



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Estudio Clínico, Radiográfico y Tratamiento Quirúrgico de los Caninos Incluidos

T E S I S

Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

Luis Antonio López Terán

México, D. F.

1978

13321



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

GRACIAS SEÑOR POR HABERME PERMITIDO
VER REALIZADOS MIS ANHELOS, PERDONA
MIS FALLOS, BENDICE MIS ESFUERZOS Y
ENTUSIASMO Y CONCEDEME EL ENTENDI--
MIENTO NECESARIO PARA SERVIR CON OP
TIMISMO A MI PROJIMO.

En memoria de:

Sr. C.D. Jorge Guerrero y
Díaz de León.

Dedicación especial a:

Mis abuelitos:

Sr. Luis López Poblete y
Sra. Amalia Koch de López
Por ser mi base moral y -
espiritual desde la infan-
cia Sr. Miguel Terán Gon-
zalez y Sra. Luz Romero -
de Terán con todo respeto
mi agradecimiento.

A mis Padres:

Sr. Luis López Koch y Sra. Josefina Terán
de López y mis hermanos: Amalia, Isabel,-
Consuelo, Alfredo y Milagro quienes moti-
varon mi afan de superación con su cariño
y consejos.

Con afecto a mis tíos de CD. Reynosa Tamaulipas
y C.D. Camargo Chihuahua, México:

Sr. Ing. Vicente Hernández González y Sra.

Sr. Ing. Alfredo López Kock y Fam. Calleja López

Agradecimiento especial al Sr:

C.D. Victor Manuel Barrios Estrada

Por su amistad y la dirección
de esta tesis.

A quien alento con amor mi entusiasmo
por esta profesión.

A la Facultad y Profesores:

Que me dieron bases de
inestimable valor du--
rante los años de estu
dio.

AL HONORABLE JURADO

A todos los que directa e indirecta-
mente me brindaron apoyo durante mi-
formación profesional.

I N D I C E

CAPITULO		Pág.
I.	INTRODUCCION	1
II.	ANATOMIA DE LA CAVIDAD BUCAL	5
III.	CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS	25
IV.	CAUSAS DE RETENCION EN GENERAL	29
V.	HISTORIA CLINICA	34
VI.	ANALISIS CLINICO DEL PACIENTE	42
VII.	ESTUDIO RADIOGRAFICO	47
VIII.	PREOPERATORIO	50
IX.	INSTRUMENTAL	58
X.	TECNICAS QUIRURGICAS PARA LA REMOSION DE CA- NINOS INCLUIDOS	62
XI.	EL POSTOPERATORIO	72
XII.	CONCLUSIONES	82
XIII.	BIBLIOGRAFIA	83

C A P I T U L O I
I N T R O D U C C I O N

En el cumplimiento de los nobles fines que persigue la ciencia médica, la Odontología se enmarca dentro de las -- más nobles y humanas de las profesiones. Ya que mediante el amplio conocimiento de la conservación de parte de nuestro organismo, como es la cavidad oral se ayuda al buen funciona--- miento de los aparatos y sistemas del cuerpo humano.

Tomando en cuenta lo anterior tenemos que el odontó- logo actual es un profesional especializado en una de las --- ciencias médicas. Por tal fin se cursa un plan de estudios - ordenado con materias básicas que lo capacitan para la eficaz interpretación de los aspectos médicos y quirúrgicos de las - afecciones bucodentales.

A pesar de la ajustada preparación y su eficiencia - irrefutable el odontólogo no ha logrado todavía, ser justipre- ciado en los elevados fines de su función social; no por que le falta autoridad científica que disminuya su capacidad pro- fesional, sino porque en la vida es más común aferrarse a los prejuicios que creer en los beneficios de la vida.

Por tal motivo se ha elegido el tema referente a "Ca-
ninos Incluidos" el cual ha de realizarse como último para po-
der obtener el Título de Cirujano Dentista dentro de la Facul-
tad de Odontología U.N.A.M.

La eliminación de un canino retenido merece la aten-
ta consideración del Cirujano Dentista.

Nuestro objetivo es dar a conocer a compañeros de la
profesión los principios esenciales para un tratamiento ade-
cuado en el caso de una retención del canino, en una forma --
sencilla y fácilmente comprensible.

Dentro de las diversas piezas dentarias impactadas -
que se pueden encontrar, el canino es una de las que ofrecen
mayor complejidad tanto en su estudio como en su técnica de -
extirpación. Dentro de su estudio anatómico, se despejarán --
dudas posibles desarrollando ampliamente la anatomía Topográ-
fica y Quirúrgica de la región del canino.

Esta pieza dentaria generalmente presenta problemas
de erupción por existir gran cantidad de tejido óseo, anoma-
lías en la oclusión o lesiones propias ocasionando serios --
problemas patológicos.

En uno de los capítulos que comprende esta tesis se

expondrá la necesidad del estudio radiográfico, su estudio e interpretación ya que es un factor indispensable para realizar una intervención quirúrgica correcta y así evitar lesiones a tejidos vecinos que no requieren ser afectados durante la extracción.

Ahora bien, recordando la importancia de estos factores se debe tomar en cuenta otros tantos factores como lo son

El lugar donde se efectúa la extracción, el instrumental-quirúrgico adecuado, para realizar la extirpación. La operación que se indica en la asepsia de la región, el cuidado de que no existan complicaciones posteriores tales como la infección y traumatismo innecesario.

La anestesia, la operación y el cuidado postoperatorio; con todos estos conceptos realizados con responsabilidad, es seguro el éxito de la eliminación del canino, impactado o incluido.

"Cada uno de estos capítulos lleva consigo todo el empeño posible de poder motivar al máximo el interés del lector para que comprenda la gran importancia que tiene la eliminación de un canino incluido.

" D E F I N I C I O N "

Se denominan "Dientes Retenidos" (dientes incluidos) ó impactados a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares, -- manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

Imprecisamente se han llamado dientes retenidos a -- aquellos que no han erupcionado después de su tiempo normal de erupción sin existir causa patológica que los determine.

C A P I T U L O I I

ANATOMIA DE LA CAVIDAD BUCAL

La cirugía bucal se realiza en la cavidad bucal y en las regiones anexas:

Huesos maxilares con sus procesos alveolares y regiones vecinas con las cuales la cirugía bucal puede tener relaciones. Los huesos maxilares forman parte del denominado macizo facial; anatómicamente formada por varios huesos que son:

I.- a) Huesos de la cara

Los huesos de la cara se dividen en dos grupos: Los que forman el macizo facial y la mandíbula.

Maxilar Superior

Es un hueso de forma irregular que como detalle importante presenta una cara inferior cóncava que con la del maxilar opuesto forma la bóveda palatina o paladar. En el borde externo de esta cara, se hallan los alvéolos dentarios donde se articulan las piezas dentarias.

En su cara externa se aprecia una formación ósea as-

cendente llamada rama ascendente del maxilar superior destinada a articularse con los huesos propios de la nariz, los unguis, al mismo tiempo que forma el borde interno e inferior de la cavidad orbitaria.

Por detrás de esta rama ascendente se observa otra saliente ósea destinada a articularse con el hueso malar. En su posición posterior presenta superficies articulares para el hueso palatino. En el espesor de este hueso existe una gran concavidad llamada seno maxilar.

b) Mandíbula

Presenta su cara anterior en forma convexa, presenta en la línea media una cresta vertical vestigio de la unión de las dos porciones simétricas de la mandíbula denominada sínfisis mentoniana, la cual termina por debajo de una protuberancia ósea. La eminencia mentoniana, esta protuberancia es de extraordinaria dureza, como que esta formada de tejido compacto, es de difícil sección al escoplo en el acto quirúrgico en caso que sea necesario.

A ambos lados de la protuberancia mentoniana y en su límite con el cuerpo del hueso se encuentran dos pequeñas elevaciones denominados tubérculos mentonianos. Entre este tubérculo y la eminencia ósea que produce la raíz del canino, es posible descubrir una depresión denominada fosita mentonia

na, de la cual existen orificios para el paso de vasos y nervios. De la protuberancia parte una cresta la cual se dirige diagonalmente hacia atrás y arriba; es la denominada línea -- oblicua externa de la mandíbula en la cual se insertan tres -- músculos: Cuadrado de la barba, triangular de los labios y cutáneo. Aproximadamente a la altura del segundo premolar o entre ambos premolares, y en un punto equidistante del borde superior e inferior de la mandíbula, se encuentra un orificio -- denominado agujero mentoniano, que da paso a la arteria y venas mentonianas y al nervio del mismo nombre (paquete vasculo nervioso mentoniano).

La mandíbula es un hueso impar, medio y simétrico, -- está relacionado con el cráneo por medio de la articulación -- temporomaxilar, cóndilo de la mandíbula y cavidad glenoidel -- del temporal.

c) Hueso Malar

Es un hueso par que forma el pómulos y completa en -- su parte infero-malar el borde y, la cavidad orbitaria.

Se articula hacia adelante y adentro con el maxilar -- superior hacia arriba con el frontal, hacia atrás con la apó -- fisis cigomatica del temporal y al formar parte del piso de -- la cavidad orbitaria con el ala mayor del esfenoides.

d) Huesos propios de la Nariz

Son dos huesecillos planos unidos entre sí, unidos en la línea y formando la raíz de la nariz, se articulan por arriba con el frontal por atrás con las ramas ascendentes del maxilar y el borde inferior que se une al cartílago de la nariz.

e) Huesos Unguis o Lagrimal

Son también dos huesecillos planos de forma cuadrilátera, delgados que presentan en su cara externa una cresta -- llamada lagrimal que constituye el orificio superior del canal nasal. Se articula con las masas laterales del etmoides para formar la pared interna de la cavidad orbitaria, por --- arriba con el frontal y por delante con la rama ascendente -- del maxilar.

f) Huesos Palatinos

Están situados por detrás de los maxilares y se distinguen dos partes o láminas una horizontal más pequeña y una vertical. La horizontal, junto con el maxilar, formará la bóveda palatina o paladar, y su porción vertical que tiene dos caras externa e interna limita al seno maxilar, al mismo tiempo que forma la pared externa de las fosas nasales. En su cara interna se observan dos rugosidades donde se articulan el cornete medio y el inferior. Su borde posterior se articula con la apófisis pterigoidea del esfenoides, en la por

ción más posterior de las fosas nasales, llamadas coanas.

g) Cornetes Inferiores

Son los huesecillos delgados que se articulan a la pared externa de las fosas nasales y que junto con los cornetes medios y superiores así como con los accesorios, tienen como fin hacer circular el aire de la respiración con objeto de humedecerlo calentarlo y limpiarlo.

h) Hueso Vómer

Es un hueso impar, situado en el plano sagital, que junto con la lámina perpendicular del etmoides y el cartílago forman el tabique de las fosas nasales, se articula por arriba con el esfenoides, en la forma del género de esquindilesis

Por delante con la lámina perpendicular del etmoides y el cartílago. Por debajo con, los palatinos y los maxilares superiores. El borde posterior es libre y junto con las apófisis pterigoides del esfenoides, forman las coanas.

i) Huesos Hioides

Impar y medio situado en el cuello por debajo de la lengua y por encima del cartílago tiroides de la laringe, tiene la forma de una herradura, cóncava hacia atrás con semejanza con la mandíbula, no tiene articulación directa con ningún hueso y su función es prestar inserción a músculos y ligamen-

tos del cuello y la laringe.

II.- a) Músculos

No resulta adecuado atribuir una función específica a cada uno de los músculos, debido a la complejidad de los movimientos funcionales y no funcionales del maxilar, pero es necesario describir los datos anatómicos esenciales y las funciones principales de cada músculo para explicar la biomecánica básica que interviene en los movimientos y posiciones de la mandíbula.

a) Músculo Temporal

Se inserta ampliamente sobre la cara externa del cráneo y se extiende hacia adelante hasta el borde lateral del reborde supraorbitario. Su inserción inferior se hace en la apófisis coronoides, formado por tres tipos de fibras:

Las fibras anteriores son casi verticales.

Las fibras de la parte media corren en dirección oblicua.

Las fibras posteriores son casi horizontales, inervado por tres ramas del nervio maxilar inferior.

tos de lateralidad del maxilar hacia el mismo lado, pero la retracción bilateral del maxilar desde una posición protusiva afecta a todas las fibras del músculo.

b) Músculo Masetero

Es un músculo de forma rectangular y está formado -- por dos haces musculares principales, que abarcan desde el arco cigomático hasta la rama y el ángulo y cuerpo del maxilar.

Su inserción sobre este hueso abarca desde la región del segundo molar sobre la superficie externa del maxilar, -- hasta el tercio inferior de la superficie posteroexterna de la rama. La función principal del músculo masetero es la elevación del maxilar, aunque puede colaborar en la protusión -- simple y juega un papel principal en el cierre el maxilar --- cuando simultáneamente este es protruido. Toma parte también en los movimientos laterales extremos del maxilar.

Se considera que el mesetero actúa principalmente -- proporcionando la fuerza para la masticación.

c) Músculo Pterigoideo Interno

Es de forma rectangular con su origen principal en -- la fosa pterigoidea y su inserción sobre la superficie interna del ángulo del maxilar.

A partir de su origen el músculo se dirige hacia abajo, hacia atrás y hacia afuera hasta su sitio de inserción.

Las funciones principales del músculo pterigoideo interno son la elevación y colocación en posición lateral del maxilar inferior. Los músculos pterigoideos son muy activos durante la protusión simple y un poco menos si se efectúa al mismo tiempo abertura y protusión.

En los movimientos combinados de protusión y lateralidad.

d) Músculos Pterigoideo Externo

Tiene dos orígenes: Uno de los fascículos se origina en la superficie externa del ala externa de la apófisis pterigoidea mientras que otro fascículo más pequeño y superior, se origina en el ala mayor del esfenoides.

Ambas divisiones del músculo se reúnen por delante de la articulación temporomaxilar cerca del cóndilo del maxilar. La inserción principal del músculo pterigoideo externo se encuentra en la superficie anterior del cuello del cóndilo.

Algunas fibras se insertan también en la cápsula de la articulación y en la porción anterior del menisco articular. La dirección de las fibras del fascículo superior es ha

cia atrás y hacia afuera en su trayecto horizontal, mientras que el fascículo inferior se dirige hacia arriba y afuera hasta el cóndilo.

La función principal del pterigoideo externo es impulsar el cóndilo hacia adelante, y al mismo tiempo desplazar el menisco en la misma dirección.

El menisco se encuentra adherido al cuello del cóndilo por sus caras interna y externa y permanece en la cavidad glenoidea en los movimientos pequeños, pero sigue al cóndilo en los movimientos mayores. Intervienen también en los movimientos laterales, pero auxiliado por el masetero, el pterigoideo interno, y las porciones anteriores y posteriores de los músculos temporales.

e) Músculos Digástricos

La inserción del vientre anterior del músculo digástrico se encuentra próximo al borde inferior del maxilar por su cara interna y en la línea media.

El tendón intermedio entre las porciones anteriores y posteriores del músculo se encuentra unido al hueso hioides, por medio de fibras de la aponeurosis cervical externa.

El vientre anterior del digástrico está relacionado-

con el abatimiento mandibular junto con otros músculos. Sin embargo la actividad del digástrico es de mayor importancia, al final de la depresión del maxilar y, por lo tanto, no se le puede considerar de importancia como iniciador de los movimientos de abatimiento. En el músculo pterigoideo externo resulta de mayor importancia en el comienzo del abatimiento mandibular y la porción anterior o vientre anterior del digástrico en la culminación de dicho movimiento.

f) Músculos Milohioideos

Uno para cada lado, se insertan en la línea milohioidea del maxilar inferior; ambos músculos se fusionan en la línea media anterior.

Desde su línea de inserción se divide hacia abajo, - atrás y afuera.

g) Músculo Triangular de los labios

Este músculo toma su inserción ósea en el tercio interno de la línea oblicua externa del maxilar, en el mismo sitio en el cual se insertan las fibras superiores del cutáneo del cuello.

Desde la línea de inserción sus fibras se dirigen hacia la comisura labial, cubriendo en su recorrido al músculo cuadrado de la lengua y al buccinador

h) Músculo cuadrado de la barba

Se inserta en el mismo tercio interno que el triángulo, por debajo del cual queda ubicado.

Se dirige hacia la línea insertándose en la piel del labio inferior.

i) Músculo Borla de la Barba

Tiene su inserción en las eminencias alveolares del incisivo central, lateral y canino desde donde se dirigen abajo y afuera, hasta la cara profunda del mentón.

VASOS Y NERVIOS

Solamente mencionamos los más importantes y para facilitar su estudio lo haremos por regiones.

Región Mentoniana

Vasos y Nervios, provienen de la arteria mentoniana, rama de la dentaria inferior, la cual sale del hueso por el agujero mentoniano y se reparte en la región, de la submental y de la coronaria labial inferior. Las venas van a desembocar en la vena facial y en la submental.

Los nervios de esta región son motores y sensitivos,

los primeros dependen del facial (cervicofacial).

Los Nervios Sensitivos de la región mentoniana tienen dos orígenes:

A) Del Nervio Mentoniano

Rama del dentario inferior; sale en forma de penacho por el agujero mentoniano y se reparte por la piel, músculos-periostio y hueso de la cara anterior de la mandíbula.

B) De la rama transversa del plexo cervical superficial que inerva la piel de la región que han destruido el hueso de la tabla externa, y se ponen en contacto con el periostio necesitan para su extirpación, la anestesia transcutánea del plexo de referencia, para inhibir la sensibilidad de la zona en contacto con las formación que pueden desarrollarse en el maxilar inferior (quistes tumores voluminosos de la rama horizontal y de la región mentoniana).

Región Maseterina

El sistema vasculonervioso de esta región se clasifica en dos grupos: Superficial y Profunda.

A) Grupo Superficial

1.- Arterias

Arteria de la Cara y

Arteria Facial

2.- Nervios

Los nervios de esta región pertenecen a las dos ramas terminales del nervio facial.

B) Grupo Profundo

1.- Arteria Maseterina

Que atravesando la escotadura sigmoidea, se distribuye por el músculo masetero.

2.- Venas Maseterinas

3.- Nervios.- Nervio maseterino rama del nervio maxilar inferior.

Región Geniana

A) Arterias

Una rica red arterial existe en esta región cuyos orígenes son la Arteria lagrimal, la infra-orbitaria, la alveolar, la bucal, la transversal de la cara y la facial.

B) Venas

Desembocan en tres troncos principales:

La vena facial que desemboca a su vez en la yugu

lar interna.

La vena temporal superficial del plexo pterigoideo

C) Nervios

Los nervios de la región son motores y sensitivos.

Región de la fosa cigomática

Encontramos la arteria maxilar interna. Esta arteria, rama terminal de la carótida externa nace al nivel de --
cuello del cóndilo y desde ahí se dirige hacia adelante, adentro
y arriba, hacia la fosa pterigoidea donde de su rama ter-
minal, la arteria esfenopalatina en su trayecto toma relación
con el borde inferior y la cara externa del músculo pterigoi-
deo externo y la cara interna del temporal.

Esta arteria dá un gran número de ramas colaterales-
y una rama terminal; solo nos interesan las cinco ramas des--
cendentes y la terminal. Las ramas descendentes son: La Den-
taria Inferior, que penetra en el conducto dentario inferior;
la maseterina, que atravezando la escotadura cigomática se di-
rige al músculo masetero; la bucal, que va a irrigar la re---
gión geniana; la pterigoidea, destinada a los músculos homoni-
mos, y la palatina superior, que apareciendo luego de un tra-
yecto intraóseo por el agujero palatino posterior.

1.- Venas

En esta región existe un gran conjunto de venas que unidas en plexo, van a desembocar en regiones importantes, relacionando las regiones alveolares con los senos cavernosos: los plexos mencionados son: El plexo alveolar, que desemboca en la vena facial, por intermedio de las venas alveolares; el plexo pterigoideo, del cual tiene origen la vena maxilar interna, que uniéndose a la vena temporal superficial va a formar la vena yugular externa.

2.- Nervios

Nervio Maxilar Inferior.- Tercera rama del trigémino, sale del cráneo por el agujero oval, y tiene origen por dos ramas, una motora y una sensitiva.

Este nervio origina un conjunto complejo de ramas nerviosas. Desde su salida del agujero oval, el nervio maxilar inferior corre un corto trayecto en la fosa cigomática y se subdivide en sus ramas colaterales. De estas ramas solamente interesa estudiar para nuestros fines de cirugía bucal las que siguen:

1) Nervio maseterino

Nace el nervio maxilar inferior atraviesa la escotadura sigmoidea de afuera y se reparte en gran número de ramas en la cara profunda -

del masetero.

2) Nervio Bucal

Después del nacimiento se dirige hacia afuera y adelante, pasa entre los dos haces del pterigoideo externo y cambiando su dirección hacia abajo y adelante desciende hacia el buccinador.

Sus ramas terminales se distribuyen por la cara profunda de la piel del carrillo, y sus ramas profundas perforan el buccinador e inervan la mucosa bucal desde el tercer molar inferior hasta el primer molar.

3) Nervio Dentario Inferior

Este nervio continúa, aproximadamente, la dirección del tronco del nervio maxilar inferior y dirigiéndose hacia abajo y adelante se introduce en el orificio superior del conducto dentario inferior.

Recorre este conducto en toda su extensión en compañía de la arteria, venas dentarias inferiores.

En su trayecto, al abandonar el nervio maxilar hasta introducirse en el conducto dentario, el nervio dentario inferior se sitúa entre los dos músculos pterigoideos, para abordar el nervio dentario inferior es menester intentarlo por --

vía bucal (anestesia regional), atravesar la mucosa bucal y - llegar al espacio pterigomandibular.

En su trayecto el nervio de numerosas ramas colaterales que son: Rama Anastomótica el lingual; el nervio milohioideo que separándose del dentario inferior cuando este se introduce en el conducto recorre un canal óseo labrado en la cara interna de la mandíbula (canal milohioideo).

Dentro del conducto dentario, el nervio da:

- a) Filetes Nerviosos destinados a los molares y premolares.
- b) Filetes Gingivales que se dirigen a la encía que cubre la cara interna el maxilar inferior o mandíbula hasta el primer premolar.
- c) Filetes Oseos Destinados al hueso y periostio.

Sus ramas terminales son el nervio mentoniano y - el nervio incisivo. El mentoniano aparece por el agujero de su nombre y abriéndose en un gran penacho inerva la cara externa de la mandíbula en la región comprendida entre los premolares y la línea media, la piel y mucosa del labio inferior, - también hasta la línea media. El nervio incisivo, siguiendo la línea de dirección del nervio denta-

4) Nervio Lingual

Situado por delante del nervio dentario inferior se dirige hacia la punta de la lengua. En su trayecto dá ramas destinadas a la mucosa gingival de la cara interna de la mandíbula. Acompaña al nervio maxilar inferior dentro de la fosa cigomática, el ganglio ético que se halla situado entre el nervio o la trompa de Eustaquio.

Región de la Fosa Pterigomaxilar

Dentro de esta fosa se encuentra la arteria maxilar-interna, sus venas un nervio importante en cirugía bucal, el maxilar superior y tejido granoso.

A) ARTERIA MAXILAR INTERNA

Esta arteria ya fué considerada al estudiar la fosa-cigomática. Estudiaremos su porción terminal, esta arteria - se aplica contra la cara posterior de la tuberosidad en contacto directo con la pared ósea. Dentro de la fosa de las si guientes ramas: La infra-orbitaria, que surca el canal suborbitario; la palatina superior que después de atravesar el con ducto palatino posterior recorre la bóveda palatina donde será nuevamente considerada; la vidiana; la pterigopalatina y - la esfenopalatina.

B) NERVIO MAXILAR SUPERIOR

Sale del cráneo por el agujero redondo mayor, y en la fosa pterigomaxilar recorre un trayecto de atrás a adelante y de dentro a afuera, se introduce en el conducto infradentario, lo recorre y emerge en forma de penacho por el agujero infraorbitario. En su trayecto el nervio da la siguiente rama:

- 1.- Ramas dentarias posteriores
- 2.- Ramas dentarias inferiores
- 3.- Región Palatina

Las arterias de la bóveda palatina provienen de dos fuentes las que emergen del conducto palatino posterior. La arteria palatina superior, rama importante de la maxilar interna sale por el conducto palatino posterior, recorre la bóveda proxima a la arcada alveolar y se anastomosa con la arteria esfenopalatina que sale por el agujero palatino anterior.

Es fundamental recordar el trayecto de los vasos palatinos con el fin de no seccionarlos en el curso de una operación sobre la bóveda. Los nervios en esta región son de dos ordenes:

Motores y sensitivos; los primeros estan destinados a la movilidad del velo del paladar.

Los nervios sensitivos provienen del ganglio esfeno-palatino.

Región Glososuprahioidea

Encontramos la arteria facial y la lingual que son - ramas de la carotida externa.

Venas

Las venas de la región son la facial y la lingual
La primera desemboca en la yugular interna o en la -
externa:

La vena lingual termina en la vena yugular interna.

Nervios

Los nervios que se encuentran en la región:

El milohioideo, rama del dentario inferior; el lin-
gual, rama del maxilar inferior; y el hipogloso mayor.

C A P I T U L O I I I
CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS

Caninos Superiores

Caninos Inferiores

Los caninos incluidos se clasifican de acuerdo a:

- 1.- El número de caninos incluidos, (unilateral y bi lateral).
- 2.- Atendiendo a la posición que guarda el diente in cluído con respecto al arco dentario, (palatino, vestibular y mixto).
- 3.- De acuerdo al número de piezas existentes en el arco dentario, (desdentados y dentados).

Existen varias clasificaciones de diversos autores, - al respecto, debido a lo cual tomaremos como referencia la -- clasificación hecha por Guillermo A. Ries Centeno.

CANINOS SUPERIORES

Clase I.- Maxilar Dentado. El canino se encuentra ubicado -
 en la bóveda palatina. Retención unilateral: -

A) Cerca de la arcada dentaria; B) Lejos de la ar
cada dentaria.

Clase II.- Maxilar Dentado. El canino se encuentra en bóve-
da palatina. Retención bilateral.

Clase III.- Maxilar Dentado. Canino ubicado del lado vestibular. Retención unilateral.

Clase IV.- Maxilar Dentado. Canino ubicado del lado vestibular. Retención bilateral.

Clase V.- Maxilar Dentado. Caninos vestibulopalatino con la corona o la raíz hacia el lado vestibular, llamadas también retenciones mixtas o transalveolares, según Gietz.

Clase VI.- Maxilar Desdentado. Caninos ubicados del lado palatino A) Retención unilateral; B) Retención bila
teral.

Clase VII.- Maxilar Desdentado. Caninos ubicados del lado ves
tibular: A) Retención unilateral; B) Retención bi
lateral.

CANINOS INFERIORES

Los caninos inferiores retenidos, lo mismo que los -
superiores, son susceptibles de encuadrarlos en una clasifica

ción como es la siguiente:

- Clase I.- Mandíbula Dentada. (Esta consideración es a nivel del diente retenido). Retención unilateral. Diente ubicado en el lado lingual.
- Clase II.- Mandíbula Dentada. Retención unilateral. Diente ubicado en el lado bucal o vestibular; A) Posición vertical; B) Posición horizontal.
- Clase III.- Mandíbula Dentada. Retención Bilateral A) Posición vertical; B) Posición horizontal. (Los dientes ubicados en el lado vestibular o bucal).
- Clase IV.- Mandíbula Desdentada. Retención unilateral. A) Posición vertical; B) Posición horizontal.
- Clase V.- Mandíbula Desdentada. Retención bilateral. A) Posición vertical; B) Posición horizontal.

Los caninos superiores se encuentran en proporción veinte veces más que en inferiores. No se ha podido explicar siendo que los factores etiológicos son los mismos.

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 (posición horizontal).

Los inferiores rara vez se presentan en dicha posición o en el lado lingual del arco.

Pueden localizarse entre el primero y segundo premolar, en la nariz, en el seno maxilar, en la órbita, en el labio, debajo de la lengua y debajo del mentón.

C A P I T U L O I V

CAUSAS DE RETENCION EN GENERAL

Causas Locales de Retención

Causas Sistemáticas de Retención

El hombre moderno tiene dientes retenidos a causa de la falta total o disminución de estímulo que existe un desarrollo adecuado, que prevee de suficiente espacio para una erupción normal. Pues la dieta o alimentación moderna, no requiere un esfuerzo en la masticación. Otras causas básicas de dientes retenidos o anormales, son la alimentación artificial de los bebés, los hábitos de la infancia y niñez, los alimentos dulces y blandos de niños y jovencitos, mezclas desproporcionadas.

La explicación de la incidencia de dientes retenidos que parece más lógica, es la reducción evolutiva gradual del tamaño en los maxilares.

Presentan ausencia congénita o malformaciones todos los dientes, pero más frecuentemente los terceros molares.

CAUSAS LOCALES DE RETENCION

- A) Diente adyacente con irregularidad en la posición y presión .
- B) Densidad del hueso que lo cubre
- C) Inflamaciones crónicas continuadas con su resultado (una membrana mucosa muy densa).
- D) Falta de espacio en maxilar poco desarrollado, in debida retención de los dientes primarios, pérdida prematura de la dentición primaria.
- E) Enfermedades adquiridas, tales como: Necrosis, debida a infección o abscesos, cambios inflamatorios en el hueso por enfermedades exantemáticas - en los niños.

CAUSAS SISTEMATICAS DE RETENCION

- A) Causas Prenatales
 - 1.- Herencia
 - 2.- Mezcla de razas
- B) Causas Postnatales (causas que intervienen en el desarrollo del niños).
 - 1.- Raquitismo
 - 2.- Anemia
 - 3.- Sífilis congénita

4.- Tuberculosis

5.- Disendocrinias (alteraciones de las funciones de secreción interna)

6.- Desnutrición

C) Condiciones Raras

1.- Disotosis Cleidocraneal

Condición congénita muy rara, hay osificación defectuosa de los huesos craneales, ausencia completa o parcial de las clavículas recambio dentario retardado, dientes permanentes no erupcionados y dientes supernumerarios rudimentarios.

2.- Oxicefalia

(cabeza cónica), la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

3.- Progeria

Envejecimiento prematuro. Es una forma de infantilismo caracterizada por estatura pequeña, ausencia de vello facial, actitudes y maneras del anciano.

4.- Acondroplasia

Enfermedad del esqueleto, que empieza en la vida fetal y produce una forma de enanismo. (El cartílago no se desarrolla normalmente).

5.- Paladar Fisurado

Deformidad manifestada por una fisura congénita

ta en la línea media.

Además de los factores anteriores, hay otros factores causantes de la retención de los caninos, como son:

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

2.- 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.

3.- La erupción de los dientes depende hasta cierto punto de un aumento asociado al desarrollo apical. Esto ayuda a la erupción de los caninos, está disminuída porque su raíz se halla normalmente más formada en el momento de la erupción que la de cualquier otro diente permanente.

4.- 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.

5.- 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, es tá colocada por lingual de largo ápice de la raíz del canino-primario.

6.- Por ser los últimos en erupcionar, están compuestos a influencias cambiantes desfavorables.

7.- Cuando se retarda la reabsorción de las raíces - de los caninos primarios.

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

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

C A P I T U L O V

HISTORIA CLINICA

Estudio Clínico del Paciente

Medidas Locales

La historia clínica médica en la práctica dental --- otrora como un trámite que se aplicaba al tratamiento del paciente especial, se considera ahora como un elemento indispensable en la práctica común.

Hay cuatro razones principales por las cuales el Cirujano Dentista elabora dicha historia: Para tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar; para averiguar si la presencia de alguna enfermedad general, o la dosificación de determinados medicamentos pueden entorpecer o comprometer el éxito del tratamiento aplicado a su paciente; para detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial; para conservar un documento gráfico que puede resultar útil en el caso de reclamación judicial.

Existen diversas formas válidas y adecuadas para tomar la historia clínica, la más usual y práctica es la reali-

zada por medio de cuestionarios previamente elaborados que se tiene ya impresos, que es una pauta que guía el interrogatorio.

Hay que tener en cuenta que un cuestionario como instrumento útil en la búsqueda de información acerca de la salud, y en este contexto no pretende substituir a la historia-clínica detallada que tal vez sea necesaria en algunos casos.

Evidentemente la información presentada aquí, tiene que ser breve, se ha intentado presentar una intervención --- práctica del cuestionario, más que un análisis académico que cubra todas las implicaciones posibles de las preguntas.

El principal trastorno bucal del paciente, es de hecho una explicación breve del motivo de la consulta. Su respuesta ayudará a hacerse cargo inmediato de la interpretación dada por el paciente a sus problemas orales y revelará lo que espera de su consulta.

El dentista tiene que revisar brevemente todo el --- cuestionario especialmente en las respuestas positivas, antes de interrogar al paciente en busca de detalles. De este modo adquiere una idea general acerca de la salud del paciente y se orienta sobre la manera de proseguir la historia clínica

Debido al bajo nivel de comprensión o a las actitudes poco corrientes que ocasionalmente se encuentran pacientes, son de esperar respuestas contradictorias y confusas. - El dentista debe hacer con paciencia nuevas preguntas que --- aclaren el problema.

En el campo sanitario hay muchas ocasiones que el arte práctico tiene tanta importancia como la ciencia. Tal vez el caso de anotar una historia clínica. El arte de escuchar es un atributo necesario en el dentista que quiere hacer los tratamientos con conocimiento de causa y con habilidad.

Hay que recordar que el paciente está aplicando algo que tiene importancia, incluso cuando se trata de una información errónea.

En la parte de la historia clínica en la que el odontólogo se ve precisado a explicar a nivel del paciente el padecimiento que hasta este momento se diagnostica, con mucha frecuencia el paciente se torna curioso y quiere saber de lo que se trata, se le explicará muy someramente de lo que se -- trata sin entrar en detalles, que lo dejen confuso, esto es - muy común en el consultorio dental, en pacientes a nivel de - clase media, si el Odontólogo explica el procedimiento a seguir, el paciente se interesará en su tratamiento y quedará - satisfecho de la capacidad del Profesionista.

Cuando se han recogido todos los datos en el cuestionario impresos, el Odontólogo tiene que interpretar su cantidad, calidad e importancia. La significación de un dato positivo determinado variará según el individuo que lo proporciona y según interprete la pregunta. El Dentista que reacciona con exceso ante cada SI-NO trabajará mejor que el que recoge la historia clínica de manera inadecuada.

Si nuestra meta es tratar pacientes más bien que --- dientes nunca se insistirá demasiado en la importancia que -- tiene una historia clínica, completa.

A través de ella se obtiene una información vital, - el paciente comienza a tomar confianza en el práctico elegido y el Odontólogo demuestra su interés por el bienestar de -- aquel.

La historia clínica constituye un medio excelente pa-- ra instaurar una buena relación entre el paciente y el dentis-- ta.

A) El Preoperatorio

Para realizar una operación se requiere en el orga-- nismo una preparación previa, es decir, poner al paciente en las mejores condiciones de salud para soportar con éxito la - intervención y el Post-Operatorio. Las operaciones de ciru--

gía bucal se tratan por lo general de un paciente con una -
afección local, la preparación que necesita es igual que las-
indicadas para la cirugía general.

El preoperatorio es la apreciación del estado de sa-
lud de una persona en vísperas de operarse con el fin de esta-
blecer si la operación puede ser realizada sin peligro y, en-
el caso contrario, adoptar las medidas conducentes a que ese -
peligro desaparezca o sea reducido al mínimo.

Es planear la operación mentalmente, es asegurar el-
éxito de la operación antes de realizarla, es hacer un plan -
de tratamiento, es decir, la técnica a llevar a cabo es prepa-
rar los operadores y el material necesario y estar preparados
para cualquier tipo de emergencia, ya que en la operación no-
vamos a improvisar nada, todo debe estar preparado ya, antes-
del tratamiento.

Las medidas preoperatorias indispensables a todo ac-
to quirúrgico bucal son muy simples.

Estas medidas preoperatorias se clasifican en genera-
les y locales:

MEDIDAS GENERALES

Son las que se refieren al organismo en total.

- A) Función Renal (exámen de orina)
- B) Tiempo de coagulación y sangrado (protrombina bio-
metría Hemática)
- C) Estudio Radiológicos

ESTUDIO CLINICO DEL PACIENTE

Por lo general quien ha tenido problemas hemorrá-
gicos en intervenciones quirúrgicas anteriores, nos pondrá so-
bre aviso; pero si así no fuere, al efectuar la historia clí-
nica y las pruebas de laboratorio clínico podemos averiguar -
los antecedentes sobre el particular y en caso de existencia-
de anteriores sucesos, se profundizará el exámen en la medida
conveniente. La extracción dentaria es la causa más común de
hemorragias en pacientes predispuestos, debiendo examinarse -
con este motivo los otros posibles antecedentes hemorrágicos;
Gingivitis, Epitaxis, Hematuria excesiva, sangrado ante trau-
matismos aún leves, fácil producción de hematomas, equimosis-
o petequias. En caso de haber existido hemorragias se valora-
rá su intensidad, momento de producción y terapéutica emplea-
da para cohibirla, sólo en contadas ocasiones se llegará a la
conclusión que se trata de una diatesis hemorrágica, ejemplo:

Hemofilia, púrpuras trombopínicas o vasculares., Dá una enfermedad sistemática (leucemia, cirrosis hepática, uremia etc.)

Todos estos estados nos llevarán a solicitar la intervención médica para profundizar el estudio clínico y para poder contar con un exámen completo y tratamiento necesario - preoperatorio. En la mayoría de los casos no graves, y una depurada técnica quirúrgica y los apropiados recursos hemostáticos locales serán suficientes.

En el supuesto caso que las medidas locales fracasaran, se tratarán las hemorragias por medio de trasfuciones -- sanguíneas, plasma etc., sin pretender contemplar todas las posibles variantes.

Si las maniobras hemostáticas locales no son suficientes, debemos recurrir a la terapia general, la que consistirá en la reposición del factor en defecto por medio de -- transfusiones de sangre, plasma precipitado u otras sustancias. Los elementos locales con que contamos son:

- | | | |
|-----------|---|------------|
| MECANICOS | a) Sutura | b) Presión |
| QUIMICOS | a) substancias estípticas | |
| | b) Hemostáticos orgánicos
(trombina, tromboplastina) | |
| FISICOS | a) Electro-cauterio | |

MEDIDAS LOCALES

Estado de la cavidad bucal.- Para realizar una operación en la cavidad bucal, se exige que ésta se encuentre en condiciones óptimas de limpieza, ya que no es posible la esterilización. El tártaro dentario, las raíces y los dientes cariados, serán extraídos u obturados. Las afecciones existentes en las partes blandas de la cavidad bucal contraindican una operación siempre que ésta no sea de urgencia, en el caso de gingivitis y estomatitis, terreno extraordinariamente malo para cualquier operación. En cuanto a las lesiones tuberculosas y sifilíticas (chancro, placas mucosas) por el contagio representan para el operador peligro de contagio.

Especial dedicación hay que prestarle a los espacios interdentarios, las papilas interdentarias y los capuchones de los terceros molares, estas regiones serán lavadas con una solución de agua bidestilada o solución fisiológica y pintadas con una solución de merthiolato antes de la operación.

Estas medidas antisépticas preoperatorias colocarán la cavidad bucal en una condición óptima, para realizar en ella una intervención y disminuir en un alto porcentaje los riesgos y las complicaciones Post-Quirúrgicas.

C A P I T U L O VI

ANALISIS CLINICO DEL PACIENTE

Antecedentes Hereditarios

Antecedentes Personales

Antecedentes de la Enfermedad Actual

Estado Actual

Antecedentes Hereditarios.- Sirven para completar el padecimiento patológico individual. Un paciente predispuesto a infecciones reiteradas, sin que encuentre justificación, sugiere un terreno con reacciones inmunobiológicas débiles. La tuberculosis de los ascendientes trae organismos predispuestos para contraer la enfermedad; de ahí que tales ambientes producen con frecuencia el fácil contagio y la tuberculización familiar.

Antecedentes Personales.- Ilustran la constitución adquirida en los sujetos agotados, desnutridos, las infecciones sorprenden por su rápida evolución. En la vejez las infecciones hacen progresos sorprendivos, debido a que la arteriosclerosis es avanzada.

Por el lugar de residencia, es posible deducir que -

padece una enfermedad tropical. Por el lugar de procedencia de algunos enfermos asistidos por nosotros, acertamos en la idea de lesiones leprosas.

Antecedentes de la Enfermedad Actual.- Esta parte de la historia clínica indaga el comienzo de la enfermedad, su evaluación sus síntomas subjetivos, objetivos, funcionales, psíquicos y las pruebas de laboratorio.

ESTADO ACTUAL

Aparato Circulatorio.- Se anotarán pulso y tensión arterial, angina de pecho, asma, bronquitis crónica y enfisema, insuficiencia cardiaca congestiva, anomalías congénitas cardiovasculares, bloqueo cardiaco, etc.

Aparato Respiratorio.- Es preferible diferir las operaciones quirúrgicas en la boca cuando hay estados catarrales de las vías respiratorias, a menos que sea necesario canalizar un absceso agudo.

Además preguntaremos si sufre disnea (dificultad de respirar expectoración, epistaxis, etc.)

Aparato Urinario.- El examen de la orina sirve para descubrir trastornos renales. El edema de los párpados debe-

inspirarnos sospechas por lo cual ordenamos análisis de la --
orina.

Aparato Digestivo.- Si existe dolor de estómago, diarrea, estreñimiento, anorexia (falta de apetito), náuseas o vómito, salivación, etc.

Sistema Nervioso.- Este examen incluye: calidad de la inteligencia, fenómenos nerviosos, reflejos, parálisis, -- temblor, dolores, convulsiones, trastornos de la sensación, -- del habla, y de los sentidos especiales. (gusto, tacto, olfato, vista, oído).

Glandulas Endócrinas.- Los trastornos de las glándulas endocrinas tienen relación con la elección del anestésico y del procedimiento quirúrgico, pues no es muy favorable el -- pronóstico de las infecciones agudas en la cavidad bucal.

Examen Bucal.- Anotaremos lo que se observe por medio de la inspección (palpación, percusión y exploración) en la lengua, frenillos, encías, piso de la boca, región yugal, -- pilares palatinos, amígdalas, paladar, oclusión, articulación temporo-mandibular, ganglios.

Pruebas de laboratorio.- Sangre, cuyo análisis incluye; Cómputo de glóbulos rojos, y de leucocitos, determinación

de la hemoglobina, tiempo de sangrado y de coagulación, glucosa en sangre.

No solamente las enfermedades, sino también algunos estados normales pueden alterar la cantidad y la calidad de la sangre.

Glucosa en sangre	N: 70-110 mg %
Tiempo de sangrado	N: 1-2 min.
Tiempo de coagulación	N: 8-10 min.
Tiempo de protrombina	N: 11.5-13.2 seg.
Cantidad de Hemoglobina:	
Mujeres adultas	N: 12-26 g. %
Hombres adultos	N: 14-18 g. %
Glóbulos Rojos:	
Mujeres adultas	N: 4.5-5.2 mil x mmc
Hombres adultos	4.7 -5.8 mil x mmc
Glóbulos Blancos:	
Mujeres adultas	5.10 millones x mmc
Hombres adultos	5-10 millones x mmc

Análisis Bacterioscópico.- Es una ayuda en el diagnóstico, pues permite reconocer infecciones y la índole del microbio que las causa.

Análisis de la Orina.- El análisis de la orina, de -

gran utilidad en la diagnosis, comprende:

Determinación de la cantidad emitida en las 24 horas, color, acidez, densidad, determinación de glucosa.

Los pacientes diabéticos que hayan de ser sujetos a tratamiento dental, recibirán con anterioridad adecuado tratamiento médico.

Estudio Radiográfico.- Se anotarán las apreciaciones que se encuentren en la serie radiográfica (Periapicales, ---oclusales, extraorales).

C A P I T U L O VII

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Por medio del estudio radiográfico se determina la situación del diente retenido, su relación con las piezas continuas y con las apófisis alveolar, la estructura y la forma, el estado de las piezas adyacentes y si hay alguna lesión en la boca.

La técnica correcta para tomar radiografías 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 y dicha interpretación permite el diagnóstico final cuando está completo el estudio.

Examen radiográfico del canino incluido

Para encarar el problema quirúrgico, no es suficiente una radiografía intraoral, pues sólo nos impondrá de 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 de la vecindad de estas porciones y de todo el diente con los órganos vecinos (senos y fosas nasales) y con los dientes vecinos. La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo (densidad, rarefacción, presencia del saco pericoronario, existencia de procesos óseos pericoronarios).

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

A pesar de que aproximadamente un 85% de los caninos retenidos son palatino y que en muchas ocasiones el relieve que producen en la bóveda los identifica, hay que tener la absoluta seguridad de su posición.

Para investigar la relación vestibulo-palatina de los caninos superiores retenidos, no es segura por medio de la radiografía oclusal.

Importancia de conocer la porción coronaria.- La radiografía nos debe mostrar con nitidez; a) la forma de la corona; b) La existencia y dimensiones del saco pericoronario; c) la distancia y relación de la cúspide del canino con los -

incisivos central y lateral y la distancia con el conducto palatino anterior.

Importancia de conocer la porción radicular.- La -- gran cantidad de tramas 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, su proximidad con el seno maxilar.

C A P I T U L O VIII

PREOPERATORIO

Consideraciones Preoperatorias

Medidas Generales

Medidas Locales

CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS

El conjunto de circunstancias bajo las cuales se --
efectuan una intervenci3n quir3rgica, obrar3 como factor de--
terminante en el 3xito de 3sta; por lo tanto, debemos prestar
particular atenci3n a los cuidados encaminados a rodear al pa-
ciente de las mejores condiciones posibles para la feliz rea-
lizaci3n del acto quir3rgico y su evoluci3n favorable.

Para efectuar una operaci3n cualesquiera que sea en-
el organismo, se requiere en 3ste, de una preparaci3n previa.
Que en cirug3a es la apreciaci3n del estado de salud de una -
persona en v3speras de operarse, con el fin de establecer si-
la operaci3n se llevar3 a cabo o no, ya sea sin correr peli--
gros o adoptar las medidas necesarias para que desaparezca o-
reducirlo al m3nimo.

Las medidas preoperatorias indicadas en todo acto -- quirúrgico bucal, son extremadamente simples; las clasifica-- mos en generales y locales:

A) Generales.- Que se refiere al organismo total.

B) Locales.- Las que se realizan en el campo operatorio, antes de la intervención.

En la actualidad tomamos como medida precautoria la- antibioterapia y algunos otros medios previos al caso.

MEDIDAS GENERALES

1.- Examen de Orina.- Es de diagnóstico relativo, -- pues salvo en algunos padecimientos renales se producen alteraciones en la composición química o física de la orina, tal estudio sólo se considera complemento clínico del estudio hemático, ya que generalmente todas las anomalías de estructura química del plasma se revelan en la orina, aunque el mecanismo de producción de ésta no es muy conocido, se supone que es tá en la filtración del plasma sanguíneo, en los glomerulos - renales y en la reabsorción tubular selectiva de lo filtrado: por lo tanto, es difícil definir con exactitud qué es la orina normal. Su composición está sujeta a las variaciones de - régimen, las modificaciones de temperatura exterior e inte--- rior, la actividad física y la composición variable del plas-

ma, debida a las variaciones fisiológicas y del metabolismo.- Esto último hace que al llegar dicha plasma al filtro renal, -aparezcan en la orina casi los mismos caracteres químicos del componente de la eliminación plasmática.

El exámen de la orina, se divide en estudio físico, -químico y biológico.

Estudiamos en la orina la cantidad excretada en 24 -horas, el color, el olor, el aspecto, la densidad y la reac--ción.

Volumen de la orina; puede variar por múltiples causas la cantidad aumenta cuando el individuo se expone al frío por la disminución de traducción, por la ingestión excesiva -de alimentos y bebidas, por el aumento de filtración glomerular, por elevación de la presión sanguínea a nivel de los capilares del glomérulo, por la reducción de la presión de osmó tica del plasma de la sangre glomerular por disminución de --proteínas o de otros coloides, por lesión del epitelio, o por cambio en la actividad de ciertas glándulas endocrinas, especialmente la hipófisis y las suprarrenales.

La cantidad de orina eliminada oscila entre los 1000 y los 1600 mililitros en 24 horas. El volumen es menor cuando el individuo está de pie que cuando está acostado, debido-

a la mayor concentración de proteína plasmática. La cantidad de orina de la vigilia, es normalmente de 2 a 4 veces mayor - que la de la noche.

Hay diferentes denominaciones según la cantidad de -
orina:

NICTURIA.- Aumento nocturno de orina

POLIURIA.- Exceso de orina

OLIGURIA.- Cantidad pequeña de orina

ANURIA.- Cesación total de la excreción urinaria

POLAQUIURIA.- Frecuencia de emisiones urinarias (pa-
decimiento prostático)

MELITURIA.- Azúcares en la orina de especificidad des-
conocida)

La Poliuría acompañada de polidipsia o poligagia, es un dato de valor para diagnosticar la diabetes, determinando la eliminación diaria de 3 a más litros de orina por falta de resorción tubular.

El color de la orina es muy variable, la coloración- se debe al pigmento urocromo acompañado de urobilina, uroer-- trina (da el color oscuro a la orina en los estados febriles), hay colores peculiares según la substancia administrada.

El olor varia en la orina según las sustancias elimi

nadas; su olor característico quizás se debe a cuerpos alcap-
tónicos u oxácidos aromáticos, urinoide.

Es aspecto nos sirve como guía diagnóstica; la orina turbia puede tener en suspensión moco, albúmina, urato, --
fosfatos, gránulos despues células epiteliales elementos hemá-
ticos y cilindros renales.

El peso específico de la orina varía en proporción-
directa de la cantidad de sólidos que tengan en solución y en
proporción inversa del volúmen excretado en 24 horas.

La presencia de glucosa aumenta la densidad en la -
orina aunque en algunas diabetes especialmente las insípidas,
el peso específico se mantiene normal o ligeramente ácidas, -
la acidez de la orina está regida casi por los mismos facto--
res modificadores del volúmen: alimentación, actividad física,
cantidad de líquidos ingeridos, etc.

La orina reposada acaba por volverse alcalina a cau-
sa de la producción de amoniaco por las bacterias que la con-
taminan.

La urea (principal producto de desecho metabólico),
elemento más importante de la orina, pues representa casi la-
mitad del total de los sólidos. Se forma en el hígado a par-

tir del amoniaco originado por la diseminación de los ácidos-aminados.

2.- Biometría Hemática.- La sangre está formada por elementos figurados y plasmas.

Los elementos figurados son:

- 1.- Glóbulos rojos, eritrocitos o hematíes.
- 2.- Glóbulos blancos, leucocitos
- 3.- Plaquetas, trombocitos

1.- Los Hematíes.- Son células muertas que han modificado su estructura y carecen de núcleo. No son los únicos elementos portadores de gases, el oxígeno está en los glóbulos rojos lo mismo que el anhídrido carbónico compartido con el plasma.

2.- Los Leucocitos.- Son células de propiedad y polimorfismo pedicular, se colocan en la parte periférica de la columna sanguínea cerca del endotelio del vaso, (la velocidad de la corriente es menor). Los leucocitos tienen la propiedad llamada diapédeis (emigran por las junturas endoteliales). Son la parte viva de la sangre, impiden el acceso de elementos extraños, destruyen y absorben todo órgano o tejido que ha terminado su fisiología.

3.- Plaquetas.- Elemento más importante desde el punto de vista quirúrgico, pues intervienen en la coagulación de

la sangre. Su vida es corta (3 a 5 días) concentración de -- 25000 a 500000 por mm³, son muy pequeñas se adhieren a los instrumentos, se aglutinan, se deforman y desintegran fuera del torrente sanguíneo; por lo tanto es difícil hacer el conteo - de ellas. Intervienen además en la sinérgesis (retracción del coágulo).

Plasma.- Elemento característico de la sangre, con-- tiene los factores que intervienen en la coagulación de la -- sangre, es el medio de suspensión y el vehículo de transmi--- sión de las materias asimilables y de las sustancias producto del catabolismo.

Debe diferenciarse del suero: plasma es la sangre, - menos los elementos corpusculares; y el suero es el plasma -- sin los componentes del coágulo (producto cadavérico), cuando se modifica la composición química del plasma, es que existe-- trastorno funcional o alteración orgánica (aumento de glucosa signo de diabetes o de urea-padecimiento renal).

El plasma contiene fibrinógeno que es transformado-- en fibrina por la trombina. La fibrina interviene en la coa-- gulación.

Tiempo de sangrado	1 a 3 minutos
Tiempo de coagulación	7 a 10 minutos
Tiempo de protrombina	12 a 14 minutos

MEDIDAS LOCALES

Estado de la cavidad bucal con un examen minucioso - para cerciorarnos de que no hay dientes flojos, prótesis o -- placas que sean necesarias de quitar para la intervención, ob-- turaciones o incrustaciones flojas, coronas o prótesis que -- puedan ser desalojadas, que se encuentre en condiciones ópti-- mas de limpieza, de infecciones como son: gingivitis, estoma-- titis, lesiones tuberculosas y sifilíticas.

Estas medidas antisépticas preoperatorias, disminu-- yen los riesgos y complicaciones postoperatorias.

C A P I T U L O IX

INSTRUMENTAL

Para tejidos blandos y duros

La cirugía bucal requiere como la cirugía general, - instrumentos especializados: la práctica es la que nos llevará a la selección del instrumental: como síntesis de nuestra experiencia podemos observar que no son necesarios varios instrumentos y los pocos que empleamos, son el producto de una - meditada selección. Ya elegidos éstos deben tener una función específica y determinada.

La operación que consiste en la extracción quirúrgica del canino retenido, se propone practicar una brecha en la mucosa (Incisión), desplazar el colgajo, y llegando al hueso, eliminarlo parcial o totalmente (osteotomía) para encontrarse con el canino retenido, y aplicar sobre él los instrumentos - destinados a la exodoncia (odontosección y extracción).

Para hacer la incisión de la mucosa a nivel donde se encuentra el canino incluido, se emplea el bisturí de Bard -- Parker, de hoja intercambiable, también es útil para dicho -- propósito el bisturí de Austin.

En algunas oportunidades pueden emplear unas tijeras rectas o curvas para seccionar inserciones musculares bajas o exceso de tejido, después de terminada la extracción también se emplean tijeras para cortar los puntos de sutura.

Para ayudarse en la preparación de los colgajos en su despegamiento y en su sutura, son útiles las pinzas de disección dentadas o las de dientes de ratón.

Después de practicada la incisión, el colgaje mucoso se desprende de su inserción ósea con periostotomos o legras.

El labio del paciente y eventualmente el colgajo son mantenidos por separadores, los de Farabeg se usan frecuentemente, la sección del hueso que cubre total o parcialmente el canino retenido se realiza con escoplos: el instrumento es -- una barra metálica, uno de cuyos extremos, la hoja.

Esta cortado a bisel o expensas de una de sus caras la hoja del escopro puede ser recta o puede estar aguecada en media caña. Actúan a presión manual o son accionados a golpe de martillo dirigidos sobre la extremidad opuesta al filo.

El escoplo puede ser también accionado por medio del torno dental este instrumento se denomina escoplo o martillo-automático.

La osteotomía por medio de la fresa es una maniobra sencilla y sin trascendencia, debe de emplearse con ciertas precauciones evitando el recalentamiento del hueso: por lo tanto ha de aplicarse en maniobras intermitentes siendo el territorio fresado, conveniente o irrigado.

Pinzas gurbias.- Están destinadas al mismo fin que las fresas o escoplos se emplean en la osteotomía del hueso bucal lingual o palatino. Este instrumento tiene aplicación en un tiempo quirúrgico importante; la eliminación del saco pericoronario.

Limas para Hueso.- Son instrumentos destinados a alisar los bordes óseos después de la extracción. Tenemos también cucharillas para hueso; en las maniobras finales de la operación la cucharilla se usa para eliminar rugosidades, granulaciones, restos del saco pericoronario o esquirlas óseas.

Existen gran variedad de elevadores, estos instrumentos que presenta el comercio pueden seleccionarse un número de ellos; los elevadores de Winter, inteligentemente diseñados por su autor los de A. Barry, el de Seldin y el elevador universal. Para la extracción de raíces se emplean los elevadores de Clev-Dent, y los apicales destinados a eliminar pequeños trozos radiculares en caso de fractura.

La cirugía bucal, en este caso, la extracción quirúrgica del canino retenido, se propone abrir por método quirúrgico la mucosa que tapiza la región de este diente, prepara los colgajos resultantes de la primera maniobra, eliminar el hueso que protege el canino retenido y terminar la operación realizando la restauración de los tejidos afectados por las maniobras quirúrgicas. Por lo tanto la extracción consta de los tiempos siguientes.

- I. INCISION
- II. PREPARACION DE LOS COLGAJOS
- III. OSTEOTOMIA
- IV. OPERACION PROPIAMENTE DICHA
(Extracción del canino retenido)
- V. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA
- VI. SUTURA
- VII. CUIDADOS POSTOPERATORIOS

C A P I T U L O X

TECNICAS QUIRURGICAS PARA LA REMOSION
DE CANINOS INCLUIDOS

Extracción de Caninos Superiores Retenidos

Técnicas Quirúrgicas para la Remoción de
Caninos Inferiores Incluidos.

Extracción de Caninos Inferiores Linguales

La extracción del diente retenido, consiste en un problema mecánico; es la búsqueda, por medios mecánicos e instrumentales (del diente retenido y su eliminación del interior - del hueso donde está ubicado). La extracción quirúrgica de - los dientes retenidos, la constituyen los métodos de la ex---tracción por seccionamiento y la extracción a colgajo; para - efectuarlas se ha concebido e ideado una cantidad de técnicas, y sería poco fructífero explicarlas todas, por lo tanto haremos una recopilación sacando de los distintos autores los diversos procedimientos tomando los puntos que más interesan, o que encontramos de más práctica o útil aplicación.

Cuando el diente retenido está colocado en sitio distante de la cara masticatoria y no queda en contacto con el - diente contiguo, se hace incisión más alta y se separan los -

tejidos para poder llegar al diente. La operación se ejecuta tomando en cuenta el sitio en donde está colocada la corona.- Dado que la corona es de mayor diámetro que el resto del diente. La extracción se hace en la cara bucal o labial si se ve porción del diente, en dicha cara y si se ve por palatino la extracción se hace por palatino.

Si la retención por un quiste, es más fácil la extracción o extirpación del diente retenido, pues se obtiene un campo operatorio más visible.

Algunas veces se recomienda dividir el diente en corona y raíz para facilitar la extracción quirúrgica.

Hay ocasiones en que la extracción se hace extrabucalmente, a causa de alguna lesión o con motivo de la posición que ocupe el diente.

EXTRACCION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

La vía de entrada, la incisión la abstracción de tejido óseo y el método para hacer la extracción, depende de la variedad de retención. Antes de proceder se averiguará con exactitud la situación del diente, se proyectará la técnica que ha de seguirse.

El colgajo será lo bastante amplio para facilitar el acceso; se dejará un margen de hueso que descansa el colgajo y se evitará el traumatismo de los tejidos blandos.

Los caninos superiores retenidos se intervienen mejor cuando se encuentran en palatino, pues cuando se presenta vestibularmente lo más frecuente es seccionarlo para respetar los alveólos de los incisivos, la división complica la técnica operatoria.

Como los caninos palatinos son más frecuentes, les dedicamos un capítulo aparte. Hablaremos de los que se presentan por vestibular y los vestíbulos palatinos ya sean en dentados o en desdentados.

Extirpación por vía vestibular.- La vía vestibular para extraer caninos retenidos en el lado vestibular y los palatinos próximos a la arcada dentaria, es más sencilla que la palatina pues la eliminación es más fácil y el acceso del diente más directo. Cuando existen días, demas o espacios debidos a dientes ausentes.

Anestesia.- Infraorbitaria completada con anestesia del paladar a nivel del agujero palatino anterior y anestesia distal a la altura del ápice del canino. Si se emplea anestesia general, es conveniente poner anestesia infiltrativa en -

el vestibulo con fin hemostático.

Incisión.- La incisión que puede emplearse, es la de Newman (hasta el borde libre), o la Partsch (incisión en arco)

Desprendimiento del Colgajo.- Debe mantenerse levantado durante el curso de la intervención sin traumatizar, esto se logra con separador.

Osteotomía.- Puede hacerse con fresa quirúrgica. Es más fácil por vestibular pues la tabla externa no tiene la dureza y solidez de la bóveda palatina.

Extracción.- Pueden extraerse enteros después de enunclear la tapa ósea, se luxan con elevadores rectos que se insinúan entre el diente y la pared ósea, después se toma con una pinza y se extrae. Los caninos palatinos próximos a la arcada dentaria, y que existe ausencia del lateral, premolar o de ambos dientes, se seccionan para extraerlos por la vía vestibular. La odontosección es a nivel del cuello, la corona se extrae con elevador recto o angular (12 de Winter), la raíz es movilizada en dirección de su eje mayor, a veces se da el caso de hacer nueva sección de la raíz, pues al ser dirigida hacia adelante tropieza con el diente vecino.

Se inspecciona la cavidad ósea, se extirpa el saco pe

ricoronario y los restos óseos o dentarios se lavan con suero fisiológico. Se sutura con dos o tres puntos usando seda o hilo, después de repuesto el colgajo en su sitio.

Esta técnica se emplea en los caninos vestibulo palatinos.

Extracción simultánea de los caninos retenidos y -- dientes de la arcada.- Cuando se presenta el caso de extraer un canino retenido y un diente de la arcada, se debe a que és tos son portadores de complicaciones de caries o paradontosis. Puede llevarse a cabo esta maniobra cuando el canino se halla cerca de la tabla ósea de la bóveda y con la condición de que el canino sea seccionado tantas veces como se requiera, para disminuir riesgos en la intervención.

Los caninos que están profundos se intervienen en -- distintos tiempos:

A) Antes que los dientes.- Esto se hace cuando los -- dientes son grandes y proceso alveolar debilitado o de escasas proporciones.

Los dientes se extraen hasta que la cavidad que queda al extraer el canino, se haya llenado con la regeneración-ósea. Esto es con el fin de prevenir fracturas del hueso al-

veolar que se pueden ocasionar al hacer presión con los elevadores sobre el diente retenido, pues la porción alveolar queda debilitada al extraer los dientes.

B) Después de los dientes.- Se lleva a cabo la intervención cuando el proceso alveolar es sólido y firme. Es -- aconsejable que se lleve a cabo la extracción de ámbos (caninos y dientes) en la misma sesión.

Extracción de los caninos en maxilar desdentado.- Para extraer caninos en maxilar sin dientes, la vía más aceptable es la vestibular, pues la ausencia de dientes facilita la operación.

Los caninos que se encuentran profundos, lejos de la arcada y de la tabla externa y próximos a la bóveda (vía palatina).

El diente debe seccionarse por que si ejerce presión, se corre el riesgo de fractura de porciones de la tabla vestibular, desde el punto de vista vestibular tendríamos trastornos posteriores.

La técnica es la misma que para otros tipos de caninos retenidos, siguiendo las normas correspondientes. Inci--sión, separación del colgajo, osteotomía, luxación, extrac---

ción con pinzas, regularización del hueso con pinza gurbia, - regularización de los bordes óseos con escofina o lima, se la va con suero fisiológico, se desciende el colgajo y se sutura

TECNICAS QUIRURGICAS PARA LA REMOCION DE CANINOS INFERIORES INCLUIDOS

Los caninos inferiores retenidos existen en número - menor que los superiores (51% - 4%). En la práctica hay un - número reducido de tales dientes retenidos, la proporción es- de 99 a 1.

Como para los caninos del maxilar, los de la mandíbu- la han de ser prolijamente radiografiados para fijar su posi- ción y su relación vestibulo lingual. Por lo tanto se toma-- rán radiografías totales y oclusales. Esta última toma es im-- portante para conocer con toda precisión la posición bucal o- lingual que puede tener el diente retenido. La inspección - clínica y la palpación individualizan la existencia y posi--- ción vestibular o lingual, porque en la mandíbula, el relieve del diente es más visible, o por lo menos palpable.

Un gran número de caninos retenidos en la mandíbula- son portadores de quistes dentígenos de volúmen y estado clí- nico variable.

Los caninos inferiores retenidos, pueden ser operados con anestesia regional (trocular), o con anestesia general. La vía de acceso de elección, es la vestibular (aún para ciertos casos de caninos linguales verticales y con espacio en la arcada, por ausencia de los dientes vecinos.)

La incisión en arco sin llegar al borde gingival, -- provee un colgajo a expensas del borde libre trazando una incisión vertical y desprendimiento la encía de los cuellos dentarios, de esta manera corren menor riesgo de ser traumatizadas durante las maniobras quirúrgicas. Correctamente adaptado el colgajo, no deja huellas.

Desprendimientos de los Colgajos.- Se hace de acuerdo con el tipo de incisión con una legra fina, con el periosotomo, o con la espátula de Freer se desciende el colgajo mu coperiostático sosteniéndolo con un separador romo.

Para facilitar el problema quirúrgico, la odontosección, se impone. Como en el maxilar la escasa elasticidad -- del hueso mandibular en su porción se realiza con fresa, con escoplo y martillo o con escoplo automático.

Las porciones seccionadas se extraerán por separado, con elevadores rectos o angulares, según la posición y facilidad de acceso. La sutura se puede realizar con seda, hilo, -

catgut o Naylon.

EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES LINGUALES

Tal posición es relativamente rara. La intervención se puede realizar por vía vestibular cuando exista espacio entre los dientes vecinos. La incisión por el lado lingual es más laborioso por las dificultades de acceso inherentes a la ubicación del diente retenido, y la mala iluminación y visibilidad a este nivel.

El método de la odontosección disminuye los riesgos de lesiones sobre los dientes vecinos; presión, fuerza excesiva que pueda comprometer la raíz o parte de ella se encuentra en el lado vestibular y la corona en el lado lingual, debe -- realizarse la alveolectomía vestibular, la sección del canino a nivel de su cuello y la extracción de los dos elementos por la vía en que están ubicados; la corona por el lado lingual y la raíz por el vestíbulo.

EXTRACCION DE LOS CANINOS INFERIORES EN DESDENTADOS

La vía de acceso siempre es la vestibular. La incisión angular es la de preferencia: llega hasta las proximidades del borde libre la incisión horizontal, y la vertical se traza en ángulo recto con el primero. Se desprende un colgajo

gingival; en el ángulo superior, se elimina la suficiente can tidad de hueso, hasta lograr descubrir la corona del diente - retenido y su porción cervical, se luxa el canino con un elevador de Clev-dent dirigiéndolo hacia bucal. La cavidad ósea que alojaba el diente queda vacía; se elimina el saco pericoronario con cucharilla para hueso. Con una pinza gurbia se - realiza la alveolectomía correctora necesaria; se readapta el colgajo y se practica la sutura.

C A P I T U L O X I

EL POSTOPERATORIO

Se entiende por postoperatorio, el conjunto de trata-mientos, observaciones, medicación y maniobras que se reali--zan después de la operación, con el fin de mantener la mejor-evolución de los fines logrados por la intervención, reparar-los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colabo--rar con la naturaleza en el logro del mejor estado de salud.

Higiene de la Cavidad Bucal.- Terminada la operación el ayudante o la enfermera lava la sangre y substancias o se--creciones que pudieran haberse depositado sobre la cara del -paciente con una gasa mojada en agua oxigenada, la cavidad bu--cal será irrigada con una solución tibia del mismo medicamen--to, o mejor aún, proyectada ésta con un atomizador que limpia--rá y así eliminará sangre, saliva y restos que eventualmente--pueden depositarse en los surcos vestibulares, piso bucal, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios, éstos --elementos extraños entran en putrefacción y colaboran en el -aumento de la riqueza de la flora microbiana bucal.

El tratamiento postoperatorio es una de las fases im

portantes de nuestro trabajo, tanto es así que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente, una vez terminada la operación, puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica, desde luego que el postoperatorio en cirugía oral no puede tener la trascendencia del mismo, en una operación de cirugía general; en otros términos, nuestra cirugía es la cirugía sobre un paciente generalmente ambulante y salvo excepciones que se fundan más bien en el tipo de anestesia usada que en la operación -- misma, lesión tratada, edad, etc., el enfermo no necesita ser hospitalizado.

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

Se ha preconizado el empleo de agentes físicos, como elementos postoperatorios para mejorar las condiciones de las heridas en la cavidad bucal, se refieren al empleo del calor, frío, irradiaciones etc.

Frío.- Empleamos con gran frecuencia el frío, como tratamiento postoperatorio, se aconseja bajo la forma de bolsas de hielo, o toallas mojadas en agua helada, que se colocan sobre la cara cerca del sitio de la intervención, el papel del frío es múltiple; evita la congestión y el dolor post

operatorio, se dice que ayuda a prevenir los hematomas y las hemorragias, disminuye y concreta los demás postoperatorios, - el frío se usa por períodos de quince minutos, esta terapéutica sólo se aplica en los dos primeros días siguientes a la -- operación prolongada por más tiempo, su acción puede resultar inútil pero no perjudicial.

Calor.- Solamente lo empleamos con el objeto de acelerar la colección purulenta y localizar la vía de drenaje de los absesos.

Rayos Infrarojos.- Son fuente de calor interesantes, se emplean después de las apicectamías o de extracciones laboriosas o difíciles, se usa también en el tratamiento de las - alveolitis y en el tratamiento post-quirúrgico dentario.

Rayos Ultravioletas.- Preconizados por algunos autores para el tratamiento de los dolores postoperatorios aunque esta terapéutica no es muy común, no se conocen a fondo los - resultados obtenidos.

El paciente en su domicilio (ya realizada la formación del coágulo) hará lavajes suaves de su boca, 4 horas después de la operación, con una solución antiséptica.

Cuidados de la herida.- En pacientes sanos, las heriu

das en la cavidad bucal cuando evolucionan normalmente no necesitan terapéutica especializada, la natural a preveer las condiciones suficientes para la formación del coágulo y la protección de la herida operatoria, en términos generales, un alveolo que sangra y se llena con un coágulo tiene la mejor defensa contra la infección y los dolores, después del segundo día, la herida (nos referimos en especial a las heridas mayores), será suavemente irrigada con suero fisiológico, si hay que extraer los puntos de sutura, esto se hará el cuarto o quinto día ya que si quedan por más tiempo podríamos tener una reacción a cuerpo extraño, provocando inflamaciones localizadas y supuraciones innecesarias; estos puntos por lo tanto serán retirados, durante este tiempo.

Tratamiento general del paciente.- Este tratamiento debe ser practicado por el clínico que vigila al paciente en colaboración con el odontólogo. Dicho tratamiento se refiere al mantenimiento del pulso, de la tensión arterial, de la alimentación del paciente, el tratamiento general de las complicaciones postoperatorios (vacunoterapia, antibioterapia, tratamiento hemostático, sueros, transfusiones sanguíneas, tratamiento del shock).

Tratamiento del recién operado.- Nos referimos a la alimentación que no está restringida por la administración de la anestesia general, es decir; el tipo de alimentación que -

necesita y que puede tomar el paciente por las circunstancias de una operación en la boca, el primer alimento se hará 6 horas después de operado, consistirá de líquidos, una taza de té con leche tibia, 6 horas después podrá tomar el siguiente menú, si tolerada la dieta líquida ya administrada; extracto de carne, caldo con jugo de carne, jugo sopas, pure, huevos tibios, gelatina, dulce de leche.

Instrucciones para los pacientes.- Antes de despedir al paciente deben dárseles instrucciones precisas respecto al cuidado que ha de tener en su domicilio (tratamiento postoperatorio), enjuagatorios, alimentación, tratamiento médico (antibióticos, quimioterapia, consulta). Estas instrucciones -- pueden darse por escrito para evitarle dudas, acostumbramos -- entregar a nuestros pacientes una hoja impresa con las instrucciones que necesitan, y que van a continuación:

Una operación en la cavidad bucal requiere una serie de cuidados postoperatorios. Parte de éstos debe realizarlos el paciente otros los realiza el profesional; la colaboración entre el odontólogo y el enfermo llevará a buen éxito la intervención, cuando llegue a su casa después de la operación -- (aún una simple extracción dentaria), conviene guardar reposo por algunas horas, colocar una bolsa de hielo en la cara sobre la región operada durante quince minutos, y quince minutos de descanso; por el término de varias horas, no realizar-

ninguna clase de enjuagatorios a menos que se hubiera prescrito lo contrario; por el término de 3 horas, si hubiera dejado en la boca una gasa protectora, retirarla al cabo de una hora, después de transcurridas las 3 horas, realizar enjuagatorios tibios, con una solución de agua tibia y antiséptico, - estos enjuagatorios se repetirán cada 6 horas; en caso de sentir dolor tomar una tableta de analgésico indicado, se puede repetir esta medicación cada 6 u 8 horas si el dolor no cesa. Si tuviera una hemorragia, el paciente puede realizar un tapo namiento de urgencia colocando sobre la herida un apósito de gasa esterilizada sobre la cual deberá morder durante treinta minutos; la alimentación ya fue indicada.

Complicaciones de la Operación.- Toda operación puede ser seguida de complicaciones locales o generales de distinta índole, el afán del operador debe ser prevenirlas mediante estudios preoperatorios, dominio de técnicas quirúrgicas.

Complicaciones Locales.- Hemorragia, está en el curso de una operación, es un suceso lógico. Cohibir la hemorragia en el acto operatorio es obra de la hemostásis. Nos referimos ahora a la hemorragia postoperatoria que aparece inmediatamente a la operación o un tiempo después.

Hemorragia.- El tratamiento de ésta en cirugía bucal

se realiza por dos procedimientos. Uno instrumental que tiene su aplicación en la ligadura o en el aplastamiento del vaso que sangra; la ligadura tiene sus aplicaciones en vasos -- gruesos que no cesan de sangrar por compresión, el aplastamiento se realiza comprimiendo bruscamente el vaso sangrante con un instrumento romo, el otro procedimiento actúa mecánicamente y se logra por el taponamiento y compresión que se realiza por medio de un apósito de gasa, generalmente volviendo el colgajo a su sitio y suturando, la hemorragia cesa, por la sangre que al coagularse obtura los vasos sangrantes; a expensas de este coágulo se realiza el proceso de cicatrización.

A veces la hemorragia aparece algunas horas o algunos días después de la operación, puede obedecer a la caída del coágulo por hipertensión arterial, traumatismo de la región operada, o por haber cesado la acción vasoconstrictora de la anestesia, a estos factores locales puede agregarse una causa general que favorezca la hemorragia.

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

Métodos Locales.- Se lava la región que sangra con un chorro de agua tibia para retirar los restos de coágulo y la sangre, que dificulta la visión del punto sangrante, investigado el lugar por donde sangra, la hemostasis se realiza --

por taponamiento a presión, con gasa encima de la herida y --
comprimiendo sus bordes, se deposita un trozo grande de gasa--
la cual se mantiene bajo la presión masticatoria, en caso que
esta maniobra se encuentre dificultada por cualquier motivo --
donde se localiza la herida hemorrágica.

Métodos Generales.- Según la cantidad de sangre per-
dida será el estado del paciente. En general las hemorragias
en cirugía bucal, no son mortales, aunque a veces son alarman-
tes, se tratará de reemplazar la sangre perdida por transfu--
sión de suero glucosado, transfusión sanguínea y medicamentos
para completar o substituir los elementos sanguíneos deficien-
tes que originaron el sangrado, o complementar el volumen de-
líquido circulatorio (volhemia).

Hematoma.- Accidente común que escapa la mayor parte
de las veces a nuestras mejores previsiones; consiste en la en-
trada, difusión y depósito de sangre en los tejidos vecinos --
al sitio de la operación.

El tumor sanguíneo puede adquirir un volumen conside-
rable con el consiguiente cambio de coloración del lugar de --
la operación, la piel y sus vecindades. La encía que cubre --
la región operada se pone turgente y dolorosa, las regiones --
vecinas acompañan la tumefacción sanguínea y el todo adquiere
un aspecto inflamatorio, el hematoma puede supurar, dando en-

estas ocasiones repercusión ganglionar, escalofríos y fiebre.

La conducta en semejantes casos puede ser expectante, después de un tiempo variable y con suma lentitud el hematoma se reabsorbe, si la colección de sangre consideramos que no se organizará, por ser grande, se colocará una vía de drenaje al hematoma antes de que se infecte, y si se infectara, se tratará como un absceso, incidiéndolo con bisturí, algunas veces puede intentarse disminuir la tensión absorbiendo con una jeringa la sangre, todavía líquida del hematoma.

Infeción.- A pesar de las condiciones asépticas del campo operatorio, la infección puede sobrevenir a una operación flemones, absesos, celulitis y aún procesos de mayor gravedad, tales como el flemón difuso del piso de la boca; el proceso infeccioso postoperatorio más común es la alveolitis, su patogenia, marcha clínica y tratamiento, así como el tratamiento de las infecciones será objeto de un estudio individual.

Dolor.- El dolor postoperatorio que se presenta a causa del tratamiento operatorio, debe ser controlado por medicamentos adecuados. Acido acetilsalicílico, demetil etc. - (náuseas posanestésica, o dolor a la deglución que impida al paciente por vía oral) pueden administrarse los analgésicos por vía rectal, en forma de supositorios.

Complicaciones Generales.- Cualquier intervención en la cavidad oral puede ser seguida de complicaciones generales, muchos de éstos podemos prevenirlos; otros escapan a nuestros buenos propósitos.

Shock.- Es la complicación más inmediata que puede presentarse, suele ser debido a la anestesia o tratarse de un shock neurogénico, el primero es el más frecuente cuando no se trata del shock neurogénico, por lo común se trata de lipotimias de intensidad variable, originadas, en el mayor parte de los casos, por el miedo a la operación, el cuadro es clásico. El paciente empieza a empalidecer, su frente se cubre de gotas de sudor, la respiración se hace ansiosa, los ojos miran hacia un punto fijo, la nariz se torna afilada, el pulso disminuye de frecuencia, esta situación se mantiene por breves minutos.

El tratamiento de esta lipotimia se realiza de la siguiente manera: Se suspende la intervención; se coloca al paciente horizontalmente, con la cabeza más baja que al cuerpo para combatir la anemia cerebral; es útil la administración de oxígeno al 100%, se inyectará por vía intramuscular vasoconstrictor es como los derivados de la efedrina (productos que deben tenerse siempre a mano en el consultorio dental, -- junto con una jeringa esterilizada lista para ser usada), este medicamento se aplica únicamente si el paciente no reacciona favorablemente a maniobras conservadoras.

C A P I T U L O XII

CONCLUSIONES .

El cuidado de cualquier enfermo, requiere mucho más-- que el simple conocimiento y habilidad técnica, debemos com-- prender los sentimientos y necesidades emocionales de los pa-- cientes y no olvidar que es un ser humano.

En la cirugía bucal aplicamos las bases de la ciru-- gía general, y através de los años, la cirugía bucal se ha -- vuelto mas importante. Debemos tener destreza manual y cono-- cimientos fundamentales de anatomía, fisiología y de los esta-- dos patológicos más frecuentes, educar nuestros dedos para -- descubrir las anormalidades de estructura e interpretarlas en los estados patológicos o traumatismos.

El paciente debe visitarnos una semana después de la operación para quitar puntos de sutura. Antes de realizar -- cualquier intervención, debemos tener la historia clínica y -- las pruebas de laboratorio para no tener complicación alguna, no atrevernos a hacer una operación, porque veámos es fácil,-- se correrían grandes riesgos, debemos tener conocimientos pa-- ra practicarla y hacerlo sin temor, pues ocasionaría trauma-- tismos.

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

- 1.- CIRUGIA BUCAL Y DE LOS MAXILARES
Pichler y Trauner
- 2.- ENFERMEDADES SEPTICAS MAXILOCERVICOFACIALES
Dr. Felipe Cora Eliseht
Editorial Mundi
- 3.- LA ESCUELA ODONTOLOGICA ALEMANA
Editorial Labor
Tomo I
- 4.- INTRODUCCION A LA CLINICA ESTOMATOLOGICA
Dr. Felipe Cora Eliseht
Editorial Mundi
- 5.- PATOLOGIA BUCAL
Dr. Kurt H. Thoma
Editorial UTHA
- 6.- CIRUGIA BUCAL
Dr. Kurt H. Thoma
Editorial UTHEA

- 7.- CIRUGIA BUCAL
Dr. Guillermo Ries Centeno
Editorial El Ateneo
- 8.- CIRUGIA BUCAL
Dr. Archer
- 9.- MANUAL DE ANESTESIA LOCAL EN ODONTOLOGIA
Astra
- 10.-TECNICAS QUIRURGICAS DE CABEZA Y CUELLO
Dr. Alberto Palacios Gómez
Editorial Interamericana, S.A. (1969)
- 11.-CIRUGIA BUCAL
Dr. Sterling V. Mead
Editorial UTEHA.- Tomo I
- 12.-ANESTESIA ODONTOLOGICA
Niels - Hayden Jess
- 13.-TRATADO DE CIRUGIA ORAL
Dr. Walter C. Curalnick
Editores Salvat
- 14.-TRATADO DE ORTODONCIA
Dr. Monti A. E.
2a. Edición El Ateneo
- 15.-ANUARIO DE ODONTOLOGIA

Drs. Darlington, Wilso, Waldron, Tylman, Mboore
Editorial UTEHA

16.-TRATADO GENERAL DE ODONTO-ESTOMATOLOGIA

Dr. Karl Haupl
Editorial Alhambra