con la otra mano se introduce la aguja en el repliegue superior.

INDICACIONES

Intervenciones quirúrgicas en el lugar de distribución del nervio infraorbitario. Extracciones complicadas con resección del colgajo sobre uno o varios incisivos o caninos. Así como extirpación de quistes o granulomas.

Esta técnica está indicada en retención unilateral del canino retenido, en posición vestibular y palatina.

Esta técnica se completa con la anestesia infiltrativa local en la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior.

TECNICA PALATINA ANTERIOR Y NASOPALATINA.

El nervio palatino anterior corre desde la fosa pterigopalatina hacia el conducto del palatino posterior, inerva el paladar duro, la mucosa de esta región y la encía palatina correspondiente.

El nervio masopalatino es el mayor de las ramas nasales. Corre hacia abajo y adelante a lo largo del tabique nasal, atraviesa el conducto palatino anterior y da ramas al paladar duro y a la encía que rodea los incisivos superiores.

El nervio palatino anterior se bloquea inyectando al lado del agujero del conducto palatino posterior situado a la altura del 2o. molar, un cm., por encima del reborde gingival.

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

INDICACIONES

Para tratamientos donde generalmente se necesita anestesia la pulpa dentaria y la infiltración de la mucosa gingival que rodea al diente. Si se trata de intervenciones quirúrgicas, es necesario completar con infiltración palatina.

TECNICA REGIONAL:

El nervio alveolar inferior se desprende del nervio maxilar inferior y se dirige hacia abajo, primero por el músculo pterigoideo y luego por fuera del músculo pterigoideo medio, entre éste y la rama del maxilar inferior. El nervio entra en el orificio del conducto dentario que esta situado en el punto medio de la rama y corre en el canal del mismo nombre hasta el nivel de incisivo mesial.

Con el dedo índice izquierdo se localiza la línea oblicua, es decir, el borde interno de la rama del maxilar inferior. Se hace la punción por dentro de ese punto a 1 cm., por encima del plano oclusal de los molares.

La jeringa debe mantenerse paralela al cuerpo de la mandíbula y al plano masticatorio de los dientes inferiores.

La aguja se introduce 2 cm., pegado a la rama, por su cara interna; al mismo tiempo se gira la jeringa hacia los premolares del lado opuesto, manteniéndola en el mismo plano horizontal.

INDICACIONES

La técnica intraoral es la más adecuada para la cirugía bucal y el tratamiento de los dientes correspondientes a la mandíbula.

TECNICA MENTONIANA

Se origina en el conducto dentario inferior y sale a través del agujero mentoniano a la altura del premolar distal.

El foramen mentoniano se encuentra por detrás del primer premolar, en el repliegue del vestíbulo -- oral por dentro del labio inferior. Con el dedo índice izquierdo se palpa el paquete vasculonervioso a su salida del agujero mentoniano. El dedo se deja allí ejerciendo ligera presión, mientras la aguja se introduce hasta la cercanía del paquete vasculonervioso.

INDICACIONES

Tratamiento de los incisivos, caninos o primer premolar.

Intervenciones quirúrgicas en el labio inferior, - mucosa gingival o porción labial del proceso alveolar.

TECNICAS QUIRURGICAS.

Hay dos vías de acceso a seguir, que son:

- A) Palatina
- B) Vestibular

La vía de acceso se deberá de elegir de acuerdo al lugar don de se encuentran los caninos retenidos.

Si éstos se encuentran colocados del lado palatino de los -- dientes, (con arcadas dentarias completas) deben ser extraídos por vía palatina; si se localiza 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), puede ser abordado por la vía vestibular. Cuando la retención es por vestibular, - la vía de acceso es vestibular, siendo ésta la más sencilla.

A) EXTRACCION DE LOS CANINOS POR VIA PALATINA.

ANESTESIA:

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

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

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

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

INCISION:

En la zona palatina, se desprende parte de la fibromucosa dejando descubierta la bóveda ósea. El colgajo debe dar suficiente visión y dispuesto de manera que no sea traumatizado en la intervención.

La extensión del colgajo esta dada por el canino retenido -- Cúspide y ápice son los extremos por fuera de los cuales se traza la incisión. Se usa un bisturí de hoja número 12, se insinúa entre los dientes y la encía, perpendicularmente a la bóveda, llegando hasta el hueso. El desprendimiento se realiza de la cara distal del segundo premolar, extendiéndose en sentido anterior hasta los incisivos centrales, lateral o molar del lado opuesto, según el sitio que ocupe el o los caninos retenidos. Si falta el diente se contornea parte de la cara mesial del primer premolar, sigue por la cresta de la arcada hasta el lugar elegido. Si existe el canino temporario se contornea por la cara palatina. Si está más posterior puede hacerse la incisión hasta la línea media, -- respetando los elementos que se relacionan con el agujero palatino anterior.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

Se realiza con instrumento romo. Desprendiendo un trozo de fibromucosa, se toma con una pinza de disección se mantiene inmóvil durante la operación. Se cohibe la posible hemorragia ósea o de los vasos palatinos.

OSTEOTOMIA:

Para eliminar el hueso que cubre el canino retenido. Los -- instrumentos que se utilizan son: fresa quirúrgica, escoplo, impulsado a golpeo de martillo.

Debe descubrirse toda la corona y parte de la raíz. Especialmente a nivel de la cúspide y una anchura equivalente al mayor diámetro de la corona, para evitar traumatismos.

Las fresas deben cambiarse continuamente al embotarse con -- los restos óseos y la sangre, bruñen el hueso y lo calientan. Al irrigar el hueso con suero fisiológico, tibio y esterilizado, logramos un enfriamiento.

Se utilizaron fresas redondas números 4 ó 5. Se hacen orificios circundando la corona y el primer tercio radicular, la fresa debe tocar la corona del canino. Los orificios se -- unen entre sí, seccionando el hueso, con una fresa de fisura fina o un escoplo.

Cuando la corona está muy superficial y el hueso es papirá--ceo, puede ser eliminado con una fresa redonda número 8 ó 9.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA:

Sólo puede realizarse con palancas, apoyándose el hueso vecino más sólido y más protegido. Hay que facilitar la eliminación del diente, y se resuelve por dos procedimientos.

- 1) Se aumenta ampliamente la ventana ósea por donde debe eliminarse el diente.
- 2) Disminuyendo el volumen del diente a extraer.

La disminución del volumen del diente es por medio de la odontosección. Se corta el diente en el número de trozos que -- sea necesario, y se extraen sus partes por separado, y a expensas de los espacios creados por las partes desalojadas -- que completa ña extracción de los trozos que quedan.

Cuando el diente está dirigido en sentido próximo al vertical, la sección no es aplicable. En tal posición se crea un espacio con fresas, alrededor de la corona del canino, y - - siempre que la cúspide no está enclaustrada, puede ser extraido con un elevador recto, introducido entre la cara del retenido que mire a la línea media y la pared ósea contigua. -- Con movimientos de rotación se introduce el instrumento consiguiendo en el diente cierto grado de luxación. Después se toma el diente a nivel del cuello con una pinza de premolares superiores y con suaves movimientos de rotación y tracción, en dirección del eje del diente. Si hay dificultad en estos movimientos existe dilaceración radicular. Para la -- odontosección se utiliza fresa de fisura número 702 ó 560 y se hace a nivel del cuello, dirigida perpendicularmente al - eje mayor del diente. Si no es posible, se corta a nivel de la corona.

Seccionado el diente, se introduce un elevador recto en el espacio creado por la fresa y se imprime al instrumento un movimiento rotatorio, separando raíz y corona y dando la movilidad a ésta, aplicando el elevador a nivel de la cúspide del canino, se dirige la corona en dirección del ápice.

La extracción de la corona se logra con un elevador angular entre la cara del diente que mira hacia la línea media y la estructura ósea. Con movimiento de palanca, con apoyo en el borde óseo y girando el mango del instrumento, descendiendo la corona.

TRATAMIENTO:

Extraído el canino debe inspeccionarse la cavidad ósea y extraer las esquirlas de hueso o de diente y eliminar el saco-pericoronario del diente retenido con una cucharilla filosa.

Los bordes óseos prominentes y agudos deben ser alisados con fresa redonda, escofinas o limas para hueso.

SUTURA:

El colgajo se vuelve a su lugar, readaptándolo perfectamente de manera que las lengüetas interdientarias ocupen su sitio normal.

En caninos unilaterales, generalmente un punto de sutura es suficiente, a nivel del espacio. Se desprende con unas pinzas un poco de fibromucosa vestibular para pasar la aguja.

Si persiste el temporario la sutura se realiza con aguja recta y fina, pasándola 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.

Después se coloca un trozo de gasa en la bóveda palatina com
primiendo y adosando la fibromucosa.

CANINOS BILATERALES.

La incisión es desde el distal del segundo premolar o del -- primer molar hasta el mismo lugar del lado opuesto. Se hace el desprendimiento del colgajo, separando la fibromucosa de los cuellos de los dientes.

Los demás son como en dientes unilaterales. La sutura es -- con cuatro o tres puntos en los sitios más accesibles.

B) EXTRACCION DE LOS CANINOS POR VIA VESTIBULAR.

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

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

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

ANESTESIA:

La anestesia de elección es la infraorbitaria, se completa -- con anestesia del paladar a nivel del agujero palatino anterior y una anestesia distal a la altura del ápice del canino.

Si se opera con anestesia general, es útil realizar una anestesia infiltrativa en el vestibulo, con fines hemostáticos.

INCISION:

Se hace un arco (Partsch) o hasta el borde libre (Newmann). Debe estar lo suficientemente alejada del sitio de implantación del diente, para que no coincida con la brecha ósea, al reponer el colgajo.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

Sigue las normas trazadas para los otros tipos de colgajo.

Este debe mantenerse levantado durante el curso de la operación con un separador romo que no traumatice. Hay que evitar tironamientos que repercutan sobre la vitalidad del tejido gingival.

OSTEOTOMIA:

Se realiza con fresas, escoplo y martillo. Es más fácil, - porque la tabla externa no tiene la dureza y solidez de la bóveda palatina.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA:

Pueden extraerse enteros, luxarlos previamente con elevadores rectos que se insinúan entre el diente y la pared ósea. Luxaso el diente se toma con una pinza recta y se extrae.

Los caninos palatinos próximos a la arcada dentaria, y en caso de ausencia del incisivo lateral y/o del primer premolar o ambos dientes, pueden ser intervenidos por vía vestibular; - para su extracción hay que seccionarlos.

La odontosección es con fresa de fisura a nivel del cuello.

La corona se extrae con elevador recto o angular. En el espacio de la corona se proyecta la porción radicular.

La raíz es movilizáda en dirección de su eje mayor, con elevadores, o se practica un orificio con fresa redonda en las caras externas de la raíz, en el tercio cervical para introducir un instrumento delgado con el que se desplaza, ésto se utiliza como un medio de apoyo para facilitar la extracción.

TRATAMIENTO:

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

SUTURA:

Dos o tres puntos de sutura con seda, después de repuesto el colgajo en su sitio.

C) EXTRACCION SIMULTANEA DE LOS CANINOS RETENIDOS, Y DIENTES DE LA ARCADA.

Se extraen dientes de la arcada por ser portadores de complicaciones de caries o paradentosis. La extracción simultánea es en el caso en que el canino está relativamente cerca de la tabla ósea de la bóveda y a condición de que el canino sea seccionado. Los caninos profundamente retenidos se intervienen en distintos tiempos: antes de los dientes de la arcada, cuando se dispone de un proceso alveolar de escasas proporciones y dientes grandes, es decir, porción debilitada se extraerá el canino y después de un tiempo en que la regeneración ósea haya llenado la cavidad, se eliminarán los dientes de la arcada. Pero durante la extracción del canino o de los dientes pueden presentarse condiciones que aconsejen la extracción de ambos en la misma sesión.

D) EXTRACCION DE LOS CANINOS EN MAXILARES DESDENTADOS.

La vía de elección es la vestibular. Los casos en que se encuentra muy profundo, lejos de la tabla externa y próximo a la bóveda, no se realizan por esta vía. Estos se extraen por vía palatina. Las normas para la extracción se ajustan a las señaladas para los otros tipos de caninos retenidos.

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

E) EXTRACCIONES DE CANINOS INFERIORES RETENIDOS.

Con dientes en la arcada. Se ajusta a las normas señaladas para la extracción de caninos superiores.

La vía de elección es la vestibular (aún para ciertos casos de caninos linguales verticales y con espacio en la arcada, por la ausencia de los dientes vecinos).

INCISION:

La incisión se realiza en el arco llendo del 2o. premolar a cara mesial del lateral sin llegar al borde gingival. Puede prepararse un colgajo a expensas del borde libre, trazando una incisión vertical y desprendiendo la encía de los cuernos dentarios.

Desprendimiento de los colgajos:

De acuerdo con el tipo de incisión, con una legra fina, con el perióstomo o con la espátula de Freer se desciende el colgajo perióstico, que se sostiene con un separador romo.

Si es necesario se hace osteotomía.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA:

Para facilitar el problema quirúrgico, se impone la odontosección, se puede hacer con fresa, con escoplo, martillo o escoplo automático. Las porciones seccionadas se extraerán por separado, con elevadores rectos o angulares, según la posición y facilidad de acceso.

SUTURA:

Se realiza la sutura con seda, hilo catgut o nylon.

F) EXTRACCION DE CANINOS LINGUALES INFERIORES.

Esta posición es rara. La intervención puede hacerse por vestibular cuando existe espacio entre los dientes vecinos. La extracción por lingual es muy laboriosa por las dificultades de acceso inherente a la ubicación del diente retenido y la mala iluminación y visibilidad a este nivel.

Los caninos en posición vestibulo-lingual, es cuando la raíz se encuentra en el lado vestibular y la corona en el lado lingual.

G) EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES EN DESDENTADOS:

Vía de acceso vestibular: La incisión angular es la preferente; la porción horizontal es en las proximidades del borde libre y vertical se traza en ángulo recto con el primero. La incisión de Newmann, también se puede hacer. Las normas se ajustan a las ya señaladas.

**"COMPLICACIONES ASOCIADAS CON LA CIRUGIA".
LESIONES A LOS DIENTES ADYACENTES DURANTE EL PROCEDIMIENTO
QUIRURGICO.**

Este tipo de lesiones que se provoca a los dientes adyacentes, pueden realizarse por medio de instrumentos agudos y cortantes, o por fuerzas excesivas o mal dirigidas.

FRACTURA DE LAS CORONAS CLINICAS.

Estas fracturas pueden ocasionarse por uso de fuerza excesiva y mal dirigida, la que traerá como consecuencia una fractura que podrá afectar esmalte, dentina y pulpa. En la fractura del esmalte, con frecuencia su tratamiento será aislado y pulido, mientras que la fractura que involucra dentina expuesta al tratamiento se tendrá que realizar con material de restauración adecuado, la exposición de la pulpa requiere de tratamientos de conductos radiculares o un recubrimiento pulpar según sea la exposición de la pulpa.

FRACTURA RADICULAR.

En un tratamiento de un diente incluido, o cirugía periapical es posible causar una fractura o un traumatismo de otra índole; el tercio apical de la raíz puede sufrir una fractura y está manifiesta desplazamiento o movilidad.

Deberá realizarse la remoción del ápice radicular fracturado, la herida deberá ser irrigada y cerrada cuidadosamente.

Posteriormente observamos si presenta movilidad, dolor a la percusión, vitalidad y cambios observados en la radiografía, si el diente pierde su vitalidad se deberá realizar la obturación del conducto radicular.

DIENTES MOVILES.

Esta movilidad es provocada por fuerzas excesivas o mal diri-

gidas por lo que puede traer como consecuencia ligera movilidad en el diente adyacente; pero si este tiene tejidos periodontales sanos no requerirá tratamiento, pero deberá ser observado después de cuatro o seis semanas, buscando movimiento vitalidad, dolor a la percusión y cambios en la radiografía. En cambio los dientes muy desplazados y movilizadas sin pruebas de fractura alveolar deberán ser alineados en su posición original e inmovilizarlos.

LESION EN EL MAXILAR SUPERIOR, SENO MAXILAR Y CAVIDAD NASAL.

La cirugía que involucra a los dientes y estructuras relacionadas con el maxilar superior podrían tener como consecuencia complicaciones quirúrgicas de gran importancia, por lo que estas complicaciones se relacionan frecuentemente con el seno y la cavidad nasal.

COMUNICACION ENTRE EL ANTRO Y LA CAVIDAD BUCAL.

Los dientes incluidos y cercanos al antro deberán ser manejados con precaución durante la intervención, para evitar una comunicación entre estas estructuras, si existiera la comunicación se haría el tratamiento adecuado para evitar problemas al paciente, haciendo una cirugía Cadwell-Luc que consiste en hacer una abertura en la pared facial del antro, arriba de las raíces de los premolares, utilizando cincel o fresas, se curetea y se limpia, se coloca en su lugar el tejido blando y se sutura sobre el hueso con puntos aislados de seda, se revisará en 5 ó 7 días.

La comunicación entre la cavidad bucal y nasal, puede ser de origen neoplásico, infeccioso y traumático. Por origen traumático, puede ser causado por uso de cindeles sin filo, por uso incorrecto de instrumentos rotatorios y punzocortantes.

Si existe infección en el seno maxilar, se realizará la antroc

tomía. En el caso contrario, se tratará con cierre primario de los tejidos que cubren el defecto, si éste es pequeño, pero si esta comunicación buco-nasal persiste, exige el tratamiento con movimiento de colgajo palatino pendiculado.

LESIONES A LA MANDIBULA.

- 1) Exposición del conducto dentario inferior.
- 2) Corte del nervio dentario inferior, lesión o compresión de este nervio, lo que dará una insensibilidad prolongada o parestesia del labio.
- 3) Desgarramiento de los vasos sanguíneos por lesión o compresión de la arteria y vena dentaria inferior, interrupción del aporte sanguíneo al colgajo interno durante mucho tiempo, lo que da lugar a necrosis.
- 4) Un ápice empujando a la región submaxilar o al conducto dentario inferior.

LESION AL NERVI MENTONIANO.

Este nervio es lesionado con mucha frecuencia cuando se realiza la reflexión por retracción de un colgajo en la zona circundante al agujero mentoniano. El conocimiento de su existencia y su identificación, y evitar la retracción excesiva del colgajo en esa zona, son medidas que se deben realizar para proteger a este nervio de una lesión quirúrgica. Pero si el nervio fuera traumatizado por corte o desgarramiento deberá colocarse el mucoperiostio y suturarse en forma normal, deberá evitarse la formación de hematomas subperiósticos en la zona del agujero mentoniano, puesto que ésto favorecería la formación de tejido cicatrizal excesiva y trastornará la posibilidad de regeneración normal del diente.

LESIONES OSEAS.

Las lesiones óseas que afectan a la mandíbula; que se presen-

tan como complicaciones quirúrgicas son primordialmente: afectando un segmento de placa cortical o la fractura completa de la mandíbula.

FRACTURA DE LA TABLA CORTICAL.

La fractura de la tabla cortical vestibular puede suceder -- cuando se realiza una maniobra con forceps o elevadores especialmente de premolares o dientes anteriores inferiores, aunque resulta desafortunado desde el punto de vista protético, no se considera como una complicación importante.

FRACTURA COMPLETA DE LA MANDIBULA.

Esta lesión puede presentarse durante la cirugía para la extracción de caninos incluidos, puesto que la fuerza excesiva aplicada durante la extracción del diente incluido puede provocar la fractura de esta parte de la mandíbula, ya que se encontrará debilitada por la presencia del diente y durante la extracción el exceso de fuerza aplicada con el elevador. Por lo que el tratamiento de elección será la inmovilización de la mandíbula durante dos a ocho semanas, dependiendo de la extensión de la fractura, grado de desplazamiento y diversos factores más.

OTRAS COMPLICACIONES.

- 1) Trismus que impide la masticación
- 2) Fractura de la apófisis alveolar
- 3) Decoloración de los tejidos blandos por debajo y encima de la mandíbula, debajo del ojo, mejillas o labio inferior, esto depende del sitio operado y es el resultado de una equimosis producida por una hemorragia posoperatoria.
- 4) Lesiones en los labios, mejillas y mucosas por el uso de instrumentos.

- 5) Pérdida de gran parte de la apófisis alveolar y necrosis debido al mal planeo de la técnica para la extracción - - del diente retenido, generalmente por un gran traumatismo del hueso, exceso de presión con el elevador, escoplo no afilado, quemadura del hueso por las fresas usadas a mucha velocidad o carentes de filo.
- 6) Exposición exacerbada de las raíces de los dientes vecinos que puedan dar resultado la pérdida de estos dientes.
- 7) Dolor que puede ser el dolor normal por un trauma normal o el dolor intenso de la alveolitis.

COMPLICACIONES DE LA OPERACION.

Toda operación puede ser seguida de complicaciones locales o generales de distinta índole; el afán del operador debe prevenirlas. En la precisión de las técnicas, en la asepsia de la operación, encuentran escudo los accidentes postoperatorios. Muchos de ellos serán tratados en cada capítulo en particular; en exodoncia, por ejemplo, se estudiarán los - - accidentes propios de esta clase de operación. En este momento solamente daremos líneas generales sobre las complicaciones postoperatorias.

COMPLICACIONES LOCALES.

HEMORRAGIA.- La salida de sangre en el curso de una operación es un suceso lógico; la cantidad de sangre puede hallarse disminuida por acción de la anestesia local (vasoconstrictores). Cohibir la hemorragia en el acto operatorio es - -- obra de la hemostasis, que ya fue considerada; nos referiremos ahora a la hemorragia postoperatoria, que aparece intempestiva e inmediatamente a la operación (hemorragia primaria) o un tiempo después (hemorragia secundaria).

Hemorragia primaria. El tratamiento de la hemorragia primaria en cirugía bucal se realiza por dos procedimientos: uno ins-

trumental que tiene su aplicación en la ligadura o en el aplastamiento del vaso que sangra; la ligadura solamente tiene escasas aplicaciones, como ya fue dicho; 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 trozo de gasa. Generalmente, volviendo el colgajo a su sitio y suturando, la hemorragia cesa, por compresión de la cavidad ósea por la sangre que al coagularse obtura los vasos óseos sangrantes. A expensas de este coágulo se realiza el proceso de osificación. Si la hemorragia no cede y continúa brotando sangre entre los labios de la herida, en un tiempo y en cantidad desusados, habrá que llenar la cavidad quirúrgica con una mecha de gasa, que debe reunir ciertas condiciones para este objeto; para aumentar su acción hemostática, la gasa puede ser impregnada en los medicamentos indicados: trombina, trombo-plastina, adrenalina, percloruro de hierro; para evitar que la gasa se adhiera a la cavidad ósea puede ser impregnada previamente con vaselina (gasa vaselinada). Existen ciertas gasas que tienen propiedades estípticas como el Clauden o Strip non. El taponamiento que se realiza después de las operaciones de los quistes de los maxilares y de algunos tumores, tiene por objeto, en primer término, evitar la hemorragia.

Hemorragia secundaria. 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. Estas hemorragias adquieren características e intensidad variables.

El tratamiento de tal accidente se realiza por métodos locales y métodos generales.

Métodos locales. Se lava la región que sangra con un chorro de agua caliente o se hace practicar al enfermo un enjuagatorio de su boca para retirar los restos del coágulo y la sangre, que dificulta la visión y la individualización 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 se mantiene con los dedos o, mejor aún, bajo la presión masticatoria.

Esta presión debe mantenerse, por lo menos, durante media hora, transcurrida la cual se retira con suma precaución la gasa seca que hace compresión. En caso de persistencia, se insiste con la compresión o se administran los tratamientos generales.

En muchas ocasiones, no es fácil realizar cómodamente las maniobras para cohibir una hemorragia porque el paciente está dolorido, o el mismo acto ocasiona dolor. En tales casos, será utilísimo realizar una pequeña anestesia local, a nivel -- del lugar donde se localiza la hemorragia. Además de las ventajas que se obtienen por el poder vasoconstrictor del líquido 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 spongostan, oxycel o placenta en el interior de la cavidad ósea.

Métodos Generales. Según la cantidad de sangre perdida, será el estado del paciente. En general, las hemorragias en cirugía bucal no son mortales, aunque conocemos algunas alarmantes.

Se mejorará el estado general (pulso, tensión, corazón) administrando tónicos cardíacos (aceite alcanforado, cardiazol) y

se tratará de reemplazar la sangre perdida por la inyección de suero glucosado, transfusión sanguínea y medicamentos coagulantes (ergotina, coaguleno). En la parte cuarta, Exodoncia, accidentes de la extracción dentaria, damos mayores informaciones sobre este tema.

HEMATOMA.- Accidente frecuente, que escapa la mayor parte de las veces a nuestras mejores previsiones, consiste en la entrada, difusión y depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación. El "tumor sanguíneo" puede adquirir un volumen considerable, con el consiguiente cambio de coloración del lugar de la operación, la piel y sus vecindades.

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.

La conducta en semejantes casos debe ser expectante. Después de un tiempo variable y con suma lentitud el hematoma se reabsorbe; cuando supura, se trata como un absceso, incidiéndolo a bisturí o galvanocauterio. Algunas veces puede intentarse disminuir la tensión absorbiendo con una jeringa la sangre, todavía líquida, del hematoma.

El hematoma puede originarse también por desgarrar o ruptura de un vaso, en las maniobras de anestesia (inyección a nivel del agujero infraorbitario).

INFECCION.- A pesar de las condiciones sépticas del campo operatorio, la infección no es común.

Pueden sobrevenir a raíz de una operación flemones, abscesos, celulitis y aun procesos de mayor intensidad e importancia, ta

les como el flemón circunscripto o el flemón difuso del suelo de la boca, muy graves en la época prepenicilínica.

El proceso infeccioso postoperatorio más común es la alveolitis; su patogenia, marcha clínica y tratamiento de las infecciones postoperatorias, serán considerados oportunamente.

DOLOR.- El dolor postoperatorio, que se presenta a causa del tratamiento operatorio, debe ser calmado por medicamentos preconizados para tal objeto: antipirina, piramidón; excepcionalmente morfina. El frío colocado a intervalos sobre la región operada, calma en las primeras horas los dolores postoperatorios.

Quando sea necesario (náusea postanestésica, o dolor a la neoglución que impidan medicar al paciente por vía oral) pueden administrarse los analgésicos por vía rectal, en forma de supositorios, que se expenden en el comercio bajo distintas fórmulas.

ALVEOLITIS.

COMPLICACIONES GENERALES.

Cualquier intervención en la cavidad oral puede ser seguida de complicaciones generales.

Muchas de éstas podemos prevenirlas; otras escapan a nuestros buenos propósitos.

SHOCK.- Es la complicación más inmediata que puede presentarse. Suele ser debido a la anestesia o tratarse de un shock quirúrgico. El primero es el más frecuente cuando no se trata del shock neurogénico; el shock quirúrgico, por la intervención misma es raro en nuestra especialidad. Por lo común se trata de lipotimias de intensidad variable, originadas, en la mayor parte de los casos, por el miedo a la operación.

El cuadro es clásico: el paciente empieza a empalidecer, su frente se cubre de gotas de sudor, la respiración se hace ansiosa, los ojos miran hacia un punto fijo, la nariz se torna afilada, el pulso disminuye de frecuencia. Estas situaciones se mantienen por breves minutos.

El tratamiento de esta lipotimia se realiza de la siguiente manera: se suspende la intervención; se coloca al paciente horizontalmente, con la cabeza más baja que el cuerpo, para combatir la anemia cerebral; es útil la administración de oxígeno al 100%, con la careta para la anestesia general o directamente con una goma si no se tiene aquel elemento. Se inyectará por vía intramuscular vasoconstrictores del tipo de la metedrina, veritol, u otros sintéticos derivados de la efedrina (productos que deben tenerse siempre a mano en el consultorio dental, junto con la jeringa esterilizada lista para ser usada).

INFECCION. SEPTICEMIA. BACTERIEMIA.- La extracción dentaria o la eliminación de focos sépticos (granulomas y quistes infectados), puede ser seguida del paso de microorganismos a la sangre. Esta complicación tiene importancia en los cardiacos o reumáticos, porque puede originarse endocarditis bacteriémicas graves. A los pacientes con lesiones reumáticas o cardiacas es menester administrar penicilina a grandes dosis, antes, durante y después del tratamiento (500,000 U. diarias). Entre nosotros TAQUIN BATTRO Y COSSIO se han ocupado de este problema. La bibliografía americana es abundante en este tipo.

"POSOPERATORIO"

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

El posoperatorio en cirugía bucal no puede tener - la trascendencia del mismo en una operación de cirugía general. Nuestra cirugía es sobre un paciente ambulante y salvo excepciones que se fundan más bien en el tipo de anestesia usado que en la operación misma (ésto último también tiene sus excepciones). el enfermo no necesita ser hospitalizado.

TRATAMIENTO LOCAL POSOPERATORIO.

Higiene en la cavidad bucal:

Terminada la operación, el ayudante o la enfermera lava con esmero la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, con una gasa mojada de agua oxigenada. La cavidad bucal será irrigada con una solución tibia del mismo medicamento, que limpiará y eliminará sangre, saliva, restos -- que eventualmente pueden depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios. Estos elementos extraños entran en putrefacción y colaboran en el aumento de la riqueza de la flora microbiana bucal.

Es de vital importancia la toma de una radiografía posoperatoria, para cerciorarse de que no hemos dejado restos de tejido óseo o dentario, ésto debemos hacerlo antes de suturar.

Antes de que el paciente se retire es de vital importancia anotar las siguientes indicaciones:

- 1) La administración de medicamentos antibióticos, analgésicos, anti-inflamatorios.
- 2) No hacer colutorios, con respecto a los cuidados a la herida.
- 3) Indicarle la fecha que se retirarán los puntos de la sutura (según el caso).
- 4) Informar al paciente que hacer en casos de hemorragias, inflamaciones o cualquier otro problema no controlable, ponerse en contacto de inmediato con el cirujano dentista.
- 5) Indicarle al paciente que no se retire el apósito de gasa aproximadamente durante 30 ó 45 minutos, después de la intervención, notificar le al paciente que las heridas intrabucales -- pueden abrirse de acuerdo a los movimientos -- del tejido y presentar escurrimientos periódicamente, pero que este proceso no es grave.
- 6) Cuando llegue a su casa, después de la operación (aún una simple operación dentaria), conviene guardar reposo por algunas horas, con la cabeza en alto.
- 7) Colocar una bolsa de hielo en la cara, sobre la región operada, durante 15 min., por el término de varias horas.
- 8) El paciente en su domicilio (ya realizada la formación del coágulo) hará lavados suaves de su boca, con una solución antiséptica.

FISIOTERAPIA POSOPERATORIA.

Se ha preconizado el empleo de agentes físicos, como elementos posoperatorios para mejorar y modificar las condiciones de las heridas en la cavidad bucal.

FRIO: Lo aconsejamos bajo la forma de bolsas de hielo o toallas afelpadas mojadas en el agua helada, sobre la región operada. La función de lo frío es múltiple, evita la congestión y el dolor posoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y concreta los edemas. Se usa en períodos de 15 minutos seguidos de un período de descanso de otros 15 minutos. Esta terapéutica sólo se aplica en los tres primeros días siguientes de la operación.

CALOR: Solamente lo empleamos con el objeto de "madurar" los procesos flogísticos y ayudar a la formación de pus; después del tercer día, puede aplicarse para disminuir las alveoalgias y dolores posoperatorios.

DIETA: El paciente debe ingerir una dieta a base de líquidos, gelatinas, flanes, polvos para preparar bebidas que contengan suplementos alimenticios, té con leche, naranjada, caldo tibio.

SUEÑO: El paciente debe dormir con la cabeza elevada en un ángulo aproximadamente de 30 grados para que pueda ingerir sus propias secreciones, esto ayuda a reducir la pérdida de líquidos.

ACTIVIDAD FISICA: El paciente evitará ejercicios bruscos y por lo menos deberá advertírsele de ante

mano cuanto tiempo necesitará para descansar y recuperarse.

MEDICACION POSOPERATORIA: El odontólogo deberá -- prescribir un medicamento que sea suficiente para 48 horas y valorar la capacidad del analgésico para controlar el dolor.

ANTIBIOTICOS: Pueden recetarse como medicación -- sistemática en algunos tratamientos quirúrgicos -- bucales como medio de profilaxia.

ANTIINFLAMATORIOS: La inflamación y el trismus -- durante las primeras 48 horas, se le pueden atribuir al traumatismo relacionado con la cirugía por el uso de retractores y separadores usados durante la operación.

CITAS POSOPERATORIAS: El odontólogo indicará las futuras fechas de consulta para observar la evaluación del proceso, retirar suturas o apósitos por -- lo que el paciente deberá asistir a la hora y fecha que le han indicado.

CONCLUSIONES

Para llegar a un buen diagnóstico clínico, preciso y definitivo, es necesaria una buena historia clínica del paciente, - - aunada a un buen estudio radiográfico de los dientes a tratar.

Se debe considerar que es de gran importancia conservar un -- buen estado óptimo de la cavidad bucal y sobre todo de una -- buena salud general, en todos aquellos pacientes que vayamos a someterlos a tratamientos quirúrgicos.

En todo tratamiento quirúrgico se debe poner gran énfasis en el instrumental que se vaya a utilizar, así como en los medicamentos que se vayan a emplear en casos de una complicación.

También debemos tener mucho cuidado en aquellos pacientes -- en que tengamos la mínima duda de que éstos vayan a necesitar hospitalización.

Un buen éxito operatorio se basa en los puntos anteriores, - así como de un buen desenvolvimiento del cirujano dentista - y de sus ayudantes.

También son de suma importancia todos los cuidados postoperatorios.

El cirujano dentista deberá apreciar sus limitaciones y utilizar los principios quirúrgicos, fundamentalmente apoyados en un buen diagnóstico.

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

- ANESTESIA ODONTOLOGICA., Jorgensen Niels Bjorn., Editorial Interamericana S.A. de C.V., la edición.1970.
- CIRUGIA BUCAL PRACTICA., Waite Daniel E., Editorial Continental S.A., 1a. Edición 1978.
- CIRUGIA BUCAL., Ries Centeno Guillermo A., Editorial El -- Ateneo., 8a. Edición 1979.
- CIRUGIA BUCAL., Harry Archer W., Editorial Mundi S.A.C.I.F. Tomo 1, 2a. Edición 1978.
- LA EXTRACCION DENTAL., Howe Geoffrey L., Editorial Manual-Moderno.
- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL., Kruger Gustavo O., Editorial -- Interamericana., 4a. Edición 1978.
- TRATADO DE CIRUGIA ORAL., Guralmick Walter C., Editorial - Salvat Editores S.A., 2a. Edición 1971.
- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL., Shafer William G., Editorial- Interamericana S.A. de C.V., 3a. Edición 1971.
- MANUAL DE ANESTESIA ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA., Laboratorio Astra