

179
201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

**LA EXTRACCION DENTARIA POR ODONTOSECCION
Y COLGAJO**

T E S I S I N A

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

SILVIA JURADO MUÑOZ

Cd. Universitaria, Méx. D. F.
FALTA DE ORIGEN

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E :

I INTRODUCCION	1
II DEFINICION	2
III VENTAJAS DE LA ODONTOSECCION	3
C A P I T U L O I	4
INDICACIONES	
ESTUDIOS CLINICOS	
RADIOGRAFIAS	
CORONA	
RAIZ	
C A P I T U L O II	5
COLGAJO QUIRURGICO	
INDICACIONES	
PRINCIPIOS	
TIPOS DE COLGAJO	
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	
REMOCION OSEA	
C A P I T U L O III	10
EXTRACCION POR ODONTOSECCION DE MOLARES	
PRIMER MOLAR INFERIOR	
SEGUNDO MOLAR INFERIOR	
MOLARES SUPERIORES	
C A P I T U L O IV	15
RAICES. METODO DE ODONTOSECCION A COLGAJO PARA EXTRACCION	
DE RAICES FRACTURADAS	
DIENTES UNIRRADICULARES	
DIENTES DE VARIAS RAICES	
FRACTURA DE RAICES POR DEBAJO DEL CUELLO	

I N D I C E :

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA .

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

La extracción de los dientes tiene una marcada influencia psicológica en el paciente. Las mujeres tanto como los hombres, ven la pérdida de los dientes como una desfiguración grave. Los dientes reflejan la personalidad e individualidad; su extracción independientemente de la causa, a menudo provoca vergüenza y diversos grados de ajuste psicológico; por otra parte el realizar una extracción de manera violenta, desorganizada e incluso denotar una lucha desesperante por tratar de concluirla, provoca nerviosismo e inseguridad por parte del paciente.

Se ha de evitar este tipo de situaciones pensando que la extracción dentaria, es y debemos esforzarnos por que sea una operación elegante. Nada hay más reñido con esta elegancia que un diente fracturado en el intento de avulsión y los desesperados esfuerzos del operador por eliminar las raíces que quedan en el maxilar.

Así bien en este caso analizaremos el método de la extracción dentaria, con cierto grado de complicación; llámese extracción dentaria por seccionamiento u odontosección, como su nombre lo indica, consiste en dividir previamente al diente antes de extraerlo, lo cual puede ser aplicado tanto a los dientes erupcionados como retenidos. por lo cual el operador debe estar consciente que cada paciente presenta diferentes problemas y requieren manejo específico.

DEFINICION :

El método de la extracción dentaria por seccionamiento, consiste en dividir previamente al diente antes de extraerlo. Dicha división puede aplicarse a los dientes erupcionados o a los - dientes retenidos . La sección puede ubicarse a nivel del cuello del diente, separando la corona de la porción radicular (para dientes retenidos), o bien dividir el órgano dentario en - dos o mas fragmentos de acuerdo con el número de raíces que - posea . Con este método se trata de hacer un cuerpo único, -- (Ejemp. en un molar superior, separamos los tres elementos radicales entre sí , los cuales cuentan con maniobras quirúrgicas simplificadas .

V E N T A J A S D E L A
O D O N T O S E C I O N

- 1.- Se disminuye el tamaño del campo operatorio lo cual se traduce en menor edema postoperatorio .
- 2.- Se disminuye o reduce la cantidad de hueso a eliminarse.
- 3.- Se acorta el tiempo operatorio.
- 4.- Se suprime casi por completo el trismus postoperatorio.
- 5.- No hay lesión sobre los dientes vecinos .
- 6.- El peligro de fracturas del maxilar inferior queda muy disminuido, pues no se emplea la fuerza mecánica como único factor.
- 7.- El método previene la fractura de las tablas alveolares -- externa e interna .

C A P I T U L O I
I N D I C A C I O N E S

Existen diversas condiciones clínicas que requieren este procedimiento; para cuya valoración nos apoyaremos en el estudio -- Radiográfico .

1.- Debemos tomar en cuenta el grado de calcificación del sistema óseo; por lo tanto los individuos de edad adulta y ancianos, en los cuales el índice de elasticidad del hueso está disminuido; son ejemplos predisponentes a la fractura en los intentos de extracciones.

2.- Estudio Radiográfico a fondo.

PORCION CORONARIA : En la radiografía serán considerados el tamaño y la forma de la caries y el grado de descalcificación de la corona . Los datos se compararán con las condiciones clínicas, es decir la presencia de molares profundamente cariados o con obturaciones que debilitan la resistencia de la corona no permitiéndole ser un punto útil para la aplicación de la fuerza.

PORCION RADICULAR : Donde tomaremos en cuenta la; A) Forma B) Tamaño C) Dirección.

De las raíces ya sean largas , finas, encurvadas, con estrechamientos, la presencia de dilaceraciones y cementosis, así como los tratamientos radiculares (ensanchamientos de conductos).

En general las situaciones más comunes que se presentan y requieren odontosección las podemos nombrar de la siguiente --- manera :

- 1.- Coronas fracturadas durante la extracción .
- 2.- Corona extremadamente cariada .

3.- En raíces divergentes y curvas .

4.- En raíces debilitadas por tratamientos endodónticos .

Cuando existe la presencia de la fractura radicular, no debemos verlo necesariamente como negligencia del operador; ya que existen muchos factores que contribuyen para realizar un tratamiento por odontosección , sin que analicemos más el caso .

Entre ellas encontramos :

1.- Anquilosis de la raíz dental con hueso .

2.- Hipercementosis.

3.- Enfermedad periodontal. .

4.- Hueso denso o esclerótico .

5.- Raíces largas y puntiagudas.

6.- Pacientes que han padecido algún tumor y sometidos a radiaciones, por lo tanto son necrosados los tejidos y se vuelven frágiles .

7.- Cuando los ápices se encuentran relacionados con órganos importantes, como fosas nasales ,germen dentario etc.

CAPITULO : II

C O L G A J O Q U I R U R G I C O :

Un colgajo quirúrgico es un tejido blando que se incide y retrae de manera que el hueso subyacente puede ser removido para exponer los dientes, las raíces y el tejido patológico .

La extracción dentaria la podemos realizar a través de 2 técnicas:

1.- LA TECNICA CERRADA : Aquellas extracciones y maniobras de extracción de raíces; realizadas a través de un alveolo intacto.

2.-LA TECNICA ABIERTA :Aquellas operaciones que requieren un colgajo quirúrgico .

INDICACIONES PARA
REALIZAR UN COLGAJO
QUIRURGICO :

En caso de que fracasara una técnica cerrada, el acceso lo obtendremos en una técnica abierta .

Básicamente la indicación del colgajo quirúrgico, es la incapacidad de eliminar la estructura o el tejido sin traumatizar los tejidos que los rodea. Por ejemplo un remanente radicular que no -- puede ser recuperado por medios ordinarios o llamese técnica cerrada; es eliminando haciendo un colgajo quirúrgico. No obstante lo anterior tambien existen indicaciones para realizar un colgajo quirúrgico sin intentar previamente una técnica cerrada .

POR EJEMPLO :

- 1.- En dientes desvitalizados cuyas coronas y raices son friables.
- 2.- En raices que son divergentes, curvas o agrandadas .
- 3.- Si la estructura ósea que los cubre esta agrandada o especialmente densa .
- 4.- Si la membrana periodontal es atrófica.

En general los objetivos principales al realizar un colgajo quirúrgico son :

- A) Para aumentar la visibilidad .
- B) Para incrementar el abordaje quirúrgico.
- C) Para eliminar hueso.
- D) Para evitar la lesión de los tejidos blandos.

PRINCIPIOS PARA REALIZAR UN COLGAJO :

- A) La incisión debe realizarse de modo tal que el suministro - sanguíneo del colgajo sea adecuado .

B) El colgajo debe contener todas las estructuras que recubren al hueso incluyendo la mucosa , submucosa y el periostio especialmente .

C) El colgajo debe ser lo suficientemente amplio para permitir una adecuada visión y espacio para la remoción del hueso, sin dañar los bordes de los tejidos blandos .

D) La incisión debe hacerse sobre hueso que no se va a remover de manera que las incisiones suturadas estén soportadas por él.

TIPOS DE COLGAJO :

COLGAJO TIPO BOLSILLO.- Se hace por incisión de los tejidos en torno a los cuellos de varios dientes por delante y por detrás de la zona, separando el colgajo vestibular, resultante del hueso.

Este colgajo es utilizado para remover dientes retenidos .

COLGAJO VERTICAL .- Emplea una incisión vertical que se extiende desde el surco vestibular hasta una incisión gingival horizontal en torno a los cuellos de los dientes .(VER DIB. NUM 1)

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO :

INSTRUMENTAL .

- 1.-Jeringa Carpule para anestesia.
- 2.-Espejo Bucal.
- 3.-Pinzas para algodón .
- 4.-Martillo Quirúrgico.
- 5.-Escoplo recto .
- 6.-Fresa redonda No. 8 de Tungsteno.
- 7.-Aguja para suturar.
- 8.-Tijeras.
- 9.-Porta Agujas .
- 10.- Bisturi.

11.-Periostotómo

12.-Lima de Hueso.

13.-Cucharilla.

14.-Gubia.

La incisión con una hoja Num. 15 se hace al rededor del mango-vestibular que rodea al diente que esta por detrás del que se va a operar, en torno de éste mismo diente; y luego se angula hacia arriba, hacia el surco vestibular alejandose del diente a extraer .

La elevación del colgajo mucoperiostico se incia en el componente vertical donde la inserción periostica no es fuerte, y se trabaja con el periostotómo o espátula de Freer; hacia las incisiones del mango gingival al tiempo que se desplaza hacia atrás. Se levanta el colgajo , el borde del periostotómo se inserta 2mm- por debajo del tejido anterior insertado, a mitad del camino entre el mango y el fondo del surco para la posterior entrada de la aguja de sutura . Recordemos que la retracción del colgajo debe ser suave para impedir el edema .El colgajo debe mantenerse separado sin aplicar fuerza, hasta que se haya terminado la operación .

OSTEOTOMIA Y OSTEECTOMIA :

La osteotomía es parte de la operación que consiste en abrir el hueso .La osteectomía es la extracción del hueso que cubre el objeto de la operación. La eliminación de la tabla externa suprime los principales factores de la retención del diente en su alveolo .Dicha resección la podemos hacer por medio de fresas- o escoplo y martillo, aunque que es muy molesto para el paciente .

En la disección de un diente, los cortes en el hueso serán para

lelos, al eje longitudinal del diente , en la cortical vestibular sobre las caras mesial y distal de la raíz. Después de la remoción de la cortical vestibular se hacen otros cortes en el hueso o a ambos lados de la herida, hasta que se expone el ancho máximo de la raíz. Se debe tener cuidado de no descubrir raíces de dientes adyacentes .

La ostectomía con fresa se realiza aplicando este instrumento solidamente contra el hueso, en su giro el instrumento - extirpa el hueso llegando hasta la raíz a extraerse. La ostectomía en esta forma requiere un hueso de poco espesor y - poco extensión. El hueso se debe irrigar con suero fisiológico estéril para evitar su calentamiento.

En otro caso podemos utilizar la fresa Num. 2 o 3 y hacemos pequeños orificios que alcanzan la profundidad del hueso, dichos orificios los unimos con golpes de escoplo a presión - manual, o bajo el golpe del martillo..

NOTA : En general la realización del colgajo y remoción ósea es de esta manera; por lo tanto en los casos clínicos que se presentaran, solo nombrare el colgajo y la remoción ósea, como incisivos y proseguire con el acto quirúrgico. Asimismo al finalizar el acto quirúrgico del primer caso clínico, especificare el tratamiento postoperatorio postoperatorio el cual se aplica en todos los siguientes casos clínicos (cuando por supuesto existe un desarrollo normal), por lo tanto solo - nombrare el tratamiento postoperatorio en el primer caso clínico con el objeto de no repetir información.

EXTRACCION DE MOLARES INFERIORES :

CASO CLINICO: Se trata de extraer un primer molar inferior - derecho que clínicamente presenta una corona semidestruida - a causa de caries extensa(VER DIB. 3).

TRATAMIENTO QUIRURGICO :

- 1.- -Seanestesia correctamente al paciente .
- 2.- Preparación del Cogajo.(Incisión y desprendimiento de - tejido .
- 3.- Ostectomia a fresa quirúrgica o escoplo.
- 4.- Seccionamiento del molar : Existen dos opciones .

A) Con el objeto de separar raices nos valemos de un - disco de carburo, que se aplica verticalmente en la porción media de la corona tratando de coincidir en el espacio in - terradicular. El disco debe trabajar a chorro de agua, para evitar el recalentamiento del diente y posible transmisión - de calor al hueso. El disco está dedicado a seccionar el esmalte, por lo tanto es suficiente que el corte llegue hasta - la altura del cuello del diente .(VER DIB. 4) .

B) Tambien puede seccionarse el molar a nivel del cue - llo, separando la corona de sus raíces . Se emplea una fresa redonda con la cual se realizan los orificios .

La corona la eliminamos con un golpe de escoplo, apli - candolo a nivel del cuello sobres las caras del molar .

USO DE LA FRESA :

Para terminar el corte se utiliza la fresa 560, montada en - angulo recto, dirigiendo la fresa de bucal a lingual, tratan do de llegar al espacio interradicular .

Ahora introducimos un elevador fino en el espacio creado --- por la fresa y se imprime al instrumento un movimiento hacia mesial y distal, con el cual aseguramos la separación radicular y facilitamos la luxación de las raíces .

Separamos los elementos mesial y distal, podemos realizar la eliminación de raíces con pinzas, siempre y cuando hallamos realizado suficiente osteotomía en la tabla externa y contemos con raíces rectas .

APLICACION DE ELEVADORES :

RAIZ MESIAL : Utilizamos elevador recto, el cual se introduce con pequeños movimientos giratorios de penetración en el espacio anterior. A veces con esto ya bastara para luxar la raíz mesial. A continuación se gira el elevador en el sentido de adelante atrás, o apoyandonos en el tabique mesial y dirigiendo el mango del elevador hacia adelante y hacia la línea media del paciente, la raíz la podemos desplazar hacia arriba y atrás . Recordemos que la curvatura que tenga la raíz mesial, condicionara la intensidad, la dirección y la fuerza -- que se aplicara, ya que la raíz debe ser desplazada en el sentido de su curvatura .

EXTRACCION DE LA RAIZ DISTAL :

La podemos abordar desde el alveolo mesial deshabitado, o luxandola de distal a mesial .

Al querer realizar esto podemos encontrar un tabique interradicular alto y otro bajo. El tabique alto es eliminado con la punta aguda del elevador angular . Heco esto se introduce un elevador distal (NUM. 12, 13 O 14) en el alveolo mesial va - . cio y apoyando la punta de la hoja del instrumento, contra la cara mesial de la raíz distal, e imprimiendo al mango del ins

trumento un pronunciado movimiento giratorio, se desplaza - la raíz hacia arriba y atrás .(VER DIB. 4 y 5).

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA :

Eliminado el órgano dentario, se debe prestar atención a la cavidad ósea, en caso de que existan lesiones óseas periapicales deben ser eliminadas por vía vestibular en la extracción- a colgajo, que permite un camino fácil de acceso y de buena iluminación .

Las esquirlas óseas, los bordes filosos, deben ser eliminados evitando una irritación del tejido gingival de revestimiento o un foco de infección largo tiempo mantenido causando probablemente alveolitis y supuración del alveolo .

SUTURA :

EL COLGAJO DEBE SER DEVUELTO A SU LUGAR y mantenido en tal posición con suturas. De esto depende el éxito de la operación puede verse malogrado por un colgajo desprendido, lo cual puede ocasionar su retracción indebida con trastornos estéticos o infección del alveolo con dolor y supuración .

Dos o tres puntos de sutura bastaran para fijar el colgajo a su sitio de normal inserción .

CUIDADOS POSTOPERATORIOS :

Se le debe recomendar al paciente :

- A) No consumir alimentos grasosos ni picantes por lo menos - 3 días después de la operación .(como carne de puerco) .
- B) Tratar de no masticar por el extremo operado .
- C) La limpieza se realizara con gasas esterilizadas , con agua simple .Las demás áreas se limpiarán de manera ordinaria - con su cepillo de dientes .

D) Se podran realizar enjuagues bucales.

El primer día de la operación el paciente debera :

E) Aplicar compresas frias en la mejilla de la operación, ---- de manera que podra consumir nieve. Las compresas se aplican- 10 minutos por cada media hora .

SEGUNDO DIA :

F) Se aplica calor caliente, tales como trapos planchados (de-- ninguna manera se deberan colocar trapos húmedos, puede provo- car vasodilatación).

G) A criterio del medico se receta antibiotico a elección.

H) Se receta analgesico a elección .

I) 5 días despues se retiran las suturas ..

EXTRACCION DEL SEGUNDO MOLAR INFERIOR :

Deben realizarse exactamente los mismos pasos que para el pri- mero. Solo debemos tomar en cuenta la arquitectóra del alveo- lo, la resistencia de sus tablas bucal y lingual que pueden - ameditar una ostectomia mas profunda .

EXTRACCION DE MOLARES SUPERIORES :

Supongamos que el caso clínico es el mismo señalada anterior- mente, por lo tanto las indicaciones son las mismas .

TRATAMIENTO QUIRURGICO :

1) Aplicación de anestesia suprapariostica .

2) Preparación de colgajo . Seguimos las mismas normas señala- das anteriormente.

3) OSTECTOMIA : Puede realizarse a fresa o escolplo y marti- llo, aunque actualmente se prefiere utilizarla fresa, la del- gades de la tabla externa permite el uso del escolplo bajo pre- sión manual , con la cual se elimina la porción necesaria de-

hueso .

4) SECCIONAMIENTO DEL MOLAR :

Puede hacerse cortando la corona a nivel de la union de las - raíces, mesiovestibulares y disto-vestibulares y extrayendo--- la raíz lingual intacta.

Así bien con un disco de carburo se secciona la porción coronaria que posea esmalte, el corte repito debe llegar hasta el nivel del cuello del diente. Debido a que es un molar superior debemos dividir el cuerpo dentario en tres porciones, - uno mesio-bucal, otro disto-bucal y el palatino; dicha división la podemos realizar con una fresa 560 de fisura, y separamos las raíces bucales .

La fresa colocada perpendicularmente al cuello del diente, debe llegar hasta el espacio interdentario que separa las raíces-bucales . Enseguida seccionamos el macizo palatino de las raíces bucales ya divididas. (VER FIG . NUM 6) .

Enseguida colocamos un elevador en la cara bucal, entre las - raíces bucales dirigiendolo de atrás hacia adelante, cerciorandonos de que existe separación radicular y al mismo tiempo luxamos las raíces bucales .

5) EXTRACCION :

Se coloca el elevador recto perpendicularmente en el espacio - interdentario distal, lo mas cerca del borde óseo, donde realizamos movimientos oscilatorios, dirigiendo el mango hacia atrás, y luxamos la raíz con un movimiento hacia abajo y afuera .

EXTRACCION DE LA RAIZ MESIAL-BUCAL :

Se introduce el elevador en el espacio interdentario mesial - dirigimos el mango del instrumento hacia adelante, se luxa la

raíz hacia atrás y abajo, siguiendo la vía de menor resistencia .

EXTRACCION DE LA RAIZ PALATINA :

Con el mismo elevador se coloca la hoja del instrumento contra la cara bucal de la raíz palatina en el espacio periodóntico-- donde el elevador actuara como cuña o palanca, aunque tambien la podemos extraer con forceps despues de luxada .

Una vez terminado el acto quirúrgico podemos proceder a realizar la limpieza de la cavidad ósea con nuestra cucharilla y terminamos realizando el tratamiento de la cavidad ósea como señale en el caso anterior .(VER PAG. 12).

6) COLOCA_CION DE SUTURA. (REVISAR PAG 12).

7) TRATAMIENTO POSTOPERATORIO (REVISAR PAG 13).

CAPITULO : IV

METODO DE COLGAJO Y ODONTOSECCION PARA EXTRACCION

D E R A I C E S :

A) DIENTES UNIRRADICULARES :

a) INCISIVOS Y CANINOS SUPERIORES :

1) Historia clínica.

2) Estudio radiografico (donde nos sercioraremos del tamaño, forma y dirección de la raíz.

3) CASO CLINICO : Intento de la extracción de la raíz de un diente unirradicular, en el preciso momento que este se fracturo accidentalmente .

4) LIMPIEZA DEL CAMPO OPERATORIO.- Cuando el diente se -- fractura se producen por lo general esquirlas dentarias y hemorragias de las partes blandas. Se lava y se seca -- perfectamente comprimiendo con gasas esterilizadas, para tener una mejor visión de la disposición de la raíz fracturada.

EXTRACCION POR COLGAJO :

- 1.- Desprendimiento de colgajo . (VER PAG. 8)
- 2.- Osteotomía (seguimos los mismos pasos señalados anteriormente (VER PAG8))
- 3.- Técnica con elevadores.

Se coloca el instrumento a nivel de cara lingual de la raíz y se introduce con movimientos giratorios, en el espacio -- periodóntico entre la pared del alveolo y la cara palatina de la raíz del diente . Yactuando como cuña, la raíz es movilizada en sentido inverso con el que fue introducida la hoja del elevador .Una vez luxada la raíz se toma con el forceps Num. 69,

- 4.- Se limpia perfectamente cavidad ósea y nos disponemos a realizar el tratamiento de la misma.(VER PAG12).
- 5.- Colocación de sutura .
- 6.- Tratamiento postoperatorio. (REVISAR PAG13).

INCISIVOS CANINOS Y PREMOLARES INFERIORES :

- 1.- Historia clínica
- 2.- Estudio Radiográfico
- 3.- CASO CLINICO INTENTO DE EXTRACCION A COLGAJO DE UNA RAZ FRACTURADA EN EL ACTO .
- 4.- Levantamiento de colgajo.
- 5.- Se realiza la osteotomía nombrada anteriormente .
- 6.- TÉCNICA CON ELEVADORES :

Se introduce un elevador recto fino, en la cara proximal mas accesible, ejerciendo sobre el mango del instrumento breves movimientos de rotación, se hace penetrar perpendicularmente a la raíz, entre la pared proximal del alveo

_lo y la cara proximal de la raíz . FIG. VER FIG.NUM 7)

DIENTES DE VARIAS RAICES :

PRIMER PREMOLAR SUPERIOR .-

- 1.- HISTORIA CLINICA.
- 2.- Estudio Radiográfico
- 3.- CASO CLINICO :PREMOLAR CON RAICES PERFECTAMENTE SEPARADAS
- 4.- Levantamiento de colgajo . .
- 5.- Ostectomia correspondiente .
- 6.- Técnica con elevadores :

En caso de ser un premolar con las raíces perfectamente individualizadas (radiográficamente), es necesario utilizar el me todo de odontosección, separando las raíces bucales y palatina con una fresa de fisura y extrayendo cada elemento por separado . La raíz bucal la podemos extraer con un elevador recto- en el espacio creado por la fresa y con un punto de apoyo en la cara bucal de la raíz palatina y actuando como palanca se mueve el elevador hacia la línea media del paciente; así eliminamos la raíz por el espacio que nos quede al eliminar la raíz bucal antes extraída . (VER FIG 8)..

- 7.- Tratamiento de la cavidad ósea .,descrita anteriormente.
- 8.- SUTURA .
- 9.-Tratamiento postoperatorio .

MOLARES SUPERIORES :

NOTA : TANTO LOS PASOS 1, 2, 4, 5, 7, 8, y 9 ya fueron descritos anteriormente , por lo tanto solo se nombraran .

- 1.-Historia clínica.
- 2.-Estudio radiográfico.
- 3.-CASO CLINICO:

**CASO CLINICO : MOLAR TRES RAICES , LAS CUALES SE ENCUENTRAN
DILACERADAS .**

4.- Levantamiento de colgajo.

5.- Osteotomia correspondiente .

6.- ODONTOSECCION :

Comenzamos separando las raices con una fresa de fisura _NUM -- 560 ,separamos las raices bucales de la palatina, y las raices-bucales se extraen , colocando un elevador recto en el espacio-creado por la fresa, y con un punto de apoyo en la cara bucal - de la raíz palatina, y actuamos de manera de palanca y move - mos el elevador hacia la línea media media del paciente , ambas pueden salir juntas .

La raíz palatina se extrae por el mismo procedimiento introdu - ciendo el elevador entre la cara palatina de la raíz y lapared-alveolar .

En caso de encontrar raices rectas , se puede intentar el meto - do cerrado o sin colgajo, previo seccionamiento del organo den - tario . Podemos colocar un elevador en el espacio interradicu - lar, movilizandoy luxando las raices, las que pueden ser luego extraidas individualmente , aplicando los elevadores sobre la - cara radicular accesible y dirigiendo la raíz hacia el lugar - de menor resistencia . Dicho método se puede aplicar a indivi - duos jovenes , ya que existe la eleasticidad necesaria en los - alveolos .

7.- Tratamiento de la cavidad ósea .

8.- Sutura.

9.- Tratamiento postoperatorio .

MOLARES INFERIORES :

Se realizan exactamente la misma técnica, separando las raices-

con una fresa de fisura NUM. 560 , colocada en angulo recto y procedemos a utilizar los elevadores como se indico anteriormente .

Asimismo tanto el tratamiento de la cavidad ósea, la sutura y los tratamientos posoperatorios ,se realizaran de la misma manera .

FRACTURA POR DEBAJO DEL CUELLO :

DIENTES UNIRRADICULARES :

Generalmente se fractura la porción ápical por que pueden presentar curvatura o dilaceraciones . Su eliminación se puede realizar de dos manera; por via alveolar o por extracción por alveolectomia .

VIA ALVEOLAR :Una vez verificada la fractura con la porción extraída con su extremidad cortada, podemos imaginar el probable tamaño del ápice remanente.

CASO CLINICO : SUPONGAMOS QUE HABLAMOS DE UN 2DO PREMOLAR SUP. CUYA RAIZ SE ENCUENTRA FRACTURADA (VER FIG 9)

1) Lavamos la cavidad con suero fisiologico, secando perfectamente la cavidad y hacemos hemostasis de manera que podamos observar perfectamente la cavidad .

2.- Con una fresa redonda Num . 4, eliminamos hueso del tabi interradicular y hacemos una muesca en la cara palatina de la raíz .

3.- Introducimos una hachuela o algo que se leparezca y eliminamos la raíz dirigiendola hacia abajo .

EXTRACCION POR ALVEOLECTOMIA :

Cuando llega a fracasar el metodo por via alveolar podemos utilizar este, sin hacer daños a los tejidos .

A) Suponiendo que es el caso nombrado anteriormente, debemos -- ubicar aproximadamente la posición en que se encuentra, ayudándonos con una pinza para algodón , y así verificamos la ubicación de éste, (VER FIG 10) .

2.- Se realizar una pequeña incisión angular a nivel del ápice fracturado, y levantamos nuestro pequeño colgajo.

3.- Sobre la cara ósea externa en este lugar, se coloca un instrumento punzante para perforar el hueso (lógicamente con la ayuda de nuestro martillo y escoplo) .

4.- Una vez llegada a este punto , al realizar nuestra perforación, al mismo tiempo se proyecta la raíz por vía alveolar y proseguimos a suturar .

Ahora bien si no bastara con la impactación del escoplo, procedemos a realizar la ostectomía con la fresa, o con el mismo escoplo y terminamos la extracción con un elevador .

5.- Recordemos que debemos realizar el tratamiento de la cavidad ósea , colocación de colgajo en su lugar y el tratamiento post operatorio, como ya describí anteriormente .

EXTRACCION DE RAICES DE MOLARES :

Cuando existe la fractura de raíces de molares a distintas alturas debemos :

1) Se realiza el procedimiento a colgajo señaladas anteriormente .

2) Podemos utilizar elevadores angulares NUM 12, 13, y 14 de Winter, podemos extraer la raíz mayor a expensas del alveolo de la menor , y la raíz menor , por el nuevo espacio creado por la extracción de la primera raíz . El tabique radicular será eliminado al paso de ir extrayendo las raíces, con el mismo -- instrumento o bien con las fresas redondas o de fisura o con -

_escoplo .

Los ápices de los molares requieren a veces un muy dedicado trabajo de disección , sobre todo cuando presentan 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 requiere una intervención más seria. Una vez terminada la extracción proseguimos a la limpieza de la cavidad ósea, colocación del colgajo en el lugar de inserción y su tratamiento posoperatorio adecuado .

FIG NUM 1

COLGAJO QUIRURGICO:



INCISION.

FIG . NUM 2



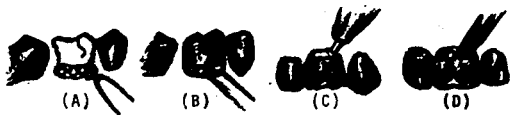
LEVANTAMIENTO DE COLGAJO Y REMOCION DEL HUESO VESTIBULAR
HASTA EL MAYOR ANCHO DEL DIENTES .EL BORDE DEL COLGAJO -
QUE SE VA A SUTURAR ESTARA SOPORTADO POR HUESO SIN DISE-
CAR .

FIG NUM. 3



COLGAJO PARA LA EXTRACCION POR ODONTOSECCION DE UN PRIMER MOLAR INFERIOR DERECHO .

FIG. NUM 5



ODONTOSECCION DE LA CORONA :

- A) PRIMER MOLAR INFERIOR, CON FRESA REDONDA SE PRACTICAN LOS ORIFICIOS DE BASTANTE PROFUNDIDAD QUE PUEDEN SER SEPARADOS CON UN GOLPE DE ESCOPLA .
- B) SEPARAR LA CORONA DE LAS RAICES CON ESCOPLA.
- C Y D) SON LAS MISMAS MANIOBRAS PERO EN EL PRIMER MOLAR SUPERIOR .

FIG. NUM 4 EXTRACCION POR ODONTOSECCION DEL PRIMER MOLAR INF.



A) INCISION B) DESPRENDIMIENTO C) OSTECTOMIA A ESCOPL
 C') IGUAL , PERO REALIZADA CON UNA FRESA REDONDA NUM 8
 DE CARBURO DE TUNGSTENO . D) CON UN DISCO DE CARBURO SE-
 SECCIONA LA CORONA. (PUEDEN EMPLEARSE PUES SON MAS EFECTI-
 VOS LOS INSTRUMENTOS ROTATORIOS DE DIAMANTE).
 E) LA SECCION DE LA CORONA SE TERMINA CON FRESA.
 F) SE INTRODUCE UN ELEVADOR EN EL ESPACIO CREADO POR LA FRESA.
 G) EXTRACCION DE LA RAIZ MESIAL, CON ELEVADOR RECTO .

DIB. 4 CONTINUACION:

- H) EL ELEVADOR DE WINTER NUM 12 EXTIRPA EL TABIQUE OSEO INTERRADICULAR .
- H') RESECCION DEL TABIQUE Y EXTRACCION DE LA RAIZ DISTAL CON ELEVADOR DE WINTER .
- I) SUTURA .

FIG. NUM 6

EXTRACCION POR EL METODO DE LA ODONTOSECCION DE UN PRIMER MOLAR SUPERIOR IZQUIERDO .



A

A) SEPARACION DEL COLGAJO



B'



B



C



C'

B) SECCIONAMIENTO DEL MOLAR CON UN DISCO DE CARBURO

B') PUEDE VERSE CLARAMENTE EL PUNTO ANTERIOR .

C) LA ODONTOSECCION PUEDE REALIZARSE CON FRESA DE FISURA

C') LAS TRES RAICES SEPARADAS

FIG. NUM 7

EXTRACCION DE UN INCISIVO CENTRAL INFERIOR .



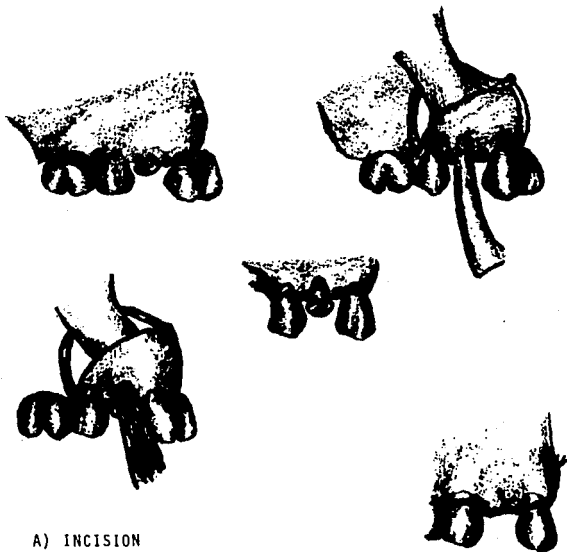
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

A Y B) TRAZADO DEL COLGAJO Y ALVEOLECTOMIA.

C) CON UN ELEVADOR RECTO SE APLICA ENTRE LA CARA DISTAL DE LA RAIZ DE HUESO Y MOVIENDOLO DE DERECHA A IZQ.

FIG NUM . 8

EXTRACCION DE LARAIZ DEL PRIMER PREMOLAR SUPERIOR DERECHO
POR LA TECNICA DE ALVEOLECTOMIA EXTERNA .



A) INCISION

B) COLGAJO Y OSTECTOMIA

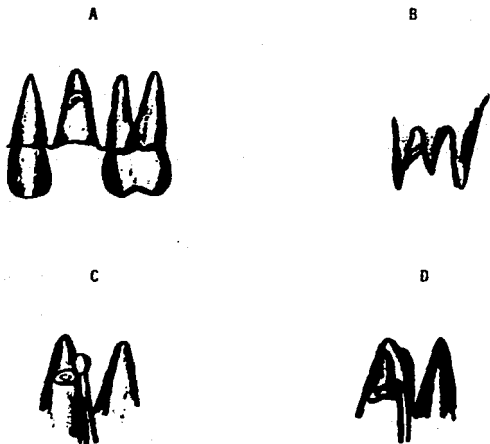
C) RESECADO EL HEUSO SE HACE VISIBLE LA RAIZ

D) EXTRACCION DE LARAIZ CON PINZA.

E) SUTURA DEL COLGAJO .

FIG. NUM 9

CUANDO UNA RAIZ SE HA FRACTURADO EN BISEL :

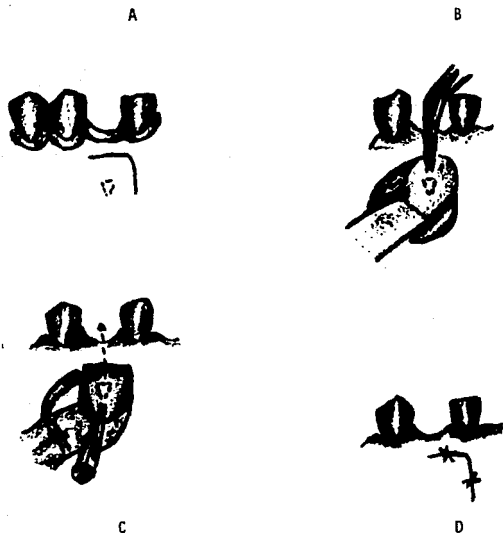


A, B .) CORTE BUCOLINGUAL DEL CASO .

C) UNA FRESA REDONDA NUM 4 ELIMINA HUESO DEL TABIQUE INTERRADICULAR, Y HACE UNA MUESCA EN LA CARA PALATINA DE LA RAIZ DONDE SE INTRODUCE UNA HACHUELA O INSTRUMENTO SIMILAR Y SE ELIMINA LA RAIZ DIRIGIENDOLA HACIA ABAJO .

FIG .NUM 10

EXTRACCION DE UAN RAIZ DE UN CANINO INFERIOR DERECHO
FRACTURADO PROFUNDAMENTE .



- A) INCISION ANGULAR
- B) CON UN INSTRUMENTO DE DOS RAMAS IGUALES (PINZAS DE ALGODON) SE VERIFICA LA UBICACION DE LA RAIZ, LA RAMA EXTERNA DE LA PINZA SEÑALA SOBRE LA TABLA EXTERNA EL NIVEL DE LA RAIZ.
- C) POR DEBAJO DE ELLA Y CON UN INSTRUMENTO PUNZANTE Y CON UN GOLPE DE MARTILLO SE REALIZA UNA PERFORACION DEL HUESO VESTIBULAR Y SE PROYECTA LA RAIZ POR VIA ALVEOLAR .
- D) SUTURA DEL COLGAJO REALIZADA EN EL VESTIBULO .

CONCLUSIONES :

Todo abordaje quirúrgico debe tratar de llevarse a cabo a través de una técnica específica y previamente planeada de acuerdo a cada caso a presentarse .

La extracción dentaria por seccionamiento nos ayuda a evitar la lesión sobre los tejidos circundantes y dientes vecinos, asimismo nos acorta el tiempo operatorio - suprimiendo por completo el trismus postoperatorio.

Por otra parte el impacto psicológico en el paciente es menor, ya que la intervención se ha de tratar de realizar de la manera mas organizada y menos agresiva posible pensando que toda intervención quirúrgica es y debemos esforzarnos por que sea una operación elegante. No hay nada mas reñido con esta elegancia, que los intentos desorganizados y desesperados por parte del operador, para realizar la avulsión de un diente .

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

- 1) CIRUGIA BUCAL
GUILLERMO A. RIES CENTENO
NOVENA EDICION.
- 2) CIRUGIA BUCAL
ATLAS PASO POR PASO TECNICAS QUIRURGICAS
W.HARRY ARCHER
TOMO I.
- 3) TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
DR. GUSTAVO O. KRUGER
CUARTA EDICION .
- 4) CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL
DANIEL M. LASKIN .