

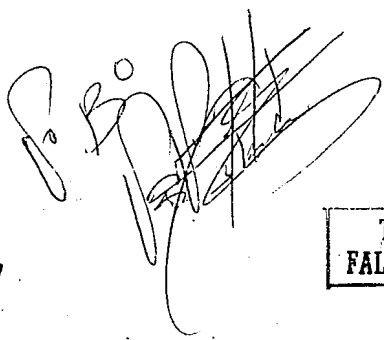
332
301

TESINA QUE COMO REQUISITO PARA PRESENTAR EXAMEN PROFESIONAL
EN LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA PRESENTA EL C.
PASTOR RAMIREZ GONZALEZ

SEMINARIO DE EXODONCIA

EXTRACCION POR SECCIONAMIENTO
(ODONTOSECCION)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CIUDAD UNIVERSITARIA, MEXICO, JUNIO 1989.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

EXTRACCION POR SECCIONAMIENTO (ODONTOSECCION)

TEMA 1

INDICACIONES DE LA EXTRACCION POR SECCIONAMIENTO

- Estudio clinico previo
- Estudio radiográfico previo

TEMA 2

LA TECNICA DE EXTRACCION PRO SECCIONAMIENTO EN LOS MOLARES INFERIORES

- Preparación del colgajo
- Ostectomía
- Seccionamiento del molar
- Extracción propiamente dicha
- Extracción de la raíz mesial
- Extracción de la raíz distal
- Tratamiento de la cavidad ósea
- Sutura

TEMA 3

EXTRACCION POR SECCIONAMIENTO EN LOS MOLARES SUPERIORES

- Preparación del colgajo
- Ostectomía
- Seccionamiento del molar
- Extracción propiamente dicha
- Extracción de la raíz buco-distal
- Extracción de la raíz mesio-bucal
- Extracción de la raíz palatina
- Tratamiento de la cavidad ósea
- Sutura

TEMA 4

PRINCIPIOS DE LA PALANCA ELEVADORA

- Elevadores de tallo recto
- Elevadores angulados (Winter)

TEMA 5

APLICACION DE LOS METODOS DE CONGAJO Y ODONTOSECCION PARA LA EXTRACCION DE RAICES.

-Métodos para la extracción de las raices en el mismo acto de la fractura.

TEMA 6

FRACTURA DEL DIENTE AL NIVEL DE SU CUELLO ANATOMICO

- Dientes unirradiculares
- Extracción de la raíz por el método de colgajo
- Dientes de varias raices

TEMA 7

FRACTURA DEL DIENTE POR DEBAJO DE SU CUELLO ANATOMICO

- Dientes unirradiculares
- Extracción por via alveolar
- Extracción por alveolectomía
- Extracción de raices de molares

TEMA 8

MÉTODOS PARA EXTRACCION DE RAICES ANTIGUAS CUYA EXISTENCIA EN LOS -- MAXILARES TIENEN ORIGEN POR PROCESOS DE CRIES O FRACTURAS.

- Puntos de referencia
- Extracción

TEMA 9

EXTRACCION DE RAICES UBICADAS DEBAJO DE APARATOS DE PROTESIS FIJA

TEMA 10

EXTRACCION POR SECCIONAMIENTO EN TERCEROS MOLARES RETENIDOS

- Posición vertical
- Posición horizontal
- Posición mesializada
- Posición distalizada
- Posición ectópica

TEMA 11

EXTRACCION DE CAMINOS RETENIDOS

COMENTARIOS

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION :

El método de la extracción dentaria por seccionamiento, consiste, como su nombre lo indica, en dividir al diente previamente para después extraerlo. Esta división puede aplicarse tanto a los dientes erupcionados como a los retenidos. La sección puede ubicarse al nivel del cuello del diente -- para los retenidos, separando la corona de la porción radicular, o bien dividir al diente en dos o mas secciones de acuerdo al número de raíces que posea, con este método se pretende hacer un cuerpo único, (de un molar de -- tres raíces) tres elementos separados entre sí, facilitando así las maniobras quirúrgicas.

Fundamentalmente, lo que se pretende es hacer de una extracción complicada y grotesca, un acto quirúrgico mas simple y elegante, evitandole muchas molestias a nuestros pacientes. Debemos recordar que el tiempo prolongado que dure una extracción trae como consecuencia un postoperatorio molesto para el paciente.

Debemos evitar el choque psíquico del paciente en el momento de la intervención, actuando con seguridad y habiendo planeado previamente la extracción que vamos a realizar, valorando todos los elementos que intervienen en la misma como son, dislaceraciones, separación de las raíces en forma divergente, retenciones, corona clínica devilitada, restos radiculares devilitados o patologías diversas.

TEMA I

INDICACIONES DE LA EXTRACCIÓN POR SECCIONAMIENTO :

El seccionamiento se aplica tanto en dientes retenidos como en los dientes erupcionados. Los dientes erupcionados a los que puede aplicarse la sección, son naturalmente los poseedores de mas de una raíz, es por lo tanto en los molares donde pueden aplicarse exitosamente estos procedimientos, mediante un estudio previo y cuidadosamente elaborado.

-Estudio clínico previo. Son dos las condiciones clínicas que requieren la aplicación de este procedimiento: La primera se refiere a la intensidad o grado de calcificación del sistema óseo, por lo tanto esta característica se encuentra en los individuos de edad adulta y ancianos, en los cuales el índice de elasticidad de los huesos esta reducido, predisponiendo a la fractura del molar en el intento de extracción por la vía normal con forceps.

La segunda esta dada por el estado de la corona del diente: Molares profundamente cariados o restauraciones muy amplias que devilitan la resistencia de la corona, no permitiendole ser útil en el apoyo y aplicación de la fuerza para una extracción con pinzas.

-Estudio radiográfico previo. El estudio radiográfico es fundamental y que nos dará un apoyo básico para el procedimiento a seguir.

Porción coronaria. En la radiografía serán considerados el tamaño y la forma de la caries, el grado de la descalcificación de la corona. Coronas que no ofrecen un punto de apoyo adecuado y una resistencia, seran dientes electos para el seccionamiento previo. En la duda del valor mecanico de la corona dentaria, se debe recurrir al seccionamiento porque es mas sencillo y requiere menos tiempo de trabajo y menos gasto de energia -- cortar la corona y separar las raices que enfrentarse con una fractura coronaria por debajo del borde óseo. También evitamos de esta forma el shock psicico que esta complicación origina al paciente.

Porción radicular. La forma, tamaño y dirección de las raices (largas, finas, encurvadas, con estrechamientos). La existencia de dilaceraciones y cementosis, los tratamientos radiculares (ensanchamientos de conductos), la fragilidad del diente desvitalizado, etc..

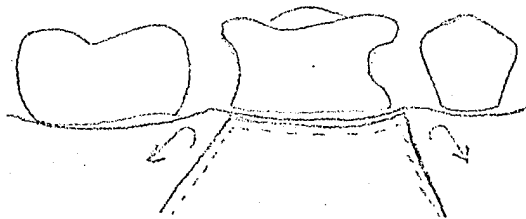
La porción ósea circundante. La presencia de un séptum interradicular considerable, hueso de gran consideración (esclerosis ósea), son in-

dicaciones, para la separación previa de las raíces, acompañándose en algunos casos de eliminación del tabique óseo interradicular o tabla externa de las raíces a extraer (alveolectomía).

T E M A 2

LA TÉCNICA DE EXTRACCIÓN POR SECCIONAMIENTO

Este método tiene por fin, dividir un molar de varias raíces en - en cuerpos únicos y separados para facilitar su extracción. Para llevar a cabo este método es necesario, por lo menos desprender un colgajo por la parte vestibular para no traumatizar la cubierta gingival, por lo -- menos en los casos más complicados.



COLGAJO VESTIBULAR PARA ODONTOSECCION

- EXTRACCIÓN DE MOLARES INFERIORES. Supongamos, que se trata de extraer un primer molar inferior derecho, que clínicamente y radiográficamente es eléctico para ser extraído por este método.

- PREPARACION DEL COLGAJO. Con bisturí se realiza el desprendimiento de la encía marginal del lado lingual y vestibular del molar a seccionar, se separa el colgajo por una incisión vertical hacia el fondo de saco o dos incisiones verticales hacia el fondo de saco en un colgajo tipo Newman.

- OSTECTOMIA. En el caso de que haya que realizarla se utiliza un escopleo o una fresa redonda del N° 8 de carburo de tungsteno.

- SECCIONAMIENTO DEL MOLAR. Se puede hacer con un disco de carburo constantemente irrigado para evitar calentamiento y evitar que éste pa-

se al hueso, el disco se utiliza para seccionar el esmalte, por lo que no es necesario que llegue mas que a nivel del cuello del diente; el disco debe ser dirigido desde la parte oclusal hacia el cuello en línea recta, procurando quedar lo mas cerca posible o entre las raices a seccionar. Posteriormente se utiliza una fresa de fisura, de carburo de tungsteno para realizar la separación de las raices propiamente, creando ademas un espacio para que entre un instrumento fino en la ranura que se ha creado y poder así separar las raices con movimientos de mesial a distal logrando al mismo tiempo ciento grado de luxación en las raices.

En esta maniobra el colgajo deve ser cuidadosamente apartado con un separador de tejidos o un instrumento que haga esta función.

- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. Una vez separados los elementos mesial y distal puede procederse a la eliminación de las raices con forceps para dientes unirradiculares, en el caso en que las raices sean rectas, aunque generalmente son más practicos los elevadores de Winter (Bandera) con los que se puede hacer una fuerza de palanca que describe la forma de la raíz.

- APLICACION DE LOS ELEVADORES. Extracción de la raíz mesial. Se usa un elevador recto. Este se introduce con pequeños movimientos gíricos de penetración en el espacio anterior. Esta maniobra puede ser suficiente para luxar hacia distal la raíz mesial a expensas del lugar dejado por la presa en la línea de sección.

Para completar la extracción se gira el elevador en el sentido de delante hacia atras o apoyandose en el tabique mesial y dirigiendo el mango del elevador hacia adelante y hacia la línea media del paciente, la raíz puede ser desplazada hacia arriba y atras. El distinto grado de curvatura de la raíz mesial condiciona la intensidad y dirección de la fuerza la raíz deve ser desplazada en el sentido de su curvatura siguiendo el arco que esta raíz mesial describe.

- EXTRACCION DE LA RAZ DISTAL. Una vez eliminada la mitad mesial se habrá simplificado la operación. La extracción de la raíz distal ofrece menos inconvenientes porque puede ser abordada desde dos puntos diferentes: el alveolo mesial vacío o luxandola de distal a mesial mediante el mismo procedimiento que la anterior.

Pueden presentarse dos condiciones desfavorables en la extracción de la raíz desarticulen tabique interradicular alto un tabique interradicu-

lar bajo. Cuando el tabique inter-radicular es alto, este debe ser eliminado mediante el mismo elevador angular con un movimiento de medio -- giro que eliminara esta parte de hueso, quedando así comunicados ambos alveolos, en el caso de que el tabique inter-radicular sea muy grueso y dificulte su desplazamiento mediante el elevador, se le puede eliminar con fresa redonda o de fisura de carburo de tungsteno, de esta forma se puede entonces emplear un elevador angular largo para eliminar la raíz distal por el alveolo vacío. En el caso de tabique inter-radicular bajo, no existe mayor problema, y se procede como si se hubiera eliminado como en el caso anterior.

- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA. Como en cualquier cavidad ósea -- después del desalojo quirúrgico de un diente, debe ser limpiada con una solución estéril y las prominencias e irregularidades debe ser tratadas de manera que no queden prominencias filosas o picos que molestan.

ESTRACCIÓN POR ODONTOSECCIÓN DE MOLARES SUPERIORES

Las indicaciones para extraer los tres molares superiores por el -- método de odontosección son las mismas que para los inferiores.

-PREPARACION DE COLGAJO. Sigue las normas ya señaladas. El colgajo se inicia en la lengüeta interdientaria anterior pudiendo llegarse a la -- lengüeta siguiente de lado mesial.

- OSTECTOMIA. Puede eliminarse en caso de ser necesario por medio de escoplo o gruesa redonda de carburo, el espesor tan leve de la -- tabla externa hace posible hacer la ostectomía usando el escoplo con -- presión manual solamente.

- SECCIONAMIENTO DEL MOLAR. Como en el caso de los molares inferiores se procede a cortar con el disco de carburo decididamente irrigado, has -- ta el nivel del cuello del diente, solo que en este caso se debe sepa -- rar la corona en tres partes por lo que han que realizar dos cortes, uno que se hace mesio distalmente, para separar la raíz palatina de las -- vestibulares. Un segundo corte desde el surco que formamos mesio-distalmen -- te hacia la cara vestibular del molar para seccionar la corona y separar la raíz mesio-vestibular y la disto-vestibular.

Al igual que en los molares inferiores podemos terminar el corte --

con fresa de fisura de carburo de tungsteno para profundizar y asegurarnos de que el corte llegue hasta la bifurcación de las raíces, después con un elevador recto fino colocado en donde se junta la cruz de los dos surcos que hicimos al cortar, se efectúa un movimiento rotatorio -- que separarán las raíces y en ocasiones luxará las diferentes raíces facilitando así las extracciones, cuando se separa la raíz palatina de las otras dos y estas quedan unidas, con hacer un movimiento rotatorio en el sarco que hicimos en estas raíces pueden separarlas fácilmente.

-EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. Las raíces como el caso del molar inferior pueden ser extraídas con elevador recto, utilizando este en -- forma de cuña o en forma de palanca según el caso, también pueden ser extraídas con pinzas para dientes unirradiculares superiores en su raíz palatina.

-EXTRACCION DE LA RAIZ BACODISTAL. Se coloca el elevador perpendicularmente en el espacio interdentario bacodistal, lo mas cerca posible -- del borde ósea, elevador debe insinuarse en el espacio interdentario -- por medio movimientos oscilatorios, como fue indicando antes para el molar inferior. Se dirige el mando del elevador hacia atrás y se logra luxar la raíz hacia abajo y fuera.

-EXTRACCION DE LA RAIZ MESIOBUCAL. Igual maniobra se practica para extraer la raíz mesio-bucal, pero esta vez se coloca el elevador en el -- espacio interdental mesio y el mango se dirige hacia adelante, se luxa la raíz hacia atrás y abajo, siempre siguiendo la vía de la menor -- resistencia.

-EXTRACCION DE LA RAIZ PALATINA. Esta también puede ser luxada con -- elevador de tallo recto aplicandolo en la cara palatina entre la raíz y el espacio periodontico, desalojandola hacia abajo y adelante, también -- se puede utilizar un elevador angulado aunque no esta indicado para dientes del maxilar, si se le aplica con cuidado usando cualquiera de los -- alveolos vacios, inclusive es posible hacer la extracción de esta raíz mediante el uso de pinzas para dientes unirradiculares.

-TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA. Tiene las mismas indicaciones -- que en la cavidad de dientes inferiores y cualquier cavidad.

-SUTURA. Igual que en el colgajo del maxilar inferior.

PRINCIPIOS DE LA PALANCA ELEVADORA

Para elevar un objeto al nivel de su base con la ayuda de un puente de apoyo se usan dos fuerzas principales. Según el punto de apoyo -- con el objeto que va a levantarse, se usará una fuerza de empuje o de tracción según el objeto que va a desalojarse.

USO DE ELEVADORES. Al colocar un elevador delgado y plano en la cara interproximal de dos molares (Supongase que se ha seccionado el - segundo molar inferior) el punto de apoyo puede establecerse en contacto con el hueso septal, de modo que el borde superior del elevador sea el que eleve; o puede establecerse cerca del borde superior del elevador de manera que el borde inferior del instrumento sea el que eleve.

La segunda situación, propone una desventaja y es que si usamos - la parte inferior del elevador para extraer la raíz mesial del segundo molar, lo extraeremos en forma de pala, y entonces la parte superior del elevador hará uso del primer molar como punto de apoyo, si la fuerza es excesiva puede fracturarse el primer molar.

La primera situación ofrece el punto de apoyo en un lugar adecuado. Cuando el borde superior del elevador se pone en contacto con la - parte a extraer, el borde inferior descansa sobre el tabique óseo, -- aplicando movimientos hacia arriba y hacia abajo como el abrelatas, la parte mesial se desaloja casi en forma recta, sin aplicar ninguna presión sobre el primer molar, es por lo tanto la técnica mas recomendada.

A medida que el diente se eleva, también se mueve hacia atrás --- hasta cierto punto, de manera que podría perderse el contacto del elevador con el cuello anatómico. Si el diente no puede extraerse totalmente con esta técnica, se desvía el punto de apoyo cuando el diente - está ya a medio camino fuera del elevador entonces se extrae usando el elevador como pala, que es el primer caso pero usando como punto de -- apoyo el hueso alveolar y no el molar.

ELEVADORES DE TALLO RECTO. Se usan de dos maneras. Se colocan paralelo al eje longitudinal de las raíces entre la pared del alveolo y

la raíz, y se mueve hacia la punta. Cuando se logra hacer palanca, la porción mas fuerte del alvéolo puede usarse como punto de apoyo, en caso de requerirse palanca adicional. El otro método es colocar el elevador entre la raíz y el diente adyacente, en ángulos rectos en relación con el eje longitudinal del diente, y hacerlo rotar ligeramente. Este método deberá cercenar las incisiones pericementarias y hacer salir la raíz.

ELEVADORES ANGULADOS (WINTER). Fueron diseñados para extraer raíces de molares inferiores. Jamás se deben usar en otros lugares, con la excepción de una técnica especial para terceros molares superiores e inferiores retenidos. Con el elevador de barra cruzada puede desarrollarse una fuerza tremenda y se han dado casos en que se han fracturado raíces durante el procedimiento.

El elevador se coloca en el alveolo vacío del diente que se está extrayendo. Con la punta frente a la raíz que va a retirarse en el alveolo adyacente. Tallo y mango se localizan en el lado bucal. El tabique inter radical se empotra cerca de la punta del alvéolo, teniendo cuidado de que la punta no invada al conducto dentario inferior. Un movimiento rotatorio cortará el tabique y lo extraerá. El elevador se coloca en forma similar empotrando entonces la raíz fracturada o seccionada y un movimiento rotatorio extraerá la raíz.

Los elevadores angulados cortos tienen múltiples usos, como para retirar restos radiculares fracturados cerca del borde alveolar, en dientes en donde no se pueden aplicar las pinzas por estar fuera de arco también son indicados y en la extracción por seccionamiento de molares y dientes retenidos.

T E M A 5

APLICACION DE LOS METODOS DE COLGAJO Y ADONTOSECCION PARA LA EXTRACCION DE RAICES

METODOS PARA LA EXTRACCION DE RAICES EN EL MISMO ACTO DE LA FRACTURA. La fractura de un diente en el momento de la extracción, es un accidente que ocurre a diario; la fractura es un accidente del cual somos culpables por completo, el cual es necesario evitar. Esta en directa dependencia con la ligereza con que se estudian los casos, la falta

de exámen clínico y radiográáfico y falta de planeo de la operación, la fractura es un acto evitable y aunque puede producirse en las manos más hábiles, porque hay casos que escapan a toda previsión, un cuidadoso y prodiijo estudio del caso evitaran este accidente, tan desagradable psíquica y físicamente para el paciente y para el operador.

T E M A 6

FRÁCTURA DEL DIENTE AL NIVEL DE SU CUELLO ANATÓMICO

DIENTES UNNIRRADICULARES, INCISIVOS Y CANINOS SUPERIORES. Son dos - las conductas a seguir: la primera se refiere a la limpieza del campo - operatorio; la segunda a la elección del método y su aplicación.

Limpieza del campo operatorio. Cuando el diente se fractura, se -- producen por lo general esq dentarias y hemorragias en las partes blandas adyacentes. Se lava el campo operatorio con chorro de agua este rilizada y se seca con gasas, comprimiendo los tejidos, para poder te-- ner una perfecta visión de la raíz fracturada.

EXTRACCION DE RAICES POR EL METODO DE COLGAJO. Primeramente se in-- cide el tejido gingival con un bisturi; rebatado el colgajo se realiza la estectomia; la raíz puede ser extraida con elevador recto (con hoja de media caña).

Se coloca el instrumento a nivel de la cara lingual de la raíz, y se introduce con movimientos rotatorios en el espacio periodóntico, entre la pared del alveodo y la cara palatina de la raíz del diente. Ac-- tuando como caña, la raíz es movida en sentido inverso con el que fué -- introducida la hoja del elevador. Luxada la raíz, puede ser tomada con pinza (baganeta) o eliminada con pinza de disección.

Con este método evitamos la ruptura intespestiva de la table exter-- na y desgarros de la encia, que traen aparejados transtornos estéticos, y accidentes inflamatorios (alveolitis). El intento de extracción con -- deve ser eliminado. El método de extracción a colgojo evita los incon-- venientes y transtornos enunciados, dando una herida limpia, de contor-- nos bien trazados y que cicatriza normalmente.

Incisivos Caninos y Premolares Inferiores. Extracción de la raíz - por el método de colgajo. Después de practicada la incisión, colgajo y estectomia correspondientes se introduce el elevador recto fino en la -

cara proximal más accesible, ejerciendo sobre el mango del instrumento breves movimientos de rotación; se hace penetrar la hoja, perpendicularmente a la raíz, entre la pared proximal del alveólo y la pared proximal de la raíz y ésta es eliminada por la vertona ósea creada por la osteotomía.

DIENTES DE VARIAS RAICES. Primer premolar superior, operación a colgajo. Se aplica método como ya ha sido señalado. La extracción propiamente dicha puede realizarse, una vez eliminada la tabla externa con pinza o con un elevador que actúa como cuña. Se introduce el instrumento (de media cuña o tallo recto) entre la cara palatina y la pared del alveólo.

En caso de tratarse de un premolar con dos raíces perfectamente individualizadas es conveniente utilizar el método de odontosección, separando las raíces bucal y palatina y extrayendo cada elemento por separado. La raíz bucal (previo colgajo y osteotomía), colocando un elevador recto entre el espacio dejado por la fresa y la raíz para poder luxar las raíces entre sí, y un poco luxadas con el alveólo.

MOLARES SUPERIORES. Operación a colgajo. Se siguen las instrucciones ya señaladas.

ODONTOSECCION. Se seccionan las raíces con una fresa de fisura y se extraen siguiendo el método ya indicado. En el caso de raíces rectas puede ser provado el método de extracción sin colgajo, previo seccionamiento del órgano dentario, para separar sus raíces. Un elevador colocado entre el espacio interradicular separa y luxa las raíces, las que pueden luego ser extraídas individualmente, aplicando los elevadores sobre la cara radicular accesible y dirigiendo la raíz hacia el lugar de menor resistencia.

MOLARES INFERIORES. Son las mismas indicaciones que para los superiores, con la excepción de que se usan también los elevadores angulares (Weater o bandera) utilizando como puente de apoyo el reborde alveolar y como acceso el alveólo de la raíz desalojada.

T E M A 7

FRACTURA DE UN DIENTE POR DEBAJO DE SU CUELLO

DIENTES UNIRRADICULARES. Pueden existir todos los tipos de fractu--

nas. Generalmente se trata de la porción apical porque la raíz presenta dilaceraciones o curvaturas.

La extracción de los ápices por vía alveolar presenta complicaciones de toda índole, por la escasa visibilidad del trozo fracturado y el acceso dificultoso hasta el sitio donde este ápice se encuentra ubicado.

La eliminación de la raíz puede hacerse de dos maneras: por vía alveolar y por extracción por alveolectomía.

EXTRACCIÓN POR VÍA ALVEOLAR. Producida la fractura y verificada -- por exámen de la pieza extraída que presenta su extremidad corta a bisel, nos cercioramos del posible tamaño del ápice realmente por comparación con el trozo extraído. Se lava la cavidad alveolar con un charro de agua tibia, se hace hemostasis y se observa directamente el ápice -- fracturado. Es importante la buena visualización del extremo radicular. Una raíz que no puede ser fácilmente observada, difícilmente será extraída.

La extracción del ápice por vía alveolar es una operación de paciencia y habilidad que se realiza con la ayuda de instrumentos finos. Acerca de la extracción de dichos ápices no se pueden dar reglas fijas. Su extracción es muchas veces el resultado de pacientes maniobras en -- las cuales se pone en juego la habilidad del operador.

EXTRACCIÓN CON ALVEOLECTOMÍA. Cuando fracasan las tentativas de extracción por vía alveolar, el método de la extracción por alveolectomía tiene éxito y es menos traumatizante. Con una pinza para algodón, uno -- de cuyos extremos se introduce en el alveólo, verificando la posición -- de la raíz, proyectando esta medida, sobre la cara ósea externa; en este lugar, se coloca un instrumento punzante para perforar el hueso y de -- salojar la raíz hacia la boca del alveólo. Un pequeño colgajo a este nivel permite la extracción por esta vía, la osteotomía se hace con fresa o escoplo y la extracción con instrumentos finos.

EXTRACCIÓN DE RAICES DE MOLARES. Para la extracción de raíces de molares a distinta altura, el procedimiento es el mismo que la operación a colgajo. En este caso puede valerse el operador de los elevadores (Winter), extrayendo la raíz mayor a expensas del alveólo de la menor y la raíz menor por el espacio creado por la extracción de la pri--

mera. El tabique intraradicular ha de ser eliminado con el mismo instrumento o bien con fresas de fisura, redondas o con escoplo.

Los ápices de molares, requieren a veces de trabajos muy prodigos de disección, sobre todo cuando tiene cementosis. Al efectuar la extracción de los ápices de los molares superiores, no hay que olvidar la vecindad de la cavidad sinusal. Los movimientos de los instrumentos y la dirección que se imprime al ápice deben evitar que se introduzca la raíz en el seno maxilar, accidente frecuente, que requiere una operación mas seria (Operación de Caldwell-Luc).

T E M A 8

MÉTODOS PARA LA EXTRACCIÓN DE RAICES ANTIGUAS, CUYA EXISTENCIA EN LOS MAXILARES TIENEN ORIGEN POR PROCESOS DE CARIES O FRACTURAS.

Desde luego nos referimos a las raíces situadas profundamente dentro de los maxilares y cubiertas por tejido gingival.

EXAMEN RADIOGRAFICO. Es imprescindible para hubicar la raíz, conocer su tamaño, su forma y su dirección.

PUNTOS DE REFERENCIA. El sito donde se encuentra colocada la raíz en el maxilar esta dada en la radiografía con puntos de referencia que pueden ser los dientes vecinos, el borde alveolar, la línea del seno maxilar, de las fosas nasales, el conducto dentario inferior. Correlacionando las distintas referencias tendremos hubicada la raíz, y sin búsqueda estará de tal modo facilitada en las maniobras de su extracción.

En caso de maxilares desdentados y en la sospecha de la existencia de raíces, por dolores, procesos inflamatorios, fistulas, será necesario crear estos puntos con el objeto de dar la posición exacta de la raíz.

Para determinar estos puntos, se toma un punto fijo en el maxilar, en las vecindades donde se sospecha la existencia de una raíz. Como puntos fijos se pueden tomar los frenillos, las bocas de fistula, alguna protuberancia visible que pudiera observarse en el hueso. Estos puntos fijos deben ser señalados con un cuerpo opaco, para que, al ser radiografiados, se tenga la referencia señalada sobre la placa. Se toma un

trozo pequeño de una lámina de metal cualquiera y se adhiere con una gota de cemento dentrario sobre la encia previamente secado con aire, a la altura de los puntos fijos de referencia. Se toma la radiografía y en ella aparecerá el cuadrado de metal. La distancia existente, entre la raíz que aparezca en la placa y la placa metálica es la misma que existe en el hueso entre el punto donde se adhirió la placa y la raíz que se pretende extraer.

EXTRACCION. Una vez que se ha ubicado la raíz se procede a su extracción. El método indicado es siempre por colgajo. Aunque parezca mas dificultoso, el procedimiento de crear un colgajo y abrir el hueso con instrumentos apropiados, lejos de ser traumatizante, origina menos molestias y tiene un posoperatorio feliz. Para extraer una raíz profundamente alojada en el hueso, hay que "abrirse campo" suficiente con una incisión bastante amplia que no provoque desgarraduras de tejidos blandos.

El colgajo, por lo tanto, deve ser planeado de manera que, al ser desplegado, deje al descubierto la cantidad de hueso necesaria. La incisión se practicará en un punto tal que facilite estos requisitos.

El tipo de incisión que más se ajusta a estas necesidades es el angular. El colgajo desprendido tiene la forma de un rombo.

La otectomia deve eliminar suficiente cantidad de hueso como para permitir la facil extracción de las raíces. Resecciones insuficientes - causan traumatismos que pueden ser evitados. Es necesario que las raíces, en su exodoncia, sigan la vía de menor resistencia, esto quiere decir que las raíces, tomen el camino mas corto, con la menor cantidad de esfuerzo. Para que esto pueda llevarse a cabo, la extracción debe hacerse por medio de palancas adecuadas, o disminuyendo el volumen de las raíces seccionandola en los trozos necesarios.

Para la extracción de las raíces profundamente colocadas, no se pueden dar otras normas ni leyes. La exodoncia se encuadra dentro de las señaladas, dando el operador en cada caso, el tipo quirúrgico que elija.

T E M A 9

EXTRACCION DE RAICES USICADAS DE BAJO DE APARATOS DE PROTESIS FIJAS

ESTA DEBE SER LEIDA POR EL DENTISTA

El método de la extracción por colgajo permite extraer raíces ubicadas debajo de aparatos de prótesis fijas. La remoción de tales aparatos no es necesaria y la operación puede realizarse sin comprometer para nada la estética, la estabilidad y seguridad de la aparatología protética.

T E M A 10

TERCEROS MOLARES RETENIDOS. La calcificación de los dientes impactados inferiores puede clasificarse solamente como: 1) Mesio-Angular, 2) Horizontal, 3) Vertical, 4) Distangular. Además los dientes pueden desplazarse hacia los lados bucal o lingual, también pueden encontrarse -- parcialmente erupcionados, ocultos totalmente por hueso.

RETENCIÓN MESIOANGULAR. Se inicia con una incisión distal recta -- que puede extenderse 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 adyacente, que puede ensancharse hacia afuera.

La segunda rama 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 mucoperiostico se eleva cuidadosamente con una cureta afilada, empezando en la incisión vertical, donde el periostio no está unido al hueso. El instrumento se mueve hacia atrás y hacia el reborde alveolar.

La osteosección se inicia en forma vertical, paralela a la raíz -- distal del segundo molar y justo detrás de ella la incisión ósea tendrá la misma longitud que la anchura del cincel, o el doble o triple, dependiendo de la profundidad necesaria para llegar bajo la corona de esmalte del diente impactado, según se haya observado en la radiografía preoperatoria.

El hueso sobre la superficie distal o superior de la retención deberá eliminarse, a manera de poder extraer la corona después de dividir.

Entonces se secciona el diente. Se coloca un nuevo cincel en el -- surco bucal, se dirige distalmente hacia el cuello anatómico distal del diente (no lingualmente, lo que podría fracturar la placa cortical lingual), y se le golpea con fuerza. Este golpe deberá ser un golpe seco. La porción distal de la corona se levanta de la herida.

Se coloca un elevador en punta de lanza, bingulado, bajo la coro--

na y se hace un movimiento hacia arriba. El borde superior del elevador es el que levanta el diente. Para obtener mejor palanca sobre el diente, se voltea el borde principal (superior) un poco distalmente -- hacia el diente. El mango del instrumento se mueve en plano vertical -- recto. En este momento no se hace rotar.

Cuando el diente se mueva, estará forzado a moverse en arco. Cuando se haya movido hacia arriba y distalmente hasta un punto en que el instrumento no pueda ya mantener contacto con el, se hace rotar aquél de manera que el borde inferior termine la extracción del diente. La rotación temprana fracturará la raíz y puede hacer peligrar la raíz -- del 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 o lo suficiente 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 cervical bucal usada como punto de apoyo, elevará este y lo sacará de la herida.

RETENCIÓN HORIZONTAL. La impacción horizontal situada bajo el nivel oclusal, requiere un corte óseo vertical profundo, que frecuentemente se extiende casi hasta el nivel de la punta del segundo molar. -- Los cortes horizontales deberán ser suficientes para exponer el cuello anatómico del diente. La descripción clásica de la extracción de este diente incluye una división en el cuello anatómico para separar la corona de la raíz. Esto puede lograrse con un cincel afilado o con una fresa de fisura larga, siendo más eficiente esta, siempre que existan fresa y pieza de mano estériles.

La porción distal de la corona. puede dividirse y eliminarse. Contando en el surco bucal, dirigiéndole hacia atrás y arriba, tan poco lingualmente como lo permita el acceso. Se corta entonces desde el mismo sitio dirigido hacia atrás y abajo. Esto dividirá la porción mesial (inferior), de la corona, que no puede extraerse en ese momento. Si los ángulos de las secciones han sido lo suficientemente anchos, puede -- haber espacio para extraer la retención, 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 osteosección 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 osteosección ulterior.

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

Si el corte vertical óseo 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 un elevador, seccionando o no aún más la raíz. No deberá usarse presión fuerte. Debe seguirse seccionando el diente o el hueso hasta poder retirar la impacción con relativa facilidad.

RETENCION VERTICAL. Se expone el área a la vista bajo un gran colgajo mucoperiosteico. Se hace un corte óseo vertical y largo para exponer cuando menos el cuello anatómico de la impacción se eliminan los huesos por detrás de la retención (en forma distal a ella) y también sobre su 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. Esta porción se quita. 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 de Winter puede empujar la bifurcación en el lado bucal, y puede ejercerse fuerza recta hacia arriba.

RETENCION DISTO ANGULAR. Se eleva un colgajo mucoperiosteico amplio, y se hacen los cortes óseos corriente, vertical y horizontal. Se secciona el diente en dirección vertical. 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 angulado colocado en el área de la 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 desde la raíz de la retención disto-angular, extraer la corona, divi-

dir la raíz en casos factibles y extraer las porciones radiculares se parados.

Muchas veces, es mejor hacer secciones múltiples en los dientes - y extraer bloques óseos antes que intentar elevar el diente.

RETENCIÓN MESIO-ANGULAR INFERIOR. La incisión se hace sobre la -- cresta del reborde, desde la tuberosidad hasta el segundo molar, y se agrega un componente vertical en forma oblicua hacia arriba y hacia -- adelante, para terminar sobre la raíz mesiobucal del segundo molar. El colgajo mucopercóístico se eleva con cureta, y se coloca un nuevo cin-- cel para hacer un corte vertical paralelo a la raíz distal del segundo molar. La placa cortical se eleva lentamente sobre el lado bucal del - diente o, en caso de retención considerable, debera extraerse completa-- mente.

Se extrae el diente con un elevador en punta de lanza, la punta - del elevador se fuerza entre los dientes, en el área de osteosección, y se aplica fuerza recta hacia abajo y bucal.

RETENCIÓN VERTICAL EN MAXILAR SUPERIOR. Se hace un corte óseo ver-- tical, paralelo al borde mesial del diente impactado. El delgado hueso que está sobre la superficie bucal del diente se elimina cuidadosamente, o a veces se separa el diente o se dobla de 1 a 2 mm, hacia bucal. El cincel se introduce cuidadosamente en la parte posterior de la su-- perficie distal con el objeto de crear espacio para hacer movimiento - hacia atrás.

Ocasionalmente se moverá hacia abajo tan rápidamente que podrá -- ser de glutido o aspirado, de no existir una cortina de gasa que cubra la bucofaringe.

RETENCIÓN DISTO-ANGULAR EN MAXILAR SUPERIOR. Se hace una incisión en la cresta media, extendiendose desde el segundo molar a la curva de la tuberosidad, y las extensiones verticales a bucal y lingual se ha-- cen distales al segundo molar. Este colgajo expone toda la tuberosidad ósea.

Se hace una incisión ósea vertical en distal al segundo molar has-- ta el área de la punta. Se elimina hueso de la cresta alveolar y bu-- cal. El área distal a la retención se expone cuidadosamente con un cin--

cel, principalmente por presión manual.

El diente se eleva haciendo palanca sobre el lado mesial, tan cer-
cade la punta como lo permita el acceso. A veces el diente deberá sec-
cionarse extensamente y extraerse con pinzas. Puede usarse Gelfoam pa-
ra llenar un defecto extenso, y la herida deberá cerrarse en forma ten-
sa con puntos separados múltiples.

T E M A 11

CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

Las retenciones de caninos en maxilar superior se clasifican co-
mo: Labial, Palatina e Intermedia. La localización es importante, pues
to que las técnicas para eliminar los tres tipos varían tanto que son
casi totalmente distintas.

POSICION PALATINA DEL CANINO. Esta posición es la más frecuente.
Se hace incisión en los espacios interdientales palatinos, empezando --
con el espacio entre premolares o sobre un lado al rededor de las fi-
bras gingivales libres palatinas y espacios interdientales hasta el --
área del premolar en el otro lado, el pesado colgajo mucoperiostico se
levanta con cureta.

Se elimina hueso con el cincel o con una fresa redonda por detras
del incisivo que aparezca mas cercano a la retención en la radiogra-
fía, (a menos que una protuberancia elovía localice al diente. La sec-
ción tiene un tamaño muy pequeño hasta que se localiza la corona del -
diente y se continua hasta descubrir la mitad o dos tercios del dien-
te.

Una vez descubierto de hueso, se hace una sección a nivel del cue-
llo del diente, luxandolo posteriormente y extrayendo primeramente la
corona, posteriormente se desliza la raíz en el espacio creado por la
corona y se extrae.

Cuando la raíz presenta una dilaceración o protuberancia que im-
pida su deslizamiento hacia el área de la corona, tendrá que extender-
se la ostectomía hasta descubrirla por completo y poder extraerla de-
rectamente con la ayuda de instrumentos finos.

Cuando se localiza por el lado labial la incisión y sección se ha

ná por el lado vestibular en la localización que nos de la radiografía el proceso para su eliminación será el mismo que para los palatinos.

Cuando se localice en posición intermedia, generalmente la corona esta parcialmente erupsionada en la parte palatina, en este caso -- solo se hara una ossectomia y colgajo que libera completamente la corona, y su extracción se hara en forma tradicional.

Algunos autores, señalan la sección del camino en tres partes: -- Una corona, una intermedia y una radicular, y señalan como orden de extracción primèramente la porción intermedia, para posteriormente deslizar la corona y extraerla y por último la raíz.

C O N C L U S I O N

Debemos poner mucho interés y valorar un caso previamente, si el tratamiento que se ha seleccionado es el de la extracción por seccionamiento (odontosección), antes de proceder a la intervención hay que planarlo.

Debemos tener en cuenta que una odontosección puede ser un poco más tardada, pero nos permitirá llegar a un tratamiento eficaz y con menos traumatismo para el paciente.

Una extracción por seccionamiento bien hecha, puede ser más rápida y menos traumática que una extracción por medio intraalveolar, aún -- cuando se tenga que desprender un colgajo, en el cual los bordes de la herida serán perfectos y permitirán una cicatrización rápida y un posoperatorio feliz para el paciente.

BIBLIOGRAFIA

Patología Clínica; Ries Centeno Guillermo A.

Editorial El ateneo Sa. Edición 1980.

Cirujía Bucal; W. Harry Archer,

Editorial Mundi, Tomo 1, 2a. Edición

1978.

Cirujía Bucal y Maxilo Facial, Gustav

O. Kruger, Editorial Med. Panamericana

18a. Edición, 1976.