



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CIRUGIA BUCAL PEDIATRICA

A large, stylized handwritten signature in black ink, likely belonging to Patricia Lopez Marmolejo.

T E S I S I N A  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A :

PATRICIA LOPEZ MARMOLEJO



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1993



## **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.

## **CIRUGIA BUCAL PEDIATRICA**

# I N D I C E

	PAGINA
INTRODUCCION	1
CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL NIÑO	3
CONSIDERACIONES ANESTESICAS	4
EXODONCIA	11
DIENTES SUPERNUMERARIOS	15
DIENTES RETENIDOS	18
FRENECTOMIAS	23
CASOS CLINICOS	30
CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFIA	37

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

Desde el punto de vista anatómico, los procedimientos quirúrgicos son mucho más sencillos en el niño, porque el hueso es más blando y más elástico y los dientes son más pequeños y -- tienen raíces más cortas. Además, el seno maxilar es pequeño, el conducto mandibular es más bajo en relación con los dientes, de modo que existe un menor riesgo de violar estas estructuras. Por otro lado, la presencia de los brotes dentarios puede hacer que ciertos procedimientos quirúrgicos sean más difíciles y el área de trabajo más pequeña.

Fisiológicamente la recuperación es más rápida en el niño, ya que el paciente pediátrico tolera mejor el traumatismo de la operación, pero la presencia de dientes y maxilares en crecimiento requiere de precauciones adicionales y el metabolismo más rápido influye sobre la elección de los anestésicos y medicaciones.

En los niños ocurren muchos estados patológicos y problemas -- relacionados con alteraciones de crecimiento y desarrollo, -- estos se manifiestan con las normalidades en la formación y -- erupción de los dientes. Además, existen ciertas lesiones tu-

mores y quistes bucales que son más comunes en el niño.

La diferencia psicológica entre los adultos y los niños muchas veces hace que el manejo de la conducta en pacientes jóvenes sea un problema adicional cuando se hace cirugía bucal porque en la mayoría de los casos es muy difícil razonar con niños de corta edad y tienden a no permitir el uso de anestesia local ni ha dejarse operar. Por lo tanto se requieren técnicas especiales de sedación y anestesia. La cirugía oral no debe practicarse hasta que el niño esté bien preparado psicológicamente dándole una explicación completa y procediendo con toda sinceridad. (2, 3).

## CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL NIÑO

El crecimiento y desarrollo del niño es un proceso complejo - en el que intervienen cambios físicos, emocionales e intelectuales. En el desarrollo del niño influyen antes que nada sus propias tendencias y predisposiciones innatas.

El desarrollo del niño depende también de otros muchos factores ambientales: la cultura, la familia, la clase social. Los factores genéticos y ambientales son la causa de las diferencias que hay entre unos niños y otros. Sin embargo, es muy semejante el comportamiento entre niños de la misma edad.

Su relación con el medio puede ser pacífica y armoniosa u hostil y agresiva. El miedo es una de las emociones primarias del ser humano y es una de las causas que modifican la conducta humana. El miedo es debido a estímulos subjetivos (cosas que oye, siente o ve).

## CONSIDERACIONES ANESTESICAS

En el niño las técnicas de anestesia local son similares a la que emplean en adultos. Dada la mayor porosidad del hueso en el niño el anestésico local penetra mejor y en consecuencia, se puede administrar anestesia infiltrativa en la región del tercer molar de la mandíbula, en otras partes del maxilar inferior y en el maxilar superior. Cuando se hacen procedimientos extensos que requieren inyecciones múltiples, muchas veces conviene más emplear un bloqueo nervioso y no la técnica infiltrativa.

### ANESTESIA DE LOS DIENTES INFERIORES

Cuando se van a realizar procedimientos quirúrgicos en las piezas temporarias o permanentes inferiores se debe bloquear el nervio dentario inferior.

Al aplicar una inyección de bloqueo dental inferior, hay que tener presente que la rama ascendente en el niño es más corta y estrecha anteroposteriormente que en el adulto. Además, el orificio superior del conducto dentario inferior está situado a un nivel inferior al plano oclusal de los dientes - -

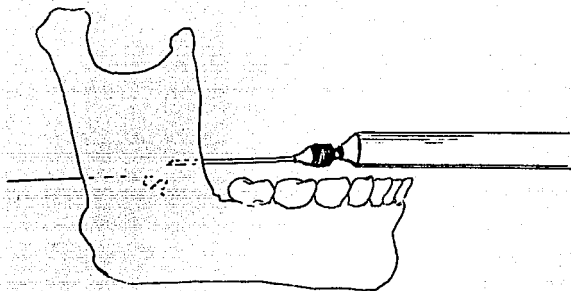


temporarios. En consecuencia, la inyección debe aplicarse un poco más baja y más posterior que en los pacientes adultos. - El cuerpo de la jeringa debe ser dirigido sobre un plano - -- oclusal que pase entre los dos molares temporarios del lado - opuesto de la arcada. La profundidad de inserción es un pro-- medio de 15 mm. pero varía según el tamaño de la mandíbula y la edad del paciente. (Figura 1).

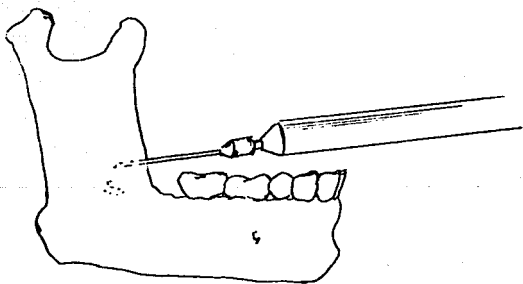
Se puede bloquear el nervio lingual llevando la jeringa hacia el lado opuesto e inyectando una pequeña cantidad de la solución a medida que se va retirando la aguja. Si se inyectan -- pequeñas cantidades de anestésico durante la inserción y el - retiro de la aguja para el bloqueo del nervio dentario infe-- rior, el nervio lingual también será anestesiado.

Para la extracción de molares inferiores permanentes es necesario anestesiarse el nervio bucal largo como refuerzo. Puede - depositarse una pequeña cantidad de la solución en el fondo - del surco vestibular, en un punto hacia distal y vestibular - del molar indicado.

Las terminaciones de los nervios dentarios inferiores se cruzan un poco en la línea media de la mandíbula y dan inerva- - ción conjunta a los incisivos inferiores. Por esta razón el -



A



B

FIGURA 1

(A) Posición de la aguja en el adulto.

(B) Posición de la jeringa en el niño.

bloqueo del nervio dentario inferior no es adecuado para los procedimientos quirúrgicos en los incisivos. El hueso cortical vestibular que se encuentra sobre los incisivos inferiores es lo suficientemente delgado para que las técnicas de anestesia supraparióstica sean efectivas.

#### ANESTESIA DE LOS DIENTES SUPERIORES

Para anestesiar los incisivos y caninos superiores se utiliza la técnica supraparióstica. El lugar de punción es el fondo del surco vestibular, de manera que la solución pueda ser depositada lentamente, un poco por encima del ápice del diente y cerca de él. Antes de la extracción de incisivos o caninos permanentes o temporarios, será necesario anestesiar los tejidos blandos por palatino. Si se observa que el paciente no tiene anestesia profunda de los dientes anteriores durante los procedimientos operatorios con la técnica supraparióstica, se recomienda una inyección nasopalatina.

El hueso que está sobre las raíces del primer molar temporario es delgado y esa pieza puede ser anestesiada en forma adecuada mediante la inyección de solución anestésica frente a los ápices radiculares. Sin embargo, el grueso proceso cigo-

mático está sobre las raíces vestibulares del segundo molar -  
temporario y del primer molar permanente durante la dentición  
temporal y la dentición mixta. El espesor del hueso hace que  
la inyección supraperióstica a nivel de los ápices de las - -  
raíces de los segundos molares temporarios sea menos efecti--  
va' la inyección debe ser suplementada con una segunda, supe-  
rior a la tuberosidad del maxilar para bloquear al nervio - -  
dentario superior posterior. Para anestésiar el primer o se--  
gundo premolar superior, se hace una sola inyección en el - -  
fondo del surco para permitir que la solución sea depositada  
sobre el ápice de la pieza. A causa del crecimiento horizon--  
tal y vertical del maxilar superior en el periodo de erupción  
de los premolares, la cortical ósea vestibular que está sobre  
sus raíces es lo suficientemente delgada como para permitir -  
una buena anestesia. La inyección deberá hacerse lentamente y  
la solución se depositará cerca del hueso.

El lugar de punción para anestésiar el primer o segundo molar  
superior permanente está en el pliegue mucoso vestibular y --  
hacia distal de la raíz distovestibular del primer molar per-  
manente. El niño debe cerrar parcialmente la boca para permi-  
tir que el carrillo y los labios sean estirados lateralmente.

## DOSIFICACIONES

Los niños tienen una masa corporal mucho menor que los adultos y toleran cantidades más pequeñas de anestésicos locales.

Anestésicos más comunes en la práctica dental:

### DOSIFICACIONES MAXIMAS PERMISIBLES PARA AGENTES ANESTESICOS LOCALES EN CARTUCHOS ( 1 CARTUCHO = 1.8 ML. )

EDAD	PESO PROMEDIO EN KG	LIDOCAINA 2% (XILO- CAINA) -- SIN EPINE FRINA	LIDOCAINA 2% (XILO- CAINA) -- CON EPINE FRINA	MEPIVACA INA 3% - (CARBOCAI NA)	PRILOCAINA 4% (CITANEST)
2	14	1.8	2.8	2.8	1.6
3	16	2.1	3.3	2.1	1.9
4	20	2.6	4.0	2.5	2.3
5	22	2.8	4.3	2.7	2.5
6	24	3.1	4.8	3.0	2.7
7	27	3.4	5.3	3.3	3.0
8	32	4.0	6.2	3.9	3.5
9	37	4.7	7.2	4.6	4.1
10	43	5.3	8.3	5.0	4.7
11	48	6.0	9.3	5.0	5.3
12	55	6.9	10.8	5.0	6.2

## COMPLICACIONES

Los efectos adversos de la administración de anestesia local, pueden deberse a la inserción de la aguja o a la solución inyectada. Las complicaciones ocasionadas por la solución pueden clasificarse como sistemáticas o locales. Las reacciones tóxicas y alérgicas son reacciones medicamentosas sistémicas, en tanto que las infecciones y las irritaciones por la solución anestésica son locales. (2, 4, 7)

# E X O D O N C I A

## INDICACIONES

Las indicaciones para extracciones en niños son más o menos - las mismas que las correspondientes a los adultos.

- Dientes con caries no restaurables
- Dientes fracturados no restaurables
- Infección del área periapical o interradicular y no - puede ser eliminada por otros medios
- Dientes temporales sobrerretenidos que no permiten la erupción de los sucesores permanentes
- Dientes supernumerarios no necesarios en la arcada
- Dientes temporales anquilosados que tienen sucesores - permanentes y no se pueden exfoliar normalmente
- Dientes incluidos o impactados
- Dientes colocados ectópicamente que no se puedan lle-- var a una función normal

## CONTRAINDICACIONES

- No debe extraerse un diente primario antes de la caída normal sin haber verificado el reemplazo del diente -- permanente

- Si el paciente refiere enfermedades como la estomatitis infecciosa aguda, estomatitis herpética, etc. que puedan causar un mal mayor.
- Discracias sanguíneas que pueden causar hemorragias -- pos-operatorias e infecciones.
- Diabetes no controlada

El examen radiográfico de los dientes que se deben extraer es de suma importancia, se debe observar el tamaño y forma de -- las raíces temporarias, la cantidad y tipo de reabsorción, la relación de las raíces con los dientes de reemplazo.

El instrumental para la exodoncia es similar al que se emplea en adultos. Las estructuras óseas jóvenes y elásticas y el -- desarrollo radicular incompleto por lo general facilitan las extracciones.

Los dientes anteriores deben ser luxados hacia vestibular durante el procedimiento de la extracción, a causa de la posición lingual de los permanentes, rotando luego levemente para retirarlos por vestibular.

Las piezas posteriores deben luxarse con presiones hacia ves-



tibular y lingual, retirándolas por lingual. En ocasiones, a causa de la gran curvatura de las raíces es necesario encontrar una vía de extracción por mesial o distal, o en su caso seccionar el molar.

#### ACCIDENTES

Existen complicaciones pos-operatorias (fracturas alveolares, hemorragias, etc.), del mismo tipo que las que se originan en la extracción de los permanentes y tienen su mismo tratamiento. Los accidentes más comunes en la extracción de los dientes temporarios son:

Fractura del diente.- Es un accidente frecuente si no se toman las precauciones necesarias, como la división del molar cuando las raíces presentan gran curvatura, evitando así el estallido de la corona y extraer después la raíz. Cuando se produce este accidente hay que lavar el sitio de la extracción, retirar las esquirlas y por medio de cucharillas extraer las raíces.

Lesión y extracción de gérmenes de los dientes permanentes.- Este accidente consiste en la lesión o avulsión del germen de los dientes permanentes en el intento de extra-

er las raíces del temporario con movimientos bruscos e -  
incontrolados. En el caso de extracción accidental, pue-  
de intentarse su reimplantación. (3, 5, 7, 1).

## DIENTES SUPERNUMERARIOS

Los dientes supernumerarios, son resultado del brote continuado del órgano del esmalte o de la proliferación celular excesiva. El sitio más frecuente para los supernumerarios es el área incisiva superior. Los dientes temporarios supernumerarios son menos comunes que los permanentes.

Los dientes supernumerarios pueden parecerse a un diente permanente o ser dentículos rudimentarios pequeños y fáciles de escindir con una incisión apropiada. Los dientes más grandes, como los incisivos, premolares o molares supernumerarios, pueden ser más difíciles de extraer y generalmente se tratan de la misma manera que el diente retenido. En la distosis cleidocraneal pueden existir dientes supernumerarios en la región de incisivos y premolares.

Los dientes supernumerarios, en especial de la región anterosuperior, pueden impedir la erupción de los dientes permanentes adyacentes o provocar su erupción ectópica. Estas situaciones con frecuencia dan como resultado una irregularidad de la oclusión en desarrollo que requiere tratamiento.

La frecuencia con que se observan supernumerarios en niños -- requiere una evaluación radiográfica al menos a los 5 ó 6 --

años de edad y antes de la erupción de los incisivos permanentes supernumerarios y así, despejar el camino para la erupción de los dientes normales. Sin embargo, si el diente supernumerario no interfiere con el desarrollo simétrico y la erupción de los dientes adyacentes y no hay evidencia de formación de un quiste, puede observarse el diente hasta que el niño sea mas grande y así tolerar mejor el procedimiento quirúrgico.

Cuando las piezas permanentes retardan su erupción a causa de un diente supernumerario pueden transcurrir varios años para que tomen una posición favorable, ya que puede haber desviación de su vía normal de erupción o rotarse.

#### MESIODENTES

Los dientes supernumerarios que ocurren entre los incisivos centrales superiores, por lo general en pares y a veces en forma única se denominan mesiodentes. Aunque la forma de estos dientes puede ser rudimentaria, en ocasiones se aproximan a la forma y hasta al tamaño de un incisivo permanente. Se encuentran generalmente en la región supraapical con la corona orientada hacia arriba o hacia abajo. En ocasiones se descubren en el paladar de un paciente desdentado.

## TECNICA QUIRURGICA

Es importante decidir, si el mediodente esta cerca de la superficie labial del maxilar superior o en el lado palatino -- que es más común.

En el paladar se hace una incisión a lo largo del margen gingival, similar a la que se emplea para extraer caninos rotos, lo cual permite exponer la parte palatina de la apófisis alveolar. Luego el diente se expone seccionando la cobertura del hueso alveolar.

En el lado labial se hace una incisión entre la encía insertada y la libre, se retrae al colgajo mucoperióstico, se retira hueso hasta ver el diente. (4, 7, 2)

## DIENTES RETENIDOS

Los dientes pueden no erupcionar por obstrucción mecánica de un diente supernumerario, un quiste o un tumor odontógeno, o porque no hay espacio suficiente en la arcada dental, ya sea de origen esquelético (micrognacia) o dental (pérdida prematura de dientes deciduos o discrepancias en el tamaño de la arcada dental). La falta de erupción puede ser parte de síndromes de cabeza y cuello (disostosis cleidocraneal, craneosinostosis) o alteraciones genéticas y endócrinas. Sin embargo en la mayor parte de los casos la etiología de la falta de erupción es desconocida.

### CANINOS MAXILARES RETENIDOS

A menudo, el espacio insuficiente junto con apiñamiento dental maxilar contribuyen a la falta de erupción del canino maxilar. Cuando se encuentra un canino retenido, las opciones de tratamiento son:

- 1.- Exposición quirúrgica del diente, seguida por movimiento ortodóntico hacia su lugar en la arcada
- 2.- Extracción
- 3.- Extracción y reimplante en la posición normal

El tratamiento ideal es prevenir mediante la observación del patrón de erupción del niño, así como su desarrollo dental y mandibular. Cuando es necesario, se crea un espacio por medio de extracciones seriadas de dientes deciduos y premolares - permanentes, así como tratamientos ortodónticos.

Se debe hacer la evaluación radiográfica de la anatomía del canino retenido y su localización en el maxilar. Se utilizan radiografías oclusales que permiten la visión total de la estructura radicular y la relación del canino con el alveolo maxilar y la cavidad nasal.

#### TECNICA QUIRURGICA

##### CANINOS SUPERIORES EN POSICION PALATINA

La incisión para extraer un diente debe empezar en la región del segundo premolar y prolongarse hacia adelante en el surco gingival, hasta la región del incisivo lateral del otro lado. No se deben cortar vasos que emergen del agujero incisivo. Si las extracciones son bilaterales, la incisión debe llegar - hasta la región del segundo premolar del otro lado.

Una vez hecha la incisión, se desprende del hueso el colgajo mucoperióstico con una legra de modo que quede expuesta una porción suficiente del paladar como para tener fácil acceso al diente. Se retira hueso hasta exponer por completo la corona del diente, teniendo la precaución de no lesionar las raíces de los dientes adyacentes.

Si la corona del diente no se puede liberar con facilidad se realiza la odontotomía. El diente se secciona transversalmente a nivel del cuello. Una vez completada la odontotomía, se inserta un elevador apropiado por dentro de la corona o en el espacio comprendido entre la corona y la raíz, para desalojarla y retirarla. Después se eleva la raíz en el espacio que ha dejado la corona. Si no se puede luxar la corona, habrá que retirar el hueso que cubre la raíz del diente en una extensión mayor y perforar un orificio cerca del ápice.

Se vuelve a colocar el colgajo y se sutura en forma interdentaria, quedando los nudos en la cara labial de la apófisis alveolar.



## CANINOS SUPERIORES EN POSICION LABIAL

Se traza una incisión un tanto curva en la superficie labial en la encía alveolar, desde el frenillo labial hasta la región premolar. La parte más baja de la incisión no debe estar a menos de 0.5 cms. del margen gingival. El diente esta con mayor frecuencia en la base ancha del tabique nasooantral. Se desprende el colgajo mucoperióstico con una legra, se abre una ventana sobre la eminencia que señala la posición de la corona del diente y se agranda la perforación hasta exponer toda la corona para insertar un elevador para desalojar el diente. Si el diente no cede habrá que retirar hueso sobre la raíz, el elevador no debe apoyarse sobre las raíces de los dientes adyacentes. Por lo general haciendo ligera rotación y tracción hacia afuera, el diente se afloja y se puede extraer.

Una vez retirado el diente se alisan los márgenes óseos y se cierra la herida con puntos separados.

## CANINOS INFERIORES EN POSICION LABIAL

Los caninos inferiores suelen estar incluidos en la base de la mandíbula, en la cara externa y en posición oblicua u horizontal.

Se traza una incisión horizontal o ligeramente curva dentro de la boca, en la superficie externa de la mandíbula. El mucoperiostio se separa del hueso y se crea una ventana para exponer la corona. Si el acceso lo permite, se puede extraer el diente con pinza o elevador recto. Después de la extracción se debrida la herida, se aproxima el colgajo y se sutura con puntos separados.

Cualquier diente puede estar desplazado o retenido de manera que no pueda adoptar una posición normal en el arco dentario, pero los premolares y los incisivos se retienen con una frecuencia mucho menor que los caninos. (2, 9)

## F R E N E C T O M I A S

### FRENILLO LABIAL DEL MAXILAR

Frecuentemente se observa en niños un diastema en la línea -- media de la dentición superior, puede presentarse entre dientes deciduos o permanentes. Un diastema en la línea media -- puede ser considerado normal en muchos niños durante la época de erupción de los incisivos centrales permanentes. Apenas -- erupcionan los incisivos, pueden estar separados por hueso y las coronas se inclinarán hacia distal a causa del apiñamiento de las raíces. Con la erupción de los incisivos laterales y caninos permanentes, el diastema de la línea media se reducirá y en muchos casos se desarrollará el contacto normal entre los incisivos centrales.

A medida que progresa el crecimiento, el frenillo puede atrofiarse y tomar una nueva posición o mantener su fijación en -- la papila.

El frenillo en una banda de tejidos fibroelásticos, formado -- por dos capas de epitelio que recubren un tejido conectivo -- laxo vascularizado.

El origen del frenillo superior se encuentra en la línea media de la superficie interna del labio. En su origen el frenillo a menudo es ancho pero se va angostando al insertarse en la línea media sobre la capa externa del periostio y en el tejido conectivo de la sutura maxilar interna y el proceso alveolar.

El frenillo labial superior anormal puede tratarse con una escisión completa (frenectomía), o una plastía en Z.

Figura 2.

- A. Tracción del labio superior para tensar el frenillo
- B. Diagrama de las incisiones
- C. Transposición de los colgajos

#### TECNICA

Cuando la frenectomía labial se hace con el paciente bajo anestésico local, es preferible inyectar dicho anestésico por fuera de la estructura haciendo un bloqueo regional. La frenectomía se hace en dos etapas. Primero se escinden las inserciones del frenillo en el labio y en la encía labial y después se retira la porción interdientaria del frenillo y las

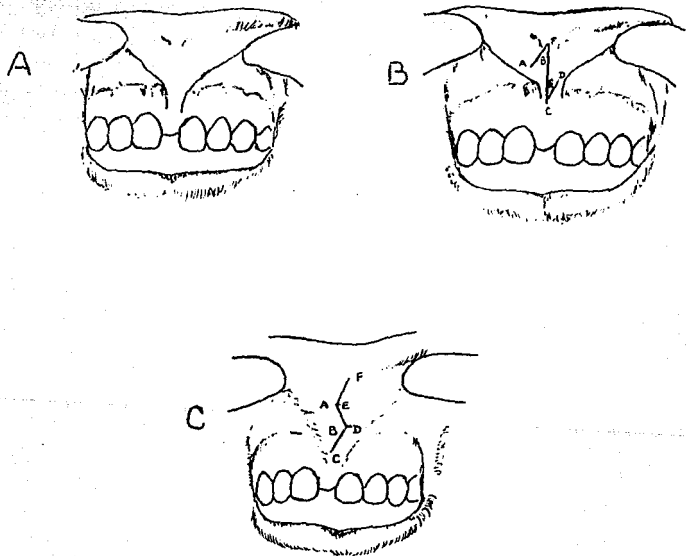


FIGURA 2

fibras transalveolares. Esto último es la parte esencial de la operación y lo primero con fines estéticos. El labio se extiende para ver bien el frenillo y después se toma con una pinza para tejidos mientras se cortan las inserciones en el labio y el alveolo con escapelo o tijeras. Una vez retirada la sección triangular del frenillo, queda una herida romboidal. El siguiente paso consiste en hacer una escisión en cuña entre los incisivos con una hoja de escapelo. Al retirar el tejido interdental se debe preservar la encía marginal mesial de los incisivos contrales para mantener el contorno gingival labial en el pos-operatorio. Las incisiones se hacen hasta el hueso y si existe una sutura intermaxilar, se extiende en esta área para asegurar la eliminación de todas las fibras transalveolares.

Por último se socavan los márgenes de la porción labial de la herida y los de la encía libre para facilitar el cierre, pero no hace falta intentar el cierre de la encía insertada porque habrá de curar por segunda intención. Los márgenes de la herida se suturan hasta aproximadamente el borde libre.

Figura 3.

A. Tracción del labio superior para tensar el frenillo

- B. Se toma el frenillo en sus inserciones en el labio y en la apófisis alveolar y se escinde con escapelo.
- C. Los bordes de la herida se socavan y se suturan
- D. Se escinde una cuña de tejido entre los incisivos - - centrales
- E. El área entre los incisivos habrá de curar por segunda intención.

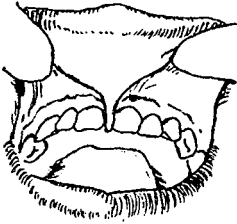
#### FRENILLO LABIAL MANDIBULAR

Un frenillo labial mandibular, cuando se fija alto en la papila interdental entre los incisivos inferiores, crea un ambiente periodontal adverso. El movimiento del labio durante la función crea la tracción que empuja la papila fuera del diente. Esto implica la acumulación de alimento y placa, el paciente desarrolla bolsas parodontales y retracción de la encía gingival, lo que puede ocasionar movilidad de los incisivos centrales por resorción de hueso.

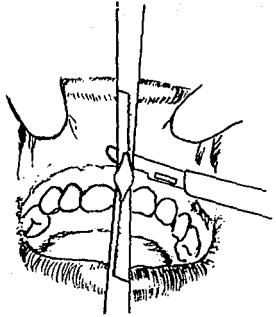
#### TECNICA

El frenillo es extirpado como se describió en el frenillo labial maxilar.

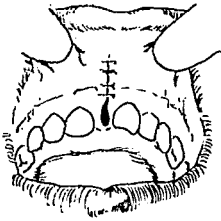
A



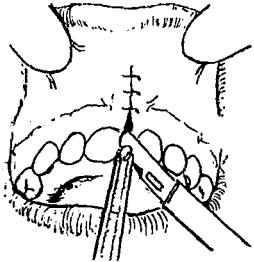
B



C



D



E

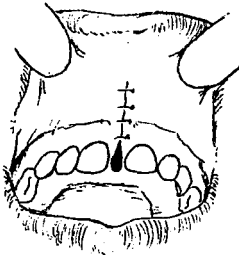


FIGURA 3



## FRENILLO LINGUAL (ANQUILOGLOSIA)

Un frenillo lingual corto se extiende desde la punta de la -- lengua hasta el piso de la boca y la encía por gingival, li-- mita los movimientos de la lengua, además de contribuir a la inflamación gingival.

### TECNICA.

El frenillo lingual se puede tratar de la misma manera que el labial, es decir, con escisión total. Una operación alterna-- tiva excelente para una frenectomía es una plastia en Z para extender la superficie ventral de la lengua. (6, 2, 9, 8)

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## 1er. CASO CLINICO

Paciente femenino de 73 años de edad que se presenta a la clínica de exodoncia refiriendo dolor y dificultad para ingerir alimentos; a la inspección clínica y radiográfica se observa un proceso parodontal severo, provocando movilidad de 4º grado en centrales y laterales inferiores a causa de una resorción ósea por lo que se decide practicar una alveoloplastia.

La historia clínica no refiere antecedentes patológicos que pudieran ocasionar alguna complicación durante la intervención quirúrgica.

### PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

- Aislamiento del campo quirúrgico
- Anestesia local infiltrativa de canino a canino inferior
- Extracción de los centrales y laterales inferiores, por medio de elevadores rectos
- Eliminación de crestas alveolares con alveolotomo
- Con lima para hueso se eliminan las espículas

- Con tijeras se corta la encia marginal atrofiada y las papilas interdentarias
- Se lava con suficiente solución fisiológica
- Se sutura con surjete continuo con seda negra 000
- Se medica al paciente y se cita a los 8 días
- Se retiran los puntos no presentándose ninguna complicación pos-operatoria

## 2º CASO CLINICO

Paciente masculino de 13 años de edad que se presenta a la --  
clínica de exodoncia por referir dolor constante e inflama- -  
ción en la zona del 3er. molar inferior derecho.

En la ortopantografía se observó el 3er. molar inferior dere-  
cho en posición mesioangular sin formación de raíces. Se pro-  
cedió a medicar al paciente para posteriormente realizar la -  
cirugía en caso de persistir el dolor.

La historia clínica no refiere antecedentes patológicos que -  
pudieran ocasionar alguna complicación durante la interven- -  
ción quirúrgica.

### PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

- Aislamiento del campo quirúrgico
- Anestesia local regional
- Incisión angular
- Se desprendió el colgajo mucoperióstico con legra
- Se realizó la osteotomía hasta descubrir la corona del  
3er. molar

- Se procedió a realizar la odontosección con fresa quirúrgica de alta velocidad irrigando constantemente con solución fisiológica
- Con los elevadores rectos y de bandera se retiró primero la parte mesial de la pieza y después la mitad distal
- Se lavó con solución fisiológica acomodando nuevamente el colgajo
- Se suturó con seda 000 con puntos aislados
- Se medicó al paciente con analgésicos y se citó a los 8 días
- Se retiraron los puntos no presentándose ninguna complicación pos-operatoria

### 3er. CASO CLINICO

Paciente femenina de 24 años de edad que se presenta a la clínica de exodoncia, ya que por un hallazgo radiográfico se detectó la presencia de un canino superior izquierdo retenido.

Se procedió a tomar radiografías periapicales y oclusales, se observó resorción de las raíces del lateral y primer premolar del mismo lado, además de la posición del canino, por lo que se decidió practicar la cirugía aunque la paciente no refería molestia.

La historia clínica no refiere antecedentes patológicos que pudieran ocasionar alguna complicación durante la intervención quirúrgica.

#### PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

- Aislamiento del campo quirúrgico
- Anestesia local infiltrativa, supraperióstica y nasopalatina
- Incisión palatina festoneada de premolar a canino del lado contrario

- Desprendimiento del colgajo mucoperióstico con legra
- Se procedió a realizar la osteotomía con fresa quirúrgica de alta velocidad, irrigando con solución fisiológica
- Se descubrió la corona del diente y se realizó la odontosección, retirando primero la corona y después la raíz con elevadores rectos y apicales
- Con lima para hueso se eliminaron las espículas y se lavó perfectamente con solución fisiológica
- Se acomodó el colgajo y se suturó con seda negra 000 con puntos aislados quedando los nudos en la labial de la apófisis alveolar
- Se medicó al paciente con antibiótico y analgésico, citándose a los 8 días
- Se retiraron los puntos no presentándose ninguna complicación pos-operatoria

## C O N C L U S I O N E S

La decisión de someter a un paciente pediátrico a una intervención quirúrgica debe ser tomada después de valorar los riesgos de la intervención y los beneficios que de ella se derivan.

El conocimiento de la farmacología, de las soluciones bloqueadoras, de la anatomía y el instrumental, además del juicio correcto sobre el estado de salud del paciente son indispensables para establecer un tratamiento adecuado.

Solo si descuidamos estos factores se corre el riesgo de que ocurran complicaciones graves y que el resultado quirúrgico sea malo. Es evidente que la edad en sí no es una barrera que impida hacer cirugía bucal. Las únicas barreras que se deben superar son un diagnóstico exacto y hacer las modificaciones necesarias durante el tratamiento.



## BIBLIOGRAFIA

- 1) Ries Centeno, Guillermo A. Cirugía Bucal. Editorial El - - Ateneo. Buenos Aires, 1991.
- 2) Laskin, Daniel M. Cirugía bucal y maxilofacial. Editorial Médica Panamericana. México, 1987.
- 3) Shawder, Kenneth D. Manual de Odontopediatría Clínica. -- Editorial Labor. México, 1984.
- 4) Barber, Tomas K. Odontología Pediátrica. Editorial El - -- manual moderno. México, 1985.
- 5) Finn, Sidney B. Odontología Pediátrica. Editorial Intera-- mericana. México, 1976.
- 6) Braham, Raymond L. Odontología Pediátrica. Editorial Médi-- ca Panamericana. Buenos Aires, 1984.
- 7) McDonald, Ralph E. Odontología Pediátrica y del Adolescen-- te. Editorial Médica Panamericana. México, 1990.

8) Archer, Harry W. Oral and Maxillofacial Surgery. Editorial  
W. B. Saunders Company. Fifth edition. Volumen I.

9) Kaban, Leonard B. Pediatric Oral and Maxillofacial Surge-  
gery. Editorial W. B. Saunders Company. Philadelphia, 1990