

363  
204

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**



**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**SEMINARIO DE TITULACION EN EXODONCIA**

**EXTRACCION DE DIENTES INCLUIDOS**

**T E S I S A**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE;**

**CIRUJANO DENTISTA**

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

**MARIA BERTHA VALENCIA ESTRELLA**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**MEXICO, D. F.**

**1990**



## **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

	Pág.
1.- INTRODUCCION	
2.- DEFINICION	1
3.- ETIOLOGIA DE LAS INCLUSIONES	2
4.- INDICACIONES DE LA EXTRACCION	5
5.- DIAGNOSTICO	8
6.- CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES	10
7.- CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES	11
8.- INSTRUMENTAL	14
9.- TECNICA QUIRURGICA PARA TERCEROS MOLARES SUPERIORES INCLUIDOS	16
10.- TECNICA QUIRURGICA PARA TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS	19
11.- CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS SUPERIORES	24
12.- INDICACIONES DE LA EXTRACCION DE CANINOS INCLUIDOS	25
13.- TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE CANINOS SUPERIORES	26
14.- TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES	32
15.- COMPLICACIONES QUIRURGICAS DE LOS DIENTES INCLUIDOS	34
16.- CUIDADOS POST-OPERATORIOS	35
17.- CONCLUSIONES	37

## INTRODUCCION

Cuando los dientes no toman sus posiciones normales para funcionar en el arco dentario, se consideran incluidos o impactados y, salvo raras excepciones deben extraerse, por ejemplo:

- 1.- En pacientes cuyo estado de salud general es tan precario que tal procedimiento quirúrgico no sería conveniente.
- 2.- En pacientes cuya edad sea tal que en presencia de un --- diente totalmente asintomático, ese procedimiento resultaría innecesario o no aconsejable.

Entre las complicaciones que hacen necesaria la extracción de los dientes incluidos; pueden mencionarse la pericoronitis infecciosa, abscesos alveolares crónicos-agudos, osteitis supurativa crónica, necrosis, osteomielitis.

Independientemente de la terminología particular, cualquier diente que no haya logrado adoptar una posición funcional normal en el arco alveolar, que no haya hecho erupción o sólo en parte, y que no tenga ninguna función de utilidad, debe extraerse para evitar posibles complicaciones, tales como; el desarrollo de quistes dentígeros, lesiones periodontales, caries dental e irritación crónica de los tejidos adyacentes.

En estos días de excelente asistencia dental el individuo joven que recibe buena terapéutica odontológica debería tener -

todos los terceros molares extraídos antes de los 17 años de edad. Para este paciente no debería importar si el diente está incluido o no ha hecho erupción es, simplemente, buena odontología preventiva. Ya que es más fácil extraer estos dientes en el individuo joven, porque el paciente tolera mejor el procedimiento y no necesita cirugía extensa como el adulto y su recuperación es más rápida. Aunque en ocasiones los dientes incluidos pueden permanecer asintomáticos toda la vida, lo más frecuente es que estos dientes participen en uno de varios procesos patológicos.

Por último la eliminación quirúrgica de estos dientes es un procedimiento que requiere una gran habilidad técnica y un claro raciocinio, los problemas que se asocian a estas técnicas requieren unos cuidados absolutos hacia el paciente. Una terapéutica racional antibiótica, anestesia, juicio quirúrgico y habilidad es lo más preciso para enfrentarnos con la cirugía de los dientes incluidos.

## DEFINICION

Los dientes incluidos se definen como aquellos dientes en los cuales la erupción ha sido obstruida parcialmente o totalmente por el hueso o por otros dientes. Cualquier diente puede llegar a estar incluido pero el tercer molar del maxilar inferior es el que con más frecuencia se encuentra involucrado.

Los dientes que se encuentran incluidos con más frecuencia son los terceros molares inferiores, como mencione anteriormente, seguidos por los caninos superiores, los premolares inferiores y los incisivos centrales superiores. Esto sucede porque en el curso del desarrollo el diente puede haber tomado una posición poco común, que le impide seguir la vía normal de erupción, y así toma una posición anormal dentro del reborde alveolar, quedando como diente incluido.

## ETIOLOGIA DE LAS INCLUSIONES

### EXISTEN VARIAS TEORIAS

Una dieta más blanca y refinada, que requiere menos masticación favorece las inclusiones ya que no es necesario poseer un aparato masticatorio poderoso. Por eso un gran número de personas tiene dientes incluidos y se creó que el hombre perderá los terceros molares, a lo que seguirá, -- eternidades después inclusiones y pérdidas subsecuentes de los incisivos laterales.

Otra dice que la frecuencia de estas inclusiones puede explicarse por el hecho de que el tercer molar es normalmente el último diente en hacer erupción y cualquier situación que tienda a disminuir el espacio previsto para él, lo dejará por supuesto sin suficiente espacio para hacer erupción y el canino que es también el último de los dientes anteriores en hacer erupción sufre en forma similar por falta de espacio cuando está afectada ésta parte del maxilar.

Otra nos dice que la causa de los dientes incluidos es más teórica que real y que se debería discutir tomando en cuenta tres teorías separadamente.

La primera y la principal es la teoría ORTODONTICA ya que - el crecimiento normal de la mandíbula y el movimiento de los dientes, se hacen en una dirección anterior y cualquier cosa que interfiera con tal desarrollo, causará inclusión dental. Por ejemplo: Infecciones agudas, fiebres, trauma severo, -- mal exclusión y la inflamación de la membrana periodontal -- puede incrementar la densidad ósea. La respiración bucal --- constante, generalmente provoca arcadas dentarias de menor - tamaño y, en consecuencia, aquellos dientes que hacen su --- erupción al último, no tienen espacio.

Ocasionalmente, una pérdida temprana de los dientes deciduales puede causar una detención del desarrollo de la mandíbula y/o una malposición de los dientes permanentes, dando por resultado inclusiones dentarias.

La segunda teoría de interés es la teoría FILOGENETICA; Esta nos dice que la naturaleza trata de eliminar a aquello que no se usa y nuestra civilización, con sus hábitos nutricionales cambiantes, prácticamente ha eliminado la necesidad de poseer maxilares grandes y poderosos.

Como resultado de esta función alterada, el tamaño de los maxilares ha disminuido. Por eso en muchos casos el tercer molar ocupa una posición anormal, está mal formado y puede con-



siderarse como un órgano vestigial sin propósito o función. además es frecuente que haya ausencia congénita del mismo.

La teoría MENDELIANA: dice que es probable que en forma hereditaria, tal como la transmisión de mandíbulas pequeñas de uno de los padres y dientes del otro, pueda ser un factor -- etiológico importante en los dientes incluidos.

## INDICACIONES DE LA EXTRACCION

Para decidir si está indicada la extracción preventiva de todos los dientes incluidos o si en algunos casos se debe intentar el tratamiento de ciertos estados patológicos para retener un diente incluido, no sólo es necesario conocer los problemas que pueden afectar a estos dientes, sino también las secuelas que pueden acarrear tales problemas.

Existen varias indicaciones para la extracción de los dientes incluidos:

- 1.- Consideraciones ortodóncicas
- 2.- Infección o dolor producidos por un diente incluido
- 3.- Presencia de un quiste o de un tumor asociado a un diente incluido
- 4.- La profilaxis

### CONSIDERACIONES ORTODONCICAS

Algunos ortodoncistas recomiendan la eliminación de los terceros molares. Creen que la presión de un molar incluido es un factor importante en la posición de los dientes.

Muchos casos ortodóncicos se catalogan idealmente bajo criterio de cirugía profiláctica.

## INFECCION O DOLOR

La infección oral que con más frecuencia se observa en los adolescentes es la pericoronaritis. Ésta puede variar desde una ligera molestia hasta una severa infección. Se localiza en los tejidos blandos que rodean la corona de un molar parcialmente erupcionado o incluso que no ha hecho erupción. -- Es obvio que la fuente de infección, el diente, debe ser eliminado. Sin embargo, antes de practicar la cirugía debe controlarse la infección.

El dolor es desde luego una razón subjetiva para la cirugía y se presenta siempre en todas las infecciones agudas localizadas en los terceros molares.

## PRESENCIA DE UN QUISTE O TUMOR

Los quistes se asocian muchas veces a los terceros molares - incluidos sospechándose su existencia después de un episodio agudo de inflamación y dolor.

Aunque en muchas ocasiones se descubre cuando la extensión es grande y ha sobrevenido una infección. Debido a la frecuencia con que muchos quistes destructivos se encuentran asociados a inclusiones, muchos autores han recomendado la odontectomía profiláctica.

La posible confusión de los quistes dentígeros con los ameloblastomas y carcinomas debe conseguir que estemos al acecho - de la posible presentación de estos tumores.

## PROFILAXIS

El argumento que con más insistencia se aduce para la odontectomia profiláctica es el de la potencialidad de destrucción. Los que aconsejan este proceder creen que el momento más oportuno para realizar las cirugías son entre los 15 y 20 años, puesto que estos pacientes presentan un curso operatorio y post-operatorio mejor que los adultos y ancianos.

## DIAGNOSTICO

Debe desarrollarse cuidadosamente un plan antes de tocar estos dientes, de modo que puedan extraerse con un mínimo de traumatismo al tejido blando adyacente y al hueso de sostén y en un tiempo tan corto como sea posible.

El diagnóstico se establece cuando menos parcialmente, por medio del examen clínico. Es imperativo tomar radiografías detalladas de toda la zona, seguidas de una interpretación minuciosa.

El cirujano debe conocer la verdadera relación de un diente con respecto a la de los otros; esta información es difícil de obtener si no puede observarse al diente clínicamente y a través del estudio radiográfico.

Otras guías en la lectura de las radiografías en general son:

- 1.- El área de estudios debe aparecer en el centro de la radiografía.
- 2.- Los puntos de contacto deben aparecer abiertos indicando que el centro del rayo ha pasado en un ángulo recto a través del área de exposición.
- 3.- Debe haber cierta superposición de las cúspides de los dientes posteriores

4.- Debe verse algo de tejido blando y todas las interpretaciones radiográficas deben apoyarse en hallazgos clínicos.

Es preferible no precipitarse y realizar una cuidadosa selección. Este criterio de selección se deriva de las reglas antedichas para un cuidadoso examen radiográfico. Si existe una evidencia radiológica de alguna lesión osteolítica, se practicará la odontectomía. Esto, junto con otras razones - consideradas válidas para la intervención de terceros molares, parece ser un punto de vista bastante razonable.

Propiamente los rayos X no revelan ningún estado patológico sin embargo, nos dibujan la posición y anatomía de la pieza incluida que es de un valor inestimable en la extracción de dientes incluidos.

La radiografía deberá estudiarse cuidadosamente para localizar la inclusión y para precisar forma, número e inclinación de las raíces. DEberá observarse, la relación del diente con el conducto dentario inferior de manera que pueda prevenirse al paciente acerca de una p osible parestesia -- post-operatoria.

## CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES

El propósito de este sistema de clasificación es crear un orden en la evaluación diagnóstica y en el trabajo quirúrgico de la cirugía del tercer molar.

### CLASIFICACION

#### I CLASE

Toma en cuenta el espacio del segundo molar y borde posterior de la tuberosidad, se mezcla con la profundidad en hueso.

#### II CLASE

Toma en cuenta a aquella que no tiene las raíces

#### III CLASE

Cuando tiene aproximadamente dentro de hueso 1 - 2 milímetros o dentro de él

#### IV CLASE

Toma en cuenta las piezas ectópicas, aquellas que salen fuera del sitio de donde debe hacer erupción.

## CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES

Es necesario clasificar los terceros molares inferiores incluidos, de modo que el operador pueda determinar por adelantado las dificultades que encontrará en su eliminación.

### CLASIFICACION

ARCHER GREGORY Y PELL

#### I CLASE

Toma en cuenta el espacio que existe entre la corona del segundo molar y parte anterior de la rama ascendente se subdivide en:

- a) Aquellas en donde la mayor parte del órgano dentario está incluido en este espacio.
- b) Aquellas en donde el órgano dentario se encuentra con la mitad incluida en la rama ascendente.
- c) Aquellas en donde la mayor parte de la corona del órgano dentario está en la rama ascendente.

#### II CLASE

Toma en cuenta la profundidad del órgano dentario en hueso y se subdivide en:

- a) El órgano dentario se encuentra localizado entre el plano oclusal o altura del plano cervical.



- b) Cuando el órgano dentario se encuentra entre el plano -oclusal y cervical.
- c) Cuando el órgano dentario se encuentra por debajo de la línea cervical.

### III CLASE

Toma en cuenta el eje longitudinal del órgano dentario y se subdivide en:

- a) Mesioinclusión
- b) Distoinclusión
- c) Linguoinclusión
- d) Vestibuloinclusión
- e) Giroinclusión

### IV CLASE

Se toma en cuenta la relación de las raíces del órgano dentario con el conducto dentario inferior

### V CLASE

Toma en cuenta las piezas ectópicas, aquellas que salen fuera del sitio de donde debe hacer erupción.

CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES

Clase I			
Clase II			
Clase III			
Clase IV			
Clase V			

## INSTRUMENTAL

Existe una enorme cantidad de instrumentos para la extracción de dientes incluidos. Cada cirujano debe elegir los que mejor se prestan para la técnica que utiliza y aprender a trabajar con destreza y eficacia con cada uno de ellos. Aunque no se puede hacer buena cirugía sin instrumentos apropiados, las dificultades comunes suelen deberse a fallas técnicas y no al instrumental incorrecto y el problema se resuelve modificando el método o la técnica y no cambiando el instrumental.

El conjunto básico de instrumental para extraer dientes incluidos de acuerdo con las técnicas descritas generalmente se dividen en: Instrumental de diéresis, entre ellos; bisturí, el mango más usado es el # 3 y las hojas del # 11, 12 y 15.

Otros auxiliares para nuestro corte son: Tijeras de hilo y de tejidos, y las hay rectas y curvas, además del bisturí hay hojas fijas, entre ellos los bisturís que se usan en Parodontología.

En tijeras tenemos las de encías que se distinguen en el tamaño, después de las tijeras tenemos instrumentos que nos van a ayudar en nuestro corte: Sonda acanalada y pinzas de disección.

Después de esto tenemos los instrumentos especializados en este caso; iegra y separador de tejidos, fresa quirúrgica ; torno y-- elevador.

Por último el portaagujas, aguja y sutura, se usan cánulas o -- eyectores quirúrgicos para absorber la sangre.

Todo este instrumental se utiliza previa esterilización.

A esto puede agregarse otros instrumentos que el cirujano pre -- fiera por razones especiales o se puede hacer sustituciones de acuerdo con las variantes individuales de la técnica.

## TECNICA QUIRURGICA PARA TERCEROS MOLARES SUPERIORES INCLUIDOS

Los postulados de la cirugía son 3

- 1.- Practicar un procedimiento quirúrgico evitando el dolor
- 2.- Impidiendo o corrigiendo la infección y cohibiendo la --  
hemorragia.
- 3.- Realizarla en el menor tiempo posible y técnica adecuada.

En todo acto preliminar a un acto quirúrgico se debe hacer.

- 1.- Historia clínica
- 2.- Elaborar un diagnóstico
- 3.- Conocer un pronóstico
- 4.- Proponer un plan de tratamiento

La extracción de terceros molares superiores incluidos no plantea problemas tan difíciles como los que se presentan en la extracción de los molares inferiores incluidos. Además no son tan frecuentes las complicaciones post-operatorias y los cuidados ulteriores son menos complejos.

### TECNICA QUIRURGICA

La incisión para extraer terceros molares superiores incluidos se hace sobre la cresta de la apófisis alveolar en un sitio más distal que el segundo molar y asciende por la superficie posterior de la tuberosidad. Cuando se requiere un acce

so más amplio, se prolonga el extremo anterior de esta inci sión en la hendidura gingival del segundo molar y, si es necesarios, se la lleva oblicuamente hasta el vestíbulo. Si el diente ha erupcionado en parte la incisión es la misma, pero con la diferencia de que es interrumpida por la perforación - producida en la encía por la parte sobresaliente del diente. Se eleva el mucoperiostio del hueso y se separa. En la mayoría de los casos aparece en el campo operatorio la corona. - En los casos en que la superficie oclusal del diente está -- cubierta por considerable cantidad de hueso, se retira éste con un escoplo manual o una fresa. La radiografía revela el sitio entre los molares segundo y tercero donde se puede colocar el elevador para luxar el diente y extraerlo. Se empuja a través de la corteza vestibular un elevador o se le coloca directamente en el espacio folicular para que tome el tercer molar justo debajo del abultamiento mesial de su corona y se luxa el órgano dentario respecto a su cripta. La fuerza elevadora debe aplicarse de manera que el diente - se mueva hacia abajo y en dirección vestibular, de lo contra rio, el diente podría desplazarse dentro del espacio infra-temporal o en el seno maxilar. Una vez que el diente ha sido extraído. Aspirese la sangre - alveolar y hagase una minuciosa inspección de la herida. Se deben de eliminar todas las espículas óseas y alisar el borde de la cavidad ósea con una lima para hueso. Por último, irri-

gese muy bien la herida con solución fisiológica, vuélvase a colocar el colgajo en su sitio y suturese con seda 3-0 - para obtener un cierre satisfactorio. Las suturas deben retirarse a los 5 ó 7 días de la operación.

## TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS

### TECNICA DE LA FRESA

Anteriormente se utilizaban el escoplo y el martillo, hoy el torno quirúrgico de alta velocidad se emplea extensamente para la extracción de dientes incluidos, la técnica tiene varias ventajas.

La primera es que la colocación de la pieza de mano en la boca del paciente es una experiencia familiar o común a todo -- aquel que haya ocupado un sillón dental.

La segunda que los golpes físicos y presiones ocasionados por el escoplo y el martillo quedan eliminados.

La tercera es que al estar irrigando constantemente el campo operatorio, para reducir el calor provocado por la fresa, se crea un campo quirúrgico continuamente limpio.

La cuarta ventaja es que el cirujano puede hacer perforaciones en torno al diente incluido de manera delicada y controlada, con el objeto de remover el tejido óseo, para poder -- tener acceso con el instrumental.



Es por eso y de acuerdo a estas ventajas que existe un alto interés en el uso de la fresa de alta velocidad para la extracción de los dientes incluidos.

#### TECNICA QUIRURGICA

Una vez que el paciente y el campo operatorio han sido preparados adecuadamente y se ha administrado anestesia local, se procede a hacer la incisión.

Esta incisión debe ser a criterio del cirujano, ya que existen varios tipos de incisiones como son la de Magnus, la contorneante, etc.

El cirujano debe practicar la que más convenga de acuerdo a la posición del molar incluido, ya que la incisión debe reunir ciertas condiciones como son:

- Dar suficiente luz quirúrgica
- Debe tener base ancha
- Debe conservar su irrigación.

Una vez que se ha practicado la incisión, el colgajo mucoperiosteico se eleva cuidadosamente con una legra. Y cuando el sitio operatorio está ampliamente expuesto, se coloca un separador por debajo del colgajo y se sostiene contra el hueso.

El siguiente paso es la ostectomía con fresa de alta velocidad para tener acceso al molar, la irrigación de la herida quirúrgica

durante el procedimiento es fundamental para minimizar la necrosis ósea provocada por el calor generado por la fresa. La irrigación sirve también para limpiar de restos óseos, fragmentos dentarios y sangre.

Una vez realizada la ostectomía se procede a elevar el molar o a la odontosección si es necesario de acuerdo a la presentación que tenga el molar. Ya que la elevación de un molar inferior incluido generalmente es impedida por uno o más de los siguientes factores:

- 1) El hueso que lo recubre.
- 2) El borde anterior de la rama ascendente
- 3) El segundo molar adyacente
- 4) Una formación radicular desfavorable
- 5) La proximidad al nervio dentario inferior
- 6) La cortical lingual delgada
- 7) La falta de visibilidad
- 8) El acceso restringido
- 9) La formación anormal de hueso

Así como otros problema quirúrgicos y anatómicos, son las dificultades que se pueden presentar.

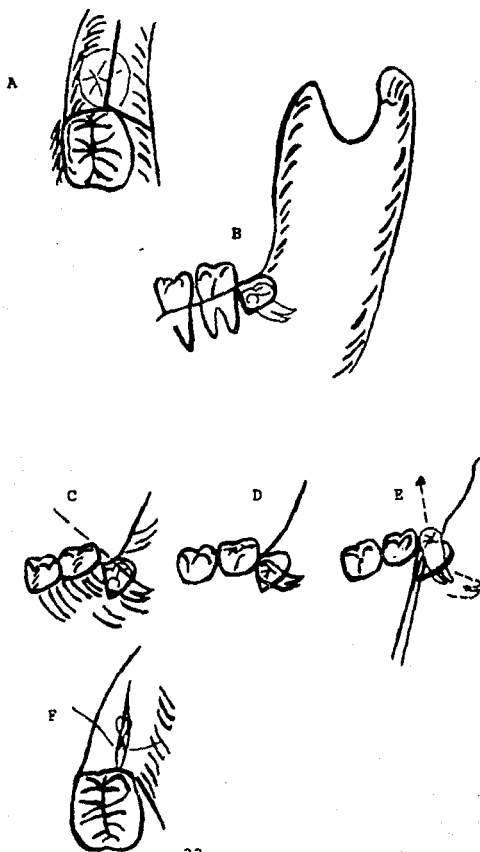
Es por eso que casi siempre es necesaria la odontosección. Una vez dividido los elevadores son empleados para extraer las partes seccionadas, la fuerza aplicada con los elevadores debe ser siempre una fuerza controlada y mínima.

Una vez que se ha extraído el diente se hace la limpieza del al-

veolo, se emplea la cureta como elemento de exploración para asegurarse que el alveolo se encuentra limpio. Se irriga para eliminar las partículas óseas y si es necesario se alisan los bordes con una lima para hueso.

Por último el colgajo es reinstalado. Se sutura con seda # 3-0 por lo general es suficiente un punto de sutura y la zona se cubre con una gasa, dando indicaciones posquirúrgicas al paciente.

TECNICA QUIRUGICA PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES



## CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS SUPERIORES

### I CLASE

Cuando la raíz y corona presentan una posición palatina

### II CLASE

Cuando la raíz y corona presentan una posición vestibular

### III CLASE

Cuando se encuentra parte del canino por palatino y parte por vestibular

### IV CLASE

En posición inusual

## CLASIFICACION DE CANINOS INCLUIDOS INFERIORES

### I CLASE

Cuando la raíz y corona presentan una posición vestibular

### II CLASE

En posición inusual

## INDICACIONES DE LA EXTRACCION DE CANINOS INCLUIDOS

En personas jóvenes considérese primero, la erupción ayudada artificialmente o la recolocación quirúrgica por la importancia de este órgano dentario como clave de la dentadura.

Si estos procedimientos no son factibles a causa de la posición del diente, la edad del paciente o porque éste no está dispuesto a someterse al tratamiento, recomiéndese la extracción a temprana edad, no solo porque entonces la cirugía es menos complicada, sino también porque se evita un posible -- deterioro de los dientes adyacentes.

He aquí las indicaciones de la extracción de caninos no erupcionados.

### 1.- POSICION CAMBIADA DE DIENTES ADYACENTES

La presión que se ejerce cuando el canino superior intenta erupcionar, muchas veces origina labioversión, linguoversión o rotación del incisivo lateral y, en casos más raros, del incisivo central. El desplazamiento de dientes por el canino inferior es menos común. Cuando aparecen signos de desplazamiento de los dientes, háganse investigaciones clínicas y radiográficas y si la causa es un canino en mala posición, aconséjese la extracción.

## 2.- RESORCION DE RAICES DEL DIENTE ADYACENTE

Puede ocurrir reabsorción compresiva acompañada de desplazamiento de los incisivos. El proceso resorptivo no se ve invariablemente en las radiografías porque la corona del diente obstruye la visión de los ápices de los incisivos, pero se le puede observar radiográficamente después de haber extraído el canino. La resorción sólo suele afectar la superficie de la raíz, pero puede continuar y tomar la pulpa del diente.

## 3.- LA FORMACION DE QUISTES

Muchas veces el folículo que rodea a la corona del canino dá la impresión radiográfica de ocupar un espacio mayor de lo normal. Esto suele significar que se ha formado un quiste, se debe hacer una operación para extirparlo y para facilitar la erupción del diente o bien se debe extraer el diente antes de que el quiste se agrande y destruya gran parte del hueso.

## 4.- PRESENCIA EN PACIENTES DESDENTADOS

En los pacientes desdentados muchas veces los caninos incluidos pasan inadvertidos, pero la presión de la prótesis dentaria, al producir irritación, puede estimular el mecanismo eruptivo y, en vista de que los dientes que lo obs-

taculizan han sido extraídos, el canino intenta erupcionar, se debe extraer el diente.

## 5.- SINTOMAS NEUROLOGICOS

El dolor es un problema que acompaña a veces a los caninos incluidos. Este dolor suele ser neurálgico y puede sentirse en el maxilar, pero con mayor frecuencia esta referido a una región en particular, como el ojo, oído, costado de la cabeza, cara y hasta dorso del cuello. En ocasiones el paciente se queja de cefáleas.



**TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE CANINOS SUPERIORES  
INCLUIDOS**

**CUANDO PRESENTA UNA POSICION PALATINA.**

La posición es importante ya que las técnicas quirúrgicas para las diferentes posiciones que presentan los caninos, varían tanto que son prácticamente operaciones que no tienen relación entre sí.

Los caninos se alojan en el paladar con mucha mayor frecuencia y donde son más difíciles de extraer.

Para operar el paladar el paciente debe estar reclinado y la cabeza flexionada hacia atrás para que el operador tenga buena visibilidad. Una vez que el paciente ha sido preparado y anestesiado se procede a hacer la incisión.

La incisión se hace, una incisión en los espacios interdentario palatinos, comenzando de los premolares de un lado hasta los premolares del otro lado, en seguida se levanta el colgajo con una legra y el contenido del agujero palatino se divide con el bisturí en el sitio en que entra al colgajo.

Una vez que se ha desprendido la fibromucosa y ha dejado al descubierto la bóveda palatina, se sede de mantener el colgajo inmóvil con un punto de sutura, anudándolo a algún molar del lado opuesto para que la visión del campo sea correcta.

Lo siguiente es comenzar a resecar el hueso que cubre al diente

por medio de la fresa quirúrgica cuidando de mantener una irrigación constante para evitar el calentamiento, hasta deja al descubierto la corona y el paso que sigue es la eliminación del diente, si es necesario se debe llegar a la Odontosección, procedimiento por el cual seccionaremos al diente las veces que sea necesario para poder eliminarlo aunque por lo general es suficiente seccionarlo en dos, corona y raíz.

Una vez que hemos seccionado el diente se aplica el elevador entre la corona y la raíz para elevar la corona y una vez retirada ésta, se procede a elevar la raíz en el espacio que ha dejado la corona, el elevador se torsiona cuidadosamente para llevar la raíz hacia adelante y afuera, de modo que se pueda tomar y extraerla por completo.

Una vez que se ha extraído completamente se hace una inspección a la cavidad para remover las esquirlas de hueso y diente que pudieran haber quedado y eliminar el saco pericoronario. Se alisan los bordes cortantes con la lima para hueso, se lava perfectamente con suero fisiológico, se reinstala el colgajo y se sutura con puntos separados entre los espacios interdentarios, se coloca una gasa comprimiendo la fibromucosa y por último se le indican los cuidados post-operatorios al paciente.

#### **CUANDO PRESENTA UNA POSICION VESTIBULAR**

Cuando tiene esta posición se puede exponer quirúrgicamente para

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

que el ortodoncista lo lleve a la posición correcta. Pero en personas mayores y pacientes que no desean el tratamiento ortodóncico se debe realizar la cirugía.

El paciente debe estar sentado o semi-reclinado ya que la iluminación es mayor y el acceso al diente es más directo. Una vez que el paciente ha sido preparado y anestesiado se inicia la incisión. Esta va a ser por vestibular en forma semilunar desde el frenillo labial a la región premolar. Las incisiones en la encía deben ser mucho más largas que el ancho de la perforación ósea necesaria para extraer el diente para tener un acceso adecuado y conseguir que los bordes de la herida descansen sobre hueso intacto. En seguida de la incisión se levanta el colgajo y se sujeta con un punto de sutura.

Se inicia la ostectomía con fresa quirúrgica cuidando de irrigar, hasta dejar al descubierto la corona y este puede ser elevado con los instrumentos adecuados, si es necesario hacemos la odontosección una vez que se ha extraído el diente se hace la limpieza de la cavidad. se cierra la herida con puntos aislados y se dan instrucciones al paciente.

#### **CUANDO PRESENTA UNA POSICION INTERMEDIA**

La posición habitual de una retención intermedia es con la -

corona en paladar y la raíz sobre los apices de los premolares.

Una vez que el paciente a sido preparado y anestesiado, el primer paso es la incisión por palatino de manera habitual para -- extraer la corona por medio de odontosección.

Ya extraída la corona, se hace la incisión por vestibular por encima de premolares también de forma habitual, se hace la osteotomía para descubrir el extremo radicular, una vez expuesta la raíz, ésta puede ser empujada de vestibular hacia palatino.

Ya extraído el diente se realiza la limpieza de la cavidad y se suturan los dos sitios operatorios.

Se dan por último indicaciones post-operatorias al paciente.

#### **CUANDO PRESENTA UNA POSICION INUSUAL**

Los caninos pueden erupcionar en cualquier parte del maxilar superior anterior por migración del germen dentario. También puede presentar posiciones insólitas por formaciones de quistes. Por lo general el espacio creado por el quiste facilita la extracción. Tanto la incisión, como el procedimiento depende del sitio donde se encuentre el diente.

## TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES INCLUIDOS

### CUANDO PRESENTA UNA POSICION VESTIBULAR:

Estos dientes suelen estar incluidos en la base de la mandíbula por la parte externa y tiene una posición oblicua o horizontal y deben ser extraídos. La incisión que se practica es horizontal o ligeramente curva por vestibular, se eleva el mucoperiostio con la legra y se procede a reseca una ventana ósea para exponer la corona y poder extraer el diente con el elevador recto, si es necesario se secciona el diente para extraer la corona y así dar espacio para que la raíz sea elevada.

Una vez hecha la extracción se hace la limpieza de la cavidad y se sutura la herida, se dan por último las indicaciones postoperatorias al paciente.

### CUANDO PRESENTA UNA POSICION INUSUAL

Los caninos en posición inusual por lo general se extraen por vía intrabucal, pero si el diente está cerca del borde inferior en la región premolar, se aborda más fácilmente incidiendo la piel. Esta incisión se hace debajo del borde inferior de la mandíbula para que se oculte. Se secciona el tejido subcutáneo, el músculo cutáneo del cuello y el periostio. Una vez ligados los vasos sangrantes, se expone la mandíbula y se procede a reseca el hueso hasta exponer la corona y parte del diente, si es neco-

sario la odontosección para sacarlo por partes. Una vez que se ha extraído se hace la limpieza de la cavidad, la sutura de la herida por planos y por último las indicaciones post-operatorias al paciente.

## COMPLICACIONES QUIRURGICAS DE LOS DIENTES INCLUIDOS

Los factores que pueden complicar la técnica operatoria - durante la extracción quirúrgica de los dientes incluidos son:

- 1.- La curvatura anormal de las raíces.
- 2.- Hipercementosis
- 3.- La proximidad al conducto dentario en molares inferiores
- 4.- Gran densidad ósea especialmente en los ancianos.

Por otro lado, durante la extracción quirúrgica de los dientes incluidos pueden ocurrir varios accidentes que complicarían la cirugía, como hemorragias excesivas, división o compresión del nervio alveolar inferior, lesión de un diente adyacente, rotura de un instrumento, desplazamiento del diente al seno maxilar y fractura de la apófisis alveolar, la tuberocidad o la mandíbula.

## CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Los cuidados post-operatorios correctos tras la extracción de dientes incluidos son esenciales para obtener un resultado satisfactorio.

Después de la extracción de dientes incluidos los pacientes deben limitar su actividad por lo menos por el resto del día. Si desean acostarse, deben mantener la cabeza elevada sobre almohadas, porque la posición de decúbito dorsal aumenta la presión hidrostática y puede ocasionar sangrado.

Las indicaciones al paciente son que se coloque compresas he-  
ladas cada hora por espacio de 10 minutos por el resto del --  
día y el segundo día compresas de calor seco tres veces al --  
día por espacio de 10 minutos. Por lo general no son necesari-  
os los antibióticos si no había infección, solo prescribáse  
un analgésico.

Y como los pacientes no pueden consumir una dieta normal, se  
les debe decir que tomen mucho líquido como; leche y jugos; y  
la dieta normal debe reanudarse lo antes posible porque faci-  
lita la recuperación del paciente.

Como se mencionó antes, el éxito final de una cirugía va a depen-  
de del proceder correcto en el post-operatorio, así como de  
las medidas adecuadas en el pre-operatorio y durante la ciru-



gía. Por lo tanto el cirujano tiene la responsabilidad de impartir al paciente instrucciones verbales y escritas para los cuidados domiciliarios, y se debe insistir en que deben seguir las instrucciones para evitar o reducir a un mínimo las complicaciones post-operatorias como podrían ser:

- Hemorragia secundaria
- Infección de la herida
- Osteítis alveolar (alvéolo seco)
- Granuloma prógeno pos-extracción
- Trismo

## CONCLUSIONES

El motivo por el cual seleccione este tema es por el número de pacientes que llegan a la clínica con el problema de un diente incluido.

Ya sea relacionado a dolor o infección, asociado a un quiste, por consideraciones ortodóncicas o simplemente la profilaxis.

Por tal motivo creo que es necesario conocer las diferentes técnicas para poder abordar estos dientes y poder resolver el problema, pero no sólo es necesario conocer las diferentes -- técnicas, sino tener la habilidad y juicio quirúrgico lo que se va adquiriendo con la práctica.

La aplicación de la técnica adecuada en cada uno de los casos es importante para evitar posibles complicaciones que pudieran presentarse durante la intervención y que conducirían al fracaso de la misma, si el cirujano no pudiera resolverlas y lo más importante, que en un momento dado pondrían en peligro la vida del paciente.

El paciente es lo más importante, por lo tanto el adecuado desarrollo de la técnica y la habilidad del cirujano conducirá - al éxito del tratamiento y a la plena recuperación del paciente.

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

- E. WAITE, DANIEL., TRATADO DE CIRUGIA BUCAL PRACTICA, EDIT. CONTINENTAL, S.A. de C.V., MEXICO.
- O. KRUGER, GUSTAVO., TRATADO DE CIRUGIA BUCAL., EDITORIAL INTERAMERICANA.
- WALTER C., GUARALNIK., TRATDO DE CIRUGIA ORAL., EDITORIAL SALVAT.
- M. LASKIN, DANIEL., CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL., EDITORIAL PANAMERICANA.
- A. RIES CENTENO, GUILLERMO., CIRUGIA BUCAL., EDITORIAL EL ATENEO.