



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EXTRACCION QUIRURGICA DE CANINOS
RETENIDOS

T E S I S A

PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :
MIREYA CABRERA CAMPOS
ARNOLDO PINEDA MORA
MARIO JUAN SORIA ARROYO
LETICIA VILLALOBOS JIMENEZ

ASESOR: DR. VICTOR M. BARRIOS ESTRADA



MEXICO, D. F.

MAYO, 1994

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS CANINOS RETENIDOS

PROLOGO

INTRODUCCION

CAPITULO I. PRINCIPIOS BASICOS DE LA CIRUGIA BUCAL

- 1.1 GENERALIDADES
- 1.2 DEFINICION DE CIRUGIA BUCAL
- 1.3 LA PRACTICA DE LA CIRUGIA BUCAL
- 1.4 RELACION PACIENTE CIRUJANO

CAPITULO II. ETIOLOGIA DE LA RETENCION DE CANINOS

- 2.1 DEFINICION DE DIENTES RETENIDOS
- 2.2 ETIOLOGIA
- 2.3 CAUSAS LOCALES DE RETENCION
- 2.4 CAUSAS SISTEMICAS DE RETENCION

CAPITULO III. CLASIFICACION DE CANINOS SUPERIORES E INFERIORES RETENIDOS.

- 3.1 CANINOS SUPERIORES
- 3.2 CANINOS INFERIORES VESTIBULARES

CAPITULO IV. TRATAMIENTO PREOPERATORIO

- 4.1 MEDIDAS LOCALES
- 4.2 MEDIDAS GENERALES
- 4.3 HISTORIA CLINICA
- 4.4 EXAMEN RADIOGRAFICO DE CANINOS RETENIDOS
 - 4.4.1 IMPORTANCIA DE CONOCER PORCION RADICULAR

4.4.2	TECNICA PARA LA TOMA DE RX.
4.4.3	DIAGNOSTICO
4.4.4	ASEPSIA
4.4.5	ANTISEPSIA
CAPITULO	V. INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS DUROS Y BLANDOS.
5.1	INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS
5.2	INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS DUROS
5.3	MATERIAL QUIRURGICO
CAPITULO	VI. TRANSOPERATORIO
6.1	BLOQUEO
6.2	TECNICAS DE LA ANALGESIA REGIONAL PARA EL NERVIO MAXILAR Y SUS DIVISIONES
6.3	TECNICAS DE LA ANALGESIA REGIONAL PARA EL NERVIO MANDIBULAR Y SUS DIVISIONES
6.4	ANESTESICOS LOCALES
6.5	PASOS PARA REALIZAR LA CIRUGIA DE CANINOS RETENIDOS
6.5.1	INCISION Y COLGAJO
6.5.2	OSTEOTOMIA Y OSTECTOMIA
6.5.3	OPERACION PROPIAMENTE DICHA
6.5.4	TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA
6.5.5	SUTURA
CAPITULO	VII. COMPLICACIONES
7.1	INMEDIATO (TRANSOPERATORIO)
7.2	MEDIATO (POSOPERATORIO)
CAPITULO	VIII. TRATAMIENTO POSOPERATORIO

8.1 INDICACIONES FOSFORATORIAS

8.2 ANTIBIOTICOTERAFIA

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

AL DR. VICTOR M. BARRIOS ESTRADA

(ASESOR)

GRACIAS POR LA CONFIANZA Y APOYO
QUE NOS BRINDO DURANTE TODO EL
SEMINARIO Y EN EL TRANSCURSO DE
LA CARRERA, ADEMAS DEL ASESORA -
MIENTO QUE NOS BRINDO PARA PODER
REALIZAR ESTE TRABAJO, YA QUE SIN
SU AYUDA NO HUBIESE SIDO POSIBLE
LA REALIZACION DEL MISMO.

MIREYA
LETICIA
ARNOLDO
MARIO JUAN

AL HONORABLE JURADO:

DR. MIGUEL A. BELMONT COSAYA
DR. LUIS RIOS GARCIA
DR. PORFIRIO JIMENEZ VAZQUEZ

GRACIAS POR SU COLABORACION Y
SU AYUDA PARA LLEVAR A CABO
LA REALIZACION DE NUESTRO -
EXAMEN PROFESIONAL.

MIREYA
LETICIA
ARNOLDO
MARIO JUAN

A DIOS:

PORQUE SIEMPRE HA ESTADO
A MI LADO EN LOS MOMENTOS
MAS DIFICILES DE MI VIDA.

LETICIA.

A MIS PADRES:

JOSE VILLALOBOS LEAL Y MARIA
JIMENEZ HERNANDEZ POR SU GRAN
APOYO, CARINO Y CONFIANZA
QUE SIEMPRE ME HAN DEMOSTRADO
PARA LOGRAR LA MAS GRANDES DE
MIS METAS SER CIRUJANO
DENTISTA.

LETICIA

A MIS HERMANOS:

SUSANA, LUIS, ROCIO, IRMA,
IRENE, RUBEN, MIRIAM Y
ALEX POR TENERME TANTA -
PACIENCIA Y CONFIANZA, -
BRINDANDOME SU APOYO IN -
CONDICIONAL Y CREER EN MI

LETICIA

A MIS COMPANEROS Y AMIGOS:

DR. ARNOLDO PINEDA MORA.
DR. JESUS H. ROJAS VELAZQUEZ
DR. ORLANDO GONZALEZ CARRANZA
CLAUDIA S. HUERTA REYES

POR SU AMISTAD INCONDICIONAL
QUE SIEMPRE ME DEMOSTRARON.

LETICIA.

A MIS COMPANEROS DEL SEMINARIO

MIREYA CABRERA CAMPOS
ARNOLDO PINEDA MORA
MARIO JUAN SORIA ARROYO

POR SU AMISTAD Y APOYO EN LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO.

LETICIA.

A DIOS

POR SER LA LUZ QUE ILUMINA
MI CAMINO.

MARIO JUAN

A MIS PADRES:

GRACIAS A LOS DOS PERO EN
ESPECIAL A TI, MAMI, POR
SER TAN MARAVILLOSA.

MARIO JUAN.

A MI ESPOSA:

POR SER TAN ESPECIAL.
GRACIAS POR ESTAR EN EL
MOMENTO QUE TE HE NECESITA-
DO.

MARIO JUAN

A MIS HERMANOS:

POR SER MIS GRANDES COMPANE-
ROS DE VIDA.

MARIO JUAN

DIOS

ERES TODO LO QUE SOY.

ARNOLDO

MAMA:

PURIFICACION MORA LEON.

EN ESPECIAL A ELLA, QUIEN ME
APOYO EN LOS MOMENTOS MAS -
DIFICILES DE MI VIDA.
ME DIO SU GRAN AMOR Y LA EXIS-
TENCIA, SIN ELLA NO SERIA
NADIE. GRACIAS.

ARNOLDO

PADRE:

VIRGILIO PINEDA BRAVO.

POR SU GRAN APOYO.. PADRE
MIS TRIUNFOS TAMBIEN SON
TUS TRIUNFOS.

ARNOLDO

HERMANOS:

ALBA, PATY, ADAMELIA,
VIRGILIO(t), MIGUELITO.
EN ESPECIAL A MI HERMANO
VIRGILIO,QUE FUE MUY IM -
PORTANTE EN MI CARRERA Y
DONDE QUIERA QUE ESTES TODOS
TE LLEVAMOS EN NUESTROS CO -
JONES.

ARNOLDO.

SOBRINOS:

CESAR, SERAFINITO, MANOLITO(t),
ALBA DENI, ARTURO, ALONSO, ADITA,
FAVIO, ALDITO, OSCARITO Y ZIRAN -
DITA., COMO UN EJEMPLO PARA SUS
FUTURAS METAS.

ARNOLDO

CUNADOS:

ESPERANZA ARELLANO.
SERAFIN LOPEZ.
IVAN DOMINGUEZ.

CON RESPETO Y CARINO.

ARNOLDO.

PRIMOS:

LIC. AGUILES MORA Y FAMILIA.
ALFREDO AGUIRRE.
LIC. ARTURO PINEDA BRAVO.

SON PARTE IMPORTANTE EN MI
VIDA.

ARNOLDO.

AMIGOS:

LIC. HUBER MACEDO Y FAMILIA

QUIENES SIEMPRE ME IMPULSARON
Y CREYERON EN MI.

ARNOLDO.

COMPANEROS:

DRA. LETICIA VILLALOBOS.
DRA. PATRICIA GIL
DR. ORLANDO GONZALEZ.

CON QUIENES PASE MOMENTOS
ALEGRES Y DIFICILES, PERO
LOGAMOS NUESTRA META, -
ESPERO QUE NUNCA SE PIERDA
LA AMISTAD.

ARNOLDO.

A MIS COMPANEROS DE TRABAJO DE
LA CLINICA XOCHIMILCO.

ARNOLDO.

H DIOS.

PORQUE GRACIAS A EL, ESTOY
VIVA Y SIEMPRE ME HA BRIN-
DADO TODA LA FORTALEZA NE-
CESARIA SOBRETUDO EN LOS -
MOMENTOS MAS DIFICILES ,
ADEMAS DE BRINDARME LA LUZ
Y LA SABIDURIA PARA CONTI-
NUAR POR EL CAMINO MAS LAR-
GO Y DURO POR RECORRER, LA
VIDA.

MIREYA.

A MIS PADRES.

MIREYA CAMPOS DE CABRERA
ING. ARMANDO G. CABRERA RUEDA

GRACIAS TODO SU APOYO, TANTO
MORAL COMO ECONOMICO QUE
SIEMPRE ME HAN BRINDADO DURAN-
TE TODA MI VIDA Y QUE HAN HE -
CHO POSIBLE QUE CULMINE LA
ETAPA MAS IMPORTANTE EN MI
VIDA.

GRACIAS POR SU PACIENCIA, POR
CONSEJOS Y REGANOS, POR COM-
PARTIR TRISTEZAS Y ALEGRIAS -
CONMIGO, PERO SOBRE TODO POR
SER MIS MEJORES AMIGOS Y
LOS MEJORES PADRES.
LOS QUIERO MUCHO.

MIREYA.

A MI HERMANO ARMANDO.

POR SU APOYO INCONDICIONAL
QUE SIEMPRE ME HA BRINDADO
Y POR TODAS LAS PALABRAS
DE ALIENTO QUE ME HA DADO
QUE SON UN ESTIMULO PARA
SEGUIR ADELANTE.
GRACIAS.

MIREYA

A MIS ABUELITAS:

ELODIA Y MARGARITA.

A MI ABUELITO:

VALERIO.

GRACIAS POR TODAS SUS
BENDICIONES Y APOYO QUE ME -
RECIBIDO. LOS QUIERO MUCHO.

MIREYA.

A LA DRA. SANDRA GAITAN

PORQUE DURANTE TODOS ESTOS
ANOS QUE HEMOS CONVIVIDO
SIEMPRE ME HAS APOYADO Y
ALENTADO. GRACIAS POR TU -
AMISTAD.

MIREYA.

A TODOS LOS PROFESORES DE LA
FACULTAD.

GRACIAS POR TODAS SUS CATEDRAS
Y POR SU FACIENCIA CONMIGO.

MIREYA.

A LETICIA, ARNOLDO Y MARIO J.

POR SU AYUDA, APOYO Y AMISTAD
DURANTE EL SEMINARIO Y QUE -
COLABORARON EN LA CULMINACION
DE ESTE PROYECTO

MIREYA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

QUE ME ALBERGO DURANTE TODOS
ESTOS AÑOS. GRACIAS.

MIREYA.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO:

POR DARNOS LA OPORTUNIDAD DE
CURSAR LA CARRERA DE CIRUJANO
DENTISTA.

GRACIAS A TODAS Y CADA UNA DE
LAS PERSONAS QUE INTEGRAN ES-
TA MAXIMA CASA DE ESTUDIOS ,
PERO SOBRE TODO A TODA LA DO-
CENCIA QUE LABORA EN ESTA -
GRAN INSTITUCION.

MIREYA
LETICIA
ARNOLDO
MARIO JUAN

PROLOGO

Bastante se ha escrito por prestigiosos autores sobre la Cirugía Bucal, sus beneficios y sus consecuencias.

Este trabajo es escrito para brindar una descripción precisa de los principios y técnicas importantes en la extracción de caninos retenidos en la cavidad oral.

Con este breve trabajo no pretendemos efectuar una aportación valiosa a temas que ya han sido tratados por los más grandes Cirujanos Bucales., no obstante representa un estudio que hemos tratado de sintetizar sobre el concepto base, sus efectos y cuidados, lo que agrupado conforme al campo de la Odontología para quienes puedan revisarlo, les sirva de ayuda en sus estudios como una aportación y experiencia al término de la carrera de CIRUJANO DENTISTA

A T E N T A M E N T E

MIREYA CABRERA CAMPOS.

ARNOLDO PINEDA MORA.

MARIO JUAN SORIA ARROYO.

LETICIA VILLALOBOS JIMENEZ

I N T R O D U C C I O N

La dieta blanda y refinada que existe en nuestros días hace innecesario un aparato masticatorio poderoso, ésta es una de las causas que hacen que existan dientes retenidos en un gran número de personas, además de otras tantas razones.

Los caninos retenidos, estos órganos dentarios, comunmente presentan problemas de erupción por existir dentro de su localización gran cantidad de tejido óseo y lesiones propias, ocasionando serios problemas de índole patológico así como alteraciones de tipo oclusal.

El canino es uno de los dientes que presenta mayor dificultad tanto en su técnica de extracción como en su estudio, por eso merecen estar considerados para su eliminación por el Cirujano Dentista de práctica general.

Tomando en cuenta que esta cirugía es complicada se deberá contar con el conocimiento y ayuda de especialistas en esta área.

En ocasiones el órgano dentario impactado, podrá no presentar síntomas durante todo el tiempo que el individuo conserve la vida, pero otras veces estos dientes pueden participar en alguno de tantos procesos patológicos que desencadenarían alteraciones en el funcionamiento de su

organismo, tales como desde una periodontitis hasta una grave destrucción ósea de la región donde se encuentra retenido.

Debemos tener minucioso cuidado de conocer el lugar anatómico donde se efectuará la extracción quirúrgica, contar con el instrumental y campo operatorio adecuado para su realización, buena asepsia del área de trabajo y poner la atención debida de que no existan infecciones y traumatismos innecesarios posteriores a la cirugía.

CAPITULO I

PRINCIPIOS BASICOS DE LA CIRUGIA BUCAL

La odontología se identifica con la cirugía bucal fuertemente, ya que necesita de un completo conocimiento de la odontología como requisito previo del cirujano bucal bien calificado. Así los principios bucales de la cirugía bucal guían a un tratamiento favorable al cirujano dentista.

Estos principios no se aplican a una especialidad quirúrgica particular, como en el caso de la cirugía bucal, un ejemplo es la Técnica Aséptica, que no se va aplicar de la misma manera a una operación abdominal que para una bucal; el principio es el mismo, pero la diferencia de la técnica es la zona de la herida.

Dentro de las contribuciones más importantes al tratamiento del paciente quirúrgico es el reconocimiento del valor del enfoque analítico.

Al obtener la información de la evaluación del paciente puede facilitar el diagnóstico y permite la identificación de los problemas discretos y su relación entre si esto es de utilidad para situaciones complejas.

Los cirujanos tienen la obligación de mejorar el tratamiento progresando en el conocimiento quirúrgico. Un enfoque cuidadoso y complejo es más importante que la velocidad.

El conocimiento de las características clínicas de un paciente a la respuesta de la evolución favorable después de una

operación traumática, depende del medio interno por un proceso denominado homeostasia, es decir, activa los mecanismos autoreguladores.

Por lo tanto podemos resumir los principios quirúrgicos de la siguiente manera:

Asepsia., enfoque analítico en el tratamiento quirúrgico y la formulación del tratamiento quirúrgico basándose en la respuesta del organismo frente a los traumatismos.

GENERALIDADES

Por lo regular el cirujano dentista de práctica general realiza en su consulta la extracción de piezas retenidas por lo cual mencionamos algunos conceptos importantes que no se deben olvidar y hay que realizarlos con seguridad y precisión.

El concepto de Diéresis de los tejidos, es la operación propiamente dicha y Síntesis de los tejidos son los tiempos operatorios de la cirugía general. Dentro de los tiempos operatorios podemos mencionar:

Incisión y colgajo, osteotomía y ostectomía, tratamiento de la cavidad y sutura.

Además de tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

Iluminación correcta, abregocas, aspirador quirúrgico, separadores especiales así como pieza de alta velocidad e irrigación con solución fisiológica.

Todo lo anterior debe de aplicarse en nuestra práctica

profesional.

DEFINICION DE CIRUGIA BUCAL

Entre las especializaciones por región, aparatos o sistemas, la diferenciación dental, órganos que forman parte del aparato masticatorio y que se encuentra en la cavidad bucal ha dado nacimiento a la Cirugía Dental, también llamada Dentoalveolar, Dentomaxilar y por extensión Bucal ya que se realiza dentro de la boca y como tratamiento de enfermedades quirúrgicas de esta cavidad.

ODONTOMAXILAR. La que tiene por objeto tratar las enfermedades de los dientes y los maxilares por medio de instrumentos adecuados.

DENTOFACIAL. La que se ocupa de los dientes, la boca y sus relaciones con la simetría facial.

CIRUGIA BUCAL. Tratamiento quirúrgico de las enfermedades y traumatismos de la boca y regiones adyacentes.

LA PRACTICA DE LA CIRUGIA BUCAL

En algunos países la cirugía bucal está ejercida por odontólogos especialistas que se dedican exclusivamente a esta práctica. En las técnicas odontológicas han alcanzado un alto nivel.

En la práctica y el ejercicio de la odontología en todas sus ramas, dan al profesional la agilidad manual necesaria para abordar los problemas de la cirugía bucal.

Por lo tanto el cirujano dentista es el profesional autorizado para ejercer la Cirugía Bucal.

RELACION PACIENTE CIRUJANO

De hecho, todo tratamiento que debe tener buenos resultados en cualquier paciente se centra en la manera en que éste es bien atendido.

El buen éxito del equipo odontológico para proporcionar los servicios dentales dependerá de la manera en que este equipo se relacione de manera satisfactoria con la actitud del paciente, tanto el odontólogo como sus auxiliares deben cultivar de manera continua las relaciones positivas con los pacientes para que exista una relación armoniosa.

Si actuamos verdaderamente sinceros con el paciente reaccionará de manera positiva, él lo percibirá, en cambio si somos deshonestos e insinceros con el paciente reaccionará de manera negativa.

Las actitudes como demostraciones de afecto, firme actitud, honestidad, sinceridad, autoridad y uniformidad son partes importantes del éxito del odontólogo en el tratamiento quirúrgico del paciente..

El cirujano dentista debe de tratar de guiar y modificar la conducta psicológica del paciente antes de la cita para su intervención quirúrgica.

CAPITULO II

ETIOLOGIA DE LA RETENCION DE LOS CANINOS

DEFINICION DE DIENTES RETENIDOS

Son aquellas piezas que llegado el momento de su erupción quedan atrapadas dentro de su espesor óseo, conservando su saco folicular, dentro de los maxilares.

La retención puede presentarse de dos maneras:

1.-Retención Infraósea: Cuando el diente esta rodeado completamente por tejido óseo.

2.-Retención Subgingival: Cuando el diente está cubierto por mucosa.

ETIOLOGIA

La etiología es más teórica que real, a continuación enumeramos algunas teorías que pueden tratar de explicar la etiología:

- 1)TEORIA MENDELIANA: Opina que la herencia en las inclusiones puede ser un factor etiológico importante, tal como es la transmisión de maxilares pequeños del padre y dientes grandes de la madre o viceversa.

2) TEORIA ORTODONTICA: Debido que el crecimiento normal de los maxilares y el movimiento de los dientes son en dirección anterior, cualquier interferencia con tal desarrollo causará inclusión de los dientes.

El hueso denso suele provocar el retraso dental anterior y muchas afecciones patológicas provocan una condensación del tejido óseo.

El trauma severo, las infecciones agudas, la maloclusión y las fiebres, así como la inflamación local de la membrana periodontal pueden aumentar la densidad ósea, la respiración bucal constante también conduce a la contracción de las arcadas, por lo tanto, los dientes que hacen erupción al final carecen de espacio.

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

3) TEORIA FILOGENICA: La naturaleza trata de eliminar lo que no se emplea y nuestra civilización, con sus hábitos nutricionales cambiantes ha casi eliminado la necesidad

humana por maxilares fuertes y grandes.

Como resultado de esta función alterada, el tamaño de la mandíbula y del maxilar ha disminuido, como resultado de esto se observan varios casos del tercer molar que ocupa una posición anormal, se encuentra mal formado y puede considerarse como un órgano que no tiene función ni motivo. Además suele faltar por motivos congénitos.

CAUSAS LOCALES DE RETENCION

A) Dientes adyacentes con irregularidad en la posición y presión.

B) Densidad del hueso que lo cubre.

C) Inflamaciones crónicas, continuadas con su resultante (una membrana mucosa muy densa).

D) Falta de espacio en maxilar poco desarrollado, indecisa retención de los dientes primarios, pérdida prematura de la dentición primaria.

E) Enfermedades adquiridas tales como: cambios inflamatorios en el hueso causado por enfermedades exantémicas en los niños., necrosis debida a la infección o abscesos, etc.

CAUSAS SISTEMICAS DE RETENCION

A) CAUSAS PRENATALES

1.- Herencia

2.-Mezcla de razas.

B) CAUSAS POSTNATALES (Que intervienen en el desarrollo del niño)

1.-Raquitismo.

2.-Anemia.

3.-Sifilis congénita.

4.-Tuberculosis.

5.-Alteraciones de las funciones de secreción interna.

6.-Desnutrición.

C) CONDICIONES RARAS.

1.-DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL: Condición congénita muy rara, hay osificación defectuosa de los huesos craneales, numerarios rudimentarios, dientes permanentes no erupcionados y recambio dentario retardado.

2.-OXICEFALEA: La parte superior de la cabeza es puntiaguda (cabeza cónica).

3.-PROGERIA: Envejecimiento prematuro. Es una forma de infantilismo caracterizado por estatura pequeña, ausencia de vello facial, actitudes y maneras de anciano.

4.-ACONDROPLASIA: Enfermedad del esqueleto que empieza en la vida fetal y produce una forma de enanismo (el cartilago no se desarrolla normalmente).

5.-PALADAR FISURADO: Deformidad manifestada por una fisura congénita en la línea media.

El número mayor de retenciones, se encuentra en las mujeres, pues los huesos del cráneo y los maxilares son más pequeños que en el hombre.

Además de los factores antes expuestos, hay otras causantes de retención de los caninos como son:

1.-Hay mayores posibilidades de desviación y retención en los dientes cuando la distancia que deben recorrer desde un punto de desarrollo hasta la oclusión normal es mayor.

El canino para llegar a su completa oclusión recorre la distancia mayor de todos los dientes.

2.-Los huesos del paladar duro ofrecen mayor resistencia que el hueso alveolar, por lo consiguiente la erupción de los caninos mal ubicados hacia lingual.

3.-La mucosa que cubre el tercio anterior del paladar, está sujeta a repetidos esfuerzos y presiones durante la masticación, por lo cual se vuelve gruesa, densa y resistente.

4.-La desviación en la posición y dirección de crecimiento del germen del canino permanente, es causada por cambios en la posición o

condición del canino primario, causada por caries o pérdida prematura de los molares primarios.

Durante el desarrollo, la corona de los caninos permanentes está colocada por lingual.

5.-Por ser los últimos en erupcionar, están expuestos a influencias cambiantes desfavorables.

6.- Cuando se retarde la reabsorción de las raíces de los caninos primarios.

7.-Los caninos por el motivo anterior, entran en competencia por el espacio,erupcionando entre dientes que ya están en oclusión.

CAPITULO III

CLASIFICACION DE CANINOS RETENIDOS SUPERIORES E INFERIORES

CANINOS SUPERIORES

Los caninos retenidos se clasifican de acuerdo a:

- 1.- El número de caninos retenidos.
 - A) Unilateral
 - B) Bilateral.
- 2.- Atendiendo a la posición que guarda el diente retenido, con respecto al arco dentario:
 - A) Palatino
 - B) Vestibular
 - C) Mixto
- 3.- De acuerdo al número de piezas existentes en el arco dentario:
 - A) Desdentados
 - B) Dentados.

De acuerdo a lo antes expuesto, tomaremos dos referencias para su clasificación:

CLASE I	Maxilar dentado	Canino en palatino, retención Unilateral:
		A. Cerca de, la arcada dentaria.

dentaria.

B. Lejos de la arcada dentaria.

CLASE II	Maxilar dentado	Canino en vestibular, retención bilateral.
CLASE III	Maxilar dentado	Canino en vestibular, retención unilateral.
CLASE IV	Maxilar dentado	Canino vestibulo -- palatino.
CLASE V	Maxilar desdentado	Canino en palatino, retención uni o bilateral.
CLASE VI	Maxilar desdentado	Canino en vestibular, retención uni o bilateral.

CANINOS INFERIORES VESTIBULARES

Dadas las características que presentan en su retención, se pueden clasificar en:

CLASE I	Mandíbula dentada	Unilateral diente ubicado en el lado lingual. A) Posición vertical B) Posición horizontal.
CLASE II	Mandíbula dentada	Unilateral diente ubicado en el lado bucal. A) Posición vertical B) Posición horizontal.
CLASE III	Mandíbula dentada	Bilateral diente ubicado en el lado lingual A) Posición vertical B) Posición horizontal

y dentro de la misma Clase III, están los dientes ubicados en el lado bucal:

- A) Posición vertical
- B) Posición horizontal

CLASE IV Mandíbula desdentada Unilateral

- A) Posición vertical
- B) Posición horizontal

CLASE V Maxilar desdentado Bilateral

- A) Posición vertical
- B) Posición horizontal

Es más frecuente la impactación del canino superior, que la inferior en una proporción de veinte a uno. No se ha podido explicar, siendo que los factores etiológicos son los mismos.

Está comprobado que las retenciones de los caninos son más frecuentes unilateral que bilateralmente.

El sitio de localización es tres veces mayor en palatino que en vestibular. En el maxilar se presentan en rotación sobre su eje longitudinal y en posición oblicua (horizontal). Los caninos inferiores rara vez se presentan en dicha posición o en el lado lingual del arco. Pueden localizarse entre el segundo y primer premolar, debajo del mentón, debajo de la lengua, en la órbita, en la nariz, seno maxilar y en el labio.

La retención del canino deciduo es muy rara.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO PREOPERATORIO

Se debe prestar atención a los cuidados encaminados para rodear a nuestro paciente de las mejores condiciones posibles , para la óptima realización del acto quirúrgico y su favorable evolución.

Se requiere de una preparación previa con el fin de establecer si la intervención se realizará o no, esto quiere decir sin que se presenten peligros, o tomar los cuidados precisos para que se ausenten o reduzcan al mínimo.

Las medidas preoperatorias se clasifican en locales y generales.

MEDIDAS LOCALES

Son las que se realizan en el campo operatorio antes de la intervención. Se realizará una exploración detallada de la cavidad oral para efectuar nuestra cirugía, cerciorándonos que no se encuentren dentaduras o prótesis parciales, incrustaciones y amaigamas que durante las maniobras se encuentren próximas al desalojo o coronas que puedan ser desalojadas durante el momento del acto quirúrgico.

La cavidad bucal se debe encontrar en condiciones óptimas de limpieza y libre de infecciones como podrían ser:

Lesiones sifilíticas y tuberculosas, estomatitis y gingivitis.

MEDIDAS GENERALES

Son las que se refieren al organismo en total.

1.- EXAMEN DE ORINA: Es el diagnóstico relativo, pues salvo en algunos padecimientos renales se producen alteraciones en la composición química y física de la orina.

El examen de orina se divide en: Estudios físico - químicos y biológicos.

Se estudia en la orina la cantidad excretada en 24 horas, el aspecto, la densidad, el olor y el color.

Hay diferentes denominaciones según la cantidad de orina excretada:

NICTURIA: Aumento en el volumen nocturno de orina.

ANURIA: Cesación total de la excreción urinaria.

OLIGURIA: Cantidad pequeña de orina

POLIURIA: Exceso de orina.

MELITURIA: Azúcares en la orina de especificidad desconocida.

POLADUIURIA: Frecuencia en las micciones.
(Padecimiento prostático)

La poliuria acompañada de polidipsia y polifagia es un dato de valor para diagnosticar la DIABETES: La presencia de glucosa aumenta la densidad en la orina, aunque en algunas diabetes especialmente en las insipidas, el peso específico se mantiene normal o ligeramente ácido.

El principal cesecho metabólico es la úrea, elemento

más importante de la orina, pues presenta casi la mitad del total de los sólidos. Se forma en el hígado a partir del amoníaco, originado por la diseminación de los ácidos aminados.

2.-BIOMETRIA HEMATICA:

A) Glóbulos rojos (Eritrocitos o hematies)

B) Glóbulos blancos (Leucocitos)

C) Plaquetas , trombocitos.

La sangre está formada por elementos figurados y plasma.

Los elementos figurados son:

1.- HEMATIES: Células neutras que han modificado su estructura y carecen de núcleo.

2.- LEUCOCITOS: Células de polimorfismo y propiedad pedicular, se colocan en la parte periférica de la columna sanguínea, cerca del endotelio del vaso. Impiden el acceso de elementos extraños, absorben y destruyen todo el tejido en el cual ha cesado su fisiología. Tienen la propiedad llamada Diapédesis.

3.- PLAQUETAS: Desde el punto de vista quirúrgico, es el elemento más importante. Intervienen en la coagulación de la sangre, su periodo de vida es corto de 3 a 5 días. Su concentración es de 25000 a 50000 por mm. cúbico, intervienen en la sinéresis (retracción del coágulo).

PLASMA: Elemento característico de la sangre, contiene los factores que intervienen en la coagulación. Debe diferenciarse del suero.

Plasma: Es la sangre, menos elementos corpusculares y el suero es el plasma sin los componentes de coágulo (producto cadavérico).

Cuando se altera la composición química del plasma, es que existe alteración orgánica (aumento de glucosa, signo de diabetes o de urea, padecimiento renal) o trastornos funcionales.

El plasma contiene fibrinógeno, que es transformado en fibrina por la trombina. La fibrina interviene en la coagulación.

TIEMPO DE SANGRADO: 1 a 3 minutos.

TIEMPO DE COAGULACION: 7 a 10 minutos.

HISTORIA CLINICA

Nombre del paciente.

Dirección.

Edad.

Sexo.

Teléfono.

Fecha aproximada de la última visita al médico.

Padece en este momento gripe o molestia en la garganta.

Ha experimentado sangrado excesivo de alguna herida o extracción.

Padece de problemas cardiacos.

Se le hinchan con frecuencia los tobillos.

Con facilidad padece problemas respiratorios o falta de aire.

Se agota con facilidad

Tiene problemas estomacales

Le ha dicho su médico alguna vez que padece de los riñones o la vejiga.

Se levanta durante la noche a orinar.

Padece diarreas con frecuencia.

De niño guardaba cama por periodos prolongados

Recientemente ha subido o bajado de peso.

En este momento se encuentra tomando algún medicamento medicamento_____ para qué_____

Es usted alérgico algún medicamento_____ cuál_____

Diga si ha padecido SI NO

Asma

Fiebre reumática

Pulmonía

Tuberculosis

Problemas cardiacos

Anemia

Alergias

Problemas renales

Presión alta

Presión baja

Diabetes

Nerviosismo

Lesiones y operaciones

Especifique de qué tipo.

Algún tratamiento.

Diga cuál.

Hospitalización.

Cuándo y por qué.

Irradiación previa de
cuello y cabeza.

MUJERES:

Está embarazada

Fecha de última menstruación

Existen muchas formas adecuadas y válidas para realizar la historia clínica, la más usual es la realizada por medio de cuestionarios elaborados e impresos, que son una guía en el interrogatorio.

De este modo el odontólogo adquiere una idea general acerca de la salud del paciente. La historia clínica constituye entonces un importante vínculo para una buena relación dentista - paciente.

EXAMEN RADIOGRAFICO DEL CANINO RETENIDO

Para encarar el problema quirúrgico, no es suficiente una radiografía intraoral (periapical u oclusal) pues sólo nos impondrá la existencia del diente.

Es necesario ubicar el diente según los tres planos del espacio, es imprescindible ver la cúspide y el ápice y conocer las relaciones con la vecindad de estas porciones y de todo el diente con los órganos vecinos.

La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo (

densidad, existencia de procesos óseos, pericoronarios, rarefacción, presencia de saco pericoronario, etc.).

La técnica correcta para tomar radiografía es indispensable, así se evita la distorsión, superposición o imágenes borrosas. El estudio radiográfico apropiado dará casi todos los datos diagnósticos de otros medios de examen. Las radiografías no se diagnostican sino que se interpretan.

Antes de atender un problema quirúrgico de esta especie se debe verificar la clase a que pertenece el canino retenido (Posición palatina o vestibular, distancia de los dientes vecinos, número de caninos retenidos) para imponer el tipo de intervención necesaria (vía de acceso, incisión, etc.).

Para investigar la relación vestibulo - palatina de los caninos retenidos superiores, nos asegura por medio de la radiografía oclusal. A pesar de que aproximadamente un 85% de los caninos retenidos son palatinos y que en muchas ocasiones el relieve que producen en la bóveda palatina los identifica hay que tener la absoluta seguridad de su posición.

Importancia de conocer la porción coronaria, la radiografía nos debe mostrar con nitidez: la forma de la corona, la existencia y dimensiones del saco pericoronario, la distancia y relación de la cúspide del canino con los incisivos centrales y laterales y la distancia con el conducto anterior.

IMPORTANCIA DE CONOCER LA PORCIÓN RADICULAR

La gran cantidad de masas óseas que se interponen al

paso de los rayos, oscurecen el diagnóstico del ápice del canino. Generalmente presenta dilaceración, además debemos ver su colocación a nivel o por encima de los ápices de los dientes vecinos y su proximidad con el seno maxilar.

TECNICA PARA LA TOMA DE LA RADIOGRAFIA

Para la correcta posición de la cabeza del paciente debe descansar ésta sobre el cabezal, lo que facilita la inmovilidad de la misma. La línea AB marca el plano horizontal que pasa por la parte inferior de la nariz y el centro del conducto auditivo externo (plano nasauricular).

La angulación del cono será de cuarenta y cinco grados y este se coloca exactamente sobre la parte media de la nariz. esta colocación corresponde a la zona de los centrales y laterales superiores. El ángulo de inclinación para la zona de caninos debe de ser de cuarenta y cinco grados y la punta debe de estar colocada en la fosa canina o en el ala de la nariz.

En la mandíbula la posición del canino es casi siempre horizontal y por detrás de las raíces de los demás dientes. Cuando la corona del canino incluido está en contacto con las raíces de los incisivos puede suceder que la corona de los mismos esté en giroversión hacia vestibular, de donde se deduce que el canino está por delante de las raíces de los incisivos, de lo contrario al lateral, se encuentra incluido hacia distal y se sospecha que la cúspide del canino topa la pared distal de aquel

diente.

La angulación para tomar la región de los caninos inferiores es de veinticinco grados.

DIAGNOSTICO

Parte de la ciencia y arte de curar que tiene por objeto interpretar y evaluar los datos y síntomas recogidos en el examen distinguiendo en el paciente el estado de salud o enfermedad en que se encuentra.

ASEPSIA

Es la ausencia de contaminación o de material séptico. Método empleado para impedir la entrada de gérmenes patógenos en el organismo.

ANTISEPSIA

Es el método que se propone evitar el desarrollo o trata de destruir los microbios para combatir o impedir la instalación de procesos infecciosos.

CAPITULO V

INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS DUROS Y BLANDOS

LA cirugía bucal como especialidad necesita también de un instrumental sofisticado que son muchos y diversos.

Será más eficaz la cirugía, si aprovechamos el menor número de instrumentos, dicho esto como casi norma. Cada vez que se maniobre cualquier instrumento, trataremos de sacar el mejor provecho de él y del objetivo para el que fue diseñado.

El instrumental se debe conocer a fondo, tanto sus indicaciones de trabajo como las de uso correcto. Los movimientos falsos dentro de una intervención, van a demostrar inseguridad, falta de conocimiento y desorganización del operador.

INSTRUMENTAL PARA SECCION DE TEJIDOS BLANDOS

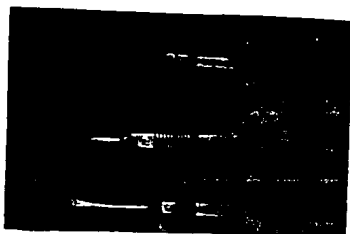
BISTURI: Nos sirve para la incisión quirúrgica bucal. Se utilizan el mango número 3 o 7 con hojas del número 11, 12 y 15 del tipo Bard Parker de hoja intercambiable.

La hoja número 15 se utiliza con más frecuencia, es la de uso general, para incisiones en mucosa y piel.

La hoja número 12 nos sirve para seguir las líneas cervicales de los dientes.

La hoja número 11 esencialmente nos sirve para el

drenaje de abscesos y la incisión (tejidos profundos).

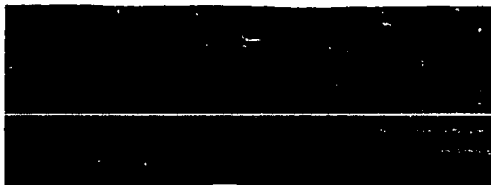


LEGRAS O ELEVADORES.

Periòsticos:Se usan para levantar primordialmente el mucoperiostio.La legra número 1 de Woodson y la número 9 son magníficas.

Existe también el periostomo y la espátula de Freer.

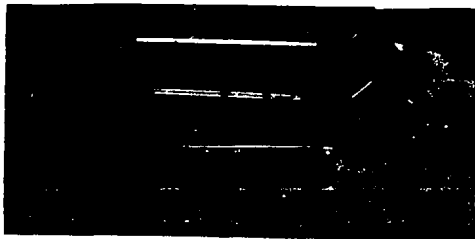
Retractor:El de Austin y el de la Universidad de Minnessotta son los más usuales.



CURETAS

Cureta de dos puntas:Cuya función es la de explorar los ápices de los alveolos y enuclear granulomas, quistes, tumores de

tejidos blandos y estructuras similares.



TIJERAS.

Existen dos tipos de tijeras generalmente para uso general.

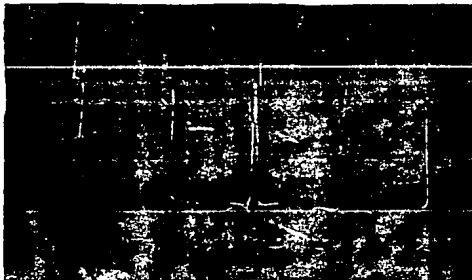
A) Tijeras para Sutura.

B) Tijeras para Tejidos.

Las Tijeras de Mayo de 15 cm. de dos puntas afiladas sirven tanto para diseccionar como para cortar bordes de la herida.

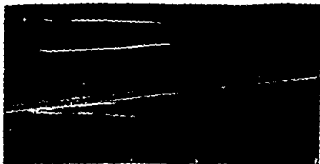
Tijeras de Mayo de 15 cm. con hoja roma y otra en punta sirven para corte de suturas

Tijeras de Mayo de 15 cm. curvas y rectas.



PINZAS PARA TEJIDOS

Pinzas para tejido bucales de Rochester. Además existen las pequeñas Pinzas de O'Brien sin dientes. Las pinzas de Kocher nemostáticas y las pinzas de Allis y de Kelly. Además Pinza de Kocher común.



SUTURA

Para la sutura de la mucosa se usa seda negra de 0-0 no reabsorbible.

AGUJA

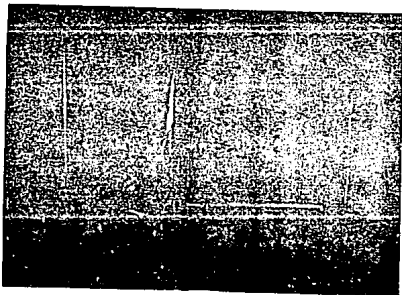
Con borde cortante para suturar la mucosa bucal. Está la marca Anchor 1622-16 (grande) o la 1822-20 (pequeña) o la Hu-Friedy 3/8 de círculo tamaño 18-20



PORTA AGUJAS

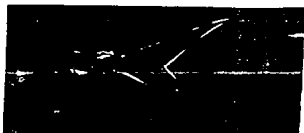
Utilizar el Heger-Mayo. Se utiliza para transportar la aguja cuando se requiere hacer el cierre de una herida (suturar).

PINZAS DE MOSCO.



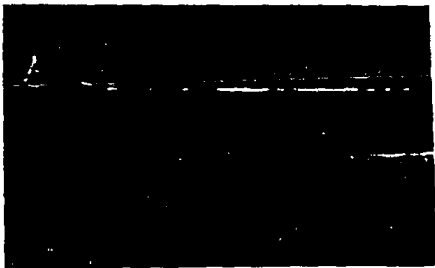
INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS DÜROS

PINZAS GUBIAS: Se utilizan para la resección de hueso (osteotomía) las hay curvas y rectas actúan retirando al hueso por secciones. (Pinza gubia de ramas curvas)



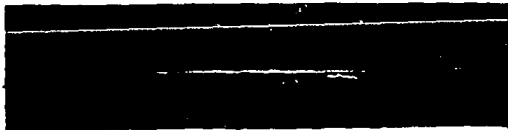
PIEZA DE MANO Y FRESAS QUIRURGICAS

La fresa quirúrgica se utiliza para el corte de los dientes y la remoción de hueso. Son preferibles la de carburo en lugar de la de acero. Las más usadas son la fresa de fisura estriada y la redonda de carburo, La irrigación es indispensable cuando se utilizan.



ESCOFINA O LIMA PARA HUESO.

Sirven para la preparación de maxilares.



ELEVADOR

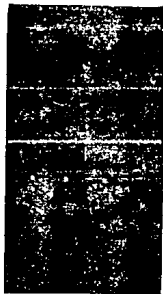
Consta de tres partes: Mango, Tallo (une la hoja con el mango) y Hoja (recta o curva).

Ayudan de la siguiente manera: facilitan la extracción del diente, disminuye el riesgo de fractura, facilitan el desalojo de los ápices fracturados de las raíces.

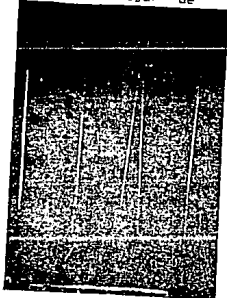
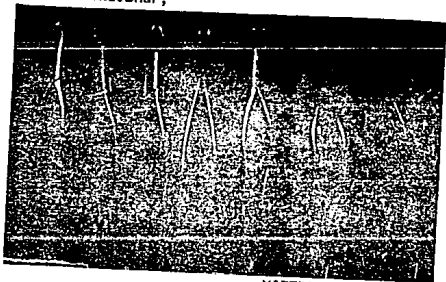
Los hay rectos, de bandera y apicales.



JERINGA PARA ANESTESIA



Parte del material quirúrgico son los Forceps, espejos bucales, pinzas de curación los cuales no debemos dejar de mencionar,



MATERIAL QUIRURGICO

- 1.-JERINGA HIPODERMICA DE PLASTICO
- 2.-SUERO FISIOLOGICO
- 3.-CLORURO DE BENZAL
- 4.-HILO DE SUTURA:CAT-GUT, SEDA, NYLON (3-0)
- 5.-GASA ESTERILIZADA
- 6.-MATERIAL DE RELLENO (Noemin, oxicel, gelfoam)
- 7.-ALCOHOL
- 8.-FORMOL AL 10%
- 9.-WONDER - PAK (apósito quirúrgico)
- 10.-MATERIAL DE DRENAJE (Gasa iodoformada, rubbe-dan, penrose)

CAPITULO VI

TRANSOPERATORIO

BLOQUEO

El control del dolor es presentado como principal labor en la práctica dental. La finalidad es que el dolor y la odontalgia no sean términos sinónimos.

El método más utilizado para controlar el dolor en la práctica odontológica es el bloqueo de la vía de los impulsos dolorosos. Esto se realiza depositando extraneuralmente un agente químico adecuado a la proximidad del nervio o nervios a bloquear. La solución es absorbida en el tejido lipóideo del nervio e impide la despolarización de las fibras nerviosas.

Cuando un nervio o fibras nerviosas no pueden conducir impulso a causa del efecto de un anestésico local, existe un estado de analgesia regional o anestesia regional en la zona inervada por estos nervios.

La analgesia se refiere a la pérdida de la sensación de dolor sin pérdida del conocimiento. Por eso la analgesia regional se refiere a la pérdida de la sensación del dolor en una parte de la anatomía, sin pérdida del conocimiento, además de la interrupción de otras sensaciones, incluso la temperatura, presión

y función motora.

La analgesia regional se puede dividir en (dependiendo del lugar de la incisión, zonas anestesiadas y técnica empleada):

1.-Bloqueo del nervio.

Se deposita la solución en la vaina per neural o en su proximidad.

2.-Bloqueo del campo.

Se deposita la solución en la proximidad de las ramas terminales mayores. Técnicamente hablando es cuando una solución anestésica local se deposita sobre el ápice de la raíz de un diente.

3.-Infiltración local.

Las pequeñas terminaciones nerviosas en la zona quirúrgica son saturadas de solución anestésica local.

4.-Analgesia tópica.

Se aplica directamente a la superficie de la zona quedando incapaces al estímulo las terminaciones nerviosas libres en lugares accesibles.

El método de bloquear el campo e infiltración local son similares. Estos métodos son:

1.-Inyección submucosa.

2.-Inyección paraperiódica o supraperiódica.

3.-Inyección intraósea (se realiza con un instrumento especial para que perfora primero el hueso y la aguja no se rompa al depositar la anestesia por dentro del hueso).

Es conveniente usar la técnica más simple y menos traumática y la mínima cantidad de solución para obtener el efecto deseado.

Hay varios factores a considerar en la elección de un método dado:

- 1.-La zona a anestésiar
- 2.-Profundidad requerida
- 3.-Duración de la anestesia
- 4.-Presencia de la infección
- 5.-Edad del paciente
- 6.-Estado del paciente
- 7.-Homeostasia, si se necesita.

TECNICAS DE LA ANALGESIA REGIONAL PARA EL NERVI0 MAXILAR Y SUS DIVISIONES

I.ACCESO INTRAORAL

- a)Infiltración local de las terminaciones nerviosas
- b)Bloqueo de las ramas terminales
- c)Bloqueo del nervio alveolar superior,anterior y medio.
- d)Bloqueo del nervio alveolar posterosuperior.
- e)Bloqueo del nervio nasopalatino
- f)Bloqueo del nervio palatino anterior
- g)Bloqueo del nervio maxilar.

II.ACCESO EXTRAORAL

- a)Bloqueo del nervio alveolar superior,anterior y

medio.

b) Bloqueo del nervio maxilar.

TECNICAS INTRAORALES

a) Analgesia submucosa.

Se introduce la aguja bajo la mucosa en tejido conjuntivo de la zona a anestesiar y se filtra lentamente la solución anestésica.

b) Supraperiódstica.

Se deposita sobre el periostio

c) Bloqueo infraorbitario

Zonas anestesiadas: Incisivos, caninos, premolares, labio superior y nariz del mismo lado.

Se palpa el borde infraorbitario hasta ubicar la escotadura, entonces el dedo que palpa desciende medio centímetro hasta tocar una depresión. El foramen infraorbitario está dentro de esa depresión, se utiliza el dedo índice para retraer el labio, exponiendo el pliegue mucolabial. Se inserta la aguja en el pliegue mucolabial en la línea paralela a la escotadura infraorbitaria, la papila ocular, la escotadura infraorbitaria y el segundo premolar si está en su lugar.

Otra dirección de inserción es desde el ángulo mesioincisal cortando en dos a la corona del incisivo central a unos 5mm. fuera del pliegue mucobucal y se mantiene en posición por el pulgar que señala la ubicación del foramen infraorbitario. Se deposita la solución manteniendo en posición el pulgar hasta

terminar la inyección.

d) Bloqueo del nervio alveolar posterosuperior (cigomática).

Zonas anestesiadas: Molares superiores, la prominencia alveolar bucal de los molares superiores, estructuras que los cubren como periostio, tejido conjuntivo y membrana mucosa, con excepción de la raíz mesiobucal del primer molar.

Se coloca el dedo índice izquierdo sobre el pliegue mucolabial en dirección posterior hasta llegar a la prominencia cigomática de la mandíbula.

El dedo índice debe señalar la dirección exacta que ha de seguir la aguja, se inserta en el tejido en línea paralela con el índice dividiendo la una. La inserción se hace a media y tres cuartos de pulgada hacia arriba y adentro, se coloca la solución de 1.8 a 2.2 ml. manteniendo la posición de la aguja.

e) Bloqueo del nervio nasopalatino.

Zonas anestesiadas: La parte anterior del paladar y estructuras que lo cubren hasta la zona de los premolares.

Se inserta la inyección en el tejido labial intratabical entre los incisivos centrales superiores, en ángulo recto de la lámina labial atravesando los tejidos hasta hallar la resistencia, entonces se deposita 0.25 ml. de solución anestésica, se retira la aguja y se vuelve a insertar lentamente en la cresta de la papila, asegurándose que esté en la línea con la lámina alveolar labial. La aguja entra lentamente en el foramen incisivo palatino, a un centímetro dentro del canal se coloca 0.25 a 0.5 ml.

f) Bloqueo del nervio palatino anterior.

Estructuras anestesiadas: La parte posterior del paladar y las estructuras que lo cubren hasta la zona del primer premolar.

Se coloca la aguja del lado opuesto a bloquear, se llega al foramen palatino mayor situado entre el segundo y tercer molar superior a un centímetro del borde gingival palatino hacia la línea media. La aguja debe insertarse muy lentamente hasta tocar el hueso del paladar. Se inyecta la solución anestésica de 0.25 a 0.5 ml.

g) Bloqueo del nervio maxilar

Zonas anestesiadas: Dientes maxilares del lado afectado, hueso alveolar y estructuras que lo cubre, paladar y partes del velo del paladar, labio superior, mejilla, costado de la nariz y párpado inferior.

I. Técnica de la tuberosidad alta.

Las mismas referencias que la del bloqueo del nervio alveolar posterior. (cigomática)

II. Técnica del canal palatino mayor.

Las mismas referencias que se utilizan para el nervio palatino anterior.

TECNICAS DE ANALGESIA REGIONAL PARA EL NERVI0 MANDIBULAR Y SUS
DIVISIONES

A) Bloqueo del nervio alveolar inferior, y del nervio lingual.

1.-Nervios anestesiados: El nervio alveolar inferior, nervio lingual, nervio mentoniano y el nervio incisivo.

2.-Zonas anestesiadas: Dientes mandibulares, cuerpo mandibular y una parte anterior de la rama, tercio anterior de la lengua y el piso de la boca, mucosas y mucoperiostio de la cara lingual de la mandíbula.

El operador debe de estar frente al paciente y con el índice izquierdo palpar el pliegue mucobucal. Se desliza el dedo hacia atrás hasta que toque el borde anterior del ramus (escotadura coronoides) el dedo se mueve lingualmente, cruzando el triángulo retromolar hasta el borde del oblicuo interno, se inserta la aguja desde el lado opuesto de la boca, cortando la línea media de una y penetrar los tejidos de la depresiónpterigotemporal. la aguja entra en los tejidos hasta tocar suavemente el hueso, se retira ligeramente la aguja 1 mm. y se deposita de 1.5 a 2 ml. de solución.

La aguja se retira lentamente y cuando se ha sacado la mitad de lo que había penetrado se inyecta en esta zona el resto de la solución para anestésiar el nervio lingual.

B) Bloqueo del nervio buccinador.

1.-Nervios anestesiados: Nervio buccinador, rama mandibular.

2.-Zonas anestesiadas: Membrana mucosa bucal y mucoperiostio de la zona molar mandibular.

Se inserta la aguja en la mucosa bucal,

distalmente al tercer molar y se deposita en esta zona de 0.25 a 0.5ml. de solución.

Otra técnica es insertar la aguja y depositar la solución directamente en el triángulo retromolar.

C) Bloqueo del nervio mentoniano.

1.-Nervios anestesiados: Nervio mentoniano, rama del alveolar inferior.

2.-Zonas anestesiadas: Membrana mucosa labial, labial inferior.

Se deben ubicar los ápices de los premolares luego se inserta la aguja en el pliegue mucolabial después de haber llevado la mejilla al lado bucal. La aguja penetra hasta tocar suavemente el periostio de la mandíbula, ligeramente anterior al ápice del segundo premolar, se deposita lentamente 0.5 ml. de solución anestésica.

D) Bloqueo del nervio incisivo.

1.-Nervios anestesiados: incisivo, rama o continuación del nervio alveolar inferior, nervio mentoniano.

2.-Zonas anestesiadas: Mandíbula y estructuras labiales que la cubren, premolares, nacinos e incisivos y labio inferior.

La técnica es la misma que para el bloqueo del nervio mentoniano excepto que la punta de la aguja debe penetrar en el foramen mentoniano para anestesiarse convincentemente el nervio incisivo. El nervio mentoniano será automáticamente bloqueado a la vez.

ANESTESICOS LOCALES

Todos los anestésicos locales son sales de sustancias básicas, liberándose la procedencia del medio alcalino de los tejidos, deteniendo a dosis apropiadas el paso de los iones a través de la membrana celular.

Los anestésicos se dividen en tres grupos:

1.-Grupo de Alcoholes.

2.-Grupo de Esteres:

ACIDO BENZOICO:	Piperocaina (Meticalna) Mepirilcaina (Orocaína) Kincaína (Kincaína)
ACIDO PARAAMINO- BENZOICO:	Procaína (Novocaína) Tetracaína (Pantocaína) Butetamina (Monocaína) 2-cloroprocaína (Nesacaína) Propoxicaína (Ravocaína)
ACIDO METAAMINO- BENZOICO:	Metabutetamina (Unacaína) Metabutoxicaína (Primacaína)
BENZOATO DE CI - CLOHEXILAMINO 2 PROPILO:	Hexilocaína (Ciclaína)
3.-Grupo Amidas:	Lidocaína (Xilocaína) Mepivacaína (Carbocaína) Prilocaína (Citanest) Pirrocaína (Dinacaína)

La lidocaína es probablemente el agente anestésico que más frecuente se utiliza en odontología. -se dice que la dosis tóxica de la lidocaína se encuentra entre 400 y 500 mg. Un cartucho de solución anestésica que contenga 1.8 ml. de una concentración al 2% tendrá, por lo tanto, 36 mg. de lidocaína. Según esto, el dentista tendría que inyectar poco más de 11 cartuchos de solución anestésica para llegar a la dosis

tóxica.

La cantidadde adrenalina contenida en un cartucho de 1.8 ml. de una concentración al 100000 sería de 0.018 mg. que administrados en forma subcutánea, no ejercerán ningún efecto demostrable en corazón ni en la circulación. La dosis terapéutica de adrenalina es de 0.3 a 0.5 mg. o de 0.3 a 0.5 ml. de una solución al 1:1000.

Propiedades físicas de los anestésicos.

- 1.-Hidrosolubles
- 2.-No debe irritar los tejidos con los que esté en contacto.
- 3.-Que sea destruido rápidamente en la sangre circulante.
- 4.-Que sea destruido lentamente en el tejido nervioso.
- 5.-Que se pueda combinar con vasoconstrictor.

Propiedades farmacológicas de los anestésicos.

- 1.-Periodo de latencia corto.
- 2.-Duración adecuada.
- 3.-Difusión conveniente.
- 4.-Estabilidad de la solución.
- 5.-Baja toxicidad
- 6.-Que no actúe como antigéno.

Factores que favorecen a las soluciones anestésicas.

- 1.-Naturaleza química de la droga
- 2.-Concentración de la droga
- 3.-Tamaño de la fibra nerviosa
- 4.-Duración del contacto entre el anestésico y el nervio.
- 5.-El pH de la solución anestésica
- 6.-Tolerancia del paciente
- 7.-Sensibilidad del paciente.

PASOS PARA REALIZAR LA CIRUGIA DE LOS CANINOS RETENIDOS

La región a intervenir requiere de pasos particulares, por lo que una cirugía bucal se compone por regla general de los siguientes tiempos.

- I.-INCISION Y COLGAJO
- II.-OSTEOTOMIA Y OSTECTOMIA
- III.-OPERACION PROPIAMENTE DICHA
- IV.-TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA
- V.-SUTURA

El instrumental utilizado ya fue mencionado anteriormente, por lo que sólo se mencionará la técnica de su manejo y los resultados de su empleo.

INCISION

Existen diferentes tipos de incisión para la extracción de los caninos superiores retenidos, dependiendo de su posición ya sea por palatino o vestibular.

La extensión de la incisión está dada por la posición del canino incluido, cúspide y ápice son los extremos, por fuera de los cuales se traza la incisión.

Incisión Vestibular

Los tipos de incisiones que se pueden emplear en este caso son la incisión en Arci (Partsh) y la incisión hasta el borde libre (Newman).

Incisión Palatina

Se incide con un bisturí Bard-Parker número 15 entre la encía y los dientes llegando hasta el hueso, dirigido perpendicularmente a la bóveda palatina, esto se realiza de la cara distal del segundo premolar a la cara distal del primer molar, extendiéndose a continuación en sentido anterior hasta los incisivos centrales, incisivo lateral, premolares o molares del lado opuesto., si existe espacio del canino en la arcada se contorna el premolar siguiendo la incisión en la cresta, festoneando posteriormente a la zona deseada.

Otra forma de incisión en la bóveda palatina es: Se seccionan los tejidos palatinos con el bisturí Bard-Parker número 15 festoneando los dientes desde mesial del incisivo central hasta distal del segundo premolar, después se hace una incisión longitudinal por el centro del paladar de cuatro centímetros aproximadamente partiendo de la cresta de la papila interdental entre los incisivos centrales.

Esta incisión atravieza el conducto nasopalatino, por lo que se produce una hemorragia que se controla oprimiendo éste con una gasa por varios minutos o introduciendo una gasa yodoformada en el conducto.

El bisturí se toma como si fuera un lápiz, apoyándolo en la cara palmar del dedo índice, la cara palmar del dedo pulgar y el borde arcial del dedo medio.

La posición posterior del bisturí descansa en el

espacio interdigital de los dedos pulgar e índice. Es necesario que la mano que maneja el bisturí, tenga punto de apoyo obteniéndolo con los dedos meñique y anular apoyados sobre la arcada dentaria vecina. La mano contraria se apoya sobre la cara del paciente, el trazado de la incisión se hace de un sólo movimiento o intención.

SEPARACION DEL COLGAJO

El desprendimiento del colgajo se lleva a cabo con un perióstomo, separando el colgajo mucoso del paladar duro con suaves movimientos de lateralidad de mesial a distal hasta que la estructura ósea esté completamente expuesta, sosteniendo con un separador; para inmovilizar el colgajo se pasa un hilo de sutura por fibromucosa y se anuda el hilo al molar del lado opuesto cuidando de irrigar constantemente el colgajo con suero fisiológico tibio, para evitar que se gangrene o necrose.

OSTEOTOMIA

El principal obstáculo en la extracción del canino retenido está en su corona., la osteotomía debe descubrir toda la corona principalmente a nivel de la cúspide del canino y en su anchura al mayor diámetro de la corona, según sea la inclinación del canino será mayor o menor desgaste o pérdida de hueso a nivel de su parte radicular, aunque generalmente es suficiente descubrir el tercio cervical de la raíz.

OSTECTOMIA

Con una fresa para hueso se hacen orificios en el hueso a una distancia de 3 mm. uno del otro alrededor de la corona del diente incluido teniendo cuidado de no lastimar los dientes adyacentes a él, en caso de que estén cercanos. Posteriormente se unen los orificios con fresa o escoplo y martillo, retirando después el hueso que cubre la corona. En caso de necesitar mayor visibilidad se hace más grande el orificio con la fresa cuidando que no se lesione dientes vecinos, si no hay espacio se puede aumentar la abertura del lado opuesto o bien se secciona la corona con fresa (odontosección).

OPERACION PROPIAMENTE DICHA

La extracción se realiza con palancas que apoyadas en el hueso sólido, elevan al diente siguiendo la brecha ósea creada.

En caso de que el diente esté colocado casi en posición vertical y la corona no se encuentre enclaustrada, puede ser extraído con un elevador recto introduciendo entre la cara del incluido que hará que vire a la línea media y la pared ósea contigua con movimientos de rotación.

Otro método sería introducir el instrumento para luxar el diente, la extracción se termina tomando el diente a nivel de su cuello con un forceps para premolares superiores (en caso de que no se pueda maniobrar) con suaves movimientos de rotación y

tracción en dirección del eje del diente.

En caso de no ser posible la extracción del diente por este método debido a la posición del diente, se procede hacer la odontosección, seccionando el órgano dentario en el número de fragmentos que sean necesarios para extraer sus partes por separado, una vez seccionado el diente se introduce un elevador en el espacio creado por la fresa con movimientos rotatorios se separa la raíz y la corona, luego se aplica el elevador a nivel de la cúspide del canino dirigiéndolo con dirección del ápice, eliminada la corona de la raíz, se puede luxar introduciendo el elevador entre la pared radicular que fuera ala línea media del hueso adyacente dirigiendo la raíz hacia abajo.

también se puede hacer un orificio con fresa en la bóveda que llegue hasta la raíz para introducir por este un elevador impulsando la raíz hacia adelante, en caso de haber dilaceración radicular en el canino, se secciona dicha raíz facilitando de esta manera su extracción.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

Se debe extraer el saco pericoronario y hacer un buen legrado de la cavidad ósea, limar los bordes cortantes con lima para hueso e irrigar a presión con suero fisiológico con una jeringa hipodérmica, para evitar que queden atrapados restos del saco pericoronario o de hueso.

SUTURA

Se lleva el colgajo a su lugar, adosándolo a la bóveda palatina cuidando que las zonas de las papilas estén bien colocadas., los puntos de sutura pueden variar dependiendo del tamaño del colgajo, ya hecha la sutura se coloca una gasa comprimiendo y manteniendo la fibromucosa adosada al hueso.

a) Sutura Festoneada: Es una forma de sutura continua.

b) Sutura Continua: Método que no tiene varias aplicaciones en nuestro campo, sólo se emplea en alveolotomías y preparaciones quirúrgicas para prótesis sobre el reborde alveolar.

c) Sutura para Puntos Separados: Es el método más usado en cirugía bucal y consiste en realizar puntos independientes uno de otro, el material de sutura debe asegurarse por medio de nudos los cuales hay de dos clases: Nudos simples y nudos de cirujanos.

CAPITULO VII

COMPLICACIONES

INMEDIATO

Las complicaciones por la absorción del anestésico pueden ser:

A) TOXICIDAD. Se refiere a los síntomas manifestados como resultado de sobredosis excesiva de droga.

B) INTOLERANCIA. Es importante que se elija la droga adecuada según las características de cada paciente.

C) ALERGIA Y ANAFILAXIA. No son muy comunes sólo el 1% de las reacciones de la anestesia son de origen alérgico.

D) REACCIONES LOCALES. Son reacciones tisulares locales.

Complicaciones atribuidas a la inserción de la aguja:

A) COLAPSO. El colapso o síncope es tal vez la complicación más frecuente asociada a la anestesia local. Es una forma de shock neurógeno causado por anemia cerebral secundaria a una vasodilatación o incremento de lecho vascular con descenso de la tensión sanguínea.

B) TRISMUS MUSCULAR. Es una complicación común de la analgesia o anestesia regional, especialmente después de bloqueos del nervio alveolar inferior.

C) DOLOR O HIPERESTESIA. Es muy común el dolor durante o después de la administración de un anestésico regional. Deben ser lo más indoloras posibles las maniobras asociadas a la anestesia.

D) EDEMA. Generalmente es un síntoma y raramente una entidad.

E) INFECCION. Como factor que produce dolor no necesita ser estudiado.

F) AGUJAS ROTAS. Es una de las complicaciones más deprimidas y la más fácil de evitar.

G) ANESTESIA PROLONGADA. Se debe a soluciones contaminadas como alcohol y otros medios esterilizantes. Así como ocasionar la hemorragia en la vaina neural que origina presión y anestesia subsiguiente.

H) HEMATOMA. Es una complicación común de la analgesia regional intraoral, asociada al bloqueo cigomático e infraorbitario.

I) SINTOMAS NEURALGICOS. Los pacientes pueden presentar parálisis facial, desviación de la vista, debilidad muscular, ceguera temporal, astigmatismo, etc.

Las complicaciones visuales se presentan después de haber bloqueado el nervio maxilar ya que parte del anestésico alcanza al nervio motor ocular, no necesita tratamiento, desaparece conforme se elimina el anestésico.

J) NAUSEAS Y VOMITO. Puede ser provocado cuando se anestesia el conducto palatino posterior, provocando la difusión

del anestésico hacia paladar blando, úvula y amígdalas, desaparece esto cuando el paciente se acostumbra a la anestesia.

K) LIPOTIMIA. Pérdida temporal de la conciencia causada por una anemia cerebral pasajera lo que ocasiona pérdida de la circulación sanguínea.

Dentro de las complicaciones inmediatas durante la extracción dental son muchas y muy variadas y algunas pueden ocurrir aun cuando se emplea mucho cuidado. Otras se pueden evitar si el plan de tratamiento diseñado para tratar con las dificultades diagnosticadas durante un cuidadoso examen preoperatorio.

POSIBLES COMPLICACIONES:

Fracaso en:

Asegurar la anestesia.

Extraer el diente ya sea con forceps o elevador.

Fractura de:

Corona del diente al ser extraído

Raíces del diente al ser extraídas

Hueso alveolar

Tuberosidad del maxilar

Dientes adyacentes

Mandíbula

Dislocación de:

Dientes adyacentes

Articulación temporomandibular

Desplazamiento de una raíz

Dentro de los tejidos blandos

Dentro del seno maxilar

Hemorragia excesiva

Durante la extracción

Al terminar la extracción

Daño a.

Encías

Labios

Nervio dentario inferior o cualquiera de sus ramas

Nervio lingual

Lengua y piso de la boca.

MEDIATO

1.-HEMORRAGIA PROLONGADA. Es la más común se debe tratar al principio mediante compresión con una gasa doblada y húmeda, sobre el sitio de la cirugía y morder firmemente durante unos 20 a 30 minutos.

Otra forma de para la hemorragias que se administra anestesia, se lava y se inspecciona la herida quirúrgica.

Un método común para controlar la hemorragia es taponar el alveolo con gel-foam u óxido de celulosa (materiales absorbibles).

2.-INFECCION. Es muy común que haya infección en una

herida abierta ya que el ambiente de la cavidad bucal está cargado de bacterias y otros microorganismos.

SINTOMAS DE INFECCION:

- 1.-Dolor
- 2.-Tumefacción
- 3.-Espasmos musculares
- 4.-Aumento de la Temperatura Corporal
- 5.-Acúmulo de pus en la herida quirúrgica.

El tratamiento se divide en:

- 1.-Local
- 2.-General

Tratamiento Local:

a) Se lava la herida con solución fisiológica tibia.

b) Se le pide al paciente que se lave la boca cada hora con media cucharadita de sal disuelta en un vaso de 240 ml. de agua muy caliente.

c) Aplicar compresas de agua caliente sobre el sitio de la operación.

d) Drenaje de líquido purulento.

Tratamiento General:

- a) Reposo en cama
- b) Líquido en abundancia
- c) Administración de medicamentos.

ALVEOLO SECO.

Se origina por desprendimiento o falta de formación de un coágulo.

CAUSAS:

- 1.-Deficiencias anatómicas
- 2.-Trauma excesivo
- 3.-Vasoconstricción a causa del anestésico
- 4.-Infección preoperatoria o posoperatoria
- 5.-Descuido del paciente
- 6.-Deficiencias nutricionales
- 7.-Desechos extraños que contaminen el alveolo.

Dentro de algunas complicaciones mediatas podemos nombrar algunas otras como:

Dolor posoperatorio debido a:

Daño a los tejidos duros y blandos

Alveolo seco

Osteomielitis aguda de la mandíbula.

Artritis Traumática de la articulación temporomandibular.

Edema posoperatorio debido a :

Formación de hematoma

Infección

Trismus muscular

Creación de la comunicación buccantral.

CAPITULO VIII

TRATAMIENTO POSOPERATORIO

Este término se emplea para definir al conjunto de observaciones, medidas, tratamientos, precauciones, maniobras, técnicas y medicación que se realizan después de la operación, con el objeto de mantener mejor la evolución de los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza en el logro del mejor estado de salud.

Los cuidados posoperatorios deben referirse a la herida misma, al campo operatorio y el estado general del paciente.

INDICACIONES POSOPERATORIAS

Las indicaciones posoperatorias son todas esas instrucciones que se deben explicar al paciente después de una intervención quirúrgica como son:

- 1.-Reposo relativo por lo menos un par de días.
- 2.-Dieta líquida fría las primeras doce horas.
- 3.-Aplicación de hielo por fuera de la zona operada de 9 a 12 horas (protegiendo la piel con vaselina), en caso de que sea por palatino se le puede mandar al paciente nieve.
- 4.-Aseo oral normal sin tocar la zona operada.

enjuagues de agua tibia (hervida con sal) tres veces al día.

5.-Dieta blanda y sin irritantes durante 2 0 4 días.

6.-No fumar

7.-Aplicación de fomentos húmedo-calientes en la zona inflamada al día siguiente de la intervención.

8.-Prescripción de antibiótico antiinflamatorios.

ANTIBIOTICOTERAPIA

Hay tres reglas básicas:

1.-Elección del antiótico o antiinflamatorio.

La mayoría de los microorganismos de los procesos infecciosos de la cavidad oral son gram positivos en un 90%.La elección del medicamento debe ser propio para gram positivos.

Cuando prescribimos un antibiótico que rompe con todo el equilibrio y afecta tanto al microorganismo gram positivos o gram negativos, micóticos., se rompe ese equilibrio y puede causar una superinfección o que el paciente presente:

a)Resistencia al antibiótico

b)Suceptible al antibiótico (hipersensibilidad)

El medicamento de elección para gram positivos son las penicilinas.

2.-Dosis diaria.

Minima requerida es de 2 gr. diarios (por via oral) casi en todos los medicamentos.

3.-Tiempo de administración.

De 7 a 10 días (dependiendo del proceso infeccioso / la vía de administración). Es periodo normal para erradicar el microorganismo.

PENICILINAS

Es un antibiótico de espectro reducido, de origen vegetal, sustancia producida por hongos, actinomicos y bacterias.

Inhibe la síntesis de pared celular.

La descubre Alexander Fleming.

Es obtenida del penicilium.

Es atóxico, actúa en el nivel de los ácidos nucleicos, síntesis de proteínas.

Todos los daños son reversibles.

Las penicilinas se dividen en:

- a) Naturales
- b) Semisintéticas
- c) Sintéticas.

NATURALES: Penicilina G cristalina Benzatínica
 sódica P.V Opal/fenometil
 Potásica
 Procainica

Se maneja a base de unidades en general.

SEMISINTÉTICAS: La enzima P lactamasa neutralizan (naturales). Son específicas para microorganismos.

- 1.-Stafilina
- 2.-Naftcilina
- 3.-Cloxacilina

4.-Dicloxacilina

No son activadas por la B lactamasa.

SINTETICAS:

- 1.-Ampicilina
- 2.-Carbencilina
- 3.-Amoxicilina

Son activadas por la B lactamasa.

ERITROMICINAS

Antibiótico de amplio espectro, actúa sobre los cocos gram - y susceptibles a los diplococos, neumococos, estreptococos pyogenes, hemolíticos B, viridans.

La dosis diaria es de 1 a 2.5 grs. en adultos ,en niños baja la dosis.Se absorbe en el tracto intestinal.

TETRACICLINAS

Se obtiene de un hongo

Medicamento de amplio espectro, excepto en hongos.

Tiene una gran afeción por tejidos duros (huesos a dosis altas altera las funciones de estos huesos).

Contraindicaciones: Mujeres embarazadas y niños, ya que ocasiona hipoplasia adamantina,pigmentación.

Sólo se da en osteomielitis y en ocasiones como un medicamento de segunda elección.

ANTINFLAMATORIOS

a) Orgánicos

b) Inorgánicos

Son absorbidos en el plasma sanguíneo y se destruyen en todo el organismo, se excreta por el riñón y las heces fecales.

Los antiinflamatorios se dividen en:

Vegetales: Papaina = papaya
Anace = piña

Químicos: Naproxén sódico
Ketoprofen
Indometacina

Enzimáticos: Danzen (Serato peptidaza, obtenida del gusano quimiodornasa).

Estreptocornasa de ceda.

Los inflamatorios actúan después de la segunda dosis, para que actúe bien se hace primero una toma preoperatoria 24 o 48 hrs. antes de la intervención.

Los antiinflamatorios enzimáticos actúan sobre la red de fibrina que rodea a un proceso inflamatorio y la rompen, esto tiende a desalojarse más rápido.

CONCLUSIONES

La finalidad de este trabajo es dar a conocer la forma en la que se realizan las extracciones de caninos retenidos.

Es de mayor importancia realizar la cirugía o extracción de los caninos retenidos antes de encontrarse con alguna alteración o consecuencia grave, para evitar trastornos patológicos que puedan ocasionar una destrucción ósea tanto en maxilar como en mandíbula que pueda llegar a afectar en menor o mayor proporción la salud del paciente.

También logramos comprobar que la frecuencia y la etiología es muy variada, por lo que el buen diagnóstico del Cirujano Dentista remitido al Cirujano Maxilofacial hará menos traumática la intervención y más corto el tiempo de recuperación para él mismo, que si no se siguieran resultaría lo contrario.

Para extraer un órgano dentario impactado es necesario hacer el diagnóstico exacto, valorar el riesgo quirúrgico local y general además de siempre conservar

los principios básicos de la cirugía bucal, dentro de la cual se encuentra la odontosección que nos va a servir para eliminar y facilitar la extracción de caninos retenidos.

BIBLIOGRAFIA

CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL
DR. KRUGER GUSTAVO
EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA
SEGUNDA REIMPRESION DE LA QUINTA EDICION
BUENOS AIRES, ARGENTINA
1990.

CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL PEDIATRICA
DR. SANDERS BRUCE
EDITORIAL MUNDI
PRIMERA EDICION
BUENOS AIRES, ARGENTINA
1984.

CIRUGIA BUCAL
RIES CENTENO
EDITORIAL EL ATENEO
NOVENA EDICION
BUENOS AIRES, ARGENTINA
1987.

ANATOMIA HUMANA
DR. QUIROZ GUTIERREZ FERNANDO
TOMOS I Y II

EDITORIAL FORRUA S.A.
VIGESIMA SEPTIMA EDICION
MEXICO,D.F.
1988

ANESTESIA LOCAL Y CONTROL DEL DOLOR
EN LA PRACTICA DENTAL. MONHEIM
PROF. C. BENNETT RICHARD D.D.S. PH D.
EDITORIAL MUNDI
QUINTA EDICION
1974

TRADUCTOR DE LA QUINTA EDICION:
DR. LERMAN SALVADOR.

ANESTESIA Y ANALGESIA DENTAL
ALLEN GERALD D.
NORIEGA EDITORES
PRIMERA EDICION
1989.

CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL
DR. LASKIN DANIEL M.
EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA
BUENOS AIRES, ARGENTINA
1987.

CIRUGIA ORAL
DR. LOPEZ ARRANZ J.S.
DR. GARCIA FERLA A.

EDITORIAL INTERAMERICANA MCBRAWHILL

PRIMERA EDICION

1991.

CIRUGIA BUCAL

DR. COSTICH EMMETT R.
DR. WHITE RAYMOND F. Jr.

EDITORIAL INTERAMERICANA

PRIMERA EDICION

1974.