

333
255



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CANINOS SUPERIORES RETENIDOS
Y CASOS CLINICOS

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :
VARGAS HERNANDEZ CLAUDIA PATRICIA
MATA HERNANDEZ SERGIO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1993



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.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION.....	5
CAPITULO I..... CANINOS SUPERIORES RETENIDOS	6
CAPITULO II..... CLASIFICACION	9
CAPITULO III..... FACTORES ETIOLOGICOS	12
CAPITULO IV..... HISTORIA CLINICA, EXAMEN RADIOGRAFICO Y PRUEBAS DE LABORATORIO	17
CAPITULO V..... DIAGNOSTICO	30
CAPITULO VI..... TECNICA QUIRURGICA	32
CAPITULO VII..... COMPLICACIONES	53
CAPITULO VIII..... CUIDADOS POSTOPERATORIOS	54
CAPITULO IX..... CASOS CLINICOS	56
CONCLUSIONES.....	88
BIBLIOGRAFIA.....	89

INTRODUCCION

HEMOS ELEGIDO ESTE TEMA QUE ES DE SUMA IMPORTANCIA EN LA VIDA DIARIA DE LA PRACTICA ODONTOLOGICA YA QUE LOS PACIENTES PRESENTAN MALPOSICIONES O MALOCLUSIONES DENTARIAS EN LAS ARCADAS, EN ESPECIAL EL MAXILAR QUE ES LA QUE EN ESTA OCASION NOS A LLAMADO LA ATENCION.

INICIAMOS NUESTRA INVESTIGACION EN BASE A LA ETIOLOGIA Y A LA CLASIFICACION DE LOS CANINOS DEACUERDO A LA POSICION EN QUE SE ENCUENTRAN DENTRO DEL MAXILAR.

AL EFECTUAR EL INTERROGATORIO PARA ELABORAR LA HISTORIA CLINICA PODREMOS SACAR EN CONCLUSION SI EL FACTOR ES HEREDOFAMILIAR POR EL TIPO DE ALIMENTACION QUE A LLEVADO EL PACIENTE O SI EXISTE ALGUN OTRO FACTOR.

DURANTE NUESTRO SERVICIO SOCIAL EFECTUADO DENTRO DE LA CLINICA PERIFERICA NAUCALPAN PUDIMOS DETECTAR VARIOS CASOS MISMOS QUE TRATAMOS Y PRESENTAMOS TRATAMIENTO Y DESARROLLO DE ELLOS.

ADENTRANDONOS A LOS CASOS CLINICOS, YA ELABORADA LA HISTORIA CLINICA PUDIMOS SACAR EN CONCLUSION QUE EL DIAGNOSTICO PODRIA SER TRATAMIENTO QUIRURGICO U ORTODONTICO O UNA COMBINACION DE AMBOS.

LA TECNICA EMPLEADA SE DESARROLLO DEACUERDO A CADA CASO QUE SE PRESENTO.

CAPITULO I

CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

SE DENOMINA "DIENTES RETENIDOS, INCLUIDOS, IMPACTADOS" AQUELLOS QUE UNA VEZ LLEGADA LA EPOCA DE ERUPCION QUEDAN ENCERRADOS DENTRO DE LOS MAXILARES, MANTENIENDO LA INTEGRIDAD DE SU SACO PERICORONARIO. EXISTEN CASOS DONDE UN GRAN NUMERO DE DIENTES RETENIDOS HAN PERDIDO SU SACO PERICORONARIO POR DISTINTAS RAZONES.

LA RETENCION DENTARIA PUEDE PRESENTARSE COMPLETAMENTE RODEADA POR TEJIDO OSEO "RETENCION INTRAOSEA" O EL DIENTE CUBIERTO POR LA MUCOSA GINGIVAL "RETENCION SUBGINGIVAL".

TODOS LOS DIENTES QUE NO ASUMEN SU POSICION Y FUNCIONAMIENTO ADECUADOS EN EL ARCO DEBERAN SER CANDIDATOS A EXTRACCION SALVO RARAS EXCEPCIONES POR EJEMPLO:

1.-A PACIENTES CUYA SALUD ES TAN MALA QUE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO NO SEA ACONSEJABLE.

2.-A PACIENTES CUYA EDAD SEA TAL QUE EN LA PRESENCIA DE UN DIENTE COMPLETAMENTE ASINTOMATICO, EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO RESULTARA INNECESARIO Y POCO PRUDENTE.

UN DIENTE QUE NO HA BROTADO EN CINCUENTA AÑOS A VECES ESTA ANQUILOSADO, FRECUENTEMENTE PRESENTA MEMBRANA PERIODONTAL ATROFIADA SEPARANDO DIENTE Y HUESO, Y SIEMPRE ESTA LOCALIZADO EN HUESO NO ELASTICO Y ALTAMENTE MINERALIZADO.

COMO LOS CANINOS IMPACTADOS CONTINUAN NORMALMENTE LA MIGRACION EN LAS DIRECCIONES A LAS QUE APUNTAN LAS CORONAS, SUELE OCURRIR QUE PRODUZCAN REABSORCION DE LAS RAICES DE LOS INCISIVOS LATERALES POR ATROFIA, CONSECUENCIA DE LA PRESION. EXISTEN CASOS EN QUE LAS CORONAS DE LOS CANINOS IMPACTADOS, REABSORBEN LAS RAICES DE LOS INCISIVOS CENTRALES DEL MISMO MODO QUE LAS DE LOS INCISIVOS LATERALES. TAMBIEN SE PRESENTAN CASOS EN LOS QUE LOS EXTREMOS DE LAS CORONAS DE LOS CANINOS SUPERIORES IMPACTADOS, ESTAN SITUADOS ENTRE LAS RAICES DE LOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES Y DE LOS INCISIVOS LATERALES, CON EL APICE DE SUS RAICES TAN LEJOS DISTALMENTE COMO LAS RAICES DEL SEGUNDO PREMOLAR SUPERIOR.

LOS DIENTES INCLUIDOS SE HAN DEFINIDO COMO AQUELLOS CUYA ERUPCION ES PARCIAL O TOTALMENTE OBSTRUIDA POR HUESO O POR OTROS DIENTES.

EL CANINO ES EL ULTIMO DE LOS DIENTES ANTERIORES QUE HACEN ERUPCION Y EN OCASIONES FALTA ESPACIO CUANDO ESTA PARTE DEL MAXILAR ES AFECTADA CUANDO SE HACEN EXTRACCIONES DE LOS PRIMEROS MOLARES PRIMARIOS O PERSISTENCIA DE LOS CANINOS PRIMARIOS.

LOS DIENTES INCLUIDOS PROVOCAN DIVERSAS COMPLICACIONES, TALES COMO EL DESARROLLO DE QUISTES FOLICULARES Y MIGRACION DE DIENTES, ADEMAS DE LA EROSION DE LOS DIENTES NORMALES ADYACENTES. SE DAN CASOS DE DEGENERACION DEL SACO FOLICULAR FORMANDO UN AMELOBLASTOMA Y POSTERIORMENTE CARCINOMA FRANCO CON SUS GRAVES SECUELAS. MUCHAS VECES EL FOLICULO QUE RODEA LA CORONA DEL CANINO DA LA IMPRESION RADIOGRAFICA DE OCUPAR UN ESPACIO MAYOR DE LO NORMAL. ESTO SUELE SIGNIFICAR QUE SE HA FORMADO UN QUISTE.

AL DESCUBRIR EL QUISTE SE DEBE HACER UNA OPERACION PARA EXTIRPARLO Y PARA FACILITAR LA ERUPCION DEL DIENTE O BIEN SE DEBE EXTRAER EL DIENTE ANTES QUE EL QUISTE SE AGRADE Y DESTRUYA GRAN PARTE DEL HUESO.

RESORCION DE RAICES DE DIENTES ADYACENTES

EL PROCESO DE REABSORCION NO SE VE INVARIABLEMENTE EN LAS RADIOGRAFIAS PORQUE LA CORONA DEL DIENTE ENSOMBRECE LOS APICES DE LOS INCISIVOS, PERO SE LE PUEDE DESCUBRIR AL HACER LAS RADIOGRAFIAS DESPUES DE HABER EXTRAIDO AL DIENTE. LA RESORCION SOLO SUELE AFECTAR LA SUPERFICIE DE LA RAIZ, PERO PUEDE CONTINUAR Y TOMAR LA PULPA DEL DIENTE

LOS CANINOS SUPERIORES INCLUIDOS SE PRESENTAN EN AMBOS SEXOS AUNQUE CON MAS FRECUENCIA EN MUJERES. LA INCLUSION PALATINA DE LOS CANINOS SUPERIORES ES TRES VECES MAS FRECUENTE QUE LA INCLUSION VESTIBULAR, SE ENCONTRO UNA TENDENCIA DEFINITIVA HACIA LAS INCLUSIONES UNILATERALES EN COMPARACION CON LAS BILATERALES.

PALADAR FISURADO

LA FALTA DE ERUPCION DEL CANINO SUPERIOR EN UN PACIENTE QUE PRESENTA UN PALADAR HENDIDO OPERADO PUEDE DEBERSE AL ARCO ESTRECHADO, A LA CICATRIZ QUIRURGICA O A LA FALTA DE HUESO ALVEOLAR. SI NO SE ANTICIPA LA REPOSICION ORTODONTICA DEL DIENTE, SE PROCEDERA A SU EXTRACCION.

SINTOMAS NEUROLOGICOS

LOS ACCIDENTES NERVIOSOS PRODUCIDOS POR LOS DIENTES RETENIDOS SON BASTANTE FRECUENTES. LA PRESION QUE EJERCE SOBRE DIENTES VECINOS, SOBRE SU NERVIOS O SOBRE TRONCOS MAYORES, ES POSIBLE ORIGINE ALGIAS DE INTENSIDAD, TIPO Y DURACION VARIABLE.

EL DOLOR ES UN PROBLEMA QUE ACOMPAÑA A VECES A LOS DIENTES CANINOS RETENIDOS. ESTE DOLOR SUELE SER NEURALGICO Y PUEDE SENTIRSE EN EL MAXILAR, PERO CON MAYOR FRECUENCIA ESTA REFERIDO EN UNA REGION EN PARTICULAR, COMO EL OJO, OIDO, COSTADO DE LA CABEZA, CARA Y HASTA EL DORSO DEL CUELLO Y CINTURA ESCAPULAR. EN OCASIONES EL PACIENTE SE QUEJA DE CEFALEAS. SI LOS DIENTES ADYACENTES SEA HAN REABSORBIDO, DE MODO QUE HAN COMPROMETIDO CAMARAS PULPARES EL PACIENTE PUEDE SENTIR ODONTALGIA.

ANESTESIA PARA LA EXTRACCION QUIRURGICA

LA PREMEDICACION Y PREPARACION DEL PACIENTE ES UTIL CUANDO SE EXTRAEN DIENTES IMPACTADOS BAJO ANESTESIA LOCAL. LOS CANINOS RETENIDOS PUEDEN EXTRAERSE CON EL PACIENTE BAJO ANESTESIA GENERAL O LOCAL. SI SE ELIGE LA ANESTESIA LOCAL PARA LOS CANINOS SUPERIORES, BLOQUEENSE LOS NERVIOS INFRAORBITARIO, PALATINO ANTERIOR Y NASOPALATINO. SE ACONSEJA INYECTAR ANESTESICO LOCAL AUNQUE SE HAGA ANESTESIA GENERAL POR LA ACCION HEMOSTATICA DEL VASO CONSTRICTOR, EN PARTICULAR PARA CONTROLAR EL SANGRADO EN EL PALADAR.

SI ALGUNA VEZ HEMOS PENSADO QUE LOS DIENTES RETENIDOS QUE NO PRODUSCAN TRASTORNOS EVIDENTES, PODRAN SER CONSERVADOS, HOY CREEMOS QUE LA EXTRACCION DEL DIENTE, ANTES DE LA APARICION DE LOS TRASTORNOS QUE PUEDE ORIGINAR ES LA CONDUCTA INTELIGENTE A APLICARSE.

CAPITULO II

CLASIFICACION

LAS RETENCIONES DEL CANINO SUPERIOR SE CLASIFICAN COMO LABIAL, PALATINA E INTERMEDIA. LA LOCALIZACION ES IMPORTANTE PUESTO QUE LAS TECNICAS QUIRURGICAS PARA ELIMINAR LOS TIPOS VARIAN TANTO QUE SON CASI OPERACIONES TOTALMENTE DISTINTAS.

POSICION PALATINA DEL CANINO

ES LA SITUACION MAS FRECUENTE. SE HACE INCISION EN LOS ESPACIOS INTERDENTALES PALATINOS EMPEZANDO CON EL ESPACIO ENTRE PREMOLARES SOBRE UN LADO Y AL REDEDOR DE LAS FIBRAS GINGIVALES LIBRES PALATINAS Y ESPACIOS INTERDENTALES HASTA EL AREA DEL PREMOLAR EN EL OTRO LADO.

POSICION LABIAL DEL CANINO

DESPUES DE HABER LOCALIZADO LA IMPACTACION, SE HACE UNA INCISION GRANDE EN MEDIA LUNA, EXTENDIENDOSE DESDE EL FRENILLO LABIAL HASTA EL AREA PREMOLAR, CON LA CURVATURA APUNTANDO HACIA EL BORDE GINGIVAL.

POSICION INTERMEDIA DEL CANINO

LA POSICION CORRIENTE DE UNA IMPACTACION INTERMEDIA ES CON LA CORONA SOBRE EL PALADAR Y LA RAIZ SOBRE LAS PUNTAS DE LOS PREMOLARES, CERCA DE LA CORTEZA BUCAL.

ES MUY DIFICIL DIAGNOSTICAR CON EXACTITUD LA POSICION DE UN CANINO NO ERUPCIONADO. LA POSICION SE PUEDE DETERMINAR CON RADIOGRAFIAS EN INCIDENCIAS PERIAPICAL, OCLUSAL Y LATERAL.

CLASIFICACION DE FIELD Y ACKERMAN

I.- POSICION LABIAL

- A) CORONA EN INTIMA RELACION CON LOS INCISIVOS
- B) CORONA BIEN ENCIMA DE LOS APICES DE LOS INCISIVOS

II.- POSICION PALATINA

- A) CORONA CERCA DE LA SUPERFICIE, EN INTIMA RELACION CON LAS RAICES DE LOS INCISIVOS.
- B) CORONA PROFUNDAMENTE INCLUIDA Y EN ESTRECHA RELACION CON LOS APICES DE LOS INCISIVOS.

III.- POSICION INTERMEDIA

- A) CORONA ENTRE LAS RAICES DEL INCISIVO LATERAL Y DEL PRIMER PREMOLAR.
- B) CORONA ENCIMA DE ESTOS DIENTES, CON LA CORONA EN SITUACION LABIAL Y LA RAIZ EN SITUACION PALATINA O VICEVERSA.

IV.- POSICIONES INUSUALES

- A) EN LA PARED ANTRAL NASAL
- B) EN LA REGION INFRAORBITARIA

I.- CANINOS SUPERIORES EN POSICION LABIAL

LOS CANINOS QUE ESTAN EN SITUACION LABIAL SUELEN ERUPCIONAR ESPONTANEAMENTE O SE LES PUEDE EXPONER QUIRURGICAMENTE PARA QUE DESPUES EL ORTODONCISTA LOS LLEVE A SU POSICION CORRECTA.

II.- CANINOS SUPERIORES EN POSICION PALATINA

LOS CANINOS SE ALOJAN EN PALADAR CON UNA FRECUENCIA MUCHO MAYOR EN LA APOFISIS ALVEOLAR LABIAL, DONDE SON MAS DIFICILES DE EXTRAER. A MENUDO ESTA ANORMALIDAD SE PRESENTA EN UN 65% DE LOS CASOS EN FORMA BILATERAL.

III.- CANINOS SUPERIORES EN POSICION INTERMEDIA

LOS CANINOS QUE ESTAN EN POSICION INTERMEDIA SUELEN SER MAS FACILES DE EXTRAER QUE LOS QUE ESTAN EN SITUACION PURAMENTE LABIAL O PALATINA, PERO A VECES HAY QUE REFLEJAR LA ENCIA EN AMBOS LADOS DE LA APOFISIS ALVEOLAR PARA OBTENER EL ACCESO.

SI LA CORONA NO ESTA ACUNADA ENTRE EL INCISIVO LATERAL Y EL PRIMER PREMOLAR, A VECES SE PUEDE EXTRAER EL DIENTE CON LA PINZA O CON EL ELEVADOR.

IV.- CANINOS SUPERIORES EN POSICION INUSUAL

LOS CANINOS QUE ESTAN EN POSICION INUSUAL PUEDEN ERUPCIONAR EN CUALQUIER PARTE DEL MAXILAR SUPERIOR ANTERIOR, POR MIGRACION DEL GERME DENTARIO. EN OCASIONES ESTAN DEBAJO DEL REBORDE INFRAORBITARIO. TAMBIEN PUEDEN OCURRIR POSICIONES DENTARIAS INSOLITAS POR FORMACIONES QUISTICAS. EL QUISTE DEBE DE ESCINDIRSE JUNTO CON EL DIENTE. POR LO GENERAL EL ESPACIO CREADO POR EL QUISTE FACILITA MUCHO LA EXTRACCION DEL DIENTE.

CAPITULO III

FACTORES ETIOLOGICOS

SE HAN PROPUESTO VARIAS CAUSAS PARA LA INCLUSION DE LOS CANINOS, TALES COMO FALTA DE ESPACIO DEBIDO A LA PERDIDA TEMPRANA DE LOS MOLARES DECIDUOS. OTRAS CAUSAS QUE HAN SIDO SEÑALADAS COMO FACTORES EN LA INCLUSION DE LOS CANINOS SUPERIORES SON: ODONTOMAS, DIENTES SUPERNUMERARIOS, QUISTES Y CANINOS DECIDUOS RETENIDOS.

CON FRECUENCIA, CUANDO LOS CANINOS SUPERIORES ESTAN IMPACTADOS, SE PRESENTA UNA PROLONGADA RETENCION DE LOS CANINOS TEMPORALES. CUANDO LOS CANINOS PERMANENTES SUPERIORES ESTAN IMPACTADOS LA REABSORCION DE LAS RAICES DE LOS CANINOS TEMPORALES ES NORMALMENTE TARDIA Y A VECES NO TIENE LUGAR.

ES COSTUMBRE CONSIDERAR LAS CIRCUNSTANCIAS AMBIENTALES Y LA HERENCIA COMO ENTIDADES SEPARADAS E INDEPENDIENTES MIENTRAS QUE EN LA NATURALEZA SIEMPRE SE PRESENTAN JUNTAS, SIENDO, POR LO TANTO COMPLEMENTARIAS.

ES IMPOSIBLE JUZGAR CON PRECISION QUE PARTE DE UNA ANOMALIA SE DEBE AL AMBIENTE Y QUE PARTE A LA HERENCIA.

LA CIENCIA LLAMADA ECOLOGIA, AL INVESTIGAR LOS PROBLEMAS, CONSIDERA LA RELACION FUNCIONAL ENTRE AMBIENTE Y HERENCIA Y SEÑALA QUE TODOS LOS FENOMENOS BIOLÓGICOS DEBEN ESTUDIARSE TENIENDO EN CUENTA LA TRIADA ECOLÓGICA, ESTO ES, LA RELACION ENTRE AMBIENTE, FUNCION Y ORGANISMO. DE ESTO DEDUCIMOS QUE NI EL AMBIENTE, NI LA FUNCION, NI LA HERENCIA ACTUAN COMPLETAMENTE INDEPENDIENTES Y QUE NINGUNO DE ELLOS PUEDE EXISTIR SEPARADAMENTE.

RAZONES EMBRIOLOGICAS

LA UBICACION ESPECIAL DE UN GERME DENTARIO EN SITIO MUY ALEJADO DEL DE NORMAL ERUPCION: POR RAZONES MECANICAS, EL DIENTE ORIGINADO POR TAL GERME ESTA IMPOSIBILITADO DE LLEGAR HASTA EL BORDE ALVEOLAR.

EL GERME DENTARIO PUEDE HALLARSE EN SU SITIO PERO EN UNA ANGULACION TAL, QUE AL CALCIFICARSE EL DIENTE Y EMPEZAR EL TRABAJO DE ERUPCION, LA CORONA TOMA CONTACTO CON UN DIENTE VECINO, RETENIDO O ERUPCIONADO; ESTE CONTACTO CONSTITUYE UNA VERDADERA FIJACION DEL DIENTE EN "ERUPCION" EN POSICION VICIOSA.

LOS FACTORES ETIOLOGICOS DE LAS INCLUSIONES SON EXCLUSIVAMENTE DE CARACTER EMBRIOLOGICO. LA INCLUSION SE PRODUCE POR TRANSTORNOS DE LAS RELACIONES AFINES, QUE NORMALMENTE EXISTEN ENTRE EL FOLICULO DENTARIO Y LA CRESTA ALVEOLAR, DURANTE DIVERSAS FASES DE SU EVOLUCION. LOS CAMBIOS DE EVOLUCION QUE SUPLEN ESTAS ESTRUCTURAS SE PRODUCEN COMO CONSECUENCIA DE ALTERACIONES EN FORMACION DEL TEJIDO OSEO Y QUE HACE DESPLAZAR AL FOLICULO DENTARIO.

OBSTACULOS MECANICOS QUE PUEDEN INTERPONERSE A LA ERUPCION

A) FALTA DE ESPACIO: EL CANINO SUPERIOR TIENE SU GERME SITUADO EN LO MAS ELEVADO DE LA FOSA CANINA. COMPLETADA LA CALCIFICACION DEL DIENTE, Y EN MAXILARES DE DIMENSIONES REDUCIDAS, NO TIENE LUGAR PARA IR A OCUPAR SU SITIO NORMAL EN LA ARCADA SE LO IMPIDE EL INCISIVO LATERAL Y EL PREMOLAR QUE YA ESTAN ERUPCIONADOS.

EL CANINO SE HALLA ALTO EN EL MAXILAR CUANDO LOS PREMOLARES VAN A HACER ERUPCION. EN ESE MOMENTO LOS INCISIVOS SE ENCUENTRAN IMPLANTADOS EN SU POSICION DEL PLANO FRONTAL. EL CANINO TEMPORARIO QUE DEBE MANTENER EL ESPACIO PARA SU SUCESOR PERMANENTE, ES MUY ANGOSTO PARA RETENER EL ESPACIO NECESARIO MESIODISTAL. LA PRESION MESIAL DEL SEGUNDO MOLAR EN SU ERUPCION ES TRANSMITIDA DE UN DIENTE A OTRO, HASTA EL CANINO DECIDUO, CAUSANDO SU ACUÑAMIENTO O RETARDANDO SU RETENCION POR UN PERIODO DE TIEMPO CONSIDERABLE, AJUN ESTANDO SU RAZA CASI REABSORBIDA.

ESTA SITUACION ORIGINA UNA CONTRACCION PARCIAL DE ESTA ZONA DONDE DESCIENDE EL CANINO, CAUSANDO SU DESVIACION HACIA UNA POSICION ANORMAL.

B) HUESO CON UNA CONDENSACION TAL QUE NO PUEDE SER VENCIDO EN EL TRABAJO DE ERUPCION [ENOSTOSIS, OSTEITIS CONDENSANTE, OSTEOSCLEROSIS], PROCESOS OSEOS QUE ORIGINAN UNA IMAGEN "LECROSA" O BLANQUECINA.

C) EL IMPEDIMIENTO QUE SE OPONE A LA NORMAL ERUPCION DENTARIA: DIENTES SUPERNUMERARIOS, TUMORES ODONTOGENICOS [ODONTOMAS]. UN QUISTE PUEDE RECHAZAR O INCLUIR PROFUNDAMENTE AL DIENTE QUE ENCIENTRA EN SU CAMINO, IMPIDIENDO SU NORMAL ERUPCION.

TODAS LAS ENFERMEDADES GENERALES EN DIRECTA RELACION CON LAS GLANDULAS ENDOCRINAS PUEDEN OCASIONAR TRANSTORNOS EN LA ERUPCION DENTARIA, RETENCION Y AUSENCIA DE DIENTES. LAS ENFERMEDADES LIGADAS AL METABOLISMO DEL CALCIO [RAQUITISMO Y MULTIPLES SINDROMES QUE PRESENTAN ANOMALIAS DE LA ERUPCION DENTARIA].

ACCIDENTES ORIGINADOS POR DIENTES RETENIDOS

LOS DIENTES RETENIDOS, ACTUANDO MECANICAMENTE SOBRE LOS DIENTES VECINOS, PUEDEN PRODUCIR TRANSTORNOS QUE SE TRADUCEN SOBRE SU NORMAL COLOCACION EN EL MAXILAR Y SU INTEGRIDAD ANATOMICA.

A) TRANSTORNOS SOBRE LA COLOCACION NORMAL DE LOS DIENTES. EL TRABAJO MECANICO DEL DIENTE RETENIDO, EN SU INTENTO DE "ERUPCIONAR" PRODUCE DESVIACIONES EN LA DIRECCION DE LOS DIENTES VECINOS Y AUN TRANSTORNOS A DISTANCIA, PRODUCIENDO ENTRECRUZAMIENTOS DE DIENTES Y CONGLOMERADOS ANTIESTETICOS.

B) TRANSTORNOS SOBRE LA INTEGRIDAD ANATOMICA DEL DIENTE LA CONSTANTE PRESION QUE EL DIENTE RETENIDO O SU SACO DENTARIO EJERCE SOBRE EL DIENTE VECINO, SE TRADUCE POR ALTERACIONES EN EL CEMENTO [RIZOLISIS], EN LA DENTINA Y AUN EN LA PULPA DE LOS DIENTES, COMO COMPLICACION DE LA INVASION PULPAR, PUEDE HABER PROCESOS PERIODONTICOS DE DIVERSA INDOLE, DE DIFERENTE INTENSIDAD E IMPORTANCIA.

ACCIDENTES INFECCIOSOS

ESTAN DADOS POR LA INFECCION DE SU SACO PERICORONARIO. LA INFECCION DEL SACO PERICORONARIO PUEDE ORIGINARSE POR DISTINTOS MECANISMOS Y POR DISTINTAS VIAS.

A) AL HACER ERUPCION EL DIENTE RETENIDO, SU SACO SE ABRE EXPONTANERAMENTE AL PONERSE EN CONTACTO CON EL MEDIO BUCAL.

B) EL PROCESO INFECCIOSO PUEDE PRODUCIRSE COMO UNA COMPLICACION APICAL O PERIODONTICA DE UN DIENTE VECINO.

C) LA INFECCION DEL SACO PUEDE ORIGINARSE POR LA VIA HEMATICA, LA INFECCION DEL SACO FOLICULAR SE TRADUCE POR PROCESOS DE DISTINTA INDOLE: INFLAMACION LOCAL CON DOLORS AUMENTO DE TEMPERATURA LOCAL, ABSCESO Y PISTULA CONSIGUIENTE, OSTEITIS Y OSTEOMIELITIS, ADENOFLEMONES Y ESTADOS SEPTICOS GENERALES ".

LOS PROCESOS INFECCIOSOS DEL SACO FOLICULAR, PUEDEN ACTUAR COMO "INFECCION FOCAL", PRODUCIENDO TRASTORNOS DE LA MAS DIVERSA INDOLE Y A DISTANCIA, COMO POR EJEMPLO EN EL SENO MAXILAR O LAS FOSAS NAALES. "TODO DIENTE RETENIDO ES UN QUISTE DENTIGERO EN POTENCIA".

TEORIAS ETIOLOGICAS DE DIENTES RETENIDOS

I.- TEORIA ORTODONTICA

DEBIDO A QUE EL CRECIMIENTO NORMAL DE LOS MAXILARES Y EL MOVIMIENTO DE LOS DIENTES SON EN DIRECCION ANTERIOR, CUALQUIER INTERFERENCIA CON TAL DESARROLLO CAUSARA LA INCLUSION DE LOS DIENTES.

EL HUESO DENSO SUELE PROVOCAR EL RETRASO DENTAL ANTERIOR Y MUCHAS AFECCIONES PATOLOGICAS PROVOCAN UNA CONDENSACION DEL TEJIDO OSEO, POR EJEMPLO, LAS AFECCIONES AGUDAS, FIEBRES, TRAUMA SEVERO Y MALOCCLUSION, ASI COMO LA INFLAMACION LOCAL DE LA MEMBRANA PERIODONTAL PUEDEN AUMENTAR LA DENSIDAD OSEA.

LA RESPIRACION BUCAL CONSTANTE TAMBIEN CONDUCE A LA CONTRACCION DE LAS ARCADAS Y POR LO TANTO, LOS DIENTES QUE HACEN ERUPCION AL FINAL CARECEN DE ESPACIO.

EN OCASIONES, LA PERDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES DECIDUOS PUEDEN PROVOCAR FALTA DE DESARROLLO DEL MAXILAR Y MALA POSICION DE LOS DIENTES PERMANENTES, O AMBOS, LO QUE DA COMO RESULTADO UNA INCLUSION.

II.-TEORIA FILOGENICA

LA NATURALEZA TRATA DE ELIMINAR AQUELLO QUE NO SE EMPLEA Y NUESTRA CIVILIZACION, CON SUS HABITOS NUTRICIONALES CAMBIANTES, HA CASI ELIMINADO LA NECESIDAD HUMANA POR MAXILARES GRANDES Y FUERTES COMO RESULTADO DE ESTA FUNCION ALTERADA, EL TAMAÑO DEL MAXILAR Y LA MANDIBULA HA DISMINUIDO.

EN ALGUNOS CASOS EL CANINO SE ENCUENTRA MAL FORMADO Y PUEDE CONSIDERARSE COMO UN ORGANO VESTIGIAL SIN MOTIVO, NI FUNCION, ADEMAS EN OCASIONES SUELE FALTAR POR MOTIVOS CONGENITOS.

III.-TEORIA MENDELIANA

ES POSIBLE QUE LA HERENCIA, TAL COMO LA TRANSMISION DE MAXILARES PEQUEÑOS DE UN PADRE Y DIENTES GRANDES DEL OTRO, PUEDE SER UN FACTOR ETIOLÓGICO IMPORTANTE EN LAS RETENCIONES.

CAPITULO IV

HISTORIA CLINICA, EXAMEN RADIOGRAFICO Y EXAMENES DE LABORATORIO

AL EVALUAR A UN PACIENTE SON IMPORTANTES TRES ASPECTOS

- 1.-ELABORAR LA HISTORIA CLINICA
- 2.-REALIZAR LA EXPLORACION FISICA
- 3.-ORDENAR EXAMENES DE LABORATORIO SI ESTAN INDICADOS

DEBEMOS HABITUARNOS A ABORDAR A CADA UNO DE LOS PACIENTES DE LA MANERA ANTES SEÑALADA SI ES QUE QUEREMOS EVITAR ERRORES E INCLUSO TRAGEDIAS

HISTORIA CLINICA

LA ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA ES UN PROCESO ORDENADO, CON UNA SECUENCIA ESTABLECIDA, MEDIANTE LA CUAL, SE OBTIENE LA INFORMACION DE LOS ANTECEDENTES DEL PACIENTE QUE PERMITIRAN AL ODONTOLOGO SABER MAS ACERCA DE SU PACIENTE.

EL ODONTOLOGO DEBE MOTIVAR AL PACIENTE PARA QUE EXISTA UNA BUENA COMUNICACION. ES SU RESPONSABILIDAD CREAR UN AMBIENTE EN EL CUAL EL PACIENTE PUEDA EXPRESAR SUS PROBLEMAS CON FACILIDAD Y SIN TEMOR.

LA HISTORIA CLINICA SE INICIA CON EL PROBLEMA PRINCIPAL, EL CUAL DEBE SER EXPRESADO EN LAS PROPIAS PALABRAS DEL PACIENTE SIN AYUDA.

LA HISTORIA CLINICA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL, ES EL RELATO CROMOLOGICO DEL PADECIMIENTO PRINCIPAL Y LOS SINTOMAS CON EL RELACIONADOS, LA FECHA Y FORMA EN QUE SE PRESENTO LA ENFERMEDAD, LOS SINTOMAS ASI COMO SU DURACION Y GRAVEDAD TAMBIEN DEBEN ANOTARSE.

EL ESTUDIO DE LA HISTORIA CLINICA CONSISTE EN LA DESCRIPCION DE LOS PROBLEMAS MEDICOS DEL PACIENTE, DE IMPORTANCIA PARA EL ODONTOLOGO. COMO POR EJEMPLO TENEMOS LA FIEBRE REUMATICA, LA DIABETES MELLITUS, LAS ALERGIAS, LAS ENFERMEDADES DEL CORAZON Y/O SOPLOS CARDIACOS, LA MEDICACION ACTUAL, LOS PROBLEMAS DE SANGRADO, LA HEPATITIS Y PADECIMIENTOS SEMEJANTES.

LOS ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES SON DE IMPORTANCIA PARA DESCUBRIR MUCHOS SINDROMES Y MANIFESTACIONES BUCALES DE ENFERMEDADES SISTEMICAS QUE TIENEN UN COMPONENTE GENETICO.

LOS ANTECEDENTES PERSONALES PERMITEN QUE EL CLINICO COMPRENDA MEJOR LOS HABITOS DE SU PACIENTE Y SU MODO DE VIDA.

SE HA SUGERIDO A MENUDO QUE UN CUESTIONARIO PREELABORADO ES UTIL PARA REALIZAR LA HISTORIA CLINICA.

LA FORMA IMPRESA TIENE LA VENTAJA DE DAR AL PACIENTE TIEMPO DE PENSAR EN LA SALA DE ESPERA Y MEDITAR ACERCA DE SUS ANTECEDENTES CLINICOS. BAJO TALES CIRCUNSTANCIAS PUEDE LOGRARSE UNA INFORMACION MAS PRECISA, QUE DURANTE UN INTERROGATORIO TENSO Y RAPIDO. EL USO ADECUADO DE UN CUESTIONARIO DE SALUD PREELABORADO PUEDE SER UN INSTRUMENTO UTIL QUE NOS AHORRE TIEMPO.

EXPLORACION FISICA

LA EXPLORACION FISICA DEBE REALIZARSE DE LA MISMA MANERA ORDENADA EN TODOS LOS PACIENTES, DE TAL FORMA, QUE SE ESTABLEZCA UN BUEN HABITO Y NADA SE OMITA. LA INSPECCION, LA PALPACION, LA PERCUSION Y LA AUSCULTACION, DEBEN HACERSE CUANDO ESTEN INDICADOS, GENERALMENTE EN ESE ORDEN. DEBE UTILIZARSE LA PALPACION BIMANUAL Y BILATERAL.

CUANDO SE REvisa A UN PACIENTE POR PRIMERA VEZ, DEBE REALIZARSE UNA INSPECCION GENERAL QUE INCLUYA POSTURA, ESTADO EMOCIONAL, EDAD APARENTE, ESTADO NUTRICIONAL, GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD, PALIDEZ, CIANOSIS, MARCHA, VOZ Y TIPO DE MIRADA.

LOS SIGNOS VITALES DEBEN DETERMINARSE AL PRINCIPIO, PARA PROPORCIONAR UNA BASE TANTO A LA EXPLORACION FISICA, COMO AL TRATAMIENTO SUBSECUENTE. ESTOS INCLUYEN LA TEMPERATURA, EL PULSO, LA FRECUENCIA RESPIRATORIA, Y LA PRESION SANGUINEA.

LA EXPLORACION DE LA CABEZA Y EL CUELLO DEBE INCLUIR LOS PATRONES DE CRECIMIENTO FACIAL, SIMETRIA O ASIMETRIA Y UNA INSPECCION GENERAL DE LA REGION CEFALICA, CARA, OIDOS, NARIZ, Y CUELLO. UNA PARTE IMPORTANTE ES LA EXPLORACION DEL SISTEMA DE LINFONODOS DE ESTA REGION. ESTO SE LOGRA MEJOR CUANDO SE EXPLORA DE UN SOLO LADO; LOS LINFONODOS SUBMANDIBULARES SE PALPAN POR DELANTE DEL PACIENTE Y LOS CERVICALES POR DETRAS.

LA EXPLORACION DE LA CAVIDAD BUCAL PUEDE INICIARSE POR LOS LABIOS NOTANDO SU SIMETRIA, COLOR [CIANOSIS O PIGMENTACION], ULCERACIONES, SEQUEDAD O LA PRESENCIA DE QUERATOSIS. LA REVISION DE LAS PAREDES Y EL AREA VESTIBULAR INCLUYE UNA INSPECCION DE CARACTERISTICAS SIMILARES. EL PALADAR BLANDO Y EL PALADAR DURO DEBEN EXAMINARSE, BUSCANDO FISURAS, TORUS, Y DESVIACION DE LA UVULA. LA LENGUA DEBE REVISARSE EXPLORANDO TODOS LOS MOVIMIENTOS NORMALES, COLOR, PAPILAS Y BORDES LATERALES. DEBE REALIZARSE PALPACION PROFUNDA, INCLUYENDO EL TERCIO POSTERIOR Y EL PISO DE LA BOCA. EL ISTMO DE LA FAUSES Y LA FARINGE DEBEN EXPLORARSE CON UN ESPEJO.

LAS GLANDULAS SALIVALES, EMPEZANDO CON LA PAROTIDA DE UN LADO Y PASANDO A LA OTRA , POSTERIORMENTE A LAS GLANDULAS SUBMANDIBULARES, SE PALPAN BIMANUALMENTE PARA EVALUAR LA NORMALIDAD DE SUS CONDUCTOS, LA CALIDAD Y LA CANTIDAD DE LA SALIVA Y LA SENSIBILIDAD A LA PALPACION. UNA EXPLORACION ESPECIAL DE LAS GLANDULAS SALIVALES ES PROPORCIONADA POR MEDIO DE LA SIALOGRAFIA. ESTA ES UNA TECNICA DE OPACIDAD DEL SISTEMA DE CONDUCTOS MEDIANTE LA INYECCION DE UNA SUSTANCIA RADIOOPACA.

POSTERIORMENTE SE INSPECCIONAN Y PALPAN LAS ENCIAS Y SE MIDE LA PROFUNDIDAD DEL PLIEGUE VESTIBULAR. LOS DIENTES SON LA ULTIMA PARTE QUE SE EXPLORA. LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR SE EXAMINA CUANDO LA HISTORIA CLINICA NOS INDICA QUE ESTA ESTRUCTURA SE ENCUENTRA INVOLUCRADA EN EL PADECIMIENTO PRINCIPAL.

CUALQUIER HALLAZGO EN LA EXPLORACION FISICA QUE INDIQUE CIERTO GRADO DE ANORMALIDAD DEBE DESCRIBIRSE DETALLADAMENTE [EJEMPLO TAMANO, DURACION, COLOR, FORMA Y SENSIBILIDAD DE UNA LESION]. DESPUES DEL EXAMEN BUCAL SE SOLICITAN LOS EXAMENES DE LABORATORIO INDICADOS POSTERIORMENTE EXPLICADOS.

CUANDO SE INTEGRAN TODOS LOS DATOS DE LAS CONCLUSIONES DE LA HISTORIA CLINICA Y LA EXPLORACION FISICA, SE RESUMEN Y SE ANOTAN EN EL REGISTRO DEL EXAMEN PARA CIRUGIA BUCAL. PRIMERO SE ENLISTAN LAS OPINIONES DEL MEDICO; ESTAS CONSTITUYEN LOS POSIBLES DIAGNOSTICOS DISPUESTOS DEACUERDO CON SU PROBABILIDAD. EN SEGUNDO TERMINO SE ENUMERAN LAS INDICACIONES EN EL ORDEN EN QUE DEBAN REALIZARSE. ESTO PUEDE INCLUIR ESTUDIOS ADICIONALES PARA EL DIAGNOSTICO, ASI COMO EL TRATAMIENTO PRECISO. SIEMPRE QUE SEA POSIBLE DEBEN UTILIZARSE ABREVIATURAS.

EL REGISTRO DEL EXAMEN PARA CIRUGIA BUCAL NO ES DIFERENTE DE CUALQUIER OTRO UTILIZADO PARA EXPRESAR, DE MANERA CLARA, LAS INDICACIONES TERAPEUTICAS. NO HAY NECESIDAD DE TRASCIBIR LA HISTORIA CLINICA COMPLETA A LA HOJA DEL EXAMEN. SI EL CASO CLINICO ES COMPLICADO SERA NECESARIO ANOTAR LA OBSERVACION "VEASE LA HISTORIA CLINICA ADICIONAL". ES EVIDENTE QUE LOS DATOS PERSONALES PARA LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE SON NECESARIOS.

AUXILIARES DE LABORATORIO

LOS DIVERSOS AUXILIARES DE LABORATORIO SON UTILIZADOS POR EL CIRUJANO DENTISTA, PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO O EN LA PREPARACION PREQUIRURGICA DEL PACIENTE. SE MENCIONARAN ASPECTOS BASICOS DE ALGUNOS EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE Y SUS VALORES NORMALES.

EL TIPO DE EXAMENES ORDENADOS ESTARA DETERMINADO POR LOS DATOS DE LA HISTORIA CLINICA Y LA EXPLORACION FISICA, ASI COMO POR LOS CONOCIMIENTOS DEL CLINICO SOBRE LA FISIOLOGIA Y LA FISIOPATOLOGIA. HABRA DIFERENCIAS EN LOS EXAMENES ORDENADOS PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS IDENTICOS, UNOS PARA SER REALIZADOS EN EL CONSULTORIO BAJO ANESTESIA LOCAL Y OTROS PARA SER EFECTUADOS EN EL QUIROFANO DE UN HOSPITAL.

LOS DIVERSOS EXAMENES DE LABORATORIO Y DE GABINETE INCLUYEN:

1. SIGNOS VITALES
2. RADIOGRAFIAS
3. BIOPSIAS
4. FROTIS O CULTIVOS DE BACTERIAS
5. BIOMETRIA HEMATICA
6. PRUEBAS DE COAGULACION SANGUINEA
7. EXAMEN GENERAL DE ORINA
8. QUIMICA SANGUINEA
9. DETERMINACION DE ELECTROLITOS
10. ELECTROCARDIOGRAMA

SIGNOS VITALES

EN TODO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE LA BOCA, EL REGISTRO DE LOS SIGNOS VITALES DEL PACIENTE DEBE SER UNA RUTINA. LOS SIGNOS VITALES INCLUYEN: EL PULSO, LA PRESION SANGUINEA, LA FRECUENCIA RESPIRATORIA Y LA TEMPERATURA.

DEBE TOMARSE Y REGISTRARSE EN EL EXPEDIENTE DE TODO PACIENTE, LA PRESION SANGUINEA Y EL PULSO TANTO EN EL PREOPERATORIO COMO EN EL POSTOPERATORIO. EL METODO AUSCULTATORIO PARA LA TOMA DE PRESION SANGUINEA SE CONSIDERA EL MAS EXACTO. EN CUANTO AL PULSO, DEBE ANOTARSE SU REGULARIDAD O IRREGULARIDAD, FRECUENCIA Y POTENCIA.

LA FRECUENCIA RESPIRATORIA PUEDE ELEVARSE EN EL PACIENTE ODONTOLOGICO APREHENSIVO Y PUEDE MANIFESTARSE COMO SINDROME DE HIPERVENTILACION, CON MAREO, HORMIGUEO PERIBUCAL Y EN LAS EXTREMIDADES Y, EN OCASIONES, DOLOR TORACICO, PUDIENDO CAUSAR TETANIA E IRRITABILIDAD NEUROMUSCULAR.

RADIOGRAFIAS

LA RADIOGRAFIA SE EMPLEA PRACTICAMENTE EN TODAS LAS EVALUACIONES, DIAGNOSTICOS Y, POR SUPUESTO, EN TODO TRATAMIENTO QUIRURGICO. CONOCER LA ANATOMIA NORMAL EXTRABUCAL, INTRABUCAL Y DE RADIOGRAFIAS PANORAMICAS ES IMPORTANTE PARA QUE EL CLINICO DIAGNOSTIQUE, DE MANERA ADECUADA, Y TRATE LA AMPLIA GAMA DE ENFERMEDADES QUE SE PRESENTAN EN LA REGION BUCAL. ESTOS ESTUDIOS COMPRENEN UNA RADIOGRAFIA PANORAMICA PARA DIAGNOSTICAR FRACTURA MANDIBULAR, UNA PLACA OCLUSAL QUE MUESTRA UN QUISTE MAXILAR, Y UNA RADIOGRAFIA PERIAPICAL DONDE SE MUESTRE UNA FRACTURA RADICULAR. LA EXODONCIA QUIRURGICA DEBE SIEMPRE ESTAR PRECEDIDA POR UN ESTUDIO RADIOLOGICO CLARO Y RECIENTE QUE CONSTE, AL MENOS DE DOS VISTAS. LA RADIOGRAFIA PERIAPICAL ES LA MAS PRECISA Y REVELA LOS DETALLES MAS FINOS DE LAS ESTRUCTURAS DENTALES Y OSEAS.

NO DEBE DIAGNOSTICARSE O INTENTAR UN TRATAMIENTO BASANDOSE EN RADIOGRAFIAS DE MALA CALIDAD, EN LAS QUE EL AREA PROBLEMA NO ESTE CONCENTRADA EN LA PLACA. NO DEBE CONCENTRARSE LA ATENCION SOBRE AQUELLO QUE INICIALMENTE PARECE SER LA LESION PATOLOGICA OBVIA; EN LUGAR DE ESTO, ESTUDIENSE LA RADIOGRAFIA VALORANDOLA DE MANERA DISCIPLINADA Y ORDENADA. CUANDO SE REGISTREN LOS HALLAZGOS RADIOGRAFICOS EN EL EXPEDIENTE, DEBEN ESPECIFICARSE EN EL TAMAÑO DE LA LESION, LA LOCALIZACION, LA RADIOLUMINOSIDAD U OPACIDAD, LA RELACION CON LOS DIENTES SI ES MULTIPLE O AISLADA Y SI SUS CONTORNOS SON DIFUSOS O BIEN DEFINIDOS.

BIOPSIA

EL ESTUDIO DE LOS TEJIDOS SE EMPLEA FRECUENTEMENTE COMO UN AUXILIAR PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO FINAL DE LA GRAN VARIEDAD DE LESIONES PATOLOGICAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS Y DUROS DE LA CAVIDAD BUCAL. MUCHAS VECES, EN LOS DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES, ESTAN INCLUIDAS DIVERSAS ENTIDADES NOSOLOGICAS QUE UNICAMENTE PUEDEN SER DIFERENCIADAS MEDIANTE UN ESTUDIO HISTOLOGICO. UNA DE LAS RESPONSABILIDADES DIAGNOSTICAS MAS IMPORTANTES PARA EL DENTISTA SERA EL DESCARTAR LA MALIGNIDAD DE UNA LESION.

ESTUDIOS BACTERIOLOGICOS

LOS CULTIVOS Y FROTIS BACTERIANOS, ASI COMO LOS ANTIBIOGRAMAS, FRECUENTEMENTE SE USAN COMO AUXILIARES EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCION. ES RUTINARIO EL CULTIVO DE ESPECIMENES DE CUALQUIER INFECCION QUE PRODUSCA EXUDADO, FORME ABSCESO, O INVOLUCRE LOS ESPACIOS APONEUROTICOS. DEPENDIENDO DE LO QUE EL CLINICO SOSPECHE PUEDE ORDENAR UN FROTIS PARA BUSCAR GRANULOS DE AZUFRE DE ACTINOMICES ISRAELII, UN CULTIVO PARA BUSCAR ESTAFILOCOCO-COAGULASA POSITIVO O EN EL CASO DE SOSPECHAR LA EXISTENCIA DE ORGANISMOS PENICILINO-RESISTENTES, UN CULTIVO EN UN ANTIBIOGRAMA.

BIOMETRIA HEMATICA

LA BIOMETRIA HEMATICA [BH] COMPRENDE A LA FORMULA DE LA SERIE ROJA, LA FORMULA LEUCOCITARIA, Y LA CUENTA DE PLAQUETAS. ESTE TIPO DE ESTUDIOS SE UTILIZA EN EL PREOPERATORIO PARA VALORAR EN ENFERMEDADES SISTEMICAS CON MANIFESTACIONES BUCALES EN CASOS DE INFECCION O EN COAGULOPATIAS.

EL ESTUDIO DE LOS ERITROCITOS EN EL QUE SE REALIZA LA DETERMINACION DE LA HEMOGLOBINA DA INFORMACION ACERCA DE LA CAPACIDAD DE LA SANGRE PARA EN TRANSPORTE DE OXIGENO, ANEMIAS Y ALTERACIONES EN LA PRODUCCION ERITROCITICA. LOS VALORES NORMALES DE LOS ERITROCITOS SON:

	HOMBRE	MUJER
NGR EN MILLONES/MM ³	4.5-5.5	4.2-5.2
HEMOGLOBINA EN MG%	14-17	12-16
HEMATOCRITO %	40-50	37-45
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO u ³	82-92	IGUAL
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA uug	27-31	IGUAL
NUMERO DE RETICULOSITOS %	0.5-1.5	

LA FORMULA LEUCOCITARIA ES UN IMPORTANTE AUXILIAR PARA ESTIMAR LAS DEFENSAS DEL PACIENTE LA INFECCION, EL ESTADO INMUNOLOGICO O LAS DISCRACIAS SANGUINEAS. LOS VALORES NORMALES PARA LOS LEUCOCITOS SON:

NL	5 000- 10 000/MM3
CUENTA DIFERENCIAL	{%}
NEUTROFILOS	60-70
LINFOCITOS	20-30
MONOCITOS	2-3
EOSINOFILOS	1.6-3
BASOFILOS	0.1-1

LAS PLAQUETAS, ELEMENTOS IMPORTANTES EN LA COAGULACION SON AFECTADAS POR DIVERSAS ENFERMEDADES, AGENTES FISICOS Y FARMACOS. LOS DEFECTOS PLAQUETARIOS PUEDEN SER CUALITATIVOS [FUNCIONALES], CUANTITATIVOS NUMERICOS O AMBOS.

EL TIEMPO DE SEDIMENTACION GLOBULAR [TSG], ES UN INDICE INESPECIFICO DE DIVERSAS ENFERMEDADES, TALES COMO INFECCION, ENFERMEDADES COLAGENAS, FIEBRE REUMATICA, ARTRITIS REUMATOIDE Y ALGUNAS NEOPLASIAS, EN LAS QUE EL TSG ESTA ACELERADO. LA PRUEBA CONSISTE EN LA SEDIMENTACION DE LOS GLOBULOS ROJOS EN UN TUBO DE VIDRIO DURANTE UN PERIODO DETERMINADO DE TIEMPO.

PRUEBAS DE COAGULACION

LAS PRUEBAS DE COAGULACION PUEDEN SER UTILES EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE PROBLEMAS DE SANGRADO. LA HISTORIA CLINICA ES PROBABLEMENTE EL FACTOR MAS IMPORTANTE PARA VALORAR LOS TRANSTORNOS DE SANGRADO. LAS PRUEBAS COMUNHENTE UTILIZADAS SON EL TIEMPO DE PROTOMBINA [TP] PARA VALORAR EL SISTEMA DE COAGULACION EXTRINSECO, EL TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA [TPT] PARA EL SISTEMA INTRINSECO, EL TIEMPO DE SANGRADO PARA LA ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND Y EL FUNCIONAMIENTO PLAQUETARIO Y LA PRUEBA DEL TORNIQUETE PARA LA FRAGILIDAD CAPILAR.

VALORES NORMALES DE LAS PRUEBAS DE COAGULACION

TIEMPO DE PROTOMBINA {TP}/S	11.0-12.5
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA {TPT}/S [VARIA CON EL LABORATORIO Y TECNICA EMPLEADA]	32-35
TIEMPO DE SANGRADO {IVY}/MIN.	1-6

EXAMEN GENERAL DE ORINA

EL EXAMEN GENERAL DE ORINA ES RUTINARIO EN PACIENTES QUIRURGICOS EN LOS QUE SE UTILIZARA ANESTESIA GENERAL. ESTE EXAMEN PUEDE MANIFESTAR MUCHOS ASPECTOS DE LA ENFERMEDAD RENAL Y ES UN MEDIO IMPORTANTE PARA LA VALORACION GENERAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS RIÑONES. PARA ESTE EXAMEN SE UTILIZA LA PRIMERA EVACUACION URINARIA. PUEDEN VALORARSE PARAMETROS COMO COLOR, PH, DENSIDAD, PRESENCIA DE PROTEINAS, AZUCARES, CUERPOS CETONICOS Y PRODUCTOS DE DEGRADACION DE LA SANGRE. EL EXAMEN MICROSCOPICO DE LA ORINA DETECTA GLOBULOS ROJOS, GLOBULOS BLANCOS, CILINDROS, CRISTALES Y BACTERIAS.

EXAMEN GENERAL DE ORINA- VALORES NORMALES

	NORMAL	PATOLOGICOS	EJEMPLOS
PH	4.5 A 8.0	ALCALOSIS	ACIDOSIS FARMACOS
COLOR	AMARILLO PAJA	ROJO EN HEMATURIA	
ERITROCITOS	0	TRAUMATISMOS PAÑO GLOMERULAR	
LEUCOCITOS	5 POR CAMPO	INFECCION	
CELULAS EPITELIALES	ESCASAS	DAÑO TUBULAR	
BACTERIAS	ESTERIL	INFECCION CONTAMINACION	
GLUCOSA	0	DIABETES	
CETOMAS	0	CETOSIS	
BILIRRUBINA	0	ENFERMEDAD HEPATICA	
PROTEINAS	2 A 8 MG/ML	SINDROME NEFROTICO	

QUIMICA SANGUINEA

LA QUIMICA SANGUINEA COMPRENDE EL ESTUDIO DE UNA GRAN VARIEDAD DE SUSTANCIAS A SABER, ENZIMAS, MINERALES, PROTEINAS, AZUCARES, CATIONES, ANIONES, PRODUCTOS NITROGENADOS, LIPIDOS Y PRODUCTOS DE DEGRADACION EN EL METABOLISMO DE LA SANGRE.

LA GLUCOSA SERICA [GLICEMIA EN AYUNAS] NORMALMENTE ES DE 80 A 120 MG/100 ML. LOS NIVELES DE GLUCOSA ESTAN INCREMENTADOS EN LA DIABETES MELLITUS, ACROMEGALIA, TUMORES DE LAS GLANDULAS ADRENALES, ANOXIA, TRAUMATISMOS ENCEFALICOS Y DISFUNCION HEPATICA. SE ENCUENTRAN DISMINUIDOS EN HIPOTIROIDISMO. CUANDO LOS NIVELES DE GLUCOSA SERICA ESTAN ELEVADOS PUEDE ESTAR INDICADA UNA CONSULTA MEDICA Y LA PRUEBA DE LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA.

LOS NIVELES NORMALES DE CALCIO SERICO SON DE 9 A 11.3/100 ML. PUEDEN ELEVARSE CUANDO SE ENCUENTRA AUMENTADA LA ACTIVIDAD OSTEOCLASTICA COMO SUCEDE EN CASOS DE HIPERPARATIROIDISMO O HIPERVITAMINOSIS O CARCINOMA METASTASICO DEL HUESO. LA HIPOCALCEMIA SE PRESENTA EN LA INSUFICIENCIA RENAL Y EN EL HIPOPARATIROIDISMO. DEBIDO A LA HIPOCALCEMIA OCURRE TETANIA.

LOS NIVELES NORMALES DE FOSFORO SERICO OSCILAN ENTRE 2.5 A 4.5 MG/%. ESTAN INCREMENTADOS EN EL HIPOPARATIROIDISMO Y EN LA INSUFICIENCIA RENAL Y DISMINUIDOS EN EL HIPERPARATIROIDISMO. NORMALMENTE, LA FOSFATASA ALCALINA ES DE 4 A 17 UNIDADES KING-AMSTRONG. EXISTE NIVELES ELEVADOS EN LA ENFERMEDAD DE PAGET, RAQUITISMO E HIPERPARATIROIDISMO.

ELECTROLITOS

LA EVALUACION DE LOS ELECTROLITOS INCLUYE AL SODIO, POTASIO, CLORO Y BICARBONATO. SUS VALORES VARIAN CON EL ESTADO DE HIDRATACION, LA INGESTA Y PERDIDAS, PROBLEMAS ENDOCRINOS, EQUILIBRIO ACIDO-BASICO, PERDIDAS INTESTINALES Y EQUILIBRIO DE SALES-AGUA.

VALORES NORMALES DE LOS PRINCIPALES ELECTROLITOS Y EJEMPLOS

ELECTROLITOS	VALORES NORMALES [mEq/l]		
SODIO		DESHIDRATACION	ALDOSTERONA
POTASIO		ENFERMEDAD	DIURETICOS
		RENAL	ALDOSTERONA
CLORO	95 A 102	ACTH	CETOSIS
			DIURETICOS
BICARBONATO		ALCALOSIS	ACIDOSIS

ELECTROCARDIOGRAMA

EL ELECTROCARDIOGRAMA [ECG] MIDE LAS FUERZAS ELECTROFISICAS DEL CORAZON DURANTE LAS ETAPAS DEL CICLO CARDIACO. PUEDE ESTUDIARSE EN EL LA FRECUENCIA, EL RITMO, LOS INFARTOS RECIENTES O ANTIGUOS Y SU LOCALIZACION, EJE ELECTRICO DEL CORAZON, HIPERTROPIAS VENTRICULARES Y TRAZOS COMPATIBLES CON ALTERACIONES ELECTROLITICAS O INGESTION DE FARMACOS. UN ELECTROCARDIOGRAMA DEBE ORDENARSE, POR EJEMPLO, EN UN PACIENTE QUIRURGICO DE MAS DE 40 AÑOS DE EDAD EN EL QUE SE UTILIZARA ANESTESIA GENERAL O SEDACION INTRAVENOSA O SI TIENE ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD CARDIACA.

RESULTADOS DE LOS EXAMENES

QUE SIGNIFICAN LOS VALORES, CUANDO LOS RESULTADOS SE RECIBEN DEL LABORATORIO DEBE NOTARSE QUE LA VARIACION DE LOS VALORES NORMALES ESTA DETERMINADA POR UNA CURVA DONDE SE INCLUYEN DOS DESVIACIONES ESTANDAR: ARRIBA Y ABAJO DEL PROMEDIO. ESTO IMPLICA QUE LA NORMALIDAD INCLUYE AL 95% DE LOS INDIVIDUOS EXAMINADOS Y EL 5% DE LOS INDIVIDUOS NORMALES SE ENCONTRARAN EN LOS EXTREMOS DE ESTE RANGO NORMAL.

CUALQUIER RESULTADO DE LABORATORIO DEBE SER ANALIZADO EN CUANTO A SI ES REALMENTE UN RESULTADO ANORMAL DE DIAGNOSTICO O SI HAY ALGUNA OTRA RAZON PARA DICHO VALOR. DEBEMOS ASEGURARNOS DE TENER UNA FORMA IMPRESA DE LOS VALORES NORMALES DE NUESTRO LABORATORIO DEBIDO A QUE HAY DIFERENCIAS EN LOS MISMOS DE ACUERDO A LA TECNICA, CONTROLES Y/O PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS.

EL ODONTOLOGO Y EL MEDICO DEBEN CONSIDERAR, DE MANERA CONJUNTA, ESTOS AUXILIARES DE LABORATORIO UTILIZADOS EN EL CUIDADO DEL PACIENTE. MUCHA DE LA INFORMACION QUE SE OBTIENE CON ESTOS ESTUDIOS, SE ANALIZARA JUNTO CON EL MEDICO DEL PACIENTE. DADO QUE EL PAPEL DEL ODONTOLOGO EN EL CUIDADO DE LA SALUD TOTAL DEL PACIENTE SE ENCUENTRA EN CONSTANTE EXPANSION, ES MUY IMPORTANTE QUE EL ODONTOLOGO CONOZCA LA FISIOPATOLOGIA. PARTE MUY IMPORTANTE DEL PAPEL DEL ODONTOLOGO SERA LA UTILIZACION HABIL E INTELIGENTE DE LOS AUXILIARES DEL LABORATORIO.

CAPITULO V

DIAGNOSTICO

EL DIAGNOSTICO SE ESTABLECE, CUANDO MENOS PARCIALMENTE, POR MEDIO DEL EXAMEN CLINICO. ES IMPERATIVO COMO YA SE MENCIONO EN EL CAPITULO ANTERIOR TOMAR RADIOGRAFIAS DETALLADAS DE LA ZONA, SEGUIDAS DE UNA INTERPRETACION MINUCIOSA. EL DENTISTA DEBE CONOCER LA VERDADERA RELACION DE UN DIENTE CON RESPECTO A LA DE LOS OTROS; ESTA INFORMACION ES DIFICIL DE OBTENER SI NO PUEDE OBSERVARSE AL DIENTE CLINICAMENTE Y A TRAVES DEL ESTUDIO RADIOGRAFICO.

PARA HACER UNA INTERPRETACION MINUCIOSA Y GLOBAL DE LA RADIOGRAFIA ES NECESARIO COMPARAR CONSTANTEMENTE CON LA IMAGEN RADIOGRAFICA; POR EJEMPLO, SI EL EXAMEN CLINICO MUESTRA A LOS DIENTES EN SU POSICION NORMAL, PERO EN LAS RADIOGRAFIAS SE MUESTRA UNA SUPERPOSICION PUEDE SUPONERSE QUE LA ANGULACION DEL ESTUDIO RADIOGRAFICO PUE INCORRECTA Y DEBE REPETIRSE.

CUANDO LOS DIENTES SE ENCUENTRAN EN UNA POSICION NORMAL SIN GIROVERSION, EL ESMALTE PUEDE OBSERVARSE EN LA RADIOGRAFIA COMO UN "CAPUCHON DE ESMALTE" Y SI LA RADIOGRAFIA MUESTRA AL RESTO DE LOS DIENTES ALINEADOS NORMALMENTE, SUS CAPUCHONES SERAN SIMILARES EN APARIENCIA. SIN ENBARGO, SI UNO DE LOS DIENTES TIENE UN DESPLAZAMIENTO, PARTE DE SU SUPERFICIE OCLUSAL Y SU CAPUCHON, ESTARAN DISTORSIONADOS. EL CONTORNO DE LA CAVIDAD PULPAR A LOS RAYOS X PUEDE INDICAR TAMBIEN TORSION O ROTACION DEL DIENTE EN CUESTION EN ESTE CASO EL CANINO SUPERIOR. OTRAS GUIAS EN LA LECTURA DE LAS RADIOGRAFIAS PARA LLEGAR A UN BUEN DIAGNOSTICO SON:

1. EL AREA DE ESTUDIO DEBE APARECER EN EL CENTRO DE LA RADIOGRAFIA Y DEBEN OBTENERSE DOS VISTAS.
2. LOS PUNTOS DE CONTACTO DEBEN APARECER ABIERTOS, INDICANDO QUE EN EL CENTRO DEL RAYO HA PASADO EN UN ANGULO RECTO ATRAVES DEL AREA DE EXPOSICION.

**3. DEBE HABER CIERTA SUPERPOSICION DE LAS CUSPIDES DE
LOS DIENTES POSTERIORES.**

4. DEBE VERSE ALGO DE TEJIDO BLANDO

**5. TODAS LAS INTERPRETACIONES RADIOGRAFICAS DEBEN
APOYARSE EN HALLAZGOS CLINICOS.**

**DESPUES DE TENER UN ESTUDIO RADIOGRAFICO SATISFACTORIO, EL
OPERADOR DEBE ESTUDIARLO PARA INTERPRETAR CORRECTAMENTE CADA
PUNTO DE DIAGNOSTICO QUE PUEDA ESTAR PRESENTE.**

CAPITULO VI

TECNICA QUIRURGICA

LA TECNICA OPERATORIA DEPENDE DE LA POSICION DE LA CORONA EN RELACION CON LA MUCOSA ORAL. POR LO ANTERIOR MENCIONAREMOS LAS DIFERENTES TECNICAS DE EXTRACCION DEL CANINO SUPERIOR , ASI COMO TAMBIEN LA TECNICA DE LAZAMIENTO DEL CANINO PARA CASOS EN LOS QUE NO ES EXTRAIDO.

EXTRACCION DE LOS CANINOS POR LA VIA PALATINA

ANESTESIA

LA ANESTESIA ES EL PUNTO FUNDAMENTAL PARA LA INTERVENCION QUIRURGICA, YA QUE ES UNA OPERACION DE LARGA DURACION.

RETENCION UNILATERAL:

ANESTESIA INFRAORBITARIA DEL LADO A OPERARSE. ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA DE LA BOVEDA PALATINA A NIVEL DEL AGUJERO PALATINO ANTERIOR Y DEL AGUJERO PALATINO POSTERIOR DEL LADO A OPERARSE.

RETENCION BILATERAL:

ANESTESIA INFRAORBITARIA EN AMBOS LADOS. ANESTESIA INFILTRATIVA LOCAL EN LA BOVEDA PALATINA A NIVEL DEL AGUJERO PALATINO ANTERIOR Y DE AMBOS AGUJEROS PALATINOS POSTERIORES.

OPERACION

INCISION:

PARA EXTRAER UN CANINO RETENIDO EN EL LADO PALATINO, SE DEBE PREPARAR UN COLGAJO QUE PERMITA UN AMPLIO DESCUBRIMIENTO DEL LUGAR DONDE ESTA RETENIDO EL DIENTE A EXTRAER. PARA CONSEGUIR EL COLGAJO SE PRACTICA UNA INCISION EN LA BOVEDA PALATINA. LA EXTENSION DEL COLGAJO DEBE ESTAR DADA POR LA POSICION DEL CANINO RETENIDO.

LA FORMA DE INCISION IDEAL, PARA ESTE TIPO DE RETENCIONES ES LA QUE TIENE POR OBJETO, DESPRENDER EL TELON PALATINO, DESPUES DE HABER HECHO LO PROPIO CON LA FIBROMUCOSA PALATINA DEL CUELLO DE LOS DIENTES. EL COLGAJO MAS USUAL ES EL SIGUIENTE: SE USA UN BISTURI DE HOJA CORTA, EL CUAL SE INCIDE ENTRE LOS DIENTES Y LA ENCIA, DIRIGIDO EN SENTIDO PERPENDICULAR A LA BOVEDA, LLEGANDO HASTA EL HUESO. EL DESPRENDIMIENTO SE INICIA EN EL LIMITE DE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO PREMOLAR Y SE EXTIENDE EN SENTIDO ANTERIOR HASTA LOS INCISIVOS CENTRALES, LATERAL O MOLAR DEL LADO OPUESTO, SEGUN SEA EL SITIO QUE OCUPE EL O LOS CANINOS RETENIDOS. AL LLEGAR AL SITIO DONDE FALTA EL DIENTE EN LA ARCADA, EL BISTURI CONTORNEA PARTE DE LA CARA MESIAL DEL PRIMER PREMOLAR; LA INCISION SIGUE LA CRESTA DE LA ARCADA Y SE CONTINUA HASTA EL LUGAR EN QUE SE HA PREFIJADO LA UBICACION DEL APICE DEL RETENIDO. LA PEQUEÑA LENGUETA QUE RESULTA DE ESTA INCISION SERA UTILIZADA AL PRACTICAR LA SUTURA. SI EXISTE EL CANINO TEMPORARIO, LA INCISION LO RODEA POR SU CARA PALATINA.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

PRACTICADA LA INCISION, EL DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO SE REALIZA CON UN INSTRUMENTO ROMO. ESTE INSTRUMENTO SE INTRODUCE ENTRE LA ARCADA DENTARIA Y LA FIBROMUCOSA PALATINA, Y POR PEQUEÑOS MOVIMIENTOS SIN HERIR NI DESGARRAR LA ENCIA, SE DESPRENDE LA FIBROMUCOSA HASTA DEJAR AL DESCUBIERTO EL HUESO DE LA BOVEDA PALATINA. ES CONVENIENTE DESPUES DE DESPRENDIDO UN TROZO DE FIBROMUCOSA, TOMAR ESTE CON UNA PINZA DE DISECCION. ESTE COLGAJO DEBE SER MANTENIDO INMOVIL DURANTE EL CURSO DE LA OPERACION.

SE PASA UN HILO DE SUTURA POR UN PUNTO DE LA FIBROMUCOSA, DE PREFERENCIA A NIVEL DE LA LENGUETA GINGIVAL DEL ESPACIO DEL CANINO. EL HILO SE ANUDA A UN MOLAR DEL LADO OPUESTO O SE TOMAN SUS CABOS CON UNA PINZA DE KOCHER Y SE FIJAN A LA COMPRESA QUE CUBRE AL PACIENTE. EN AMBOS CASOS ESTE MISMO HILO, SIN NECESIDAD DE VOLVERLO A PASAR POR LA FIBROMUCOSA, SE ENHEBRA EN UNA AGUJA Y SIRVE PARA SUTURAR EL COLGAJO.

SE COHIBE LA POSIBLE HEMORRAGIA OSEA, O DE LOS VASOS PALATINOS, SIN CUYO REQUISITO LA VISION NO ES CORRECTA. LOS METODOS DE HEMOSTASIA SON LOS INDICADOS EN TECNICA QUIRURGICA: COMPRESION, APLASTAMIENTO DEL HUESO VECINO, GASAS CON ADRENALINA. COHIBIDA LA HEMORRAGIA SE PASA AL OTRO TIEMPO QUIRURGICO.

OSTEOTOMIA:

PARA ELIMINAR EL HUESO QUE CUBRE EL CANINO RETENIDO, PUEDE EL CIRUJANO VALERSE DE VARIOS METODOS QUE, AUNQUE LLEVAN AL MISMO FIN, TIENEN DIFERENCIAS FUNDAMENTALES QUE SE REFIEREN AL SHOCK QUIRURGICO Y A LAS MOLESTIAS QUE PUEDA SENTIR EL PACIENTE. EL INSTRUMENTO USADO ES LA FRESA QUIRURGICA COMO YA HA SIDO CONSIDERADA EN OTRAS INTERVENCIONES.

CANTIDAD DE HUESO A ELIMINARSE: DEBEN QUEDAR AMPLIAMENTE DESCUBIERTAS, EN LA OSTEOTOMIA, TODA LA CORONA RETENIDA ESPECIALMENTE A NIVEL DE LA CUSPIDE DEL DIENTE RETENIDO Y EN UNA ANCHURA EQUIVALENTE AL MAYOR DIAMETRO DE LA CORONA, PARA QUE ESTA SE PUEDA ELIMINAR DE LA CAVIDAD OSEA, SIN TROPIEZOS Y SIN TRAUMATISMOS. SEGUN SEA LA INCLINACION DEL CANINO SE EXIGIRA MAYOR O MENOR SACRIFICIO DEL HUESO A NIVEL DE SU PARTE RADICULAR. CON EL METODO DE LA ODONTOSECCION, LA CANTIDAD DE OSTEOTOMIA ESTA REDUCIDA.

USO DE LA FRESA: LA FRESA ES EL INSTRUMENTO DE NUESTRA PREFERENCIA. ELIMINA EL HUESO, LIMPIA RAPIDAMENTE, SIN MOLESTAR AL OPERADO. LOS INCONVENIENTES QUE PUDIERAN DERIVARSE DEL RECALENTAMIENTO DEL INSTRUMENTO SE SUBSANAN USANDO FRESAS NUEVAS, QUE DEBEN CAMBIARSE CONTINUAMENTE EN EL CURSO DE LA EXTRACCION. ES UTIL IRRIGAR EL HUESO CON SUERO FISIOLOGICO TIBIO ESTERILIZADO.

UNA VEZ UBICADA CON PRECISION LA CORONA DEL DIENTE RETENIDO SE PRACTICAN ORIFICIOS CIRCUNDANDO LA CORONA Y EL PRIMER TERCIO RADICULAR; LA FRESA DEBE LLEGAR A TOCAR LA CORONA DEL CANINO. LOS DIVERSOS ORIFICIOS CREADOS POR LA FRESA SE UNEN ENTRE SI, SECCIONANDO EL HUESO QUE LOS SEPARA, CON UNA FRESA DE FISURA FINA, ESTA "TAPA OSEA" SE LEVANTA CON UNA PEQUEÑA LEGRA.

CUANDO LA CORONA DEL CANINO ESTA MUY SUPERFICIAL Y EL HUESO QUE LA CUBRE ES PAPIRACEO, PUEDE SER ELIMINADO EN TOTAL CON UNA FRESA REDONDA GRANDE. LA FRESA PUEDE USARSE EN EL ANGULO O EN LA PIEZA DE MANO, SEGUN LAS PREFERENCIAS DE OPERADOR.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA:

REALIZADA LA RESECCION OSEA, LA OPERACION CONSISTE EN ELIMINAR UN CUERPO DURO INEXTENSIBLE [EL DIENTE] DE UN ELEMENTO DURO QUE DEBE CONSIDERARSE INEXTENSIBLE [EL HUESO]. ESTA MANIOBRA SOLO PUEDE REALIZARSE CON PALANCAS, QUE, APOYADAS EN EL HUESO VECINO MAS SOLIDO Y MAS PROTEGIDO [EL HUESO DEL LADO INTERNO] ELEVAN EL DIENTE SIGUIENDO LA BRECHA OSEA CREADA. PARA EXTRAER EL CANINO RETENIDO SE RESUELVE POR DOS PROCEDIMIENTOS: O SE AUMENTA AMPLIAMENTE LA VENTANA POR DONDE DEBE ELIMINARSE EL DIENTE O SE DISMINUYE EL VOLUMEN DEL DIENTE A EXTRAER. EL PRIMER PROCEDIMIENTO EXIGE EL SACRIFICIO DEL TEJIDO OSEO VECINO. EL SEGUNDO PROCEDIMIENTO ES SENCILLO RAPIDO Y ELEGANTE. ES LA APLICACION DEL CLASICO METODO DE LA ODONTOSECCION. SE CORTA EL DIENTE EN EL NUMERO DE TROZOS QUE SEA NECESARIO, Y SE EXTRAEN SUS PARTES POR SEPARADO, Y A EXPENSAS DE LOS ESPACIOS CREADOS POR LAS PARTES DESALOJADAS SE COMPLETA LA EXTRACCION DE LOS TROZOS QUE QUEDAN.

LA MANIOBRA DE LA SECCION DEL DIENTE RETENIDO ES SENCILLA. EXIGE, COMO CONDICION NECESARIA, UNA PERFECTA VISION DEL DIENTE Y SU FACIL ACCESO; LA OSTEOTOMIA PREVIA LO HABRA LOGRADO. EL DIENTE DEBE SER CORTADO A NIVEL DE SU CUELLO, CON FRESA DE FISURA DIRIGIDA PERPENDICULARMENTE AL EJE MAYOR DEL DIENTE. SI LA REGION CERVICAL NO ES ACCESIBLE, HABRA QUE CORTAR AL DIENTE A NIVEL DE SU CORONA. PARA ESTO SERA NECESARIO, DESGASTAR PREVIAMENTE EL ESMALTE CON UNA PIEDRA, PARA PERMITIR LA INTRODUCCION DE LA FRESA.

SECCIONANDO EL DIENTE, SE INTRODUCE UN ELEVADOR RECTO EN EL ESPACIO CREADO POR LA FRESA Y SE IMPRIME AL INSTRUMENTO UN MOVIMIENTO ROTATORIO, CON EL CUAL SE LOGRARA SEPARAR DEFINITIVAMENTE RAIZ Y CORONA, SI AUN QUEDARAN UNIDAS POR ALGUN TROZO DENTARIO, Y DAR A LA CORONA UN CIERTO GRADO DE MOVILIDAD. LUEGO APLICANDO EL ELEVADOR A NIVEL DE LA CUSPIDE DEL CANINO, SE DIRIGE LA CORONA EN DIRECCION DEL APICE, APROVECHANDO EL ESPACIO CREADO POR LA FRESA DE FISURA. CON ESTO SE LOGRA DESCONECTAR LA CUSPIDE DEL RETENIDO DE SU ALOJAMIENTO OSEA Y DE SU CONTACTO CON LOS DIENTES VECINOS.

LA EXTRACCION DE LA CORONA SE LOGRA INTRODUCIENDO UN ELEVADOR ANGULAR, DE HOJA DELGADA, ENTRE LA CARA DEL DIENTE QUE MIRA HACIA LA LINEA MEDIA Y LA ESTRUCTURA OSEA. CON UN MOVIMIENTO DE PALANCA, CON UN PUNTO DE APOYO EN EL BORDE OSEO Y GIRANDO EL MANGO DEL INSTRUMENTO, SE DESCENDE LA CORONA. LAS DIFICULTADES QUE PUEDAN ENCONTRARSE EN ESTA MANIOBRA, RESIDEN EN INSUFICIENTE OSTEOTOMIA, QUE POR ESCASA AMPLITUD DE LA VENTANA OSEA, MENOR QUE EL MAYOR ANCHO DE LA CORONA O CUSPIDE DEL CANINO INTRODUCIDO PROFUNDAMENTE EN EL HUESO O EN CONTACTO CON LOS DIENTES VECINOS. SE VENCEN ESTAS DIFICULTADES, DIRIGIENDO LA CORONA EN DIRECCION APICAL, A EXPENSAS DEL ESPACIO CREADO POR LA FRESA AL DIVIDIR EL DIENTE.

ELIMINADA LA CORONA HAY UN AMPLIO ESPACIO PARA DIRIGIR LA RAIZ HACIA LA CAVIDAD OSEA VECINA. ES MAS SENCILLA Y EXITOSA ESTA MANIOBRA QUE TRATAR LA LUXACION DE LA RAIZ A EXPENSAS DE LA "ELASTICIDAD" DE LA "PORCION" OSEA DEL PALADAR QUE LA CUBRE. ESTA ELASTICIDAD ES CONSIDERADA DE VALOR CERO.

EN OTRAS CONDICIONES ES UTIL PRACTICAR, CON UNA FRESA REDONDA, UN ORIFICIO EN LA BOVEDA OSEA QUE LLEGUE HASTA LA RAIZ. INTRODUCIENDO POR ESTA PERFORACION UN ELEVADOR FINO O UN INSTRUMENTO SOLIDO QUE DIRIGE LA RAIZ HACIA EL ESPACIO VACIO.

EXTRAIDO EL CANINO DEBE INSPECCIONARSE CUIDADOSAMENTE LA CAVIDAD OSEA Y EXTRAER LAS ESQUIRLAS DE HUESO O DE DIENTE QUE PUEDAN QUEDAR Y ELIMINAR EL SACO PERICORONARIO DEL DIENTE RETENIDO, ESTE SE EXTIRPA CON UNA CUCHARILLA FILOSA. LA OMISION DE ESTA MEDIDA PUEDE TRAER TRANSTORNOS INFECCIOSOS Y TUMORALES.

LOS BORDES OSEOS AGUDOS Y PROMINENTES DEBEN SER ALISADOS CON UNA FRESA REDONDA O LIMA PARA HUESO.

LA SUTURA ES UN TIEMPO IMPORTANTE E IMPRESCINDIBLE. EL COLGAJO SE VUELVE A SU SITIO, READAPTANDOLO PERFECTAMENTE, DE MANERA QUE LAS LENGUETAS INTERDENTARIAS OCUPEN SU NORMAL UBICACION.

EN LOS CANINOS UNILATERALES, GENERALMENTE UN PUNTO DE SUTURA ES SUFICIENTE; SE COLOCA A NIVEL DEL ESPACIO. ES NECESARIO DESPRENDER, EN UNA PEQUEÑA EXTENSION, LA FIBROMUCOSA VESTIBULAR PARA PODER PASAR CON COMODIDAD LA AGUJA.

SI PERSISTE EL CANINO TEMPORARIO, LA SUTURA DEL COLGAJO DEBE REALIZARSE CON UNA AGUJA RECTA Y FINA, LA CUAL SE PASA POR EL ESPACIO INTERDENTARIO MAS ANCHO. EL EXTREMO INTERNO DEL HILO SE VUELVE, ATRAVIESA EL PUNTO DE CONTACTO PARA LLEGAR AL TRIANGULO SUBGINGIVAL Y SE ANUDA CON EL EXTREMO EXTERNO DEL HILO.

TERMINADA LA OPERACION, SE COLOCA UN TROZO DE GASA EN LA BOVEDA PALATINA, COMPRIMIENDO Y MANTENIENDO ADOSADA LA FIBROMUCOSA.

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA DOBLE RETENCION DE CANINOS, EN MAXILARES CON DIENTES:

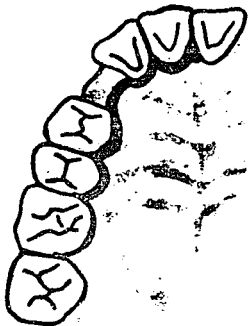
INCISION: LA INCISION QUE CONVIENE, EN CASO DE CANINOS BILATERALES, ES EL DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO PALATINO, SEPARANDO LA FIBROMUCOSA DEL CUELLO DE LOS DIENTES, DESDE DISTAL DEL SEGUNDO PREMOLAR O DEL PRIMER MOLAR [SEGUN LA UBICACION DE LOS APICES DE LOS CANINOS].

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO: CON EL PERIOSTOTOMO Y CON LA MISMA TECNICA SENALADA PARA LA RETENCION UNILATERAL, SE DESPRENDE LA FIBROMUCOSA, EL COLGAJO SE MANTIENE INMOVIL, SUJETANDOLO AL SEGUNDO MOLAR.

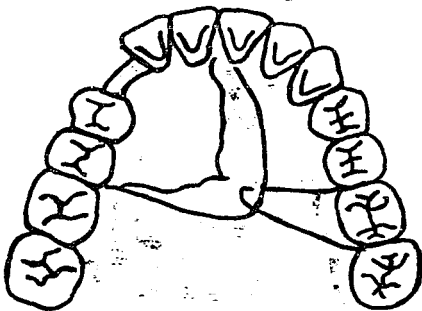
OSTEOTOMIA: ESTA MANIOBRA SE REALIZA COMO EN LA RETENCION UNILATERAL.

SUTURA: SU EMPLEO ES MAS NECESARIO QUE EN LOS CASOS DE RETENCION UNILATERAL. SE PASAN TRES O CUATRO PUNTOS DE SUTURA EN LOS SITIOS MAS ACCESIBLES.

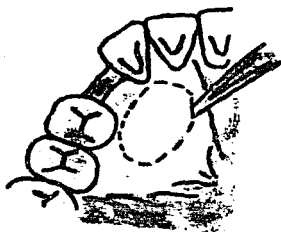
EXTRACCION CANINO RETENIDO EN EL LADO PALATINO



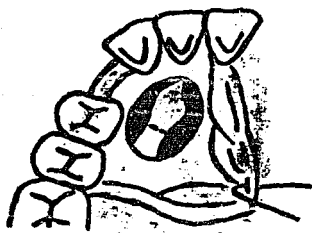
A) INCISION



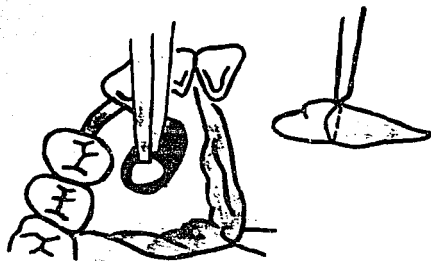
B) DESPRENDIMIENTO DE COLGAJO



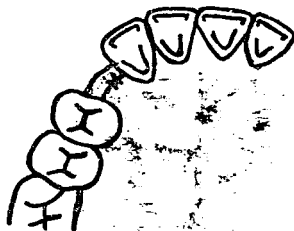
C) OSTEOTOMIA



D) EL COLGAJO SE SOSTIENE CON UN HILO AL MOLAR



E) SECCION DEL DIENTE A NIVEL DE SU CUELLO



F) SUTURA DEL COLGAJO

EXTRACCION DE LOS CANINOS POR LA VIA VESTIBULAR

CANINOS RETENIDOS EN POSICION VESTIBULAR Y CANINOS PALATINOS:

LA VIA VESTIBULAR PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS RETENIDOS EN EL LADO VESTIBULAR Y LOS PALATINOS PROXIMOS A LA ARCADE DENTARIA, CON ESPACIO SUFICIENTE DADO POR DIASTEMAS O DIENTES AUSENTES, ES MAS SENCILLA QUE LA PALATINA. LA ILUMINACION ES MAS FACIL Y EL ACCESO DEL DIENTE RETENIDO ES MAS DIRECTO.

LAS INDICACIONES PARA LA EXTRACCION POR ESTA VIA SON, LOS CANINOS PALATINOS CUYAS CUSPIDES ESTAN COLOCADAS. POR LO MENOS, A NIVEL DEL LATERAL; LA EXTRACCION POR LA VIA VESTIBULAR DE LA CORONA DE LOS QUE ESTAN MUY PROXIMOS A LA LINEA MEDIA, ES MUY DIFICIL POR ESTA VIA; EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS, CUANDO SE HA INICIADO LA INTERVENCION POR LA VIA VESTIBULAR Y NO SE LOGRA LUXAR LA CORONA, PUEDE COMPLETARSE LA INTERVENCION POR LA VIA PALATINA. EL MECANISMO DE LA EXTRACCION SIGUE LOS PRINCIPIOS YA SEÑALADOS PARA LOS DIENTES RETENIDOS EN LA BOVEDA.

ANESTESIA:

LA ANESTESIA DE ELECCION ES LA INFRAORBITARIA; SE COMPLETA CON LA ANESTESIA DEL PALADAR A NIVEL DEL AGUJERO PALATINO ANTERIOR Y UNA ANESTESIA DISTAL A LA ALTURA DEL APICE CANINO.

INCISION:

SE EMPLEA LA INCISION EN ARCO [PARTSCH], O LA INCISION HASTA EL BORDE LIBRE [NEUMANN]. DEBE ESTAR LO SUFICIENTEMENTE ALEJADA DEL SITIO DE IMPLANTACION DEL DIENTE, COMO PARA QUE ESTA NO COINCIDA CON LA BRECHA OSEA, AL REPONER EL COLGAJO EN SU SITIO.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO:

SE SIGUEN LAS NORMAS TRAZADAS PARA LOS OTROS TIPOS DE COLGAJO. ESTE DEBE MANTENERSE LEVANTADO DURANTE EL CURSO DE LA OPERACION CON UN SEPARADOR ROMO QUE NO TRAUMATICE. HAY QUE EVITAR TIRONEAMIENTOS QUE REPERCUTAN SOBRE LA VITALIDAD DEL TEJIDO GINGIVAL.

OSTEOTOMIA:

SE REALIZA A FRESA, LA TABLA EXTERNA NO TIENE LA DUREZA Y SOLIDEZ DE LA BOVEDA PALATINA Y PERMITE LA OSTEOTOMIA MAS FACILMENTE.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA:

LOS CANINOS VESTIBULARES, DESPUES DE ENUCLEADA LA TAPA OSEA, PUEDEN SER EXTRAIDOS ENTEROS, LUXANDOLOS PREVIAMENTE CON ELEVADORES RECTOS QUE SE INSINUAN ENTRE EL DIENTE Y LA PARED OSEA, EN LOS SITIOS MAS SOLIDOS. LUXANDO EL DIENTE SE TOMA CON UNA PINZA RECTA Y SE EXTRAE.

LOS CANINOS PALATINOS QUE SE ENCUENTRAN PROXIMOS A LA ARCADA DENTARIA, Y EN CASO DE AUSENCIA DEL INCISIVO LATERAL, DEL PRIMER PREMOLAR O TAMBIEN DE AMBOS DIENTES, PUEDEN SER INTERVENIDOS POR LA VIA VESTIBULAR, PARA HACER POSIBLE SU EXTRACCION ES NECESARIO SECCIONARLOS.

LA ODONTOSECCION SE REALIZA CON FRESA DE FISURA. EL DIENTE RETENIDO SE CORTA A NIVEL DEL CUELLO.

LA CORONA SE EXTRAE CON UN ELEVADOR RECTO O ANGULAR. EN EL ESPACIO CREADO POR LA CORONA EXTRAIDA SE PROYECTA LA PORCION RADICULAR.

LA RAIZ ES MOVILIZADA EN DIRECCION DE SU EJE MAYOR CON ELEVADORES O SE PRACTICA UN ORIFICIO EN LA RAIZ CON UNA FRESA REDONDA, EN LA CUAL SE INTRODUCE UN INSTRUMENTO DELGADO CON EL QUE SE DESPLAZA.

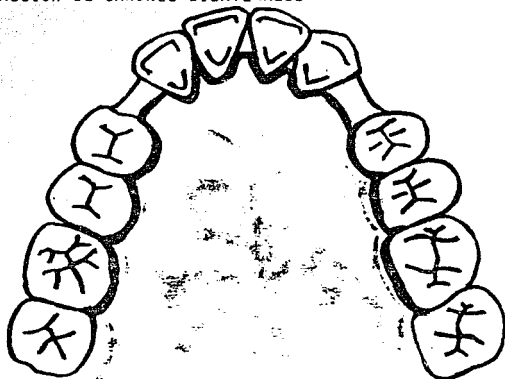
PUEDE SER NECESARIA UNA NUEVA SECCION DE LA PORCION RADICULAR, CUANDO LA RAIZ AL SER DIRIGIDA HACIA ADELANTE TROPIEZA CON EL DIENTE VECINO.

SE INSPECCIONA LA CAVIDA OSEA, SE EXTIRPA EL SACO PERICORONARIO Y LOS RESTOS OSEOS DENTARIOS.

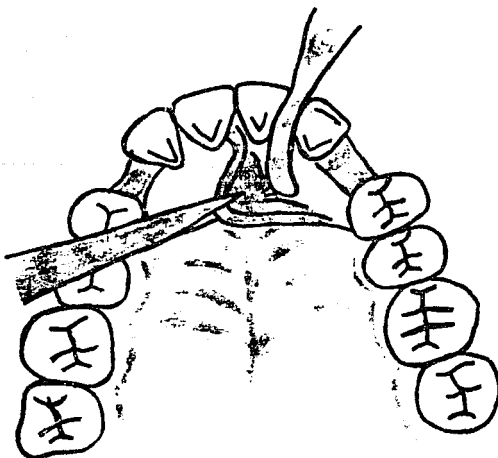
DOS O TRES PUNTOS DE SUTURA CON SEDA O HILO COMPLETAN LA OPERACION, DESPUES DE REPUESTO EL COLGAJO EN SU SITIO.

LOS DISTINTOS TIPOS DE RETENCIONES VESTIBULARES Y PALATINAS PUEDEN OPERARSE SIGUIENDO LAS NORMAS SEÑALADAS CON LAS LIGERAS VARIANTES QUE PRESENTE CADA CASO PARTICULAR.

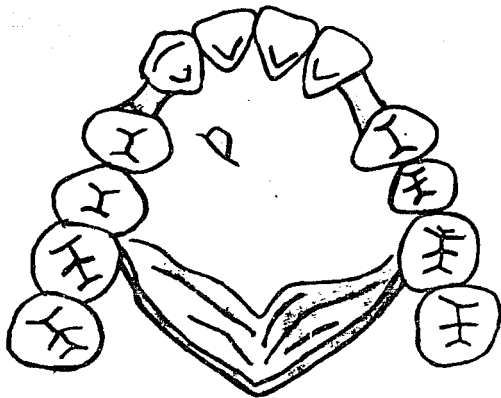
EXTRACCION DE CANINOS BILATERALES



A) INCISION



B) DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO

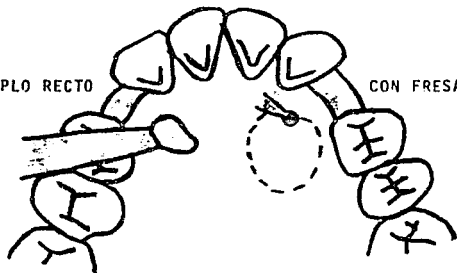


C) DESCENDIDO DEL COLGAJO

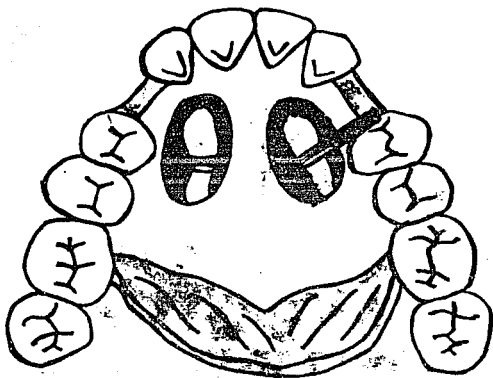


CON ESCOPIO RECTO

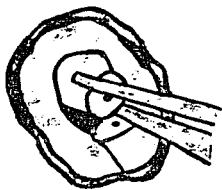
CON FRESA REDONDA



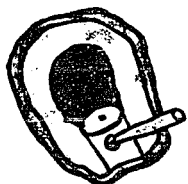
D) OSTEOTOMIA



E) SECCION CON FRESA DE LOS CANINOS



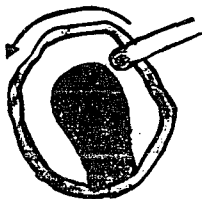
EXTRACCION DE LA CORONA



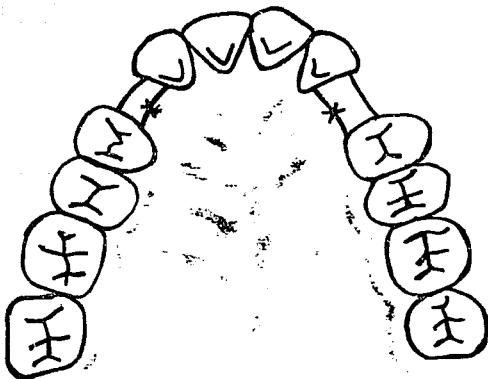
ORIFICIO PARA APOYO



EXTRACCION DE LA RAIZ



REGULARIZACION DE LOS
BORDES CON FRESA



F) SUTURA DEL COLGAJO

EXTRACCION DE LOS CANINOS EN POSICION INTERMEDIA

LOS CANINOS QUE ESTAN EN POSICION INTERMEDIA SUELEN SER MAS FACILES DE EXTRAER QUE LOS QUE ESTAN EN POSICION PURAMENTE LABIAL O PALATINA, PERO A VECES HAY QUE LEVANTAR LA ENCIA EN AMBOS LADOS DE LA APOFISIS ALVEOLAR PARA OBTENER EL ACCESO.

LAS INCISIONES SE DISEÑAN DEACUERDO CON LA LOCALIZACION DEL DIENTE. SI LA CORONA NO ESTA ACUNADA ENTRE EL INCISIVO LATERAL Y EL PRIMER PREMOLAR, A VECES SE PUEDE EXTRAER EL DIENTE CON LA PINZA O CON EL ELEVADOR. LA INCISION DEBE INCLUIR LA ENCIA MARGINAL DE MODO QUE EL TEJIDO NO SE TRAUMATICE AL APLICAR EL INSTRUMENTO. SI EL CANINO ESTA ACUNADO ENTRE LOS DIENTES ADYACENTES, HABRA QUE SECCIONAR LA CORONA RESPECTO A LA RAZA PARA RETIRARLO. CUANDO LA CORONA SE HAYA CUBIERTA POR HUESO, PRIMERO SE LE RETIRA EN EL LADO HACIA EL CUAL APUNTA EL DIENTE. EN OCASIONES TAMBIEN HAY QUE RETIRAR UNA PEQUEÑA CANTIDAD DEL LADO OPUESTO PARA PODER APLICAR LA PINZA O INSERTAR EL ELEVADOR. SI SE HA RETENIDO EL CANINO TEMPORARIO, SU EXTRACCION PERMITIRA LOCALIZAR LA CORONA DEL DIENTE PERMANENTE EN LA CAVIDAD Y FACILITAR SU EXTRACCION ULTERIOR.

EXTRACCION DE LOS CANINOS EN POSICION INUSUAL

PUEDEN ERUPCIONAR CANINOS EN CUALQUIER PARTE DEL MAXILAR SUPERIOR ANTERIOR POR MIGRACION DEL CERVO DENTARIO. EN OCASIONES ESTAN DEBAJO DEL REBORDE INFRAORBITARIO. TAMBIEN PUEDEN OCURRIR POSICIONES DENTARIAS INSOLITAS POR FORMACIONES QUISTICAS. EL QUISTE DEBE ELIMINARSE JUNTO CON EL DIENTE. POR LO GENERAL, EL ESPACIO CREADO POR EL QUISTE FACILITA MUCHO LA EXTRACCION DEL DIENTE.

LA INCISION, ASI COMO EL PROCEDIMIENTO PARA HACER LA EXTRACCION, DEPENDE DEL SITIO DEL DIENTE. COMO POR LO GENERAL PERFORAN EL HUESO O POR LO MENOS PRODUCEN UNA PROTUBERANCIA QUE SE PUEDE IDENTIFICAR UNA VEZ HECHA LA INCISION Y SEPARADO EL TEJIDO BLANDO, ES FACIL EXPONER TALES DIENTES. EN GENERAL BASTA ELIMINAR UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE HUESO ALREDEDOR DE LA CORONA PARA TOMAR EL DIENTE CON LA PINZA Y ENTONCES SE PUEDE EXTRAER SIN MUCHO INCONVENIENTE.

SI EL DIENTE ESTA EN LA PARED NASAL O ANTRAL, PUEDE SER QUE HAYA QUE ABRIR EL SENO MAXILAR. A TRAVES DE LA FOSA CANINA SE TRAZA UNA INCISION QUE LLEGUE HASTA LA ABERTURA PIRIFORME DE LA NARIZ. POR LO GENERAL EL DIENTE SE PUEDE EXPONER ELIMINANDO EL HUESO QUE LO CUBRE. DESPRENDASE LA MEMBRANA NASAL Y SEPARASE PARA EVITAR LA PERFORACION EN LA NARIZ. UNA VEZ EXTRAIDO EL DIENTE, CIERRESE LA INCISION CON PUNTOS SEPARADOS.

EXTRACCION DE LOS CANINOS EN MAXILARES DESDENTADOS

LA VIA DE ELECCION PARA LA EXTRACCION DE LOS CANINOS EN MAXILARES DESDENTADOS, ES LA VESTIBULAR. LA AUSENCIA DE DIENTES FACILITA EL PROBLEMA. PRACTICAMENTE, TODOS LOS CASOS PUEDEN RESOLVERSE POR ESTA VIA, A NO SER LOS COLOCADOS MUY PROFUNDAMENTE, LEJOS DE LA TABLA EXTERNA, Y PROXIMOS A LA BOVEDA. PARA ESTOS ULTIMOS, EL CAMINO MAS CORTO ES LA EXTRACCION POR VIA PALATINA. LAS NORMAS PARA LA EXTRACCION DE ESTOS DIENTES SE AJUSTAN A LAS SEÑALADAS PARA LOS OTROS TIPOS DE CANINOS RETENIDOS.

PARA LA EXTRACCION DE CANINOS RETENIDOS EN LA PROXIMIDAD DE LA ARCADEA, DEBEN PREVERSE LOS RIESGOS DE FRACTURA DE PORCIONES DE LA TABLA VESTIBULAR, LO CUAL ACARREARIA TRANSTORNOS POSTERIORES, DESDE EL PUNTO DE VISTA PROTETICO. ES PREFERIBLE SECCIONAR EL DIENTE, QUE EJERCER PRESIONES PELIGROSAS.

LAZAMIENTO DEL CANINO

LOS CANINOS PERMANENTES SUPERIORES ESTAN CON FRECUENCIA TAN IMPACTADOS QUE NO PUEDEN ERUPCIONAR A MENOS QUE SE LES AYUDE POR MEDIOS TERAPEUTICOS.

UNA MANERA EFICAZ DE HACER POSIBLE EL MOVIMIENTO DE UN CANINO IMPACTADO A SU POSICION APROPIADA EN EL ARCO DENTAL, ES COLOCANDO UN PERNO, TAMBIEN ACTUALMENTE SE UTILIZA CON MEJORES RESULTADOS EL IONOMERO Y LA RESINA FOTOPOLIMERIZABLE.

PRIMERO APLIQUESE ANESTESIA LOCAL O GENERAL DE PREFERENCIA. SI EL CANINO TEMPORAL EXISTE HAY QUE EXTRAERLO. PARA DESCUBRIR LA CORONA DEL CANINO IMPACTADO SE LEVANTA PRIMERAMENTE EL MUCOPERIOSTIO EN UNA AMPLIA AREA DEL PALADAR O VESTIBULAR SOBRE LA REGION DE DICHO DIENTE PARA OBTENER UN CAMPO DE OPERACION DE AMPLIO ACCESO.

DESPUES DE SEPARAR EL HUESO DE SU MUCOPERIOSTIO SE QUITA EL HUESO QUE CUBRE LA CORONA DEL CANINO. SE RETIRA CIERTA CANTIDAD BAJO LA SUPERFICIE DE LA CORONA DEL DIENTE IMPACTADO EVITANDO DAÑAR A LA UNION PERIODONTAL EN EL CUELLO DE DICHO DIENTE IMPACTADO Y SIN CAUSAR DAÑO AL HUESO Y AL TEJIDO BLANDO QUE SOPORTAN LOS DIENTES VECINOS.

ENTONCES SE PRACTICA UN PEQUEÑO ORIFICIO QUE SE EXTIENDA MAS ALLA DE LA UNION DEL ESMALTE AL DIENTE DENTRO DE LA DENTINA. DESPUES SE COLOCA CEMENTO DE PEGAR CORONAS PARA DAR AGARRE AL ORIFICIO DEL DIENTE Y AL VASTAGO DEL PERNO SE EMPLEA UNA TERRAJA Y UN PUNZON. SE ATORNILLA EL PERNO EN EL AGUJERO. PROCURESE QUE EL PERNO SEA TAN CORTO QUE LA ANILLA TOQUE LA SUPERFICIE DEL DIENTE.

CUANDO EL CEMENTO A FRAGUADO Y SE HA QUITADO EL EXCESO DEL MISMO SE PASA EL EXTREMO DE UN ALAMBRE DE LIGADURA DE ACERO REDONDO DE UN DIAMETRO DE 2.54 MM [0.01"], EN TODA SU LONGITUD A TRAVES DE LA ANILLA. SE CORTA LA HEBRA DE SEDA QUE MANTIENE UNIDO EL COLGAJO PALATAL AL MOLAR. DESPUES SE COLOCA ESTE COLGAJO EN SU POSICION NORMAL. ESTO SE HACE CON EL OBJETO DE HALLAR LA POSICION CORRECTA SOBRE EL COLGAJO, PARA HACER UN AGUJERO CON UN ESCALPELO AGUZADO A TRAVES DEL CUAL PASEN LOS DOS EXTREMOS DEL ALAMBRE DE LIGADURA QUE ESTA ENHEBRADO EN EL ANILLO DEL DIENTE.

SE ENHEBRA SIMULTANEAMENTE LOS DOS EXTREMOS DEL ALAMBRE DE LIGADURA A TRAVES DEL AGUJERO ABIERTO EN EL COLGAJO. ES, DESDE LUEGO, NECESARIO PASAR EL ALAMBRE DE LIGADURA POR EL AGUJERO DE LA ANILLA DEL CANINO Y DESPUES POR EL AGUJERO DEL COLGAJO, ANTES DE QUE ESTE SEA LLEVADO A SU SITIO Y SUTURADO EN POSICION.

SEGUIDAMENTE, DESPUES QUE LA LIGADURA SE HA PASADO A TRAVES DEL AGUJERO DEL COLGAJO, SE ASEGURA ESTE EN SU POSICION EN EL PALADAR. TAMBIEN SE SUTURAN CUIDADOSAMENTE LOS BORDES EN LAS POSICIONES ALREDEDOR DE LOS DOS LADOS PALATALES DE LOS CUELLOS DE LOS DIENTES, PASANDO LAS SUTURAS DE SEDA POR LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES Y LIGANDOLOS EN LAS SUPERFICIES LABIALES Y BUCALES DE LOS DIENTES.

DE ESTA FORMA, EL ALAMBRE DE LIGADURA QUEDA LISTO PARA SU EMPLEO EN LA TRACCION DEL CANINO IMPACTADO.

ACTUALMENTE ESTA TECNICA USADA CON EL TONILLO YA NO ES EMPLEADA POR EL RIESGO QUE SE CORRE DE LLEGAR A LESIONAR LA CAMARA PULPAR POR ESO ACTUALMENTE COMO YA MENCIONAMOS ES MAS RECOMENDABLE EMPLEAR EL IONOMERO O LA RESINA FOTOPOLIMERIZABLE.

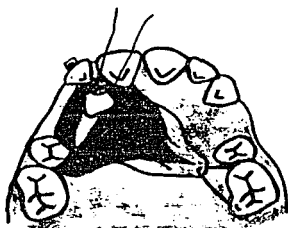
YA LOCALIZADO EL DIENTE SE COHIBE LA HEMORRAGIA Y SE PROCEDE A GRABAR EL ESMALTE, DESPUES DE VERIFICAR QUE SE HALLA GRABADO ADECUADAMENTE SE LAVA Y SE COLOCA LA RESINA LIQUIDA POSTERIORMENTE SE COLOCA UN BRACKET DIRECTO CON AYUDA DE LA RESINA Y SE PROCEDE A FOTOPOLIMERIZARLA Y SE ENCONTRARA EN CONDICIONES ADECUADAS PARA LA TRACCION.



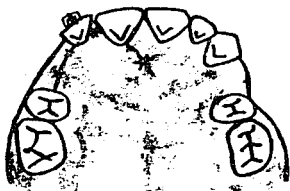
- A) CANINO SUPERIOR IMPACTADO
B) FRESA REDONDA Nº 1 DE CARBURO



- C) PIEZA DE MANO UTILIZADA PARA HACER EL CONDUCTO
D) ALAMBRE DE LIGADURA DE 0.25 MM CLAVIJA AUTORROSCANTE TMS (PINS)



EL MUCO PERIOSTEO PALATAL SE SEPARA ALREDEDOR DE LOS CUELLOS DE LOS INCISIVOS CENTRALES, LATERALES Y DEL SEGUNDO PREMOLAR DESPUES SE SEPARA DEL HUESO PALATAL. EL COLGAJO SE LIGA CON HILO AL PRIMER MOLAR PERMANENTE DEL LADO OPUESTO, EN ESTA -- OPERACION DEL TEJIDO BLANDO SE SEPARA DE LOS CUELLOS DE LOS DIENTES, EL PERNO SE HA SEMENTADO EN EL ORIFICIO ABIERTO EN EL CANINO, EL ALAMBRE DE LIGADURA SE PASA A TRAVES DEL ORIFICIO DEL PERNO.



CON EL COLGAJO SUTURADO DETRAS EN SU POSICION, EL ALAMBRE - DE LIGADURA QUE SE EXTIENDE DESDE EL PERNO SITUADO EN EL CANINO IMPACTADO SE PASA POR EL INCISIVO LATERAL PARA EMPLEARLO EN MOVER EL CANINO HACIA ABAJO.

CAPITULO VII

COMPLICACIONES:

- 1.-FRACTURA DE LOS DIENTES ADYACENTES:
ESTE TIPO DE ACCIDENTE RESULTA AL EJERCER DEMASIADA PRESION CON EL INSTRUMENTAL, AL MOMENTO DE EFECTUAR LA EXTRACCION
- 2.-FRACTURA DEL INSTRUMENTAL
GENERALMENTE SE DEBE A QUE FUERON UTILIZADOS CON FUERZA DESMEDIDA
- 3.-FRACTURA DE PAREDES ALVEOLARES.
ACCIDENTE OCASIONADO POR DEMASIADA PRESION HACIA LAS PAREDES.
- 4.-FRACTURA DEL APICE
SE PRODUCE CUANDO EL APICE SE ENCUENTRA DILACERADO.
- 5.-PENETRACION EN EL SENO MAXILAR
OCASIONADO CUANDO EL CANINO SE ENCUENTRA MUY PROFUNDO, O POR NO TOMAR LOS INSTRUMENTOS CON LA DEBIDA PRECAUCION AL EJERCER FUERZA.
- 6.-LESION A PARTES BLANDAS
ES FRECUENTE DURANTE LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS LA PRESENCIA DE LESIONES EN LA COMISURA DE LOS LABIOS Y TRAUMATISMO EN ALGUNA PARTE DE LOS LABIOS POR APOYO INADECUADO.
- 7.-HEMORRAGIA
PUEDE PROVOCARSE EN CUANDO EL TRATAMIENTO ES EFECTUADO BAJO ANESTESIA GENERAL SIN APLICAR ANESTESICO LOCAL. TAMBIEN SE PRODUCE CON MAYOR RIESGO CUANDO EL PACIENTE PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD SISTEMICA, COMO TRASTORNOS HEMATOLOGICOS, ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA O POR INGERIR DROGAS ANTICUAGULANTES, Y NO LO MENCIONA DURANTE LA HISTORIA CLINICA.

CAPITULO VIII

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

DEBE SER PROPORCIONADA AL PACIENTE QUE HA SIDO INTERVENIDO LOS CUIDADOS QUE DEBERA TENER YA QUE LA CAVIDAD BUCAL ES UNA ZONA ASEPTICA, POR CONSIGUIENTE, LAS HERIDAS INTRABUCALES ESTAN EXPUESTAS A CONTRAER ALGUN TIPO DE AFECCION.

PROCEDIMIENTOS UTILES POSTQUIRURGICOS

A) ES NECESARIO CUIDAR QUE NO SE FORME UN HEMATOMA BAJO EL COLGAJO, YA QUE SE RETARDARA LA CICATRIZACION, PROPICIANDO UN SITIO FAVORABLE PARA LA INFECCION O BIEN REABSORVERSE, ORGANIZARSE O CALCIFICARSE, PRODUCIENDOSE UNA PROTUBERANCIA MOLESTA.

B) PARA EVITAR O REDUCIR UNA POSIBLE INFLAMACION, ES RECOMENDABLE QUE EL PACIENTE SE COLOQUE COMPRESAS FRIAS SOBRE LA CARA, DEL LADO EN QUE SE HAYA EFECTUADO LA EXTRACCION QUIRURGICA. LA TECNICA A SEGUIR ES DURANTE LAS 4 HORAS SIGUIENTES A LA CIRUGIA DURANTE 20 MIN. Y SEPARARLA DURANTE 10 MIN. EN FORMA ALTERNA; LE PROPORCIONA AL PACIENTE BIENESTAR Y CONTRARRESTA LA INFLAMACION.

C) DURANTE LAS PRIMERAS 12 HORAS, SE LE PIDE AL PACIENTE QUE NO ESCUPA, NI SE ENJUAGUE LA BOCA, PARA EVITAR UN SANGRADO PERMANENTE ORIGINANDO COMPLICACIONES GRAVES.

D) DESPUES DE LA INTERVENCION, EL PACIENTE DEBE DORMIR SOBRE DOS ALMOHADAS, ESTO ES CON EL FIN DE QUE LAS SECRECIONES INTRABUCALES LAS PUEDA DEGLUTIR CON FACILIDAD

E) EN EL CASO DE QUE EL PACIENTE INGIERA SANGRE, LE PRODUCIRIA NAUSEAS Y VOMITO, EN ESTE CASO SE RECOMIENDA UN POCO DE BEBIDA CARBONATADA.

F) LA DIETA ES UN FACTOR MUY IMPORTANTE QUE DEBE SEGUIR EL PACIENTE. SE DEBE EFECTUAR UNA INGESTION ADECUADA DE ALIMENTOS SUAVES Y LIQUIDOS.

G) AUNQUE LOS EFECTOS DEBILITANTES DE LA CIRUGIA BUCAL SON MENORES, EL PACIENTE SE DEBE RECUPERAR POR MEDIO DE DESCANSO DESPUES DE LA OPERACION.

H) UNA MEDICACION POSTOPERATORIA ES IMPORTANTE, PARA EVITAR PROBLEMAS FUTUROS, LOS MEDICAMENTOS MAS EMPLEADOS SON LOS ANALGESICOS Y LOS ANTIBIOTICOS.

I) LA INFLAMACION Y EL TRISMO ES VARIABLE E INESPERADO, SE PRESENTA DESPUES DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A LA OPERACION.

EL TRISMO SE LE ATRIBUYE AL TRAUMATISMO ASOCIADO CON LA CIRUGIA Y EL USO DE INSTRUMENTAL. SI EL ENFERMO PRESENTA SINTOMAS DE FIEBRE, PUEDE SER CAUSADO POR UN CIERTO GRADO DE DESHIDRATACION, EN CASO DE QUE ESTA AUMENTE O NO CEDA DESPUES DE 48 HORAS, SE CONSIDERA LA POSIBILIDAD DE UNA INFECCION Y DEBERA ADMINISTRARSE ANTIBIOTICO ESPECIFICO.

J) POR ULTIMO, SE DEBE VALORAR EL PROCESO DE CURACION O ALGUNA OTRA RESPUESTA, DESPUES DE 4 O 5 DIAS SIGUIENTES A LA OPERACION.

CASO CLINICO # 1

PACIENTE: LIDIA MARTINEZ
EDAD: 28 AÑOS

EL PACIENTE SE PRESENTO A LA CLINICA POR PRESENCIA DEL CANINO SUPERIOR PRIMARIO PERSISTENTE CON CARIES DE SEGUNDO GRADO ASI COMO LIGERO ABULTAMIENTO EN VESTIBULAR ENTRE EL LATERAL Y EL PRIMER PREMOLAR.

SE LE REALIZARON RADIOGRAFIAS PERIAPICAL Y OCLUSAL, SE OBSERVO RETENCION DEL CANINO SUPERIOR IZQUIERDO Y SE LE MANDARON A REALIZAR ESTUDIOS DE LABORATORIO LOS CUALES MOSTRARON QUE NO EXISTE NINGUNA ALTERACION.

EN LA SIGUIENTE CITA SE LE REALIZO LA EXTRACCION DEL CANINO TEMPORAL Y A SU VEZ EL LAZAMIENTO DEL CANINO PERMANENTE PARA HACER SU TRACCION A LA OCLUSION NORMAL.

EL PACIENTE COOPERO Y RESPONDIÓ FAVORABLEMENTE AL TRATAMIENTO REALIZADO.

CUESTIONARIO DE SALUD

Fecha: 24 NOV 90
 Apellido y nombre: Lidia Martinez Domicilio: Cuatro Cameros
#40 Casas de la Houston Calle y número
 Ciudad: ES Estado: E Código Postal: M Teléfono privado y comercial: SB
 Edad: 28 Sexo: F Talla: M Peso: 58 Ocupación: Maestro
 Estado civil: casada Nombre del cónyuge: Osvaldo Hernandez
 Pariente más cercano: Osvaldo Hernandez Teléfono: _____
 Si usted llena este formulario para otra persona, ¿qué parentesco tiene con ella? _____

En las siguientes preguntas, rodee con un círculo SI o NO, según corresponda. Sus respuestas son sólo para nuestros registros y se considerarán confidenciales.

1. ¿Ha habido algún cambio en su estado de salud en el último año? SI NO
2. Mi último examen médico se hizo el _____
 3. ¿Se halla bajo atención médica en la actualidad? SI NO
- a. En ese caso, ¿de qué enfermedad se está tratando? _____
 4. El nombre y domicilio de mi médico es: _____
5. ¿Ha tenido alguna vez una enfermedad u operación grave? SI NO
- a. En ese caso, ¿en qué consistió la enfermedad u operación? _____
6. ¿Alguna vez fue hospitalizado o padeció alguna enfermedad grave en los cinco últimos años? SI NO
- a. En ese caso, ¿en qué consistió el problema? _____
7. ¿Padeció alguna vez algunas de las siguientes enfermedades o trastornos:
- a. Fiebre reumática o reumatismo cardíaco SI NO
- b. Lesiones cardíacas congénitas SI NO
- c. Enfermedad cardiovascular (trastorno cardíaco, ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, alta presión sanguínea, arteriosclerosis, etcétera) SI NO
- 1) ¿Siente dolor en el pecho al hacer ejercicio? SI NO
- 2) ¿Alguna vez le falta el aire al hacer un ejercicio leve? SI NO
- 3) ¿Se le hinchan los tobillos? SI NO
- 4) ¿Le falta el aire cuando se acuesta o necesita varias almohadas para dormir? SI NO
- d. Alergia SI NO
- e. Sinusitis SI NO
- f. Asma o fiebre del heno SI NO
- g. Urticarias o erupciones cutáneas SI NO
- h. Desmayos pasajeros o prolongados SI NO
- i. Diabetes SI NO
- 1) ¿Tiene que orinar más de seis veces al día? SI NO
- 2) ¿Siente sed casi siempre? SI NO
- 3) ¿Siente la boca seca con frecuencia? SI NO
- j. Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática SI NO
- k. Artritis SI NO
- l. Reumatismo inflamatorio (articulaciones dolorosas e hinchadas) SI NO
- m. Úlcera de estómago SI NO
- n. Trastornos renales SI NO
- o. Tuberculosis SI NO
- p. ¿Tiene tos persistente o expectora sangre? SI NO
- q. Baja presión sanguínea SI NO
- r. Enfermedades venéreas SI NO
- e. Otras _____

8. ¿Alguna vez tuvo una hemorragia anormal por extracciones, operaciones o traumatismos? SI NO
- a. ¿Se le forman moretones con facilidad? SI
- b. ¿Alguna vez necesitó transfusiones de sangre? SI

En ese caso, explique las circunstancias: _____

9. ¿Ha sufrido algún trastorno de la sangre, como anemia? SI NO
10. ¿Fue operado o estuvo en tratamiento con rayos X por un tumor o alguna otra enfermedad de la boca o los labios? SI
11. ¿Toma alguna droga o medicamento? SI

En ese caso, ¿cuál? _____

12. ¿Está tomando cualquiera de los siguientes medicamentos? :
- a. Antibióticos o sulfamidas SI
- b. Anticoagulantes (fluidificantes de la sangre) SI
- c. Medicamentos para la presión sanguínea elevada SI
- d. Cortisona (corticosteroides) SI
- e. Tranquilizantes SI
- f. Antihistamínicos SI
- g. Aspirina SI
- h. Inulina, tobutamida (Orinasa) o drogas similares SI
- i. Digital o drogas para los trastornos cardíacos SI
- j. Nitroglicerina SI

k. Otras: _____

13. ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción adversa a lo siguiente? :
- a. Anestésicos locales SI
- b. Penicilina u otros antibióticos SI
- c. Sulfamidas SI
- d. Barbitúricos, sedantes o píldoras para dormir SI
- e. Aspirina SI
- f. Yodo SI

g. Otros: _____

14. ¿Alguna vez tuvo algún problema grave en relación con un tratamiento dental anterior?

En ese caso, descríballo: _____

15. ¿Padece usted alguna enfermedad, estado o problema que no figura arriba y que usted crea que yo debería conocer? SI NO

En ese caso, rogámonos explicar: _____

16. ¿Trabaja usted en algún lugar que lo expone con regularidad a rayos X o a alguna otra radiación ionizante? SI
17. ¿Usa lentes de contacto? SI
- PARA MUJERES
18. ¿Está embarazada? SI NO
19. ¿Tiene problemas en relación con su período menstrual? SI NO

Observaciones: _____

Lidia Martínez
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ODONTÓLOGO



CENTRAL DE DIAGNOSTICO

Dr. Alejandro Lizondo L.

Dr. _____
 Fecha 28 de nov. de 1990
 Resultado de los Exámenes Realizados a:
 SRA. ELISA RAFAEL GONZALEZ
 Cta. NAUCALPAN

BIOMETRIA HEMATICA

Hemoglobina 13.6 g %
 Hematocrito 44.0 ml %
 Eritrocitos 4 800 000 por m.m.c.
 Concent. media de hemogl. globular 31 %
 Hemoglobina globular media 29 micromicrogramos
 Volumen globular medio 89 micras cúbicas
 Sedimentación globular (Westrobt)
 Cifra encontrada a la hora: _____ mm.
 Cifra corregida para la anemia por el hematocrito _____ mm.
 Reticulocitos: _____
 Examen citoscópico del eritrocito:
S. D. P.

SEROLOGIA

Antiestreptolisinas _____ U. Todd
 Proteína C. Reactiva _____
 Factor Reumatoide _____
 R.P.P. _____
 V.D.R.L. _____
FEBRILES
 Tífico O _____
 Tífico H _____
 Paratífico A _____
 Paratífico B _____
 Brucella Abortus _____
 Proteus OX-19 _____

SERIE LEUCOCITARIA

Leucocitos 7 050 por mmc.
 Fórmula:
 Leucocitaria:
 Linfocitos: 40 %
 Monocitos: 0 %
 Neutrófilos: 60 %
 Eosinófilos: 0 %
 Basófilos: 0 %
 Variedades de neutrófilos (Schilling)
 Mielocitos: 0 %
 Juveniles: 0 %
 Bandas: 0 %
 Segmentados: 60 %
 Examen citoscópico del Leucocito:
S. D. P.

QUÍMICA SANGUÍNEA

Glucosa _____ mg%. %
 N. de Urea _____ mg%. %
 Urea total _____ mg%. %
 Creatinina _____ mg%. %
 Ac. Uriaco _____ mg%. %
 Óxido nítrico _____ mg%. %
 Esteres _____ mg%. %
 Lipasa _____ U.
 Amilasa _____ U.
 Proteínas Totales _____ ga. %
 Albuminas _____ ga. %
 Globulinas _____ ga. %
 Relación T/G _____
 Bilirrubina Directa _____ mg%. %
 Bilirrubina Indirecta _____ mg%. %
 Bilirrubina Total _____ mg%. %
 Fosfatasa Alcalina _____
 Fosfatasa Ácida _____
 Fosfopén Prostatica _____
 Calcio _____ mg. %
 Fósforo _____ mg. %
 T.G.O. _____ U.
 T.G.P. _____ U.
 D.L.H. _____ U.
 C.P.R. _____ U.
 Triacéridos _____
 Ácidos Totales _____
 Sódicos Totales _____ m Eq
 Potasio _____ m Eq
 Cloro _____ m Eq
 CO₂ _____ m Eq

PRUEBAS DE COAGULACIÓN

Tiempo de Sangrado 30" de 1 a 6
 Tiempo de Coagulación 30" hasta 12
 Tiempo Protombina _____ segundos
 Control _____ segundos
 Problema _____
 Concentración _____
 Tiempo de Tromboplastina Parcial _____ segundos
 Cuenta de Plaquetas _____
 Torniquete _____
 Interpretación _____

Coombs Directo

Coombs Indirecto _____
 Grupo Sanguíneo _____
 Factor Rh _____
 Eosinófilos _____
 Células L.E. _____

DIAGNOSTICO DE EMBARAZO

EXAMEN GENERAL DE ORINA

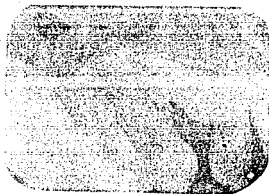
PH _____ Densidad _____
 Albumina _____
 Glucosa _____
 Hemoglobina _____
 Bilirrubina _____
 Acetona _____
 Leucocitos _____
 Eritrocitos _____
 Cilindros _____
 Cristales _____

PARASITOLOGIA

1a. _____
 2a. _____
 3a. _____

ATENTAMENTE

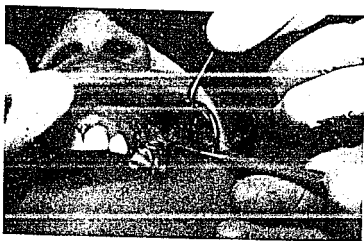
DR. ALEJANDRO LIZONDO L.



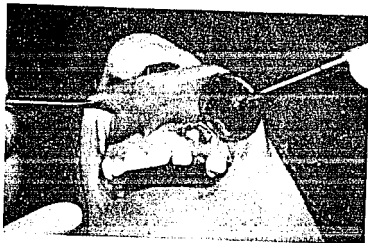
RADIOGRAFIA



INCISION



OSTEOTOMIA



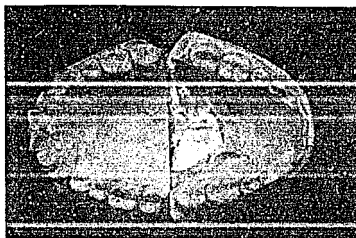
LOCALIZACION DEL CANINO



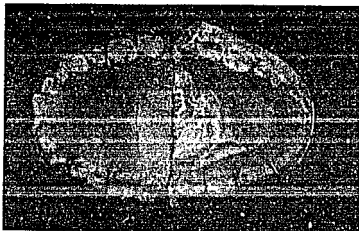
COLOCACION DEL BRACKET



BRACKET COLOCADO



MODELOS DE TRABAJO



PLACAS QUE SE USARON PARA EFECTUAR LA TRACCION

CASO CLINICO # 2

PACIENTE: JUAN LUIS MORENO

EDAD: 17 AÑOS

ESTE PACIENTE SE PRESENTO CON DIASTEMAS ENTRE EL CENTRAL Y EL LATERAL, ASI COMO ENTRE EL LATERAL Y EL PRIMER PREMOLAR SIN NINGUNA SINTOMATOLOGIA, SE LE DIAGNOSTICO DESPUES DE HABER REALIZADO LA HISTORIA CLINICA Y SUS CORRESPONDIENTES RADIOGRAFIAS, RETENCION DEL CANINO SUPERIOR DERECHO.

A ESTE PACIENTE SE LE TUVO QUE REALIZAR LA EXTRACCION YA QUE PRESENTABA UNA LESION QUISTICA PROVOCADA POR EL SACO FOLICULAR ADEMAS DE ESTAR EN POSICION INUSUAL.

EL PACIENTE SE PRESENTO A SUS CITAS POSTERIORES SIN PRESENTAR COMPLICACIONES, POSTERIORMENTE SE LE REALIZO UNA PROTESIS REMOVIBLE DESPUES DE HABER ABIERTO EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.

CUESTIONARIO DE SALUD

Apellido y nombre LIAN LUIS MORENO Fecha 4 FEB 91
 Domicilio CERRADA JUAN DOMINGO # 4
ATIZAPAN DE ZARAGOZA Co. IMAES DE GUADALUPE Calle y número
 Ciudad Estado Código Postal Teléfono privado y comercial
 Edad 17 Sexo M Talla M Peso 68 Ocupación ESTUDIANTE
 Estado civil SOLTERO Nombre del cónyuge
 Período más cercano MARZARITA JASSO Teléfono -
 Si usted tiene este formulario para otra persona, ¿cual parentesco tiene con ella?

En las siguientes preguntas, rodee con un círculo SI o NO, según corresponda. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se considerarán confidenciales.

1. ¿Ha habido algún cambio en su estado de salud en el último año? SI NO
2. Mi último examen médico se hizo el
3. ¿Se halla bajo atención médica en la actualidad? SI NO
 - a. En ese caso, ¿de qué enfermedad se está tratando?
4. El nombre y domicilio de mi médico es:
5. ¿Ha tenido alguna vez una enfermedad u operación grave? SI NO
 - a. En ese caso, ¿en qué consistió la enfermedad u operación?
6. ¿Alguna vez fue hospitalizado o padeció alguna enfermedad grave en los cinco últimos años? SI NO
 - a. En ese caso, ¿en qué consistió el problema?
7. ¿Padece alguna vez algunas de las siguientes enfermedades o trastornos:

a. Fiebre reumática o reumatismo cardiaco	SI	<input checked="" type="radio"/>
b. Lesiones cardiacas congénitas	SI	<input checked="" type="radio"/>
c. Enfermedad cardiovascular (trastorno cardiaco, ataque cardiaco, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, alta presión sanguínea, arteriosclerosis, ataque)	SI	<input checked="" type="radio"/>
1) ¿Siente dolor en el pecho al hacer ejercicio?	SI	<input checked="" type="radio"/>
2) ¿Alguna vez le falta el aire al hacer un ejercicio leve?	SI	<input checked="" type="radio"/>
3) ¿Se le hinchan los tobillos?	SI	<input checked="" type="radio"/>
4) ¿Le falta el aire cuando se acuesta o necesita varias almohadas para dormir?	SI	<input checked="" type="radio"/>
d. Alergia	SI	<input checked="" type="radio"/>
e. Sinusitis	SI	<input checked="" type="radio"/>
f. Asma o fiebre del heno	SI	<input checked="" type="radio"/>
g. Úlcera o erosiones gástricas	SI	<input checked="" type="radio"/>
h. Desmayos pasajeros o prolongados	SI	<input checked="" type="radio"/>
i. Diabetes	SI	<input checked="" type="radio"/>
1) ¿tiene que orinar más de seis veces al día?	SI	<input checked="" type="radio"/>
2) ¿Siente sed casi siempre?	SI	<input checked="" type="radio"/>
3) ¿Siente la boca seca con frecuencia?	SI	<input checked="" type="radio"/>
j. Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	SI	<input checked="" type="radio"/>
k. Artritis	SI	<input checked="" type="radio"/>
l. Reumatismo inflamatorio (articulaciones dolorosas e hinchadas)	SI	<input checked="" type="radio"/>
m. Úlcera de estómago	SI	<input checked="" type="radio"/>
n. Trastornos renales	SI	<input checked="" type="radio"/>
o. Tuberculosis	SI	<input checked="" type="radio"/>
p. ¿Tiene sus períodos o expectora sangre?	SI	<input checked="" type="radio"/>
q. Baja presión sanguínea	SI	<input checked="" type="radio"/>
r. Enfermedades venéreas	SI	<input checked="" type="radio"/>
s. Otras	SI	<input checked="" type="radio"/>

8. ¿Alguna vez tuvo una hemorragia anormal por extracciones, operaciones o traumatismos? SI NO
 a. ¿Se le forman moretones con facilidad? SI NO
 b. ¿Alguna vez necesitó transfusiones de sangre? SI NO

En ese caso, explique las circunstancias: _____

9. ¿Ha sufrido algún trastorno de la sangre, como anemia? SI NO
 10. ¿Fue operado o estuvo en tratamiento con rayos X por un tumor o alguna otra enfermedad de la boca o los labios? SI NO
 11. ¿Toma alguna droga o medicamento? SI NO

En ese caso, ¿cuál? _____

12. ¿Está tomando cualquiera de los siguientes medicamentos?:
- | | |
|---|--|
| a. Antibióticos o sulfamidas | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Anticoagulantes (fluidificantes de la sangre) | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Medicamentos para la presión sanguínea elevada | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. Cortisona (corticosteroides) | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Tranquilizantes | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| f. Antihistamínicos | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| g. Aspirina | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| h. Insulina, tolbutamida (Orinase) o drogas similares | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| i. Digital o drogas para los trastornos cardíacos | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| j. Nitroglicerina | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |

k. Otros _____

13. ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción adversa a lo siguiente?:
- | | |
|--|--|
| a. Anestésicos locales | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Penicilina u otros antibióticos | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Sulfamidas | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. Barbitúricos, sedantes o píldoras para dormir | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Aspirina | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| f. Yodo | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |

g. Otros _____

14. ¿Alguna vez tuvo algún problema grave en relación con un tratamiento dental anterior? SI NO

En ese caso, describalo _____

15. ¿Padece usted alguna enfermedad, estado o problema que no figura arriba y que usted cree que ya debería conocer? SI NO


En ese caso, rogamos explicar _____


16. ¿Trabaja usted en algún lugar que lo expone con regularidad a rayos X o a alguna otra radiación ionizante? SI NO
 17. ¿Usa lentes de contacto? SI NO

PARA MUJERES

18. ¿Está embarazada? SI NO
 19. ¿Tiene problemas en relación con su período menstrual? SI NO



Observaciones: _____

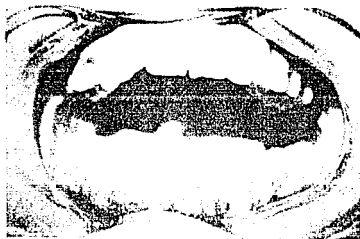

 FIRMA DEL PACIENTE


 FIRMA DEL DENTISTA LOGO

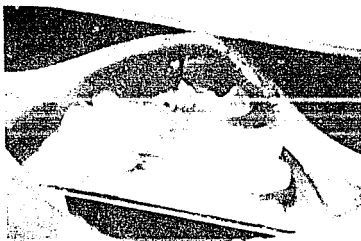
LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO

4108

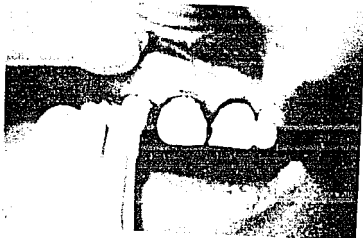
 DIF COMITE MUNICIPAL EN TLALNEAPANTLA DE BAZ	Próxima Consulta DIA MES AÑO		Presentarse a Laboratorio DIA MES AÑO			NOMBRE PACIENTE JUAN LUIS MORENO.
	Día Médico Presuntivo					NOMBRE DEL MEDICO
	HEMATOLOGIA QUIMICA CLINICA GENERAL DE ORINA PARASITOLOGIA OTROS ESTUDIOS					
Formule Formula ROJA BLANCA RUTINA 5,500,000	Glucosa 79.6 mg/100g Tol. a glucosa 60'	pH 6.0 Densidad 1.025 Color YOGEL II	Plasmodic Coproparasitoscópico	SEDIMENTO: ABUNDANTES CELULAS EPITELIALES. ESCASAS BACTERIAS. ESCASOS URATOS ANORFOS. CILINDROS NEGATIVOS.		
Hemoglobina 4.5g/dl Hematocrito 48% C.M.H.G. 31%	120' 160' Urea	Albumina -- Glucosa -- Acetona --	Raspado Anal			
Leucocitos 8,000 Linfocitos 32 Monocitos 2 Eosinofilos 0 Basofilos 0	Creatinina Ac. Úrico Colesterol Relación A-G B. Dir. B. Ind.	Bilirrubina -- Urobilinogeno -- Hemoglobina -- Nitritos -- Sedimentos	BACTERIOLOGIA Exudado Jretal Exudado Faringeo			
Segmentados 66 En Banda 0 Sedimentación 5mm	GOT GPT F. Alcalina	AP. LIG. TURBIO INMUNOLOGIA Factor Reumatoide	Exudado Vaginal			
Plaquetas T.P. T.P.T. Grupo Sanguineo Factor Rh Anomalías	F. Ácida Amilasa	A.E.L. Prot. C. Reactiva V.D.R.L. P. Embarazo Reac. Febriles Antiestreptolisinas	Urocultivo BAAR Cultivo			
MODERADA HIPOCROMIA						
C.: GLUCOSA 70-110mg/100ml						
Q.B.F. CATALI A CORNEJO CED. PROF. 493478				 RESPONSABLE		
REALIZO EXAMEN				11	11	91
				DIA	MES	AÑO



VISTĂ ANTERIOR



VISTA PALATINA



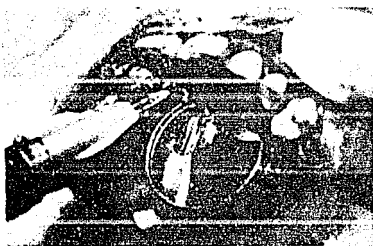
INCISION



LEVANTAMIENTO DE COLGAJO



DESCENDIDO DE COLGAJO



OSTEOTOMIA

CASO CLINICO # 3
PACIENTE: DANIELA CIEL
EDAD: 20 AÑOS

LA PACIENTE PRESENTABA RETENCION UNILATERAL EN POSICION PALATINA CLASE II DESPUES DE PRESENTARNOS SUS RESPECTIVOS EXAMENES DE LABORATORIO SE OPTO POR LA EXTRACCION YA QUE NO PRESENTABA ESPACIO Y POR SU COLOCACION MUY PROFUNDA NO ERA RECOMENDABLE SU TRACCION.

SE LE EXTRAJO SIN NINGUN ACCIDENTE TRANSOPERATORIO Y CON UN POSTOPERATORIO FAVORABLE.

LAMENTABLEMENTE NO SE PRESENTAN FOTOGRAFIAS DE ESTE CASO YA QUE SE PRESENTARON PROBLEMAS CON LA CAMARA FOTOGRAFICA.

CUESTIONARIO DE SALUD

Fecha 8 Agosto 1991
 Apellido y nombres David Qui Domicilio Calle Nagat No. 127 MF 10
Navalpan Col. Loma Colorado 1ª vec. -
 Calle y número
 Ciudad Colima Estado Colima Código Postal 26000 Teléfono privado y comercial
 Edad 20 Sexo F Talla 1.60 Peso 60 kg Ocupación Estudiante
 Estado civil Soltera Nombre del cónyuge
 Parentesco más cercano Padre En Villalobos Teléfono -
 Si usted tiene este formulario para otra persona, ¿cual parentesco tiene con ella?

En las siguientes preguntas, rodee con un círculo SI o NO, según corresponda. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se considerarán confidenciales.

1. ¿Ha habido algún cambio en su estado de salud en el último año? SI NO
2. Mi último examen médico se hizo el Febrero 1990
 ¿Se halla bajo atención médica en la actualidad? SI NO
 a. En ese caso, ¿de qué enfermedad se está tratando?
4. El nombre y domicilio de mi médico es: IMSS
5. ¿Ha tenido alguna vez una enfermedad u operación grave? SI NO
 a. En ese caso, ¿en qué consistió la enfermedad u operación?
6. ¿Alguna vez fue hospitalizado o padeció alguna enfermedad grave en los cinco últimos años? SI NO
 a. En ese caso, ¿en qué consistió el problema?
7. ¿Padeció alguna vez algunas de las siguientes enfermedades u trastornos:
 - a. Fiebre reumática o reumatismo cardíaco SI NO
 - b. Lesiones cardíacas congénitas SI NO
 - c. Enfermedad cardiovascular (trastorno cardíaco, ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, obstrucción coronaria, alta presión sanguínea, arteriosclerosis, ataque) SI NO
 - 1) ¿Siente dolor en el pecho al hacer ejercicio? SI NO
 - 2) ¿Alguna vez le falta el aire al hacer un ejercicio leve? SI NO
 - 3) ¿Se le hinchan los tobillos? SI NO
 - 4) ¿Le falta el aire cuando se acuesta o necesita varias almohadas para dormir? SI NO
 - d. Alergia SI NO
 - e. Sinusitis SI NO
 - f. Asma o fiebre del heno SI NO
 - g. Úlcera o erupciones cutáneas SI NO
 - h. Desmayos pasajeros o presionamientos SI NO
 - i. Diabetes SI NO
 - 1) ¿Tiene que orinar más de seis veces al día? SI NO
 - 2) ¿Siente sed casi siempre? SI NO
 - 3) ¿Siente la boca seca con frecuencia? SI NO
 - j. Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática SI NO
 - k. Artritis SI NO
 - l. Reumatismo inflamatorio (articulaciones dolorosas e hinchadas) SI NO
 - m. Úlcera de estómago SI NO
 - n. Trastornos renales SI NO
 - o. Tuberculosis SI NO
 - p. ¿Tiene tos persistente o esputo de sangre? SI NO
 - q. Baja presión sanguínea SI NO
 - r. Enfermedades venéreas SI NO
 - s. Otras

8. ¿Alguna vez tuvo una hemorragia anormal por extracciones, operaciones o traumatismos? SI
- a. ¿Se le forman moretones con facilidad? SI
- b. ¿Alguna vez necesitó transfusiones de sangre? SI

En ese caso, explique las circunstancias _____

9. ¿Ha sufrido algún trastorno de la sangre, como anemia? SI
10. ¿Fue operado o estuvo en tratamiento con rayos X por un tumor o alguna otra enfermedad de la boca o los labios? SI
11. ¿Toma alguna droga o medicamento? SI

En ese caso, ¿cuál? _____

12. ¿Está tomando cualquiera de las siguientes medicaciones? SI
- a. Antibióticos o sulfamidas SI
- b. Anticoagulantes (Medicamentos de la sangre) SI
- c. Medicamentos para la presión sanguínea elevada SI
- d. Cortisona (corticosteroides) SI
- e. Tranquilizantes SI
- f. Antihipertensivos SI
- g. Aspirina SI
- h. Insulina, sulfamidas (Chlasec) o drogas similares SI
- i. Digital o drogas para los trastornos cardíacos SI
- j. Nitrogliceras SI

k. Otras _____

13. ¿Es usted alérgico o ha sufrido alguna reacción adversa a lo siguiente? SI
- a. Anestésicos locales SI
- b. Penicilina u otros antibióticos SI
- c. Sulfamidas SI
- d. Barbitúricos, sedantes o píldoras para dormir SI
- e. Aspirina SI
- f. Yodo SI

g. Otras _____

14. ¿Alguna vez tuvo algún problema grave en relación con un tratamiento dental anterior? SI

En ese caso, descríballo _____

15. ¿Padeció usted alguna enfermedad, estado o problema que no figura arriba y que usted cree que yo debería conocer? SI

En ese caso, regístralo explícito _____

16. ¿Trabaja usted en algún lugar que lo expone con regularidad a rayos X o a alguna otra radiación ionizante? SI
17. ¿Usa lentes de contacto? SI

PARA MUJERES

18. ¿Está embarazada? SI
19. ¿Tiene problemas en relación con su período menstrual? SI

Observaciones:


 FIRMA DEL PACIENTE

 FIRMA DEL ODONTÓLOGO

CRUZ ROJA MEXICANA

LABORATORIO DE ANALISIS QUIMICOS

DELEGACION NAUCALPAN

ANALISIS: Hemograma Hemático. TS, TC, TP.
 PRACTICADO A: Daniela Ciel
 SOLICITADO POR: Externo.

EXEDIENTE No: 1529

RESULTADO

HEMATOCRITO: 46
 HEMOGLOBINA: 15

C.A.N.G.: -

V.S.G.: -

PLAQUETAS: -

T.C.: 1 mm. 42 seg.

T.C.: 7 mm. 11 seg.

GRUPO SANGUINEO: -

Rh: -

Ertr. vol. lts : 1960,000 mmc.

LEUCOCITOS: 1800 77 - 17 seg
 LINFOCITOS: 29
 NEUTROFILOS: 0
 EOSINOFILOS: 2
 BASOFILOS: 70
 SEGMENTADOS: 70
 EN BARRA: 0
 PLASMOCITOS: 0
 MIELOCITOS: 0
 MONOCITOS: 0
 PLASMOCITOS: Ni Aparece

FECHA:

17 agosto 91.

LABORATORIO
 DE ANALISIS QUIMICOS





RADIOGRAFIA OCLUSAL

CASO CLINICO # 4
PACIENTE VIRGINIA PEREZ
EDAD: 18 AÑOS

ESTE FUE UNA CASO PARTICULARMENTE DIFICIL YA QUE SE PRESENTABA RETENCION BILATERAL CON PRESENCIA DE CANINOS TEMPORALES PERSISTENTES, EL PACIENTE PRIMERO FUE REMITIDO A ORTODONCIA Y POSTERIORMENTE LE REALIZAMOS EL LAZAMIENTO DE AMBOS CANINOS, COMO MUESTRAN LAS FOTOGRAFIAS ADICIONALES, EL PACIENTE RESPONDIO FAVORABLEMENTE.

CUESTIONARIO DE SALUD

Fecha 28 DE MAYO DE 1972
 Apellido y nombre VIRGINIA ROSA Domicilio ANDADOR 2
 Calle y número
SAN LORENZO LA CAÑADA MANCAYAN EDO. HAR.
 Ciudad Estado Código Postal Teléfono privado y comercial
 Edad 18 Sexo F Talla M Peso 55 Ocupación ESTUDIANTE
 Estado civil SOLTERA Nombre del cónyuge _____
 Familia más cercana NOSE Teléfono _____
 Si usted tiene este formulario para otra persona, ¿qué parentesco tiene con ella?

En las siguientes preguntas, rodee con un círculo SI o NO, según corresponda. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se considerarán confidenciales.

1. ¿Ha habido algún cambio en su estado de salud en el último año? SI NO
2. Mi último examen médico se hizo en _____
3. ¿Se halla bajo atención médica en la actualidad? SI NO
 - a. En ese caso, ¿de qué enfermedad se está tratando? _____
4. El nombre y domicilio de mi médico es: _____
5. ¿Ha tenido alguna vez una enfermedad u operación grave? SI NO
 - a. En ese caso, ¿en qué consistió la enfermedad u operación? _____
6. ¿Alguna vez fue hospitalizado o padeció alguna enfermedad grave en los cinco últimos años? SI NO
 - a. En ese caso, ¿en qué consistió el problema? _____
7. ¿Padece alguna vez algunas de las siguientes enfermedades o trastornos: SI NO
 - a. Fiebre reumática o reumatismo cardíaco SI NO
 - b. Lesiones cardíacas congénitas SI NO
 - c. Enfermedad cardiovascular (trastorno cardíaco, ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, alta presión sanguínea, arteriosclerosis, ataque) SI NO
 - 1) ¿Siente dolor en el pecho al hacer ejercicio? SI NO
 - 2) ¿Alguna vez le falta el aire al hacer un ejercicio leve? SI NO
 - 3) ¿Se le hinchan los tobillos? SI NO
 - 4) ¿Le falta el aire cuando se acuesta o necesita varias almohadas para dormir? SI NO
 - d. Alergia SI NO
 - e. Sinusitis SI NO
 - f. Asma o fiebre del heno SI NO
 - g. Úlcera o erupciones cutáneas SI NO
 - h. Dermatitis pasajeras o prolongadas SI NO
 - i. Diabetes SI NO
 - 1) ¿tiene que orinar más de seis veces al día? SI NO
 - 2) ¿Siente sed casi siempre? SI NO
 - 3) ¿Siente la boca seca con frecuencia? SI NO
 - j. Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática SI NO
 - k. Artritis SI NO
 - l. Reumatismo inflamatorio (articulaciones dolorosas e hinchadas) SI NO
 - m. Úlcera de estómago SI NO
 - n. Trastornos renales SI NO
 - o. Tuberculosis SI NO
 - p. ¿Tiene los parásitos o espectorate sangre? SI NO
 - q. Baja presión sanguínea SI NO
 - r. Enfermedades venéreas SI NO
8. Otras _____

8. (Alguna vez tuvo una hemorragia anormal por extracciones, operaciones o traumatismos) SI NO
- a. ¿Se le forman moretones con facilidad? SI NO
- b. ¿Alguna vez necesitó transfusiones de sangre? SI NO

En ese caso, explique las circunstancias _____

9. (Ha sufrido algún trastorno de la sangre, como anemia) SI NO
10. ¿Fue operado o estuvo en tratamiento con rayos X por un tumor o alguna otra enfermedad de la boca o los labios? SI NO
11. ¿Tome algún droga o medicamento? SI NO

En ese caso, ¿cuál? _____

12. ¿Está tomando cualquiera de los siguientes medicamentos? :
- a. Antibióticos o sulfamidas SI NO
- b. Anticoagulantes (fluidificantes de la sangre) SI NO
- c. Medicamentos para la presión sanguínea elevada SI NO
- d. Cortisona (corticosteroides) SI NO
- e. Tranquilizantes SI NO
- f. Antihipertensivos SI NO
- g. Aspirina SI NO
- h. Insulina, tolbutamida (Orinase) o drogas similares SI NO
- i. Digital o drogas para los trastornos cardíacos SI NO
- j. Nitroglicerina SI NO

k. Otros _____

13. ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción adversa a lo siguiente? :
- a. Anestésicos locales SI NO
- b. Penicilina u otros antibióticos SI NO
- c. Sulfamidas SI NO
- d. Barbitúricos, sedantes o píldoras para dormir SI NO
- e. Aspirina SI NO
- f. Yodo SI NO

g. Otros _____

14. ¿Alguna vez tuvo algún problema grave en relación con un tratamiento dental anterior? SI NO

En ese caso, describalo _____

15. ¿Padeció usted alguna enfermedad, estado o problema que no figura arriba y que usted cree que yo debería conocer? SI NO

En ese caso, rogamos explicar _____

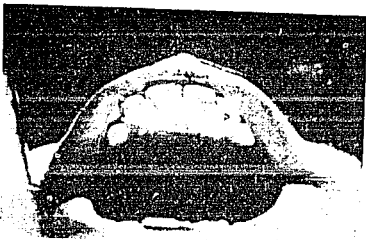
16. ¿Trabaja usted en algún lugar que lo expone con regularidad a rayos X o a alguna otra radiación ionizante? SI NO
17. ¿Usa lentes de contacto? SI NO
- PARA MUJERES:
18. ¿Está embarazada? SI NO
19. ¿Tiene problemas en relación con su período menstrual? SI NO

Observaciones:

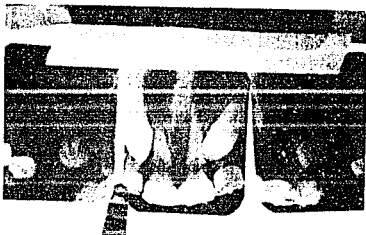
VIRGINIA TARRZ

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ODONTÓLOGO



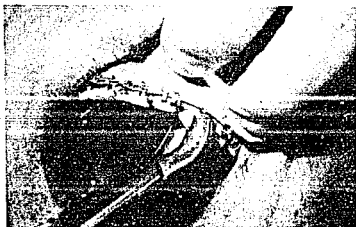
ASPECTO PALATINO



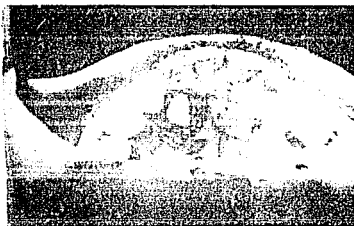
RADIOGRAFIAS



LOCALIZACION DE CANINO PERMANENTE



EXTRACCION DE CANINO TEMPORAL PERSISTENTE



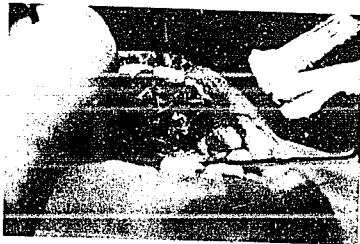
LOCALIZACIÓN DE CANINO PERMANENTE

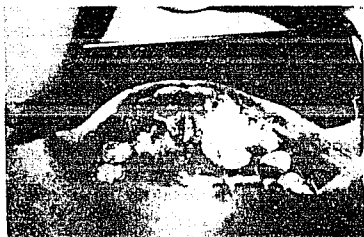


LAZAMIENTO DE CANINO



LAZAMIENTO DE CANINOS





APOSITO

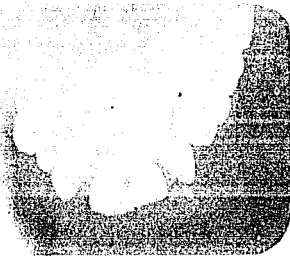
CASO CLINICO # 5
PACIENTE: GERARDO DURAN
EDAD: 17 AÑOS

ESTE CASO AL IGUAL QUE EL ANTERIOR SE PRESENTA
RETENCION BILATERAL DE CANINOS SUPERIORES, CON PERSISTENCIA
DEL CANINO TEMPORAL IZQUIERDO , EN ESTE CASO SE TUBO QUE
REALIZAR LA EXTRACCION DE AMBOS CANINOS YA QUE SE
ENCONTRABA REABSORBIENDO LA RAIZ DEL CENTRAL SUPERIOR
IZQUIERDO, EL CUAL TAMBIEN TUBO QUE SER EXTRAIDO YA
QUE PRESENTABA MOVILIDAD DE TERCER GRADO.

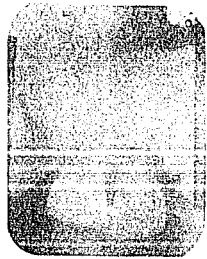
DE ESTE CASO NO SE TOMARON FOTOGRAFIAS LAMENTABLEMENTE.

LOS CASOS CLINICOS FUERON APOYADOS POR LOS DOCTORES:

C.D.HECTOR CUEVA MARTIN DEL CAMPO
C.D.YOLANDA LOPEZ TOLEDO
C.D.JUAN CARLOS LOPEZ NORIEGA



RADIOGRAFIAS



CONCLUSIONES

DEBIDO A LA EVOLUCION DEL HOMBRE Y A LOS CAMBIOS QUE SE HAN ORIGINADO, NOS ENCONTRAMOS CON DIENTES QUE HAN QUEDADO RETENIDOS A CAUSA DE DIFERENTES FACTORES COMO SON LA REDUCCION DE LOS MAXILARES, Y CUANDO EL GERMEN DENTARIO SE DESARROLLA DISTANTE AL LUGAR DE ERUPCION QUE TIENE COMO OBSTACULO LA DENSIDAD DEL HUESO QUE LO CUBRE.

ASI MISMO LOS FACTORES ETIOLOGICOS QUE YA HAN SIDO MENCIONADOS, QUE INFLUYEN EN LA RETENCION DE LOS DIENTES.

DEACUERDO A EL LUGAR Y LA POSICION EN QUE SE ENCUENTRAN RETENIDOS LOS CANINOS PRODUCEN DIVERSOS TRANSTORNOS COMO SON DESVIACION DE DIENTES ADYACENTES, DIASTEMAS, INFECCIONES, NEURALGIAS Y COMO CONSECUENCIA TRANSTORNOS QUISTICOS.

TENIENDO EN CUENTA EL PROBLEMA QUE PRESENTAMOS EN ESTA TESIS CONSIDERAMOS QUE EL CIRUJANO DENTISTA DE PRACTICA GENERAL DEBE TENER LA ETICA PROFESIONAL PARA REMITIR AL PACIENTE A UN ESPECIALISTA QUE TENGA EL CONOCIMIENTO AMPLIO SOBRE LA REGION ANATOMICA, EL INSTRUMENTAL Y EL LUGAR ADECUADO PARA UN TRATAMIENTO DE ESTE TIPO, YA QUE LA EXTRACCION DE LOS CANINOS TEORICAMENTE ES FACIL PERO PRACTICAMENTE ES DIFICIL SI NO SE POSEE LA HABILIDAD NECESARIA, YA QUE PUEDEN OCURRIR ACCIDENTES O COMPLICACIONES GRAVES CON LAS CONSECUENTES MOLESTIAS PARA EL PACIENTE.

BIBLIOGRAFIA

GUSTAVO O KRUGER
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

LASKIN
CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL

G. A. RIES CENTENO
CIRUGIA BUCAL

DANIEL E WAITE
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL PRACTICA

SEIDE
ODONTOLOGIA RESTAURADORA

BEGG Y KESLING
ORTODONCIA DE BEGG TEORIA Y TECNICA

JOSE ANTONIO CANUT BRUSOLA
ORTODONCIA CLINICA