

271
24j



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

RETENCIONES DENTARIAS

TESINA

Que presenta

DANIEL ISAAC NAVA FLORES

Para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

Asesor de Tesina

C.M.F. GERMAN MALANCHE ABDALÁ

México, D.F. 1998

269488



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

AGRADECIMIENTOS

Le doy gracias a Dios por haberme dado la oportunidad de vivir para realizar una de mis mayores metas y por iluminarme en los momentos más difíciles de la carrera. A mis padres, Eida e Ismael, por tenerme la confianza y darme su apoyo incondicional. A mis hermanos Mauricio y Lizeth por soportar mis ratos de tensión y estar conmigo cuando los necesité.

A Laura y Alejandro por apoyar mis locuras y ayudarme a cumplirlas.

A Moisés y Aurora que abrieron sus puertas y me apoyaron. A Angy por todo su apoyo durante tanto tiempo y sin el cual no hubiera podido hacer lo que hice.

Al C.D. Alfredo Tolsá mi maestro, al cual le debo tantas enseñanzas, y con quien estoy en deuda por depositar su confianza en mí y ayudarme a iniciar mi vida profesional.

Al C.M.F. Germán Malanche Abdalá, por acceder a dirigir esta tesina y por aceptarme en la clínica de Cirugía para seguir aprendiendo.

RETENCIONES DENTARIAS

| ÍNDICE | Pág. |
|---|------|
| Introducción. | 1 |
| <i>Capítulo 1</i> | |
| <u>Anatomía de maxilares</u> | 3 |
| Embriología dental | 9 |
| Microbiología oral | 12 |
| Principios de antibioterapia. | 13 |
| <i>Capítulo 2</i> | |
| <u>Retenciones</u> | 15 |
| Terminología | 15 |
| Incidencia y localización | 16 |
| Etiología | 16 |
| Complicaciones | 18 |
| Patologías mas frecuentes | 20 |
| <i>Capítulo 3</i> | |
| <u>Terceros Molares Retenidos</u> | 24 |
| Etiología | 24 |
| Clasificación | 24 |
| Técnicas quirúrgicas | 27 |
| Complicaciones pre-trans-post-operatorias | 33 |
| Terapéutica post-operatoria | 42 |

Capítulo 4

| | |
|--|----|
| <u>Caninos Retenidos</u> | 52 |
| Etiología | 52 |
| Localización | 53 |
| Diagnóstico | 53 |
| Técnica quirúrgica | 56 |
| Complicaciones pre-trasn-post-operatoria | 58 |

Capítulo 5

| | |
|-------------------------------|----|
| <u>Laterales y Premolares</u> | 61 |
|-------------------------------|----|

Capítulo 6

| | |
|-------------------------|----|
| <u>Supernumerarios</u> | 62 |
| Mesiodent | 62 |
| Premolar supernumerario | 63 |
| Molares supernumerarios | 64 |
| Odontomas | 64 |
| Conclusión | 66 |
| Bibliografía | 67 |

Introducción.

La práctica de la cirugía bucal es muy importante y requiere mayor entrenamiento del que se recibe a nivel licenciatura.

La definición de la cirugía bucal formulada por el Consejo norteamericano de cirugía bucal, y aceptada por el Board of Trustees y el House of Delegates de la asociación médica americana es la siguiente:

Cirugía bucal, es la parte de la odontología que trata del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico y coadyuvante de las enfermedades, traumatismos, y defectos de los maxilares, mandíbula y regiones adyacentes.

Para llevar a cabo la práctica de la cirugía bucal, se hace necesaria una destreza manual, basada en conocimientos fundamentales de anatomía, fisiología y de los estados patológicos más frecuentes. Es esencial contar con un diagnóstico correcto, y sólo hay un tipo de diagnóstico; el exacto, mientras que pueden emplearse distintos métodos de tratamiento, cada uno con resultados satisfactorios.

Para llegar a un diagnóstico, se necesita aplicar conocimientos y experiencia, y por un proceso de eliminación, llegar a ciertas conclusiones.

El conocimiento de la anatomía, es base fundamental para una correcta comprensión de la patología y la resolución técnica de la misma. Es imposible llegar a entender la vías de difusión de un proceso infeccioso, ó realizar una buena técnica quirúrgica sin conocer correctamente la anatomía máxilofacial.

Se debe ver al paciente como una totalidad, pero también concentrarse en la región del padecimiento; observando la anatomía normal, y pensando en los

cambios estructurales que pueden ocurrir en esa parte del cuerpo, se aprende a descubrir las anomalías de estructura e interpretarlas en estados patológicos ó traumáticos.

Capítulo 1

Anatomía de maxilares

Anatomía de la boca.

La cavidad oral, deriva del estomodeo ó boca primitiva del embrión. Es el primer tramo del aparato digestivo, en ella se efectúa la masticación, se inicia la digestión y deglución de los alimentos. Contribuye a la fonación, dando lugar al lenguaje cuando el sonido laringeo se articula en ella. Está constituida por un esqueleto rígido formado por maxilares y dientes, unidos por articulaciones.¹

Maxilar superior.

Forma parte del tercio medio de la cara, su forma se aproxima a la cuadrangular. Presenta 2 caras, 4 bordes, 4 ángulos, y una cavidad ó seno maxilar.

Cara interna.

En su cuarta parte inferior, destaca una saliente horizontal llamada proceso palatino, es más o menos plana, su cara superior es lisa y forma parte del piso de las fosas nasales, la inferior es rugosa, con pequeños orificios vasculares que forma parte de la bóveda palatina. El borde externo está unido al maxilar, mientras que el interno se adelgaza hacia atrás y se articula con el proceso del maxilar opuesto. Hacia su parte anterior se prolonga en forma de semiespina, la cual al articularse con la del otro lado, forma la espina nasal anterior. El borde anterior del proceso palatino, cóncavo por arriba, forma parte del orificio anterior de las fosas nasales. Su borde posterior se articula con la

parte horizontal del palatino. Por atrás de la espina nasal anterior, existe un surco, que al unirse con el del otro lado, forma el conducto palatino anterior, por donde pasa el nervio esfeno palatino interno, y una rama de la arteria esfeno palatina. La porción superior de la cara interna, en su borde posterior presenta rugosidades, en las que se articula la rama vertical del palatino. Más adelante se encuentra el orificio del seno maxilar; por adelante de éste, hay un canal vertical ó canal nasal, cuyo borde anterior, se limita por el proceso ascendente del maxilar superior, el cual sale del ángulo antero-superior del hueso. Este proceso en su cara interna y parte inferior, presenta la cresta turbinal inferior, que va de adelante a atrás y se articula con el cornete inferior; por arriba de ella se encuentra la cresta turbinal superior que se articula con el cornete medio.

Cara externa

En su parte anterior, por encima de los incisivos se encuentra la fosa mirtoforme donde se inserta el músculo del mismo nombre. Se limita posteriormente por la foseta canina. Por detrás y arriba se encuentra el proceso piramidal cigomático. En su base se une al resto del hueso, en el vértice se articula con el hueso malar. La cara superior es plana y forma parte del piso de la órbita, y lleva un canal antero-posterior llamado conducto suborbitario. En la cara anterior se abre el agujero suborbitario. Entre dicho orificio y eminencia canina se encuentra la fosa canina. De la pared inferior del canal suborbitario salen los conductos dentarios inferiores, que terminan en los alveolos del canino e incisivos. La cara posterior del proceso es convexa, por dentro corresponde a la tuberosidad del maxilar y por fuera a la fosa cigomática. Presenta canales y orificios denominados agujeros dentarios posteriores, por donde pasan los nervios dentarios posteriores y arterias alveolares. De los tres bordes, el inferior es cóncavo y forma la parte superior

de la hendidura vestíbulo- cigomática, el anterior forma la parte interna e inferior del borde de la órbita, el posterior se corresponde al ala mayor del esfenoides, formándose la hendidura esfenomaxilar. .

Bordes.

Borde anterior.

Presenta abajo el proceso palatino con la espina nasal anterior. Arriba una hendidura que con la del lado opuesto forma el orificio anterior de las fosas nasales y arriba el proceso ascendente o frontal.

Borde posterior.

Constituye la tuberosidad del maxilar. La parte superior y lisa forma la fosa pterigo maxilar y más arriba presenta rugosidades dónde se articula el proceso orbitario del palatino. En su parte baja se articula con el proceso piramidal del palatino y el borde anterior del proceso pterigoideo. Ésta articulación forma el conducto palatino posterior donde pasa el nervio palatino anterior.

Borde superior.

Forma el límite interno del borde anterior de la órbita y se articula por delante con el lagrimal, después con el etmoides y atrás con el proceso orbitario del palatino.

Borde inferior.

Llamado también proceso alveolar.

Estructura.

La parte anterior del proceso palatino , la base del proceso ascendente y el borde alveolar, están formados por tejido esponjoso, el resto por tejido compacto.

Seno maxilar.

Tiene forma de pirámide cuadrangular. La pared anterior corresponde a la fosa canina, dónde se abre el conducto suborbitario. Es muy delgada; 1mm, de espesor. La pared superior es el lado opuesto de la cara orbitaria del proceso cigomático y lleva el conducto suborbitario, que con frecuencia comunica con la cavidad. La pared posterior corresponde a la fosa cigomática. La pared inferior está en relación con las raíces de los dientes. La base es la pared externa de la fosas. Ahí se encuentra el orificio del seno cruzado por el cornete inferior. El proceso medio oblitera la parte inferior del orificio, dejando por delante del mismo una superficie donde desemboca el conducto lacrimonasal.²

Desarrollo.

El borde yugal del primer arco branquial, en el segundo mes de la vida intrauterina, aparecen dos zonas de osificación. Estas se sueldan a nivel de la sutura incisiva. El seno maxilar "sopla" el esbozo del hueso a partir del sexto mes y adquiere su desarrollo después del nacimiento, debido a la respiración. La ausencia de la soldadura de la sutura incisiva es la causa del labio hendido.³

Mandíbula.

Se le puede considerar dividida, en un cuerpo y dos ramas.

Cuerpo.

Tiene forma de herradura, se distinguen dos caras y dos bordes.

Cara anterior.

Lleva en la línea media una cresta vertical, conocida como sínfisis mentoniana. Su parte inferior se llama eminencia mentoniana. Hacia afuera y atrás de la cresta se encuentra el agujero mentoniano. Más atrás se observa una línea saliente que parte del borde anterior de la rama vertical y termina en el borde inferior del hueso, se llama línea oblicua externa, y ahí se insertan los músculos: triangular de los labios, cutáneo del cuello y cuadrado del mentón.

Cara posterior.

Presenta cerca de la línea media cuatro procesos geni, los dos superiores sirven para la inserción de los músculos genioglosos, los 2 inferiores a los geniohioideos. Del borde anterior de la rama vertical sale la línea oblicua interna o milohioidea, dónde se inserta el músculo milohioideo. Por fuera del proceso geni y por encima de la línea oblicua se observa la foseta sublingual, más afuera, por debajo de dicha línea y cerca del borde inferior se encuentra la foseta submaxilar.

Bordes.

El borde inferior es redondeado, lleva dos depresiones ó fosas digástricas. El borde superior se conoce como alveolar.

Ramas.

Son aplanadas transversalmente y de forma cuadrangular, tienen dos caras y cuatro bordes.

Cara externa.

Su parte inferior es rugosa y ahí se inserta el músculo masetero (ángulo).

Cara interna.

En la parte media, (del cóndilo al borde alveolar), se encuentra el orificio superior del conducto dentario. El borde antero inferior presenta la espina de spix donde se inserta el ligamento esfenomaxilar. Este borde y el posterior se continúan hacia abajo y adelante, hasta el hueso, formando el canal milohioideo, donde se alojan el nervio y los vasos milohioideos. En la parte inferior y posterior se inserta el pterigoideo interno.

Bordes.

El borde anterior forma el lado externo de la hendidura vestibulo cigomática.

El borde posterior es liso y se le llama borde parotídeo por su relación con la glándula.

El borde superior presenta la hendidura sigmoidea situada entre el proceso coronoides por delante y el cóndilo por detrás. En el primero se inserta el músculo temporal. Por la hendidura sigmoidea pasan nervios y vasos masetéricos. El cóndilo de forma elipsoidal, se articula con la cavidad glenoidea del temporal. Se une al resto del hueso por medio del cuello del cóndilo en cuya cara interna se observa una depresión rugosa donde se inserta el músculo pterigoideo externo.

El borde inferior se continúa con el del cuerpo, por detrás formando el ángulo de la mandíbula ó gonion.

Estructura.

Está formado por tejido esponjoso cubierto por una capa de tejido compacto, que se adelgaza a nivel de cóndilo.²

Osificación.

Al final del primer mes de vida fetal, se forma el cartílago de meckel, del cuál se originarán las dos mitades del maxilar inferior independientes al principio y se sueldan al tercer mes de vida intrauterina.³

Embriología Dental.

La cavidad bucal primitiva o estomodeo está revestida por ectodermo. Los dientes se desarrollan a partir de los brotes dentarios, que comienzan a formarse en la porción anterior de los maxilares y avanzan en dirección posterior. Su desarrollo es inducido por células de la cresta neural (ectomesénquima), que se hallan por abajo del, revestimiento de la cavidad bucal. El brote o folículo dentario consta de tres partes:

1. Órgano del esmalte.

Derivado del ectodermo bucal, produce el esmalte del diente.

2. Papila dentaria.

Deriva del ectomesénquima, da lugar a la pulpa dentaria y la dentina.

3. Saco dentario.

Deriva también del ectomesenquima, produce el cemento y el ligamento parodontal.

Aproximadamente a las seis semanas se observa el primer signo del desarrollo del diente. En el ectodermo bucal (que dará origen al epitelio bucal) proliferan ciertas áreas de células basales, formando una banda de epitelio que

sigue el contorno de los futuros arcos dentarios, llamada lámina dentaria. En esta lámina, las células ectodérmicas forman invaginaciones; cada una representa el comienzo del órgano del esmalte del germen dentario de un diente temporal. Al desarrollarse, el órgano del esmalte adopta la forma de un casquete con la parte exterior dirigida hacia la superficie bucal. Dentro del casquete, se inicia el desarrollo de la papila dentaria, alrededor se forma el saco dentario. Aún cuando el desarrollo del diente es un proceso continuo, se divide en diferentes periodos, se les denomina de acuerdo a la forma de la parte epitelial del germen dentario, estos periodos de brote, de casquete y de campana, son periodos de crecimiento previos a la calcificación, erupción y desgaste.³

Microbiología oral.

Flora normal.

La cavidad bucal, nunca es estéril, se encuentra colonizada por una flora bacteriana estable y bien definida. Aunque hay ciertas bacterias libres en la saliva, la mayoría se encuentran adheridas a la mucosa y a los tejidos duros de la boca. A esta flora se le denomina residente o natural y constituye el ecosistema de la cavidad bucal.

El papel de esta flora normal en la cavidad oral es controvertida, pero parece que desempeña una importante función en los mecanismos de defensa local de la superficie mucosa, previniendo la colonización y la invasión por microorganismos más patógenos. No obstante, el mismo grupo de microorganismos posee el potencial de convertirse en patógeno en ciertas condiciones clínicas. El establecimiento de una infección clínica dependerá de la interacción entre el huésped y el microorganismo.

Factores que regulan la flora oral.

Se consideran cuatro factores que regulan la flora según g.w. burnett.

Medio ambiente:

La cavidad bucal es accesible al contacto y posterior colonización de una gran cantidad de microorganismos, que procedentes de diversos medios como son el agua, aire, alimentos y manos, llegan a la boca.

En el recién nacido, la microflora se compone cualitativamente de gérmenes aerobios y en menor proporción de bacterias anaerobias facultativas. Con la erupción dentaria, aumenta la proporción de bacterias anaerobias, en especial en espacios interproximales y surco gingival.

La cavidad bucal se mantiene a una temperatura de 35° a 36°, posee abundante humedad, diferentes presiones de oxígeno y contacto directo con alimentos, todo esto influyendo favorablemente en el desarrollo de microorganismos.

Las enfermedades locales son otro cofactor. En la flora normal existe una baja proporción de bacterias acidófilas, que aumenta en la presencia de procesos cariosos, enfermedades parodontales, etc.

Saliva:

- Disminución del flujo.
- Disminución ó aumento del ph.
- Compuestos orgánicos de la saliva.
- Aportación de factores antimicrobianos como enzimas y anticuerpos.

Dieta.

- Alta ingesta de hidratos de carbono.

Microorganismos con actividad antimicrobiana.

Microbiología de las infecciones orales.

En la cavidad oral se encuentra la población bacteriana más compleja del territorio maxilofacial, debido a la existencia de varios microorganismos confluyentes cada uno con una flora normal específica.

Lengua y saliva. La saliva humana adulta contiene 6 por 10 microorganismos por ml. En la superficie lingual se encuentra el mayor predominio de gérmenes. Los microorganismos predominantes del dorso de la lengua son: streptococcus del grupo viridans y salivarius.

Placa dentaria. Se define como una masa de microorganismos que se adhiere fuertemente a la superficie dentaria. El 90 % de la masa lo constituyen los microorganismos y están incluidos en una matriz orgánica de glucoproteína salivar y productos microbianos. La media total es de 250 billones de microorganismos por gramo de peso húmedo con una media de 46 billones de anaerobios y 25 millones de aerobios. Los microorganismos se cultivan a los 5 minutos de la limpieza, siendo *S. sanguis* la primer bacteria en colonizar, a los pocos días aparecen neisseria, bacilos grampositivos y formas filamentosas, a la semana se detectan vibriones anaerobios y espiroquetas.

Sarro gingival. La placa gingival impide la salida de fluido crevicular, y la entrada de saliva. Esto favorece el crecimiento de bacterias anaerobias, encontrando espiroquetas, fusobacterias, bacteroides, vibriones, differoides, peptoestreptococos y actinomyces entre otros.

En general en la flora normal de la cavidad bucal, las bacterias aerobias predominantes son los estreptococos beta hemolíticos, seguidos de

branhamella, haemophilus y neisseria. Las bacterias anaerobias más importantes son: bacilos gramnegativos, bacteroides, fusobacterium, y cocos grampositivos como los peptostreptococos. Desde el punto de vista de las infecciones, pocas de estas bacterias son importantes, la mayoría de las infecciones son de etiología mixta.

Infección. La infección es el problema siempre presente en la cirugía bucal, una boca crónicamente infectada, o que contiene mucho sarro o detritus, es un campo malo para operar. La irritación crónica daña los tejidos, disminuye la resistencia normal y la región es más susceptible a la infección. Las bacterias frecuentemente destruyen las facultades protectora y reparadora del coágulo sanguíneo y evitan la consolidación normal de los tejidos adyacentes. Operar una boca así, compromete el estado general del paciente ya que los espacios aponeuróticos de cabeza y cuello pueden ser invadidos fácilmente, lo que ocasionaría una septicemia si las bacterias son de virulencia suficiente.

Principios básicos de antibioterapia.

Quimioterapia.

Es la parte de la farmacología que estudia las sustancias de composición química definida que se administran al organismo para combatir los estados infecciosos y destruir los gérmenes causales, sin ser tóxicas ni perjudiciales para las células y tejidos del organismo.

Algunas de las características importantes que debe reunir el antibiótico son las siguientes:

1. Presentar una acción antibacteriana selectiva.
2. Ser bactericida.
3. Ser eficaz en presencia de materias orgánicas.
4. No impedir la acción de las defensas orgánicas del huésped.
5. Poseer un índice terapéutico elevado.
6. No provocar reacciones de hipersensibilidad o alergia.
7. No provocar resistencias.
8. Conseguir concentraciones inhibitorias mínimas en el menor tiempo posible, concentrándose selectivamente en el lugar de la infección.
9. Poder ser administrado por cualquier vía.
10. Económico.

Los antibióticos se clasifican según su forma de actuar sobre la bacteria, en bactericidas (los que matan a la bacteria) y bacteriostáticos (los que inhiben la multiplicación y el crecimiento bacteriano.

El mecanismo por el cuál los antibióticos ejercen su acción antimicrobiana es el siguiente:

1. Inhibiendo la síntesis de la pared bacteriana (bactericida en la fase de multiplicación).
2. Alterando la permeabilidad de la membrana citoplasmática.
3. Inhibiendo la síntesis de ácidos nucleicos (DNA y RNA).
4. Inhibiendo la síntesis protéica.

La utilización de un antibiótico en las infecciones cérvico - faciales, se reservará primordialmente para los siguientes casos:

- a. Pacientes con disminución de defensas, inmunodeprimidos, acompañados de tratamiento quirúrgico tan pronto como sea posible.

- b. Pacientes con infecciones moderadas o graves, junto con drenaje quirúrgico si el proceso se abscesifica.
- c. Pacientes con infección de bajo grado, con patología dental sin posibilidades de drenaje.

Es decir, se evitará su uso en enfermos con infección de carácter leve y con las defensas intactas⁴

Capítulo 2

RETENCIONES

Terminología

- No Erupción

El diente no erupcionado es aquel que aún no ha perforado la mucosa oral y no ha adquirido su posición normal en la arcada dentaria en relación con la edad del paciente. Incluye tanto impactados como en proceso de erupción.

- Impactación

Es aquel que no ha erupcionado total o parcialmente en el tiempo esperado. El saco pericoronario puede estar, o no, abierto en la boca, pero el trayecto normal de erupción del diente se halla interferido por un obstáculo mecánico: otros dientes, hueso o fibrosis de tejidos blandos.

- Inclusión

El diente incluido es aquel que ha perdido fuerza de erupción y se encuentra retenido en el maxilar, rodeado aún de su saco pericoronario intacto y de un lecho óseo. El término de diente incluido se aplica a menudo a mesiodens, a otros dientes supernumerarios y a dientes asociados a patología.

- Malposición o ectopía

El término ectopía se refiere al diente incluido en una posición anómala pero cercana a su lugar habitual. La tielenotopía es una inclusión en una posición anómala poco más alejada a su localización normal, como orbita, seno, apófisis coronoides o cóndilo mandibular.¹

Incidencia y Localización

Aproximadamente el 17% de los pacientes presentan inclusiones dentarias. Globalmente los dientes impactados con mayor frecuencia son los terceros molares mandibulares 35%, los terceros maxilares, caninos superiores, a ellos le siguen con menor frecuencia:

- premolares mandibulares
- caninos maxilares
- premolares maxilares
- incisivos cantrales maxilares
- incisivos laterales

En la población pediátrica, el diente incluido más a menudo es el canino maxilar, seguido por el incisivo maxilar y premolares mandibulares.

Etiología

Se puede clasificar la patogenia de la retención de la siguiente forma:

- Teoría Filogenética

La disminución gradual de la dimensión de los maxilares a lo largo de la evolución, es un proceso adaptativo en relación con las modificaciones de los hábitos alimenticios, conduce a unos huesos maxilares demasiado pequeños para acomodar los terceros molares maxilares y mandibulares. La agenesia congénita de terceros molares soporta la teoría de un órgano vestigial, a lo que probablemente continúan los laterales maxilares.²

- **Causas Sistémicas**

Si el retraso en la erupción afecta a numerosos dientes, debe sospecharse de una causa sistémica, ya que no se han descubierto causas locales predisponentes. Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endócrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria.

- **Causas prenatales**

Pueden ser a su vez genéticas o congénitas.

Genéticas

Los maxilares y la dentición pueden presentar una serie de trastornos hereditarios o familiares (es decir, por mutación o alteraciones genéticas) que cursen con un aumento en la incidencia de inclusiones, por ejemplo:

1. Trastornos en el desarrollo del cráneo, los maxilares y dientes, por ejemplo: disostosis cleidocraneal, acondroplasia.
2. Trastornos en el desarrollo de los maxilares: micrognatia, fisura palatina,
3. Trastornos en el desarrollo de los dientes: macrodoncia, dientes accesorios, supernumerarios.

Congénitas

Debidas a patologías maternas durante el embarazo; varicela, trastornos del metabolismo, traumatismos.

Causas postnatales

Se incluyen todas las causas que pueden influir en el desarrollo del recién nacido, anemia, malnutrición, endocrinopatías, sífilis congénita o tuberculosis.

Causas embriológicas

La ubicación especial de un germen dentario en sitio muy alejado del de normal erupción, por razones mecánicas, el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.³

Causas locales

Son las más importantes:

1. Irregularidad en la posición y la presión de un diente vecino.
2. Aumento de la densidad de hueso circundante.
3. Inflamación crónica de largo tiempo de evolución, con el consecuente aumento de densidad de la mucosa oral de recubrimiento.
4. Falta de espacio en la arcada.
5. Sobreretención de la dentición temporal.
6. Pérdida prematura de la dentición temporal.
7. Necrosis debida a infección o absceso, con pérdida potencial de crecimiento.

Complicaciones De Los Dientes No Erupcionados

- Complicaciones infecciosas

Pericoronaritis

Es la infección de los tejidos blandos que rodean la corona de un diente principalmente impactado o erupcionado, causada por los propios gérmenes de

la flora oral. Las bacterias con mayor frecuencia asociadas son: peptostreptococcus, fusobacterium y bacteroides.

La extensión de la infección puede derivar en celulitis, evolucionar y dar origen a abscesos alveolares agudos o crónicos, osteitis crónicas supuradas, necrosis y osteomielitis, flemones y abscesos faciales o cervicales.

Patología Periodontal

Los dientes erupcionados adyacentes a dientes impactados presentan una mayor predisposición a sufrir patología periodontal. A partir de una gingivitis leve, las bacterias tiene acceso a una mayor proporción de superficie radicular del diente erupcionado, que resulta en la aparición precoz de periodontitis severa localizada.

Complicaciones Mecánicas

Reabsorción patológica de dientes vecinos

La presión del diente impactado, con su saco pericoronario, produce una destrucción ósea localizada y puede llevar a la rizólisis del diente vecino. El diagnóstico radiológico está a veces dificultado por las imágenes de superposición.

Fracturas

Los dientes incluidos son un factor de debilitamiento de la mandíbula que explica la mayor frecuencia de líneas de fractura en relación con el diente incluido.

Dolor

Generalmente el dolor asociado a terceros molares mandibulares impactados, u otros dientes impactados, puede deberse a pericoronitis, caries o presión sobre los dientes vecinos.

Dicho dolor puede ser suave y restringido a la zona del diente impactado o bien intenso, agudo e irradiarse a toda la hemiarcada superior e inferior, regiones auriculares y retroauricular o a cualquier parte del área inervada por el nervio trigémino. El dolor puede ser intermitente o continuo.

Quistes y tumores

El saco folicular del diente impactado, responsable de la formación de la corona dentaria, puede sufrir degeneración quística y originar un quiste dentígero. Puede igualmente degenerar hacia un tumor odontogénico.

Otras complicaciones

En la literatura se ha llegado a relacionar a los dientes incluidos con signos y síntomas como otitis, oculopatías (visión borrosa, ceguera, iritis, dolor simulando un glaucoma agudo) o alopecia.

Patologías mas frecuentes.

Ameloblastoma.

Es una lesión que presenta mayor incidencia en adultos, la edad promedio es de 35 a 45 años. El tumor deriva del epitelio que se relaciona con la formación de los dientes; las posibles fuentes epiteliales incluyen el órgano del

esmalte, restos odontógenos (restos de malassez, restos de serres), epitelio reducido del esmalte y la cápsula epitelial de los quistes odontógenos, en especial del quiste dentífero; se desconocen los factores desencadenantes para que estos epitelios sufran una transformación neoplásica. La lesión se localiza en cualquier región de la mandíbula o el maxilar, pero afecta con mayor frecuencia la zona molar de la rama y las regiones molares del maxilar. Suelen ser asintomáticos y se descubren durante exámenes radiográficos de rutina o por expansión asintomática de las corticales. Desde el punto de vista radiográfico, se describe como proceso osteolítico y puede ser unilocular o multilocular. Los bordes radiográficos están bien definidos y escleróticos por el crecimiento lento del tumor.

Tratamiento. La primera consideración es saber si la lesión es sólida multiquística, uniquística o extraósea. En lesiones grandes, se indica extirpación ó resección en bloque. En las lesiones uniquísticas pequeñas, se recomienda la enucleación. La recurrencia con tratamiento de curetaje es del 50 a 90%.

Mixoma.

Es de naturaleza y origen mesenquimatoso, puede utilizarse el término "mixofibroma" cuando presenta grandes cantidades de colágena. En ocasiones es infiltrante, agresivo y puede presentar recurrencia. La lesión afecta a individuos desde los 10 a 50 años con un promedio cercano a los 30 años. Se localiza en ambos maxilares con la misma frecuencia. Desde el punto de vista radiográfico es siempre radiolúcido, aunque puede variar desde una lesión bien circunscrita, hasta una difusa. A menudo es multilocular con un patrón en sacabocado. Produce expansión cortical, más que perforación y desplazamiento de las raíces. El tratamiento de elección es la extirpación

quirúrgica de la lesión, ya que por su consistencia blanda y gelatinosa, el curetaje es inadecuado para extirpar por completo la lesión. Los tratamientos quirúrgicos repetidos no parecen estimular el crecimiento del tumor o producir metástasis.

Queratoquiste.

Es un quiste con revestimiento epitelial queratinizado. Ocurre con mayor frecuencia en la segunda y tercera décadas de la vida, pero puede aparecer en un amplio intervalo de edades. Afecta predominantemente a la mandíbula en proporción de 2 a 1 con respecto al maxilar. Se localizan con mayor frecuencia en la región posterior del cuerpo y en la rama mandibular.

Radiográficamente, la lesión característica es radiolúcida, bien circunscrita y presenta bordes radiopacos delgados. Puede ser multilocular, sin embargo la mayor parte es unilocular y más del 40 % es adyacente a la corona de un diente retenido, puede producir expansión ósea.

Tratamiento. La excisión quirúrgica con raspado óseo periférico u ostectomía se prefiere como método de tratamiento. Este medio más agresivo para una lesión quística se basa en el hecho de la alta proporción de recurrencia que va de 5 a 62%. La razón no es clara, sin embargo se sugiere que quedan fragmentos epiteliales pequeños o satélites, al igual que en otros quistes, es posible que además de la probabilidad de recurrencia, también ocurran cambios neoplásicos en la capa epitelial del quiste.

Quiste dentígero.

El quiste dentígero ó folicular, es el más frecuente de los quistes odontógenos después del radicular. Por definición, el quiste dentígero debe

relacionarse con la corona de un diente en desarrollo o sin erupcionar. El quiste que encierra la corona de un diente sin erupcionar está adherido a los dientes en la región cervical, lo que ayuda a diferenciarlo del quiste primordial.

El quiste se desarrolla por acumulación de líquido entre el órgano del esmalte remanente y la corona del diente subyacente.

Afecta con mayor frecuencia las regiones de los terceros molares mandibulares y maxilares, y las regiones de los caninos maxilares. La mayor incidencia es entre la segunda y tercera décadas de la vida, predomina en el sexo masculino 1.6 veces con respecto al femenino. Los síntomas son escasos, pero la erupción retardada indica la posible formación de un quiste, este puede alcanzar gran tamaño y acompañarse de expansión ósea.

Radiográficamente aparece como una lesión radiolúcida bien definida, por lo general unilocular relacionada a la corona de un diente sin erupcionar.

Tratamiento. El tratamiento definitivo consiste en la extirpación del quiste donde está la lesión, y tejidos blandos que la componen. Cuando afecta porciones importantes, el tratamiento consiste en la marsupialización inicialmente para provocar la descompresión y subsecuentemente disminuir el defecto óseo, reduciendo la extensión del tratamiento quirúrgico posterior⁴

Capítulo 3

TERCEROS MOLARES RETENIDOS***Tercer molar inferior******Etiología***

La retención del tercer molar inferior puede darse por diferentes causas, entre ellas las más aceptadas como locales son:

- Falta de sitio: El molar ha de emerger entre dos paredes inextensibles, como son la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama de la maxila.
- Teoría filogenética: órgano vestigial (que describe al tercer molar como).
- Aumento de densidad del hueso circundante.
- Fuerza de erupción insuficiente.

A estas razones debe agregar la oblicuidad, en distinto grado, del tercer molar, que resulta de una disposición embriológica del folículo.

Clasificación

El estudio radiológico de la posición anatómica del tercer molar, permite la clasificación de la impactación.

- Clasificación de Winter: Considera la posición del tercer molar en relación con el eje axial del segundo molar: mesioangular, distoangular, vertical, horizontal, bucoangular, linguangular e invertido.

- Clasificación de Pell y Gregory: Tiene en cuenta la relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular, la profundidad relativa del tercer molar y la posición del tercer molar en relación al eje axial del segundo molar.¹

Diagnóstico

• El estudio preoperatorio del tercer molar mandibular es, a la vez, clínico y radiográfico. El estudio radiográfico es fundamental. Los factores a considerar en la radiografía antes de la exodoncia quirúrgica son los siguientes:

- Angulación del tercer molar.
- Relación con la rama ascendente.
- Profundidad de la impactación.
- Ligamento periodontal.
- Saco folicular.
- Forma radicular.
- Forma y tamaño de ña corona.
- Relación con el segundo molar.
- Segundo molar.
- Conducto alveolar inferior.
- Textura ósea.

- Angulación: se compara al eje axial del tercer molar con el del segundo molar, así la impactación puede clasificarse como horizontal, mesioangular etc.

- Relación con la rama ascendente de la mandíbula: Se valora el espacio existente entre la superficie distal de la corona del segundo molar y el borde exterior de la rama. A menor espacio mayor dificultad quirúrgica.

- Profundidad de la impactación: Se mide en relación con el plano oclusal de los demás dientes mandibulares.
- Ligamento periodontal : Si se observa un ensanchamiento, la exodoncia es más fácil.
- Saco folicular: La presencia de un saco folicular facilita la exodoncia.
- Morfología radicular: Debe valorarse cada una de ellas y su dirección para indicar la necesidad de dividir el diente.
- Forma y tamaño de la corona: Es más fácil extraer los dientes con coronas cuadradas, grandes y cúspides prominentes.
- Relación del segundo molar: Es importante considerar la proximidad al segundo molar, la existencia de hueso interpuesto, etc. Los segundos molares con raíces fusionadas, cónicas, cortas, pueden ser fácilmente luxados en particular si falta el primer molar.
- Canal alveolar inferior: se debe observar la relación que mantiene el conducto con las raíces.
- Textura ósea: La densidad ósea alrededor del diente, orientará acerca de la mayor o menor dificultad de la exodoncia.

Indicaciones de la extracción

La exodoncia está claramente indicada en terceros molares incluidos sintomáticos. La indicación es menos dura en dientes asintomáticos.

- Pericoronitis crónica.
- Patología dentaria del tercer molar semierupcionado o del segundo molar adyacente.
- Patología periodontal distal al segundo molar.
- Reabsorción radicular de dientes adyacente.
- Patología folicular (quistes y tumores odontogénicos).
- Manejo del dolor de causa inexplicable.
- Consideraciones ortodónticas.
- Prevención de fractura mandibular.
- Previa al tratamiento protésico.
- Previa a radioterapia o inmunosupresión.
- Factores sociales y económicos.

Contraindicaciones

- Edades precoces.
- Edades tardías.
- Compromiso médico.
- Alto riesgo de lesión al dientes y estructura vecinas.
- Consideraciones ortodónticas y prostodónticas.
- Exodoncias múltiples en el paciente joven.
- Decisión del paciente.²

Técnicas Quirúrgicas Básicas

- Anestesia.

Infiltración troncular del nervio alveolo dentario inferior y del nervio lingual a nivel de la espina de Spix en la primera fase, hasta conseguir sensación anestésica en el labio inferior; en una segunda fase, se procederá al bloqueo del nervio bucal largo, en el fondo del vestíbulo lateral al segundo o tercer molar inferior.

- Operación Propiamente Dicha.

La técnica básica de exodoncia quirúrgica de terceros molares es común a todos los tipos de impactaciones, existiendo diferencias en el tipo de odontosección /ostectomía a efectuar, dependiendo fundamentalmente de los parámetros estudiados en el análisis preoperatorios: forma del diente, posición, desviación etc.

- Incisión.

En el caso de un molar parcialmente erupcionado, cara mesial accesible, se puede trazar una incisión rectilínea iniciando a 1.5 cm o 2 por distal del tercer molar, siguiendo el borde anterior de la rama, hasta el borde distal o ángulo distolingual del tercer molar, continuando el surco gingival desde ese punto, por la cara distal vestibular del tercero y continuándose por la cara vestibular del segundo. (si se prefiere un colgajo envolvente pudiéndose continuar hasta la rama mesial del primero, dependiendo de la necesidad de acceso).

En el caso de que el molar esté retenido y cubierto en su totalidad por mucosa, la incisión se puede trazar oblicuamente desde la cresta anterior de la rama hasta la cara distal del segundo molar, en ángulo distolingual, continuándose por ese surco gingival de la cara distal, vestibular del segundo. En caso de que exista patología previa de la mucosa adyacente (pericoronaritis) se puede utilizar este tiempo para hacer su resección, dividiendo el trazo que viene de la

rama ascendente en dos, uno que va al cíngulo distolingual del segundo molar, y otro que va al ángulo disto vestibular, eliminando así el triángulo mucoso. La prolongación anterior, permite que el cierre sea sobre hueso sólido y no sobre el defecto óseo.

- Levantamiento del colgajo

Lo iniciamos desprendiendo el tejido por la cara vestibular del segundo molar, deslizando la legra en el surco gingival entre el tejido y la cortical, levantando el periostio tanto con la mucosa hacia atrás, exponiendo la cortical ósea, la corona clínica y el hueso distal, poniendo cuidado a no desgarrar la mucosa.

- Eliminación ósea u osteotomía

La cantidad de hueso que debe eliminarse, dependerá de la angulación del diente, profundidad de impactación y la disposición de las raíces. Debe eliminarse el hueso de las superficies oclusales, bucal, distal y hasta exponer la línea cervical.

La secuencia de la osteotomía es la siguiente: Eliminación en la superficie oclusal para exponer la corona, fresando de la cortical bucal hasta exponer la línea cervical., fresa de un surco por distal del diente para permitir la luxación posterior de éste, ligero fresado por mesial para proporcionar un punto de apoyo al elevador para dicha luxación.

- Odontosección:

La dirección de sección del diente dependerá de la angulación del mismo, como factor principal. En ningún caso durante la sección del diente, debe llegarse hasta la superficie lingual, se hará una sección incompleta, y se finalizará insertando un elevador en la fisura del diente, y retirándolo hasta dividir el diente, para evitar así la lesión del nervio lingual.

- Mesionagular: se secciona la corona con un corte longitudinal en sentido corona apical, desde un punto medio de la superficie oclusal, hasta la furca en dientes con raíces divididas o hasta el punto más apical si las raíces están

fusionadas. Se extrae primero el segmento distal y luego el resto del molar, insertando un elevador por mesial y luxando hacia distal.

- Horizontal: Es la siguiente extracción en cuanto a la dificultad que plantea. Se separa la corona de las raíces con una sección en la línea cervical. Se extrae primero la corona y luego las raíces. En caso de raíces divergentes, se seccionan y extraen por separado.¹

- Vertical: A pesar de su aspecto inocente, son dientes de difícil extracción. Se secciona en segmentos, mesial y distal y se extrae por separado, en caso de raíces fusionadas, se secciona el segmento distal de la corona y se extrae, finalmente se luxa el resto hacia distal.

- Distoangular: Es, técnicamente, la impactación más difícil de resolver.

Tras una osteotomía amplia por distal, se trata de luxar, si no es posible, se separa la corona de las raíces mediante una sección en línea cervical y se extrae, si las raíces son divergentes, se seccionan y se extraen por separado.

- Tratamiento de la cavidad o lecho quirúrgico

Se levantan los fragmentos óseos de la herida con una cureta pequeña. Debe prestarse atención a las astillas o esquirlas alojadas bajo el colgajo en bucal, se debe aspirar e irrigar con abundante suero para asegurar pues, que la cavidad quede limpia,

Los restos de tejido blando en el alveolo, por ejemplo: tejido de granulación, folículo de erupción, se eliminan generalmente el folículo persistente a la extracción que se encuentra firmemente adherido a la cara distal del segundo molar a nivel del cuello. Se evita raspar en las profundidades de la herida, donde yacen el nervio dentario inferior y vasos.

Los bordes de las heridas óseas se alisan con la cureta o lima de hueso y por último, se observa si hay algún vaso sangrante para verificar su hemostasia.

- Síntesis Mucoperióstica

Es necesario proteger la cara distal del segundo molar, para eso vamos a colocar una sutura al reposicionar el colgajo, se puede hacer de lingual a vestibular, con puntos de sutura separados, el material puede ser hilo seda 3-0 o con catgut crómico del mismo diámetro.

Instrumental Básico en Cirugía Bucal.

Se debe contar con todo aquel material necesario para hacer frente a cualquier eventualidad:

- Jeringa de anestesia
- Pieza de mano
- Fresas quirúrgicas
- Mango de bisturí
- Hoja de bisturí
- Espejos
- Legra o sindesmótomo
- Cánula de aspiración
- Elevadores rectos y de bandera
- Separadores de Minesota
- Pinzas de Allis
- Pinzas de mosco curvas, rectas etc.
- Pinzas de ratón o disección
- Lima de hueso
- Curetas
- Tijeras para encía
- Tijeras para sutura
- Material de sutura
- Pinzas porta agujas
- Gasas estériles
- Abrebocas

Complicaciones

Prequirúrgicas o preoperatorias

- Generales

Existen situaciones generales del paciente que tienden a provocar problemas durante el acto quirúrgico. Las complicaciones generales que encontramos deben estar bajo control antes de cualquier procedimiento quirúrgico, es decir el paciente no debe estar comprometido. Las principales afecciones a considerar son:

Alteraciones del sistema vascular (cardiovasculares)

Hipertensión

Cardiopatías isquémicas : angina de pecho, infarto (seis meses antes de la intervención)

Alteraciones en los factores de coagulación.

Enfermedades renales

Complicaciones de cicatrización

Diabetes Mellitus : infecciones

Locales

Las complicaciones locales a considerar son:

Trismus

Pericoronitis

Uso de aparatos ortodónticos (bandas en dientes posteriores)

Complicaciones transoperatorias

Lesiones de los tejidos blandos

Ocurre fundamentalmente si la técnica es poco cuidadosa y uso de fuerza incontrolada.

- Desgarro de la mucosa oral: Es la primera lesión en frecuencia, debido a un colgajo insuficiente que se estira por encima de su capacidad.

Prevención: colgajo de tamaño adecuado, uso de pequeñas fuerzas de retracción sobre el colgajo

Tratamiento: Reposición y suturas adecuadas.

- Lesiones Punzantes: Uso de fuerza incontrolada en el empleo de elevadores, periostótomos, jeringas y otros instrumentos.

Prevención: Empleo de fuerzas controladas usando mano izquierda.

Tratamiento: Si se produce una hemorragia, se controlará mediante compresión, se debe dejar que cicatrice por segunda intención. No suturar.

- Abrasiones o quemaduras: Uso poco cuidadoso del material rotatorio y afecta principalmente el labio (comisuras) y la mucosa yugal. Lesiones molestas que tardan de 7 a 10 días en cicatrizar

Tratamiento: aplicación de vaselina o pomada antibiótica

Prevención: retracción de los tejidos blandos, digital o con separador metálico

Lesiones de las estructuras óseas

- Fracturas de la apófisis alveolar: afecta a la lámina lingual mandibular, la cortical vestibular si la osteotomía ha sido insuficiente, se debe al mal uso de elevadores; dirección inadecuada, fuerza excesiva.

Prevención: estudio preoperatorio de la relación diente hueso. Técnica quirúrgica delicada.

Tratamiento: si el hueso está adherido al periostio, puede inmovilizarse con sutura de la mucosa, si está avulsionado, es mejor retirarlo.

- Fractura mandibular: Complicaciones poco frecuentes

Predisposición: atrofia mandibular, osteoporosis, patología quística o tumoral, molar de raíces largas, anquilosis o técnica poco cuidadosa.

Tratamiento: reducción de la fractura, ferulización bimaxilar, osteosíntesis semirrígida o rígida.

Lesiones de otras estructuras vecinas

- Lesiones nerviosas: La lesión nerviosa se produce exclusivamente tras la exodoncia de terceros molares inferiores. Afecta en orden de frecuencia los nervios alveolares, lingual y bucal.

Etiología: relación de molar y raíces con el nervio

Mala técnica quirúrgica

Infiltración de anestesia: lesión de vasos perineurales con hemorragia alrededor de los fascículos nerviosos que producen hematoma y fibrosis.

Predisposición.

- a) Impactación ósea total
- b) Impactación horizontal
- c) Instrumental rotatorio
- d) Apices que sobrepasan el canal dentario
- e) Visualización del haz neurovascular

- f) Hemorragia durante la cirugía
- g) Edad avanzada

Clinica: Anestesia, parestesia o hipopatía en el labio, mentón o lengua según el nervio afectado.

Actitud terapéutica: Se produce la recuperación espontánea en el 96% de las lesiones del dentario y en el 87% de las que afectan el lingual. Ocurre la recuperación antes de los 9 meses y es improbable después de 2 años.

Tratamiento: No quirúrgico.- esta modalidad tiene 3 metas:

- Soportar para favorecer la recuperación espontánea tras la lesión.
- Como coadyuvante en microcirugía
- Como tratamiento único en casos quirúrgicamente intratables:

1. Fisioterapia: neuroestimulación eléctrica transcutánea
2. Farmacoterapia: corticoides, AINES, antidepresivos, etc.
3. Psicoterapia

Tratamiento quirúrgico: Indicado en casos de pérdida de sensibilidad o aparición de sensaciones desagradables, que no se resuelven y no se toleran por el paciente.

1. Descompensación externa: eliminación de hueso, tejido fibroso, fragmentos radiculares, cuerpos extraños que comprimen al nervio.
2. Neurólisis interna: apertura del perineuro, identificación de fascículos nerviosos y eliminación del tejido cicatrizal circundante.
3. Extirpación de un neuroma

4. Neurografía: sutura de los cabos nerviosos sin tensión. Cierre directa o con interposición de un injerto nervioso.
5. Anastomosis nerviosas

Lesiones vasculares

- Hemorragia

Patogenia: se debe generalmente al compromiso de la arteria alveolar inferior por un tercer molar que penetra en el conducto y lo rompe

Tratamiento: hemostasia:

1. Si ha finalizado la exodoncia, taponar el alveolo con material hemostático reabsorbible y suturar la encía.
2. Si no ha finalizado la exodoncia, taponar durante 10 minutos y continuar cuando la hemostasia sea suficiente.

Luxación mandibular:

Mecanismo: puede ocurrir al aplicar fuerza excesiva durante la exodoncia de dientes mandibulares.

Clínica: mordidas abiertas con protusión mandibular.

Tratamiento: reducción de la luxación mediante la maniobra de Neluton.

Complicaciones en estructuras dentarias

- Lesiones de dientes vecinos:

1. Fractura de una restauración o de un diente cariado al luxar con elevador
2. Luxación del segundo molar vecino al hacer palanca con el elevador sobre un tercer molar mesializado.
3. Lesiones del segundo molar por acción directa de la fresa
4. Lesión de los dientes de la arcada opuesta como resultado del uso de fuerza incontrolada.
5. Extracción del diente equivocado.

- Lesión del tercer molar

Fractura radicular: los dientes con raíces largas, finas, curvas y divergentes, tienen un alto riesgo de fracturarse, casi siempre es el resultado de una osteotomía insuficiente.

Desplazamiento a espacios vecinos

Una de las posibles complicaciones es el desplazamiento de éstos o de algún fragmento radicular a espacios vecinos.

- Canal mandibular: si el canal está en contacto con los ápices, puede desplazarse un pequeño fragmento radicular al interior, al intentar extraerlo con fuerza apical excesiva.

- Espacio sublingual o submandibular: El hueso cortical lingual se adelgaza en los sectores más posteriores de la boca. La aplicación de presión apical durante la extracción puede favorecer su desplazamiento hacia estos espacios cervicales.

Tratamiento: aplicación de presión digital inmediata sobre el tejido sublingual de la vecindad y recuperación de la raíz con elevadores adecuados; si no se tiene éxito, se debe localizar con radiografía y recuperarlo.

-Espacio pterigomaxilar: desplazamiento posterior entre la rama ascendente, el músculo pterigoideo intrerno y la pared lateral de la orofaringe.

Complicaciones relacionadas con el instrumental

- Rotura de instrumental

A veces los instrumentos se rompen por un defecto en el metal, pero lo más frecuente es que suceda al ejercer una fuerza excesiva de palanca sobre ellos. Las fresas se pueden romper al practicar la osteotomía o la odontosección.

- Enfisema

El enfisema subclínico es una complicación no muy frecuente y puede ocurrir en relación con el uso de piezas de alta velocidad o con la irrigación de aire comprimido y aerosol.

Clínica: tumefacción de inicio súbito. Es característica su crepitación a la palpación, este aire se absorbe con mucha lentitud, aproximadamente en 1 – 2 semanas.²

Complicaciones postoperatorias

Dolor

Es intenso en las primeras 4-8 horas, en condiciones normales el dolor moderado a intenso no h de durar más de 24-48 horas, y se ve un ligero malestar al tercer día. Es inevitable y hay que medicar al paciente que acuda para control de las molestias. El dolor que perdura por más de 48 horas o que empieza de 3 a 5 días después de la extracción, casi siempre se debe a infecciones.

Edema

Es frecuente que ocurra una tumefacción que culmina al tercer día, aunque puede tardar una semana en desaparecer por completo. Es inevitable y suele ser proporcional al grado de traumatismo. La tumefacción que persiste después de la extracción o que empieza varios días después, suele ser de causa infecciosa; se le puede distinguir del edema postoperatorio por la mayor temperatura extrínseca, el mayor enrojecimiento y la presencia usual de fiebre.

Hemorragia Secundaria

Ocurre de 3 a 5 días de la intervención, usualmente se debe a la infección de la herida que ocasiona la disolución del coágulo.

Osteitis Alveolar

Se debe la pérdida del coágulo sanguíneo de la cavidad alveolar, quedando las pared de hueso desnudas y secundariamente infectadas.

Entre los factores predisponentes: traumatismos quirúrgicos excesivos, isquemia, cuerpos extraños, tabaquismo o anticonceptivos.

Infecciones

Cuando la tumefacción posoperatoria no aumenta o inicia a los 3-5 días, la causa suele ser infecciosa, hay riesgo de diseminación. La infección es el problema siempre presente en la cirugía bucal. La irritación crónica daña los tejidos, disminuye la resistencia normal y la región es más susceptible a la infección. Las bacterias frecuentemente destruyen las facultades protectora y reparadora del coágulo sanguíneo y evitan la consolidación normal de los tejidos adyacentes.

Trismus

Espasmo muscular debido a la inflamación producida por el traumatismo operatorio. Otras causas son: infección, técnica de anestesia local incorrecta y lesión de ATM.

Patología de ATM

Durante la extracción de dientes mandibulares, se puede ejercer una tensión considerable en la cápsula y ligamentos articulares, provocando dolor y limitación de movimiento en el postoperatorio.

Reacciones farmacológicas

Es el resultado de administrar sustancias que provoquen reacciones alérgicas de hipersensibilidad tipo I (eritema, urticaria y angioedema) pudiendo desencadenar reacciones más graves, por ejemplo: shock anafiláctico.

Terapéutica Postoperatoria

- Generalmente es apoyada por antibioticoterapia.
- Medicación de AINES
- Apósito o compresas de hielo en la zona (ayuda a controlar la inflamación) por 12 horas.
- Dieta blanda y frías las primeras 12 horas.
- Dieta libre de grasas saturadas e irritantes
- No esfuerzos físicos grandes
- No exponerse al sol (favorece a la inflamación)
- Limpieza con agua a presión en la zona.

Patologías Relacionadas con los terceros molares retenidos

- Quiste folicular: se diferencian de los periodontales y dentígeros en que no contiene elementos calcificados. Está forrado por un epitelio escamoso estratificado y puede ser locular, multilocular o múltiple. Se forman del epitelio bucal primitivo y por lo tanto están relacionados con el ameloblastoma, una neoplasia dental verdadera. En estos quistes las células epiteliales tienen capacidad neta de desarrollar neoplasias.

- Quiste dentígero: Contiene la corona de un diente que no ha hecho erupción o una anomalía dental como el odontoma.

Si se forma un quiste cuando el diente ha hecho erupción, se llama quiste de erupción.

Los quistes dentígeros agrandados pueden causar gran desplazamiento dental. Pueden encontrarse en cualquier parte de los maxilares; pero más frecuentemente en el ángulo de la mandíbula; región de los caninos, terceros molares superiores, cavidad central y piso de la órbita.

Pueden ser formados por varios gérmenes dentales actuando en conjunto y su formación de una apariencia folicular múltiple. El quiste dentígero es un ameloblastoma en potencia. La formación de gérmenes en la capa basal del epitelio y el crecimiento papilar en la luz de la lesión, pueden ser el principio del tumor dental.

Está indicada la enucleación total (cualquier tejido patológico debe de examinarse). Se ha informada acerca del desarrollo de carcinomas en las células epiteliales de este tipo de lesión quística.

Mucho de estos quistes no dan síntomas clínicos hasta que se nota la asimetrías de la cara.

El tratamiento de elección, aún en las lesiones quísticas extremadamente grandes, es su enucleación cuidadosa.

Ameloblastoma

Es un tumor que proviene de las células embrionarias de los dientes en desarrollo. Aunque la mayoría de sus formas son similares a otros tumores benignos de crecimiento lento, otras pueden transformarse en malignas, se ha visto su degeneración carcinomatosa, puede haber pocos síntomas subjetivos durante el crecimiento del tumor, el agrandamiento puede empujar las tablas externa e interna, pudiéndose presentar síntomas de presión. El examen radiográfico puede revelar tipos unilocular o multiloculares. Se puede presentar

en ambas arcadas. La metástasis es rara pero los fragmentos del tumor pueden lograr acceso a los pulmones por aspiración.

La biopsia puede preceder al tratamiento; algunos son tumores expansivos de crecimiento lento que requieren muchos años para manifestar síntomas subjetivos.

Otros, crecen más rápidamente con tendencia a la malignidad.

Los métodos de tratamiento comprenden de extirpación, la resección radical de la mandíbula, la cauterización química y la electrocauterización. La extirpación local de un pequeño tumor accesible está indicado en los jóvenes, siempre y cuando acudan a revisiones subsecuentes y a una resección radical si recidivan.

- Fibroma Ameloblástico

Este tumor y el adenoma ameloblastico, son también tumores relacionados con el epitelio dental. Estas neoplasias benignas crecen lentamente y expanden las placas corticales de los maxilares. Pueden parecerse a los ameloblastomas en exámenes radiográficos y clínicos.

Estos tumores se producen con mayor frecuencia en la segunda y tercera década de la vida y son indoloros en sus etapas iniciales de crecimiento. El tratamiento es quirúrgico, se lleva a cabo por excisión local completa después de haber realizado biopsia por incisión preoperatoria.³

TERCER MOLAR SUPERIOR

Etología

La retención del tercer molar superior se puede dar por:

Mal posición, es decir, el eje longitudinal del diente puede estar mesializado y producir impactación con el segundo molar no permitiendo éste su erupción. Otra causa puede ser simplemente la falta de fuerzas eruptivas ante un tejido muy fibroso.

Durante la erupción, puede provocar los mismos accidentes que se han descrito en inferior, sin embargo los más observados son los mecánicos.

Debido a que el eje de erupción es curvo de arriba hacia abajo, de dentro hacia fuera y de delante hacia atrás, el molar erupciona hacia vestibular y puede ocasionar atricciones de la mucosa yugal o de la fibromucosa del espacio retromolar inferior.

Examen radiográfico

Con éste averiguaremos la posición exacta de este diente. Las técnicas radiográficas que se emplean nos van a dar las características siguientes:

- forma del tercer molar superior
- forma de la corona
- forma, número y disposición de las raíces

Clasificación del molar superior de acuerdo a su posición:

- vertical
- mesioangular
- distoangular
- horizontal: es este caso el eje mayor del diente se orienta en sentido bucopalatino.

-Ectópicos

Relación con los dientes vecinos (segundo molar)

Relación con las estructuras óseas adyacentes, análisis que comprenderá el hueso mesial, distal, oclusal, (si lo hubiere) y la accesibilidad ósea a la cara mesial del diente.

Relación con las regiones vecinas. Se basará principalmente en la proximidad al seno maxilar y a la apófisis pterigoidea.

Técnica quirúrgicas básicas

-Anestesia

Se bloquearan los nervios alveolares superiores, entrando por vestíbulo a la altura del primer molar superior en dirección posterosuperior y anestesia troncular del nervio palatino en el agujero palatino posterior.

- Operación propiamente dicha

En el tercer molar superior erupcionado se procederá de igual forma a la descrita para molares superiores.

En caso de estar retenido se procederá a realizar la incisión

-Incisión :

Se traza una incisión en la línea media de la tuberosidad desde la cara distal del segundo molar hacia atrás 2 cm.,. Aproximadamente y luego es dirección oblicua posterior hacia el fondo de saco, por delante se continúa fenestrando el segundo molar por si cara vestibular hasta la papila mesial. En caso de no existir una buena visibilidad se puede hacer más incisión liberatriz.

- Levantamiento del colgajo

Se aplica la legra en el surco subgingival vestibular del segundo molar y se levanta el tejido, incluyendo el periostio, se continúa hasta levantar ampliamente el colgajo y cuidando de no desgarrar éste, ya que es muy lábil.

- Osteotomía

Debe eliminarse el hueso de la superficies bucal hasta la línea cervical para exponer la corona y al nivel mesial, para proporcionar un punto de apoyo al elevador. No suele requerirse una gran osteotomía ya que la naturaleza del hueso es esponjoso y por lo tanto elástico.

- Odontosección

Para ver si se requiere sección, debida a la conformación del hueso maxilar. En aquellos casos en que por la posición del molar o la edad avanzada del paciente, se prevea una mayor dificultad, se aconseja hacer una osteotomía más amplea. En todo caso, si se decide a seccionar el diente, es aconsejable que la sección no separe por completo la raíz de la corona, sino que se siga disponiendo de un punto de apoyo para su luxación.

- Extracción

Ya efectuada la ostectomia y odontosección (en caso de haber sido necesaria) se retiran los segmentos por medio de elevadores, los movimientos de luxación para expandir las corticales deberán ser mínimos. No debe emplearse fuerza excesiva ya que la frecuencia de fractura de tuberosidad y proceso pterigoides es muy probable.

- Tratamiento del lecho quirúrgico

Se retirarán los restos de folículo dentario y espículas ósea, complementándolo con la remodelación de los bordes óseos y compresión moderada del alveolo, buena irrigación y aspiración

- Sutura

En la mayoría de los casos bastará con reposicionar el colgajo

Complicaciones transoperatorias.

- Lesiones de tejidos blandos
 - a) desgarros de la mucosa
 - b) lesiones punzantes
 - c) abrasiones y quemaduras

- Lesiones de estructuras óseas
 - a) fractura de la tuberosidad de la maxila
 - b) fractura del proceso alveolar

- Lesiones de estructura vecinas

- Complicaciones sinusales: la exodoncia de molares superiores puede resultar en una comunicación entre la cavidad oral y el seno maxilar.

Sus dos posibles secuelas son: sinusitis maxilar y fistula oroantral crónica.

El diente que con mayor frecuencia es desplazado hacia al antro es el tercer molar, seguido del segundo premolar.

- predisposición: a causa de a) raíces largas y divergentes, b) seno maxilar grande y neumatizado

- prevención: Estudio radiográfico de la relación entre el seno maxilar y raíces. Si se sospecha una estructura relacionada, se practicará una exodoncia quirúrgica con odontosección, evitando la aplicación excesiva de fuerza.

- Síntomas: a) salida de líquidos de la boca hacia la nariz

a) epistaxis unilateral

b) alteración en la resonancia vocal.

c) Incapacidad de soplar

d) Exudado nasal mucopurulento

e) Síntomas de sinusitis aguda o crónica

- Diagnóstico: a) exámenes de las raíces de los molares comprobando su integridad y la existencia de fragmentos óseos o tejido blando adherido

b) compresión de las narinas seguida de la aplicación de presión con la boca abierta, causa la salida del aire por la fistula

d) radiografía periapical y oclusal, ortopantomografía, radiografía de senos.

Tratamiento:

- Comunicación pequeña (< 2mm) instrucciones al paciente

- Comunicación moderada (de 2-7 mm) prevenir el desalojo del coágulo alveolar con sutura en 8 o en U, empleo de profilaxis antibiótica y descongestionantes nasales.
- Comunicación grandes (> 7 mm) Cierre quirúrgico con colgajo, o generalmente de mucosa bucal, asociado a reducción de la altura de la cresta alveolar, prescribir medicación antibiótica e instrucciones.

Lesiones en estructuras dentarias

- a) lesión en dientes vecinos
- b) lesión del tercer molar

- Desplazamiento a espacios vecinos

Van de las posibles complicaciones en el desplazamiento del tercer molar o algunas de sus fragmentos a espacios vecinos

El tercer molar superior puede desplazarse al seno maxilar o más posteriormente a espacio infratemporal al hacer una elevación en dirección incorrecta, en particular si la pared antral es muy fina o la tuberosidad es frágil.

- a) Seno Maxilar: debe valorarse el tamaño del fragmento desplazado, la existencia de pulpitis e infección periapical y la existencia o no de sinusitis crónica previa

Tratamiento: Si el fragmento es pequeño, sin antecedentes de infección o dentogenia sinusal, se puede dejar ahí. Si la pieza desplazada es todo el tercer molar o un fragmento radicular grande, existe antecedente de infección, o se refiere una historia de sinusitis crónica, se llevará a cabo la extracción por técnica de Caldwell-Luc.

- b) Espacio Infratemporal: Desplazamiento en dirección posterosuperior hacia el espacio infratemporal si se emplea excesiva fuerza distal sin un

retractor detrás de la tuberosidad; el elevador puede forzar al molar hacia atrás y a través del periostio hacia la fosa infratemporal, generalmente el diente queda en situación lateral a la externa del proceso pterigoideo y por abajo del músculo pterigoideo externo, el molar puede interferir en la apertura bucal

Tratamiento: se puede tratar de recuperar el molar, sólo si existe buena visibilidad, de lo contrario, existe el riesgo de mandarlo al espacio temporal profundo.

Debe iniciar profilaxis antibiótica para evitar la infección, se intentará la recuperación de 4 a 6 semanas, ya estabilizada el diente por el proceso de fibrosis y se conozca su localización tridimensionalmente mediante TAC.³⁻²⁻¹

Capítulo 4

CANINOS RETENIDOS

Canino superior

El canino superior es el tercer diente que se encuentra retenido con más frecuencia después de los terceros molares.

Etiología

El germen del canino se sitúa muy alto, por encima de los gérmenes del primer bicúspide y del incisivo lateral, que hacen erupción antes que él de ahí se descienda muy tardíamente lo que puede implicar una falta de espacio para su ubicación definitiva.

Se puede explicar también por la acción de dos fuerzas contrapuestas:

El crecimiento anteroposterior del seno maxilar y posteroanterior de la premaxila.

Otra causa de retención, son las discrepancias dento-maxilares provocadas por alteraciones del desarrollo de la base ósea (hipoplasia maxilar) o por malposiciones dentarias, así como la existencia de obstáculos en la erupción, tales como odontomas o quistes, entre otros, las malformaciones del propio diente y determinadas causas generales entre las que cabe destacar la herencia.

Localización

Los caninos ectópicos se localizan en el 60 % de los casos en el paladar, en el 30% de los casos en el vestíbulo y en el 10 % en posición intermedia. Otras posiciones anormales o heterotópicas incluyen el seno maxilar, o las fosas nasales y en 40 %-50 % en el trastorno bilateral y asimétrico.

Diagnóstico

Ausencia del diente en la arcada a los 14 o 15 años, con persistencia o no del diente deciduo, o migración de los dientes vecinos hacia el espacio correspondiente. En ocasiones es posible palpar la corona submucosa del diente. Al desplazarse los dientes vecinos, en especial el incisivo lateral, este puede hallarse en vestibuloversión o rotado sobre su eje mayor, o con su corona inclinada hacia mesial o distal.¹

Examen radiográfico:

Se debe valorar la posición del canino con respecto a los tres ejes del espacio y con los ápices de los dientes vecinos y las estructuras anatómica circundantes, para ello se debe recurrir a las radiografías: panorámica, oclusal, y de perfil de cráneo. En resumen, a través del estudio radiográfico podemos llegar a determinar:

1. el número de dientes retenidos: unilateralmente o bilateralmente (40-50 %)
2. la situación palatina (80-85 %), vestibular (15%), intermedia (5 %)
3. la forma del diente
4. las relaciones topográficas

5. la presencia o ausencia de dientes en la arcada y las retenciones que puedan establecer con los caninos.

Tratamiento

El enfoque terapéutico de los dientes incluidos es variable:

- a) extracción
- b) fenestración y tracción ortodóntica
- c) trasplante autólogo

Extracción

Técnica quirúrgica

1. posición vestibular: 10-15% de los casos

-Anestesia

Esta consistirá en el bloqueo del nervio nasopalatino y de ambos nervios palatinos anteriores, salvo en el caso de que sea unilateral, se complementará la anestesia con la infiltración del nervio infraorbitario, a veces es necesario realizar la anestesia de la mucosa nasal anterior valiéndose de una torunda empapada en xilocaina al 3 % que se coloca a nivel de piso de la fosa nasal.

- Incisión

Se práctica una incisión fenestrando amplia en la surco alveolar que permito el acceso cómodo

-Colgajo

En caso de que el canino esté en situación alta, se debe tener cuidado con el nervio infraorbitario al deslizar el separador o legra sobre el hueso para levantar el colgajo mucoperióstico.

- Ostectomía y Extracción.

Casi siempre la cantidad está adelgazada por lo que el acceso al diente se consigue el propio sindesmótomo o cucharilla de Black. Si esto no es posible se recurrirán a instrumentos rotatorios y se seguirá el procedimiento de descubrir las coronas hasta el ecuador y se moviliza con suavidad, si es necesario se procede a la odontosección del canino, en general por apical del ecuador del diente. Se elimina el tejido blando remanente, se irriga la cavidad y se suturan según la técnica habitual.

Posición palatina.

Se infiltra la fibromucosa palatina para facilitar su elevación. Se practica una incisión que sigue el surco gingival y que alcanza por lo común al segundo premolar. Con legra de Howarth se levanta el colgajo fibromucoso, preservando el paquete vasculonervioso nasopalatino. Se facilita si se levanta de la parte más posterior hacia delante y línea media. Se localiza la corona, se expone totalmente hasta descubrir su ecuador y se trata de luxar, si el diente no puede ser luxado, o la corona se encuentra atrapada entre los ápices de los dientes vecinos, para evitar su lesión, se prosigue o practica la odontosección, al reseca una rodaja del mismo diente, se crea un espacio para retraer la corona y luxarla, si no es suficiente se procede de la misma forma sobre la porción radicular, después se procede a luxar la raíz y si es necesario, se completa el tiempo quirúrgico con forceps.

Se elimina los restos de la envoltura coronaria con cureta y pinzas de tracción, se regularizan los borde con lima de hueso y se elimina las esquirlas

óseas, así como las que hayan quedado adheridas a la fibromucosa palatina. Por último, se comprueba que no tenga una hemorragia.

Posición intermedia

Si se prevén dificultades en la exodoncia del canino por cualquiera de las dos vertientes, es mejor efectuar de entrada un tratamiento combinado, en estos casos la técnica quirúrgica se debe individualizar para cada paciente.²

Fenestración y Tracción Ortodóntica

En un paciente en el que las condiciones locales y generales no indican la extracción quirúrgica del diente incluido, está justificado esta modalidad terapéutica. Consiste en una primera fase ortodóntica en la que aumenta el espacio correspondiente de la arcada, seguida de la exposición de la corona del diente y por último, la tracción ortodóntica del diente hacia su posición en la arcada.

Técnica Quirúrgica

- Canino en posición vestibular

Con anestesia local, se practica una incisión amplia, festoneando en el surco alveolar, que permite un acceso a la corona del diente. Se localiza dicha corona, si se tiene que utilizar instrumento rotatorio hay que cuidar no dañar el esmalte del canino. Se expone cuidadosamente el cuello del diente y se luxa suavemente, se practica si es necesario una ostectomía conductora para facilitar la trayectoria de descenso. Se extirpa el saco folicular, se irriga cuidadosamente con suero fisiológico y sierra la herida de forma habitual, a continuación se

practica una ventana en la encía, se cubre con un apósito quirúrgico para evitar el cierre, y es remitido al ortodoncista.

- Canino en posición palatina

Se bloquea con anestesia local, se infiltra la fibromucosa para facilitar su elevación. Se practica una incisión que va desde la papila incisal (siguiendo el surco gingival) hasta el primero o segundo premolar. Con un periostotomo se levanta el colgajo fibromucosa, preservando el paquete vasculonervioso nasopalatino. Se localiza la corona, si es necesario se hace la ostectomía, hasta descubrir totalmente la corona y se luxa cuidadosamente, se lleva a cabo una ostectomía conductora, para facilitar la trayectoria de descenso del canino hasta su posición original. Se extirpa el saco folicular, se irriga cuidadosamente con suero y se cierra la herida de forma habitual, a continuación se practica una ventana, se coloca apósito y se remite al ortodoncista a partir del cuarto día.

Tratamiento Quirúrgico Conservador

Concepto

Traslado de una diente de una posición a otra de la boca. El reimplante no debe considerarse como un sustituto a la fenestración y posterior tracción ortodóntica, sino que constituyen una alternativa para los pacientes que por motivos sociales o económicos, no desean emprender dicha terapia. Aunque originalmente se describió como una técnica de tratamiento de los caninos incluidos, también se ha utilizado el reimplante del tercer molar al alveolo de un primer molar.

Es necesario considerar:

1. La anatomía regional, hueso alveolar y espacio suficiente, incluso, interarcada.
2. No debe existir patología relacionada a la zona ni al diente
3. Motivación del paciente

Técnica Quirúrgica

Abordaje del diente, como ya se ha mencionado, procurando no dañar la anatomía dentaria, ni dañar el cemento, conservarlo intacto, así como las fibras que en él se insertan.

Una vez luxado, se coloca en el surco fisiológico, retirándole son raspar el saco pericoronario que pueda persistir.

A continuación, se practica un conducto guía que debe seguir la dirección teórica correcta.

Si el canino a reimplantar presenta alguna angulación apical, es aconsejable seccionar, realizando una odontosección radicular a muy baja velocidad y con suficiente irrigación.

Se termina el tiempo quirúrgico con la colocación del canino en el alveolo, en ocasiones es necesario ajustar la corona al espacio proximal e interoclusal, para su articulación.

La operación termina con la reposición del colgajo, sutura y con la introducción del diente al nuevo alveolo, se ajustan los espacios proximales y se feruliza mediante resina, alambre, etc. y se saca de oclusión; el paciente entra en dieta blanda al menos 15 días, el diente transplantado suele tener estabilidad total hacia las 4 semanas.

Complicaciones

En el caso de que el tratamiento a seguir sea la tracción ortodóntica, la falta de espacio retarda el tratamiento, ya que se tiene que llevar a cabo una primera fase en la cual se aumente el espacio correspondiente al diente en la arcada, poco posteriormente ligar y traccionar.

- Transoperatorias.

Lesión de estructuras vecinas.

En el caso de caninos retenidos bilaterales con posición palatina, se tiene que dar buen manejo al paquete vasculonervioso, ya que en caso de cortarlo sin ligarlo, nos puede dificultar la visibilidad y al posicionar el colgajo, en caso de sangrado, producir un hematoma.

Lesiones de tejidos blandos

- desgarro de la mucosa

Lesión de estructuras dentarias adyacentes

- Luxación de dientes vecinos
- Fractura de ápice de dientes vecinos

Postoperatorias

- Hematoma
- Infección
- Movilidad de los dientes adyacentes

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Terapéutica Postoperatoria

- Indicaciones al paciente
- Antibioticoterapia
- AINES
- Férula quirúrgica para mantener en su sitio tejidos y favorecer la adherencia del epitelio, evitando el hematoma.

CANINOS INFERIORES

Los caninos inferiores retenidos existen en número mucho menor que los superiores (51-4 % Blum).

Las inclusiones suelen ser oblicuas y su grado de inclusión es variable

Técnica Quirúrgica

Anestesia

Puede ser operado con infiltración regional.

Tras localizar el nervio mentoniano, se ejecuta una incisión en el surco gingival con una descarga anterior, evitando siempre el paquete vasculonervioso. Se refleja un colgajo mucoperióstico y se identifica el nervio que se protege con un separador adecuado. A continuación se expone la corona del diente y se efectúa la fenestración o bien la exodoncia del diente. La exodoncia suele requerir la odontosección del diente.

En caso de que el diente se localice en posición lingual, es preferible hacer el acceso por vía vestibular, una vez terminada la extracción, la intervención se termina como en los casos precedentes.³

Capítulo 5

INCISIVOS CENTRALES Y LATERALES

Son casos de excepción, su inclusión es muy rara, algunos centrales y laterales, pueden ubicarse en la arcada por métodos quirúrgicos ortodónticos. La extracción se realiza de modo similar al abordaje en mesiodens.

PREMOLARES

Su retención es relativamente común, en ambos maxilares, la retención está próxima a la bóveda palatina y a la cara lingual respectivamente. Si se decide conservar el diente, tras crear espacio ortodónticamente, es posible el abordaje por vía vestibular. Si se decide extraer, es necesario llevar a cabo un colgajo envolvente amplio para evitar desgarres. Con legra se protege cuidadosamente la mucosa lingual. A menos que el diente se encuentre posición intermedia, no es necesaria la odontosección.¹

Capítulo 6

SUPERNUMERARIOS

Etiología

Los dientes supernumerarios (provenientes de una desviación embrionaria del listón dentario. Ries Centeno) existe en gran número. También son asociados a entidades poco frecuentes con la disostosis cleidocraneal en las que existen múltiples retenciones.

Concepto

Los dientes supernumerarios son dientes accesorios de forma y tamaño variable, que aparecen en la arcada. Pueden erupcionar o estar retenidos; cerca del 90% aparecen en la región anterior del maxilar superior, seguida por el cuarto molar superior y por un tercer premolar inferior.¹

MESIODENT

El término de mesiodent, se refiere a la presencia de dientes supernumerarios en la región incisiva del maxilar superior. Se presenta de forma única o múltiple, aunque generalmente son denticulos rudimentarios. Pueden adoptar la forma y tamaño de un diente definitivo. La corona puede estar orientada hacia apical o coronalmente, o bien, disponerse transversalmente en la arcada.

Clinica

Puede ser un hallazgo radiográfico o bien causar problemas de erupción de dientes vecinos en forma de retención o malposición de incisivos. En ocasiones un mesiodent puede originar la aparición de quiste folicular, con la consiguiente complicación de expansión, infección o fistulización.

Diagnóstico

Ortopantomografía y radiografía oclusal del maxilar superior.

Tratamiento

Son tributarios de exodoncia quirúrgica. Se programa una extracción de mesiodent, hasta que los ápices de los incisivos permanentes hayan cerrado, porque entonces hay menos peligro de dañar la porción mesenquimatosa en crecimiento de los dientes permanentes. Los dientes supernumerarios se extraen por vía palatina ya que pocos están localizados en posición anterior, cuando las radiografías no logran establecer la localización, se hace una intervención palatina. La técnica de extracción es similar a la usada para extraer un canino retenido.

PREMOLAR SUPERNUMERARIO

Son difíciles de extraer por la presencia de hueso compacto y en el caso de inferiores, de estructuras vitales como el contenido del agujero mentoniano en el lado bucal y glándulas salivales y estructuras neurovasculares en el lado lingual.

Las radiografías oclusales pueden localizar al diente en cualquiera de la posiciones, bucal, lingual o intermedia (menos frecuente).

La técnica quirúrgica es la misma que se utiliza para molares retenidos

MOLARES SUPERNUMERARIOS

La segunda localización más frecuente de dientes supernumerarios es el diente más posterior en la arcada en forma de cuarto molar, suele tratarse de hallazgos radiográficos, aunque pueden causar problemas de erupción de segundo y tercer molar.

Tratamiento

Exodoncia quirúrgica, según la técnica para gérmenes de terceros molares.

ODONTOMAS

Se incluyen en este apartado porque existen continuidad entre ambas entidades.

Concepto

Es un tumor que se caracteriza por la producción de esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar maduro, que son clínica, radiográfica e histológicamente indiferenciables de dientes normales. El odontoma compuesto, muestra esmalte,

dentina, cemento y tejido pulpar dispuestos de forma organizada. Se localizan con mayor predilección en el sector anterior del maxilar.

El odontoma complejo muestra los mismos tejidos dispuestos de forma desorganizada y aparece en el sector posterior.

Clinica

Suelen diagnosticarse en la adolescencia y aunque son asintomáticos, con frecuencia se acompañan con trastornos de la erupción.

Radiología

Imagen densa, bien delimitada y tamaño variable, el compuesto se asemeja a un diente mal formado, y con frecuencia aparecen múltiples dentículos identificables. El complejo es conglomerado irregular radioopaco y no adopta la forma del diente.

Tratamiento

El tratamiento de ambas es quirúrgico, aunque el compuesto pueda extraerse con técnica habitual de extracción quirúrgica de dientes retenidos, suele requerir abordajes más amplios con múltiples odontosecciones de la tumoración.²

Conclusión.

La teoría filogenética, explica la etiología de las retenciones dentarias de una forma muy sencilla, y además es aceptada por varios autores y clínicos (incluso antropólogos). El describir al tercer molar como un órgano vestigial, es muy interesante, ya que estaríamos prácticamente palpando nuestra evolución.

El indicar la extracción de una retención es muchas veces ya, un punto de controversia; la regla general de que: "todos los dientes que no asumen su posición y funcionamiento adecuados en el arco, deberán ser candidatos a extracción" , no se acepta ya, tan fácilmente, debido a las técnicas de reimplantes y tracción ortodóncica actuales, que permiten darle colocación y función a estos dientes. Sin embargo, éstas técnicas, así como las de extracción quirúrgica, también requieren de mucha habilidad durante el trabajo quirúrgico, por lo que hay que estar bien entrenado, conocer perfectamente el campo dónde se va a trabajar y, estar consciente de las complicaciones que puedan surgir, así como la forma de resolverlas.

Bibliografía

Capítulo 1

1. Juan Lopez A. Cirugía oral 1-3 Interamericana Madrid 1991.
2. Quiroz Anatomía humana
3. Orban Histología y embriología bucal Argentina 1986.
4. Burnett, G. W. Microbiología y enfermedades de la boca Edit..
Limusa Mexico 1ra edición 1986.

Capítulo 2

1. G. Raspall Cirugia oral Panamericana Madrid 1994. 145-177.
2. Burkett Medicina bucal 114-140.
- 3 Regezzi – Scrubba Patología bucal Interamericana Mexico 1995 377-395.

Capítulo 3

1. Gustav O. Kruger Tratado de Cirugía bucal 4ta edición, Interamericana Mexico 1996. 75-88
2. G. Raspall Cirugía oral Edit. Panamericana Madrid 1994 145-177
3. Ries Centeno Cirugía bucal, novena edición "El Ateneo", Argentina 1991 211-315

Capitulo 4

1. Juan Lopez A. Cirugía oral Interamericana Madrid 1991 308-318
2. G. Raspall Cirugía oral Panamericana Madrid 1994 145-177

Capitulo 5

1. Ries Centeno Cirugía bucal "El Ateneo", Argentina 1991 318-319
2. Gustav O. Kruger Cirugía bucal Interamericana 4ta edición Mexico 1996 87-88

Capítulo 6

2. G. Raspall Cirugía oral Edit. Panamericana Madrid 1994 145-177
3. Ries Centeno Cirugía bucal, novena edición "El Ateneo", Argentina 1991 211-315