

326  
Rej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES  
DE LOS  
DIENTES RETENIDOS**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A N :**

**EVA MUÑOZ NAVA  
J. NATIVIDAD SERGIO TORRES RODRIGUEZ**

**1986**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	
CAPITULO I	
GENERALIDADES Y DEFINICION	1
I-1    DEFINICION	
I-2    TIPOS DE TENCION	2
I-3    FRECUENCIA	
CAPITULO II	
POSICION Y CLASIFICACION DE DIENTES RETENIDOS	3
II-1    POSICION Y CLASIFICACION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS	4
II-2    POSICION Y CLASIFICACION DE CANINOS INFERIORES RETENIDOS	
II-3    POSICION Y CLASIFICACION DE PREMOLARES SUPERIORES E INFERIORES RETENIDOS	
II-4    POSICION Y CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS	5
II-5    POSICION Y CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS	6
CAPITULO III	
ETIOLOGIA	8
III-1    CAUSAS EMBRIOLÓGICAS	
III-2    CAUSAS MECANICAS	
III-3    CAUSAS TUMORALES	9
CAPITULO IV	
ACCIDENTES OCACIONADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS	11
IV-1    ACCIDENTES MECANICOS	
IV-2    ACCIDENTES NERVIOSOS	12
IV-3    ACCIDENTES TUMORALES	
IV-4    ACCIDENTES LINFATICOS Y GANGLIONARES	13
CAPITULO V	
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS	14
V-1    INDICACIONES	
V-2    CONTRAINDICACIONES	16

	Pág.
CAPITULO VI	
VALORACION DEL PACIENTE QUIRURGICO	19
VI-1 HISTORIA CLINICA	22
VI-2 EXAMENES DE LABORATORIO	23
VI-3 ESTUDIO RADIOLOGICO	
CAPITULO VII	
TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS	25
VII-1 ANESTESIA	26
VII-2 INCISION	27
VII-3 COLCAJO	28
VII-4 OSTEOTOMIA	
VII-5 ODONTOSECCION	29
VII-6 EXTRACCION DEL DIENTE RETENIDO	
VII-7 TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA	30
VII-8 SUTURA	
VII-9 TRATAMIENTO E INDICACIONES POSTERIORES	31
VII-10 SECUENCIA Grafica DE LA TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS	34
CAPITULO VIII	
COMPLICACIONES DURANTE LA EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS O DESPUES DE ELLA	35
CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFIA	42

## INTRODUCCION

Sin duda los odontólogos de generaciones pasadas pensaban ya en el día en que todos los pacientes podrían disfrutar fácilmente de una odontología preventiva. Para muchos esta esperanza ha sido realizada. Actualmente hay más dentistas que antes y éstos pueden brindar servicios más perfeccionados.

Ahora ya son menos las personas que pierden sus dientes por causa de caries y en muchos casos los efectos de la enfermedad periodontal pueden reducirse al mínimo o ser eliminados por completo.

En cuanto se admitió que la odontología era una profesión docta de la salud, el diente retenido fué considerado como un problema de la salud dental. Cuando hace un siglo, los dentistas trataban poblaciones inexpertas y predominantemente rurales, las indicaciones para la eliminación de dientes retenidos eran pocas. Quizá la única indicación de extracción era la pericoronitis fulminante en un tercer molar parcialmente retenido, siempre y cuando el paciente pudiera resistir los rigores de la técnica quirúrgica de entonces.

Hasta la actualidad la odontología ha tenido una larga trayectoria de investigación y actividad creadora. Porque hoy en día, el paciente puede recibir tratamientos dentales con diagnósticos completos y exámenes clínicos y radiográficos. Y así, el odontólogo tuvo que enfrentarse a problemas diagnósticos para los dientes retenidos de frecuencia y complejidad antes insospechadas.

La retención dentaria era en años anteriores un reto desde el punto de vista diagnóstico, anestésico y quirúrgico.

Sin embargo, el advenimiento de la anestesia, de técnicas para dominar el dolor y la necesidad de antibióticos, aparte del perfeccionamiento de aparatos de radiografías, la elaboración de equipos e instrumentos

cortantes de alta velocidad nos han proporcionado los medios necesarios para poder realizar la eliminación precoz y correcta en casi todos los tipos de dientes retenidos, patológicos o potencialmente patológicos - por medio de procedimientos seguros y relativamente sin dolor.

La eliminación del diente retenido es un procedimiento preventivo lógico y seguro desde el punto de vista fisiológico. Sin embargo se sabe que las ciencias de la salud tienen un concepto mucho más amplio acerca de las ventajas de estos procedimientos preventivos.

El objetivo de la eliminación preventiva de dientes retenidos es evitar pérdidas de tiempo en una vida productiva debido al dolor, sufrimiento, infección grave, pérdida de dientes, de parte o de todo el maxilar.

## CAPITULO I

### GENERALIDADES Y DEFINICION

Los antropólogos afirman que la constante creciente cerebración del hombre agranda su caja craneana a expensas de su maxilar y su mandíbula.

La línea pituitaria que se deslizaba hacia adelante desde la frente retruida al maxilar protruido en las formas prehumanas, se ha vuelto casi vertical en el hombre moderno a medida que ha disminuido la cantidad de dientes.

Una dieta más blanda y refinada que requiere menos masticación favorece esta tendencia, haciendo innecesario un aparato masticatorio más poderoso. Mayores cantidades de personas tienen dientes retenidos por esta razón y por otras. Eventualmente, todos los terceros molares se van a perder en el hombre, seguidos, milenios más tarde por la retención y ulterior pérdida de los incisivos laterales.

Todos los dientes se desarrollan en los maxilares como dientes no erupcionados y todos, salvo unos pocos, erupcionan para tener una relación oclusal funcional.

El diente no erupcionado puede ser un diente absolutamente normal cuyo momento de aparición en la cavidad no ha llegado todavía, o bien puede ser un diente retenido que no erupcionará nunca.

#### I-1. DEFINICION.

El término retención implica aquellos dientes que no han erupcionado en posición funcional normal durante el tiempo generalmente previsto para su aparición; la cual puede ser impedida por tejidos blandos o duros adyacentes, incluyendo estructuras superyacentes como dientes, hueso o tejidos blandos densos; quedando retenidos manteniendo íntegramente su saco pericoronario (pericoronario) fisiológico.

I-2 TIPOS DE RETENCION.

La retención dentaria se presenta en dos formas:

- a) Retención submucosa.- Cuando el diente está debajo de la mucosa gingival.
- b) Retención intraósea.- Cuando el diente se encuentra por debajo de la mucosa y está completamente cubierto de hueso.

I-3 FRECUENCIA.

Existe un número de dientes los cuales tienen una mayor predisposición para quedar retenidos en el maxilar y mandíbula.

Los estudios estadísticos sobre la frecuencia de los dientes retenidos han dado resultados contradictorios. Generalmente se acepta su frecuencia relativa en el siguiente orden

1.- Terceros molares inferiores . . . . .	35%
2.- Caninos superiores . . . . .	34%
3.- Terceros molares superiores . . . . .	9%
4.- Segundo premolar inferior . . . . .	5%
5.- Canino inferior . . . . .	4%
6.- Incisivo central superior . . . . .	4%
7.- Segundo premolar superior . . . . .	3%
8.- Primero premolar inferior . . . . .	2%
9.- Incisivo lateral superior . . . . .	1.5%
10.- Incisivo lateral inferior . . . . .	0.8%
11.- Primer premolar superior . . . . .	0.8%
12.- Primer molar inferior . . . . .	0.5%
13.- Segundo molar inferior . . . . .	0.5%
14.- Primer molar superior . . . . .	0.4%
15.- Incisivo central inferior . . . . .	0.4%
16.- Segundo molar superior . . . . .	0.1%

## CAPITULO II

### POSICION Y CLASIFICACION DE DIENTES RETENIDOS

#### II-1 POSICION Y CLASIFICACION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

##### II-1.1 POSICION

Es importante que la posición de un canino retenido sea cuidadosamente determinada antes de la operación.

Los caninos superiores retenidos se encuentran con mayor frecuencia en las siguientes posiciones:

- 1.- En el paladar, con la corona localizada por lingual del incisivo lateral y la raíz extendida hacia atrás, paralela a la raíz del premolar.
- 2.- Con la corona hacia lingual del incisivo central y la raíz extendida hacia atrás, paralela a las raíces de los premolares extendiéndose hacia la superficie vestibular.
- 3.- Con la corona del diente retenido sobre la zona palatina y el cuerpo de la raíz sobre la superficie vestibular del maxilar superior.
- 4.- Con la corona del diente retenido sobre la cara vestibular de la raíz extendida hacia lingual de las raíces del premolar.
- 5.- Con todo el diente colocado sobre la superficie vestibular.
- 6.- En bocas desdentadas.
- 7.- Retención bilateral sobre el paladar o sobre vestibular del maxilar superior.

##### II-1.2 CLASIFICACION

Los caninos superiores retenidos se clasifican en:

Clase I Caninos retenidos localizados en el paladar:

- a: Horizontal
- b: Vertical
- c: Semivertical

Clase II Caninos retenidos localizados en la superficie vestibular del

maxilar superior:

a: Horizontal

b: Vertical

c: Semivertical

Clase III Caninos retenidos localizados a la vez en palatino y vestibular; o sea cuando la corona está en el paladar y la raíz pasa entre las raíces de los dientes adyacentes terminados en ángulo agudo sobre la superficie vestibular del maxilar superior.

Clase IV Caninos retenidos localizados en la epífisis alveolar entre el incisivo y el primer premolar en posición vertical.

Clase V Caninos retenidos localizados en el maxilar superior desdentado.

#### II-2 POSICION Y CLASIFICACION DE CANINOS INFERIORES RETENIDOS

Estos dientes están por lo general retenidos verticalmente y cerca de la superficie vestibular.

A veces están localizados bajo los ápices de los incisivos inferiores situados transversalmente en ángulo de 45° hacia el borde inferior de la mandíbula.

May a una vez se encuentran horizontalmente y cerca del lado lingual.

Las posiciones vestibulares o linguales de estos dientes deberán ser determinadas por una película radiográfica oclusal.

#### II-3 POSICION Y CLASIFICACION DE PREMOLARES SUPERIORES E INFERIORES RETENIDOS.

El premolar inferior o superior retenido puede clasificarse según la posición de la corona; o sea en el alvéolo entre los dientes adyacentes, o por debajo del alvéolo y de las raíces de dientes adyacentes.

Generalmente estos dientes están verticales, aunque, a veces, puedan estar casi horizontales, especialmente en maxilares superiores.

Además pueden estar en versión vestibular o lingual.

#### 11-4 POSICION Y CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS

Estos dientes pueden presentar en la posición anatómica variaciones que complican materialmente su extracción y aumentan la posibilidad de complicaciones operatoria y posoperatorias. A continuación damos una clasificación de las retenciones de los terceros molares superiores, basadas en la posición anatómica:

1.- Profundidad relativa de los terceros molares superiores retenidos en el hueso:

Clase A; La porción inferior de la corona del tercer molar superior retenido está al nivel del plano oclusal del segundo molar.

Clase B: La porción inferior de la corona del tercer molar superior retenido está entre el plano oclusal del segundo molar y la línea cervical.

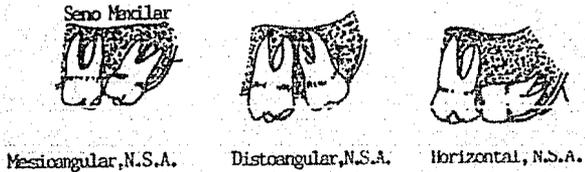
Clase C: Cuando la porción inferior de la corona del tercer molar superior retenido está en la línea cervical del segundo molar o por sobre ella.

2.- La posición del eje longitudinal del diente retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

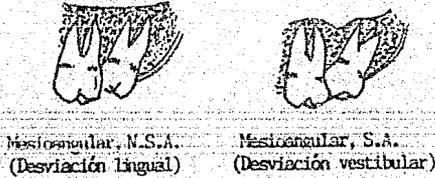
- a) Vertical
- b) Horizontal
- c) Mesioangular
- d) Distoangular
- e) Invertida
- f) Vestibuloangular
- g) Linguoangular

3.- Relación del tercer molar superior retenido con el seno del maxilar:

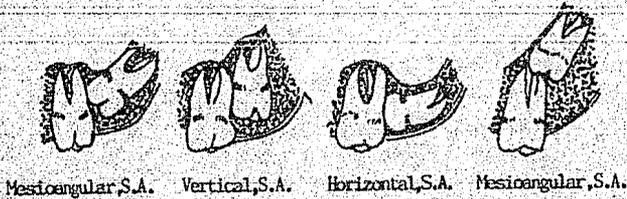
- a) Aproximación sinusal: No hay hueso o hay pequeña lámina de hueso, entre el tercer molar superior retenido y el seno maxilar conocida



CLASE A



CLASE B



CLASE C

Fig. 1.- Clasificación de las retenciones de terceros molares superiores N.S.A. (seno maxilar no vecino, S.A. (aproximación seno maxilar).

aproximación seno maxilar.

- b) No hay aproximación sinusal: Hay 2mm o más de hueso, entre el tercer molar superior retenido y el seno maxilar, conocida como no aproximación seno maxilar.

## II-5 POSICION Y CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

Es necesario clasificar los terceros molares inferiores retenidos de modo de poder determinar y prever las dificultades que se encontrarán para su eliminación. Para clasificar los terceros molares inferiores retenidos, se debe establecer su posición anatómica por medio de un estudio radiográfico cuidadoso.

### CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

- A.- Relación del diente con la rama ascendente del maxilar inferior y al segundo molar.

Clase I Hay suficiente espacio entre la rama y el lado distal del segundo molar, para la acomodación del diámetro mesio distal de la corona del tercer molar.

Clase II El espacio entre la rama y el extremo distal del segundo molar es menor que el diámetro mesio distal de la corona del tercer molar.

Clase III Todo o casi todo el tercer molar está localizado en la rama ascendente.

- B.- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

Posición A: La porción más alta del diente está a nivel de la línea oclusal o por sobre de ella.

Posición B: La porción más alta del diente está por debajo del plano oclusal, pero encima de la línea cervical del segundo molar..

Posición C: La porción más alta del diente está por debajo de la línea

cervical del segundo molar.

C.- La posición del eje longitudinal del tercer molar inferior retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar:

- 1.- Vertical
- 2.- Horizontal
- 3.- Invertido
- 4.- Mesioangular
- 5.- Distangular
- 6.- Vestibuloangular
- 7.- Linguoangular

Pueden presentarse en:

- a) Desviación vestibular
- b) Desviación lingual
- c) Torsión

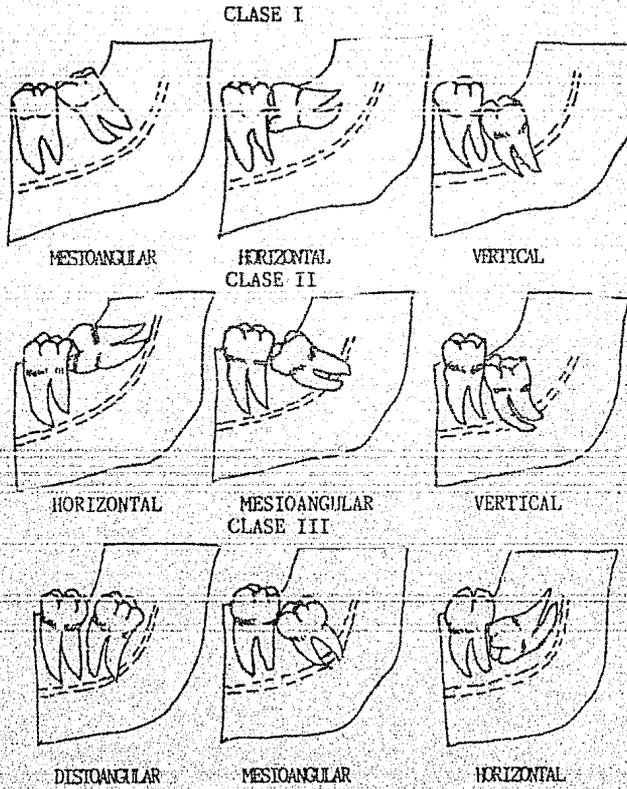


Fig. 2.- Ejemplos de las tres clasificaciones de terceros molares inferiores retenidos y sus posiciones.

## CAPITULO III

### ETIOLOGIA

Las causas por las cuales el diente no hace erupción pueden clasificarse en cuatro grupos:

- 1.- Embriológicas
- 2.- Mecánicas
- 3.- Tumorales
- 4.- Sistémicas (Endócrinas)

#### III-1 CAUSAS EMBRIOLOGICAS

La ubicación del germen dentario se encuentra en otro lugar al cual no corresponde, y el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

#### III-2 CAUSAS MECANICAS

##### III-2.1 FALTA DE ESPACIO

Quando el germen se desarrolla en su sitio normal de erupción y, al completar la calcificación del diente y en maxilares de dimensiones reducidas, no tiene lugar para ir a ocupar su sitio normal en la arcada.

##### III-2.2 OBSTACULOS OSEOS

Quando existe hueso con una condensación tal que no puede ser vencido por el trabajo de erupción (Enostosis, Osteitis Condensante, Osteoclerosis), procesos óseos que originan una imagen lechosa o blanquesina.

##### III-2.3 OTROS

Existen otros obstáculos que se oponen a la normal erupción tales como: un órgano dentario, dientes vecinos que por extracción prematura del temporario han acercado sus coronas (disminuyendo el espacio), construyendo un obstáculo mecánico a la erupción del permanente; posi-

ción viciosa de un diente retenido que choca contra las raíces de los dientes vecinos.

### III-3 CAUSAS TUMORALES

Existen elementos patológicos que pueden también oponerse a la normal erupción dentaria.

Por ejemplo: los tumores odontogénicos (odontomas) y los quistes dentígenos; no permiten que erupcione por envolver su corona.

Por otra parte un quiste puede rechazar o retener profundamente al diente que se encuentra en un canino, impidiendo su normal erupción.

### III-4 CAUSAS SISTÉMICAS

Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endócrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencia de dientes.

Las causas sistémicas se clasifican en:

#### a) Causas prenatales

- 1.- Herencia
- 2.- Mezcla de raza

#### b) Causas posnatales

~~o sea todas las causas que pueden interferir en el desarrollo del niño~~  
tales como:

- 1.- Raquitismo
- 2.- Anemia
- 3.- Tuberculosis
- 4.- Disendocrina
- 5.- Sífilis congénita
- 6.- Desnutrición

#### c) Causas raras

- 1.- Disostosis cleido craneal

- 2.- Oxicefalia
- 3.- Progeria
- 4.- Acrodoplasia
- 5.- Paladar fisurado

## CAPITULO IV

### ACCIDENTES OCACIONADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS

Todo diente retenido es susceptible de producir trastornos de índole diversa, a pesar de que muchas veces pasan inadvertidas y no ocasionan ninguna molestia al paciente portador.

Estos accidentes se agrupan en cuatro categorías:

- 1.- Accidentes mecánicos
- 2.- Accidentes nerviosos
- 3.- Accidentes tumorales
- 4.- Accidentes linfáticos y ganglionares

#### IV-1 ACCIDENTES MECANICOS

Los dientes retenidos, actuando mecánicamente sobre los dientes vecinos, pueden producir trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar, pérdida de diente y su integridad anatómica.

a) Trastornos sobre la colocación normal de los dientes en el maxilar.

El trabajo mecánico del diente retenido en su intento de "Desinclusión" produce desviaciones en la dirección de los dientes vecinos y aún trastornos a distancia, como el que produce el tercer molar sobre el canino

e incisivos, a los cuales desvía de su normal dirección, produciendo entrecruzamiento de dientes y conglomerados antiestéticos.

b) Pérdida de dientes

Pero la acción mecánica ejercida sobre los dientes vecinos ocasionan un accidente más importante. Esta acción lenta y continua determina el desplazamiento de éstos órganos en particular de los incisivos centrales y laterales y a menudo el de los premolares. El desplazamiento puede ser tal que de él resulte la movilidad anormal de uno o varios dientes, y hasta es posible que determine su caída.

c) Trastornos sobre la integridad anatómica.

La constante presión que el diente retenido o su saco dentario ejerce sobre el diente vecino, se traduce por alteraciones en el cemento en la dentina y aún en la pulpa de estos dientes.

Como complicación de la invasión pulpar, puede haber procesos periodonticos de diversa índole, de diferente intensidad e importancia.

Entre otros trastornos sobre la integridad anatómica está la perforación de la mucosa palatina; causada por la presión ejercida por la corona - del diente retenido, puede también determinar la perforación de la mucosa de las cavidades de vecindad, ya sea del seno del maxilar, o bien de las fosas nasales a nivel del piso de las mismas.

d) Trastornos protéticos.

Son accidentes de índole protético aquellos ocasionados en múltiples ocasiones por piezas retenidas; en pacientes portadores de aparatos de prótesis que advierten que sus chapas básculan en la boca y no se adaptan con la comodidad a que estaban acostumbrados.

IV-2 ACCIDENTES NERVIOSOS

La inclusión puede manifestarse por accidentes nerviosos reflejados en neuralgias localizadas e irradiadas resultantes de compresiones sobre los filletes nerviosos intramaxilares.

IV-3 ACCIDENTES TUMORALES

Los accidentes tumorales tienen una frecuencia variable según su naturaleza.

Se citan casos de accidentes tumorales cuando un diente retenido por la presión que ejerce sobre los tejidos cercanos realiza la formación de un quiste semejante al diente normal de erupción, pero que en el caso de inclusión causa perturbaciones más o menos serias en la erupción de las piezas contiguas.

#### IV-4 ACCIDENTES LINFATICOS Y GANGLIONARES

Una pieza retenida puede ser causante de accidentes infecciosos.

Se trata de abscesos generalmente de pequeño volumen; estos abscesos, pueden presentarse en forma aguda, subaguda o crónica pero a menudo son crónicos.

La presencia de estas infecciones pueden dar origen a la formación de esteitis rarefaciente localizadas o bien de fungosidades alrededor del diente retenido, especialmente alrededor de su corona.

## CAPITULO V

### INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS.

#### V-1 INDICACIONES.

Las indicaciones para la eliminación de dientes retenidos han aumentado y precisamente al darnos cuenta nosotros los dentistas de las ventajas aportadas por la odontología preventiva.

Aunque algunos intermediarios financieros de criterio estrecho consideran que los procedimientos preventivos satisfacen únicamente las necesidades económicas del dentista.

A continuación describiremos brevemente las condiciones que indican la eliminación de un diente retenido.

##### V-1.1 DISPARIDAD ENTRE EL TAMAÑO O NUMERO DE DIENTES Y TAMAÑO DE LOS MAXILARES

Es preciso eliminar dientes retenidos o no erupcionados cuando existe discrepancia entre el tamaño y número de dientes y el tamaño de los maxilares donde se alojan estas estructuras, y es imposible realizar otros tratamientos como ortodoncia o trasplante del diente.

##### V-1.2 PARA FACILITAR UN TRATAMIENTO ORTODONTICO.

Durante un tratamiento ortodontico la eliminación de dientes retenidos está indicada cuando el ortodontista considera que la extracción podrá facilitar el tratamiento completo del paciente.

##### V-1.3 POR CAUSAR DAÑO A LOS DIENTES ADYACENTES

A menudo un diente retenido favorece la retención de alimentos y la aparición de caries en dientes adyacentes. Incluso el diente retenido puede destruir al soporte óseo del diente funcional inmediatamente adyacente a él.

#### V-1.4 DIENTES RETENIDOS Y APARATOS DE PROTESIS

Cualquier aplicación de prótesis dental situada sobre los bordes maxilares superior e inferior transmite presión hacia los huesos, aumenta la circulación local y probablemente activa la erupción de los dientes retenidos. El primer síntoma en tal caso es una dentadura artificial que comienza a moverse por no quedar bien ajustada; en segundo lugar se observa infección. Por eso los dientes retenidos deben extraerse antes de elaborar puentes e dentaduras artificiales.

#### V-1.5 DIENTES RETENIDOS ASOCIADOS CON TUMORES O QUISTES ODONTOGENICOS.

Por lo general, la asociación de dientes retenidos y quiste es una indicación para su extracción; pero a veces, en el paciente - joven un diente desplazado por el quiste puede erupcionar todavía normalmente después de haber eliminado el quiste. Por lo tanto, en algunos casos raros se puede dejar el diente no erupcionado y eliminar solo el quiste.

#### V-1.6 DOLOR DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA.

Este es un síntoma común asociado al diente retenido casi - siempre es de tipo neurológico referido al ojo, oído, senos faciales, hueso frontal, cara, cabeza y zonas de los maxilares superiores y maxilar inferior, y se obtiene mejoría inmediata después de la odontectomía.

La odontalgia verdadera, casi siempre es provocada por el ataque a la pulpa o la raíz de los dientes cercanos. El dolor de tipo sordo causado por compresión y que se irradia, puede obedecer a quistes o tumores en crecimiento situados cerca de la corona del diente retenido.

### V-1.7 EN LA PREPARACION PARA IRRADIACION DE LOS MAXILARES Y TEJIDOS VECINOS.

Cuando se prevee la necesidad de irradiar los maxilares como parte de un tratamiento de tumores de cuello y cabeza, es lógico suponer que los dientes especialmente los dientes retenidos, serán punto de recepción de la radiación y que, por tanto, deben ser eliminados antes de iniciar la radioterapia.

### V-1.6 FALTA DE FUNCION.

Cuando el dentista determina que el diente retenido no realiza y no realizará ninguna función útil en la cavidad bucal, éste o estos dientes deben ser eliminados inmediatamente a menos de haber alguna contraindicación para la intervención quirúrgica.

### V-2 CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS.

Aunque se suele recomendar una actitud enérgica y decidida para la evaluación y eliminación de dientes retenidos, existen algunas contraindicaciones que han de tomarse en cuenta.

#### V-2.1 POSIBLE LESION DE LAS ESTRUCTURAS ADYACENTES.

Si la extracción de una retención asintomática puede llevar a la pérdida de dientes adyacentes, el diente no debe tocarse.

Pero es difícil si no imposible predecir qué efecto tendrá la eliminación de un diente retenido sobre los tejidos blandos circundantes. Específicamente, el paquete vasculo nervioso del conducto dental inferior y el nervio lingual son zonas donde pueden ocurrir lesiones de tejidos blandos. Por lo general nosotros los cirujanos dentistas no consideramos que la anestesia o parestesia potencial posoperatoria de labio, mejillas, encía, diente o lengua sean una contraindicación a la extracción de dientes retenidos. Pero es una complicación posible y es necesario advertir al paciente antes de la intervención a fin de disminuir la ansiedad en caso

de ocurrir tal percance. Rara vez, si es que alguna podrá considerarse esta complicación como una contraindicación a la intervención quirúrgica.

#### V-2.2 ESTADO FISICO COMPROMETIDO COMO CONTRAINDICACIÓN A LA ELIMINACION DE DIENTES RETENIDOS.

Uno de los factores más importantes que han de tomarse en cuenta cuando se piensa extraer un diente retenido es el estado físico del paciente. Pacientes con enfermedades cardio-vasculares graves o antecedentes de infarto grave o reciente del miocardio, no deben ser sometidos a las tensiones de una intervención quirúrgica si ésta puede evitarse. Sometiéndolos a un tratamiento médico para disminuir la sintomatología aguda sin eliminar la causa patológica.

#### V-2.3 DIENTES RETENIDOS TOTALMENTE ASINTOMATICOS EN PACIENTES DE EDAD.

Cuando el dentista descubre un diente retenido asintomático, totalmente empotrado en el hueso y quizá unido a él, en un paciente de cierta edad con pocas probabilidades de formación de quiste y en el cual no se prevee la necesidad, en el futuro, de construir una prótesis, el diente retenido puede quedar en el maxilar haciendo exámenes radiográficos a intervalos regulares.

Las contraindicaciones de dientes retenidos podrían resumirse diciendo que, antes de aconsejar la eliminación de un diente retenido específico, es preciso evaluar la relación riesgo-ventaja. En el renglón "riesgo", los factores importantes son la edad del paciente el estado fisiológico. En el de las "ventajas" el dentista debe tomar en cuenta los factores siguientes.

¿Qué trastornos ocasiona el diente? Si un diente retenido provoca infección, dolor, tumefacción y molestias, es necesario optar por su extracción en todos los pacientes, salvo en los desahuciados. Hemos mencionado

estas indicaciones y contraindicaciones únicamente como pautas generales. Cada paciente debe ser examinado y tratado de manera individual. Para la gran mayoría de los pacientes jóvenes, la extracción de dientes retenidos sólo traerá ventajas. Al aumentar la edad, una enfermedad bucal importante o potencial puede ser indicación de extracción de dientes retenidos. Las retenciones asintomáticas con poco potencial patológico deben ser vigilados de manera regular. Los adelantos logrados en anestesia, control del dolor y técnicas quirúrgicas hacen que sea posible eliminar casi todos los dientes retenidos con éxito previsible y un mínimo de molestias para el paciente.

## CAPITULO VI

### VALORACION DEL PACIENTE QUIRURGICO.

La valoración física del paciente consiste en establecer el factor riesgo médico básico, sin llevar necesariamente a un diagnóstico definitivo, previo al tratamiento dental.

La técnica requiere un expediente médico, que se elabora mediante una entrevista con el paciente, un examen físico aplicable, complementado algunas veces con pruebas funcionales radiográficas y pruebas de laboratorio.

Se debe tomar en cuenta que un examen incompleto puede conducir a un diagnóstico inexacto y a un tratamiento de menos éxito.

#### VI-1 HISTORIA CLINICA

Es una forma de llevar a cabo un correcto examen semiológico para elegir el tipo de anestesia que se debe emplear así como si es o no indicada la extracción.

La historia clínica consta de dos partes:

##### A).- Datos administrativos (ficha de identificación):

Que va a constar de nombre, edad, sexo, dirección, teléfono, ocupación, lugar de nacimiento, estado civil.

##### B).- Historia clínica.

Que consiste en indagar ciertos datos y antecedentes sobre el paciente que nos visita la cual va a constar de lo siguiente:

##### 1.- ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

Se pregunta antecedentes cardiovasculares, físicos, neoplásicos, diatésicos, nerviosos, etc. en familiares de 1er. grado.

##### 2.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Se le pregunta al paciente acerca de sus hábitos alimenticios, higiénicos y personales, características de su vivienda, etc.

3.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Se pregunta de enfermedades en la niñez, enfermedades en la actualidad, estuvo o está bajo vigilancia médica, es alérgico a algún medicamento, tu vo alguna vez hemorragias abundantes que ameritaran tratamiento especial, padeció alguna enfermedad grave, intervenciones quirúrgicas, toma actual mente algún medicamento. En mujeres, se pregunta de embarazo, abortos, menstruación y menopausia.

4.- PADECIMIENTO ACTUAL.

Se pregunta al paciente cuándo comenzó, qué molestias presenta.

5.- INTERROGATORIO SOBRE APARATOS Y SISTEMAS.

a) APARATO DIGESTIVO.

Se le pregunta al paciente si hay dolor abdominal, vómitos, mareos, dia rreas, estreñimiento, heces fecales con sangre, gastritis, mala digestión, úlceras, anorexia, etc.

b) APARATO RESPIRATORIO.

Se le pregunta si hay tuberculosis, asma, disnea, insuficiencia respirato-  
ria, sudoración nocturna, fiebre vespertina, bronquitis con o sin dolor  
torácico, etc.

c) SISTEMA NERVIOSO.

Se pregunta si ha sufrido algún colapso nervioso, afecciones de sus  
facultades mentales, epilepsia, etc.

d) APARATO CARDIOVASCULAR.

Es muy importante conocer el estado en que se encuentra el corazón de  
nuestro paciente. Se pregunta si ha sufrido alguna lesión cardíaca, an-  
gina de pecho, trombosis coronaria, hipertensión, insuficiencia cardíaca,  
discrasia sanguínea, etc.

e) SISTEMA ENDOCRINO.

Se pregunta si existe poliuria, polifagia, polidipsia, infección renal,

ardor al orinar u orina sanguinolenta o teñida, deabetes mellitus, hiper tiroidismo, insuficiencia suprarenal, etc.

f) APARATO GENITOURINARIO.

Se pregunta si existe micción satisfactoria, cantidad, color, olor, si presenta dolor, sangre o pus en orina, dolor renal, si ha tenido cálculos renales, si hay inflamación de la cara por las mañanas, etc.

g) SISTEMA HEMATOPOYETICO.

Se verá si hay cianosis, equimosis, petequias, anemias, epitaxis, sangrado anormal en heridas, etc.

6.- EXPLORACION FISICA.

La exploración física, al igual que la historia clínica, tiene como finalidad primordial el descubrimiento y caracterización de cualquier anomalía del paciente. A diferencia de la historia, intenta descubrir los signos del padecimiento, la evidencia que observa y no relatada por el paciente.

LOS PUNTOS QUE DEBEN OBSERVARSE SON:

Facies, marcha, conformación, talla, peso, estatura, color de piel, ojos, conjuntiva, cabeza y cuello, manos, brazos y hombros, tobillos, reflejos rotulianos, presión sanguínea, frecuencia respiratoria, temperatura, pulso, tipo de paciente, etc.

También se hará una palpación para percibir alguna anomalía como nodulos, tumoraciones, gánglios, etc., la percusión y la auscultación, se unirán a la palpación para hacer completa nuestra exploración física.

7.- DIAGNOSTICO.

El diagnóstico será la identificación de un trastorno por medio de un interrogatorio y un examen clínico. Siempre será presuntivo.

8.- PLAN DE TRATAMIENTO.

Es lo que se le va a hacer al paciente, puede ser medicamentoso, qui -

rúrgico o combinado, en el caso de la cirugía será combinado.

#### 9.- EPICRISIS

Ha descripción de la intervención quirúrgica, y se hará al terminar el acto operatorio.

#### 10.- INDICACIONES PARA EL PACIENTE.

Las indicaciones post-operatorias, varían según el tipo de acto quirúrgico que se halla realizado.

Estas indicaciones deben ser seguidas por el paciente al pie de la letra, para que la reacción de nuestro paciente sea favorable y así no tengamos ningún problema posterior.

#### VI-2 EXAMENES DE LABORATORIO

Los resultados obtenidos de estos exámenes son de gran ayuda para la detección de estados patológicos que pueden complicar el acto quirúrgico.

Estas pruebas solo deberán efectuarse cuando estén indicadas por los datos clínicos y las impresiones que se obtienen después del examen del paciente. Nunca debe realizarse en sustitución de una historia clínica y de una exploración clínica meticulosa.

El abuso de las pruebas y de los resultados de las mismas, sin un previo examen del paciente, conducirá a un diagnóstico erróneo y al manejo inadecuado de las mismas.

Un examen de laboratorio debe constar principalmente de:

##### 1) ANALISIS DE ORINA

- a. Aspecto
- b. Color
- c. Cantidad
- d. Densidad
- e. Reacción
- f. Albúmina

- g. Glucosa
- h. Urobilogeno
- 2) HEMATOLOGIA (Biometría Hemática)

- a. Recuento de eritrocitos
- b. Hemoglobina
- c. Recuento de leucocitos
- d. Plaquetas
- e. Tiempo de coagulación
- f. Tiempo de sangrado
- g. Tiempo de protombina

### 3) QUIMICA SANGUINEA

- a. Acido ascorbico
- b. Creatinina
- c. Nitrogeno
- d. Glucosa en sangre
- e. Urea

### f. Calcio

### g. Colesterol

### h. Fosfato inorgánico

### i. Fosfato alcalina

Después de haber realizado estos estudios en donde nos podemos dar cuenta del estado de salud del paciente, los dientes retenidos deberán ser extraídos, salvo en aquellos casos en los que no es aconsejable o posible.

### VI-3 ESTUDIO RADIOLOGICO.

El estudio radiológico de dientes retenidos debe ser realizado según ciertas normas para que, sea de suma utilidad, ya que estas piezas pueden ocupar varias y diferentes posiciones en el hueso alveolar, el cirujano dentista debe saber exactamente donde está ubicado el diente a fin de

decidir cual será la vía de acceso quirúrgico más adecuada.

Para encarar el problema, el dentista deberá de tomar una serie de radiografías de muchos tipos incluyendo películas periapicales, oclusales, faciales y panorámicas.

Cada una de estas películas ocupa un valor limitado en cuanto a su utilidad para planear la operación, pero la radiografía periapical sigue siendo la más y la que más posibilidades ofrece para localizar dientes retenidos.

Para determinar la ubicación exacta del diente retenido, es necesario ubicarlo según los tres planos del espacio, para esto disponemos de tres métodos diferentes:

- 1.- El método tradicional que consiste en dirigir el rayo central de los rayos X formando ángulo de 90° con la superficie de la película.
- 2.- Consiste en emplear una radiografía periapical para registrar una vista oclusal.
- 3.- La técnica de desplazamiento del tubo que parece ser la más segura porque permite determinar rápidamente la ubicación exacta de un diente retenido en relación con otro diente o con alguna otra estructura vital moviendo simplemente el tubo de rayos X en dirección horizontal o vertical.

Además las placas periapicales revelarán el tipo de tejido óseo, odontomas, quiste residual y otras alteraciones patológicas óseas. Estas radiografías informan también sobre el tamaño del seno maxilar la localización del agujero mentoniano, y la posición del canal alveolar.

Además muestra el grosor del tejido blando que cubre la cresta de los bordes alveolares.

## CAPITULO VII

### TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS.

La técnica quirúrgica para la extracción de dientes retenidos es un procedimiento quirúrgico complicado que incluye los tejidos blandos, músculos y partes del hueso más duro del esqueleto. Hay que mantener estric-ta asepsia.

La operación debe ser planeada con cuidado por adelantado, con planes de procedimientos diferentes para decidir si en el curso de la operación deben cambiarse los procedimientos operatorios.

### PASOS BASICOS EN EL PLANEAMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS.

Estúdiense las radiografías cuidadosamente.

1. Determinese si las radiografías muestran el tamaño exacto y completo, no alargado o acortado, y la forma del diente también el número tamaño y curvatura de la raíz y la pro-ximidad de las raíces del diente adyacente o estructuras vitales.

2. Clasifíquese la retención.

3. Hágase un examen visual y digital de los tejidos y dientes adyacentes y/o sobrepuestos que rodean el sitio de la in-tervención.

Reúname toda la información obtenida del examen precedente y planeese la operación.

Si fuera necesario, modifíquese el plan, por si surgieran complicaciones inesperadas.

### EN EL PLANEAMIENTO

1. Bosquéjese la extensión del colgajo por realizar teniendo en la mente la necesidad de una exposición adecuada, con el mantenimiento de

una buena irrigación sanguínea del colgajo y un soporte adecuado para el colgajo después de la operación.

2. Decídase si el diente retenido puede ser extraído o no por medio de:

- a. Seccionamiento del diente
- b. Una combinación de remoción ósea y división dentaria
- c. Solamente por la remoción del hueso vecino.

3. Estímese la cantidad de tejido óseo que puede ser eliminada a fin de dar exposición adecuada y crear un espacio hacia el cual el diente retenido pueda ser movido en vías de su extracción.

4. Determinar el mejor método y los mejores instrumentos para la eliminación del hueso.

5. Determinar la mejor dirección para elevar el diente retenido y los instrumentos necesarios para lograr con un mínimo de trauma.

#### VII-1 ANESTESIA

la anestesia es un factor importante en la cirugía dental y en la cirugía general. No existe un tipo de anestésico, debe escogerse en relación con cada paciente en particular y con el (la) índole de la operación.

En cuanto a la anestesia, salvo en casos particulares en que no puede estar contraindicada, empleamos la anestesia local como nocaina al 2% adicionada de adrenalina, es decir, la solución para las extracciones.

Utilizamos la anestesia regional. Si es necesario, se procede a complementar la anestesia mediante algunas inyecciones periféricas a nivel de la arcada dentaria todas estas inyecciones deben ser profundas y penetrar en los conductos óseos; las infiltrativas, deben practicarse en contacto con el pe -

riostio.

La anestesia general, se emplea solamente cuando existen complicaciones infecciosas graves de vecindad; como la presencia de una periodontitis o pulpitis aguda, puede dificultar la anestesia local.

Es preciso recordar el efecto, que las distintas zonas de la cavidad bucal están bajo el dominio del V par (Trigémico) con sus tres ramas principales: El oftálmico, maxilar superior y el maxilar inferior.

#### VII-2 INCISION.

El empleo eficiente de un bisturí, requiere un conocimiento básico de los puntos del Fulcrum.

El bisturí se toma firmemente, aunque con suavidad.

La presión, no debe ser demasiado rígida o de manera tal que produce temblores digitales e influya, por lo demás, en el movimiento irrestricto que se requiere para la producción de una incisión limpia y/o traumática.

Las dos tomas que se emplean más comunmente con el bisturí en cirugía bucal son:

La toma de lapicero, en la que el mango de la hoja se sostiene entre el pulgar y el índice y el mayor, es preferido por los movimientos breves y delicados que se requieran frecuentemente, en la cirugía intrabucal.

La toma a manera de cuchillo de mesa. La elección entre una toma y otra del bisturí es una cuestión de manera individual.

La incisión debe diseñarse de modo tal que el suministro sanguíneo del colgajo sea adecuado.

La incisión siempre debe hacerse sobre hueso que no se va a

remover de manera que las incisiones y suturas estén soportadas por el.

Las incisiones hechas sobre tejido que alojan una infección no controlada pueden provocar una rápida diseminación de ella.

Es preferible hacer una curvilínea concavidad inferior que parte de la cara mesial del diente a extraer a nivel del borde alveolar. Luego remonta a cierta distancia por encima del mismo, y después de haber pasado por la región periapical termina a unos centímetros del borde alveolar, hacia la región distal del diente a extraer.

#### VII-3 COLGAJO, DISEÑO Y DESPRENDIMIENTO.

El colgajo debe contener todas las estructuras que recubren el hueso, incluyendo la mucosa, la submucosa, el periostio, con especial cuidado de incluir el periostio en el colgajo. Este debe ser lo suficientemente grande como para permitir una adecuada visión y espacio para la remoción de hueso, sin dañar los bordes de los tejidos blandos.

Los tipos de colgajos quirúrgicos intrabucales son: el colgajo en bolsillo y el colgajo que tiene un componente vertical en la cara vestibular.

El colgajo en bolsillo se hace por incisión de los tejidos en torno a los cuellos de varios dientes por delante y por atrás de la zona, separando el colgajo vestibular resultante del hueso.

Este colgajo se emplea para remover dientes retenidos, más que en otras extracciones.

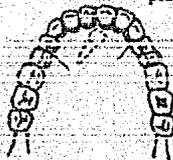
#### VII-4 OSTEOTOMIA

Si el diente retenido está totalmente cubierto, quítase el hueso,



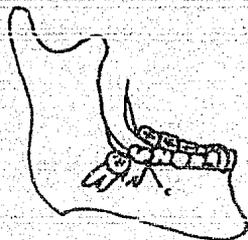
Colgajo unilateral para  
caninos retenidos por  
palatino.

Colgajo bilateral para  
dos caninos retenidos  
por palatino.

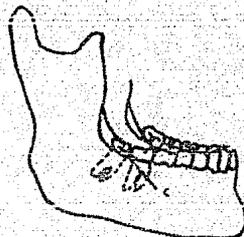


Para incisivo central superi-  
numinario rudimentario locali-  
zado en palatino.

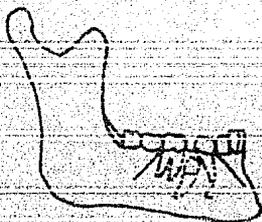
Fig. 3.- Tipo de colgajos más comunes de tejidos blandos para la extracción de dientes retenidos.



Para un tercer molar inferior retenido.



Para terceros molares inferiores retenidos.



Para caninos inferiores retenidos.



Para canino inferior retenido.

Fig. 3.1.

por medio de fresas quirúrgicas y/o escoplos, hágase orificios en el hueso que cubre el diente retenido, a una distancia de 4 mm. entre uno y otro. Profundícese hacia el diente retenido con el mínimo de presión y velocidad.

Limpíese el sitio constantemente con agua esterilizada mientras se está trabajando, y al mismo tiempo úsese el aspirador.

#### VII-5 ODONTOSECCION

La división del diente debe planearse de modo que cualquier segmento que vaya a extraerse en la secuencia sea visible y pueda manejarse fácilmente.

Si es necesario extirpar una porción de la corona para obtener una vía de salida la sección debe planearse cuidadosamente para que el segmento del diente retenido que queda sea visible y el fragmento sea suficientemente grande para colocar puntos de tracción o para asirlo con pinzas de hemostasia o con pinzas de extracción.

Un error frecuentemente es seccionar la corona completamente de las raíces y sacarla por la cara de oclusión. Cuando se hace esto, es imposible extraer los restos del diente sin hacer extensa cirugía del hueso.

#### VII-6 EXTRACCION DEL DIENTE RETENIDO

Después de liberar el diente (del hueso que lo cubria y rodeaba), debe obtenerse suficiente espacio entre el ecuador del diente retenido y el hueso, para permitir la entrada de un elevador o pinzas, de modo que la parte activa del instrumento, pueda ser colocada debajo de la corona.

Además, para obtener un espacio por el cual pueda moverse el diente. El diente retenido es levantado de su lecho por medio

de dichos instrumentos.

No se aplique fuerza cuando se intenta sacar un diente retenido, hasta que toda la resistencia producida por el hueso compacto, haya sido eliminada. Porque puede producirse una fractura en los maxilares.

#### VII-7 TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.

Después que se ha extraído el diente, hay que secar los alvéolos y explorarlos con una pequeña cureta, para eliminar los restos de estructura ósea.

Esto es muy importante cuando se ha utilizado la técnica de secionamiento.

Si hay restos del órgano del esmalte, libérese con cuidado el tejido blando que lo forma, del tejido blando que lo rodea, a fin de prevenir la formación de un quiste. Suavícese el borde periférico del alvéolo con un escoplo afilado o fresa de hueso y concluyase con una lima para hueso.

#### VII-8 SUTURA

Después de practicada la extracción, si no existen lesiones inflamatorias ni es de temer la producción de una hemorragia, aún cuando los tejidos han sido incididos y aflajados alrededor de los cuellos dentarios antes de la extracción con los dedos pulgar e índice las tablas óseas vestibular y lingual, y se hacen suturas pasando a través de los tejidos en ambos lados de los arcos y atando sobre los alvéolos. Esto se hace para extracciones múltiples.

No debe usarse hilo más grueso que el de 000.

Se debe usar pequeñas agujas en semicírculo, redondeadas o de bordes cortantes.

No se deben colocar las suturas a menos de 5mm., pues si están

muy cerca estrangularán el tejido e interferirán en el escape del suero o exudado inflamatorio.

Tampoco se deben apretar demasiado, pues si no las suturas producirán izquemia sobre los bordes de la incisión impidiendo la normal cicatrización por la reducción del afluente sanguíneo. El propósito de las suturas, es evitar el desplazamiento de los tejidos y evitar la entrada de restos alimenticios en la herida, no siendo necesario ningún taponamiento.

#### VII-9 TRATAMIENTO E INDICACIONES POSTOPERATORIAS.

La asistencia postoperatoria de los pacientes en cirugía bucal es muy importante.

El tratamiento y las instrucciones para la asistencia postoperatoria son las siguientes:

Al terminar la operación, si hay hemorragia, deben colocarse apósitos de gasa húmeda para ocluir el alvéolo abierto y ejercer presión sobre las membranas mucosas que han sido reflejadas. Esto evita la acumulación de sangre bajo el coágulo y limita la sangre al alvéolo mientras se efectúa el proceso de coagulación.

El paciente, debe dejar los apósitos en su sitio durante 5-10 minutos después de abandonar el consultorio.

Dense al paciente unas cuantas gasas e instruyasele de modo que coloque una gasa sobre el alvéolo y la mantenga firme mordiéndola. Cuando esté muy mojada, se reemplazará por otra, esto debe continuar durante una hora, o hasta que la hemorragia se detenga. La presión continua controlará la hemorragia en la cavidad bucal.

Debe aconsejarse al paciente que coloque hielo envuelto en

en tela o compresas frías sobre la cara durante las primeras 8-12 horas siguientes a la operación.

El hielo debe aplicarse a la cara durante 20 minutos y quitar se durante otros 10 en forma alternada.

El frío es para reducir el mínimo de inflamación el calor para aumentar la circulación.

Todo paciente debe recibir una receta de medicación analgésica o narcótica. El paciente puede aplicar primero su compuesto de aspirina acostumbrado, pero puede tener necesidad también de un medicamento más fuerte y debe tenerlo al alcance.

La receta debe ser para una cantidad de droga que baste para 48 horas. El dolor que persiste más allá de ese tiempo y hace necesario un medicamento más fuerte, justifica la valoración de parte del dentista.

También, es necesario prescribir antibióticos como medicación sistémica y preventiva. Por supuesto, si hay infección precente, su uso puede ser necesario.

El paciente no debe escupir ni enjuagarse la boca durante las primeras 12 horas después de la operación la lengua y los dientes que quedan, no afectados por la operación, deben cepillarse a la hora de acostarse.

Esto limpia a la boca de sangre y proporciona una sensación de fresca limpieza que hará que el paciente se sienta más cómodo.

Dieta líquida y blanda durante los primeros tres días después de la operación; dependiendo del grado de complicaciones.

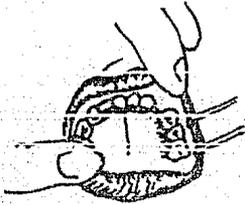
Haga volver al paciente al día siguiente.

En esta sesión irriguese la cavidad bucal y límpiese el área

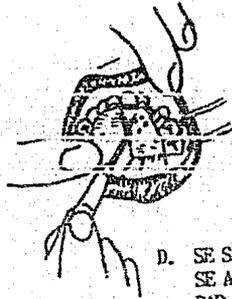
operada suavemente con una solución antiséptica. Tres días des  
pués, eliminense las suturas.

Hay que dar siempre al paciente una lista impresa con instruc-  
ciones.

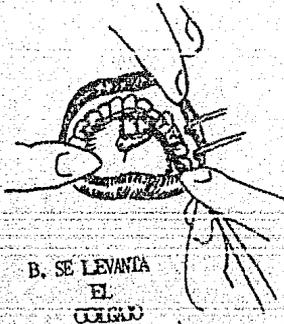
VII-10 SECUENCIA GRAFICA DE LA TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS.



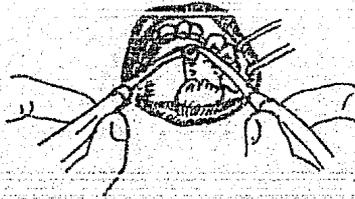
A. SE HACE LA INCISION



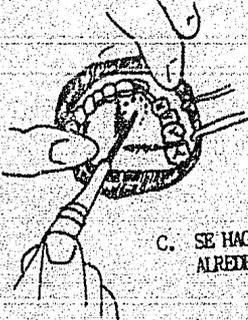
D. SE SACA EL HUESO Y SE ACRANDA LA CAVIDAD CON EL IMPACTON



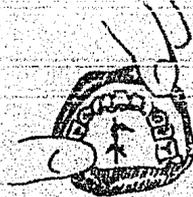
B. SE LEVANTA EL COLGAJO



E. SE LEVANTA EL DIENTE DE SU LECHO



C. SE HACEN ORIFICIOS ALREDEDOR DE LA CORONA



F. SUTURA DEL COLGAJO

## CAPITULO VIII

### COMPLICACIONES DURANTE LA EXTRACCION DE LOS DIENTES RETENIDOS O DESPUES DE ELLA.

Entre las muchas complicaciones que pueden ocurrir durante la extracción de los dientes retenidos o después de ella, pueden mencionarse las siguientes:

- 1.- Exposición del conducto dentario inferior.
- 2.- Corta del nervio dentario inferior o lesión o compresión de este, lo que da por resultado una insensibilidad prolongada o parestesia del labio.
- 3.- Trismo agudo que impide la masticación.

Es el resultado de la pérdida de la función normal del músculo, o sea, la relajación y la contracción; generalmente no dura mucho tiempo y la función muscular normal se recupera en unas cuantas horas o en unos cuantos días.

Sin embargo es una contingencia desagradable tanto para el cirujano como para el paciente y siempre que sea posible, debe evitarse por medio de una técnica esmerada.

El trismo puede presentarse consecutivamente a la inyección de solución anestésica en el interior del músculo; esta complicación ocurre más frecuentemente en la inyección pterigomandibular. Cuando se inyecta una solución anestésica en el interior del músculo masetero o del pterigoideo interno, el músculo pierde la capacidad de controlarse porque se anestesian las fibras motoras terminales.

Cuando se presenta el trismo, el peso de la mandíbula junto con la acción de los músculos suprahioides determina la depresión de la misma, y por ende la abertura de la boca; para que esto ocurra

es necesaria la relajación de los músculos masetero y pterigoideo. La elevación de la mandíbula y el cierre de la boca, se efectúa me diante la relajación de los músculos infrahioideo y suprahioideo, y la contracción de los músculos masetero y pterigoideo, actuando conjuntamente con el músculo temporal.

La pérdida transitoria de los movimientos puede ser producida por la operación misma.

- 4.- Fracturas de raíces. Las raíces del tercer molar superior, pueden ser torzadas hasta el seno maxilar. Las del inferior, pueden ser dislocadas a través de la delgada o ausente cortical lingual hacia el espacio submaxilar. Si el conducto dentario inferior está en contacto con los ápices del tercer molar inferior, una pequeña fractura del ápice puede ser impulsada dentro del conducto cuando se hacen intentos de extracción, a menos que se tomen grandes cuidados.
- 5.- Desgarramiento de los vasos sanguíneos por lesión o compresión de ~~la arteria y vena dentaria inferior. interrupción del aporte san~~ guíneo al colgajo palatino durante mucho tiempo, lo que da lugar a necrosis.
- 6.- Fracturas importantes de la opáfisis alveolar.
- 7.- Traumatismo o desplazamiento de los dientes vecinos lo cual puede hacerles perder su vitalidad, y originar procesos infecciosos periapicales.
- 8.- Decoloración de los tejidos blandos, por debajo y por encima de la mandíbula, debajo del ojo, mejillas o labio inferior; esto depende del sitio operado, y es el resultado de una equimosis producida por la hemorragia postoperatoria.
- 9.- Lesiones en los labios, mejillas y mucosa por el uso de instrumen

tos.

- 10.- Apertura del seno maxilar.
- 11.- Caída del deinte dentro del seno maxilar.
- 12.- Empujar un tercer molar superior dentro de la fosa pterigomaxilar.
- 13.- Comunicación de la cavidad nasal.
- 14.- Pérdida de gran parte de la apófisis alveolar por necrosis debido al mal planeo de la técnica para la extracción del diente retenido, lo que se produce generalmente por traumatismo del hueso, por exceso de presión con el elevador, escoplos no afilados, quemaduras del hueso por la fresa usada a mucha velocidad o carente de filo.
- 15.- Fractura del maxilar superior e inferior.
- 16.- Extensas laceraciones y gran traumatismo de los tejidos blandos.
- 17.- Exposición exagerada de las raíces de los dientes vecinos que puede dar por resultado la pérdida de estos dientes.
- 18.- Un ápice empujado a la región submaxilar o al seno maxilar o al conducto dentario inferior.
- 19.- Dolor postoperatorio.

El dolor que aumenta de intensidad cuando cesa el efecto del anestésico, y que no responde a los analgésicos. El dolor de este tipo puede ser debido a la fractura o a la desviación de una lámina interseptal, bucal o lingual, o a la presencia de un cuerpo extraño. Se ha de administrar un anestésico local tomar una radiografía y explorar el alvéolo, si se descubre la causa del dolor, se corrige. Si no hay causa evidente, se prescribe un narcótico como la codeína (60 mg.) o la meperidina (50 mg.). Se puede tomar una medicación cada 4-6 horas, cuando se necesita calmar el dolor. Seis u ocho tabletas han de bastar para vencer la fase del dolor agudo producido por el traumatismo. Si se sospecha una infección, por -

existir temperatura superior a 38°C, o escalofríos y aumento de la tumefacción, hay que administrar antibióticos.

20.- Alvéolo seco.

Esta afección, aludida comunmente como (alvéolo seco), alveolitis u osteomielitis localizada, osteitis alveolar, es una de las complicaciones más comunes y más desagradables consecutivas a la eliminación de una retención difícil.

Generalmente el procedimiento se manifiesta y se diagnostica de la siguiente manera: entre el 3º y 4º día después de la operación, el paciente llama para informar de cierto malestar intenso el 1º día menor los dos días siguientes y que ahora, señala un signo clásico la caída del coágulo sanguíneo del alvéolo.

El coágulo estuvo formado, organizado, y después fué eliminado prematuramente, exponiendo el proceso alveolar y sus terminaciones nerviosas a los restos de comida y saliva, lo cual provoca una sensación dolorosa, en base a estos síntomas y al momento de su aparición se puede establecer el diagnóstico presuntivo de osteitis alveolar.

Este tipo de afección se trata por irrigación de la herida con solución salina normal estéril, agua potable o destilada para eliminar lo que queda del coágulo necrótico, los restos de comida y pus. Después de la irrigación se colocará en el alvéolo un apósito de gasa impregnada de eugenol. Se vuelve a cambiar la curación uno o dos días después de la irrigación al cambiar por segunda y tercera vez estas curaciones, el dolor disminuye durante tres o cuatro días después se deja el apósito de gasa en el alvéolo siete días antes de quitarlo.

21.- Hemorragia.

Si el paciente tiene hemorragia después de la operación se le indica que se ponga una gasa en el punto que sangra y que cierre las mandíbulas para hacer presión. El individuo que carece de dientes antagonistas requiere un mayor grosor de gasa para lograr la presión necesaria en el punto que sangra. Si después de media hora de presión se repite la hemorragia, habrá que atenderle en el consultorio.

Una vez localizado dicho punto por medio de la succión y de torundas, se puede anestesiar la zona utilizando un anestésico sin vasoconstrictor, el anestésico con frecuencia detiene la hemorragia; si esto ocurre antes de haber encontrado el punto hemorrágico, resultará difícil tratarlo y es posible que se repita la hemorragia cuando cese la acción del anestésico.

Posteriormente se quitarán las suturas, se vuelve a levantar el colgajo mucoperióstico, se examina la superficie mucosa del colgajo en busca de desgarraduras y hemorragia, también se hace una inspección minuciosa de los tejidos, en lingual, y finalmente, del hueso a nivel de la base del alvéolo. Si la hemorragia proviene del paquete vascular alveolar, la presión se realiza mediante taponamiento con compresas de gasas desdobladas de 5 por 5 cm., y apretadas en el alvéolo. Si al retirar la compresa se reanuda la hemorragia, se puede colocar una esponja de gelatina absorbible (GELFOAM) sobre el sitio que sangra, comprimiéndola firmemente con una compresa que la mantiene en el alvéolo.

A veces durante la intervención, se lesiona un vaso pequeño en el mucoperiostio lingual que no puede ser comprimido y ligado de la manera habitual, si se logran colocar pinzas hemostáticas, se puede hacer una ligadura empleando una aguja para sutura alrede

dor de las pinzas.

Pero si solo se puede sospechar la posición del punto que sangra, y es imposible colocar unas pinzas hemostáticas por lo que la hemorragia es tratada con ligadura profunda, desde la superficie - del periostio a través de la mucosa, para volver al pericostio, luego la sutura de fijación. Lograda la hemostacia, se cierra de nuevo la herida después de irrigarla.

El paciente debe mantener una compresa de gasa en posición por medio de la presión de mordida durante dos horas aproximadamente - después de haber abandonado el consultorio.

## CONCLUSIONES

Después de haber realizado un estudio sobre el tratamiento y complicaciones de dientes retenidos, hemos llegado a la conclusión de que la odontotomía de dientes retenidos es una verdadera intervención quirúrgica, que sale por completo de la operatoria dental. Comporta una técnica quirúrgica precisa, una asepsia rigurosa, un postoperatorio que a menudo es simple, pero que, sin embargo, a veces tiene complicaciones serias, cuando nos vemos obligados a operar de inmediato.

Los avances en cirugía oral tanto en equipo y técnicas quirúrgicas como en técnicas de sostenimiento del paciente, permiten una aplicación amplia de los procedimientos quirúrgicos. En cuanto al dolor, se puede y se debe asegurar que es una de las claves de éxito en la práctica dental.

Con todos los avances científicos a la mano, el cirujano oral, puede evitar muchos problemas y muchas molestias a los dentistas y a sus pacientes; por sus conocimientos y capacidad para la evaluación cuidadosa de la boca y los maxilares para detectar los riesgos potenciales para la salud oral, así como las técnicas quirúrgicas que realiza para conseguir la eliminación profiláctica y precoz de dientes retenidos, en mala posición o difíciles para el dentista general.

El dentista general, tal vez desee tratar precozmente estos problemas, antes de que se desarrollen complicaciones. Las técnicas, quedan dentro de su campo de acción, si se siente capaz de realizarlas. Pero, prescindiendo de quien aplica el tratamiento, el paciente ha de ser asistido y no se ha de descuidar los posibles riesgos.

BIBLIOGRAFIA

Alvin L. Morris. Harry M. Bohannon  
Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General  
Ed. Labor Mexicana, S. de R.L.  
México (1978).

Archer Harry W.  
Cirugía Bucal Tomos I y II.  
Ed. Mundi, S.A.  
Buenos Aires, Argentina (1966)

Costich Emmett R. y Raymond P. White Jr.  
Cirugía Bucal  
Ed. Interamericana  
México (1974)

Dr. Quiroz Gutiérrez Fernando  
Patología Bucal  
Ed. Porrúa, S.A.  
México (1979)

Gerard Maurel  
Clínica y Cirugía Maxilo-Facial  
Ed. Alfa  
Buenos Aires, Argentina (1959)

Kruger Gustavo  
Tratado de Cirugía Bucal  
Ed. Interamericana  
México (1978)

Laurence B. Hobson  
Manual de Propedeutica Clínica Médica  
Ed. El Manual Moderno, S.A.  
México (1978)

Dr. N.B. Dorgensen y Dr. Jeas Hayden Jr.  
Anestesia Odontológica  
Ed. Nueva Editorial Interamericana  
México (1972)

Ries Centeno Guillermo A.  
Cirugía Bucal  
Ed. El Ateneo Buenos Aires  
México (1975)

O'brien Richard C.  
Radiología Dental  
Ed. Nueva Editorial Interamericana  
México (1983)

Tiecke Richard W. Stuteville Orion H. Calandra Joseph C.  
Fisiopatología Bucal  
Ed. Interamericana  
México (1979)

Sterlig V. Mead  
La Anestesia en Cirugía Dental  
Ed. Hispanoamericana  
México

Dr. Slaughter Terry W  
Clínicas Odontológicas Vol. III  
Edición en Español dirigida por la Dra. Coli Iriana  
Ed. Interamericana  
México (1979)

Velázquez Tomás  
Anatomía Patológica Dental y Bucal  
Ed. La Prensa Médica Mexicana  
México (1969)