

346  
2 ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

*[Handwritten signature]*  
7-11-96

CIRUGIA DENTOALVEOLAR  
PEDIATRICA.

T E S I N A

QUE PRESENTA:  
JOSE LUIS RAMIREZ MARTINEZ  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA

ASESOR DE TESINA: C.D.M.F. ALEJANDRO MUÑOZ CANO.



MEXICO, D. F.

*[Handwritten signature]*  
7 Nov 96.

1996



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.

Quiero dedicar el presente trabajo a todos y cada uno de los que de alguna u otra manera colaboraron en su realización.

A mis padres: Por todo su amor, apoyo y constante preocupación por mi futuro.

A mi abuelita Remedios Hernandez: Por su cariño y por ser como es.

A mis hermanos Francisco, Marco e Irma: Gracias por enseñar me el camino y transmitirme su cariño y aliento durante mi carrera.

A Dios: Por ser inspiración y fortaleza cada día de mi vida.

## CIRUGIA DENTOALVEOLAR PEDIATRICA

1. EVALUACION PREOPERATORIA Y CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS	1
2. CONSIDERACIONES ANESTESICAS	7
3. PROCEDIMIENTOS EXODONTICOS	11
3.1 Extracción con odontosección	11
3.2 Extracción seriada en dentición mixta.	12
4. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN DENTICION PERMANENTE	14
4.1 Dientes supernumerarios no erupcionados y dientes impactados.	15
4.2 Enucleación del tercer molar.	22
5. ELIMINACION DE OBSTRUCCIONES	26
6. FRENECTOMIA	29
7. CONSIDERACIONES POSTOPERATORIAS.	34

## INTRODUCCION

Se ha mencionado que la única diferencia entre los pacientes adulto e infantil dentro de la cirugía oral sería el tamaño del paciente, si bien muchos procedimientos son los mismos en el adulto y en el niño, no cabe duda que los principios fundamentales de atención no difieren. En el niño existen diferencias anatómicas, fisiológicas, patológicas y sobre todo psicológicas singulares que pueden ser ventajosas o no, cuando realizamos procedimientos quirúrgicos; existen también cirugías que sólo son realizadas prácticamente en pediatría, por lo cual la cirugía pediátrica debe tener consideraciones especiales.

Es de primordial importancia en la cirugía sin anestesia general el buen manejo del paciente, esto nos refiere a tratar de obtener una buena colaboración de nuestro paciente y nuestra obligación sería dentro del operatorio realizar la cirugía en el menor tiempo posible para evitarnos algún problema.

Para conquistar la colaboración de nuestro paciente, la regla sería: darles una explicación completa y proceder con total sinceridad, aprovechar que a menudo el niño no tiene los mismos temores preconicionados que el adulto. Se debe tratar de cimentar la base de aceptación de estos tratamientos como un servicio de su propia salud y así ir venciendo su posible miedo o ansiedad.

## **OBJETIVO**

El principal objetivo de esta tesina es el reafirmar al importancia del manejo del paciente pediátrico en cirugía, tomado en cuenta su edad y período de desarrollo psicológico, además se enumeran las consideraciones anatómicas, fisiológicas, psicológicas y patológicas que debemos vigilar para diferenciar nuestra actitud y tratamiento entre los pacientes de distintas edades.

Se hace hincapié en los tratamientos de infantes y adultos, su similitud y los cuidados anestésicos y postoperatorio que debemos observar en nuestra consulta.

# CAPITULO I

## EVALUACION PREOPERATORIA Y CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS

### EVALUACION PREOPERATORIA

Es muy importante la evaluación preoperatoria por ser nuestro primer contacto real con el paciente, podemos realizar nuestra historia clínica de manera directa o indirecta según edad o alguna deficiencia de nuestro paciente. En las preguntas buscamos información que nos pueda evitar complicaciones, se deben buscar evidencias clínicas y radiográficas de enfermedades sistémicas que el paciente o los padres pudieran desconocer, además se trata en el preoperatorio de analizar la actitud del paciente hacia con nosotros y tratar de conseguir su confianza explicando sus dudas e ir tratando de disipar sus temores hablándole y explicando con toda sinceridad tanto al paciente como a sus padres.

Se debe tomar en cuenta al realizar nuestra anamnesis que el paciente infantil tiende a subestimar sus síntomas por temor a lo que se le va a realizar, por lo que las preguntas deben ser sencillas y concretas, según la edad del paciente podemos dirigirnos a él de diferentes formas.

Debemos tener en cuenta desde el punto de vista :

### ANATOMICO

Que los procedimientos quirúrgicos son mucho más sencillos en niños porque el hueso es más blando y elástico además de que sus dientes son más cortos y sus raíces también más cortas ; el seno maxilar es más

pequeño y el conducto maxilar más bajo con relación a los dientes, por lo que disminuye la posibilidad de violar estas estructuras, pero en contra parte la presencia de brotes dentarios y el tamaño pequeño del área a intervenir acentúa la complejidad de la cirugía.

#### **FISIOLOGICO**

La curación en el niño o la capacidad de remodelamiento es mayor en él, por lo que tolera mejor el tratamiento y se recupera antes, pero la presencia de dientes y maxilares en crecimiento requieren precauciones adicionales y el metabolismo influye sobre la elección del anestésico y medicamentos.

#### **PATOLOGICO**

En niños ocurren muchos estados patológicos que también observamos en el paciente adulto, en niños existen problemas especiales de crecimiento y desarrollo, a menudo problemas de formación y erupción dental, así como existen ciertos tumores y quistes bucales que pueden ser comunes en niños (quiste de erupción).

#### **CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS**

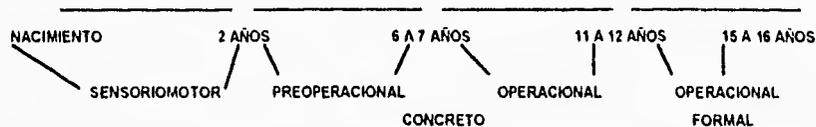
Los niños nos dicen sus necesidades a través de su conducta, relaciones, comentarios y actividades, el profesional debe centrarse en las expresiones de necesidad para dar una respuesta apropiada y que el niño capte y aprenda de la experiencia.

Los aspectos psicológicos van enfocados a los fundamentos de desarrollo y maduración normal del niño, qué es lo que hace y qué es lo que piensa. A medida que el niño se desarrolla pasa por un cambio en la

conducta, este proceso sigue el mismo patrón y todos los niños pasan por estas etapas precisas. (8)

Para comprender mejor la manera de ver las cosas por el niño se ha propuesto un modelo de desarrollo, se identifica como piensa el niño. Son tres etapas principales que trazan el desarrollo del niño :

- a) Período Sensoriomotor
- b) Período Operativo Concreto
- c) Período Operativo Formal



### PERIODO SENSORIOMOTOR

(Infancia 0 a 2 años)

El infante aprende a caminar, correr, subir y bajar escaleras, se realiza en un esquema de realización de combinaciones mentales por prueba y error, el niño codifica objetos y acciones en términos de acciones y eventualmente en imágenes visuales, en esta etapa el niño sólo recoge información por la vista y el oído y reacciona usando las manos y su voz. En esta etapa sólo en algunas ocasiones especiales se realizan cirugías o algún otro tratamiento.

### PERIODO CONCRETO

(2 a 12 años)

Se puede dividir en dos segmentos: Preoperativo y Operativo Concreto. El período de 2 a 7 años de edad se describe en preoperativo, los niños durante esta etapa presentan los problemas más serios para el clínico; el niño operativo concreto está ansioso por aprender del mundo todo lo que le es posible, puede clasificar objetos y reconoce los límites de su comprensión y está por lo tanto dispuesto a escuchar. Esto facilita el tratamiento, también ayuda a simplificar explicaciones ya que el niño está en un proceso de desarrollar un modelo de lógica, causa y efecto basado en su capacidad de conceptualizar. Durante este período necesita el uso de ejemplos concretos, de ideas y explicaciones de los procedimientos.

### PERIODO OPERATIVO FORMAL

(13 a 17 años)

El niño entra en la adolescencia, la cual puede ser un período fácil o perturbador, puede ya analizar los beneficios futuros de la cirugía y será capaz de tolerar el dolor, a veces tiene necesidad de explicaciones detalladas de los hechos, incluyendo razonamiento de por qué debe cooperar o comportarse.

Parece que los procedimientos de cirugía bucal realizados en pacientes pediátricos en el consultorio son sucesos tensionantes; pero queda por evaluar cuánto es más tensionante que el tratamiento odontológico de rutina. Sin embargo desde una perspectiva de desarrollo, parece sensato que el cirujano no considere la cirugía bucal como diferente a otras experiencias odontológicas de rutina, sobre todo en pacientes con alguna experiencia clínica dental por su falta de madurez más que nada, la

gran mayoría de pacientes pediátricos tienen un elevado umbral del dolor por temores infiltrados por personas externas o por temor a lo desconocido. ( 8 )

El clínico debe tratar que el tratamiento sea una experiencia de control de ansiedades, esto quiere decir que el niño tiene una ansiedad anticipada y el clínico debe tratar que la ansiedad generada durante el tratamiento sea menor para que el paciente comprenda que ha sufrido menos de lo que se imaginaba y que ha superado una situación a su modo de ver, difícil. Es por esto que el tratamiento puede convertirse en una experiencia de aprendizaje positiva.

En pacientes preoperatorios (3 a 5 años de edad) se debe preparar, si el operador considera apropiado, el modo como actores de los padres si se les permite acompañar al niño, porque pueden actuar como padres útiles y como buenos modelos para sus hijos. Al sentirse apoyados y hacerlos sentir bien el niño facilitará la labor del clínico, y en contraparte, si él o los padres son muy ansiosos y reaccionan asustados, dificultarán los procedimientos. Si el clínico considera que la presencia de los padres en la sala no está bien por no sentirse cómodo y al hacerlos esperar fuera de la sala se siente más cómodo y con más control, puede y debe hacerlo. ( 2 )

Al pasar a otro período del operatorio, mediados de la niñez, las ansiedades con las que se deben tratar con frecuencia no es solamente el temor a lo desconocido y a la separación, sino a las que se refieren al daño corporal y a temores por experiencias negativas previas. En esta etapa se recomienda "Qué le dejará el ratón" o asegurar al pequeño que un nuevo diente reemplazará al extraído y se debe tener una buena relación con el paciente y así tratar de eliminar trastornos de conducta en el postoperatorio.

## FACTORES DE DESARROLLO

EDAD	DESARROLLO INTERPERSONAL	CAPACIDADES DEL LENGUAJE	TEMORES	DEFENSAS
MENOS DE 18 MESES SENSORIO MOTOR	GIRA ALREDEDOR DE SU FAMILIA. MUESTRA GRADOS DE ANSIEDAD	LENGUAJE MINIMO SI LO HAY.	TEMORES A LOS RUIDOS REPENTINOS, SITUACIONES NUEVAS Y SEPARACION DE SUS PADRES	LLANTO, GRITO, ESCAPE
2 A 4 (PREOPERATIVO)	COMIENZA A SEPARARSE Y SEGUN TEMPERAMENTO PUEDE O NO SER COOPERATIVO	USO DEL LENGUAJE IDIOSINCRATICO	NO BIEN ENTENDIDOS, OSCURIDAD, NO SABER QUE PASA A SU ALREDEDOR.	MAGICAS Y NO RACIONALES
4 A 7 (PREOPERATIVO)	JUEGO COOPERATIVO, TIENE AMIGOS Y HACE PREGUNTAS QUE TIENEN SENTIDO.	LENGUAJE MEJOR DESARROLLADO, VOCABULARIO SENCILLO.	TEMORES AL DAÑO CORPORAL.	PUEDE NEGAR EL MIEDO PERO SE ALEJA Y ESCAPA DE LA SITUACION.
7 A 12 (OPERATIVO)	VA CON OTRO, ESPECIALMENTE DE SU MISMO SEXO.	EXCELENTE EN COMPRENSION, PERO CONCEPTOS NO TAN DESARROLLADOS	PUEDE ENTENDER EL COMO Y EL PORQUE, TEMORES REALISTAS	DESARROLLA DEFENSAS INTERNAS Y MAS INTELECTUALES.
12 A 18 ANOS	DESARROLLO FINAL ESPECIALMENTE CON EL SEXO OPUESTO.	TOTALMENTE DESARROLLADO.	REFLEJA EL MUNDO Y TEMORES DE ADULTO.	INTELECTUALES Y RACIONALES.

## CAPITULO II

### CONSIDERACIONES ANESTESICAS

Las técnicas utilizadas en el niño son similares a las que se emplean en adultos, aunque la mandíbula sea más pequeña, la posición relativa del agujero mandibular es la misma, lo único que se modifica con la edad es la relación entre el agujero y el nivel del plano oclusal. Para determinar el sitio de la inserción de la aguja hay que tomar la profundidad del borde anterior de la rama ascendente y no los dientes, del mismo modo, la posición relativa del nervio alveolar postero-superior es la misma, aunque los pasos para determinar los sitios de la inserción de la aguja son distintos, porque es probable que los molares segundo y tercero no hayan erupcionado y porque la altura del maxilar puede ser menor.

Por la mayor porosidad del hueso en el niño, el anestésico penetra mejor y en consecuencia se puede hacer anestesia infiltrativa en la región del tercer molar de la mandíbula, en otras partes del maxilar inferior y en el maxilar superior. Cuando se realiza anestesia infiltrativa, la inyección debe hacerse cerca del ápice del diente. Como las raíces de los dientes residuos son cortas, no se inyecta a tanta profundidad en el vestibulo, como en el adulto.

Cuando se han de realizar procedimientos o intervenciones extensas que requieran inyecciones múltiples, conviene emplear un bloqueo nervioso y no la térmica infiltrativa. Ni siquiera están contraindicados los bloqueos bilaterales del nervio alveolar inferior, si corresponde, aunque se debe

advertir al niño que no muerda en forma inadvertida el labio insensible. Además adviértase a los padres que vigilen al niño horas después de la intervención.

Al utilizar anestésicos locales en niños, préstese particular atención a la cantidad que se inyecta. Por ejemplo, mientras que a un adulto se le puede dar sin peligro hasta diez cartuchos de lidocaína al 2 % con adrenalina 1 : 100.000 , la dosis máxima percibible para un niño de ocho años sería la mitad de esa cantidad.

STEELE ( 1977 ) sugirió que la dosis máxima permisible para la lidocaína al 2 % sería 4, 5 mg./kg. de peso corporal, se puede aumentar a 7 mg/kg cuando se agregó adrenalina.

Muchas veces en pacientes infantiles se recomiendan anestésicos tópicos, estos producen anestesia superficial y reducen o eliminan el malestar de la inserción de la aguja, pero muchas veces los niños de corta edad objetan el sabor o el efecto adormecedor y a veces es más juicioso proceder sin el uso de la anestesia tópica.

En el manejo del paciente infantil es esencial prestar un tratamiento indoloro, debe explicarse al paciente cuales son las maniobras que se van a efectuar sobre él, de forma que no constituyan una sorpresa; se les debe acostumbrar a la percepción de los instrumentos sobre los tejidos orales. El empleo de anestesia tópica en cirugía oral pediátrica no es necesario, en algunos casos, el mal sabor que acompaña a estos agentes puede tener efectos indeseados.

Las técnicas de anestesia no muestran grandes diferencias. No obstante, puede resultar necesario la modificación de la zona de punción debido al diferente tamaño de los huesos maxilares en el niño. La infiltración lenta del agente anestésico, acompañada de la aspiración debe usarse como norma.

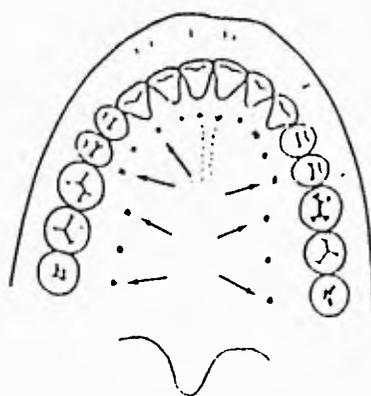
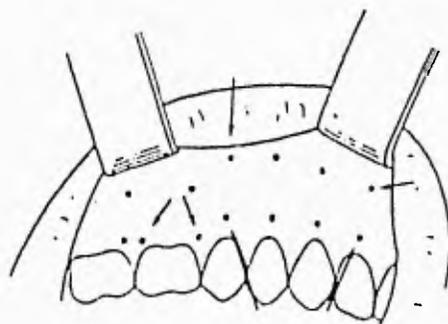
#### **BLOQUEO MANDIBULAR.**

Comienza con la localización digital del borde anterior de la rama ascendente, colocando el dedo índice extraoralmente en el punto mas cóncavo del borde posterior de la rama. El agujero se encuentra en una posición mas baja y posterior lo que facilita el éxito del bloqueo. La jeringa se lleva desde el lado opuesto de la boca y paralelo al plano oclusal.

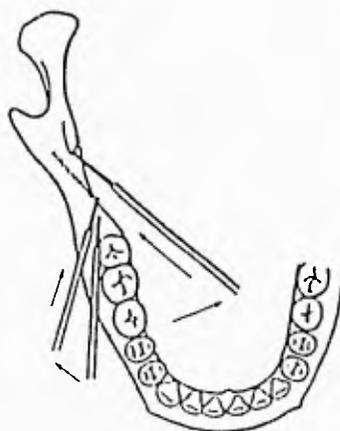
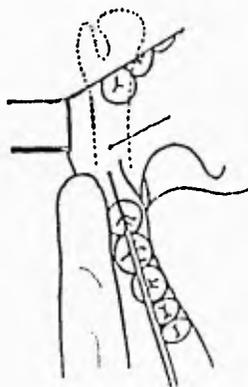
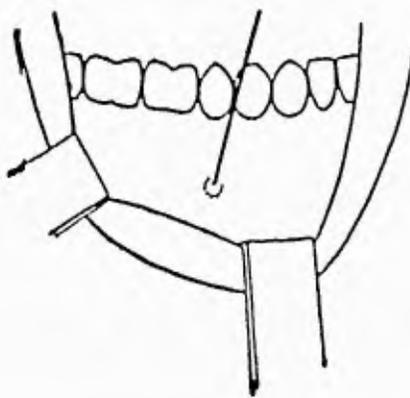
#### **INFILTRACION PALATINA.**

Esta es especialmente dolorosa, para evitar las molestias de la infiltración en la papila palatina resulta útil anestesiarse primero el vestíbulo y posteriormente se realiza la infiltración palatina que debe ser lenta para evitar el dolor asociado a la distensión de la fibromucosa palatina.

PUNTOS DE INFILTRACION MAXILAR



PUNTOS DE INFILTRACION MANDIBULAR



## CAPITULO III

### PROCEDIMIENTOS EXODONTICOS

La extracción de dientes sería el procedimiento que el cirujano bucal y maxilofacial realiza con mayor frecuencia en pediatría. Las indicaciones de la extracción comprende caries extensas, sobre retención de dientes temporales, maloclusiones, dientes retenidos y supernumerarios, deben cuidarse aspectos como la extracción prematura porque puede ocasionar la pérdida de espacio en el arco dentario y una consecuente desviación o impactación de los dientes permanentes, con la consiguiente maloclusión y demás problemas así como el especial cuidado para no lesionar el germen del permanente.

La extracción de temporales no suele ser difícil porque el hueso circundante es plegable, pero nos debemos auxiliar de una radiografía para evitar cualquier complicación. Difícilmente se utilizará elevador en las extracciones infantiles para no lesionar. (4)

#### 3.1 EXTRACCION POR ODONTOSECCION

La odontosección nos auxilia en circunstancias en las que se requieren modificaciones a la técnica de rutina para evitar mayores problemas ; una de estas modificaciones sería la que se realiza en los casos en los que por la estrecha relación del premolar parcialmente formado con las raíces de un molar primario inferior, en el diente primario sus raíces rodean la corona del permanente. Cuando resulta necesario extraer el temporal debemos pensar en la odontosección para no lesionar la pieza

permanente. Con este procedimiento realizaremos la extracción quitando las raíces por separado, esto se realiza cortando la corona por la mitad con una fresa de fisura para después colocar un elevador recto en el surco y partir la pieza con mucho cuidado. Esta maniobra debe ser realizada con mucho cuidado para no ir demasiado profundo y lesionar el germen del permanente ; luego el diente semiseccionado se extrae. Para acelerar este proceso podríamos, de ser necesario, realizar un colgajo mucoperióstico vestibular, de no ser realizada la odontosección se corre el peligro de desalojar o eliminar totalmente el premolar (comunmente) que está por debajo de las raíces divergentes del molar a extraer. En caso de desalojar el permanente debe reinsertar el germen en su posición original y se sugiere suturar y al erupcionar la pieza, realizar pruebas de vitalidad. Si sólo abulcionamos una parte de la pieza, se debe tratar de inmovilizarla. ( 8 )

### 3.2 EXTRACCION SERIADA EN DENTICION MIXTA

Este tipo de procedimiento se realiza en un intento por disminuir la gravedad de las maloclusiones en desarrollo durante la dentición mixta y así reducir la duración y dificultad de la terapia ortodóntica. Para la selección correcta de los pacientes a realizarles extracciones seriadas, debemos auxiliarnos de lo siguiente :

-Modelos de estudio, radiografías dentoalveolares, panorámica y lateral del cráneo ; para considerar la longitud del arco así como el patrón esquelético y aspecto radiográfico de los tejidos, al hablar de extracción seriada nos referimos por lo regular a la extracción de : caninos primarios, primeros molares primarios y primeros premolares, los intervalos y necesidades clínicas nos los dará un estudio de la terapia ortodóntica a seguir. ( 4 )

## CAPITULO IV

### 4.- PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN DENTICION PERMANENTE

#### ENUCLEACION DE PREMOLARES

La enucleación puede ser definitiva para dientes no erupcionados, habitualmente se eliminan quirúrgicamente premolares, en sus estados formativos después de un examen radiográfico donde podemos predecir un apiñamiento y deseamos reducirlo en lo posible. En casos correctamente seleccionados se dan excelentes resultados.

Después de un cuidadoso análisis cefalométrico y de los modelos, la necesidad de la enucleación premolar es aparente en los casos de apiñamiento marcado, la enucleación a temprana edad a los 8 o 9 años crea patrones eruptivos óptimos para los caninos en las posiciones premolares. Se notará una mejoría más temprana a medida que se permita a los incisivos enderezarse después del procedimiento de la enucleación. ( 3 )

#### TECNICA QUIRURGICA

Los premolares son extraídos por el alveolo del diente primario extraído ; en la mayoría de los casos de enucleación del primer premolar, los caninos primarios son extraídos al mismo tiempo, el hueso alveolar medular es descartado con fresa para hueso para exponer el diente no erupcionado.

Otra técnica es a través de la lámina vestibular, haciendo un colgajo y una ventana al nivel del diente no erupcionado. Este procedimiento puede

usarse cuando la inclinación lingual de los incisivos y la profundización de la mordida son indeseables, cuando se realiza este tratamiento en pacientes correctamente seleccionados es un valioso auxiliar en el tratamiento ortodóntico.

#### 4.1 DIENTES IMPACTADOS, NO ERUPCIONADOS E INCLUIDOS

La incidencia de dientes súpernumerarios es menor del 15 % de la población total y la relación entre hombres y mujeres es de 2 a 1, cerca del 90 % de todos los súpernumerarios ocurren en el maxilar superior y el sitio más común es la línea media entre incisivos centrales, el diente súpernumerario que le sigue en orden de frecuencia es en la zona de premolares inferiores.

#### CRITERIOS PARA SU ELIMINACION

1. Existe una diferencia notable entre el tamaño del diente o dientes y el tamaño del maxilar en que están contenidas estas estructuras y no son factibles otros tratamientos como la ortodoncia o el trasplante dentario.
2. Cuando el tratamiento ortodóntico de la maloclusión será facilitado con la eliminación de esos dientes.
3. La retención del diente incluido puede resultar en daño al periodonto o en daño o pérdida de piezas adyacentes.
4. Cuando serán colocadas prótesis sobre rebordes aparentemente desdentados que en realidad contienen uno o varios dientes incluidos.

5. La presencia de algún quiste o tumor asociado con el diente incluido.

6. La infección recurrente que puede estar vinculada con un diente no erupcionado. (8)

### DIENTES SUPERNUMERARIOS

Estos dientes tienen ciertas tendencias a encontrarse con mayor regularidad en algunas zonas, tienen formas variables y pueden parecerse a dientes normales o tener formas rudimentarias, se pueden presentar solos o en pares y en cualquier posición, inclusive invertidos. Se sostiene generalmente que estos dientes se forman de gérmenes dentarios de más, como parte de la lámina dental cerca del germen del permanente. Existe una tendencia hereditaria.

El 90 % de los supernumerarios se encuentran en el maxilar superior, la mayoría en la línea media entre los incisivos centrales, el cuarto molar se encuentra en segundo lugar ; la incidencia es del 15 % en el conjunto de la población con una relación de 2 a 1 de varones respecto a las mujeres.

### INDICACION PARA SU EXTRACCION

- Retención o mal posición de dientes permanentes.
- Formación de diastema
- Quistes
- Erupción donde la higiene o la estética se convierten en problema.

Lo principal antes de la cirugía, es la localización del supernumerario para realizar la extracción sin dañar dientes adyacentes.

Se recomienda la realización de la cirugía una vez que los ápices permanentes adyacentes se encuentran cerrados para evitar problemas de desarrollo radicular o desvitalización, no siempre es posible ya que cuando se está provocando una retención o quiste tiene que realizarse la cirugía con la elevación precoz del supernumerario.

El cuidado especial que debemos tener al momento de la cirugía es la localización, si al supernumerario se le localiza invertido es un problema más difícil ya que el hueso y la raíz en cuanto a color y consistencia son muy parecidos, por lo que debe identificarse perfectamente para evitarnos problemas. En caso de que al realizar nuestro abordaje palatino y no localicemos el supernumerario que se encuentra en vestibular, no podemos realizar el abordaje vestibular en la misma cirugía, ya que corremos el riesgo de perder la vitalidad del segmento del alveolo, por lo que pensaremos en suturar y dejarlo para intentarlo algunas semanas después. Por lo regular si tienen el tamaño adecuado se emplean técnicas comunes de cirugía para su extracción. ( 4 )

## **DIENTES**

**IMPACTADOS** - Inpedidos de erupcionar por alguna barrera física en su vía de erupción.

**RETENIDOS** - A quedado atrapado en los maxilares después de su tiempo normal de erupción conservando su saco folicular íntegro.

**INCLUIDOS** - Se encuentran dentro de los maxilares, pero no ha pasado su tiempo de erupción normal y no han erupcionado por alguna barrera en su vía de erupción.

## GENERALIDADES SOBRE LAS INCLUSIONES.

Se considera que un diente esta retenido cuando su superficie oclusal se encuentra al menos a un milimetro del nivel oclusal de los otros dientes, a una edad en la que debería estar en oclusión. Se considera que un diente esta retenido si , además se encuentra dentro del hueso maxilar rodeado por un saco pericoronario intacto.

La No Erupción se puede atribuir a:

- a) Retraso fisiológico de la erupción , más frecuente en la zona de premolares y caninos.
- b) Anomalías del folículo dentario de desarrollo, dirección o inserción.
- c) Falta de espacio por deformidades dentofaciales, extracción prematura de dientes deciduos u obstáculos mecánicos en los tejidos blandos o duros.
- d) Causas generales: Fibromátosis congénita y disostosis cleidocraneal, raquitismo, hipotiroidismo, y síndrome de Gardner.
- e) Causa hereditaria familiar: Inclusiones dentarias, sin otras anomalías locales o generales asociadas.

Los dientes incluidos permanentes pueden conservarse en la arcada mediante una combinación de técnicas ortodónticas y quirúrgicas. El éxito de este procedimiento requiere un diagnostico precoz, para aprovechar en lo posible la capacidad eruptiva del diente en desarrollo,

las inclusiones se dan con una frecuencia de 60 % en mandíbula y 40 % en maxilar, las retenciones de dientes diferentes la tercer molar o canino superior son menos frecuentes, a menudo la retención es mas común en

molares desíduos que en molares permanentes y puedes existir una inclinación de los dientes vecinos con una perdida de longitud de arcada. Se deben considerar los siguientes factores: estado del diente, relaciones intermaxilares, edad del paciente y actitud del paciente.

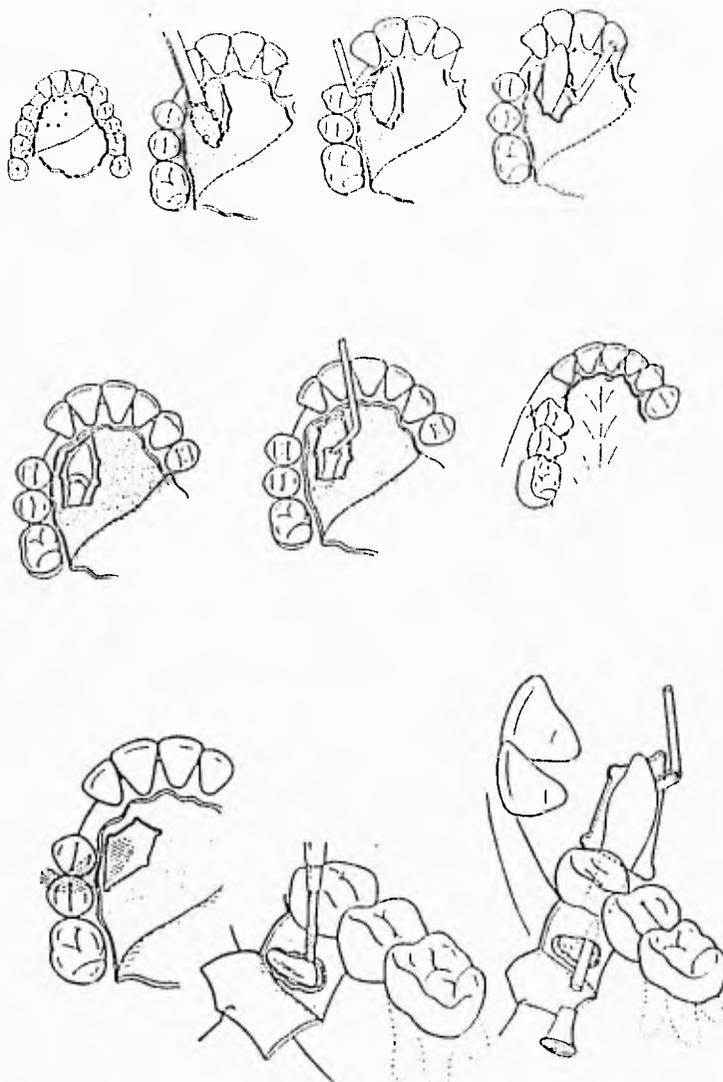
1. Extirpación quirúrgica: Tras la extracción en el maxilar superior el espacio es ocupado fácilmente por la migración distal del segundo premolar
2. Reconstrucción protésica.
3. Luxación: En esta técnica se considera que si se conserva la vascularización se formará un nuevo ligamento periodontal en la región de anquilosis debido a la inflamación local que se produce, una condición para el éxito de esta maniobra es la presencia de ápices no cerrados.
4. Tratamiento combinado ortodontico-quirúrgico

#### TECNICA QUIRÚRGICA.

1. Premolar mandibular. Los premolares incluidos suelen localizarse en el sector lingual de la mandíbula, si se decide conservar el diente tras crear espacio ortodónticamente, es posible colocar el diente por vía vestibular, si se decide extraer el premolar, es necesario practicar un colgajo y a veces se realizará odontosección para su eliminación.

2. Molar mandibular. Por lo general es abordable por vestibular si existe migración de dientes vecinos, la creación de espacio para la fenestración, puede ser muy complicado.
3. Incisivo maxilar. Suele deberse a presencia de dientes supernumerarios, de no ser así suele existir el antecedente de un traumatismo o de una infección previa en el diente temporal. Es excepcional tener que proceder a la extracción de uno de los dientes.
4. Canino mandibular. Las inclusiones de este diente suelen ser oblicuas y su grado de inclusión es variable. Tras localizar el nervio mentoniano se ejecuta una incisión en el surco gingival con una descarga anterior, evitando el paquete vásculo nervioso. Se realiza un colgajo y se expone la corona del diente liberándolo del hueso circundante se puede realizar una fenestración o bien la exodoncia del diente.

CANINOS INCLUIDOS



#### 4.2 ENUCLEACION DEL TERCER MOLAR

Los terceros molares retenidos no suelen extraerse antes de los 16 o 17 años, algunos autores recomiendan su extracción profiláctica mediante trefinación lateral a edad más temprana cuando sólo se ha formado la corona, siendo difícil preveer en una persona joven qué dientes se habrán de retener pero en vista del futuro dental del paciente, que es incierto, algunos autores están en contra del procedimiento, por lo que el criterio de cuándo deben eliminarse los terceros molares es motivo de controversia, por lo tanto debemos tomar en cuenta los siguientes criterios :

Se aconseja la extracción de los terceros molares cuando es obvio que no existe espacio suficiente o no están en posición para erupcionar correctamente y como el crecimiento tanto maxilar, como de mandíbula, están terminados a los 17 años la decisión de extraer puede hacerse en esa edad.

Por otro lado, periodontalmente se recomienda la extracción lo más temprano posible para prevenir la incidencia de pérdida de estructuras de soporte en distal de los segundos molares.

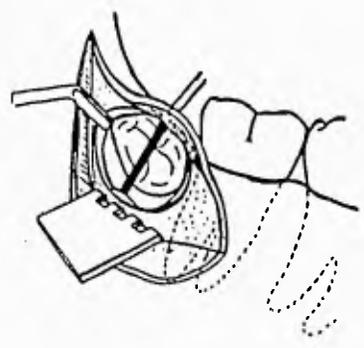
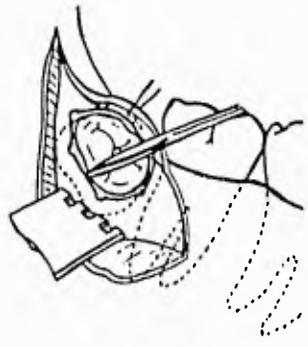
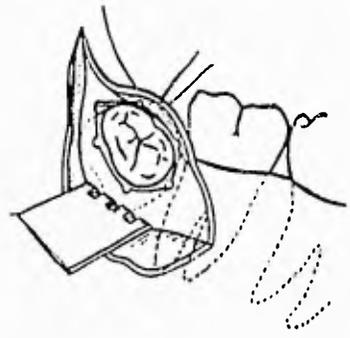
Al presentarse una pericoronitis se recomienda irrigar con solución salina y recetar antibiótico para contrarrestar la infección. En algunos casos se recomienda la extracción del tercer molar superior para prevenir el trauma al oclulr, si está erupcionado el superior, y al controlar la infección la extracción del tercero inferior.

Si un canino primario se ha perdido prematuramente, causando la desviación de la línea media, la extracción del otro canino permitirá a

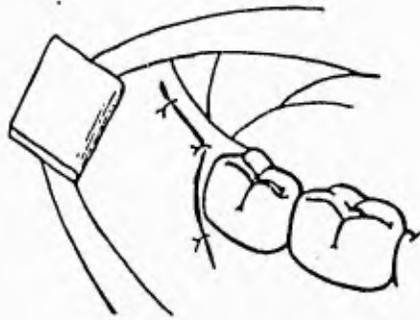
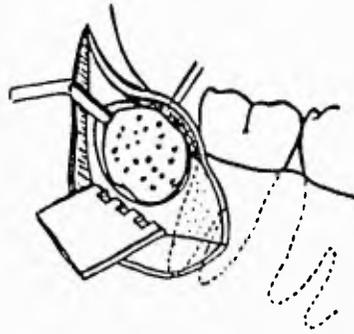
menudo que los incisivos vuelvan a la posición centrada. Existen ocasiones en que es necesario extraer los primeros premolares, para que los caninos puedan erupcionar en estos espacios. En ocasiones es recomendable extraer los molares primarios y mantener los caninos primarios, este procedimiento debe retardar los caninos y acelerar la erupción de los premolares facilitando la extracción de los mismos. Frecuentemente uno o ambos laterales son conoides o faltan, y podemos auxiliarnos de los caninos para corregir esta anomalía poniendo las piezas en arco, al no existir espacio o no estar la pieza en arco ni formada, nos referimos al primero a al segundo premolar. Se puede eliminar el segundo molar primario y así se puede facilitar la reubicación del primer molar permanente.

Con los pacientes correctamente elegidos la extracción seriada permitira alineamiento mejorado, mejor salud tisular, y sobre todo, una mejora en la oclusión o corrección de la misma. (8)

ENUCLEACION DEL TERCER MOLAR



ENUCLEACION DEL TERCER MOLAR



## CAPITULO V

### ELIMINACION DE OBSTRUCCIONES

- La eliminación del hueso alveolar sobre el diente en desarrollo podría ser eliminado para ayudar a la erupción pasiva, se debe estudiar la oportunidad con referencia al estadio del desarrollo del diente en erupción, si la raíz no ha sido formada, debemos tener especial cuidado en no invadir el folículo dentario, ya que esto puede perturbar el desarrollo del diente; si un tercio de la raíz se ha formado, el folículo puede ser abierto para ayudar la erupción, la eliminación del hueso debe incluir las corticales laterales. La penetración cesca del diente en desarrollo se hará con una fresa redonda a baja velocidad para tener la sensación táctil del contacto con el diente, impidiendo así dañar el esmalte además de eliminar el hueso, la erupción dentaria se estimula realizando un trayecto de erupción llamado canalización.

La excisión de la encía que cubre el diente puede ser considerada como otra eliminación de obstrucción, puede lograrse con los métodos quirúrgicos usuales o por técnicas electroquirúrgicas. Se trata de procedimientos bien conocidos, solo se realiza una incisión de tamaño similar al de la corona o coronas de los dientes a erupcionar, se realiza con un bisturi incidentado en una angulación de 45 para canalizar la pieza a erupcionar y para prevenir que al cicatrizar se vuelva a cerrar.

La extracción de dientes primarios se puede considerar retención cuando impide o demora la erupción correcta, o causa malposición de la dentición permanente. Cualquier diente primario es candidato para este procedimiento de extracción.(4)

## ELIMINACION DE ANQUILOSIS

Esta ocurre cuando falta el espacio periodontal normal resultando una fusión del hueso con la superficie radicular. Este proceso puede producirse en la dentición primaria y en los permanentes, los dientes afectados podrían sumergirse respecto al plano de oclusión de radiografías y la falta de movilidad ayudan a un buen diagnóstico; el tratamiento está encaminado a quebrar la fusión del hueso y la raíz, esto se logra ejerciendo fuerza cuidadosamente en el diente con pinzas, los bocados son cubiertos con cinta adhesiva para no dañar el esmalte, el diente es extraído parcialmente. Cuando es diagnosticado más temprano se realiza menor fuerza de luxación y se tienen menores riesgos, en algunos casos es necesario la utilización de fresa de fisura pequeña en el espacio periodontal y para evitar recidiva de la anquilosis podría ser necesario repetir el procedimiento de luxación, movilización y algunas ocasiones se realiza la corticotomía alveolar segmentada, en la que el diente anquilosado es movido dentro del bloque del hueso que lo rodea. Otro tratamiento en algunos casos requiere la combinación de las anteriores técnicas con eliminación de tejido, hueso y algunas veces eliminación de quistes de erupción y la canalización para la erupción del permanente. (7)

## QUISTES DE ERUPCION

Este quiste de erupción no es un quiste en el verdadero sentido de la palabra, sino que representa el agrandamiento del folículo como consecuencia de una hemorragia a medida que el diente se aproxima a la superficie a erupcionar, este quiste suele verse en pacientes pediátricos la mayoría de las veces en la región anterior, pero no hay motivo para sospechar que en realidad sea

que en zona de anteriores se relaciona con la mayor visibilidad y que en esta zona esta en la cresta y en posteriores en la zona labial o bucal y suelen romperse por traumatismo oclusal.

Su tratamiento consiste en eliminar suficiente cantidad de encía suprayacente y folículo como para exponer la corona del diente que erupciona, no basta con incidir el quiste por lo que la erupción puede tardar y la incisión puede cicatrizar y llenarse otra vez de liquido y tener que dar comienzo al tratamiento. (4)

## CAPITULO VI

### FRENECTOMIA

#### FRENECTOMIA LABIAL

El frenillo labial que une el labio superior con la apófisis alveolar, se extiende sobre esta apófisis en los lactantes y forma un café que llega a la papila palatina. Al crecer la apófisis a medida que erupcionan los dientes, esta incursión suele modificarse y adoptar la configuración del adulto, pero en algunos casos persiste la anatomía infantil. Esto se suele asociar con la hipertrofia del frenillo y con la diastema entre los incisivos centrales temporarios y que pueden persistir en dentición permanente.

El frenillo no siempre es causante de diastema ya que existen muchas personas con frenillo labial grueso sin diastemas y otras con frenillo normal y con un gran diastema. En la mayoría de los casos la presencia de diastema se relaciona con la discrepancia entre la longitud del arco y el tamaño de los dientes, cuando durante la dentición mixta, por lo regular tienden a corregirse con la erupción de los caninos permanentes superiores, pero en algunos casos un niño con una separación entre los incisivos centrales que se extiende desde el labio a través del diastema y se inserta en la papila incisiva.

Cuando es necesario realizar la frenectomía se comprueba cuando se tracciona el labio hacia afuera y la papila se blanquea y se mueve. Esta prueba demuestra que si es necesaria la intervención, no debe hacerse antes de erupcionados los caninos permanentes. Existen varios métodos,

puede tratarse con una escisión completa, una reposición apical o una plasta en Z.

La frenectomía se hace en dos etapas. Primero se escinden las inyecciones del frenillo en el labio y en la encía labial y después se retiran la porción interdientaria del frenillo y las fibras transalveolares. Esto último es en realidad la parte esencial de la operación y los primero se hace en particular con fines estéticos, a menos que haya interferencia con la movilidad del labio. El labio se extiende para ver bien el frenillo y después se toma con pinzas para tejidos y se cortan las inyecciones en el labio y en el alveolo con escalpelo o tijera, una vez retirada la sección triangular del frenillo queda una herida romboidal, se realiza después la incisión hasta el hueso y se sutura con CATGUT 4-0 en el postoperatorio. Consiste en dar un analgésico suave para el dolor y colutorios con solución anticéptica para mantener buena higiene bucal, la tumefacción puede controlarse con un apósito compresivo por unas 24 a 48 horas con compresas frías. (4)

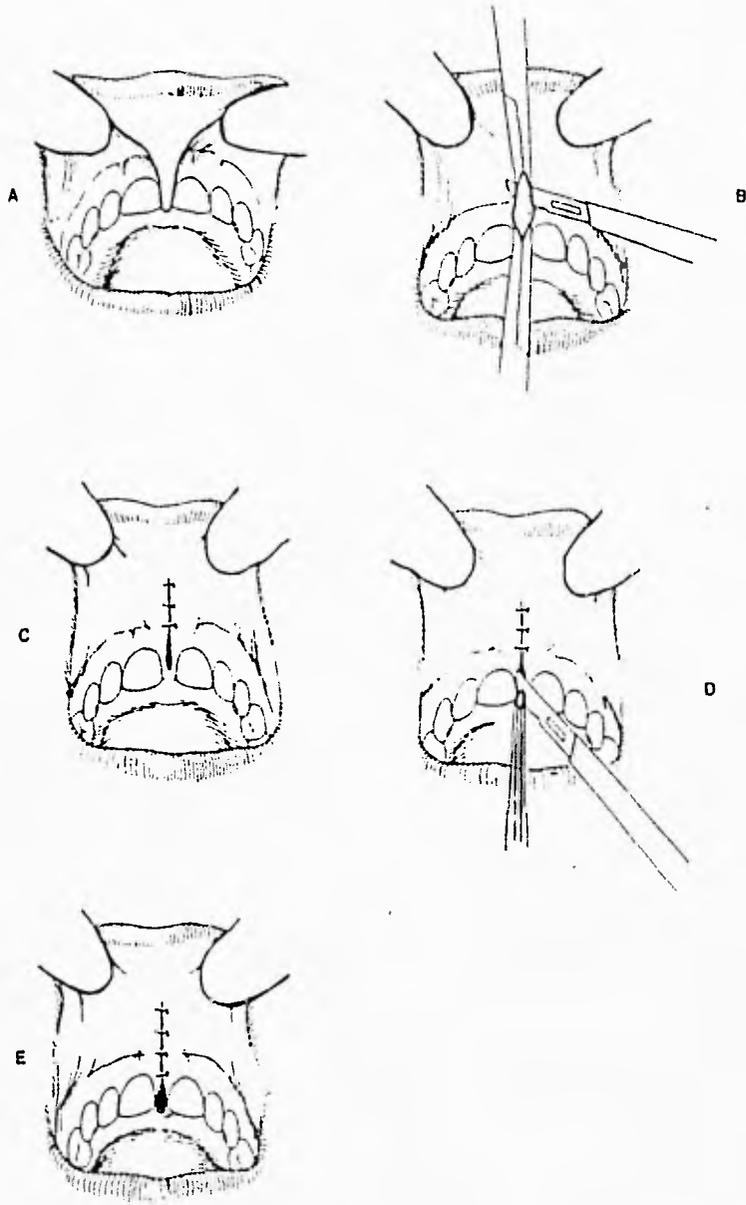
#### FRENECTOMIA LINGUAL

Muchas veces el frenillo lingual es muy corto y se inserta cerca de la punta de la lengua, en la mayoría de los casos esto se corrige espontáneamente en los primeros años de vida. Cuando el frenillo lingual está insertado anormalmente, se puede producir una posición incorrecta de los dientes y causar anomalías del lenguaje. Cuando el frenillo es corto y se inserta en un sitio alto del apófisis alveolar, la lengua adopta una posición relativamente plana en el piso de la boca y esto puede generar una presión anormal contra los incisivos mandibulares al hablar y deglutir. Este problema se manifiesta con una inclinación labial excesiva de otros dientes. Otra consecuencia de la posición aplanada del dorso de la lengua es que la

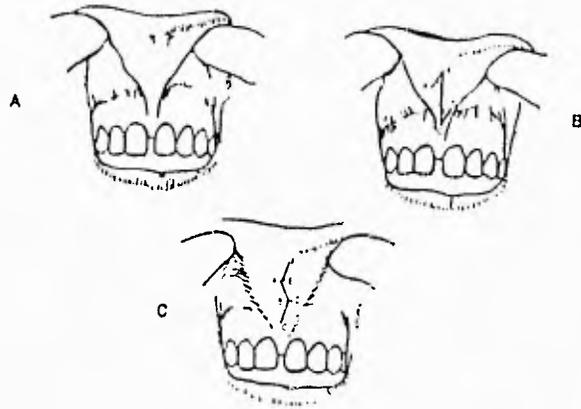
bóveda palatina y el arco maxilar tienden a ser estrechos. La dificultad para mover la lengua con dificultad también puede imposibilitar la emisión correcta de ciertos sonidos, pero no siempre tienen relación por lo que deben consultarlos con un foniatra antes de contemplar la operación. Si está indicada la cirugía y si la frenectomía se hace a tiempo y se enseña al niño a colocar correctamente la lengua, la posición de los dientes y la forma del arco se corrigen solos, pero aunque no ocurra esto la corrección quirúrgica y la reeducación de la lengua por lo menos evitan que el tratamiento ortodóncico fracase. ( 6 )

El frenillo lingual se puede tratar de la misma manera que el labial, es decir, con escisión total y plasta en Z. Para obtener una buena movilidad lingual muchas veces no sólo hay que corregir el frenillo mismo, sino incidir también una porción de los músculos genoglosos porque en muchos casos el frenillo corto no es en realidad la causa sino la consecuencia de la menor longitud de estas estructuras. Al hacer la operación, óbrese con especial cuidado para no lesionar los conductos de Wharton, esto se consigue incidiendo el frenillo detrás de las aberturas de los conductos y no en la inyección de la apófisis alveolar. Al cerrar la herida en el piso de la boca, se evita que los conductos se estrechen colocando las suturas en la superficie a través de la mucosa. Si se cierra bien la incisión en la superficie central de la lengua, no hace falta hacer un cierre tenso en el piso de boca para evitar el contacto de las superficies cruentas, de esta manera se reduce la posibilidad de comprometer los conductos salivales y también se obtiene un drenaje más satisfactorio con menos tumefacción en el postoperatorio. ( 3 )

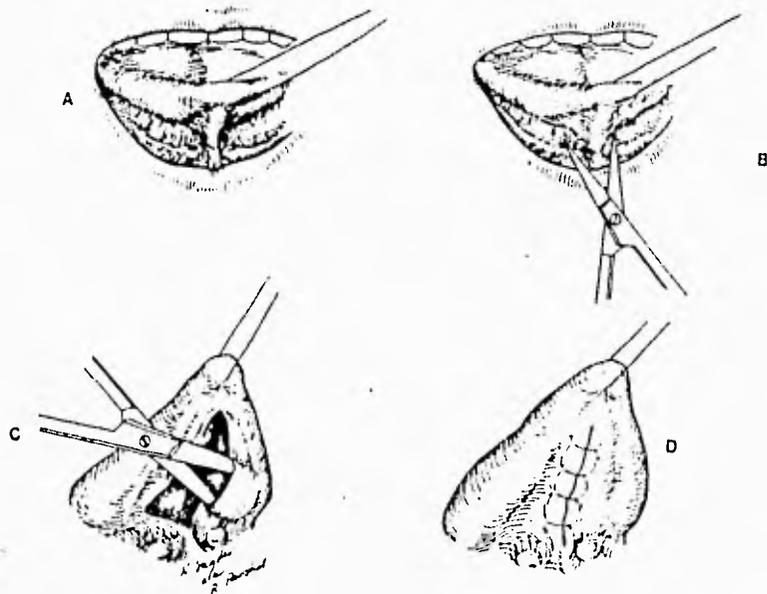
FRENILECTOMIA



FRENILECTOMIA EN Z



FRENILECTOMIA LINGUAL



## CAPITULO VII

### CONSIDERACIONES POSTOPERATORIAS

En pacientes infantiles las complicaciones son menores, en consecuencia se observan menos infecciones postoperatorias, curaciones más rápidas, menor reacción al dolor y una recuperación más rápida por lo general pero puede haber problemas especiales que no suelen ocurrir en el adulto ; uno de los problemas más comunes en paciente pediátrico es asegurar la correcta toma de las medicaciones, la mayoría de las tomas son prescritas cuando es posible por vía oral y en forma líquida de preferencia por ser más fácil de administrar. La posología es acorde al peso y edad del paciente, otro problema sería la buena higiene bucal por lo que con la ayuda de los padres se debe vigilar la higiene del menor y de ser necesario, ellos irrigar la boca del niño con una jeringa de plástico o de goma.

Después de la cirugía bucal se puede presentar en algunos casos problemas de deshidratación por la falta de cooperación del paciente para ingerir alimentos y líquidos después de una cirugía bucal, por lo que los padres deben de estar al pendiente de esto. El requerimiento normal en cada 24 horas para un niño es :

- De 5 a 10 kg. es de 75 ml./kg.
- Para un niño de 10 a 20 kgs. es de 50 ml./kg.
- Para el que pesa más de 20 kgs. es de 20 ml./kg.

La rehidratación se realiza de 3 a 12 horas según la severidad.

El postoperatorio depende mucho de la colaboración de los padres del niño que serán al final de cuentas quienes vigilarán y estarán al pendiente del niño.

## **CONCLUSION**

En pacientes adultos y pediátricos se enumeran las diferencias específicas en los tratamientos, pese a las similitudes generales, debemos dar importancia a la disminución de los riesgos posibles en las intervenciones en pacientes pediátricos.

Recalcaremos la necesidad de conocer y dirigir nuestra actitud correctamente en el manejo de nuestro paciente, lo que implica el uso de lenguaje apropiado de acuerdo a su edad y comportamiento del paciente siendo en todo momento sinceros y no subestimarlos.

Debemos resaltar la necesidad de disminuir los tiempos operatorios, auxiliándonos de una buena técnica anestésica para que la intervención sea lo menos molesta posible.

## BIBLIOGRAFIA

1. Howe Geoffrey L., Cirugía Bucal Menor, El manual moderno, México, 1987.
2. Kameta Angel T., Manual de Odontopediátria, S.U.A. Facultad de Odontología UNAM, 1993.
3. Kruger Gustav O., Tratado de Cirugía Bucal Interamericana, México, 1978
4. Laskin Daniel M., Cirugía Bucal y Maxilar Facial, Medica Panamericana, Buenos Aires, 1987
5. López Arranz J. S., Cirugía Oral, Mc Graw-Hill, 1991, Madrid
6. Raspall Guillermo, Cirugía Oral Médica Panamericana, Madrid 1994.
7. Ries Centeno, Cirugia Bucal, Librería del Ateneo, Buenos Aires, 1987.
8. Sanders Bruce, Cirugía Bucal y Maxilofacial pediátrica, Editorial Mundi, 1984.