

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CANINOS SUPERIORES INCLUIDOS

Tesis

que para el examen de

MEDICO CIRUJANO DENTISTA

Sustenta

MARIA DE LOS ANGELES RUIZ PAREDES

Morelia, Mich.

Marzo de 1974

11

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CANINOS SUPERIORES INCLUIDOS

Tesis

que para el examen de

MEDICO CIRUJANO DENTISTA

Sustenta

MARIA DE LOS ANGELES RUIZ PAREDES

Morelia, Mich.

Marzo de 1974

SUMARIO

- I.—GENERALIDADES.
- II.—ETIOLOGICA.
- III.—CLASIFICACION.
- IV.—ALTERACIONES PRODUCIDAS POR LOS CANINOS RETENIDOS.
- V.—HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE.
- VI.—ESTUDIO DEL PACIENTE RELACIONADO CON EL CASO PROBLEMA.
 - a).—Interrogatorio.
 - b).—Examen del paciente.
 - c).—Estudios radiográficos.
- VII.—DIAGNOSTICO.
- VIII.—PROCEDIMIENTOS PRE-OPERATORIOS.
 - a).—Análisis de laboratorio.
 - b).—Medicación pre-operatoria.
 - c).—Elección del instrumental.
 - d).—Anestesia.
- IX.—TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE CANINOS SUPERIORES.
 - a).—Vía palatina.
 - Técnica para un canino.
 - Técnica para dos caninos.
 - b).—Vía Vestibular.
- X.—PROCEDIMIENTOS POST-OPERATORIOS.
 - a).—Medicación post-operatoria.
- XI.—CONCLUSIONES.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

GENERALIDADES

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Dientes retenidos o incluídos son aquellos que no llegan a ponerse en contacto con el medio bucal, quedando por lo tanto dentro del maxilar cubiertos solamente por tejido blando de la región. Así podemos decir que el ó los dientes se encuentran en inclusión ósea o inclusión submucosa. La verdadera inclusión es aquella que se produce más allá de las épocas normales de la erupción del diente afectado.

Sabremos que posiblemente una pieza dentaria está incluída o retenida cuando la erupción normal de dicha pieza no obedezca o siga de cerca la cronología siguiente:

Para el Maxilar Superior

Incisivos centrales	7 a 8 años
Incisivos laterales	8 a 9 años
Caninos	11 a 12 años
1as. premolares	10 a 11 años
2as. premolares	10 a 12 años
1as. molares	6 a 7 años
2as. molares	12 a 13 años
3as. molares	17 a 35 años

Para la Mandíbula Inferior

Incisivos centrales	6 a 7 años
Incisivos laterales	7 a 8 años
caninos	9 a 10 años
1as. premolares	10 a 12 años
2as. premolares	11 a 12 años
1as. molares	6 a 7 años
2as. molares	11 a 13 años
3as. molares	17 a 35 años

Las inclusiones de piezas dentarias pueden ser en ambos maxilares, presentándose para los dientes normales en el siguiente orden:

Inclusiones de 3as. molares inferiores	35%
Inclusiones de caninos superiores	34%

Inclusiones de 3as. molares superiores	9%
Inclusiones de 2as. premolares inferiores	5%
Inclusiones de caninos inferiores	4%
Inclusiones de incisivos centrales superiores	4%

Las piezas dentarias restantes también llegan a retenerse solo que en porcentajes menores aún que en las cifras anteriores.

El número de dientes retenidos en el mismo paciente es variable, existen muchas personas que sin trastornos aparentes conservan sus cuatro terceros molares inferiores y sus caninos superiores incluidos.

Lubner (1837) menciona el caso de un joven de 16 años con 25 dientes retenidos (18 en el maxilar superior). Esta anomalía probablemente es hereditaria ya que la madre de este chico presentaba 27 dientes en tales condiciones.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

ETIOLOGIA

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

El problema de la retención dentaria es ante todo un problema mecánico, el diente que está destinado a hacer su normal erupción y aparecer en la arcada dentaria como sus congéneres erupcionados encuentra en su camino un "obstáculo" que impide la realización de su normal trabajo a que está encomendado. La erupción dentaria se encuentra en consecuencia impedida mecánicamente por este obstáculo.

Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endócrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencia de dientes. Las enfermedades ligadas, al metabolismo del calcio (raquitismo y las enfermedades que le son propias) tienen también influencia sobre la retención dentaria.

Se pueden clasificar las razones por las cuales el diente no hace erupción de la siguiente manera:

1.—ANOMALIAS DEL DESARROLLO DEL DIENTE:

Cuando una pieza dental tiene anomalías en su formación, no suele desarrollarse normalmente, manifestándose esto con alteraciones fisiológicas y anatómicas que podrán poner en peligro la erupción normal del diente, y darán lugar a otro tipo de alteraciones que principalmente estarán ligadas a la desorientación de la oclusión dental, y a falta de sitio o espacio correspondiente, esto generalmente ocurre cuando hay pérdida precoz de piezas temporales.

El diente permanente perderá la trayectoria que dejan las raíces de los dientes temporales y tenderá a desviarse a otro lado pues el sitio al cual estaba designado probablemente estará ocupado por algún diente vecino, encontrando su espacio correspondiente parcial o totalmente cerrado.

El cirujano dentista y sobre todo el Odontopediatra deben tener presentes las alteraciones que pueden produ-

cir una extracción precoz, agotar todo recurso para la conservación de las piezas y en caso de que la extracción sea inevitable colocar en el sitio desocupado un mantenedor de espacio.

II.—FALTA DE DESARROLLO DEL MAXILAR:

Varios factores pueden contribuir a que un maxilar no se desarrolle normalmente.

El desarrollo de las piezas dentarias va de acuerdo con el desarrollo de los maxilares en su crecimiento, ocurrirá que dentro de ellos queden una o varias piezas incluídas ó retenidas.

Quizás por razón hereditaria se malogra el desarrollo de un maxilar pero existen otros factores que también contribuyen tales como trastornos patológicos, infecciones, raquitismo ó trastornos hormonales.

III.—PERSISTENCIA DEL DIENTE HOMOLOGO TEMPORAL:

Está indicado realizar la extracción del diente temporal que esté obstruyendo la erupción normal del diente permanente, pues de no ser así la pieza temporal será la causa de que la permanente haga erupción en posición anormal o quede incluída:

IV.—MALA POSICION DEL GERME DENTARIO:

Es una causa embrológica que ocurre cuando el germen dentario no se encuentra en su sitio normal durante su desarrollo y tiende a desviarse a un lugar que no le corresponde entonces los dientes permanecen incluídos o erupcionan en otro sitio, generalmente por una angulación anormal que se presentó en dicho desarrollo.

La causa por la que un germen dentario cambia de posición exactamente no ha sido bien definida, pero si se ha visto que ocurre con más frecuencia en los caninos superiores y en los 3os. molares inferiores, aunque Radash (1927) sostiene que la inclusión se produce por trastornos

de las relaciones afines que normalmente existen entre los folículos dentarios y la cresta alveolar durante las diversas fases de su evolución.

V.—ANOMALIAS DE LAS RAICES DE LOS DIENTES VECINOS:

Muchas veces la causa de la inclusión de los dientes suelen ser las raíces de los dientes vecinos, si éstas presentan una anatomía defectuosa o simplemente poseen una forma anormal como por ejemplo una marcada divergencia de ambas raíces, se producirá la desviación.

VI.—PRESENCIA DE QUISTES O TUMORES ODONTOGENICOS:

Cuando existe un tumor o un quiste cercano a una pieza dentaria la tumoración es la causa de que los dientes tiendan a desviarse de su recorrido para erupcionar normalmente o quedar definitivamente incluidos.

VII.—SOBRECALSIFICACION DEL REBORDE ALVEOLAR:

Cuando ha habido una pérdida muy prematura de dientes temporales el alveolo vacío es ocupado por tejido óseo de mayor calcificación, calcificándose exageradamente el reborde alveolar y viniendo a constituir así otra causa de inclusión dentaria.

VIII.—DIENTES SUPERNUMERARIOS:

También son causa de inclusión de dientes permanentes, se presentan con mayor frecuencia en el maxilar superior a nivel de los incisivos centrales superiores. Trátándose de dientes supernumerarios generalmente son piezas que no presentan ninguna anatomía correcta, algunas veces esto mismo dificulta su eliminación.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

CLASIFICACION

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Si consideramos que una pieza incluída está o no íntegramente cubierta por hueso o simplemente está semi-incluída podemos exponer una clasificación con los siguientes aspectos:

I.—Dientes en inclusión total.—La pieza dentaria que está en inclusión total no tiene solución de continuidad hacia la cavidad bucal y presenta tres tipos de inclusión:

- a).—Inclusión intraósea total; la pieza dentaria está totalmente cubierta por hueso y no tiene ningún contacto con los tejidos blandos.
- b).—Inclusión mixta; la pieza se encuentra parcialmente cubierta por mucosa.
- c).—Inclusión submucosa; la pieza se encuentra libre de hueso y totalmente cubierta por mucosa.

II.—Dientes en inclusión parcial o semi-incluídos.—Ocurren cuando las piezas dentarias quedan detenidas en su erupción después que hace su aparición en la cavidad oral y parte de su corona.

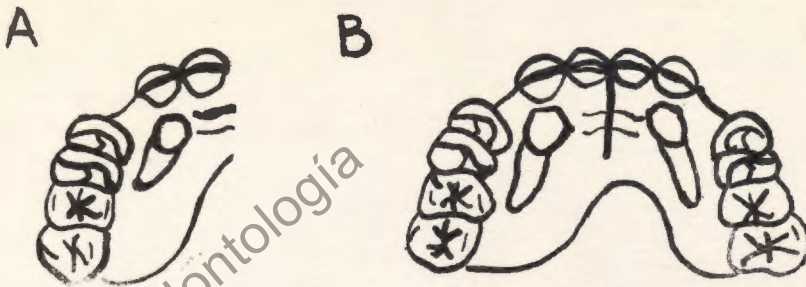
De acuerdo con la posición de las piezas incluídas en relación con su colocación con respecto al arco dentario, dividiremos las inclusiones en:

Vestibulares
Palatinas
Linguales

La posición de las piezas incluídas en el maxilar superior, considerando su eje mayor puede ser la siguiente con orden de mayor frecuencia:

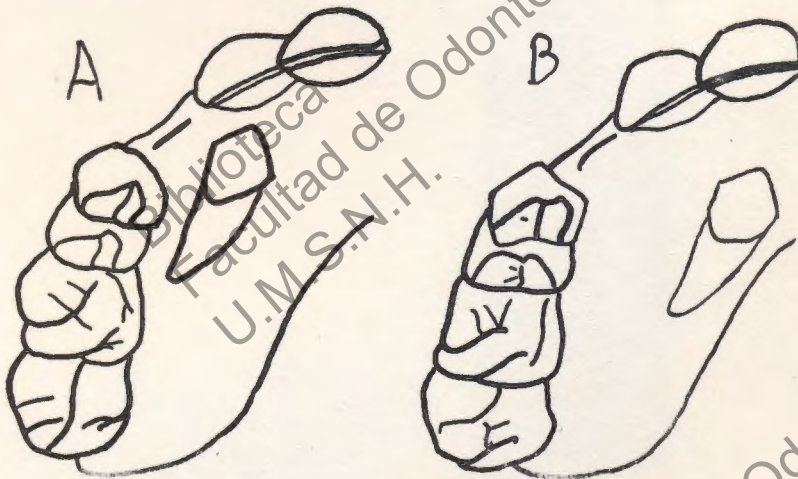
Palatinamente:
Mesio Angular
Horizontales
Verticales

Vestibularmente:
Verticales
Mesio Angular
Horizontales



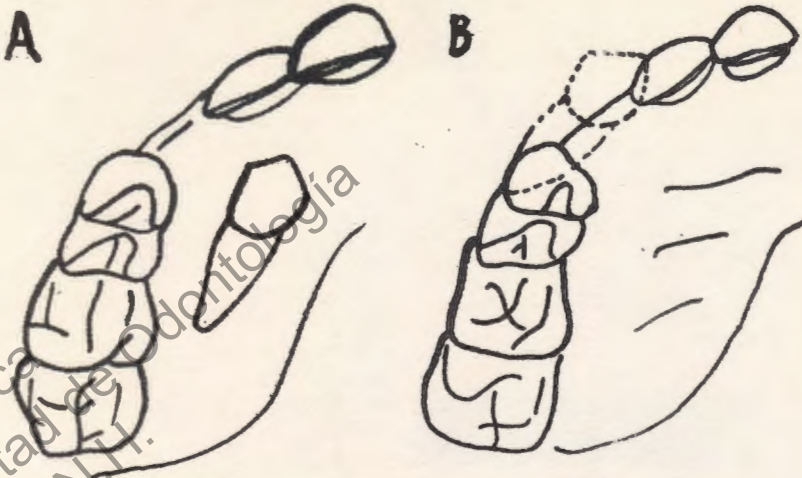
Tipos de retenciones de caninos superiores.

- a).—Canino Unilateral
- b).—Canino bilateral



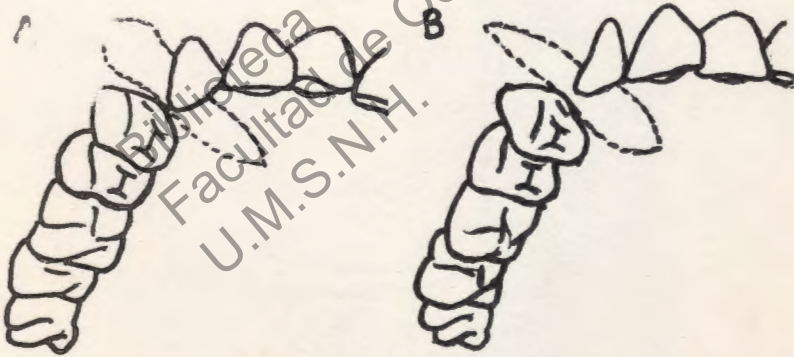
Retenciones de caninos superiores en relación con la arcada dentaria.

- a).—Canino en la proximidad de la arcada.
- b).—Canino lejos de la arcada.



Tipos de retención de caninos superiores.

- a).—Canino en posición palatina.
- b).—Canino en posición vestibular.



Tipos de retención de caninos en relación con la arca dentaria.

- a).—Retención palatovestibular.
- b).—Retención vestibulo palatina se les denomina retención mixta.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

**ALTERACIONES PRODUCIDAS
POR
CANINOS RETENIDOS**

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

SON TRES LOS TIPOS DE TRASTORNOS QUE PUEDEN ORIGINAR LOS DIENTES INCLUIDOS:

I.—DE ORIGEN MECANICO:

Generalmente producen desviaciones de las piezas dentarias con presiones óseas hacia otras cavidades cercanas a la boca, algunas veces desarreglan la articulación tanto del arco de la inclusión como del antagonista. Tenemos además la reabsorción que algunas veces realizan los dientes incluidos sobre las raíces de las piezas que normalmente se encuentran en el arco dentario. Otro trastorno mecánico suele presentarse en pacientes desdentados que llevan prótesis totales y sin saberlo tienen una pieza incluida en este caso...

Sucede que al ser extraídas las piezas circunvecinas a la pieza que nunca brotó, se elimina la oposición que impedía en parte el avance hacia la erupción de la pieza incluida, esto y la tendencia del propio organismo a expulsar el diente y la constante presión ejercida por el aparato protésico provocan un movimiento en el diente, encaminado hacia su erupción produciendo una variación en la forma del proceso; el paciente acude al dentista por el desajuste de su placa o la ruptura de la misma, notándose ulceraciones en la mucosa sobre el sitio donde se encuentra la pieza incluida.

II.—DE ORIGEN INFECCIOSO:

Se presentan generalmente cuando la pieza retenida presenta proceso patológicos muy unidos a ella, por ejemplo: quistes, granulomas, infecciones prógenas, estas infecciones se presentan cuando ha habido comunicación enter la bolsa de la pieza retenida, y el medio exterior y se han presentado infecciones del tipo secundario o degeneraciones de las fibras epiteliales que recubren la corona del diente formado por su saco dentario.

III.—DE ORIGEN NERVIOSO:

Los trastornos de tipo nervioso se presentan en for-

ma de neuralgias generalmente del nervio trigémino que puede abarcar territorios bastantes extensos produciendo en algunas ocasiones dolor agudo persistente o continuo por presión sobre estas piezas y sus terminaciones nerviosas, acompañadas algunas veces por cefaleas, dolores en la articulación, dolores irradiados al oído; estos, dependen del territorio afectado. Maurel y Cantonnet han observado un caso de ulceración persistente de la córnea en relación con un 3er. molar retenido en el límite de la bóveda palatina en la fosa pterigomaxilar. Carrea y Samengo citan ataques epileptiformes.

Trastornos tróficos por retenciones dentarias son frecuentes tales como las "peladas" y "la canicie" es decir caída de pelo y cambio de coloración del pelo (canas). Un paciente que tuvo retención de un canino superior derecho, padeció una pelada dentaria (pérdida de pelo) en la región parietal derecha.

IV.—DE ORIGEN TUMORAL:

Todo diente retenido es un quiste dentífero en potencia. Los dientes portadores de tales quistes emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso, pues el quiste en su crecimiento rechaza centrifugamente el diente originador, Maurel cita el caso de un epulis y Loos el de un tumor maligno originado por un diente retenido.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

HISTORIA CLINICA

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Con fin de evitar complicaciones y accidentes que nos puedan crear ciertas dificultades, en cualquier intervención quirúrgica como en el caso de la extracción de uno o los dos caninos incluidos superiores se deberá realizar una verdadera Historia Clínica del paciente por intervención.

Para ello nos auxiliamos con la propedéutica médica que es la rama de la medicina que nos enseña a conocer los síntomas, la forma de recopilarlos, apreciarlos e interpretarlos; con ello nosotros podremos descubrir deficiencias o anormalidades de los aparatos, sistemas y órganos del cuerpo humano y asimismo podremos pasar en todos los procedimientos y vayamos a realizar en nuestra intervención.

Los métodos necesarios para recoger la sintomatología se denominan:

Métodos Generales de diagnóstico, y vienen siendo:

I.—INTERROGATORIOS POR APARATOS:

Digestivo; Respiratorio, Circulatorio, Genitourinario y desde luego el Sistema Nervioso.

Para complementar nuestra historia clínica requeriremos además de otros métodos que en nuestro caso son muy importantes: 2.—La Inspección y 3.—La Palpación.

La percusión, la auscultación; la percusión auscultatoria, la punción exploradora y los métodos de laboratorios que son el complemento para realizar una Historia Clínica completa no nos serán necesarios en el caso de un paciente que vaya a ser operado de piezas dentarias incluidas.

La historia Clínica una vez elaborada se archiva provisionalmente para en caso de que se requiera solicitarla y comprobar datos que sin ella nos sean confusos servirá también para comprobar la evolución a la disminución de la enfermedad del paciente a partir de la fecha

en que fue elaborada.

En nuestro caso de caninos incluídos en el siguiente capítulo veremos detalladamente todas y cada uno de los métodos generales de exploración que vayan a sernos útiles en nuestra intervención, es decir, detallaremos la realización del estudio general del paciente ya relacionado con nuestro caso problema.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

**ESTUDIO DEL PACIENTE
RELACIONADO CON EL
CASO PROBLEMA**

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

ESTUDIO DEL PACIENTE RELACIONADO CON EL CASO PROBLEMA

Desde luego que principiaremos por el interrogatorio general con una serie ordenada de preguntas que nos servirán para orientarnos sobre el proceso patológico. El que lo hagamos lo mejor posible es muy importante pues nos proporcionará datos que muchas veces es imposible obtener por otros procedimientos; Habrá ocasiones en que tendremos que hacer diagnósticos basándonos únicamente en los conocimientos obtenidos en el interrogatorio, el interés aumenta si tomamos en cuenta que es el método que más influye en la psicología del paciente y de ahí que un interrogatorio habilmente conducido logre conquistarnos la confianza del paciente, con lo cual tenemos adelantado mucho para el éxito de nuestra intervención.

Cómo ya dijimos anteriormente, del interrogatorio dependerá evitarnos consecuencias funestas por lo tanto deberá realizarse ordenada, metódica y completamente empleado un lenguaje sencillo exento de términos científicos, obtendremos del paciente los muchos o pocos datos acerca de por qué sospecha tener un canino incluído u otra pieza.

El caso de los caninos incluídos en el interrogatorio del dentista al paciente es un caso singular pues no podemos obtener muchos datos y muchos menos si no ha habido dolor, en realidad lo que nos viene a comprobar que hay un canino incluído es una radiografía. Esto tratándose en sí, concretamente de la pieza problema realmente, el interrogatorio que mucho nos servirá será el que hagamos sobre el estado general del paciente a través de aparatos y sistemas para saber a que atenernos con la salud de ese paciente.

Examen del Paciente por Aparatos

En el aparato digestivo no hay mucho que preguntar recordemos que estamos en un caso de caninos incluídos

sin embargo lo poco que se obtiene de ese aparato nos ayudará a conocer el estado anímico del paciente, pues un paciente que come bien, reaccionará favorablemente al tratamiento, uno que tenga problemas con su digestión, perderá el apetito, le sabrán mal los alimentos, quizás tenga eructos, agruras, náuseas, vómitos, dolores de estomago etc., y a la larga mantendrá una desnutrición, que a nosotros no nos convendrá para nuestra intervención.

Aparato Respiratorio.—Investigaremos si hay disnea, tos continúa, y en ésta si hay abundante espectoración, así como las características de la misma, si hay dolor en el pecho, la espalda y los costados, si hay dolor al respirar pues esto indicará deficiencias pulmonares con las cuales se tienen problemas en el caso de un shock, ya que un paciente en un estado así necesitará de una respiración sana y quizás forzada y con alteraciones de tipo respiratorio podríamos tener hasta un desenlace fatal.

Aparato Cardiovascular.—Investigaremos también disneas, sofocación al caminar, fatigas con pequeñas y grandes esfuerzos, si el paciente dice tener "dolor" en el corazón, "palpitaciones" etc. si sangra por la nariz u otra parte, si se hincha alguna parte de su cuerpo, donde, es dura ó blanda la hinchazón, si se ha puesto alguna vez morado. Siente vértigos, dolor de cabeza, zumbido de oídos, hormigueos, calambres, se le "duerme" alguna parte de su cuerpo, ve manchas en el aire. En caso de que el paciente ignore su presión arterial y su pulso y no lo haya investigado un médico general, podremos hacerlo nosotros los dentistas.

Normalmente el pulso es de 70 a 80 pulsaciones por minuto en el hombre y de 80 a 90 en la mujer y la presión arterial: máxima de 120 mms de Hg. y mínima de 70.

Cualquier anomalía que notemos en estas investigaciones así como la afirmación de las preguntas que formulemos significará deficiencia cardiovascular: habrá que

tener mucho cuidado con las maniobras que practiquemos a estos pacientes, pues son muy peligrosos para las intervenciones quirúrgicas.

Aparato Genito-urinario.—Investigar sobre la cantidad y características de la orina, tales como densidad, olor, color, espuma etc. El que el aparato renal cumpla sus funciones perfectamente nos hará saber que no habrá problema para la eliminación del anestésico que emplearemos en la intervención.

Sistema Nervioso.—Investigaremos si existen ataques, desmayos, tics, dolor de cabeza, cambio de temperatura, si duerme bien el paciente, y oye, ve y huel bien.

Otras investigaciones de importancia serán:

Sus antecedentes hereditarios en cuanto a enfermedades, asimismo antecedentes patológicos y preguntas generales como:

¿Ha padecido paludismo, reumatismo, sífilis, tuberculosis...? ya que todos estos padecimientos pueden dejar reliquias que impidan la normal intervención de medicamentos, técnicas o procedimientos que emplearemos en nuestra remoción quirúrgica.

Desde luego que también se investigará si el paciente es ó no hemofílico ó diabético.

Nosotros mismos podemos diagnosticar en el consultorio a base de preguntas sencillas si el paciente padece o no diabetes o hemofilia. Como ya sabemos, la hemofilia es un padecimiento que se caracteriza principalmente por la coagulación tardía de la sangre. Una pregunta o un discreto vistazo al paciente que nos indique que haya alguna irregularidad en su coagulación sanguínea será posible síntoma de hemofilia.

En cuanto a la diabétes que es la presencia de azúcar en la sangre, también se puede diagnosticar fácilmente.

te, pero si no estamos totalmente seguros de que el paciente es o no hemofílico o diabético, cuando lo enviemos al laboratorio por análisis sanguíneas y de urea le diremos que pida informes también sobre su azúcar en el cuerpo y las características de su coagulación.

Si el paciente que nos llega es hemofílico y no ha sido atendido, no podremos intervenirlo pues habrá problema con la cicatrización de la herida de la intervención y seguramente para que los tejidos vuelvan a su estado normal habrá problemas y pasará mucho tiempo, además estarán propensas a hemorragias e infecciones.

Previas transfusiones sanguíneas ayudan a los hemofílicos a que puedan ser intervenidos quirúrgicamente.

El paciente diabético no conviene ser intervenido, porque el P.H. que regula su secreción salival se encuentra alterado generalmente acidificado y con esto propenso a impedir una normal cicatrización de la región bucal intervenida.

Si está siendo atendido y controlado mediante tratamientos, podremos operar a este tipo de pacientes.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Con las radiografías podemos descartar o comprobar nuestro diagnóstico clínico o así mismo determinar la posición del canino incluído.

En el caso de caninos superiores incluídos emplearemos las técnicas periapical, oclusal y en algunos casos, la extra oral, se tomarán radiografías desde diversos ángulos que nos darán la posición exacta del canino incluído para así determinar la técnica de su extracción.

Caninos Superiores.

Técnica Periapical

- 1.— Distancia anodo-película 20 a 21 cms.
- 2.— Miliamperaje 10 a 15 miliamperios
- 3.— Kilovoltaje 45 a 65 kilovoltios
- 4.— Colocación del paciente Plano sagital vertical y línea que va del lóbulo de la oreja a el ala de la nariz horizontal.
- 5.— Colocación de la película El paciente la sujetará con su dedo pulgar sobre el paladar y sobresaliendo 2 mms. del borde incisal, tomando como punto de referencia la fosa canina.
- 6.— Proyección del rayo Tendrá una angulación de + 45 grados.
- 7.— Tiempo de exposición. De dos a cuatro décimas de segundo.
- 8.— Revelado.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

DIAGNOSTICO

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

¿Cómo se puede sospechar que un canino está incluido?

Generalmente se descubre por casualidad, por medio de una radiografía o sucede que en la arcada dental falta una pieza dentaria y el paciente ignora que pasó con ella sin saber que se encuentra incluida en su maxilar.

También sucede que el diente temporal ocupe el lugar que corresponde al canino o que una vez ya con el cirujano dentista este haga una inspección y palpación de los tejidos de la cavidad oral y se encuentre con un abultamiento correspondiente al canino incluido.

El dentista, también dará cuenta que puede haber desplazamiento o rotación de los dientes anteriores superiores.

La presencia de fístulas de origen nervioso o mecánico, que ya expresamos con anterioridad, son complicaciones que producen las piezas incluidas.

Pero si con todos estos datos clínicos no estamos totalmente seguros de que tenemos ante nosotros un caso de caninos incluidos haremos un estudio preciso y completo del paciente ayudándonos del correspondiente estudio radiográfico necesario.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

**PROCEDIMIENTOS
PRE-OPERATORIOS**

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

El éxito para la remoción de caminos incluidos no depende únicamente del empleo hábil de una técnica adecuada al caso.

Existen algunos factores que debemos tener siempre en cuenta además del estudio general del paciente y del estudio radiográfico, tales como análisis de laboratorio que nos permita saber más a fondo la salud del paciente, así mismo recetar una medicación preparatoria que nos evite las mínimas molestias que el paciente lleve antes de entrar al consultorio. Una elección adecuada del instrumental y una técnica de anestecia aplicada lo mejor posible, nos tendrán un paciente apto para realizar una intervención estupenda.

Estudiemos cada uno de estos factores:

Análisis de laboratorio.—

Consistirán en:

Análisis sanguíneos que nos permitirán saber el tiempo de coagulación de nuestro paciente, su tiempo de sangrado, su cantidad de urea en la sangre, así como la cantidad normal de glucosa.

La sangre en condiciones normales contiene de 5 a 6 millones de glóbulos rojos por mm³ en el hombre y de 4 a 5 millones en la mujer si este número baja hay que averiguar la causa y corregirla antes de la intervención.

Existen de 6 a 8 mil leucocitos o glóbulos blancos por mm³ en hombres y mujeres normales.

En anemias o infecciones agudas, así como en estados leucémicos, o por ciertos medicamentos, varía la cantidad de leucocitos aumentando casi siempre.

Las plaquetas son entre 200 y 300,000 disminuyendo en anemias perniciosas y aumentando en enfermedades infecciosas.

10.- Tiempo de Sangrado.— Es el lapso comprendido en

tre la apertura de un capilar producida por una pequeña incisión y la hemostásis espontánea. La hemostásis depende de la proporción de las plaquetas en la sangre y de los agentes trombo plásticos de los tejidos. En el momento en que termina la hemorragia se toma el tiempo para establecer lo que haya durado, puede estar aumentando el tiempo por una afección hepática, por púrpura en la hemofilia puede permanecer normal. El tiempo normal de sangrado oscila entre 1 y 2 si el tiempo es mayor de lo normal deberá investigarse la causa y es indispensable normalizar este tiempo antes de la intervención.

2o. Tiempo de coagulación.— La formación del coágulo deberá ser a los 3 o 4 minutos y deberá terminar a los 7 u 8, una cifra mayor constituye una contraindicación exodontica.

3o.- UREA.— En el suero sanguíneo varía normalmente de 2 a 5 décimas de gramo por 1000, si aumenta de 0.50 a un gramo es signo de insuficiencia renal.

4o.- GLUCOSA.— La cantidad normal en la sangre varía entre 0.80 a 1.20 gramos por 1000, cuando aumenta y va acompañada de glucosuria es clásico signo de diabetes. La menstruación, estado fisiológico de la mujer no suele ser contraindicación para la eliminación quirúrgica de caninos incluidos.

La medicación pre-operatoria hay que hacerla considerando que vamos a intervenir sobre una persona que como nosotros tiene la facultad de razonar y por lo tanto es probable que desconfía y sobre todo que se muestre sumamente nerviosa, para estos casos se recetará un tranquilizante como el:

Así mismo un medicamento que contrarreste una posible abundante secreción salival.

La medicación pre-operatoria no siempre resulta necesaria, pues casos quizás raros, como el de una paciente: Yo; que no obstante que nunca había experimentado

una intervención quirúrgica de ningún tipo y sabiendo a lo que iba a, es decir a lo que iban a hacer con mis caninos incluidos. Como lo sacarían, etc. etc., iba completamente tranquila, ni la más mínima posibilidad de nervios o miedo, fue raro por que generalmente me impresionó con facilidad.

No sé si mi estado emocional del día de la extracción de mi canino, tan perfecto para el cirujano haya influido en algo para el éxito que resultó la intervención quirúrgica.

Elección del Instrumental.— Los procedimientos operatorios para la remoción de caninos incluidos también deben de estar basados en los buenos conocimientos que el cirujano dentista tenga sobre la anatomía de la región en la cual va operar. Ya que aparte de su propia habilidad y seguridad para operar es indispensable un conocimiento amplio y preciso del campo operatorio, así como de la técnica a seguir.

Para dicha técnica debemos elegir adecuadamente el instrumental con el cual vamos a trabajar y tenerlo en un campo perfectamente aséptico, asimismo un asistente bien adiestrado que será el encargado de proporcionarnos los instrumentos y demás material necesario.

El instrumental estará constituido por lo siguiente:

Espejo y pinzas de curación

Eyector quirúrgico

Bisturí curvo pequeño

tijeras parodontales terminadas en punta

pinzas hemostáticas curvas

Cincél de mano o automático

Legra

Lima para hueso

Fresas de varios tamaños

Botadores rectos y de bandera

Fórceps

Jeringas y Cartuchos para anestesia

Material de sutura (Catgutóseda) y aguja atraumática

Gasas y algodón.

Y aunque no es propiamente instrumental debemos tener cerca las placas del estudio radiográfico previamente realizado, ya que seguramente serán de eficaz ayuda.

Antes de comenzar con la anestesia hay que tener presente una excelente visibilidad, pues para contribuir al éxito, no sólo de ésta sino de toda intervención odontológica, el dentista deberá trabajar en medio de una buena fuente de iluminación.

En cuanto a la posición del paciente primeramente hay que contar con un sillón confortable que nos permita todo tipo de movimientos y para comodidad del operador el paciente se colocará en semidecubito (posición casi horizontal con la cabeza hecha hacia atrás).

No es necesario cubrir la cabeza y ojos del paciente, pero sí colocarle un babero perfectamente limpio sobre su pecho y anudado por cintas a su cuello.

A N E S T E S I A.— La técnica de anestesia que emplearemos para la extracción de caninos incluidos ya sea por vías palatinas o vestibulares será local infiltrativa, para vías palatinas será a nivel de los agujeros palatinos posteriores y palatino anterior.

Para vías vestibulares se levantará el labio y a la altura del primer premolar se introducirá la aguja perforando lo más alto del surco vestibular.

El nervio que anestesiamos será el infraorbitario cuando pasa por su agujero del mismo nombre y la insensibilidad se producirá en la mitad correspondiente a la región labial.

El tipo de anestesia que emplearemos será según el paciente.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

**TECNICA QUIRURGICA
PARA LA
EXTRACCION DE
CANINOS SUPERIORES**

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE UN CANINO POR VIA PALATINA

Incisión.—Debe ser amplia para conseguir |menos traumatismo y mayor visibilidad, abarcará desde el primer molar, llegando hasta el incisivo central del lado opuesto y desde aquí hacia la papila palatina. Hay que tener mucho cuidado con los vasos que se irrigan del agujero incisivo.

Con una legra levantaremos el despegamiento sin desgarrar el colgajo y descubriendo ampliamente la superficie ósea, debajo de la cual se encuentra el canino y cuya forma y posición se advierte por la prominencia que aparece en el hueso.

Para apartar el colgajo del campo operatorio podemos pasar un hilo de seda por medio de él y fijarlo a una de las molares del lado opuesto.

Con una presa de bola o de Fisura o con un cincel de mano haremos varias pequeñas perforaciones alrededor del abultamiento óseo que corresponda a la corona clínica del diente incluido. Se desprenderá entonces esta fracción de hueso y nos quedará al descubierto la corona, y cuidando nosotros que la tapa ósea que quitamos sea lo suficientemente grande para permitir el paso de la corona.

Los ángulos mesial y distal del diente así como su cúspide deberán verse en toda su amplitud sin la más mínima porción ósea que los cubra. Alrededor de la corona se labrará un surco de manera que por debajo pueda pasarse un botador. La luxación no se intentará hasta tener la seguridad de que se ha eliminado todo obstáculo en la elevación de la corona. Con un botador podremos luxar el diente, pero si la corona llega a situarse de tal modo que permita el empleo de un Fórceps, lo haremos de esta forma ya que así será una extracción menos traumática y se lesionarán menos los tejidos adyacentes.

Generalmente si el diente está en posición horizontal se desprende la corona en toda su longitud, pero si se en-

cuentra en otra posición habrá que seccionarla utilizando una fresa flama de preferencia en el air-rotor, después lograr una ranura que comprenda las $\frac{3}{4}$ partes del hueso de la pieza con un instrumento apropiado introducido en dicha ranura se seccionará la parte restante.

Por el mismo conducto se extraerá la raíz de la siguiente manera; después de haber dividido el diente se introduce un botador de preferencia de bandera por el lado interno en el espacio raíz-hueso para luxar y desalojar ésta, el tejido óseo que rodea la raíz sirve como apoyo haciendo girar cuidadosamente el botador de manera que la raíz sea impulsada hacia adelante hasta que pueda hacerse presa de un Fórceps. Esto es quizás lo más difícil de la Técnica Quirúrgica y si por algún motivo no podemos luxar así la raíz habrá necesidad de eliminar mayor porción de hueso, después de lo cual haremos la elevación con un botador que se apoye en el borde gingival de los dientes, con el bocado introducido en el canal radicular.

Como sabemos es el capino el diente que posee la raíz más larga, ésto en muchos casos será la causa de que no se extraiga completamente una raíz, debido a su cercanísima proximidad con el seno del maxilar, cuando una raíz se encuentre en esta posición lo mejor que se puede hacer es dejar ese pequeño tercio radicular preferible a lesionar otras porciones óseas con las cuales si tendremos grandes problemas.

Esa partecita de raíz que contendrá el Forámen apical con el tiempo tenderá a ser expulsada por el propio organismo, o se encapsulará. Hasta ahora no nos hemos dado cuenta de un tercio radicular que no haya podido ser extraído produzca un quiste o infecciones mayores o dolores.

En seguida vendrá la limpieza de la cavidad. Con lima de hueso quitaremos todas las asperezas óseas que hayan quedado, los restos del saco dentario se eliminarán total-

mente con una cucharilla pues con frecuencia tienen carácter quístico.

Después haremos una esmerada limpieza de la herida con suero fisiológico o agua bidestilada el colgajo mucoso lo soltamos y lo volvemos a su lugar, haciendo un planchado sobre el tejido óseo, empaparemos una gasa esterilizada con agua fría y le indicaremos al paciente que con su lengua se la presione contra su paladar por lo menos 15 a 20 minutos. En la mayor parte de los casos no se sutura la herida y la cicatrización se hace rápida y perfecta así como indolora. Aunque si es necesario suturar pues lo haremos con cat-gut atraumático de 4 ceros.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Extracción de un canino superior derecho retenido en el lado palatino.

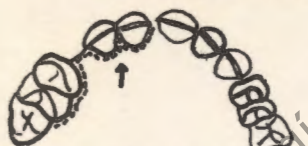


Fig. 1



Fig. 2.



Fig. 3



Fig. 4

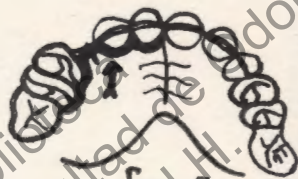


Fig. 5

- Fig. 1.—Insición.
Fig. 2.—Desprendimiento del colgajo que se sostiene con un hilo a un molar.
Fig. 3.—Osteotomía realizada con fresa redonda que también se puede hacer con un escoplo automático.
Fig. 4.—Después de practicada la Osteotomía aparece la corona del canino que bien se puede seccionar con una fresa de fisura o con un escoplo automático como en la ilustración.
Fig. 5.—Una vez extraída la raíz y regularizados los bordes se procede a suturar el colgajo.

TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE LOS DOS CANINOS POR VIA PALATINA

Es frecuente que se presente el caso de inclusión en la bóveda palatina de ambos caninos, sea remoción quirúrgica la podemos hacer en una sola sesión o en dos según sea el caso.

La Anestesia y posición del paciente serán las mismas que en el caso anterior.

Incisión.—Abarcará de primer molar al primer molar siguiendo la misma trayectoria que en el caso anterior.

Hecha la incisión se realizará el desprendimiento de la fibra mucosa palatina con una legra, desprendiendo el colajo pasaremos ahora dos hilos por su borde anterior, se sujetarán en los molares más posteriores manteniendo así buena visibilidad del campo operatorio. Luego se procede a levantar forma indicada para la extracción de un solo canino, se lleva a cabo el seccionamiento corona—raíz de las piezas, se eliminan las coronas y se extrae de preferencia con Fóreps las raíces.

La limpieza de la cavidad será lo mismo que para el caso de un solo canino.

TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE CANINOS SUPERIORES EN LA REGION VESTIBULAR

En realidad estos casos son raros, generalmente la mayoría de los caninos superiores se encuentran en inclusión palatina.

La técnica de anestesia para caninos incluidos por región vestibular, también fue ya descrita anteriormente.

Incisión.—Será concava hacia arriba siguiendo el contorno de la corona del canino que generalmente se advierte en la mucosa, hecho ésto se levanta el colajo hacia arriba deteniéndolo con el separador del labio, nos quedará al descubierto el hueso de la lámina externa el cual

es muy delgado y fácil de eliminar mediante las perforaciones con fresas y el levantamiento de la lámina ósea circunscrita por las perforaciones; si el canino no está cubierto totalmente por hueso, simplemente quitaremos hueso del borde para facilitar su remoción.

Una vez descubierta la corona se introduce por su cara palatina un botador de bocado apropiado en relación con la forma y el tamaño del canino y se efectúan pequeñas luxaciones teniendo como apoyo la parte ósea, si no podemos con el botador ya que hemos luxado emplearemos un forceps de bayoneta, acoplándose los bocados en la parte mesial y distal de la corona haciendo movimientos de torción y una vez extraída la pieza que generalmente sale desde el principio con el botador haremos la limpieza de la cavidad en la misma forma que en el caso anterior.

También se dan casos de caninos incluidos en el maxilar inferior pero son mucho menos frecuentes.

Extracción de Caninos bilaterales.



Insición



Desprendimiento del colgajo.



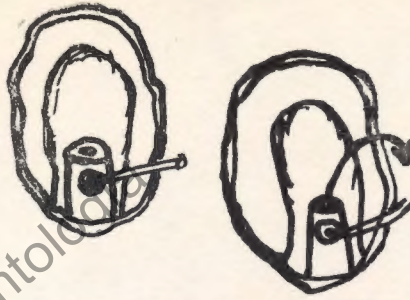
Descendido el colgajo se mantiene fijado a un molar vecino.



Osteotomía con fresa redonda.



La corona, una vez seccionada se extirpa con un elevador o con una pinza de disección.



Con una fresa redonda se practica un orificio en el diente donde se introducen elevadores finos que dirigen la raíz hacia adelante a favor del espacio logrado por la extracción de la corona.



Se regularizan los bordes óseos con fresa redonda.



Vuelto el colgajo a su sitio se realiza la sutura

Complicaciones que Pueden Surgir Como Consecuencia de Una Técnica Quirúrgica Inadecuada:

- 1.—Luxación de dientes contiguos por empleo inadecuado del Botador.
- 2.—Perforación del Seno Maxilar.
- 3.—Fractura de la apofisis alveolar.

La luxación de los dientes contiguos ocurrirá cuando no hagamos la técnica correcta del empleo del botador, es decir, cuando lo apoyemos en una forma errónea sobre un punto que no debemos. Generalmente los dientes recuperan pronto su firmeza, a menos que se haya logrado interrumpir el riego sanguíneo.

Si por el traumatismo se produjera artritis intensa evitaremos que estas piezas ocluyan con sus antagonistas, logrando así su pronta recuperación.

Generalmente las piezas pueden reafirmarse, pues su movilidad no resulta muy exagerada, pero en caso de que exista mucha movilidad el diente se fijará a los adyacentes.

Si lamentablemente llegásemos a perforar el seno maxilar, lo primero que haremos será: Cuidadosamente evitar la contaminación del antro con restos óseos o saliva. Si logramos evitar la contaminación no habrá necesidad de hacer el lavado del lugar afectado. Enseguida colocaremos el colgajo mucoperióstico en su lugar, sellando la cavidad, y evitando así la contaminación o infección.

La Fractura de la Apófisis alveolar, suele ocurrir y ser más grave en pacientes de edad avanzada o en anodónticos.

Si el accidente ocurre en pacientes con dientes, se construirán bandas sobre los dientes existentes ligándolas entre la parte fracturada y las piezas firmes a manera de férula para fijar el fragmento hasta que solde.

En cuanto a los anodónticos la porción fracturada no deberá extraerse sino colocarla en su sitio y sujetarla con la mucosa para que solde, lo cual con seguridad sucederá sin presentar ningún problema.

La Fractura del apice radicular que también es accidente, ya expliqué que a menos que seamos muy diestros con el botador nos atrevamos a tratar de expulsarlo en un solo movimiento. De lo contrario dejémoslo ahí, que seguramente como no lo hemos tocado estará exento de cualquier germen infeccioso.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

**PROCEDIMIENTOS
POST OPERATORIOS**

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Siempre resulta conveniente tomar una radiografía de la región trabajada después de la operación con el objeto de que comprobemos si no lesionamos algunas raíces de un diente vecino, pero primordialmente para cerciorarnos de que no quedó ningún resto.

Inmediatamente después de la extracción aplicaremos compresas frías en la región; si intervenimos por palatino diremos al paciente que con su lengua presione la compresa sobre su paladar, la aplicará el cirujano dentista en la mejilla en caso de haber intervenido sobre las regiones vestibulares.

Las aplicaciones de compresas frías se realizarán con el objeto de aminorar la reacción inflamatoria que pudiera presentarse en caso de que inevitablemente se haya causado un traumatismo mayor, aún con las compresas deberá prescribirse al paciente algún otro tipo de antiinflamatorio.

Desde luego se prescribe también un antibiotico de amplio espectro con el objeto de evitar una posible infección posterior.

Debemos recetar también un analgésico potente pues el dolor causado por el traumatismo posiblemente sea agudo.

Si tuviésemos algún problema con el sangrado, podemos prescribir un hemostático.

Como medida preventiva y con la finalidad de conseguir un post-operatorio sin problemas, también deberá indicarse al paciente lo siguiente:

Después de que se haya retirado del consultorio deberá reposar un poco recostándose con la cabeza más levantada con respecto al nivel del cuerpo, con el fin de evitar hemorragias.

Su alimentación durante dos o tres días será sin grasas ni substancias irritantes, no deberá tocarse la región

con las manos o con algún instrumento sucio. Enjuagar la boca tres o cuatro veces al día con una solución alcalina.

Se verificará el estado del paciente a intervalos periódicos hasta el quinto o sexto día, después de los cuales si el estado es satisfactorio se suspenderá la medicación y se le dará cita a los ocho días para revisión y quitar los puntos de sutura si fuera necesario.

Generalmente el post-operatorio en la intervención de caninos incluidos no suele ser molesta. A los tres o cuatro días se nota la mucosa ya bien adherida a la bóveda palatina o a la lámina externa, el paciente muchas veces no tiene la sensación de herida alguna.

La regeneración ósea se llevará a cabo lentamente sin que el paciente lo note.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

CONCLUSIONES

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Que la técnica quirúrgica para la remoción de caninos incluidos en el campo de lo Odontología representa una intervención quirúrgica interesante y digna de brillantez es indiscutible.

Que pone de manifiesto toda la habilidad y los amplios conocimientos del cirujano dentista, también es indiscutible.

Y que contribuye en esta forma a acrecentar su propia experiencia en la importante rama de la Cirugía Menor, ni rebatirlo.

Pero viéndolo desde otro punto de vista, la extracción de uno o dos caninos permanentes incluidos que de haber hecho erupción normal estarían sanos y radiantes ocupando su sitio correspondiente en la cavidad bucal prestando una ayuda primordial al arco dentario en la curvatura que se forma entre dientes anteriores y posteriores, así como contribuyendo de manera definitiva a la estética dental, creo que resta algo de brillantez a tan excelente intervención, al menos en el ánimo del profesionalista que tiene en cuenta que ha realizado la eliminación de una o dos piezas que aunque "guardados" sin haberse nunca asomado a la luz estaban totalmente sanas.

Por esto mismo si los padres o el dentista llegasen a descubrir a tiempo la ausencia de los caninos permanentes en sus hijos, o en el caso de los pequeños pacientes quizás logrará solucionarse el problema con uno o varios tratamientos ortodóncicos, o en su defecto ya más crecido el niño pudiera haber la posibilidad de un reimplante dentario, es decir realizar la extracción íntegra de el o los caninos incluidos y hacerlos ocupar su lugar correspondiente en un alveolo previamente preparado, gran ayuda en este caso sería si aún hubiese permanencia de los caninos temporales porque entonces primero se extraerían los incluidos se mantendrían en alguna solución conservadora y se reimplantarían en el al-

veolo aún "vivo" que habrían dejado las extracciones recientes de los temporales.

En este caso si saldría en todo su esplendor el espíritu de conservación de piezas dentarias sanas o aún sanas en la cavidad bucal, que el Médico Cirujano Dentista siempre deberá tener presente.

Ahora, si en el niño no se presentaron trastornos de ninguna clase, debido a la existencia de sus caninos incluídos, en el adulto si se pueden presentar, entonces, por mucho espíritu de conservación que el cirujano dentista posea tendrá que recurrir a la cirugía como única medida para solventar el problema de la aparición de tales trastornos sobre todo los de tipo nervioso y mecánico. Si el cirujano está enterado de que un adulto joven cuenta en su maxilar con uno o dos caninos incluídos y no existe ninguna manifestación de ello, quizás un ligero y casi nada notorio abultamiento, puede recurrir a su extracción como medida preventiva, pues en el caso de que en el individuo ya en edad madura se presentarán trastornos, siendo joven reaccionará más favorablemente al tratamiento.

Ahora, puede dejarlos donde están y a la primera señal de alarma que haya de trastornos proceder a su eliminación, sea cual sea la edad que el individuo se encuentre viviendo.

Un puente removible muy estético y bien fabricado, creo que es el medio más eficaz en el caso de los caninos permanentes que nunca brotaron por haber permanecido incluídos y que ya fueron extraídos.

Si se presentara un caso especial de caninos como el siguiente, ¿qué se podría hacer?:

Vamos a suponer que el paciente no presenta ningún trastorno de clase alguna, (desde luego que será un individuo joven) que tiene sus caninos superiores incluídos, pero como si no los tuviera, y tiene aún en la arca-

da sus caninos temporales firmemente implantados, las coronas un poco disminuidas debido a la abrición natural pero totalmente exentas de caries. Los caninos inferiores permanentes se habrán desarrollado más al no encontrar sus antagonistas con las cuales hubieran hecho oclusión normal.

Los caninos temporales que encontremos tampoco presentaron una sintomatología anormal.

¿Qué hacer en este caso?: Una vez que estemos totalmente seguros que ese estado de los caninos permanentes incluídos va a continuar pacífico, lo mismo los temporales, o que al menos tardarán mucho tiempo en presentar sintomatología anormal se puede hacer lo siguiente para no extraer los permanentes:

Procedemos a rebajar con una piedra montada de diamante los bordes incisales de los caninos inferiores permanentes, teniendo mucho cuidado de no propasarnos a una zona peligrosa, y colocaremos sobre el área desgastada un barniz protector que puede ser de copal.

En los temporales, antes, se habría recurrido a completar la coronita clínica, con una corona de oro 3/4 con una restauración con respaldo de oro, y frente de acrílico o porcelana, o quizás hasta una corona total, que además de antiestéticas, tendrían una duración muy corta pues la coronita temporal superior no sería gran soporte del metal, en fin, esto ahora ni pensarlo pues seguramente no resultaría, aunque claro, siempre sería una posibilidad.

Afortunadamente la Odontología moderna al paso del tiempo descubre más materiales y nuevas técnicas aplicables a las piezas dentarias para lograr su conservación cada día más perfecta.

Para nuestro caso, hoy en día, existen las restauraciones a base de resinas acrílicas sintéticas, por el método de autopolimerización gracias a los rayos ultravioleta.

Son materiales empleados en piezas dentarias fracturadas o con abración o caries (previo tratamiento) y quedan tan perfectas y estéticas como el mismo diente.

Existen en el mercado muchas marcas pero personalmente y por grata experiencia recomiendo el Top-silic.

Creo que esto sería la salvación de unos preciados caninos temporales que ayudaron mucho al niño en su función dental y pueden así ayudar ahora al adulto.

¿Porqué se quedan incluidos ciertos caninos?

Sobemos las causas, que ya expliqué al principio cuando me referí a la Etiología, pero en realidad las causas concretas de estas causas no las sabemos aún; por lo tanto digamos, que es un capricho de la naturaleza que quiere agregar otra "forma" de originalidad a ciertos individuos.

BIBLIOGRAFIA

- Cirugía Bucal. Ries Zenteno
Cirugía Odontomaxilar. Dr. Ciro Durante Avellanal
Cirugía Bucal. Dr. Sterling V. Mead
Clínica Propedéutica Médica Luis Martínez Cervantes
Anatomía Dental M. Diamond
Apuntes de Técnicas
Especiales de
Exodoncia Dr. Eduardo Plaza.