



Universidad Nacional
Autónoma de México
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**INTERVENCIONES QUIRURGICAS MAS USUALES
COMO PREVENCION EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

Josefina Bouchan Salinas



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 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.

INTERVENCIONES QUIRURGICAS MAS USUALES COMO PREVENION EN

LA PRACTICA ODONTOLOGICA

INTRODUCCION

Capítulo I "APICECTOMIA"

- a) Definición
- b) Etiología
- c) Técnica Quirúrgica
- d) Tratamiento

Capítulo II "FRENILECTOMIA"

Capítulo III "OPERCULECTOMIA"

Capítulo IV "ALVEOLOPLASTIA"

Capítulo V "TERCEROS MOLARES"

Capítulo VI "CANINOS INCLUIDOS"

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

En la actualidad la Odontología tiende hacia los tratamientos conservadores, dentro de ellos se encuentra la Cirugía Bucal, que es una división dentro del gran campo de la Odontología; en ella se trata con diversidad de condiciones y se emplean infinidad de procedimientos para servir como método curativo o paliativo en los casos en que son necesarios los conocimientos y habilidad, que son los factores más importantes para tener éxito en los tratamientos de Cirugía.

Pero el lograrlo implica el estudio de cada caso en particular, la Cirugía demanda gran destreza adquirida por el entrenamiento y paciencia, medidas preservativas; perseverancia en el manejo de las dificultades traumáticas, condiciones anormales o patológicas, halladas en la cavidad bucal.

Dicho estudio será elaborado con la recopilación de datos obtenidos de textos y principalmente por la experiencia, que nos dará mayor seguridad en el tratamiento dental de pacientes fisiológicamente comprometidos.

Seguridad que será transmitida a nuestros pacientes, los cuales corresponderán con una mayor tranquilidad durante el tratamiento quirúrgico.

Debemos actuar con un profundo sentido de responsabilidad ya que el paciente confía plenamente en la capacidad del cirujano y - el éxito de cada caso, podemos decir que es nuestro, logrado con - nuestro esfuerzo, así como el deseo de bienestar en el paciente.

"APICECTOMIA"

DEFINICION

La Apicectomía, denominada también Resección Radicular y Amputación Radicular, es la escisión ó extirpación de la porción apical infectada de un diente y el curetaje de to - dos los tejidos periapicales necróticos e inflamatorios.

El fracaso en el tratamiento de los diente infectados ha sido atribuido por algunas autoridades en la materia a la imposibilidad de tener acceso completo a todas las partes del conducto radicular y a las zonas enfermas más allá del ápice.

La Apicectomía, con un gran porcentaje de éxitos es - buena solución para este problema.

Este tipo de intervenciones se realiza, cuando un dien te debido a un traumatismo ó a caries, su cavidad pulpar y los conductos radiculares se llenan de tejido pulpar necr^ó tico. Este tejido en degeneración, con o sin bacterias, pro duce una irritación periapical a través del forámen apical, que es la abertura de los canales radiculares. El organis- mo intenta combatir esta irritación con la reacción inflama- toria. Si el responsable de la infección es un microorganis- mo virulento, el proceso generalmente es agudo, pero sí no lo es, ó sí la irritación es producida por toxinas de la - pulpa necrótica, el proceso suele ser crónico.

ETIOLOGIA

Las causas de enfermedades, agentes patógenos o noxas, bien sean determinantes ó específicas, así como accesorias, pueden tener un origen exógeno, o bien provenir de estados o disposiciones especiales del organismo (causas endógenas). Aplicando una clasificación de patología general a este tipo de etiología, el conjunto de causas que producen lesión pulpar se pueden resumir en el siguiente cuadro.

<u>Causas Exógenas</u>	<u>Causas Endógenas</u>
<u>Físicas</u>	
Mecánicas	Proceso Regresivos.
Térmicas	Idiopatías.
Eléctricas	Enfermedades Generales.
Radiaciones	
<u>Químicas</u>	
Citocáusticas	
Citotóxicas	
<u>Biológicas</u>	
Bacterianas	
Micóticas	

Causas Exógenas Físicas. Entre las mecánicas, destacan los traumatismos de origen variado, como el trabajo odontológico en lo que respecta al instrumental empleado.

Entre las térmicas, los pacientes que cotidianamente ingieren alimentos y bebidas frías y casi al mismo tiempo bebidas calientes, el calor y el frío pueden presentar moles-

tias ocasionalmente, pero gracias al esmalte y la dentina - que posee la pulpa como protección, las variaciones son mínimas en el diente sano, y cuando llega a límites dañinos, - el dolor producido hace que se movilice el alimento caliente o frío que hostigaba.

Por el contrario, cuando existen caries profundas, superficies de dentina fracturada, amplias obturaciones metálicas sin base o con irritabilidad dentinal exagerada, los cambios térmicos producirán dolor.

Durante el trabajo odontológico es cuando el calor puede ser nocivo para la pulpa dentaria, especialmente el producido por el empleo de instrumentos rotatorios o materiales que generan calor.

Las Causas eléctricas, como la corriente galvánica generada entre dos obturaciones metálicas o entre una obturación metálica y un puente fijo o movable de la misma boca, pueden producir también reacción y lesión pulpar.

Los Rayos X pueden provocar necrosis de los odontoblastos y otras células pulpares en aquellos pacientes sometidos a radioterapia.

Causas Exógenas Químicas. La acción citocáustica de algunos fármacos antisépticos y obturadores (alcohol, cloroformo, fenol, nitrato de plata, etc.) y de materiales de obturación (silicatos, resinas acrílicas autoplimerizables y materiales compuestos), crean comúnmente lesiones pulpares.

La acción citotóxica de algunos fármacos, producen en pocos minutos una agresión irreversible que conduce a la necrosis pulpar química, algunos días más tarde, ésta acción

(4)

toxicofarmacológica es utilizada por algunos profesiona - les en la desvitalización pulpar.

Causas Exógenas Biológicas. Entre los gérmenes pató - genos que producen con más frecuencia infecciones pulpa - res se encuentran los estreptococos, el estafilococo, así como diversos géneros de hongos.

Causas Endógenas. La edad senil, procesos regresí - vos o idiopáticos y enfermedades generales como diabetes e hipofosfatemia entre otras, pueden ser causa de lesión pulpar.

Un diente con lesión periapical puede quedar meses - y años casi asintomático; de tener amplia cavidad por ca - ries, se irá desintegrando poco a poco hasta convertirse en un secuestro radicular, pero en otras ocasiones, cuan - do la necrosis fué producida por una subluxación o proce - so regresivo, el diente mantendrá su configuración exter - na aunque opaco y decolorado.

Pero no siempre sucede así; en un elevado número de casos, a la lesión periapical, siguen complicaciones in - fecciosas de mayor o menor intensidad. Por lo general, la capacidad reactiva orgánica antiinfecciosa acaba por domi - nar la situación bloqueando el proceso infeccioso en los confines apicales. Entonces, los gérmenes quedan encerra - dos en el espacio que antes fué pulpa, y si bien tienen - óptima temperatura y elementos nutritivos que les puedan llegar por el plasma, con el tiempo pueden desaparecer o quedar en un estado latente y de baja virulencia.

En cualquiera de los dos casos, podrá formarse un absceso crónico periapical, un trayecto fistuloso, granuloma o quiste paradentario.

Pasado cierto tiempo, un diente con la pulpa necrótica, cualquiera que sea el grado de complicación periapical que tenga, puede reagudizarse y aparecer de nuevo los síntomas dolorosos e inflamatorios. Las causas de esta reactivación pueden ser: traumatismos, disminución de las defensas orgánicas, exaltación de la virulencia de los microorganismos por la presencia de oxígeno en la apertura de la cámara pulpar, fenómenos de anacoresis y exagerada preparación biomecánicas sobrepasando el ápice.

A continuación describiremos las principales enfermedades del diente con lesión periapical.

Periodontitis Apical Aguda. Es la inflamación periodontal producida por la invasión a través del foramen apical de los microorganismos procedentes de una pulpitis.

Se considera que la periodontitis es, en realidad, un síntoma de la fase final de la lesión pulpar o del absceso alveolar agudo.

La ligera movilidad y el vivísimo dolor a la percusión son los dos síntomas característicos, con frecuencia se encuentra en la radiografía el espacio periodontal ensanchado. Subjetivamente, el dolor sentido por el paciente puede ser muy intenso y hacerse insoportable al ocluir el diente o rozarlo incluso con la lengua.

El diagnóstico es relativamente sencillo, pero habrá que descartar otras periodontitis, como son: las traumáticas por golpe o por sobreinstrumentación y sobreobtusión; las químicas por medicación de algunos fármacos mal tolera

dos por el periodonto (formol, eucalipto), y las de origen peridontal, en paradenciopatías.

El pronóstico será bueno si se hace una terapéutica apropiada, pero en dientes posteriores: dependerá de otros factores más complejos, como una medicación antiséptica y antibiótica correcta y una obturación con una técnica impecable. En dientes anteriores el recurso de la técnica endodóntica hace que el pronóstico sea siempre favorable.

La terapéutica de urgencia será la expuesta al hablar de lesión pulpar: establecer una comunicación pulpa cavidad bucal para lograr un drenaje e iniciar después la conductoterapia habitual. Si la causa fué química, será cambiada la medicación por otra sedativa, como el eugenol. En los casos de periodontitis intensa por sobreobturación, la conducta será expectante o, de ser posible, se hará un legrado periapical para eliminar el excedente de obturación.

Absceso Dentoalveolar Agudo. Es la formación de una colección purulenta en el hueso alveolar a nivel del foramen apical, como consecuencia de una pulpitis o lesión pulpar.

El dolor leve e insidioso al principio, se torna intenso, violento y pulsátil; va acompañado de tumefacción dolorosa en la región periapical y a veces con fuerte edema inflamatorio, perceptible en la inspección externa.

La periodontitis aguda es un síntoma que no falta nunca, lo mismo que un aumento en la movilidad y liger extrusión.

Según la forma clínica o virulencia, la colección purulenta quedará confinada en el alveolo o bien tenderá a fistulizarse a través de la cortical ósea, para formar un absceso submucoso y, finalmente, establecer un drenaje en

en la cavidad oral.

Pasada la fase aguda, el absceso alveolar puede evolucionar hacia la cronicidad en forma de absceso crónico, con fístula, o sin ella, granuloma y quiste paradentario.

El diagnóstico es sencillo, el dolor a la percusión y al palpar la zona periapical, la coloración, la opacidad y la anamnesis lo facilitarán. Radiográficamente se observará al principio un engrosamiento de la línea periodontal, - pasados unos días dará la típica zona radiolúcida esferular periapical del absceso crónico.

El pronóstico dependerá de las posibilidades de hacer un correcto tratamiento endóntico. En dientes anteriores se podrá realizar la apicectomía si es necesaria.

La terapéutica de urgencia recomendada es idéntica a la antedicha para la periodontitis apical aguda: Establecer un drenaje entre la cavidad y la pulpa y mantenerlo abierto cierto tiempo para dar salida a los exudados siguiendo luego la terapéutica habitual.

Absceso Alveolar Crónico. Es la evolución más común del absceso alveolar agudo, después de remitir lentamente y puede presentarse también en dientes con tratamiento endo - dónico irregular o defectuoso.

Suelen ser asintomáticos de no reagudizarla la infección; muchas veces se acompañan de fístulas. Radiográfica - mente se observa una zona radiolúcida periapical de tamaño variable y de aspecto difuso, lo que lo diferencia de la imagen radiolúcida circunscrita y más definida del granulo - ma.

El pronóstico puede ser favorable cuando se pratique

un correcto tratamiento de conductos, pero si pasados doce - meses subsiste la lesión, se puede proceder al legrado periapical y excepcionalmente a la apicectomía.

Granuloma. Aunque el término es inadecuado, se acepta en todo el mundo entero como granuloma a la formación de un tejido de granulación que prolifera en continuidad con el periodonto, como reacción del hueso alveolar para bloquear el forámen apical de un diente con la pulpa necrótica y oponerse a las irritaciones causadas por los microorganismos y productos de putrefacción contenidos en el conducto.

El granuloma consiste en una cápsula fibrosa que se continúa con el periodonto, conteniendo tejido de granulación en la zona central formado por tejido conjuntivo laxo. Todos los granulomas tienen variable cantidad de epitelio, originado por los restos epiteliales de Malassez.

Para que un granuloma se forme, debe existir una irritación constante y poco intensa. Se estipula que el granuloma tiene una función defensiva y protectora de posibles infecciones. Corrientemente es asintomático, pero puede agudizarse con mayor o menor intensidad, desde ligera sensibilidad periodontal, hasta violentas inflamaciones. Al absceso que se forma con cierta intermitencia en un granuloma, lo denominan Absceso fénix, caracterizado por su aparición periódica y muchas veces en forma de bolsa subperióstica al supurar tras la cortical ósea. Muchos de ellos se fistulizan.

Anteriormente se ha citado la dificultad del diagnóstico diferencial con el absceso alveolar crónico por los ra -

yos X. Del quiste radicular o paradentario se diferencia en que éste, además de ser de mayor tamaño, muestra en la radiografía una línea blanca, continua y periférica, pero resulta muy difícil, casi imposible, establecer un diagnóstico diferencial tan sólo por la radiografía.

Siendo la causa del granuloma la presencia de restos necróticos o de gérmenes en los conductos radiculares, la terapéutica más racional será la netamente conservadora, o sea, el tratamiento de conductos. En caso de fracaso se podrá recurrir a la cirugía, especialmente el legrado periapical y, en caso necesario, a la apicectomía.

Quiste Radicular o Paradentario. Es llamado también Periapical o sencillamente Apical. Se forma a partir de un diente con pulpa necrótica, con periodontitis apical aguda o granuloma que, estimulando los restos epiteliales de Malassez, va creciendo una cavidad quística, mediante la patogenesis anteriormente descrita y con lenta evolución. La cavidad quística, contiene en su interior un líquido viscoso.

A la inspección se encontrará siempre un diente con pulpa necrótica con su típica sintomatología y en ocasiones un diente tratado endodónticamente de manera incorrecta. Debido a que crece lentamente a expensas del hueso, la palpación puede ser negativa, pero a menudo se nota abombamiento de la tabla ósea e incluso puede percibirse una crepitación.

A los rayos X se observa una amplia zona radiolúcida de contornos precisos y bordeada de una línea blanca, nítida y de mayor densidad, que incluye el ápice del diente responsable con pulpa necrótica. No obstante, como ya se ha --

mencionado antes, es prácticamente imposible realizar un diagnóstico clínico entre granuloma y quiste radicular.

Una vez eliminado el factor irritativo que supone una pulpa necrótica, mediante un tratamiento correcto, el quiste puede involucionar y desaparecer lentamente. En todo caso, si seis meses o un año después continúa igual, se podrá recurrir a la cirugía complementaria.

Indicaciones de la Apicectomía.

Las indicaciones de la apicectomía son las siguientes:

1.- Los seis dientes anteriores superiores e inferiores. Algunos odontólogos realizan esta operación en cualquiera de los dientes cuyos ápices puedan tener ciertas facilidades razonables de acceso y que no invadan estructuras anatómicas (seno maxilar, conducto dentario inferior).

2.- Dientes en los cuales la destrucción ósea alveolar no se extienda más de un tercio del total de la raíz.

3.- Dientes con reabsorción periapical.

4.- Dientes con granulomas periapicales bien circunscritos. Algunos autores no aconsejan la apicectomía en dientes donde la radiografía revela una zona difusa de destrucción de la estructura ósea periapical.

5.- Dientes en los cuales la raíz ha sido por inadvertencia perforado durante el tratamiento de conductos, siempre que esa perforación haya ocurrido en la mitad apical de la raíz (falso conducto).

6.- Dientes en pacientes jóvenes, que son el factor etiológico de la producción de quistes radiculares o que han sido desvitalizados por la extensión de una lesión quística vecina.

7.- Dientes que han sido fracturados por un traumatismo.

8.- Cuando una lima ha sido rota a través del ápice - del diente y no puede ser extruido por vía del conducto radicular.

Se ha dicho que en el 90% de los dientes no vitales - con áreas radiolúcidas no es preciso hacer apicectomías a menos que el área sea quística.

El tratamiento de conductos o Conductoterapia se completa con una radiografía que se tomará de seis meses a un año más tarde, y con un diagnóstico comparativo. Si hay mejoría, la apicectomía NO está indicada. Si la situación empeora la apicectomía será realizada.

Contraindicaciones de la Apicectomía.

La Apicectomía esta contraindicada:

1.- Cuando la salud general del paciente se halla disminuida, especialmente la de quienes han tenido fiebre reumática o en esos momentos sufren de reumatismo, nefritis, - trastornos cardíacos, tirotoxicosis, etc.

2.- En dientes con bolsas paradentósicas profundas y excesiva movilidad.

3.- En casos en que los dientes estén muy cerca de estructuras anatómicas muy importantes, por ejemplo, los premolares superiores, si la radiografía muestra que el piso del seno se halla cercano a los ápices.

4.- En casos inaccesibles.

5.- Cuando hay que eliminar demasiada estructura radi

cular.

6.- Cuando la oclusión traumática no pueda ser mejorada o corregida.

Procedimientos.

Existen tres procedimientos aceptables:

1. Obturación del conducto y resección radicular inmediata.

2. Obturación del conducto seguida por la apicectomía varios días o semanas más tarde.

3. Amputación radicular en dientes con obturación del conducto radicular, en los cuales los exámenes radiográficos subsiguientes, meses o años más tarde, revelan que se han generado granulomas periapicales, pequeños quistes o destrucción ósea difusa en el periápice con drenaje del se no o sin él.

Obturación del Conducto y Resección Radicular Inmediata.

En éste método, a la preparación, esterilización y obturación del conducto sigue inmediatamente la apicectomía, todo en una sola sesión.

Se aplica solución anestésica local, con vasoconstrictor por vestibular y por palatino en el forámen incisivo, si la operación se realiza en incisivos superiores; si fuera un diente inferior, se daría una inyección bilateral -- mandibular, y si fuera un premolar, además de infiltrar en la zona del ápice se inyectaría una troncular homolateral.

Se coloca el dique de goma y se abre el diente, llegando a la cámara pulpar.

(13)

Se depositan unas gotas de solución de hipoclorito de sodio en la cámara pulpar y se explora el conducto con sonda lisa, efectuándose la limpieza con un tiranervios. Los instrumentos por utilizar dentro del conducto deben llevar marcada la longitud.

El conducto se ensancha con ensanchadores y limas mojas en hipoclorito de sodio, pueden utilizarse otro tipo de antiséptico en sustitución del hipoclorito. El conducto se seca con conos de papel.

El conducto dentario se mide con un cono de gutapercha o de plata, insertado hasta el ápice y cortándolo a nivel de la superficie incisal. Se introduce cemento en el conducto dentario y también se abre el cono, el cual se lleva después hasta el ápice ó se lo pasa ligeramente. Es preferible que lo sobrepase, porque así servirá para localizar la raíz durante la apicectomía.

Se quita el dique de goma y se inyecta un poco más de solución anestésica, si es necesario. Esto no será indispensable si no ha pasado mucho tiempo en la preparación del diente.

Se realiza la apicectomía en la forma usual.

Se prefiere la obturación radicular previa a la resección, antes que la técnica de la obturación posterior, porque:

a) No hay probabilidad de que mane sangre de la herida dentro del conducto, e interfiera así la obturación adecuada de éste.

b) Puede mantenerse una técnica aséptica con mayor facilidad, porque el tratamiento y obturación del conducto se realizan con dique de goma, mientras que la resección radicular se lleva a cabo inmediatamente después, como un proce

dimiento quirúrgico separado, o la raíz puede ser resecada - en una ulterior oportunidad.

c) Simplifica los cambios de un tipo de bandeja de instrumentos (terapia) a otro (resección), en lugar de hacer - tres cambios, como requiere la técnica de la obturación posterior a la resección.

TECNICA QUIRURGICA

Se toman radiografías correctas desde varios puntos ó ángulos, que muestren el largo de la raíz, la zona patológi- ca, la proximidad de la raíz o raíces de los otros dientes y el seno maxilar. Debe aplicarse solución antiséptica en - la boca.

Se procede a anestesiar al paciente, la parte afectada y los tejidos adyacentes.

A continuación se aísla el área por operar y se limpia la zona con un germicida. Se coloca un apósito de gasa y se usa el succionador para eliminar saliva y sangre.

Se hace la incisión de la forma más adecuada, que es - la semicircular. Comenzando en la región del ápice del diente mesial y extendiéndose hacia abajo hasta un punto situa- do en los dos tercios del diente infectado y continuando hacia atrás y arriba, al nivel del ápice del diente distal. -- (fig. 1.2)

El colgajo mucoperióstico debe hacerse de acuerdo con tres consideraciones:

a) Garantizar un aporte sanguíneo adecuado y suficien- te masa de tejido para evitar necrosis y la mala cicatriza-

ción.

b) Hacer el colgajo lo suficientemente grande para facilitar un buen acceso.

c) Extender el colgajo más allá del diente afectado para que los tejidos blandos tengan apoyo óseo cuando sean suturados.

Después que se ha levantado el colgajo mucoperióstico, con una legra, se hace una fenestración en el hueso con una fresa quirúrgica y se retira, extendiéndose la abertura en la pared labial. (fig. 1.3)

El quiste o granuloma deben enuclearse perfectamente - en su totalidad, con raspas pequeñas, así como también el tejido patológico que exista (fig. 1.4)

Antiguamente se exirpaba el tercio apical de la raíz - del diente afectado, realizándose esta operación con una fresa fisurada cilíndrica, cortando la punta de la raíz en bisel, de manera que se proporcionara acceso al conducto del lado labial. En la actualidad solo se realiza la remoción del quiste o granuloma, preservando la totalidad del diente afectado.

Se controla la hemorragia dentro de la cavidad haciendo presión en los puntos sangrantes en el hueso o con torundas de algodón empapadas en adrenalina.

Se sutura el colgajo mucoperióstico con una aguja cortante pequeña y seda o catgut.

Después de suturar, se mantiene con presión firme sobre la región durante diez minutos para evitar la formación de hematoma.

(16)

TRATAMIENTO PRE Y POSOPERATORIO

Si se usa una anestesia local se premedica gramo y medio de pentobarbital o secobarbital (sedante).

Inmediatamente después de la intervención se toma una radiografía para examinar el nivel al que se hizo la enu -- cleación y para futuras comparaciones.

Deben aplicarse continuamente fomentos húmedos de agua caliente sobre la cara, así como la aplicación de compresas de hielo, para evitar inflamación.

Se administra antibióticos y antiinflamatorios ó una - combinación de los dos.

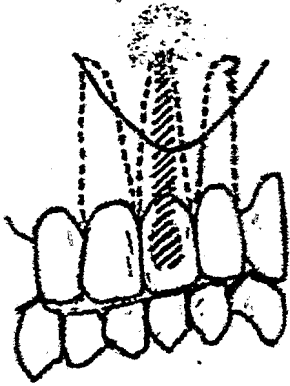


fig. 1.2

(17)

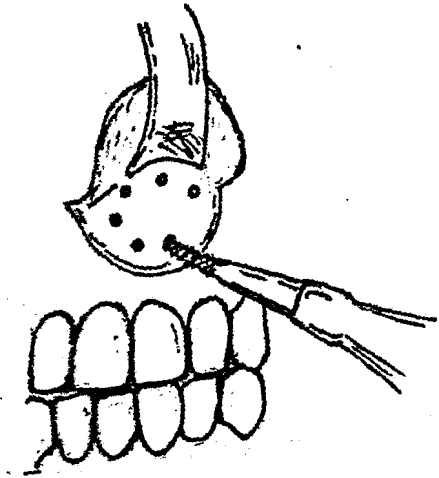


fig. 1.3

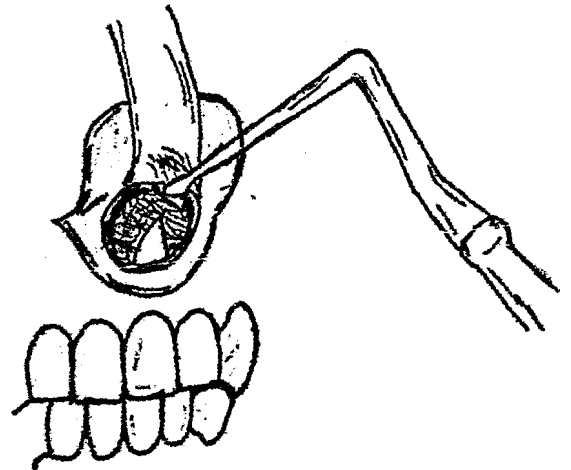
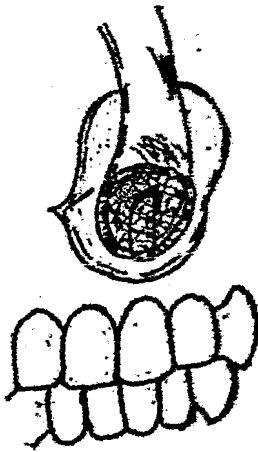
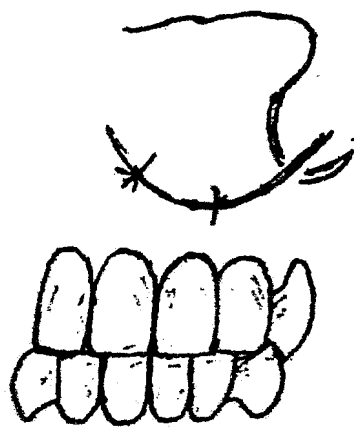


fig. 1.4



Sutura

"FRENILECTOMIA"

DEFINICION

El frenillo es un repliegue membranoso de la mucosa bucal que limita los movimientos de una parte, como el que parte de la cara interna de cada labio en la línea media, y se inserta sobre la línea de unión de ambos maxilares superiores. Algunos frenillos no terminan a este nivel, sino que descienden hasta el borde alveolar, rodean este borde y van a terminar en la papila interdientaria en la bóveda palatina.

Los puntos de inserción de los frenillos suelen volverse problemáticos cuando se acercan al margen gingival. Algunas veces esto ocurre debido a una inserción alta o en otras situaciones clínicas, una recesión gingival destruye la encía marginal hasta el grado que cualquier encía restante se une a la inserción de un frenillo en otros aspectos normal. Las inserciones de los frenillos, en ocasiones distienden y retraen la encía marginal y la papila interproximal donde se estira el labio.

Funcionalmente se creyó que la inserción anormal de un frenillo impedía el cepillado correcto y la limpieza. Lo que explica el sarro que frecuentemente se encuentra en el diente en el punto de la inserción. Esto quizá no sea totalmente verídico aunque existe cierta lógica para fundamentar esta opinión, ya que no hay una respuesta franca a la aparición de recesión gingival asociada, existen también muchas inserciones altas de frenillos cuando la encía no se ha contraído. Sin embargo, la retracción papilar y gingival puede presentarse con la distensión del labio.

La resección o escisión de una parte del repliegue de la mucosa bucal se denomina Frenilectomía.

El repliegue que forma el frenillo está constoodo histológicamente por tres capas: a)epitelio escamoso estratificado, b) la túnica propia, consistente en tejido conjuntivo conteniendo hileras de fibras elásticas y tejido fibroso blando; c) la submucosa que contiene glándulas mucosas y linfáticas.

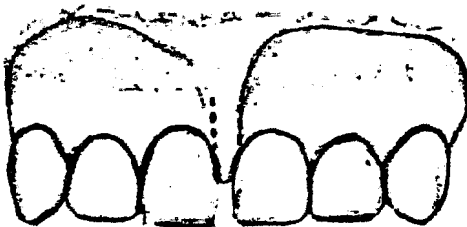
Formas

Jacobs describe cuatro tipos de frenillos anormales:

- a) Base ancha en forma de abanico en el labio.
- b) Base ancha en forma de abanico entre los incisivos.
- c) Bases anchas en forma de abanico en el labio y entre los incisivos.
- d) Amplio frenillo difusoadiposo.

Monti, reconoce tres tipos de frenillos.

- a) Frenillo de tipo alargado, pero que presenta sus bordes de derecho e izquierdo paralelos. (fig. 2.1)
- b) Frenillo de forma triangular, cuya base coincide con el surco gingival (fig. 2.2)
- c) Frenillo trianfular, de base inferior (fig. 2.3)



Frenillo de tipo A alargado, rectangular, provoca desplazamiento paralelo de los incisivos.



Fig. 2.2 Frenillo de tipo B triangular de base superior causante del diastema con separación mayor radicular.



Fig. 2.3 Frenillo de tipo C triangular de base inf. causa el diastema interincisivo de mayor separación coronaria.

Los diversos tipos de frenillo ocasionan distintas anomalías dentarias, que según Monti son:

Los frenillos del tipo A, ocasionan un diastema que se caracteriza porque los ejes de los incisivos son sensiblemente paralelos (fig 2.1). El frenillo de tipo B origina un diastema cuya característica reside en que los ejes de los incisivos son convergentes, estando sus coronas más próximas que sus ápices. Por el contrario los frenillos del tipo C originan un diastema, pero en este caso los incisivos tienen sus coronas ampliamente separadas y sus apices se aproximan (fig. 2.3).

Desde el punto de vista ortodóncico, algunos autores opinan sobre la importancia del frenillo y la necesidad de su eliminación quirúrgica, pues según su criterio, no pueden lograrse resultados ortodónticos satisfactorios sin cirugía.

Desde el punto de vista protético, el frenillo labial puede oponerse a la normal ubicación de una prótesis completa y despla

zar a ésta en los movimientos del labio. Lo mismo ocurre con el frenillo lingual también conocida a esta anomalía como Anquiloglosia, que puede ocasionar además trastornos en la fonación y deglución, para solucionar este tipo de alteraciones, no se tiene otro medio que el quirúrgico.

Por razones ortodónticas y protéticas, el frenillo labial debe eliminarse; en la edad juvenil, para permitir el tratamiento ortodóntico; en la edad adulta, con fines protéticos.

Con respecto a la edad en que debe ser operado el frenillo, con fines ortodónticos, las opiniones son muy complejas, pues implica el concepto personal de cada autor. La opinión actual de cirujanos y ortodoncistas es que el frenillo en los niños debe ser operado después de la erupción de los caninos permanentes. Muchos frenillos han desaparecido o disminuído su volúmen por la presión ejercida por los dientes caninos.

TECNICA QUIRURGICA

Se han propuesto numerosas técnicas. A continuación se mencionarán algunas.

Federspiel. Previa anestesia local infiltrativa.

Se levanta el labio superior de modo que quede tenso el frenillo.

Con un bisturí de hoja corta, se circunscribe a manera de óvalo la base en abanico, de derecha a izquierda del frenillo, llegando así en profundidad con el hueso.

La porción del frenillo circunscrito por la incisión se toma con una pinza de disección; se despegar el tejido a resacarse por medio de una legra o periostotómo.

Los bordes de la herida se reúnen con dos o tres puntos de sutura.

L'Hirondel y Aranowicz; proceden de la siguiente manera:

Levantamiento del labio para mantener tenso el frenillo, que adquiere así una forma triangular a base superior y vértice inferior.

Se secciona este triángulo con tijera en la mitad de su altura. La sección del triángulo se hace en dirección oblicua ascendente hacia el surco vestibular.

Se reseca el cordón fibroso del frenillo y se le extirpa, suturándose posteriormente con hilo o seda, se practican tres o cuatro puntos de sutura que reúnen los labios de la herida'

Es conveniente en éste, como en otros métodos para esta operación. despegar la base de la encía a los lados de la incisión, por medio de una espátula, con el objeto de permitir que puedan afrontarse los labios de la herida y la sutura no provoque tensión, por otra parte, con el tejido gingival despegado, se puede pasar la aguja con mayor facilidad.

Wassmund (1935) opinaba su resección del frenillo debía ir seguida con el tratamiento del diastema.

Se practica una incisión a ambos lados del frenillo de modo - que los extremos inferiores de las incisiones se junten por debajo del vértice del frenillo.

Las capas mucosa y submucosa así incididas, son separadas del periostio subyacente por seccionamiento en plano de la submucosa, de manera que dejan una parte de este tejido reposando sobre el periostio. Se adapta el colgajotriangular obtenido, de manera que el frenillo no actúe. Se fija en ese sitio por suturas mucosas, con -

previa escavación de las partes laterales de la incisión.

Posteriormente se realiza una ostectomía interincisiva para corregir el diastema. Se vuelve el periostio a su sitio y se fija en varios puntos de sutura.

Mead. Realiza la cirugía de la siguiente manera:

Se traza una incisión bordeando el frenillo en toda su longitud y llegando en profundidad hasta el hueso.

Se separa el frenillo de su inserción ósea con una espátula o con un periostotómo.

Los labios de la herida son reunidos con sutura. El límite superior, con una sutura en "tres direcciones".

En los casos en que el frenillo labial desborde el límite bucal, rodee la arcada y se inserte a la altura de la papila palatina, la operación se efectúa trazando la incisión de tal manera que bordee el frenillo y se prolongue pasando entre los incisivos, hacia la cara palatina, pero sin llegar al agujero palatino anterior. El frenillo es disecado según ya fué señalado anteriormente en las distintas técnicas, y los labios de la herida se reúnen con varios puntos de sutura.

Para evitar la profusa hemorragia que se origina por las incisiones que se trazan en la enucleación del frenillo, éste puede tomarse con pinzas de Kocher ("mosquito"), una en el límite superior del frenillo vecino al labio, la otra paralela y adosada al hueso en su porción de inserción ósea. El frenillo reseca dentro de estas pinzas, que no se retiran hasta después de pasados los hilos de sutura.

Estas operaciones descritas anteriormente se realizan con fines ortodónticos. El frenillo labial como las bridas laterales y -

las inferiores, pueden ser obstáculos para la correcta ubicación de los aparatos de prótesis. En la preparación quirúrgica de los maxilares, con fines protéticos, la resección del frenillo es una maniobra rutinaria. En ambos casos, los frenillos deben ser resecados por los mismos procedimientos que se mencionaron anteriormente o, por el método que a continuación se describe:

Es una operación con el fin de modificar la inserción del frenillo labial superior o inferior sin necesidad de su exéresis. Este tratamiento quirúrgico es de una sencillez extrema y se puede aplicar tanto a las bridas laterales como el frenillo labial.

Suponiendo el caso de un desdentado total con su frenillo insertado sobre la arcada alveolar, que se opone a la retención de la prótesis total, se practican dos incisiones paralelas, trazadas a cada lado del frenillo que lleguen en profundidad hasta el hueso su límite inferior está dado por el vértice del frenillo, otra incisión perpendicular a las dos primeras completa el colgajo.

Desprendiendo el colgajo en el cual se encuentra el frenillo por intermedio de un periostotómo aquel elemento se ubica donde no sea un obstáculo para la prótesis y allí se fija con dos puntos de sutura en cada lado. Queda una porción de periostio al descubierto, el cual se cubre prontamente con tejido de granulación. El periostio descubierto puede protegerse temporalmente, aunque esto, no es indispensable.

El frenillo lingual, elemento patológico frecuente, se caracteriza por ser un sólido cordón, que se inicia en la cara inferior de la lengua, en las proximidades de su extremo apical, recorre el tercio de este aparato y se vuelve hacia adentro, insertándose en la línea media de la mucosa del piso de la boca.

El extremo anterior del frenillo lingual toma asiento en la cara lingual del maxilar inferior y en el borde de la arcada, esto significa que este extremo está colocado entre los incisivos centrales. En algunas oportunidades el frenillo aloja un paquete vascular cuya sección «consiguiente hemorragia hay que prevenir.

El frenillo lingual origina dos problemas: el primero, la fijación de la lengua al piso de la boca (anquiloglosia); el segundo, es el diastema interincisivo.

Los pacientes, con el primero de estos dos problemas, tienen dificultades en la deglución y fonación. Los movimientos de la lengua están disminuidos, el paciente no puede escursionar la lengua, y no logra tocar el paladar con ella, estando la boca abierta. En los intentos de movilización, la lengua adquiere una forma helicoidal, eliminados los frenillos se solucionan todos los problemas mencionados. Sin embargo, el paciente necesitará un foniatra para mejorar su dicción.

La operación del frenillo lingual es simple y definitiva. Se realiza bajo anestesia local infiltrativa que se efectúa en ambos lados del frenillo, en todo su recorrido.

Se toma el elemento con una pinza de disección para facilitar su resección. Es útil maniobra pasar un hilo a nivel del extremo distal del frenillo y anudarlo, para prevenir hemorragias del paquete nervioso.

También sirve este hilo para traccionar y levantar el frenillo, que junto con la pinza de disección, se presentará al bisturí. Este instrumento secciona el frenillo en ambos lados y en toda su extensión.

Algunas técnicas antes mencionadas se encuentran actualmente - en desuso, en la mayoría de los casos la técnica es un tanto compli- - cad y en otros inadecuada, a continuación se menciona la Téquina - Quirúrgica que con mayor frecuencia es utilizada para la resecc - ción del frenillo labial, así como la técnica para la extirpación - del frenillo lingual:

1.- Anestesia local infiltrativa lentamente, en el frenillo la - bial en su origen e inserción.

2.- Se levanta el labio y se coloca una pinza hemostática pa - ralela a la superficie labial del borde alveolar y en contacto con la mucosa que cubre la superficie labial de la apófisis alveolar. - Se cierra la pinza hemostática sobre las fibras del frenillo. Se le - vanta el labio hacia arriba y afuera hasta uqe forme un ángulo rec - to con la superficie labial del hueso alveolar. Se coloca una segun - da pinza paralela al labio elevado y traccionando (en ángulo recto con la primera pinza. fig. 2.4); se pinza este instrumento sobre - las fibras del frenillo donde estas se introducen en el labio, y se extienden los mordientes de la pinza hasta el fondo del surco vesti - bular.

3.- Las puntas de los mordientes de las dos pinzas deben tocar se mutuamente; el frenillo labial entre ellas forma una V invertida. El ayudante sostiene absolutamente quitas las pinzas, sin ejercer - tracción.

4.- Con el bisturí afilado Bard-Parker No. 11 se corta alrede - dor de la superficie exterior de las dos pinzas hemostáticas, de mo - do que cuando el corte esté completo las dos pinzas salgan con el - tejido del frenillo entre ellas. Los márgenes laterales de la heri - da quirúrgica son ahora desbridados por medio de tijeras quirúrgi -

cas ó con una pinza hemostática recta. Esto permitirá un movimiento deslizante de la mucosa, de manera que pueda ser aproximada y suturada sin tensión. (fig. 2.4).

Si el corte hubiera sido hecho en el interior entre las dos -- pinzas, habría quedado tejido lacerado después de retirar las pinzas hemostáticas. Este tejido dañado es propenso a necrosis, retracción, cicatrización lenta y bordes debiles a través de los cuales la sutura puede deslizarse y cortarse evitando así el mantenimiento de los labios de la herida hasta que la cicatrización se produce.

5.- Se sutura después de que la mucosa haya sido desbridada y liberada. Se coloca una pequeña gasa yodoformada entre la superficie labial del borde alveolar y el labio.

El tratamiento Posoperatorio consiste en instruir al paciente para que mantenga este apósito de gasa en su lugar, durante 2 horas aproximadamente, después de retirar la gasa el paciente debe de hacer enjuagues colutorios cada hora. Si el cirujano cree conveniente la cobertura antiinflamatoria será administrada la dosis correspondiente a cada caso.

Normalmente el frenillo labial, que une al labio con el proceso alveolar, comúnmente retrocede y se aleja de su inserción original en la papila nasopalatina durante el lapso de erupción de los incisivos centrales permanentes. Cuando esto no ocurre, da por resultado un diastema entre estos diente. En algunos casos, el diastema se cierra espontáneamente ejerciendo presión, en sentido mesial, sobre los incisivos centrales. Si esto no ocurre y se descartan otras posibles causas de diastema, tal como la presencia de dientes

supernumerarios (mesiodens), maloclusión, presión lingual, y al traccionar entónces del labio y su frenillo se produce isquemia en la zona de la papila nasopalatina, por lo común, el frenillo está hipertofiado y su adherencia a la papila debe ser extirpada con mucho cuidado.

Se siguen los mismos pasos para la técnica de extirpación del frenillo descrita anteriormente. Exceptuando un corte adicional a manera de "V", entre los incisivos centrales, hasta el hueso interseptal. Se elimina este tejido del espacio, teniendo cuidado de no exponer los cuellos dentarios.

Si el espacio entre los incisivos es muy grande, se elimina una pieza rectangular de mucoperiostio. En ambos casos, el tejido debe extenderse tres mm por debajo de la periferia lingugingival de los incisivos centrales hacia el hueso, también se extenderá hacia vestibular cinco mm.

Se empaqueta este surco entre los incisivos centrales con gasa yodoformada empapada con una pasta espesa de óxido de cinc y eugenol. Se le dan al paciente instrucciones para que mantnga éste apósito en posición por cinco días.

Esto impide que se una el tejido en ese lugar. Se colocan capas de gasa yodoformada entre la superficie vestibular del reborde alveolar y el labio, con las mismas indicaciones posoperatorias -- descritas antes.

Anquilotomía o Frenilectomía Lingual.

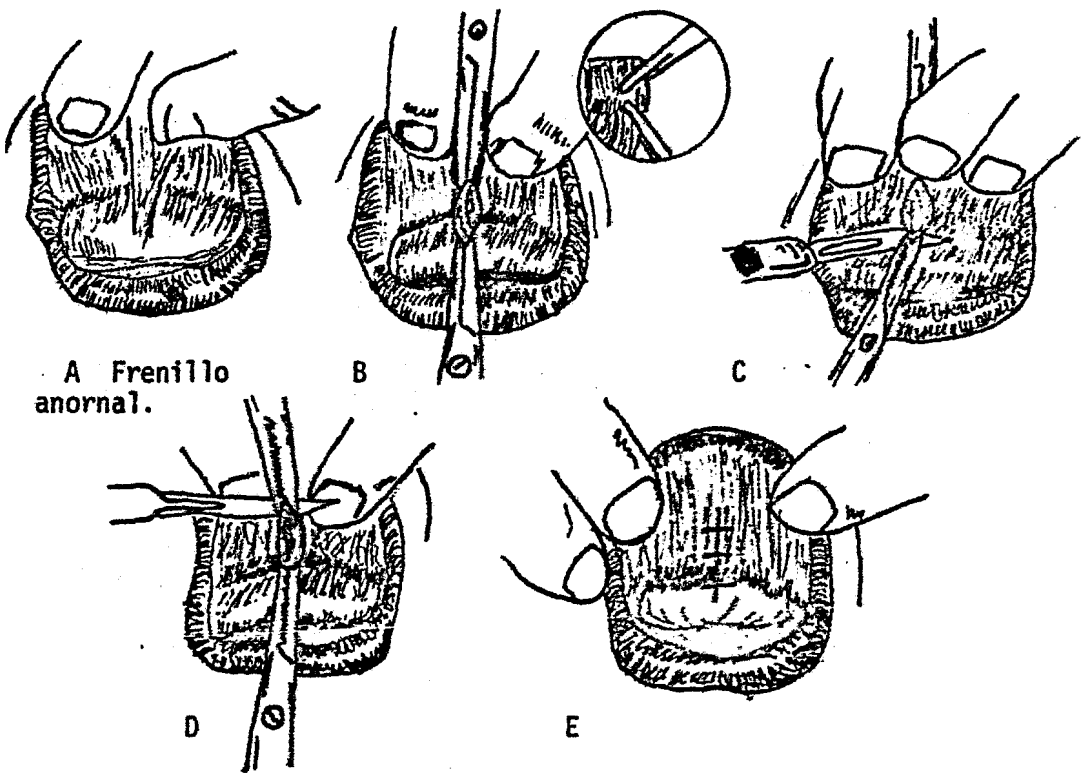
La anestesia puede ser local o general. Si es local, debe hacer se un bloqueo bilateral del nervio lingual. La infiltración local de la solución anestésica no es conveniente, pues disorsiona los -

tejidos impidiendo una línea de incisión precisa. Después de logra da la anestesia (la punta de la lengua debe estar insensible), se mantiene abierta la boca y se sujeta la lengua con una ligadura cu ya punta se pasa a través del punto medio de la lengua, a un centí metro de la punta, para sostener la lengua hacia arriba durante la operación como punto de tracción. El frenillo lingual corto y/o el músculo geniogloso se ponen tensos por la tracción de la sutura -- lingual, con tijeras rectas se corta a mitad de camino entre la -- punta de la lengua y su origen en la superficie lingual de la sín fisis mandibular. El corte se dirige hacia atrás, paralelo al piso de la cavidad bucal, en una longitud de 4 ó 5 cm ó hasta que la -- punta de la lengua pueda tocar las superficies linguales de los -- dientes superiores con la boca abierta. El corte del frenillo a es te nivel evitará que se traumatizen los conductos salivales subma xilares que están debajo de los bordes cortantes de la tijera.

Si es necesario se secciona el músculo geniogloso además del frenillo lingual.

Los bordes laterales de la incisión son socavados con la tije ras. Con seda negra y aguja curva se aproximan los bordes del cor te de la mucosa en el piso de la boca y la superficie ventral de - la lengua. Así la incisión horizontal se torna vertical.

Fig. 2.4



A Frenillo anormal.

Eliminación del frenillo labial

- A. Frenillo anormal
- B. Colocación de pinzas hemostáticas
- C. Corte alrededor de la superficie exterior de las pinzas
- D. Sutura después que la mucosa haya sido desbridada y liberada.

"ALVEOLOPLASTIA"

DEFINICION

La Cirugía Bucal para prótesis dental incluye las intervenciones quirúrgicas de la cavidad bucal necesarias para que la prótesis pueda tener base firme, libre de protuberancias óseas marcadas ó sinuosidades, exenta de las inserciones musculares o de un exceso de mucoperiostio. Esto comprende la exirpación de los tejidos blandos y duros, lo cual supone intervenciones intrabucales, indicadas para la restauración del hueso perdido, los dientes, o la inserción de dispositivos retentivos de las prótesis.

La Regularización de Proceso es también conocida con el nombre de Alveoloplastia o Alveolectomía, consistente en la eliminación quirúrgica de una porción del proceso alveolar. Cuando se realizan extracciones múltiples, los contornos del reborde alveolar deberán tomarse en consideración respecto a necesidades protéticas futuras. El reborde alveolar ideal tiene forma de U. La resorción natural contorneará los rebordes, a veces, de manera poco uniforme, pero se requiere un período más largo, y el paciente puede experimentar molestias hasta que los bordes óseos localizados bajo el periostio sensible se redondeen. Se requiere buen juicio para determinar si la alveoloplastia es necesaria, y el tiempo en que deberá realizarse.

El objetivo de esta cirugía es conservar la cantidad máxima de hueso, junto con un reborde adecuado. Aunque el reborde extensamente contorneado por cirugía es muy hermoso, con cierre mucósico terminoterminal sobre los alveolos, el procedimiento será inútil si la grave resorción del hueso restante hace imposible llevar den

tadura artificial después de algunos años. Por otro lado la pereza del operador para alisar bordes claramente afilados, protuberancias, y socavados excesivos que causan molestia y una base para dentadura poco satisfactoria, no podrá denominarse tendencia conservadora.

Dentro de los objetivos de la alveolectomía se encuentran también:

1. Corregir anomalías y deformidades de los bordes alveolares que interfieren en la correcta adaptación de las prótesis u otros aparatos.

2. Eliminar las prominencias agudas del proceso alveolar, que son, a veces, origen de neuralgias faciales o dolor localizado.

3. Eliminar con limas el hueso interseptal enfermo cuando se hace una gingivectomía.

4. Reducir las tuberosidades de manera que se obtenga espacio para la base protética, o para eliminar retenciones.

5. Corregir un prognatismo mandibular.

Alveoloplastia Simple. Para realizar ésta intervención quirúrgica dando la forma del reborde alveolar, después de las extracciones múltiples, se examinan las placas alveolares bucales y hueso interseptal para buscar protuberancias y bordes afilados. Si es necesario realizar la alveoloplastia, se hacen incisiones a través de las crestas interseptales. El mucoperiostio se eleva cuidadosamente del hueso con una cureta o algún elevador de periostio. Se experimenta dificultad al empezar a formar el colgajo en el borde del hueso porque el periostio está adherido a los extremos de los huesos, pero deberá retenerse con cuidado para no elevar el colgajo más de dos terceras partes del alvéolo vacío.

El colgajo se retrae delicadamente y se coloca el borde de una compresa de gasa entre hueso y colgajo. Se colocan unas pinzas de gubia universales, de lado, a mitad del alvéolo vacío y la placa alveolar labial o bucal se reseca para lograr una altura uniforme en todos los alvéolos. Las pinzas se colocan entonces en ángulo de cuarenta y cinco grados sobre la cresta interseptal, con un pico en cada alveolo y se elimina la punta interseptal bucal o labial. Este procedimiento se lleva a cabo en todas las crestas interseptales. Los vasos hemorrágicos en hueso se controlan haciendo rotar una pequeña cureta en el punto de la hemorragia. Una lima pasada ligeramente en una sola dirección sobre los cortes, alisará el hueso, y se frota un dedo sobre la superficie de la mucosa para examinar si el alvéolo está liso.

La placa bucal deberá contornearse aproximadamente a la misma altura que la placa palatina para formar un reborde plano y ancho. Los socavados excesivos en los segmentos posterosuperiores y antero inferior deberán recibir especial atención. El tejido blando excesivo y el tejido de granulación se eliminan de los colgajos bucal y palatino, que se suturan entonces sobre las áreas interseptales, pero no sobre los alvéolos abiertos. Se sutura en forma continua o con puntos separados, sin tensión.

Alveoloplastia Radical. En ciertos casos, se aconseja un contorneado radical del reborde alveolar debido a socavados extremadamente prominentes, o en ciertos casos, una gran discrepancia en la relación horizontal de los rebordes superior e inferior, debida a sobremordida horizontal notable. Esos pacientes pueden requerir eliminación total de la placa labial para lograr substitución protética satisfactoria.

En ciertos casos, se eleva un colgajo mucoperiostico antes de la extracción. La extracción de los dientes puede facilitarse al eliminar primero el hueso labial que queda por encima de las raíces de los dientes. Esta eliminación de hueso también asegurará la conservación del hueso interradicular. Después de extraer los dientes, se recorta el hueso restante y se contornea para lograr la altura labial y oclusal deseada con cincel, pinzas de gubia y lima. Se recortará tejido excesivo de los colgajos labial y palatino, que se unen con sutura continua o puntos interrumpidos sobre los tabiques.

Al cerrar este colgajo, puede ser necesario eliminar una cuña de tejido en el área de los premolares para dar espacio a la circunferencia externa disminuída del hueso labial. Deberá tenerse cuidado con este colgajo mayor para conservar cuanta adhesión sea posible a la altura del pliegue mucobucal porque de otra manera se encontraría al cerrar, un colgajo excesivamente largo. Si el colgajo no es sostenido por una dentadura postiza de colocación inmediata el exceso de tejido se reseca, la altura del pliegue mucobucal disminuída drásticamente.

Alveoloplastia Interradicular. En este procedimiento se sacrifica hueso interradicular en lugar de placa labial. Se extraen los dientes. No se intenta elevar un colgajo mucoperiostico sobre el hueso que va a aplastarse. Se extirpa el hueso interradicular con unas pinzas de gubia de picos angostos (con un pico en cada alvéolo) a la mitad de la altura de los alvéolos. Se hace una muesca con cincel o pinzas de gubia en la placa labial de cada área premolar, para permitir que la mayor circunferencia de la placa labial se ajuste en su nueva posición. Se aplasta el hueso hasta obtener el contorno deseado con presión del pulgar.

Se asocian menos resorción y menos dolor posoperatorio con este procedimiento, puesto que el periostio no se desprende del hueso y no descansa sobre hueso que se ha puesto áspero.

Técnica Quirúrgica para la Alveolectomía; según Archer:

1.- Si se trata de un caso en que las extracciones son recientes, el mucoperiostio será levantado con periostotómo a una profundidad mínima de 10 mm desde la línea gingival, todo alrededor de la zona que será delineada.

2.- Desde un punto medio entre las superficies vestibular y lingual del último diente de la arcada (el diente más distal por extraer), extendiéndose la incisión a través del tejido mucoperiostico vestibular, hacia el surco vestibular, la incisión se lleva a través de cualquier espacio en que los dientes hayan sido extraídos previamente.

3.- Se levanta el colgajo con un periostotómo y se mantiene en posición con el dedo índice de la mano izquierda, o con un periostotómo ancho o con retractores de tejido.

4.- Se coloca de la gubia simple, un bocado contra la cresta y el otro debajo de la protuberancia por extraer, comenzando por la región, y se dirige hacia la parte más distal del reborde alveolar.

5.- Se libera la membrana mucoperiostica de la cresta alveolar y se lleva hacia lingual. Este procedimiento revelará muchas proyecciones óseas interseptales agudas.

6.- Se eliminan estas prominencias óseas con la gubia.

7.- Se alisa la superficie vestibular del reborde con la lima para hueso, se sostiene la lima en la misma posición que un escoplo recto, con el mismo apoyo de los dedos, y se líman pequeñas zo

nas sucesivas mediante movimientos de tracción.

8.- Se examinan nuevamente las radiografías dentales por si hubiera radiolucidez periapicales, y donde las haya se explora en estas zonas con una cureta. Enucleándose todas las masas de tejido blando que se encuentren, se exploran todos los alvéolos con una pequeña cureta y se eliminan las espículas óseas o dentarias que se puedan encontrar en él.

9.- Se baja el colgajo, y se coloca en posición, se aproximan sus bordes y se afrontan con el dedo índice húmedo.

10.- Se aprecia una cantidad de tejido blando superpuesto. Esta superposición se debe a que se ha eliminado hueso debajo del tejido blando, lo cual determina que este cubra hueso con exceso.

11.- Se elimina con tijera la mencionada cantidad sobrante de mucoperfostio.

12.- Se colocan nuevamente los tejidos blandos en su lugar con el dedo índice, se aproximan los bordes del mucoperfostio y se observa a través del mucoperfostio si hay alguna proyección aguda remanente vestibular ó en el reborde alveolar.

13.- Si hay alguna proyección ósea, se levanta el colgajo de tejido y se elimina con la lima, o si es bastante amplia, con la gubia.

14.- Se sutura el colgajo en su sitio, de manera que el tejido blando esté sostenido por hueso interseptal. Preferentemente con sutura continua.

15.- Se toma una radiografía para comparaciones futuras.

TRATAMIENTO PRE Y POSOPERATORIO

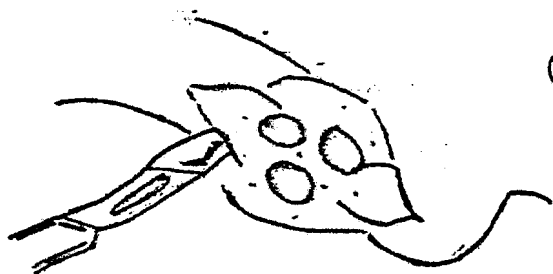
Si se usa una anestesia local se premedica gramo y medio de un Sedante que puede ser pentobarbital o secobarbital.

El tratamiento posterior a la intervención quirúrgica es la cobertura antiinflamatoria, si el cirujano lo cree así conveniente, será administrada la dosis correspondiente a cada caso,

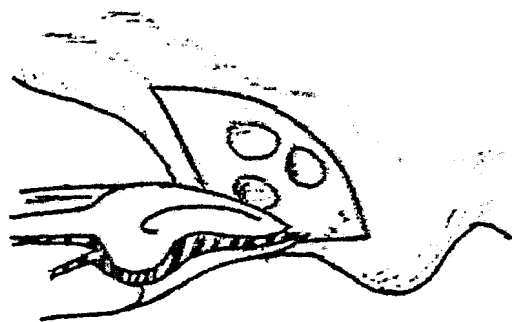
Se debe instruir al paciente para que mantenga el apósito - de gasa colocado, durante dos horas aproximadamente, después de retirar el apósito deberá hacer enjuagues colutorios. Debe aplicarse compresas de agua fría por espacio de 5 minutos cada media hora. Así como la aplicación de lienzos calientes al día siguiente como terapia antiinflamatoria.

La dosificación de analgésicos será administrada de acuerdo con el criterio del cirujano.

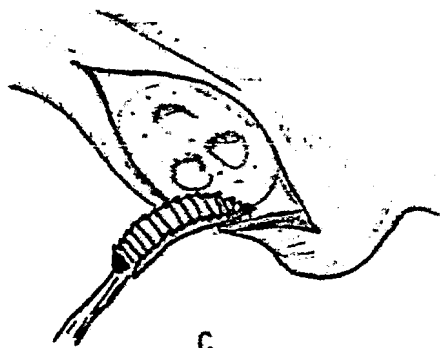
(40)



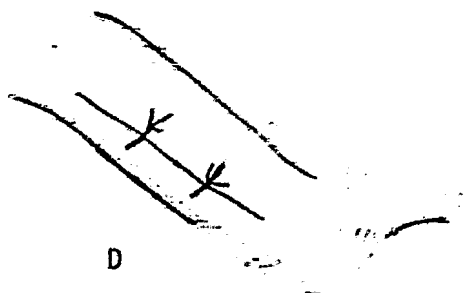
A



B

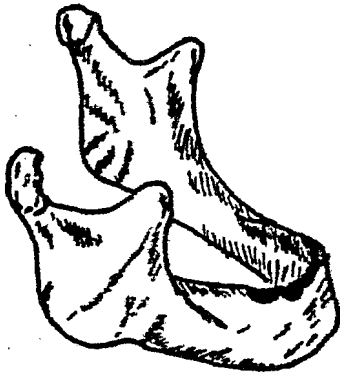


C

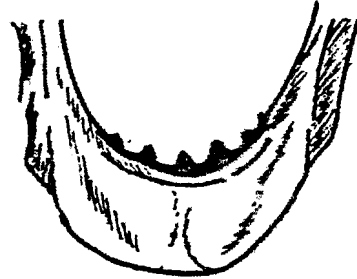


D

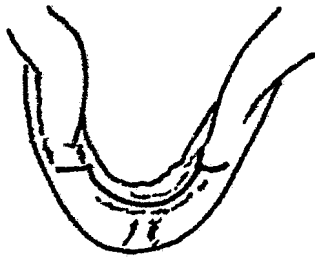
Alveoloplastia de un solo diente. A. Después de la extracción - del diente se eliminan porciones en forma de cuña de la encía mesial y distal al alveolo. B. Reducción ósea con pinzas de gubia. C. alisado con lima ósea. D. Sutura final.



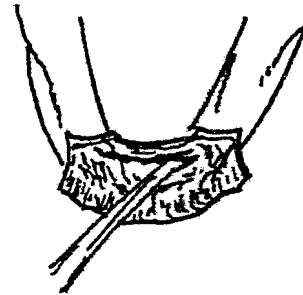
(41)



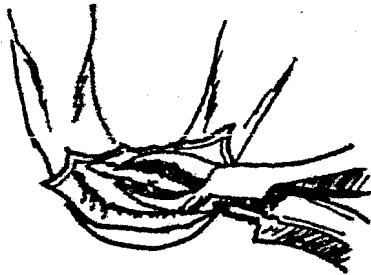
Reborde Mandibular afilado en forma de Sierra ó
"filo de Cuchillo"



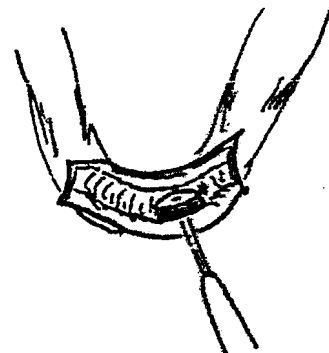
C. Diseño del Colgajo



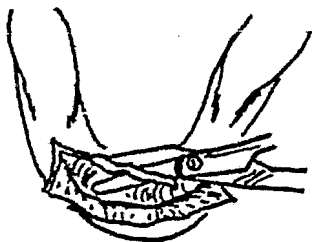
D. Colgajo levantado hacia lingual y bucal.



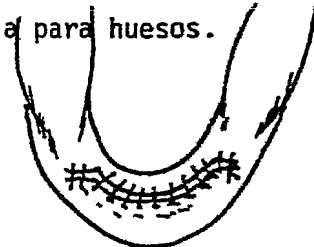
E. Tejido óseo eliminado con pinzas de gubia.



F Borde alisado con lima rotatoria para huesos.



G. Corte del exceso de tejido.



H. Colgajos suturados

"OPERCULECTOMIA"

DEFINICION

La Pericoronitis, también conocida como Pericoronaritis, puede ser definida como una Afección envolvente de tejidos blandos al rededor de una corona parcialmente erupcionada. El resultado de la inflamación puede ser de naturaleza aguda, subaguda ó crónica. En algunos casos puede encontrarse gingivitis ulcerativa.

Teóricamente puede estar involucrado cualquier diente con este tipo de afección, en la práctica, el tercer molar mandibular es el más afectado de los dientes.

La infección pericoronaral puede presentarse en cualquier época de la vida. Es más común en niños y adultos jóvenes. La infección pericoronaral en la infancia, acompaña a la erupción de los dientes, durante la cual el tejido supradental que comprende la porción superior del folículo y mucoperiostio suprayacente puede inflamarse y formar un absceso fluctuante. A veces estos abscesos producen celulitis y causan no solamente reacción local sino también general.

La infección pericoronaral más frecuente es la que se presenta en los adultos, en las regiones desdentadas. Por algún motivo, un diente no hizo erupción y se construyó una prótesis para el paciente, ya sea que ignorará la existencia del diente o se pensara que permanecería asintomático en el hueso desdentado.

Se acepta que la infección aguda de estos dientes resulta de la presión por la prótesis durante años. Al principio estos dientes incluidos generalmente están a distancia suficiente de la superficie para no ser afectados por la presión causada por la prótesis. Sin embargo, con el tiempo la resorción del proceso hace --

que disminuya la cantidad de hueso entre el diente y la prótesis, y el primero experimenta reacción inflamatoria consecutiva a la presión.

En estos casos, está indicado otro tipo de tratamiento. Si se presenta un absceso fluctuante sobre la corona del diente incluido debe hacerse incisión y drenaje, y se espera el tiempo suficiente para que el estado se torne subagudo. Entonces se realiza la ex -- tracción quirúrgica del diente incluido.

El tipo más común de infección pericoronar, como ya se mencionó, es el que se encuentra alrededor del tercer molar mandibular. Es más frecuente en edades que varían de los 16 a los 30 años. Los síntomas son muy diversos y no es raro que el paciente presente - síntomas únicamente en la región periamigdalina, por esta razón mu chas veces el paciente acude al médico general creyendo tener amigdalitis o infección en la garganta.

ETIOLOGIA

La Pericoronitis es producida por:

1.-Crecimiento bacteriano activo en un medio ideal que es el - espacio debajo del tejido blando que cubre la corona del molar. Debajo del tejido hay humedad, tibieza, protección, alimento y oscuri dad, y con tal ambiente el crecimiento bacteriano florece.

Microscópicamente se confirma el diagnóstico clínico por la -- presencia de gran número de bacilos fusiformes y espirilos.

2.-Irritación traumática de la mucosa que recubre el molar inferior, por las cúspides del tercer molar superior, con la consi -- guiente inflamación, vitalidad disminuida de los tejidos e invasión por los microorganismos.

A menudo, el tercer molar superior ha erupcionado y se ha colocado en su lugar, y en un intento de entrar en oclusión sigue erupcionando y traumatiza los tejidos blandos que recubren el tercer molar inferior durante las excursiones de la mandíbula.

La existencia del espacio potencial del folículo entre la corona que está por debajo, el folículo comunica con la cavidad oral -- propiamente dicha, pasando hacia los tejidos blandos y es invariablemente demostrable durante la examinación clínica. Si un explorador es pasado a lo largo de la sinuosidad del diente sin erupcionar puede sentirse que está por debajo de la encía.

La inflamación probablemente empieza en el folículo y se extiende dentro de los tejidos blandos, esto produce la entidad clínica a ser descrita.

Clasificación Clínica de Pericoronitis.

Es posible correlacionar encuentros clínicos con agentes bacterianos específicos, esto es conveniente y usado durante el plan de tratamiento para dividir los casos de pericoronitis dentro de aguda, subaguda y crónica.

Pericoronitis Aguda. Es caracterizada por un dolor intermitente severo, celulitis que dificulta la deglución, el dolor es exacerbado por la masticación interfiriendo con el sueño.

El área se encuentra inflamada y con una ligera presión puede causar salida de pus. Puede haber ulceración en el área, que puede mostrar signos de indentación relacionada a las cúspides o a algún diente del maxilar impactado.

Los tejidos que recubren el diente están enrojecidos, edematosos y extremadamente dolorosos.

El proceso inflamatorio se extiende a los tejidos blandos adyacentes, y se produce el trismo porque éstos tejidos tienen fibras del buccinador y del conducto superior de la faringe. El paciente se queja de dificultad para comer y tragar, presenta dolor a la palpación extra e intraoral y existe un edema en regiones submandibular y faríngea.

Los ganglios linfáticos y cervicales están endurecidos.

La examinación en el paciente revela, que la temperatura, pulso y respiración pueden estar incrementados, con frecuencia el paciente presenta calosfríos, fiebre, constipación, halitosis y malestar general.

Pericoronitis Subaguda. Es caracterizada por un dolor continuo que sólo se radia con poca frecuencia. El paciente frecuentemente tiene problemas con la mandíbula, hay inflamación intraoral y no hay placer a los sabores. La pericoronitis subaguda causa menos trastornos sistémicos que la pericoronitis aguda, y la pirexia es una condición característica rara, pero el alargamiento y el problema de los nodos submandibulares son encuentros casi invariables. La examinación intraoral revela la presencia de una zona edematosa cubriendo el diente, ligera presión sobre el opérculo expresa un discomfort en muchos casos.

Checando la mordida se complica la condición en número significativo de pacientes, en la minoría de los casos, la situación puede ser en una infección pericoronaral ó en el surco bucal algunas veces la pus tracciona, de la región del tercer molar y se presenta en el surco bucal a lo largo del área molar, ésta condición es conocida como un absceso migratorio del surco bucal. La pus es formada como resultado de una pericoronitis aguda y tracciona submucosamente a lo largo del cuerpo formado de la mandíbula hacia las fibras del --

músculo buccinador que son atacadas en una zona externa, la pus entonces presiona en el tejido conectivo perdido a lo largo de la zona del primer molar y en estos casos donde el tratamiento es referido a un seno intraoral puede ser que presente consecuencias.

Pericoronitis Crónica. Es caracterizada por dolor o un discomfort medio, por solamente un día o con remisiones de meses atrás. - Los pacientes casi invariablemente pueden saborear. Un cráter como defecto puede ser observado en radiografías del área, es muy raro - para pacientes que presenten pericoronitis recurrente bilateral aún cuando halla historia de infección pericoronaria y con la presencia de estas condiciones el dentista debe excluir cuidadosamente cualquier otra posibilidad, por ejemplo, gingivitis ulcerativa y discrasias sanguíneas, antes de hacer un diagnóstico.

TECNICA QUIRURGICA (Operculectomía)

Cada caso debe ser cuidadosamente investigado a lo largo del interrogatorio en la formulación de la historia clínica.

La edad del paciente puede influir en el tratamiento que debe ser empleado. En caso particular cuando se está tratando con pacientes jóvenes, en el cual el crecimiento de la mandíbula, está incompleto; un tratamiento conservador es lo más indicado y en pacientes de edad avanzada es mejor eliminar el diente, después de controlar la inflamación por medidas paliativas.

El tratamiento puede tener modificaciones, debe ser tomado cuidadosamente el tipo, duración y período, en el cual el dolor que puede causar sea eliminado y determinado el tipo de pericoronitis.

El tercer molar superior puede ser un factor contribuyente -

en la infección pericoronar de un tercer molar inferior incluido. - A el paciente con infección pericoronar del tercer molar superior, debe valorarse para observar si ha hecho erupción o no; si está en maloclusión ó si está alargado debido a la erupción retardada del tercer molar inferior, debe precisarse si existe o no lugar en la mandíbula para que el tercer molar haga erupción adecuadamente, y si la presencia del tercer molar superior es una fuente continua de traumatismo para los tejidos de la región retromolar inferior durante el período de erupción.

Existen tres métodos de Tratamiento de Pericoronitis, a saber: 1.- Método Conservador, 2.- Incisión del tejido que recubre el diente, 3.- Extracción del diente.

1.- Método Conservador. Se irriga debajo del opérculo, con un cuarto de solución fisiológica tibia. Esto se hace con un recipiente de irrigaciones grande, al cual se conecta un tubo de goma de longitud apropiada, terminando con una cánula de irrigaciones pequeña.

El recipiente se coloca a cierta altura de la boca del paciente, y se utiliza el aspirador para eliminar el líquido de la boca, haciendo así una irrigación continua sin necesidad de interrumpir el proceso para permitir al paciente que salive.

Hayward irriga la región debajo del opérculo con un centímetro cúbico de solución de yodo, compuesta de la siguiente manera: fenol al 5%, 6 cc; tintura de acónito 12 cc; tintura de yodo, 18 cc; glicerina, 24 cc.

Para irrigar con los medicamentos se usa una jeringa y aguja.

Este tratamiento se continúa diariamente hasta que los síntomas agudos desaparezcan.

2.- Remoción Quirúrgica del Opérculo (Operculectomía). Es muy difícil quitar correctamente el tejido denso y grueso que recubre el tercer molar con los bisturíes comunes y corrientes y tijeras. Este tejido es muy movable y se desliza debajo del bisturí. Además, es imposible dar la correcta angulación a los tejidos que rodean la corona del molar con bisturíes comunes.

El método más fácil y efectivo en la eliminación del opérculo es utilizar el bisturí eléctrico, que tiene como ventajas, que no es necesario presionar los tejidos para separarlos y, por lo tanto, el corte se puede hacer correctamente, puesto que no habrá deslizamientos. Los cortes originan menos salida de sangre y existe una visibilidad mayor. La posibilidad de difundir la infección está disminuida. Las corrientes cortantes son de extrema alta frecuencia y producen desintegración molecular de los tejidos.

Los vasos capilares y linfáticos son sellados a medida que se cortan.

3.- Extracción del Diente. Algunas autoridades en la materia están de acuerdo en que la extracción dentaria durante una pericoronitis aguda está contraindicada, después del tratamiento y de la desaparición de los síntomas agudos, con la pericoronitis subaguda que le sigue, en la cual el opérculo está todavía inflamado y es moderadamente doloroso, y debajo del cual se puede obtener aún un poco de pus por presión, el procedimiento es la incisión amplia del opérculo. Si se trata de una retención simple, se procede a la extracción del tercer molar. Si es una retención difícil, de la cual deberá eliminarse cantidad considerable de hueso, debe incidirse el colgajo y realizarse la extracción del diente.

La extracción del diente es diferida hasta que todos los síntomas hayan desaparecido.

Si el caso presenta pericoronitis crónica y se realiza la extracción, se sigue el siguiente procedimiento:

Se irriga debajo del opérculo. Se anestesia previamente. Se realiza la incisión a través del tejido blando sobre la parte media oclusal llevándola posteriormente sobre el margen distal de la corona, o sus tejidos adyacentes, es preferible usar el bisturí eléctrico. Se extrae el tercer molar con el mínimo de traumatismo, colocándose una gasa sobre el alveolo.

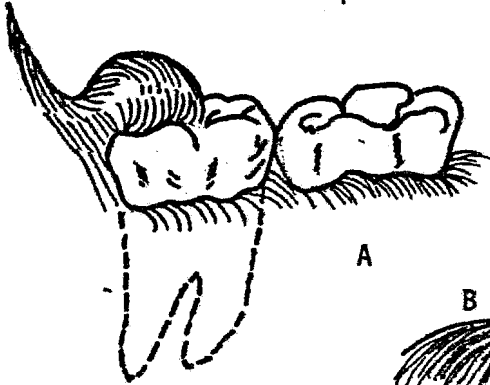
TRATAMIENTO PRE Y POSOPERATORIO

Cuando sea posible los antibióticos deben ser empleados en el tratamiento de una pericoronitis aguda para tener un rápido control de la infección y para que no existan complicaciones serias y se pueda obtener un período de tratamiento más corto, sin embargo, una vez que un absceso ha sido formado debe ser incidido.

El tratamiento posterior a la intervención quirúrgica, o cualquier tipo de tratamiento de los antes mencionados, son aplicaciones de agua fría alternándola con lienzos húmedos calientes. Es también recomendable los colutorios de agua salina caliente, durante cinco minutos cada media hora.

La pericoronitis subaguda usualmente responde a las medidas locales previamente detalladas y la terapéutica antibiótica es requerida en pocas ocasiones. Después de la extracción del tercer molar infectado se cauteriza el espacio folicular y se instruye al paciente en el uso de soluciones salinas de agua caliente.

Operculectomía

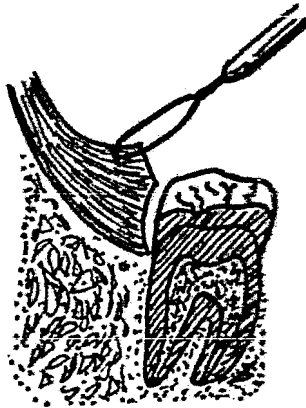


A

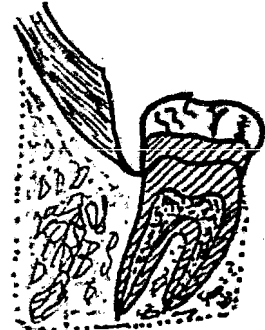
Saco Pericoronario que cubre el 50% de la superficie oclusal de un tercer molar inferior erupcionado por completo.



C. Ansa del bisurfi electrico colocado por debajo de la sup. distal del diente y por debajo del opérculo.



D. Ansa colocada sobre la cresta del tejido, hacia distal de la corona.



D. Resultado final, donde se aprecia el alisado hacia gingival.

"TERCEROS MOLARES"

DEFINICION

El término Dientes Retenidos, es conocido también con diversos nombres como son: Dientes Impactados, Retención Dentaria, Impactación Dentaria, etc. Todas éstas definiciones estriban en aquéllos dientes cuya erupción normal es impedida por dientes adyacentes, ó hueso; dientes en malposición, hacia lingual ó vestibular con respecto al arco normal, ó en alto ó bajo nivel oclusal, y dientes -- que no han erupcionado después de su tiempo normal de erupción. Es te tipo de anomalías, es decir, todos los dientes que no asu - men su posición y funcionamiento adecuados en el arco deberán ser candidatos a extracción, exceptuando algunos casos que por lo gene - ral, son raros. Por ejemplo, los jóvenes que tienen que perder to - dos sus dientes para llevar dentaduras artificiales completas no - deberán perder sus terceros molares superiores que no han brotado, ya que la erupción de éstos dientes ayudará a formar la tuberosi - dad. La dentadura puede hacerse sobre los dientes no brotados, si se logra que el paciente se de cuenta de la situación, de manera - que puedan extraerse los dientes más adelante, cuando aparezcan ba - jo la mucosa.

En el paciente senil, puede ser mejor usar discreción. Un -- diente que no ha brotado en cincuenta años o más, en ocasiones es - tá anquilosado, frecuentemente presenta membrana periodontal atro - fiada separando diente y hueso, y siempre está engastado en hueso no elástico y altamente mineralizado. Los dientes no brotados pue - den y deben ser extraídos para asegurar el éxito de restauraciones protéticas, pero en ciertos casos, la extracción puede no ser fac - tible.

ETIOLOGIA

La explicación de la incidencia de dientes retenidos que parece más lógica, es la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares humanos. Esto da por resultado maxilares demasiado pequeños para acomodar los terceros molares. En apoyo a esta teoría observamos la ausencia congénita de terceros molares superiores e inferiores, o la presencia de terceros molares rudimentarios en su lugar. Otros dientes también presentan ausencia congénita o malformaciones, pero no tan frecuentemente como los terceros molares.

Se ha mencionado que por lo menos desde hace doscientos años, se ha creído a la civilización responsable de la disminución o falta total de estímulo que existe un desarrollo adecuado de los maxilares humanos, un desarrollo que provea de suficiente espacio para una erupción normal de todos los dientes. Este estímulo perdido es la fuerza necesaria para la masticación del alimento duro. La dieta moderna, más blanda y refinada, que requiere menos masticación, favorece ésta tendencia, haciendo innecesario poseer aparato masticatorio poderoso, y esto de acuerdo con algunos autores, como son: Berger, Modine y Beer, es la causa de la falta de estímulo de crecimiento de los maxilares y la razón por la que el hombre actual tiene dientes retenidos.

Causas Locales de Retención (Berger).

Irregularidad en la posición y presión de un diente adyacente, la densidad del hueso que lo cubre, inflamaciones crónicas -- continuadas con su resultante, una membrana mucosa muy densa, falta de espacio en maxilares poco desarrollados, indebida retención

de los dientes primarios, pérdida prematura de la dentición primaria, enfermedades adquiridas tales como necrosis debida a infección o absceso, cambios inflamatorios en el hueso por enfermedades exánthemáticas en los niños.

Causas Sistémicas de Retención

Las retenciones se encuentran, a veces, donde no existen condiciones locales presentes, En estos casos hay, según Berger:

A. Causas Prenatales:

- 1.- Herencia
- 2.- Mezcla de razas

B. Causas Posnatales: todas aquellas que puedan interferir en el desarrollo del niño, tales como:

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

C. Condiciones Excepcionales:

- 1.- Disostosis Cleidocraneal
- 2.- Oxicefalia
- 3.- Progeria
- 4.- Acondroplasia
- 5.- Paladar fisurado

Disostosis Cleidocraneal. Es una condición congénita muy rara, en la cual existe osificación defectuosa de los huesos cranea-

les, ausencia completa o parcial de las clavículas, recambio dentario retardado, dientes permanentes no erupcionados y dientes supernumerarios rudimentarios.

Oxicefalia. Es la llamada cabeza cónica, en la cual la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

Progeria. Representa envejecimiento prematuro. Es una forma de infantilismo caracterizada por estatura pequeña, ausencia de vello facial y púbico, piel arrugada, cabello gris y el aspecto facial, actitudes y maneras propias del anciano.

Acondroplasia. Es una enfermedad del esqueleto que empieza en la vida feral y produce una forma de enanismo. En estas condiciones el cartilago no se desarrolla normalmente.

Paladar Fisurado. Es una malformación que se manifiesta por una fisura congénita en la línea media.

Las mismas causas locales o generales pueden ser el factor etiológico de dientes en malposición o no erupcionados.

Se ha observado que los dientes retenidos se presentan en el siguiente orden de frecuencia:

- 1.- Terceros molares superiores
- 2.- Terceros molares inferiores
- 3.- Caninos superiores
- 4.- Premolares inferiores
- 5.- Caninos inferiores
- 6.- Premolares superiores
- 7.- Incisivos centrales superiores
- 8.- Incisivos laterales superiores

Los dientes retenidos, no erupcionados ó en malposición, pueden ser extrídos a causa de la presencia de infecciones, reabsor -

ción patológica de los dientes adyacentes y estructura ósea bloqueada, como se puede apreciar en los quistes y tumores; dolor, fracturas y otras complicaciones.

Infecciones. Entre las complicaciones que requieren extracción de los dientes retenidos pueden mencionarse las siguientes: - pericoronitis infecciosa, absceso alveolares crónicos o agudos, osteítis supurativa crónica, necrosis, osteomielitis.

Dolor. El dolor puede ser reflejo no solamente en las zonas de distribución de los nervios interesados sino también en los plexos nerviosos asociados, y regiones más alejadas; a menudo, el dolor se refleja en el oído.

El dolor puede ser ligero y localizado en el área inmediata al diente retenido. Puede ser grave, y aun agudísimo e incluir todos los dientes superiores e inferiores, en el lado afectado, el oído y la zona posauricular, cualquier parte atravezada por el nervio trigémino o aún toda la zona inervada por este nervio. Esto incluye el dolor temporal. El dolor puede ser intermitente, constante o periódico.

Fracturas. La frecuencia con que se producen las fracturas del maxilar inferior al nivel de zonas ocupadas por dientes retenidos, demuestra que éstos son un factor de debilitamiento a causa de desplazamiento de hueso.

Los dientes retenidos son cuerpos en malposición y como tales son fuentes potenciales de otras complicaciones, las cuales, aunque no raras, se encuentran con menor frecuencia que las ya mencionadas. Estas pueden ser: Sonido tintinante, subbante del oído (tinnitus aurium). Otitis, afecciones de los ojos.

TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

Para clasificar los terceros molares inferiores retenidos, el operador debe establecer su posición anatómica por medio de un exámen radiográfico cuidadoso. Las radiografías necesarias para establecer la verdadera posición anatómica no disorsionada del tercer molar inferior retenido son: radiografías intrabucales periapicales, oclusales, de aleta mordible y extrabucales laterales.

CLASIFICACION

La siguiente clasificación de terceros molares inferiores retenidos es sugerida por Pell y Gregory.

A. Relación del diente con la rama ascendente del maxilar inferior y el segundo molar:

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

Clase III Todo ó 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 al nivel de la línea oclusal ó por encima de ella.

Posición B

La porción más alta del diente está por debajo del plano oclusal, pero por 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.

Pueden presentarse en: Desviación vestibular, Desviación lingual, Torsión. (fig. 5.1)

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

TECNICA QUIRURGICA

La extracción de terceros molares inferiores retenidos es un procedimiento quirúrgico complicado que incluye los tejidos blandos, músculos y parte del hueso más duro del esqueleto. La zona de operación es muy restringida y de difícil acceso. Hay que mantener estricta 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 primeros.

Se debe determinar si las radiografías muestran el tamaño exacto y completo, no alargado y tampoco acortado, y la forma del diente, también el número, tamaño y curvatura de las raíces y la proximidad de las raíces o corona del diente adyacente o estructuras vitales.

Se clasifica la retención.

Se establece la relación vestibulolingual del diente por medio de la radiografía oclusal.

Se examina la relación con el conducto dentario inferior con la posición de las raíces.

Se debe tener un bosquejo de la extensión del colgajo por realizar teniendo en 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.

Debe incidirse la forma en que el diente retenido será extruido, que puede ser por: a) seccionamiento del diente, b) una combinación de remoción ósea y división dentaria, ó c) solamente por -- exéresis del hueso vecino.

Se determina la mejor dirección para elevar el diente retenido y los instrumentos necesario para lograr resultados satisfactorios con un trauma mínimo.

Los factores que pueden complicar la técnica operatoria son los siguientes:

- 1.- Curvatura anormal de la raíz.
- 2.- Hipercementosis
- 3.- Proximidad al conducto dentario
- 4.- Gran densidad ósea, especialmente en los pacientes seniles.

5.- Espacio folicular lleno de hueso, lo que se observa con mayor frecuencia en pacientes mayores de 25 años.

6.- Dientes anquilosados.

7.- Acceso difícil al campo operatorio causado por:

a) Músculo orbicular de los labios pequeño.

b) Incapacidad para abrir bien la boca.

c) Lengua grande e incontrolable.

Impactación Mesioangular en Maxilar Inferior.

Antes de la extracción se prepara al paciente con la administración de un anestésico local.

Se hace una incisión en los tejidos distales al segundo molar, con el bisturí. Es importante palpar los tejidos antes de la incisión para mantener ésta sobre el hueso. La rama vertical del maxilar inferior se ensancha hacia afuera, y por lo tanto una incisión distal recta puede extenderse dentro de los tejidos que quedan por dentro del maxilar inferior y contienen estructuras anatómicas importantes. Una regla segura a seguir es colocar la incisión por detrás de la cúspide bucal del segundo molar, siguiendo el hueso subyacente, que puede ensancharse hacia afuera.

La segunda línea de la incisión se hace verticalmente a partir de la primera incisión en su unión con la cúspide distobucal, extendiéndose hacia abajo y hacia adelante hasta los tejidos bucales sobre la raíz mesial del segundo molar.

El colgajo mucoperióstico se eleva cuidadosamente con una cureta afilada empezando con la incisión vertical, donde el periostio no está unido al hueso. El instrumento se mueve hacia atrás y hacia el reborde alveolar. Cuando el sitio operatorio está ampliamente expuesto, se coloca un separador apropiado bajo el colgajo y

se mantiene contra el hueso.

La osisección se inicia en forma vertical, paralela a la raíz distal del segundo molar y justo detrás de ella. La incisión ósea tendrá la longitud dependiendo de la profundidad necesaria para -- llegar bajo la corona de esmalte del diente impactado, según se observe en la radiografía preoperatoria.

Se hacen otros cortes horizontales según sea necesario para - exponer la corona.

Se revisan dos puntos con la cureta pequeña. El hueso sobre la superficie distal o superior de la impactación debe eliminarse, a manera de poder extraer la corona después de dividir. El hueso en la unión de los cortes horizontal y vertical deberá extirparse lo suficiente para permitir que la cureta entre en el tejido esponjoso bajo la corona impactada. Si alguno de estos dos puntos de revisión resulta insatisfactorio, se extirpa aún más hueso.

Se secciona el diente. Se coloca un cincel en el surco bucal se dirige distalmente hacia el cuello anatómico distal del diente, (no lingualmente, lo que podría fracturar la placa cortical lin - l) y se le golpea con fuerza. El diente frecuentemente se dividirá al primer intento. La porción distal seccionada de la corona se levanta de la herida.

Se coloca un elevador en punta de lanza, biangulado, bajo la corona y se hace movimiento hacia arriba. El borde superior de este elevador es la porción del instrumento que levanta el diente.

Cuando el diente se mueva, estará forzado al movimiento en el arco. Cuando se haya movido hacia arriba y distalmente hasta un - punto en que el instrumento no pueda ya mantener contacto con él, se hace rotar aquél de manera que el borde inferior termine la extracción del diente. La rotación temprana a veces fracturará la raíz y

puede hacerse peligrar el segundo molar.

Frecuentemente, el diente se moverá hacia arriba, lo suficientemente lejos para no tocar el segundo molar, pero no rotará distalmente. Ahora está en posición vertical, separado del segundo molar lo suficientemente para perder la ventaja mecánica del elevador colocado entre los dientes. Un elevador Winter largo colocado en la bifurcación de la raíz, con la placa cortical bucal usada como apoyo, elevará este diente y lo sacará de la herida (fig. 5.1).

Los fragmentos óseos se levantan de la herida con una cureta pequeña. Se concede atención especial a las astillas alojadas bajo el colgajo en bucal al segundo molar. Los restos de tejido blando en el alvéolo (tejido de granulación, folículo de erupción) se extraen cuidadosamente por disección roma o cortante. Se evita raspar fuertemente en las profundidades de la herida en donde yacen el nervio dentario inferior y vasos correspondiente. Los bordes de la herida ósea se alisan con la cureta. Se coloca un pequeño fragmento de una tableta de sulfonamida en la herida del paciente, si éste no presenta sensibilidad a este medicamento, en el interrogatorio preoperatorio.

Se coloca una sutura sobre el alvéolo del lado lingual a bucal. Esto viola la regla quirúrgica de suturar el colgajo libre al colgajo fijo, pero parece ser más sencillo, porque el separador se retira de la herida hasta haber recuperado la aguja la profundidad de la herida. Se usa una aguja cortante redonda y seda o catgut. Generalmente es suficiente un punto de sutura. El corte vertical casi nunca se cierra. Se coloca una compresa de gasa sobre el área.

Impactación Horizontal en Maxilar Inferior.

La impactación ó impacción horizontal situada a bajo nivel de

la punta del segundo molar (fig. 5.2). Los cortes horizontales deberán ser suficientes para exponer el cuello anatómico del diente. La descripción clásica de la extracción de ese diente incluye una división en el cuello anatómico para separar la corona de la raíz. Esto puede lograrse con un cincel afilado. Sin embargo, la fresa es especialmente eficaz para este procedimiento, siempre que existan fresas quirúrgicas y pieza de mano estériles.

Se secciona la cúspide superior (distal) y la cúspide inferior (mesial), que no pueda extraerse en ese momento por el impacto recibido por el cincel que se ha colocado en el surco bucal, dirigiéndolo hacia atrás y hacia arriba y tan poco lingualmente como lo permita el acceso. La porción distal de la corona se ha dividido y se puede eliminar. Se coloca entonces el cincel en el mismo sitio dirigido hacia atrás y abajo, dividiendo la porción mesial. Si los ángulos de las secciones han sido suficientemente anchos, puede existir suficiente espacio para extraer el diente en impacción, siempre que se haya eliminado suficiente hueso sobre la cresta del reborde. Se dirige entonces la atención a esa área. Si se lleva a cabo toda la osisección antes de intentar seccionar, el diente puede aflojarse ligeramente, y un diente flojo en su lecho es difícil de dividir. Se secciona en cuanto se logra acceso a la corona, incluso si las partes no pueden retirarse, y después se lleva a cabo la osisección ulterior.

Puede hacerse otra división en dirección casi vertical (hacia abajo) en ese momento (fig. 5.2). La superficie de dentina expuesta, puede dividirse más fácilmente que el esmalte, y si se expone la cámara pulpar, es aún más fácil obtener una división.

Se extraen los diversos fragmentos dentales superficiales. Si

el corte óseo vertical se ha hecho lo suficientemente profundo para lograr el acceso del elevador y se ha eliminado suficiente hueso de la cresta alveolar, la porción radicular puede extraerse con elevador, seccionando, o no, aún más de la raíz. No debe usarse presión fuerte. Debe seguirse seccionando el diente o el hueso hasta poder retirar la impacción con relativa facilidad. La porción mesial de la corona se extrae en último lugar. Se efectúa cierre primario después de hacer cuidadoso desbridamiento.

Impactación Vertical en Maxilar Inferior.

La extracción de la impacción vertical es una de las operaciones más difíciles debido a la dificultad de colocar un instrumento entre el segundo molar y el tercer molar impactado inmediatamente adyacente. Este espacio es demasiado pequeño para eliminación ósea adecuada.

Se expone el área a la vista bajo un gran colgajo mucoperiostico. Se hace un corte óseo vertical y largo para exponer cuando menos el cuello anatómico del diente impactado. Se elimina hueso por detrás de la impacción (en forma distal a ella) y también sobre la superficie oclusal. Se logra hacer una grieta casi vertical desde el surco bucal a través de la porción distal del diente bajo el cuello anatómico (fig. 5.3). Esta porción se elimina. Se fuerza un elevador delgado en punta de lanza entre los dientes, si es posible, y se eleva el diente. Si no es posible lograr acceso, un elevador más grueso puede empotrar el área de bifurcación en el lado bucal, y puede ejercerse fuerza recta hacia arriba.

Impactación Distoangular en Maxilar Inferior.

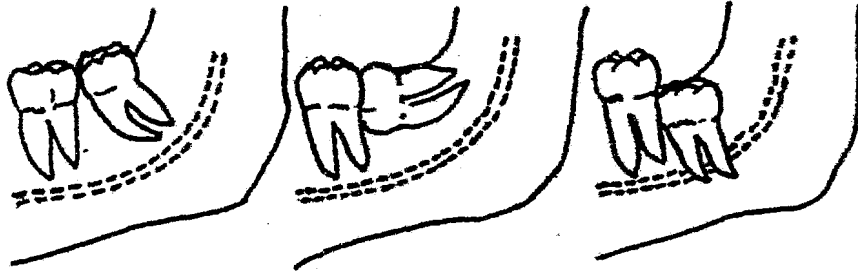
La impacción distoangular es difícil de extraer, porque su masa queda en la rama vertical. La corona de la impacción está si-

tuada lejos del segundo molar, lo que hace que no haya ventaja mecánica para el elevador.

Se eleva un colgajo mucoperiostico amplio, y se hacen los cortes óseos corrientes vertical y horizontal. Se secciona el diente en dirección vertical (fig. 5.4). Según la curvatura de las raíces, la masa mesial del diente se mueve primero hacia arriba mediante el elevador en punta de lanza, colocado en el lado mesial del diente, o con el elevador colocado en el área de bifurcación. A veces la porción distal de la corona seccionada puede disecarse fuera del hueso en primer lugar. El diente entonces se hace rotar distalmente en el espacio creado. Frecuentemente es útil seccionar la corona, dividir la raíz en casos factibles y extraer las porciones radiculares separadas.

En las operaciones para extraer dientes impactados inferiores deberán observarse varios factores de cautela. La fuerza aplicada con elevadores deberá ser siempre controlada, así como mínima. En algunas situaciones especiales será necesario usar fuerza mayor que la normal, especialmente al forzar un elevador entre dos dientes colocados muy cerca uno del otro. Ciertos operadores usan más fuerza que otros. Sin embargo, es mejor hacer secciones múltiples del diente y extraer los bloques óseos antes de tratar de elevar el diente. Muchas impactaciones bien preparadas, incluso a bajo nivel, podrán extraerse con una cureta pequeña en lugar de un elevador pesado. El hueso que ha resultado excesivamente traumatizado deberá extraerse con fresa quirúrgica y lima para hueso después de haber extraído el diente.

CLASE I

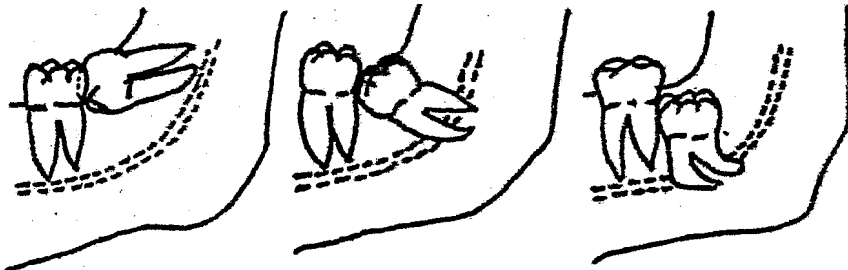


Mesoangular

Horizontal

Vertical

CLASE II

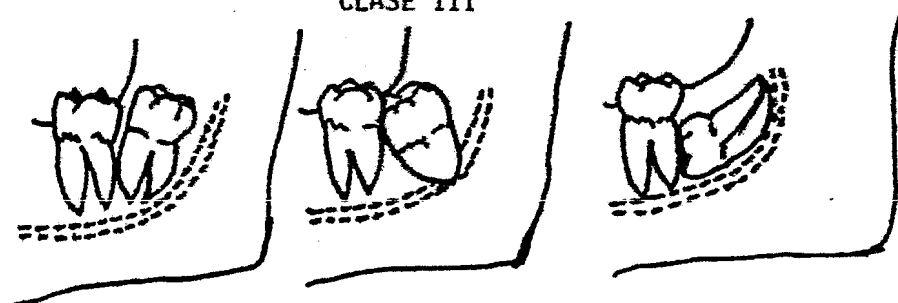


Horizontal

Mesoangular

Cervical

CLASE III



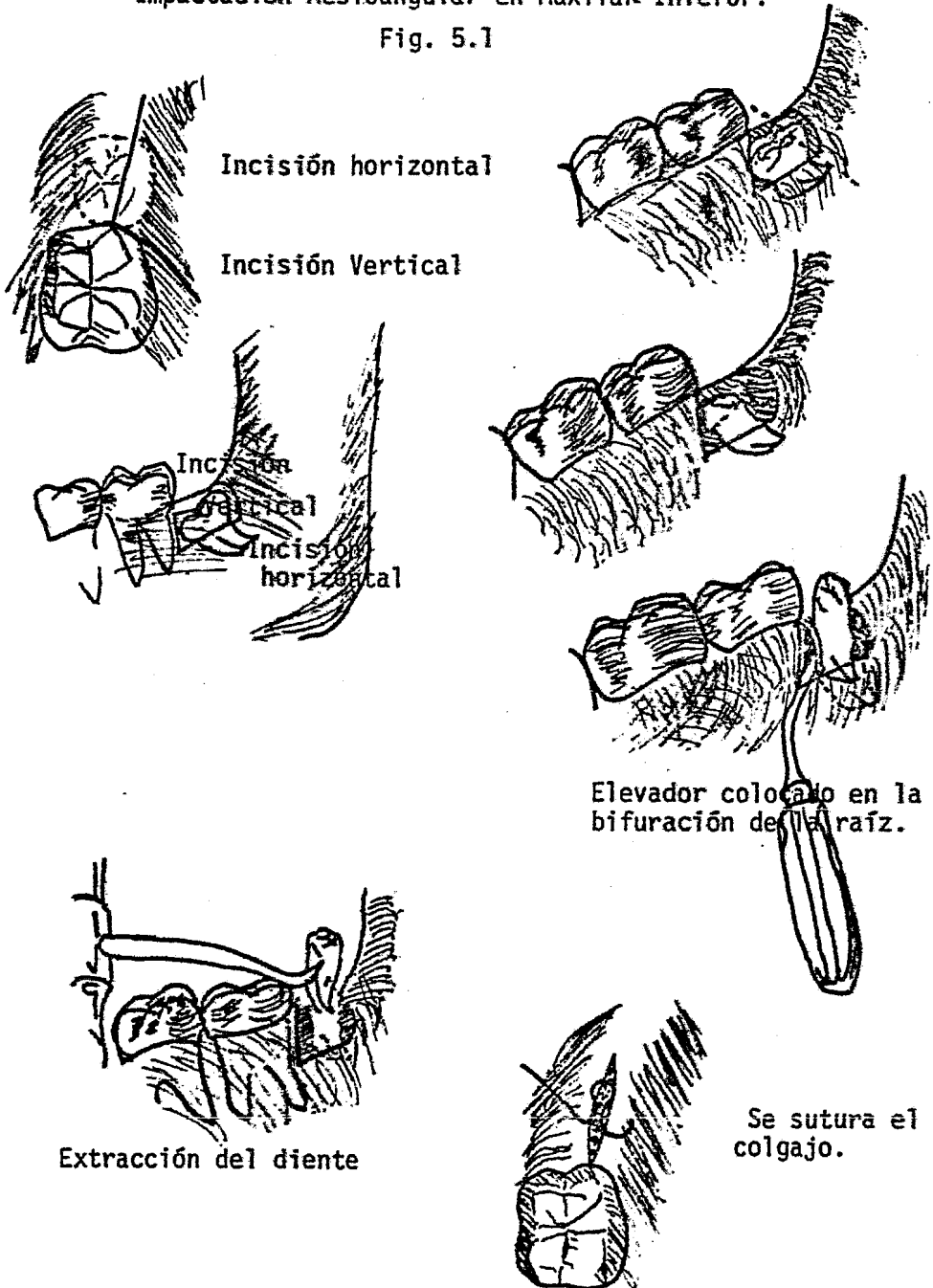
Distoangular

Mesoangular

Horizontal

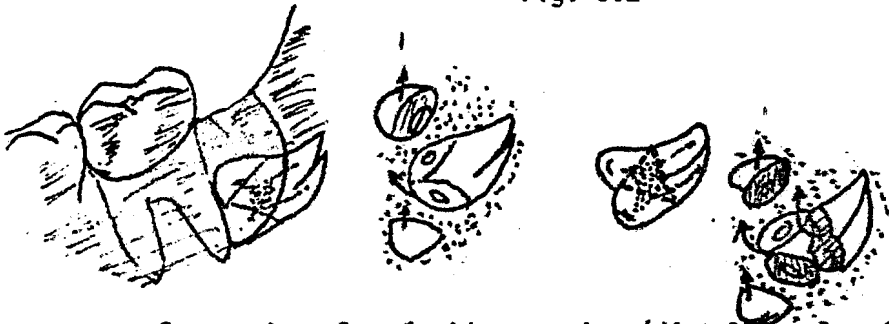
Impactación Mesioangular en Maxilar Inferor.

Fig. 5.1



Impactación Horizontal en Maxilar Inferior.

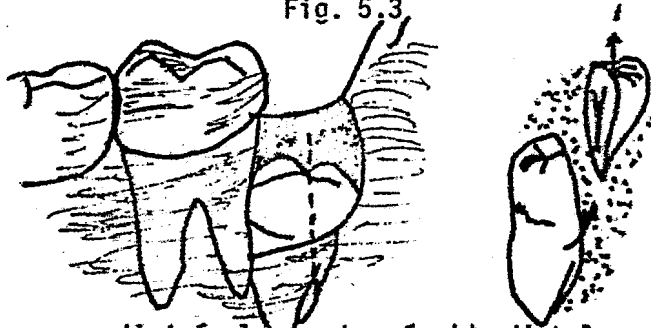
Fig. 5.2



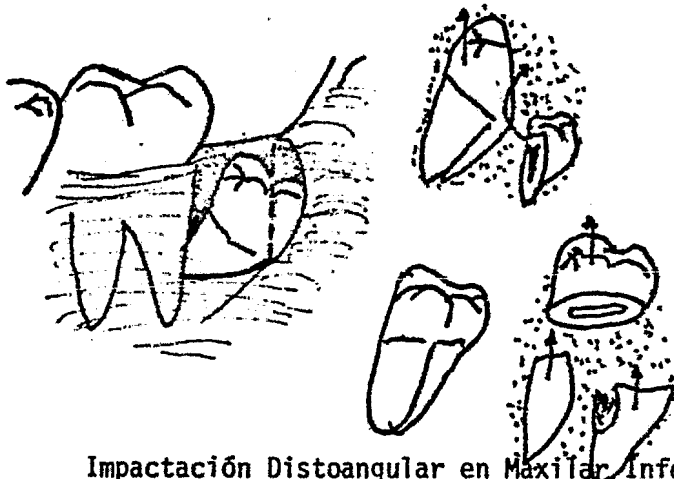
Se secciona la cúspide superior, (distal), y la cúspide inferior (mesial), El fragmento coronario se extrae primero seguido por la protuberancia del diente y por último el fragmento coronario inferior.

Impactación Vertical en Maxilar Inferior

Fig. 5.3



Se hace una división larga. La cúspide distal se extrae primero, el paso siguiente es la elevación del diente.



Impactación Distoangular en Maxilar Inferior

Los Terceros Molares Superiores Retenidos, pueden presentarse en posición anatómica diversa, variaciones que complican materialmente su extracción y aumentan la posibilidad de complicaciones operatorias y posoperatorias.

Clasificación de los Terceros Molares Superiores Retenidos:

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

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

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

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

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

- 1.- Vertical
- 2.- Horizontal
- 3.- Mesioangular
- 4.- Distoangular
- 5.- Invertida
- 6.- Vestibuloangular
- 7.- Linguoangular

Estos suelen presentarse simultáneamente en: a) desviación vesti

bular, b) desviación lingual, c) torsión.

C. Relación del Tercer Molar Superior retenido con el seno - Maxilar.

Aproximación Sinusal (A.S.): no hay hueso ó hay una ;
pequeña lámina de hueso, entre el tercer molar supe
rior retenido y el seno maxilar, conocida como Apro
ximación Seno Maxilar.

Extracción Quirúrgica de Terceros Molares Superiores Retenidos.

Se realiza un exámen visual y digital de los tejidos blandos,
duros y dientes adyacentes y/o sobrepuestos al diente retenido!

Se deben estudiar las radiografías del diente por extraer, -
los tejidos vecinos y dientes adyacentes.

Se clasifica el tipo de retención o impacción.

Los factores que complican la técnica operatoria para la ex -
tracción quirúrgica de las impacciones superiores son:

- 1.- Proximidad del seno maxilar
- 2.- Curvatura radicular anormal
- 3.- Hiper cementosis
- 4.- Proximidad del hueso cigomático
- 5.- Densidad ósea extrema
- 6.- Espacio folicular lleno con hueso (pacientes seniles)
- 7.- Dificultad de acceso al sitio operatorio, a causa del mús-
culo orbicular de los labios ó incapacidad para abrir la -
boca ampliamente.

Impactación Mesioangular en Maxilar Superior.

Para extraer los terceros molares superiores impactados, se ha
ce la incisión desde atrás de la tuberosidad en el surco hamular,

con un bisturí de hoja nNo. 12.

La mucosa que recubre la tuberosidad es incidida, desde la porción más distal de la tuberosidad hacia adelante, hasta que se llega al punto medio de la superficie distal del segundo molar superior.

Se continúa la incisión por vestibular, alrededor del cuello del segundo molar, hasta el espacio proximal entre el primero y segundo molares, y después hacia el fondo de surco mucovestibular, en un ángulo de cuarenta y cinco grados. La porción de la mucosa que recubre la corona del diente retenido se desprende y se separa con el periostotómo, lo cual da acceso adecuado al hueso.

En un tercer molar superior retenido, el hueso que lo recubre no es generalmente muy denso, pudiendo ser fácilmente extirpado -- con gubias para exponer así la corona del diente. En esta operación hay que tener cuidado de no presionar y empujar por inadvertencia el diente dentro del seno maxilar o fosa pterigomaxilar. A causa de este peligro, la técnica de seccionamiento no es aplicable ó no es necesaria para la extracción de terceros molares superiores peiores impactados.

Después que el hueso vecino ha sido eliminado y expuesta la corona del diente retenido, se elimina hueso suficiente para exponer el ecuador de la corona del diente retenido.

Una vez obtenido suficiente espacio entre el ecuador del diente retenido y el hueso, como para permitir la introducción de un elevador, de modo que la punta de éste pueda ser colocada debajo de corona, cerca del borde gingival, en el ángulo mesiovestibular, el diente retenido se levanta de su lecho por medio de elevadores, -- los más usuales en ésta técnica son los de Miller 73 y 74.

Se inserta un elevador apropiado, debajo de la corona, a la altura del cuello del diente, y usando la cortical vestibular como punto de apoyo, el diente se eleva de su lecho hacia vestibular y distal.

Se debe tener cuidado de que el elevador esté colocado debajo de la corona y al nivel del punto más alto de la ventana labrada en el hueso, y de que la presión sea hacia vestibular y distal. Esto es para evitar que el diente retenido sea forzado al seno maxilar o a la fosa pteriomaxilar.

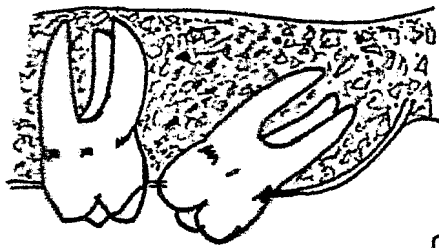
Para la extracción de dientes retenidos, lo más importante es la abertura adecuada, que significa la eliminación del hueso que recubre y rodea el diente más allá de la altura del contorno de la corona.

Debe haber espacio suficiente, para pasar la punta de un elevador por debajo de la corona y entre ésta y el hueso que lo rodea.

TRATAMIENTO PRE Y POSOPERATORIO

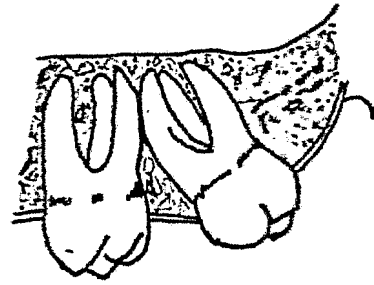
El tratamiento preoperatorio es administrar algún tipo de sedante si el cirujano lo cree conveniente.

El tratamiento posterior a la intervención quirúrgica es la cobertura antiinflamatoria, de acuerdo al criterio del operador, - será administrada la dosis correspondiente a cada caso. Así como la administración de antibióticos o una combinación de los dos.



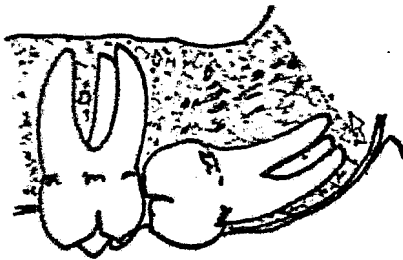
Mesioangular N.S.A.

(74)



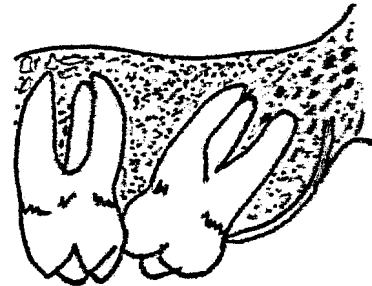
Distoangular N.S.A.

CLASE I

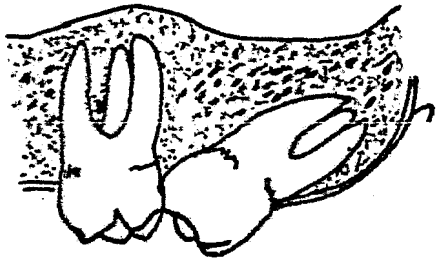


Horizontal N.S.A.

CLASE I

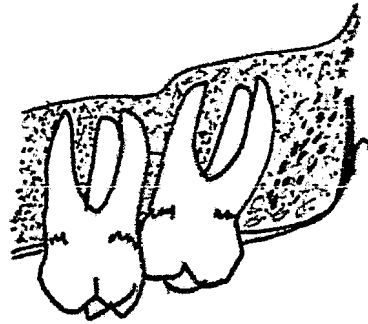


Mesioangular N.S.A.

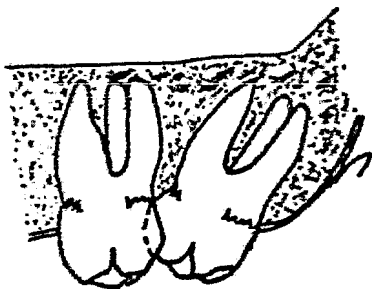


Horizontal N.S.A.

CLASE I

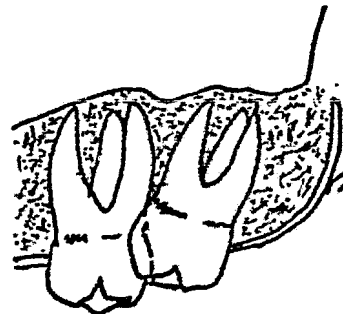


Vertical N.S.A.

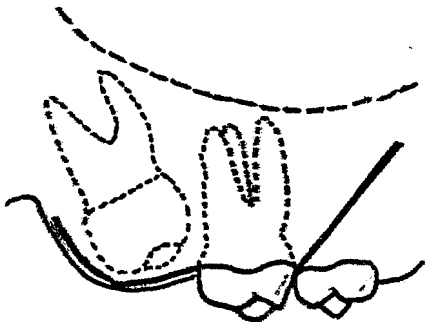


Mesioangular N.S.A.
(desviación lingual)

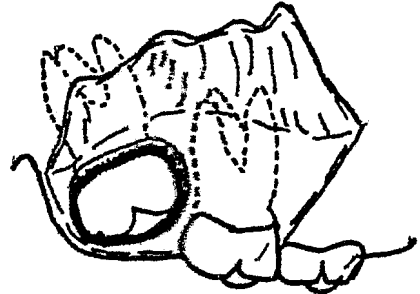
CLASE II



Mesioangular S.A.
(desviación vestibular)



A



B

Fig. 5.6
Impactación Mesioangular de Tercer
Molar Superior.

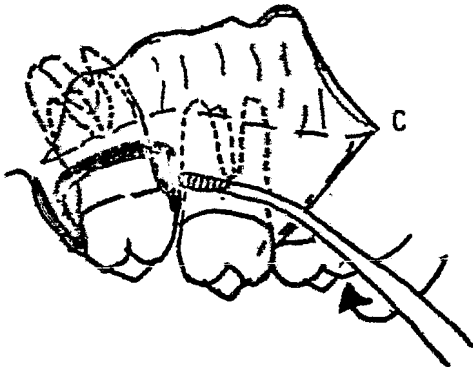
A. Incisión, comienza en la fisura pterigopalatina entre las superficies vestibular y palatina de la tuberosidad, continuando por ella hasta el punto medio distal del segundo molar, y posteriormente alrededor del cuello del segundo molar y hacia el surco.

B. Elevación del colgajo, eliminando hueso vestibular y oclusal -

C. Se usa como punto de apoyo la cortical vestibular sobre el segundo molar, y con un elevador insertado debajo de la corona, se presiona hacia vestibular y hacia oclusal.

D. El colgajo se sutura:

- 1.- Sobre la tuberosidad
- 2.- Sutura difícil de realizar
- 3.- Sutura a través del espacio interproximal



"CANINOS INCLUIDOS"

DEFINICION

La extracción quirúrgica de un canino retenido profundamente - en posición horizontal en el paladar, y en estrecha relación con el seno maxilar, cavidad nasal, ó ambas, es uno de los procedimientos quirúrgicos más difíciles de realizar en la cavidad bucal.

El promedio de los caninos retenidos presenta mayores dificultades que los terceros molares inferiores retenidos. Por "promedio" se entiende los casos menos difíciles de cada tipo de retención.

ETIOLOGIA

Además de los factores etiológicos generales responsables de los dientes retenidos, hay otros factores etiológicos causantes de la retención de los caninos superiores. En el estudio de Dewell son los siguientes:

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

2.- La mucosa que cubre el tercio anterior del paladar está sujeta a repetidos esfuerzos y presiones durante la masticación, por lo cual se vuelve gruesa, densa y resistente. Está adherida más firmemente a la estructura ósea que ningún otro tejido blando de la cavidad bucal.

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

Cuanto más grande es la distancia que un diente debe recorrer

desde su punto de desarrollo hasta la oclusión normal, tanto mayor es son las posibilidades de que se desvíe su curso normal y se produzca la retención consiguiente. El canino debe recorrer la distancia mayor de todos los dientes para llegar a la completa oclusión. Es igualmente cierto que cuanto menor es la distancia que un diente debe recorrer, tanto menores son las posibilidades de retención. Los primeros molares permanentes son los que recorren la distancia más corta y los que rara vez son retenidos.

Durante el desarrollo, la corona de los caninos permanente está colocada por lingual del largo ápice de la raíz del canino primario. Cualquier cambio en la posición o condición de éste último causado por caries, o pérdida prematura de los molares primarios, se refleja a lo largo de su altura completa, hasta el extremo de la raíz, pudiendo causar fácilmente una desviación en la posición y dirección de crecimiento del germen del canino permanente.

Reabsorción retardada de las raíces de los caninos primarios.

Los caninos son los últimos dientes en erupcionar por lo cual están expuestos a las influencias ambientales desfavorables'

Los caninos erupcionan entre dientes que ya están en oclusión y entran en competencia, por el espacio, con los segundos molares, generalmente también en erupción.

El canino está precedido por un canino primario, cuyo diámetro mesiodistal es mucho menor que el permanente.

Por consecuencia de estos factores, el canino es el tercero en frecuencia de los dientes retenidos.

Se ha demostrado que los caninos superiores retenidos son veinte veces más frecuentes que los inferiores.

La retención por palatino es tres veces más frecuentes que por vestibular.

La gran mayoría de los casos de retención se encuentra en las mujeres, a causa de que los huesos del cráneo y los maxilares son, término medio, más pequeños que en el hombre. El canino inferior, en contraste con el superior, presenta menos retenciones, y cuando se presenta lo hace, generalmente, por vestibular, y muy rara vez por lingual.

Como ya se ha mencionado, los caninos retenidos se encuentran en el maxilar superior, en posición veinte veces más que en el inferior. No se ha podido explicar la causa de la frecuencia mayor - en el maxilar superior con respecto al maxilar inferior, aún cuando los factores etiológicos son los mismos.

Con respecto al sitio de localización, es tres veces mayor -- por palatino que por vestibular. En el maxilar superior se presentan, generalmente en rotación sobre su eje longitudinal y en posición oblicua. Con frecuencia, se presentan en posición horizontal.

Los caninos inferiores retenidos muy rara vez se presentan en posición horizontal o en el lado lingual del arco.

Los caninos aberrantes se encuentran entre el primero y segundo premolar, en la nariz, en el seno maxilar, en la órbita, en el labio, debajo de la lengua y debajo del mentón.

Es importante que la posición de un canino retenido sea cuidadosamente determinada antes de la operación. Esto se decide mejor por un exámen radiográfico completo, estas radiografías deberán ser estudiadas e interpretadas correctamente. Por desgracia, - rara vez ellos revelan la curvatura apical marcada que está presente. La radiografía puede surgir que la raíz de los caninos localizados palatinamente pase a través del reborde alveolar finalizando en la cortical ósea vestibular. Es de lamentar que aún la imagen -

oclusal sea a menudo de escaso valor para deteminar esta posibilidad, o no. Deberá decidirse, por fin, cuándo la corona y una parte de la raíz sean expuestos en la intervención para la extracción.

Existen, sin embargo, algunos indicios que pueden investigarse:

Puede haber bulto bien evidente sobre el paladar.

Por palpación, el bulto o prominencia puede sentirse sobre el lado vestibular del maxilar.

En las retenciones vestibulares, en las cuales la corona del canino está en contacto con el tercio apical de la raíz del incisivo lateral desviar la porción apical de la raíz del lateral hacia lingual y la corona hacia vestibular. En las retenciones horizontales en que la corona del canino está en contacto con el tercio medio o gingival del incisivo lateral, también la corona del lateral es movilizada hacia vestibular. El movimiento de la corona del incisivo lateral puede usarse como guía solamente, controlando con cuidado todos los demás indicios de diagnóstico.

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 las raíces 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

lar y 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.

Clasificación de los Caninos Superiores Retenidos.

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 palati-
no y vestibular, ejemplo: la corona está en el paladar y la raíz pa-
sa entre las raíces de los dientes adyacentes terminando en ángulo
agudo sobre la superficie vestibular del maxilar superior.

Clase IV: Caninos retenidos localizados en la superficie -
alveolar entre el incisivo y el primer premolar en posición verti-
cal.

Clase V: Caninos retenidos localizados en un maxilar supe-
rior desdentado.

Cuando el canino puede ser llevado a posición normal, por procedimientos quirúrgicos o combinación de cirugía y ortodoncia in - clusive a edad temprana, no deberá ser extraído.

Factores que complican la extracción de los caninos superio - res retenidos.

En razón de la proximidad de la corona o raíz de los caninos retenidos a los dientes adyacentes (centrales, laterales, premolares), hay mucho peligro de lesionarlos y afectar también las estruc - turas vitales en el área de la intervención.

En gran porcentaje de estas retenciones, la porción radicular está separada del seno maxilar y cavidad nasal por una delgada pared de hueso, y en algunos casos solamente por el epitelio ciliado que lo reviste. Por ésta razón, la posibilidad de formar la raíz - del canino dentro del seno maxilar, durante la extracción secciona - da de un canino, debe tenerse siempre presente. Con bastante frecu - encia se han producido aberturas de variable tamaño, en el seno - maxilar. Debe observarse rígida asepsia, pues de otro modo podría sobrevenir una infección aguda del seno maxilar; en cambio, con una estricta asepsia, estas perforaciones accidentales de la membrana - sinusal no traerán infección. Cuando el colgajo mucoso se coloca - en su lugar y se sutura, manteniéndolo en contacto con el hueso palatino, por varias horas, por medio de apósitos de gasa, la cicatriza - ción tiene lugar sin complicaciones.

Muchas de las raíces de los caninos retenidos tienen una pro - nunciación en la curvatura del tercio apical, en la mayoría de los casos en ángulo recto.

Con frecuencia, la corona está sobre el paladar y la raíz sobre los ápices de los premolares (Clase III)., o aún sobre la super

ficie vestibular del maxilar superior.

TECNICA QUIRURGICA

El plan operatorio consiste en: Estudio cuidadoso de las radiografías, para determinar la posición y relaciones con los otros dientes y con el seno maxilar.

2.- Clasificación de la retención.

3.- Determinación del tipo de colgajo.

4.- Decidir si el seccionamiento del diente facilitará su extracción y al mismo tiempo la conservación del hueso.

Con un bisturí de hoja No. 12 se seccionan los tejidos linguales alrededor del cuello de los dientes, desde lingual del incisivo central superior y hasta distal del segundo premolar.

Con un bisturí de hoja No. 15, y a partir de la cresta de la papila interdental, en lingual, entre los dos incisivos centrales, se hace una incisión longitudinal por el centro del paladar, en una extensión de 4 cm. Esta incisión atraviesa el conducto nasopalatino o incisivo, y se produce algo de hemorragia, la cual se controla -- por presión con una gasa durante pocos minutos. Si así no frena la hemorragia, se empaqueta una pequeña tira de gasa yodoformada, en el conducto. Se separa el colgajo mucoso del paladar duro por medio de un periostotómo, hasta que la estructura ósea esté completamente expuesta. Se podrá apreciar una prominencia en el hueso, o la corona del canino.

Con una fresa quirúrgica de punta de laza, se hacen orificios en el hueso palatino, a una distancia de 3 mm. uno del otro, alrededor de la corona del diente retenido con cuidado de no lastimar las raíces de los dientes vecinos.

Por medio de una fresa se unen estos orificios y se saca este trozo de hueso, que cubre la corona. Se aumenta el tamaño de la abertura por medio de fresas, hasta que se aprecie completamente la corona.

La excepción a esta regla será el caso en el cual una porción de la corona del diente retenido está en contacto con las raíces - de los incisivos centrales, lateral o premolares. Si se exponen las raíces de éstos dientes, se lesionarán. En estos casos, se aumenta la abertura sobre el lado opuesto a la corona por medio de fresas - para hueso, o se corta la corona separando la raíz.

Después que se ha expuesto la corona del canino retenido por - palatino, se coloca el elevador apical, sobre cada lado de la corona, y con doble movimiento de elevación se trata de levantar el - - diente de su lecho. Hay que extremar los cuidados para no dañar los dientes vecinos.

Si no se tiene éxito en este primer intento, se agranda la - abertura y se repite el procedimiento por medio de los dos elevadores de la misma manera.

Si todavía no se ha extraído el canino, se puede optar por la utilización de una pinza para extracciones, con un movimiento rotatorio. El uso de esta pinza es muy ventajoso cuando la raíz del - diente retenido termina en un gancho. Si se emplean elevadores, probablemente se producirá una fractura de éste tipo de raíz.

Se efectúa la limpieza de todos los restos, eliminándose las - espículas de hueso que hallan quedado suavizándose los bordes del - alvéolo. Se remueve el folículo dentario, si está presente, se vuelve el colgajo a su sitio y se sutura (fig 6.2)

Se coloca un apósito de gasa sobre el paladar, al nivel de la superficie oclusal. Se adapta un bajalenguas de un largo que corres

ponda a la distancia entre la superficie vestibular de los premolares superiores derecho e izquierdo, y se redondea el extremo cortado. Se coloca esto sobre el apósito palatino, y se instuye al paciente para moderlo. Manteniéndolo en su sitio durante cuatro horas aproximadamente.

Existe otra técnica para la extracción de los caninos retenidos de la Clase I, está indicada cuando la punta de la corona del canino está en contacto con las raíces de los incisivos centrales 6 laterales.

Después que la corona del diente se ha expuesto parcialmente, se secciona con una fresa de fisura dentada grande. Esta pérdida de sustancia dentaria permite correr la corona hacia atrás, sin molestar los dientes bajo los cuales está apoyada.

Se realiza otro orificio en la raíz del diente, con una fresa. Se inserta la punta de un elevador apical en este orificio, se mueve la raíz hacia adelante, con el hueso palatino como punta de apoyo, y se extrae.

Se limpia el alvéolo, suturándose posteriormente el colgajo y se coloca un apósito de gasa de la manera descrita anteriormente.

Para realizar una extracción de los caninos de clase II, que son aquéllos que se localizan por la superficie vestibular, la técnica se describe a continuación.

Con una fresa de fisura se expone la corona, con la cortical como punto de apoyo, se colocan los elevadores apicales debajo de la corona y se eleva el diente de su alvéolo.

Si el hueso que cubre la raíz es grueso y denso, permite liberar el diente, y por la técnica anterior se corta a continuación la mitad de la corona con fresa de fisura dentada, se separa

ra la corona de la raíz y se elimina la corona. Se exponen varios - milímetros más de la superficie de la raíz, se realiza una perforación en ella colocando la punta del elevador en ella, y con punto - de apoyo en la cortical se mueve la raíz hacia el espacio creado -- por la extirpación de la corona. Se afronta el colgajo y se sutura.

Técnica para la extracción de los caninos retenidos de Clase III.

La corona está en el paladar, y la raíz, sobre vestibular.

Se realiza un colgajo vestibular semicircular, sobre la raíz.

Se expone la raíz por medio de eliminación de hueso, con fresas y escoplo.

La raíz se separa por medio de un escoplo afilado o fresa de fisura. Si se usa el escoplo, el golpe se debe dirigir hacia arriba para evitar la traumatización de las raíces vecinas.

Se eleva la raíz de su lecho.

Se hace el colgajo palatino y se quita completamente el hueso que cubre la corona para exponer la periferia.

Se coloca un instrumento como en contacto con el extremo radicular de la corona, a través de la cavidad vestibular, y se golpea con un martillo, sacando la corona de su sitio.

Se afrontan los colgajos a su lugar y se suturan.

Técnica para la extracción de los caninos retenidos en una - Boca Desdentada.

La incisión para el canino retenido por palatino se hace a - lo largo de la cresta y en el centro del paladar en una extensión - de cuatro cm. La técnica es la misma que ya se ha descrito. Sin em- bargo, no existe peligro de exponer o traumatizar las raíces de los dientes adyacentes.

Técnica para la extracción de los caninos bilaterales retenidos por el paladar.

La extracción de un canino ó ambos, al mismo tiempo depende de las dificultades del caso. Una retención bilateral simple en un adulto joven y sano puede ser efectuada al mismo tiempo. Si se trata de retenciones difíciles, será preferible hacerlas por separado. La técnica es la misma que se ha descrito.

El problema del tipo del colgajo se presenta en estos casos. Se realiza la incisión de manera que se haga el colgajo simple bilateralmente cortando el paquete vasculonervioso nasopalatino ó incisivo al entrar en el colgajo. Las relaciones de vasos y nervios se restablecen en pocas semanas. La provisión sanguínea colateral es adecuada para mantener la vitalidad del colgajo.

Es de suma importancia colocar y mantener un apósito palatino en estos casos, como ya se ha descrito previamente.

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 cuarenta y cinco grados hacia el borde inferior de la mandíbula. Muy rara vez se encuentran horizontalmente y cerca del lado lingual.

TECNICA QUIRURGICA

En todas las retenciones caninas inferiores se debe realizar incisiones para un colgajo amplio. Se levanta el colgajo y se cortan las inserciones musculares que estén localizadas en el área operativa.

Se realizan orificios a través de la cortical ósea vestibular alrededor de la corona, con fresas de punta de lanza. Debe tenerse cuidado de no cortar las raíces de los dientes adyacentes. Se elimina la cortical ósea con un escoplo o con una fresa de fisura dentada.

Se debe exponer por completo la corona mediante fresas óseas.

Se trata de luxar y remover el canino con elevadores, colocados debajo de la corona y se usa la cortical ósea vestibular como punto de apoyo.

Si la corona está, trabada se realiza una muesca y se corta la corona fuera del margen gingival.

Se expone más raíz y se realiza a continuación otra muesca -- sobre ella.

Se elimina la raíz con elevadores de barra cruzada, usando la cortical vestibular como punto de apoyo, y se eleva la raíz.

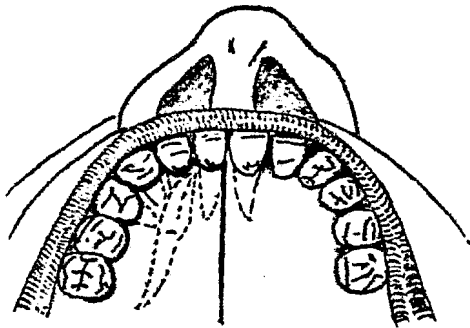
Se sutura el colgajo en posición con seda y una aguja atrumática.

TRATAMIENTO PRE Y POSOPERATORIO.

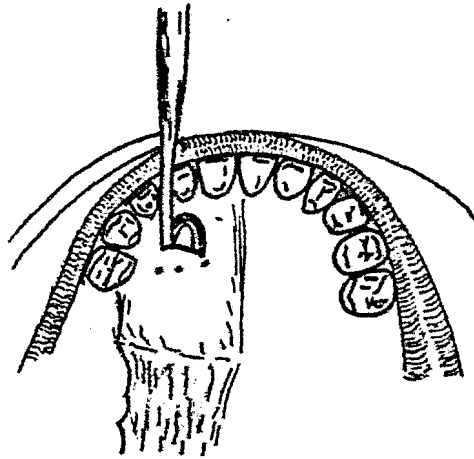
La administración de fármacos depende del criterio del cirujano, pudiéndose administrar sedantes antes de la intervención quirúrgica.

El tratamiento posterior a la cirugía consiste en la dosificación de analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos o una combinación de los dos últimos dependiendo de cada caso en particular y si el cirujano lo cree conveniente.

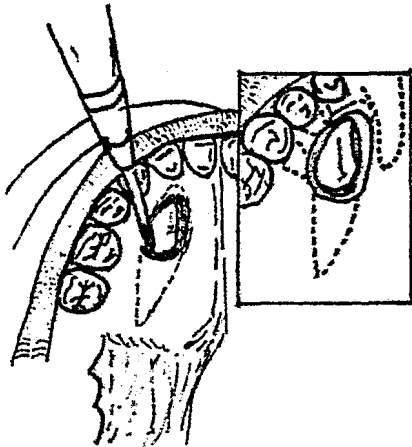
Fig. 6.2



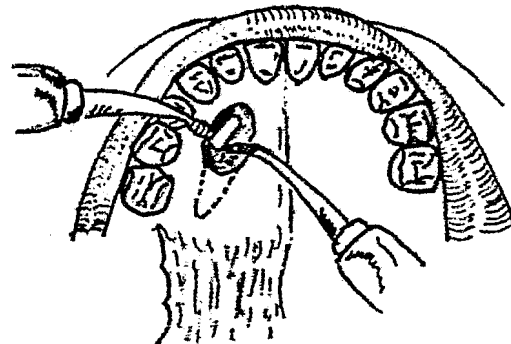
Incisión para el colgajo palatino



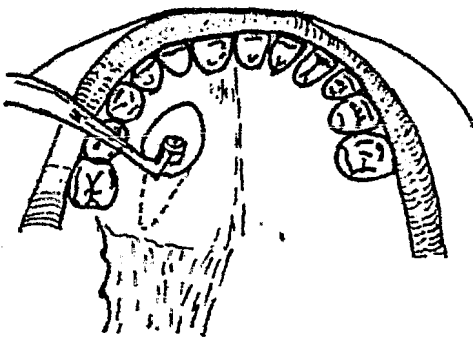
Resección ósea.



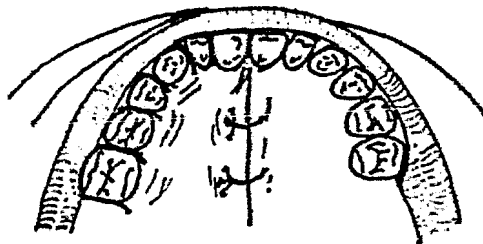
Con fresa de fisura se hace un surco.



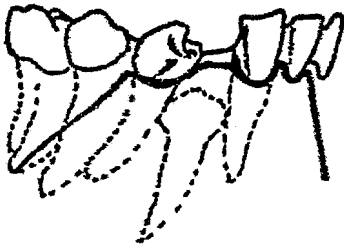
Se saca la corona con elevadores



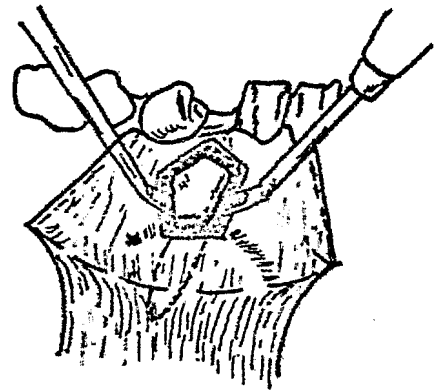
Eliminación de la raíz por medio de elevador.



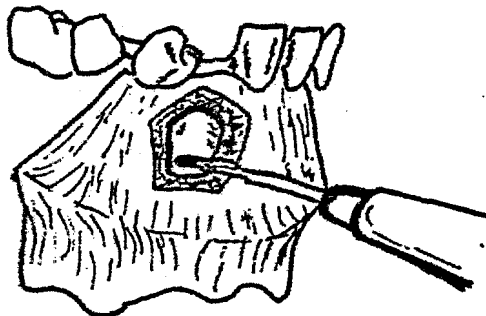
Sutura



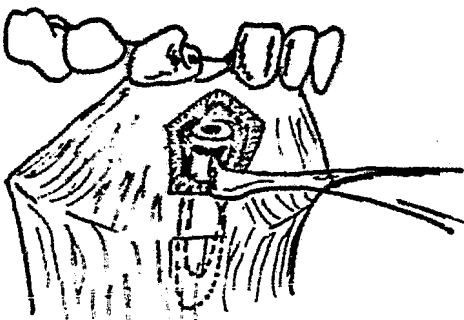
Delineamiento del colgajo



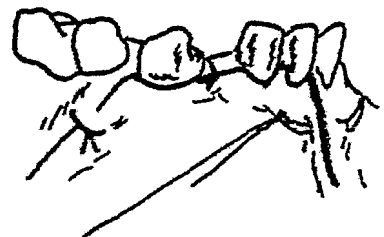
Intento de luxar y extraer el diente con elevadores



Realización de un surco en la corona por arriba del margen gingival, por medio de una fresa quirúrgica



Exposición de raíz y realización de otro surco, para eliminar la raíz.



Sutura

Extracción de un Canino Inferior en posición Vertical

CONCLUSIONES

El propósito en la elaboración de éste trabajo es promover el estudio y la diseminación de conocimientos acerca de las causas y control de enfermedades que atañen a los dientes, sus estructuras de sostén y temas anexos y relacionados, y estimular una mejor comprensión científica entre los campos de la Odontología Preventiva y la Cirugía Bucal.

En un sentido más amplio, pudiera definirse a la Odontología Preventiva como parte de la Odontología que se concentra en la prevencción, diagnóstico y tratamiento en las bases de la práctica o -dontológica, particularmente relacionadas con la Cirugía Bucal y -con el tratamiento dental de pacientes con diversas noxas. Esto último requiere una valoración completa y una consideración de su estado de salud, para que el tratamiento preventivo pueda planearse y proporcionarse de la mejor manera para el paciente como parte de una terapéutica amplia de la salud.

Cada vez resulta más clara la necesidad de colaboración entre todos los profesionales de la salud al planear el cuidado dental - como parte de un tratamiento completo y el dentista debe de actuar como elemento de un equipo amplio. Nadie está mejor calificado que el dentista bien entrenado en Medicina Bucal para diagnosticar lesiones en la boca, anomalías, ó para consultar y trabajar con -medios adecuados para cada área de experiencia con el fin de pla -near y llevar a cabo un tratamiento completo.

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

CIRUGIA BUCAL

W. HARRY ARTCHER
ED. MUNDI

CIRUGIA BUCAL

G. RIES CENTENO
ED. "EL ATENEO"

CIRUGIA BUCAL PRACTICA

D.E. WARTE
Ed. Continental
1ra Edición.
1978

DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE C. M.

SALVAT EDITORES
11 Edición
1981

ENFERMEDAD PERIODONTAL

S. SCHLUGER
Ed. C.E.C.S.A.
1ra Ed. en Español
1981

PATOLOGIA BUCAL

J. GIUNTA

Ed. Interamericana

1978

MINOR ORAL SURGERY

GEOFFREY L. HOME

Bristol J. Wright Sons LTD

2da Edición

1971

TEXTBOOK OF ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY

G.O. KRUGER

The C.V. Mosby Company

5ta Edición.

F E D E E R R A T A S

PAGINA	DICE	DEBE DECIR	REGLON
2	proenir	provenir	3
3	agresiónirreversible	agresión irreversible	28
14	þice	ápice	22
23	colgajotriangular	colgajo triangular	27
27	quitas	quietas	22
29	genral	general	24
34	inciones	incisiones	21
36	laial	labial	12
48	infecciónpericoronal	infección pericoronal	1
49	Extraccióndentaria	Extracción dentaria	18
73	retnidos	retenidos	4
83	operatorioconsiste	operatorio consiste	3