

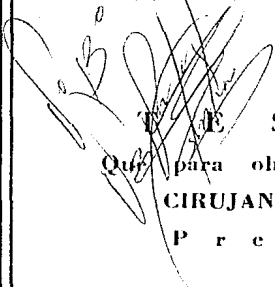
288
4



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EXTRACCION QUIRURGICA
DE CANINOS RETENIDOS



T E S I N A
Qui para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a

MA. AZUCENA NORIEGA ROMERO



FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1989



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 T R O D U C C I O N

Esta recopilación de datos trata específicamente de como llevar a cabo un tratamiento óptimo en pacientes que presenten retención de caninos.

Para ésto debemos hacer una evaluación pre-operatoria del paciente y del diente retenido por extraerse, mediante una historia clínica averiguamos cuales es el estado general del paciente para no entorpecer el éxito de nuestro tratamiento.

Antes de la extracción quirúrgica debemos revisar la anatomía de la región por medio de una exploración clínica y un estudio radiográfico, para evitar una lesión a cavidad nasal, seno maxilar ó región infraorbitaria.

Para la extracción quirúrgica de los caninos retenidos nos basaremos en los principios de la extracción: A COLGAJO Y POR SECCIONAMIENTO.

Se han demostrado que los caninos superiores retenidos son más frecuentes que los inferiores, y todavía más frecuente la retención por palatino que por vestibular. El canino inferior presenta menos retenciones que el superior y cuando las presenta, lo hace generalmente por vestibular y rara vez por lingual.

También se dice que en la mayoría de los casos de retención de caninos es más común en las mujeres, ya que ésta presenta los maxilares y los huesos del cráneo más pequeños que el hombre.

DEFINICION DE DIENTES RETENIDOS:

Dientes cuya erupción normal es impedida por hueso ó dientes en mal posición, ya sea por lingual ó por vestibular con respecto al arco normal ó infraoclusión. Y dientes que no han erupcionado después del tiempo normal de erupción.

HISTORIA CLINICA

Consta de dos partes:

INTERROGATORIO Y EXPLORACION FISICA

1.- Datos que deben preguntarse por medio del interrogatorio y secuencia a seguir.

A) PADECIMIENTO ACTUAL:

Cuadro clínico inicial, fecha de comienzo, cronología y análisis de los síntomas.

Evolución de cada uno de los síntomas.

Estado actual de los síntomas.

B) APARATOS Y SISTEMAS:

Digestivo: Disfagia, Dolor Abdominal, Hematemesis, Melena y Diarrea.

Respiratorio: Tos, Dolor Torácico, Disnea, Expectoración, y Disfonía.

Circulatorio: Disnea, Dolor Precordial, Palpitaciones, Edema, Cianosis, Síncope y Claudicación Intermittente.

Hemático y Linfático: Hemorragia y Adenopatías.

Renal y Urinario: Número, Caracteres y Volumen de la Micción

Endócrino: Poliuria, Polidipsia, Polifagia, Curva Ponderal.

Nervioso: Coordinación de movimientos, Organos de los Sentidos.

Psíquico: Insomnio, Depresión y Ansiedad.

Musculo Esquelético: Limitación funcional, Muscular ó Articular.

Piel y Mucosa: Cambio en la coloración y lesiones.

Síntomas Generales: Fiebre, Anorexia, Astenia.

Enumeración y fecha de los exámenes de laboratorio y gabinete, diagnóstico y tratamientos.

C) ANTECEDENTES:

Hereditarios y Familiares: Padres, Hermanos, Hijos, Tuberculosis, Asma, Neoplasias y Diabetes.

Personales no Patológicos: Ocupaciones anteriores y actual, Inmunizaciones.

Personales Patológicos: Tuberculosis, Fiebre Reumática, Asma, Insuficiencia, Coronaria, Intervenciones Quirúrgicas.

Datos que se obtienen mediante la exploración física y secuencia a seguir.:

A) DATOS GENERALES:

Peso (real, habitual, ideal), Estatura, Pulso, Tensión Arterial, Temperatura, Respiraciones.

B) INSPECCION GENERAL:

Actitud Física y Psíquica.

C) CABEZA:

Aspecto de la piel, Ojos, Nariz, Oídos, Boca y Faringe.

D) CUELLO:

Ingurgitación Venosa, Pulso Arterial y Adenomegalias.

E) TORAX:

Deformaciones, Soplos.

F) ABDOMEN:

Red Venosa, Viceromegalia, Masas Tumorales, Ascitis, Dolor, Ruidos Integ_u tinales y Soplos Vasculares.

G) EXTREMIDADES:

Aspecto de la Piel, Edema, Deformaciones, Pulsos, Alteraciones Venosas y Adenomegalias.

EXAMEN DE LABORATORIO

1.- BIOMETRIA HEMATICAVALORES NORMALES

a) Hemoglobina	(12.8	-	17 g%
b) Hematocrito	(35	-	50 ml%
c) Leucocitos	(6,000	-	8,000 X mm ³)
Linfocitos	(24	-	38 %)
Eosinófilos	(1	-	4 %)
Neutrófilos	(50	-	70 %)
En Bandas	(0	-	7 %)

2.- QUIMICA SANGUINEA

a) Glucosa	(60	-	100 mg%
b) Urea	(16	-	35 mg%)
c) Creatinina	(0.75	-	1.2 %)

3.- GRUPO SANGUINEO Y RH4.- PRUEBAS DE COAGULACION

a) Tiempo de Trombina	(Mayor 5 seg.)
-----------------------	------------------

b) Tiempo de Protrombina	(12 - 14 seg.)
c) Tiempo de Tromboplastina	(22 - 37 seg.)
d) Fibrinógeno	(200 - 400 mg %)
e) Plaquetas	(150,000 - 400,000 X mm ³)
f) Lisis de Euglobulinas	(n e g a t i v a)

5.- EXAMEN GENERAL DE URINA

a) Densidad	(1.003 - 1.035)
b) PH	(6)
c) Albúmina, Glucosa, Acetona, Hemoglobina:	(n e g a t i v a s)

6.- SEDIMENTO

Leucocitos menos de 10 por campo.

Eritrocitos, cilindros, bacterias, cristales: (n e g a t i v o s)

PLAQUETAS Y COAGULACION:

Plaquetas método de cuenta directa	(200,000 - 300,000 X mm ³)
Tiempo de Coagulación (Lee-white)	(5 a 15 min. - 2 a 19 min.)
Tiempo de Retracción del Coágulo: Comienza a los 30 min., se completa en 6 Hrs.	
Tiempo de Sangrado (Mét. de Ivy)	(1 a 5 min. - 0 a 12 min.)

EXAMEN HEMATOLOGICO:

Hematocrito (mujeres)	(42 $\frac{+}{-}$ 5%)
(hombres)	(47 $\frac{+}{-}$ 7%)

Eritrocitos	(4.7 millones	-	5.8 X mm ³)
Leucocitos	(5,000	-	10,000 X mm ³)

Volumen total de sangre 75 ml. X Kg. de peso corporal en hombres.
67 ml. X Kg. de peso corporal en mujeres.

SIGNOS VITALES:

Tensión Arterial sistólica 120 - 80 diastólica
Tensión baja normal sist. 110 - 70 diastólica
Tensión alta normal sist. 130 - 90 diastólica
Frecuencia Cardiaca 80 pulsaciones por minuto
Frecuencia Respiratoria 15 a 25 por minuto

FACTORES ETIOLÓGICOS

Causas de la retención de caninos:

- 1.- Cuanto más grande es la distancia que un diente debe recorrer desde su punto de desarrollo hasta la oclusión normal, mayores son las posibilidades de que se desvie de su curso normal y se produzca la retención. El canino recorre más distancia que todos los dientes para llegar a la completa oclusión.
- 2.- Reabsorción retardada de las raíces de los caninos primarios.
- 3.- La corona de los caninos permanentes está colocada por lingual del largo--del ápice de la raíz del canino primario. Cualquier cambio en la posición del canino primario puede causar fácilmente una desviación en la posición y dirección de crecimiento del germen del canino permanente.
- 4.- Los caninos son los últimos dientes en erupcionar por lo cual están expuestos a la influencias ambientales desfavorables.
- 5.- Los tumores llamados odontomas son un impedimento mecánico de la erupción dentaria.

FACTORES GENERALES:

Todas las enfermedades relacionadas con las glándulas endócrinas ocasionan trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencias de dientes. Las enfermedades ligas al metabolismo del calcio (raquitismo) influyen en la retención dentaria

CLASIFICACION DE LOS 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:

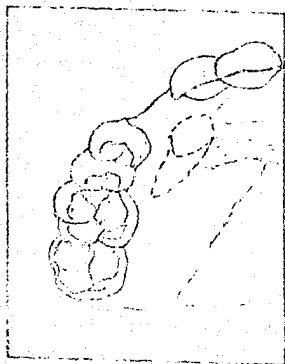
- a) Retención Intraósea: El diente está totalmente cubierto de hueso.
- b) Retención Subgingival: Parte de la corona emerge del tejido óseo, pero está recubierta de fibromucosa.

Y se clasifican de acuerdo:

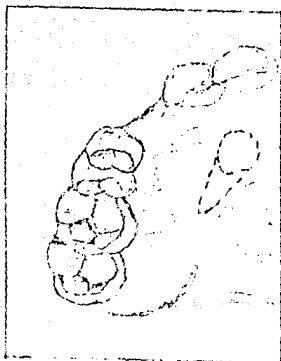
- a) Al número de dientes retenidos.
- b) A la posición en que se encuentren en el maxilar.
- c) Con presencia ó ausencia de dientes en la arcada.

Siguiendo estos tres puntos se puede ordenar una clasificación de acuerdo a cada uno de los tipos de retención:

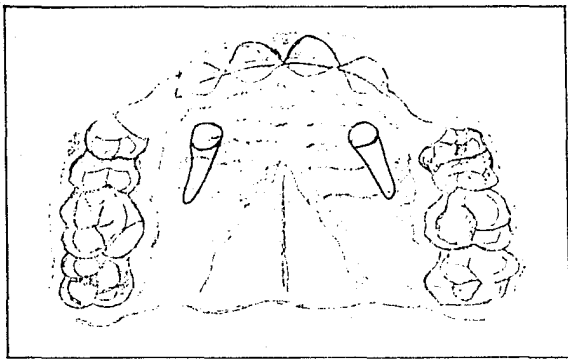
- CLASE I : Maxilar dentado.- Diente ubicado del lado palatino. Retención unilateral.
- A) CERCA DE LA ARCADA DENTARIA
 - B) LEJOS DE LA ARCADA DENTARIA



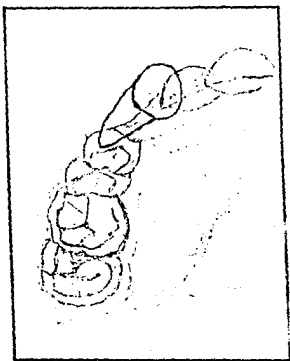
A) CERCA DE LA ARCADA DENTARIA



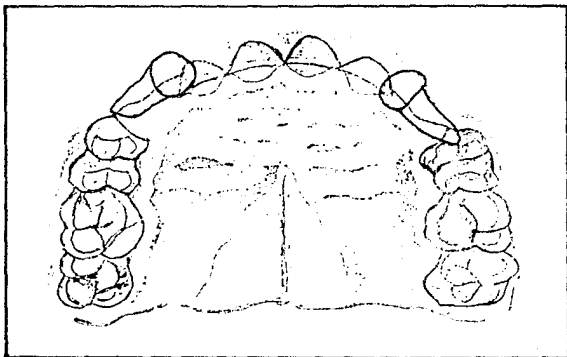
B) LEJOS DE LA ARCADA DENTARIA



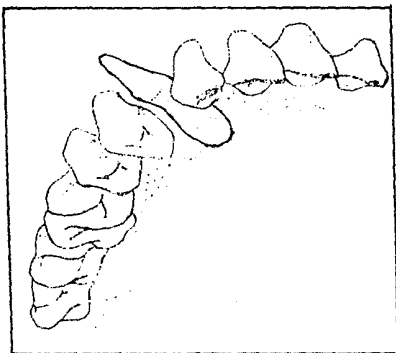
CLASE II : Maxilar dentado .- Dientes ubicados del lado palatino. Retención bilateral.



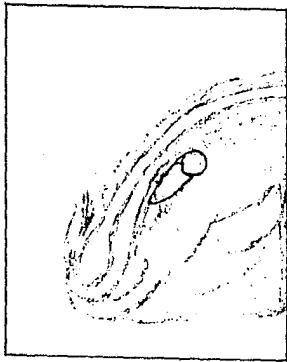
CLASE III: Maxilar dentado.- Diente ubicado del lado vestibular. Retención unilateral.



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

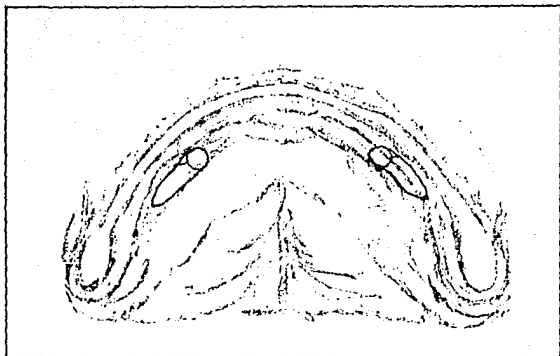


CLASE V: Maxilar dentado.- Caninos vestibulo palatino
(con la corona o raíz hacia vestibular)

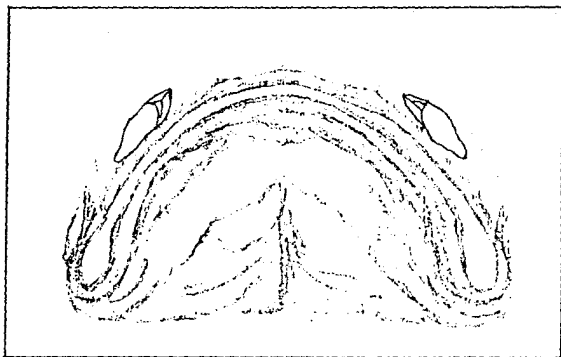


CLASE VI: Maxilar desdentado.- Dientes ubicados del lado palatino.

a) Retención unilateral



b) Retención bilateral



CLASE VII: Maxilar desdentado.- Dientes ubicados del lado vestibular.

a) Retención bilateral



b) Retención unilateral

CLASIFICACION DE CANINOS INFERIORES RETENIDOS

Clase I : Maxilar dentado. Retención unilateral, diente ubicado en el lado lingual.

- a) Posición vertical
- b) Posición horizontal

Clase II : Maxilar dentado. Retención unilateral, diente ubicado en el lado vestibular.

- a) Posición vertical
- b) Posición horizontal

Clase III: Maxilar dentado. Retención bilateral, dientes ubicados en el lado lingual.

- a) Posición vertical
- b) Posición horizontal

Dientes ubicados en el lado vestibular.

- a) Posición vertical
- b) Posición horizontal

Clase IV : Maxilar desdentado. Retención unilateral.

- a) Posición vertical
- b) Posición horizontal

Clase V : Maxilar desdentado. Retención bilateral.

- a) Posición vertical
- b) Posición horizontal

ESTUDIO CLINICO Y RADIOGRAFICO

Para realizar una excelente extracción quirúrgica debemos tener un amplio conocimiento de la anatomía, de la región en la cual se encuentra ubicado el diente por extraer; mediante un examen clínico y uno radiográfico.

A) EXAMEN CLINICO: Por visualización nos indica la ausencia del canino permanente en la arcada y la persistencia del temporal.

Por palpación nos podría indicar la existencia del diente retenido; en paladar o en vestibular sobre sale alguna elevación.

La altura y forma de la bóveda palatina indicarían la probabilidad de un diente retenido.

B) EXAMEN RADIOGRAFICO: Las placas periapicales o panorámicas revelarán dientes que no han hecho erupción o que estén retenidos.

Estas radiografías nos informan sobre el tamaño del seno maxilar, la localización del agujero mentoniano y la posición del canal alveolar inferior. Además la película periapical nos muestra con perfecta nitidez el grosor del tejido blando que cubre la cresta de los bordes alveolares.

Las placas radiográficas deben mostrarnos con perfecta nitidez:

- 1.- La forma de la corona.
- 2.- El tipo de tejido óseo.
- 3.- La existencia y dimensiones del saco pericoronario.
- 4.- La distancia y relación de la cúspide del canino con los dientes vecinos y la distancia con el conducto palatino anterior.

Cuando en los caninos se ve la porción radicular muy gruesa, es signo de una dilaceración radicular la cual es muy común en todos los casos de caninos retenidos.

Algunos Dentistas usan las películas oclusales para examinar los maxilares, pero tienen un valor muy limitado para planear la extracción quirúrgica. Solo en caninos inferiores es importante la película oclusal, porque se ve con precisión la posición vestibular ó lingual que pueda tener el diente.

Ya hecho el estudio clínico y radiográfico debemos verificar con absoluta precisión la clase a la que pertenece el canino retenido (posición vestibular ó palatina, distancia de los dientes vecinos, número de caninos retenidos), para plantear el tratamiento quirúrgico, la vía de acceso a elegir así evitamos operaciones mutilantes y traumáticas.

ANESTESIA PARA LA EXTRACCION QUIRURGICA

Es muy comun para el cirujano dentista el uso de anestésicos locales ya que éstos son fundamentales en una intervención quirúrgica.

Los anestésicos que más utilizamos son los que van acompañados de un agente vasoconstrictor como:

EPINEFRINA	(En concentraciones de 1:50,000 a 1:200,000)
NOREPINEFRINA	(En concentraciones de 1:30,000)
NEO-SYNEPHRINE	(En concentraciones de 1:2,500)
NEO-COBEFRIN	(En concentraciones de 1:20,000)

El propósito fundamental del uso del anestésico local, es el de colocar - entre el estímulo doloroso en la periferia y el área receptiva del cerebro un - bloqueo ó barrera que impedirá la conducción de la transmisión de los impulsos - dolorosos de la periferia a las áreas receptoras del cerebro.

TECNICAS DE ANESTESIA QUE DEBEMOS UTILIZAR EN LA EXTRACCION QUIRURGICA POR VIA PALATINA.

INFRAORBITARIA Es el método de elección para la extracción de caninos retenidos.

Técnica (adulto) Morfología.- El agujero infraorbitario se encuentra -- sobre la misma línea que el eje del segundo premolar, esta línea axial se extiende a través de la escotadura supraorbitaria.

Y como regla general, cuando el paciente mire directamente hacia adelante, el agujero está a 1-4 mm hacia dentro de la pupila del ojo y aproximadamente, a 1 cm. por debajo del borde orbitario inferior.

Preparación del Paciente: Se ajusta el sillón en una posición semiacostada.

Inyección:

Situar gradualmente el agujero y colocar sobre el agujero la yema del índice. Entonces, con el pulgar, levantar el labio y la mejilla hacia arriba y afuera. Sujetando la jeringa como una pluma, se coloca la aguja paralelamente al eje del segundo premolar. Se inserta la aguja de tal manera que al alcanzar la fosa suborbitaria su extremidad punte hacia la punta del dedo. Cuando la punta de la aguja haya penetrado en la mucosa se inyecta una gota de la solución anestésica, espernado 4 ó 5 seg. antes de empujarla otra vez suavemente. Generalmente, al penetrar la aguja en el tejido alveolar adiposo, entre los musculos elevador propio del labio superior y canino, el paciente no experimenta molestia. Pero, si manifiesta dolor se detiene la aguja para inyectar de 6 a 12 ml. de la solución. Se esperan 10 seg. para obtener la anestesia del periostio del agujero se avanza entonces la aguja para pasar el borde inferior del agujero suborbitario, dirigiéndose hacia la parte anterior del conducto suborbitario. Presionando firmemente con la punta del dedo el agujero, se inyecta lentamente la solución anestésica. Si la aguja se encuentra en el conducto la solución fluye facilmente y la presión digital no nota ninguna infiltración de los tejidos.

CONDUCTO PALATINO POSTERIOR: Para realizar esta inyección debe utilizarse una aguja fuerte, con bisel corto y cuyo calibre no sea inferior al No.23.

Técnica (vía de acceso lateral) Morfología.- Los nervios dentales posteriores se encuentran (visto en perfil de 3/4) a mitad de camino entre la parte superior e inferior de la región posterior del maxilar superior y a unos cuantos milímetros hacia dentro de la parte más prominente de la tuberosidad.

Inyección: Con la boca ligeramente abierta, se pide al paciente mover la maxilar inferior hacia el lado de la inyección, lo cual procura más campo para la manipulación de la jeringa entre apófisis coronoides y el maxilar superior. El pulgar estira la mejilla hacia arriba y afuera, se inserta la aguja a través de la mucosa móvil y se inyecta una gota de la solución. Se empuja la aguja unos cuantos milímetros hacia arriba, adentro y atrás, inyectando una gota de la solución antes de llegar al periostio. Deslizándola a lo largo del periostio, se inyecta una gota de la solución en cada etapa. En el momento que la aguja pierde contacto con la curvatura de la tuberosidad se inyecta 0.5 a 1 ml. de la solución.

CONDUCTO PALATINO ANTERIOR: Las ramas de ambos nervios se anastomosan en la región del canino donde forman la llamada *asa-nerviosa interna*.

Técnica (nervios palatinos anteriores).

Inyección: Se coloca el bisel de la aguja en sentido plano sobre la mucosa distal del primer molar y en un punto medio entre el borde gingival y la boveda del paladar. Se advierte al paciente que sentirá la presión del bisel de la aguja; ésta debe aplicarse con bastante fuerza, llegando a doblarse ligeramente. Se aprieta lentamente el émbolo de la jeringa para forzar la solución contra el epitelio. Al observar que la mucosa palidece - se disminuye la presión enderezándose la aguja, cuya punta penetra en el epitelio; inyectándose una gota de la solución, se empuja unos cuantos milímetros volviendo a inyectar una gota de la solución. Hasta que la aguja haya penetrado por debajo del tejido fibroso duro que recubre la depresión en forma de embudo que presenta el paladar duro.

TECNICAS DE ANESTESIA QUE DEBEMOS UTILIZAR EN LA EXTRACCION QUIRURGICA POR VIA VESTIBULAR.

INFRAORBITARIA

CONDUCTO PALATINO ANTERIOR

ANESTESIA LOCAL O REGIONAL (A LA ALTURA DEL APICE DEL CANINO)

TECNICAS DE ANESTESIA QUE DEBEMOS UTILIZAR EN LA EXTRACCION QUIRURGICA DE CANINOS INFERIORES POR VIA VESTIBULAR.

ANESTESIA LOCAL O REGIONAL (del lado a operarse):

DENTAL INFERIOR: Se considera como el bloqueo nervioso más importante utilizado en odontología. Suele realizarse simultáneamente con los bloqueos lingual y bucal.

Técnica (vía de acceso anatomica)

Inyección: Para llevar a cabo con éxito este tipo de inyección es necesario emplear una aguja grande, fuerte y de bisel corto. Con el pulgar ó un dedo colocados en la boca, palpamos la escotadura coronoides. Después, utilizando el Índice opuestos, determinados mediante palpación la posición del borde anterior de la rama mandibular y de la escotadura coronoides. Se apoya la jeringa en los premolares de lado opuesto y se punciona la mucosa a la altura de la escotadura coronoides, lo más cerca posible del tendón profundo del musculo temporal, pero hacia adentro del cuerpo adiposo. Al penetrar en la mucosa se detiene la aguja y se inyecta una gota de la solución. Después avanzamos lentamente la aguja unos 0.5 cm.; moviéndola ligeramente hacia los lados se puede sentir el tendón profundo del musculo temporal. Como entre este punto y la espina de Spix hay una distancia de 1 cm. se hunde la aguja unos cuantos milímetros más y se inyecta 0.5 ml. si queremos anestesiarse el nervio lingual.

Para anestésiar el nervio dental inferior se vuelve a empujar la aguja inyectando dos gotas de la solución- antes de que la aguja toque el periostio. Después de una pausa, se desliza suavemente la aguja a lo largo del periostio y sobre la escotadura de la espina de - Spix hacia el surco donde se inyectan 1 ml. de la solución.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Para la extracción de los caninos retenidos se han hecho infinidad de técnicas, por lo cual el cirujano dentista aplicará a criterio propio la técnica que le sea más práctica ó útil en la operación en la cual tenga que intervenir.

A) Caninos superiores retenidos en posición vestibular:

1.- Incisión : (forma trapezoidal), de un solo trazo.

2.- Desprendimiento del colgajo:

Con el periostótomo desprendemos la fibromucosa vestibular. La extensión del colgajo dependerá de la posición del canino retenido.

3.- Osteotomía:

La vamos a realizar con una fresa redonda; se practican varios orificios circundando la corona y el primer tercio radicular, debemos estar irrigando el hueso con suero fisiológico para que haya sobre calentamiento de éste; los orificios se unen entre sí seccionando el hueso que los separa. Tenemos que dejar al descubierto toda la corona y parte de la raíz, según sea la inclinación del canino se exigirá mayor ó menor corte de hueso.

4.- Extracción propiamente dicha:

Se aplica el método de la odontosección, se corta el diente en número de trozos necesarios y se extraen por partes separadas; la odontosección se realiza con una fresa quirúrgica redonda No.6. Seccionado el diente se introduce un elevador de elev dent en el espacio hecho por la fresa, primero se elimina la corona y después la raíz.

5.- Tratamiento de cavidad ósea:

Se elimina saco pericoronario y limpiamos los restos dentarios ó es-
pículas óseas, lavando suero fisiológico.

6.- Sutura:

Se adapta el colgajo en su lugar y se practican los puntos de sutura.

B) Caninos superiores en posición palatina:

1.- Incisión:

Usamos un bisturí de hoja corta incidiendo a lo largo del surco gingi-
val. El bisturí debe estar dirigido en sentido perpendicular a la bóve
da y llegar hasta el hueso. Según el sitio que ocupe el ó los caninos-
retenidos será la extensión del colgajo.

2.- Desprendimiento del colgajo:

Con el perlostótomo, se fasciña entre la arcada dentaria y la encía con
pequeños movimientos sin herir ni desgarrar la encía; se desprende la
fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso del paladar.

3.- Osteotomía:

El principal obstáculo en la extracción quirúrgica de un canino retenido
está en su corona y no en su raíz.

La osteotomía debe dejar al descubierto toda la corona especialmente al nivel de la cúspide del diente retenido y en una anchura equivalente al mayor diámetro de la corona.

Se practican varios orificios circundando la corona (con una fresa quirúrgica redonda No.8) y el primer tercio radicular; se unen estos orificios seccionando el hueso que lo separa con una fresa quirúrgica de fisura fina No.568.

4.- Extracción propiamente dicha:

Aplicamos la odontosección; se corta el diente en el número de trozos que sea necesario y se extraen cada uno de sus partes por separado. Existen casos, en que el diente esta dirigido en un sentido próximo al vertical, aquí el método por seccionamiento no se puede aplicar. En tal posición se hace un espacio con fresa quirúrgica alrededor de la corona del canino y si la cúspide no se encuentra enclaustrada puede ser extraída con un elevador recto, introducido entre la cara del diente retenido que mire a la línea media y la pared ósea contigua, -- con movimientos de rotación se introduce el elevador hasta luxar el canino.

La extracción se hace con forceps de premolares superiores ejerciendo movimientos suaves de rotación y tracción.

5.- Tratamiento de cavidad ósea:

Extirpar saco pericoronario, lavar con suero fisiológico para que salgan restos dentarios y espículas óseas.

6.- Sutura:

El colgajo se adapta en su lugar y se realiza la sutura con los puntos necesarios.

C) Caninos superiores en posición intermedia:

La posición es con la corona en el paladar y la raíz sobre las puntas de las premolares, cerca de la corteza bucal.

La incisión palatina se hace de la manera acostumbrada y se extrae la corona. Se hace un colgaje vestibular por separado en la región donde se encuentre el diente retenido; generalmente por encima y entre los premolares del mismo lado.

La extirpación cuidadosa del hueso descubrirá la raíz del diente retenido, que puede empujarse por vestibular hasta la herida palatina.

Los dos sitios quirúrgicos se cierran.

D) Caninos inferiores en posición vestibular:

Los caninos inferiores retenidos existen en un número mucho menor que los superiores.

1.- Incisión:

Se traza una incisión vertical a lo largo del surco gingival y se desprende la encía de los cuellos dentarios.

2.- Desprendimiento del colgajo:

Como en superiores; con el periostótomo se desprende el colgajo mucoperiostótico.

3.- Osteotomía:

Se realiza con fresa quirúrgica por odontosección; como en superiores. Las porciones seccionadas se extraerán por separado con elevadores - rectos ó angulares, según la posición y facilidad del acceso.

4.- Tratamiento de cavidad ósea:

Eliminar saco pericoronario, espículas óseas lavando con suero fisiológico.

5.- Sutura:

Suturamos la incisión y el borde libre de la encía.

E) Caninos inferiores en posición lingual:

Esta posición es relativamente rara.

La intervención puede realizarse por vía vestibular, cuando exista - espacio entre los dientes vecinos.

Es preferible a riesgo de extraer dientes elegir la vía vestibular. Utilizaremos el método por seccionamiento.

F) Caninos inferiores en posición vestibulo lingual:

La raíz se encuentra en vestibular y la corona en lingual, se realiza una alveolectomía vestibular, se secciona el camino a nivel de cuello - y se hace la extracción por la vía en que están ubicados; la corona -- por lingual y la raíz por vestibular.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

POSTOPERATORIO: Es el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación, con el objeto de reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colaborando con la naturaleza en el logro de un perfecto estado de salud.

INDICACIONES QUE SE DAN AL PACIENTE: Conviene sugerir la aplicación de una bolsa de hielo sobre la región facial exterior, durante las 6 horas siguientes a la operación (una pauta de 15 minutos de aplicación y 15 minutos de descanso). No es recomendable la aplicación de calor durante el período postoperatorio por que podría estimular el edema.

Si se operó en paladar, el paciente puede disolver pequeños trozos de hielo en la boca (nieve de limón), para reducir toda reacción inflamatoria.

Indicar al paciente que debe tomar un analgésico dos horas después de la operación y repetirlo cada 6 horas, para reducir el dolor aún mínimo.

Después de la extracción el paciente debe limitar su actividad por lo menos durante el resto de ese día.

No fumar ni ingerir bebidas alcohólicas durante las primeras 24 horas.

Se le aconsejará alimentación blanda o líquida durante las primeras 24 horas.

No debe hacer enjuagues bucales hasta 12 horas después de la operación y en lo sucesivo enjuagarse la boca 6 veces al día, en particular después de cada comida y cepillarse los dientes como de costumbre.

Se debe insistir de seguir las instrucciones para reducir o evitar complicaciones postoperatorias.

CONCLUSIONES

El cirujano dentista debe tener los conocimientos necesarios para poder realizar cualquier tipo de tratamiento, teniendo la responsabilidad y medios necesarios para un adecuado y buen tratamiento Dental.

Un diagnóstico correcto se lleva a cabo recurriendo los medios que estén a nuestro alcance como son los siguientes:

Historia Clínica
Exámenes de Laboratorio
Estudio Clínico y Radiográfico

Tomando en cuenta estos elementos obtendremos un resultado satisfactorio, tanto para el paciente como para nosotros mismos.

La historia clínica es de suma importancia ya que nos damos cuenta del estado general de nuestro paciente y así saber las medidas necesarias y convenientes que debemos tomar para cada paciente en particular.

Los exámenes de laboratorio van a ayudar a contribuir de una manera definitiva en un diagnóstico de presunción.

Por eso es importante el cirujano dentista esté al tanto de las últimas tendencias ó de las nuevas técnicas y procedimientos y cada una de las especialidades y ésto de podrá lograr por medio de cursos y seminarios. La preparación continua del cirujano dentista es un factor importante en la práctica diaria.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- W. Harry Archer.
Cirugía Bucal
2a. Edición Castellana
Tomo I
Editorial Mundi, S.A. C.I.F.
Buenos Aires, Rep. Argentina
- 2.- Daniel M. Laskin
Cirugía Bucal y Maxilofacial
Editorial Médica Panamericana 1987
San José 831, Buenos Aires.
- 3.- G.A. Ries Centeno
Cirugía Bucal
Séptima Edición
Editorial "El Ateneo"
Buenos Aires
- 4.- Alvin L. Morris
Harry M. Bohannon
Las especialidades Odontológicas
en la práctica general
Editorial Labor, S.A.
Barcelona - 1980
- 5.- Martin J. Dunn / Donald F. Booth
Marie Clancy
Farmacología, Analgesia, Técnicas
de Esterilización y Cirugía Bucal
en la Práctica Dental
Editorial El Manual Moderno, S.A.
México 11, D.F., 1980
- 6.- Niels Bjorn Jorgensen
Jess Hayden, Jr.
Anestesia Odontológica
Nueva Editorial Interamericana, S.A.
de C.V., 1970
Primera Edición
México, D.F.