

209
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TECNICAS DE INCISION LIBERATRIZ
DE MAYOR USO EN
ODONTOPEDIATRIA

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

MARIA GUADALUPE GUTIERREZ GARCIA

Asesora:

C.D. ANGELES MONDRAGON DEL VALLE

No. 30
Guadalupe Gutierrez Garcia



FACULTAD DE
ODONTOLOGIA

MEXICO, D.F.

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DIOS.

Gracias Señor, por la fe que me has dado en ti, por la paz, por la alegría, por la vida, por esos ojos que con ternura y comprensión me miraron, por esa mano oportuna que me levantó, por esos labios cuyas palabras y sonrisas me alentaron, por esos oídos que me escucharon, por esos corazones que amistad, cariño y amor me brindaron, por la salud que me sostuvo.

Gracias Señor, aunque me cueste trabajo decirlo, por la enfermedad, por el fracaso, por la desilusión, por el insulto, por la soledad, por el fallecimiento del ser querido, tú lo sabes señor, cuán difícil fue aceptarlo, quizás estuve a punto de la desesperación pero ahora me doy cuenta que todo esto me acercó más a ti, tú sabes lo que hiciste.

Gracias Señor, sobre todo por estar con migo.

A mi Padre:

Sr. Filomeno Gutiérrez L. (q.e.p.d)

*Por los momentos que pasamos juntos,
por que tñ cuerpo no esta presente, pero
tñ alma siempre esta con migo.*

A mi Madre:

Sra. Yolanda García R.

*Por confianza, por el amor, por
el apoyo que me haz brindado y
por hacer realidad una de mis más
grandes metas.*

Gracias.

*A mis hermanos y Abuelita
por su comprensión.*

Gracias.

A mi :

*Facultad de Odontología, a la
Universidad Nacional Autónoma de
México.*

Gracias.

A mi Asesora:

*Dra. Angeles Mondragón del Valle.
Por su apoyo para la realización de
mi tesina.*

Gracias.

A mis Profesores y compañeros.

INDICE.

	Pag.
1.- <i>Introducción</i>	1
2.- <i>Secuencia normal de la erupción</i>	3
3.- <i>Alteraciones que afectan la erupción</i>	7
3.1. <i>Erupciones ectópicas</i>	7
3.2. <i>Enfermedades sistémicas</i>	8
3.3. <i>Traumatismos</i>	8
3.4. <i>Dientes supernumerarios</i>	10
3.5. <i>Quistes</i>	11
3.6. <i>Fibromatosis congénita</i>	14
3.7. <i>Desarrollo anormal de las arcadas</i>	15
4.- <i>Tratamiento por diferentes técnicas</i>	17
4.1. <i>Incisión de Neuman</i>	17
4.2. <i>Incisión Liberatriz</i>	20
5.- <i>Presentación de casos clínicos</i>	22
6.- <i>Conclusiones</i>	31
7.- <i>Bibliografía</i>	33

INTRODUCCIÓN.

Cualquier diente puede estar desplazado o retenido de manera que no puede adoptar una posición normal en el arco dentario por diversas irregularidades como por enfermedades sistémicas, por procesos patológicos, la erupción también puede atrasarse por fibrosis de la encía, o formación cicatrizal de origen traumático. En la actualidad se han desarrollado diversos métodos para preservar tales dientes mediante procesos quirúrgicos llevándolos a su posición normal. Algunos de estos procedimientos se hacen de forma independiente, mientras que otros se cambian con tratamientos ortodónticos.

Existen varias técnicas para la exposición quirúrgica de los dientes. Estas están dirigidas a la reubicación o remoción de la mucosa para permitir la aplicación de aparatos en la corona o al rededor de ella y crear una vía de salida.

La mayoría de las técnicas son más eficaces cuando se hacen a una edad en que todavía existe cierta capacidad eruptiva normal y el hueso es relativamente plástico. Esto significa que es fundamental reconocer el problema y tratarlo a temprana edad.

SECUENCIA NORMAL DE LA ERUPCIÓN

Los primeros dientes comienzan su formación a las siete semanas de vida in útero, y el esmalte de todos los dientes primarios terminan su formación alrededor del primer año de edad. La dentición temporal termina su erupción alrededor de los 36 meses; su estructura radicular termina de formarse a los 3 años de edad.

El incisivo central inferior es el primero en erupcionar seguido por los incisivos centrales y laterales superiores y finalmente, los laterales inferiores, los primeros molares, caninos y segundos molares. En la dentición primaria a menudo se identifican espacios primates; se presentan entre canino y molar inferior y entre el incisivo lateral y canino superior. La primera dentición permanece relativamente estable hasta que la afecta la erupción del primer permanente en erupcionar.

ERUPCIÓN PERMANENTE.

El primer molar permanente, es el primer diente en presentar formación de germen de los 3 1/2 a 4 mese de vida in útero. Después los incisivos centrales y laterales, que muestran una formación de 5 a 5 1/2 meses in útero. El canino es el otro diente que inicia su formación antes del nacimiento de los 5 1/2 a 6 meses in útero.

El primero y segundo premolar, así como el segundo y tercer molar presentan la formación del germen luego del nacimiento. En el cuadro 1-1 y 1-2 se presentan las diferentes etapas del desarrollo de los dientes desde la concepción hasta la adolescencia.

CRONOLOGIA DE LA DENTICIÓN HUMANA.

PIEZA	FORMACION DE TÉJIDO DURO..	CANTIDAD DE ESMALTE FORMADO AL NACIMIENTO.	ESMALTE COMPLETO	ERUPCION.	RAIZ COMPLETA
DENTICION PRIMARIA.					
MAXILA					
Incisivo central.	4 meses en el útero.	Cinco sextos.	1 1/2 meses	7 1/2 meses.	1 1/2 años.
Incisivo lateral	4 1/2 meses en el útero	Dos tercios.	2 1/2 meses.	9 meses	2 años.
Canino	5 meses en el útero.	Un tercio.	9 meses.	18 meses.	3 1/2 años
Primer molar.	5 meses en el útero	Cúspides unidas.	6 meses.	14 meses	2 1/2 años.
Segundo molar.	6 meses en el útero.	Puntas de cúspides aún unidas.	11 meses	24 meses.	3 años.
MANDIBULA.					
Incisivo central.	4 1/2 meses en el útero	Tres quintos.	2 1/2 meses	6 meses.	1 1/2 años.
Incisivo lateral.	4 1/2 meses en el útero.	Tres quintos.	3 meses	7 meses	1 1/2 años.
Canino	5 meses en el útero.	Un tercio.	9 meses.	16 meses.	3 1/4 años. 3 1/4.
Primer molar.	5 meses en el útero	Cúspides unidas.	5 1/2 meses	12 meses.	años
Segundo molar.	6 meses en el útero.	Puntas de cúspides.	10 meses.	20 meses.	3 años.

CUADRO 1-1

DENTICIÓN PERMANENTE.					
MAXILA.					
Incisivo central.	3 - 4 meses.	.....	4-5 años.	7-8 años.	10 años.
Incisivo lateral.	10- 12 meses.	.....	4-5 años.	8-9 años.	11 años.
Canino.	4-5 meses.	.....	6-7 años.	11-12 años.	13-15 años.
Primer premolar.	1 1/2- 1 3/4 años.	.....	5-6 años.	10-11 años.	12-13 años.
Segundo premolar.	2 1/4 - 2 1/2 años.	.....	6-7 años.	10-12 años.	12-14 años.
Primer molar.	Al nacer.	A veces huellas.	2 1/2-3 años.	6-7 años.	9-10 años.
Segundo molar.	2 1/2-3 años.	.....	7-8 años.	12-13 años.	14-16 años.
MANDIBULA.					
Incisivo central.	3-4 meses.	.....	4-5 años.	6-7 años.	9 años.
Incisivo lateral.	3-4 meses.	.....	4-5 años.	7-8 años.	10 años.
Canino.	4-5 meses.	.....	6-7 años.	9-10 años.	12-14 años.
Primer premolar.	1 3/4 - 2 meses.	.....	5-6 años.	10-12 años.	12-13 años.
Segundo premolar.	2 1/4- 2 años.	.....	6-7 años.	11-12 años.	13-14 años.
Primer molar.	Al nacer.	A veces un rastro.	2 1/2- 3 años.	6-7 años.	9-10 años.
Segundo molar.	2 1/2- 3 años.	.....	7-8 años.	11-13 años.	14-15 años.

CUADRO 1-2.

3.- ALTERACIONES QUE AFECTAN LA ERUPCIÓN.

3.1 ERUPCIÓN ECTÓPICA.

La palabra ectópica significa fuera de lugar y es empleada en términos médicos para describir que un órgano se encuentra alejado de su sitio correspondiente.

La erupción ectópica se refiere a la alteración en la dirección eruptiva de un diente permanente que además de estar fuera de su posición, causa la resorción de la raíz de un diente adyacente de manera anormal, esto puede ser por una inadecuada longitud del arco dentario, por dientes supernumerarios, traumatismos o por una variedad de factores locales. En ocasiones, esta situación puede ser tan severa que ocurre una real transposición de dientes.

La etiología de la erupción ectópica generalmente es una manifestación secundaria de trastornos primarios, siendo un mecanismo de adaptación del diente en su proceso eruptivo.

3.2 ENFERMEDADES SISTÉMICAS.

Debido a los trastornos sistémicos estos impiden la erupción de los dientes permanentes. Cuando se debe a una disfunción endocrina, haciendo el tratamiento apropiado del trastorno sistémico se puede producir la erupción de los dientes. En cambio, si el problema se asocia con disostosis cleidocraneal no existe tratamiento satisfactorio. Los dientes temporarios retenidos deben extraerse y al mismo tiempo se deben exponer los dientes permanentes si están cerca de la superficie.

3.3 TRAUMATISMOS.

La pérdida prematura de dientes temporarios por traumatismo suele conducir a la formación de mucosa gingival fibrosa que habrá de retardar o impedir la erupción de los dientes permanentes. Este denso tejido cicatrizal también puede formarse luego de la cirugía en la relación de los dientes en erupción. La región de los incisivos superiores es la más propensa al retardo de la erupción por tejido cicatrizal.

En prescolares es alta la incidencia de lesiones traumáticas de los dientes primarios anteriores, tales traumatismos a menudo pasan inadvertidos y se produce repentinamente en el grupo de la primera infancia de 1 1/2 a 3 años.

Los dientes que reciben más agresión son los incisivos centrales superiores y son causa de maloclusión; el desplazamiento labial es resultado de la pérdida prematura del primario, que actúa como obstáculo natural para la pauta eruptiva hacia abajo y adelante de los incisivos permanentes superiores.

La presión interna de un exudado inflamatorio que recaiga sobre el incisivo permanente en formación puede dar por resultado retención, erupción ectópica, desflexión y/o rotación. La proliferación continua de los restos de Malassez puede conducir a la formación de quistes. La infección periapical de los dientes primarios puede dar como resultado una perturbación en la formación de esmalte del diente de reemplazo.

3.4 DIENTES SUPERNUMERARIOS.

Se sabe que los dientes supernumerarios se desarrollan a partir de un tercer germen dental que surge de la lámina cercana al germen dental permanente, o posiblemente de la división de éste, y pueden ser únicos o múltiples. Se hallan con más frecuencia en la parte anterior del maxilar superior; sin embargo, en ocasiones se puede encontrar en premolares y molares.

Los dientes supernumerarios se clasifican de acuerdo al lugar donde se encuentran: Los que se encuentran entre los incisivos centrales del maxilar se llama mesiodens, mientras que si se encuentra el diente supernumerario distal al tercer molar es un distomolar, en tanto que el situado en posición bucal o lingual en relación con los molares se llama paramolar.

El diente supernumerario más común es el "mesio dens", situado entre los incisivos centrales maxilares y que se presenta aislado o en pares, erupcionado o impactado y, en ocasiones incluso invertido. Por lo regular el mesio dens es un diente pequeño con corona en forma de cono y raíz corta. Parece que el mesio dens se transmite como un rasgo autosómico dominante.

El distomolar maxilar es el segundo diente supernumerario más común y ésta situado distal al tercer molar, generalmente es un rudimentario pequeño, pero puede tener tamaño normal.

El paramolar es otro diente supernumerario que aparece con frecuencia, es un molar casi siempre pequeño y rudimentario, el cual esta situado bucal o lingual a uno de los molares maxilares o interproximalmente entre el primero o segundo y tercer molar maxilares.

Los dientes supernumerarios en la dentición decidua son menos comunes que en la dentición permanente. Cuando así ocurre en la dentición decidua, el diente supernumerario más común es el incisivo lateral maxilar, seguido por los caninos maxilares y mandibulares.

Los dientes supernumerarios múltiples pueden estar impactados y son encontrados característicamente en la disostosis cleidocraneal y en el Síndrome de Gardner que consiste en:

- 1) Poliposis múltiple del colon.*
- 2) Osteomas en huesos largos, cráneo y maxilares.*
- 3) Quistes sebáceos o epidermoides múltiples de la piel, particularmente en pericráneo y en la espalda.*
- 4) Presencia ocasional de tumores desmoides.*

5) Dientes supernumerarios y permanentes impactados.

Se debe a un germen pleiotrópico individual y tiene un patrón hereditario autosómico dominante, con penetración completa y expresión variable.

3.5 QUISTES.

Se define como quiste a la cavidad patológica revestida por epitelio que contiene en su interior fluido o material semisólido
Los quistes se clasifican en : Quistes del desarrollo y Quistes odontogénicos; los que nos interesan son los odontogénicos.
QUISTES ODONTOGENICOS.

1.- PRIMORDIAL.

2.- DENTÍGERO.

a) DE ERUPCIÓN.

3.- PARODONTAL.

a) APICAL.

b) LATERAL.

4.- GINGIVAL.

a) DEL RECIÉN NACIDO.

b) DEL ADULTO.

5. - QUERATOQUISTE.

a) SÍNDROME DEL NEVO BASCULAR.

6. - EPITELIAL ODONTOGÉNICO CALCIFICANTE Y QUERATINIZANTE.

Los quistes dentígeros y los quistes de la erupción pueden impedir la posición normal del diente en la apófisis alveolar. El quiste dentígero se origina después de la formación de la corona de un diente y se debe a la acumulación de fluidos en el epitelio reducido del órgano del esmalte. Este quiste siempre se encuentra asociado a la corona de un diente impactado, no erupcionado o incrustado. Sucede con mayor frecuencia en la región de incisivos superiores y premolares superiores e inferiores. En el caso que el quiste este asociado con un diente anterior maxilar, puede ocasionar expansión de la porción anterior del maxilar superior y puede semejarse a una sinusitis o celulitis aguda..

El quiste de la erupción consiste en una dilatación del espacio folicular normal alrededor de la corona de un diente en erupción, debido a la acumulación de fluido quístico o sangre.

Este quiste se asocia frecuentemente con dientes deciduos o permanentes erupcionados en niños.

3.6 FIBROMATOSIS CONGÉNITA.

La fibromatosis congénita es un estado raro de causas desconocidas que puede impedir la erupción de los dientes. Se transmite como rasgo dominante autosómico y a menudo es familiar. Toda la encía es hipertrófica, a veces con un crecimiento excesivo local de considerable tamaño. El tejido conectivo de la submucosa gingival consiste en fibras colágenas hializadas gruesas de tipo queiloide que no permite erupcionar a los dientes.

En algunos casos aparecen dientes erupcionados en parte, en otros casos no han erupcionado ninguno. El proceso toma los dientes temporarios y permanentes.

La cirugía debe hacerse cuando la fuerza eruptiva funciona con normalidad, conviene hacer la operación temprana por razones estéticas, para evitar que los dientes se desvíen y erupcionen después en posición anormal.

3.7 DESARROLLO ANORMAL DE LAS ARCADAS.

Durante el crecimiento y desarrollo del niño, hay un cambio dimensional dentro de la arcada dentaria, estos cambios se expresan periódicamente en el ancho de la arcada o pérdida en su longitud. La variación de cualquiera de esas dimensiones ejercen su efecto sobre el arco total de circunferencia.

En la dentición permanente, la insuficiencia en el tamaño de la arcada puede ser expresada como apiñamiento, una erupción ectópica, o una protusión incisiva.

A continuación se mencionan algunas alteraciones que se producen durante el desarrollo de las arcadas:

A) Retraso en la erupción de los dientes permanentes con pérdida prematura de los dientes primarios.

B) Presencia de un diente permanente de mayor tamaño que el espacio de erupción por factores hereditarios; pueden ser que uno o varios dientes permanentes sean desproporcionadamente mayores que los dientes primarios correspondientes.

C) Subdesarrollo de los maxilares. Se ha visto que diversas enfermedades sistémicas tales como el hipognadismo, hipotuitarismo, hipotiroidismo, raquitismo e hipovitaminosis, las cuales pueden producir maxilares deformes y de menor tamaño.

D) Discrepancia entre el tamaño del maxilar y el tamaño de los dientes causados directamente por factores genéticos.

E) Retraso en el desarrollo de la tuberosidad.

F) Evolución filogenética. El ser humano va sufriendo mutaciones en su organismo a través de los daños ocasionados por factores ambientales. Los principales causantes de estas mutaciones se deben a los hábitos alimenticios, entre ellos la consistencia de la dieta, que cada vez es más blanda, lo cual no permite un estímulo masticatorio.

G) Factores iatrogenicos. El dentista en muchas ocasiones resulta responsable de la pérdida de espacio por no tomar las medidas preventivas como en el caso de la extracción prematura de los dientes primarios sin la debida colocación de un mantenedor de espacio. También por cambios en la vía normal de la erupción de los dientes por restauraciones y/o coronas de acero cromo mal ajustadas por sus caras proximales quedando sobre extendidas. Muchas veces están ocasionadas por unas obturaciones de pulpectomias utilizando material no reabsorbible.

TRATAMIENTO POR DIFERENTES TÉCNICAS.

4.1 INCISIÓN DE NEUMAN.

Este colgajo se basa en una incisión gingival horizontal que conecta otras dos verticales oblicuas.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se hace una incisión vertical a cada lado del campo quirúrgico, entre las eminencias radiculares de los dientes, por lo menos una o dos piezas por fuera de la lesión. Estas incisiones verticales convergen conforme se extienden desde el borde del pliegue mucobucal hasta el ángulo de la línea labial distal de los dientes. Una incisión horizontal en el surco gingival libera la encía marginal y la papila interdientaria, y une las dos verticales. Como resultado, la anchura de la incisión del colgajo es mayor que la del borde libre.

VETAJAS.

- *Excelente acceso a todo el campo quirúrgico.*
- *Se elimina la tensión del colgajo liberado.*
- *Es útil si hay que realizar un legrado múltiple o en caso de existir una lesión muy grande.*
- *Dado que las incisiones dejan buenos puntos de referencia, la reposición se simplifica.*
- *La técnica facilita, si es necesario, la alveoloplastia y el legrado paradontal simultáneo.*
- *Facilita el acceso en las preparaciones radiculares laterales y su diseño es excelente para tratar raíces cortas y largas en caso de cirugía endodóntica.*

DESVENTAJAS O INCONVENIENTES.

- *Es más difícil iniciar la elevación.*
- *Disminuye el suministro sanguíneo al colgajo, lo que podría provocar isquemia y necrosis.*
- *Se produce un arrancamiento gingival de las fibras insertadas en los tejidos blandos y de bolsas periodontales cuando se descubre una dehiscencia no patológica.*

- *Se trastornan las inserciones del tejido gingival, lo que da lugar a alteraciones a nivel de la encía marginal alrededor de las coronas protésicas, por lo que este tipo de incisión esta contraindicada en pacientes portadores de porcelana.*
- *La sutura es más difícil debido a que debe hacerse entre los dientes.*
- *Es difícil mantener la higiene oral.*

INDICACIONES.

- *Cirugía periapical.*
- *Dientes retenidos.*
- *Eliminación de patologías.*
- *Eliminación de exostosis óseas.*

Se emplean este tipo de incisiones cuando se requiere de una mayor visualización del campo operatorio, como en el caso de extirpar lesiones de mayor tamaño.

4.2 INCISIÓN LIBERATRIZ.

Se trata de una incisión que se basa en un corte incisal en forma de ojal.

TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Esta incisión se realiza con un corte que abarca el borde incisal, extendiéndose ligeramente a las caras proximales para lograr una exposición adecuada y evitar que pueda cerrarse. Debiendo quedar expuesto el tercio incisal del diente.

VENTAJAS .

- Evita la necesidad de hacer procedimientos dolorosos.*
- La incisión es una técnica sencilla.*
- No se altera la encía marginal.*
- El paciente puede mantener una buena higiene oral.*
- Permite una exposición suficiente de la corona.*

DESVENTAJAS O INCONVENIENTES.

- Si no se realiza adecuadamente la incisión la corona puede cubrirse nuevamente de tejido blando.*

- Si no hay una buena exposición del diente se tendrá que realizar nuevamente el acto quirúrgico.
- Muchos dientes no responden al procedimiento quirúrgico y necesitaran de algún aparato ortodontico ya que su fuerza de erupción no permite que por si sólo el diente se ubique en el arco dentario.

INDICACIONES.

- En dientes que no han erupcionado dentro del tiempo razonable posterior a su fecha de erupción normal.
- Cuando el diente retenido se encuentra de bajo de la mucosa solamente.
- En presencia de encía muy fibrosa.

5.- PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS.

Se presenta en la facultad de odontología de la UNAM en el área de odontopediatría. Paciente femenino de 10 años de edad, ocupación estudiante de cuarto grado de nivel básico de 1.40 m. de estatura; reportando hábitos alimenticios adecuados y contando en su vivienda con servicios necesarios como son: agua, drenaje, luz, etc.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Ha presentado sarampión y procesos de amigdalitis no frecuentes.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

Abuela materna presenta Diabetes Mellitus.

ANTECEDENTES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS.

La paciente no ha sido sometida a cirugía alguna, y no presenta alergia a ningún medicamento.

Su constitución es delgada, su tez morena, su cabello abundante y de color castaño oscuro; la forma de la cabeza y su rostro son de un patrón dólico cefálico; sus movimientos son normales, sin problemas en la marcha y de una actitud cooperativa. Sus oídos y conductos auditivos se encuentran bien formados y con una audición conveniente.

Sus ojos tienen una posición normal con respecto a su cara; sus movimientos son naturales a los estímulos provocados por los cambios de luz. Su nariz, bien ubicada dentro de su cara, es ancha y un poco afilada; con respecto a su función es adecuada. Sus labios son de grosor medio, tienen buena ubicación dentro de su cara.

MOTIVO DE CONSULTA.

Presenta ausencia de central y lateral superior izquierdo y dolor producido por caries.

Examen bucal; Abarca los tejidos blandos y duros.

Los labios, lengua, carillos, paladar duro y blando tienen aspecto, forma, volumen y tamaño normal.

Sus encías manifiestan una ligera gingivitis provocada por una higiene oral inadecuada.

En lo que corresponde a los órganos dentarios, la paciente presenta una dentición mixta y el principal problema, es la no existencia de los dientes central y lateral permanentes superiores izquierdos; el resto de los órganos dentarios se exhiben diferentes grados de caries.

En la evolución de la oclusión y alineamiento se puede observar una oclusión en clase I de Angle; existe una malposición dentaria anterior y falta espacio, presentando hábitos perniciosos tales como; morderse los labios y uñas.

ESTUDIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

Aparato digestivo sin datos patológicos.

Aparato cardiovascular sin datos patológicos

Aparato genitourinario sin datos patológicos.

Aparato respiratorio sin datos patológicos.

Sistema endócrino sin datos patológicos.

Sistema nervioso sin datos patológicos.

Para un buen diagnóstico y plan de tratamiento se recomiendan métodos auxiliares tales como; modelos de estudio y radiografías.

ESTUDIO RADIOGRAFICO.

Se procedió a realizar estudio radiografico consistiendo en radiografía periapical y una panorámica. Se observó el central y lateral superior izquierdo retenidos y sus raíces completamente formadas.

PROCEDIMIENTO.

Se realizó primero operatoria dental retirando todas las caries presentes, una vez retiradas se procedió a la cirugía bucal.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

Se realizó la asepsia de la piel peribucal y de la mucosa de la zona por intervenir, así como la colocación del campo estéril. Se logró una anestesia satisfactoria por medio de la infiltración supraperióstica con dentocain.

Se inicia un corte vertical de las caras distales de ambos dientes retenidos y una incisión horizontal en el surco gingival liberando encía marginal y la papila interdientaria. Con un elevador de periostio Molt núm. 9 se desprende por completo la encía insertada que cubre los dientes retenidos, ya teniendo expuestos los dientes se procede a realizar una perforación en el tercio incisal de cada uno de ellos con una fresa de carburo de media. Se coloca alambre del número 0.18 para ligarlos cada uno por separado.

Se efectuó la limpieza del campo operatorio y se unen los bordes de cada una de las incisiones suturando con seda negra trenzada calibre tres ceros. Se coloca a cada extremo del colgajo, un punto de sutura, a la altura en que quedaron expuestos los dientes.

A los ocho días, una vez recuperado el paciente se retiraron los puntos, se cito al paciente dos días después se procedió a la toma de impresiones para colocar un aparato ortodontico para llevar a los dientes a su posición normal.

SEGUNDO CASO CLINICO.

Se presenta en el área de odontopediatría de la facultad de odontología de la UNAM. Paciente masculino de 9 años de edad, ocupación estudiante de tercer año de nivel básico de 1.20m. de estatura, repartanda hábitos alimenticios adecuados y contando en su vivienda con servicios intradomiciliarios como agua, luz, drenaje, teléfono, etc.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Ha presentado cuadros de hepatitis y varicela.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

Sin datos patológicos

ANTECEDENTES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS Y TRAUMATICOS.

El paciente no se ha sometido a ninguna cirugía y no presenta alergia a ningún medicamento

Su constitución es delgada, su tez morena clara, su cabello es de color castaño claro; la forma de la cabeza y su rostro son de un patrón dólico céfalico; sus movimientos son normales.

Sin problemas en la marcha y de una actitud cooperativa. Sus oídos y conductos auditivos se encuentran bien formados y con una audición conveniente.

Sus ojos tienen una posición y una orientación normal con respecto a su cara; sus movimientos son naturales a los estímulos provocados por los cambios de luz. Su nariz, bien ubicada dentro de su cara, es ancha, con respecto a su función es adecuada. Sus labios son de grosor medio, tienen buena ubicación dentro de la cara.

MOTIVO DE CONSULTA.

Presenta ausencia del central superior derecho y algunas piezas dentales presentan caries.

Examen bucal; Abarca los tejidos blandos y duros.

Los labios, lengua, carillos, encía, paladar duro y blando tienen aspecto, forma, volumen y tamaño normal.

En lo correspondiente a los órganos dentarios, el paciente presenta una dentición mixta y el principal problema, es la no existencia del central permanente superior derecho; el resto de los órganos dentarios se exhiben diferentes grados de caries.

En la evolución de la oclusión y alineamiento se puede observar una oclusión en clase I de Angle,; existiendo una giroverción en el lateral inferior izquierdo.

ESTUDIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

Aparato digestivo sin datos patológicos.

Aparato cardiovascular sin datos patológicos.

Aparato genitourinario sin datos patológicos.

Aparato respiratorio sin datos patológicos.

Sistema endocrino sin datos patológicos.

Sistema nervioso sin datos patológicos.

Para un buen diagnóstico y plan de tratamiento se recomiendan métodos auxiliares tales como; modelos de estudio y radiografías.

ESTUDIO RADIOGRAFICO.

Se procedió a realizar estudio radiografico consistiendo en una radiografía periapical, en la cuál se observo retenido el central superior derecho y su raíz completamente formada.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

PROCEDIMIENTO.

Se realizo operatoria dental retirando todas las caries presentes y posteriormente se procedio a la cirugía bucal.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

Se procedio a la asepsia de la zona por intervenir, así como a la colocación del campo estéril. Se anestesió al paciente por medio de la infiltración supraperióstica con dentocain.

Se realiza un corte en el borde incisal del diente retenido abarcando las caras proximales. Quedando expuesto hasta el tercio incisal, se lava perfectamente y se cohibe el sangrado. Dejando que el diente erupcione por si soló, sin necesidad de utilizar un aparato de ortodoncia.

CONCLUSIONES.

Es de gran importancia que el Cirujano Dentista conozca la cronología de la erupción dentaria, ya que a través de ella se pueden diagnosticar alteraciones del desarrollo y/o crecimiento de los órganos dentales puesto que el retardo de erupción del órgano dental trae como consecuencia diferentes alteraciones y/o patologías que afectan al parodonto infantil y como consecuencia a los dientes permanentes.

En muchas ocasiones los padres de familia no se percatan de la ausencia de algunos órganos dentales, tomando como esto una situación normal de ahí la importancia que el Cirujano Dentista diagnostique a tiempo este tipo de alteraciones en la erupción dental.

Actualmente para llevar a cabo la ubicación del órgano dentario a su posición existen diferentes técnicas quirúrgicas, ortopédicas u ortodónticas y/o la combinación de ambas. Para estos procedimientos varía el tiempo, ya que dependerá de la posición del órgano dental.

En las cirugías practicadas en los pacientes de los casos clínicos se comprueba que estas técnicas tienen muchas ventajas, tanto para el paciente como para el Cirujano Dentista, ya que no existe tanto traumatismo y el éxito de la reposición del órgano dental es favorable. Así mismo el conocimiento de estas técnicas es fácil y no se presentan mayores complicaciones por lo cual el Cirujano Dentista las puede llevar a cabo en su práctica privada.

BIBLIOGRAFÍA.

1.- BRAHAM, L, Raymond.

Odontología pediátrica.

Editorial; Panamericana, México, 1984.

2.- KRUGER, O, Gustav.

Cirugía Bucomaxilofacial.

Editorial; Panamericana, 5º Edición 1986.

3.- LASKIN, M, Daniel.

Cirugía bucal y Maxilofacial.

Editorial; Interamericana, México 1991.

4.- LEONARD, B, K.

Cirugía bucal y Maxilofacial en niños.

Editorial; Interamericana, México, 1992.

5.- Mc DONAL, E Ralph.

Odontología para el niño y el adolescente.

Editorial;Mundi, 5° Edición, 1990.

6.- PINKHAM, J, R.

Odontología pediátrica.

Editorial;Interamericana, México 1991.

7.-SHAFER, G, William. LEVYN, M Barnet.

Tratado de patología bucal.

Editorial;Interamericana, México, 1986.

8.- GALLARD, Ríos.

Presentación de una técnica quirúrgica para liberar dientes retenidos por fibrosis gingival.

Práctica odontológica 15 (1) 1994. pags. 9-12.

9.- SÁNCHEZ, Carlos, ROMO, Pilares.

Cronología de la erupción.

Práctica odontológica 16 (10) 1995 pags. 8-14.

10.- TRUJILLO, Fandiño.

Retenciones dentarias en región anterior.

Práctica odontológica. 11 (5) 1990. pags. 29-35