

1960
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



DONADO POR F. S. P. - B. C.

AFECCIONES ORIGINADAS POR LAS PIEZAS
DENTARIAS RETENIDAS

T E S I S

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

MA. CONCEPCION MARZANO RUIZ

MEXICO, D. F.

1979

15016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

I N D I C E

I.- INTRODUCCION.

II.- DEFINICION Y CLASIFICACION DE PIEZAS DENTARIAS RETENIDAS

III.- PRINCIPALES CAUSAS DE RETENCION.

A).- Embriológicamente

B).- Desde el punto de vista mecánico.

1.- Problemas en la posición normal de las piezas -
dentarias.

2.- Trastornos sobre la integridad anatómica de la-
pieza.

3.- Trastornos protéticos.

C).- Desde el punto de vista general.

IV.- FRECUENCIA DE LAS PIEZAS DENTARIAS RETENIDAS.

V.- ACCIDENTES INFECCIOSOS.

A).- Pericoronitis

B).- Como complicación apical o periodontal.

1.- Absceso periodontal.

2.- Absceso periapical.

C).- Infección del saco folicular por vía hemática.

D).- Otitis media supurada.

E).- Trismus.

F).- Osteomielitis.

VI.- ACCIDENTES NERVIOSOS.

A).- Neuralgia del trigémino.

VII.- ACCIDENTES TUMORALES.

A).- Quiste dentífero.

B).- Ameloblastoma.

VIII.- CONCLUSIONES.

IX.- BIBLIOGRAFIA.

I.- INTRODUCCION

Estimados señores del jurado, maestros, compañeros; deseamos que el tema que a continuación expongo sea de utilidad a aquellas personas interesadas y relacionadas con la odontología y cuyo objetivo principal es explicar someramente las complicaciones originadas por piezas dentarias retenidas.

En el transcurso de nuestra carrera profesional encontramos que en no muy pocas ocasiones se presentan casos que aparentemente carecen de importancia; error grave, pues la práctica nos demostrará que aquello que nos parecía vanal resulta a fin de cuentas tema que no debíamos haberle restado la importancia requerida.

En la actualidad la cirugía bucal ha venido a resolver problemas que antaño eran verdaderos dolores de cabeza para el cirujano dentista, como es el caso de las piezas dentarias retenidas, tema al cual hacemos referencia en forma somera.

II.- DEFINICION Y CLASIFICACION DE PIEZAS DENTARIAS RETENIDAS.

PIEZAS DENTARIAS RETENIDAS.- Son aquellas que llegado el momento de la erupción normal de las diferentes piezas -- dentarias quedan dentro de los maxilares, conservando su sacco integro.

Las piezas dentarias retenidas se clasifican según el tejido involucrado en:

a) Retención intraósea.- Es cuando las piezas dentarias se encuentran rodeadas por tejido óseo.

b) Retención subgingival.- Es cuando las piezas dentarias se encuentran rodeadas por mucosa gingival exclusivamente.

Generalmente encontramos cierto número de piezas dentarias que presentan mayor predisposición para quedar retenidas dentro de los maxilares como son los caninos y los terceros molares.

III.- PRINCIPALES CAUSAS DE RETENCION.

La mayoría de las causas son debidas a ciertos factores, en igualdad de circunstancias tanto para dientes anteriores como para los posteriores.

A) Embriológicamente.- La retención es ocasionada por una alteración en la angulación normal del germen dentario, debido a esto al llegar el momento en que haga erupción la pieza dentaria su pone en contacto con la pieza vecina, lo que le impide que realice su erupción normal, constituyendo una fijación de la pieza en una mala posición.

B) Desde el punto de vista mecánico.- La retención se encuentra afectada por una falta de espacio en los huesos maxilares, por una extrema condensación del hueso a causa de malas posiciones dentarias o bien por elementos patológicos como son: quistes, odontomas, dientes supernumerarios, permanencia excesiva de piezas temporales y por una gruesa membrana de mucosa causando:

1.- Problemas en la posición normal de las piezas dentarias: Como son las desviaciones de incisivos y laterales que es producto de el canino retenido, los terceros molares también ocasionan trastornos a distancia afectando a los caninos e incisivos desviándolos de su dirección normal ocasionando entrecruzamiento o conglomerados antiestéticos de pie-

Los dentellos.

Los trastornos sobre la integridad anatómica de la pieza dentaria. Otro factor mecánico es la presión que ejerce la pieza dentaria retenida o su saco dentario sobre la pieza vecina causando alteraciones en su integridad, como sucede en la raíz cuando el cemento se encuentra afectado se denominan cementarias y comantodentinarias cuando se encuentra afectado el cemento y la dentina, a estas también son llamadas dentinarias externas para diferenciarlas de las dentinarias internas.



Impacción palatina de canino superior con resorción de la raíz del incisivo lateral.

3.- Trastornos protéticos.- Los problemas protéticos - son causados en muchas ocasiones por piezas dentarias retenidas, encontrando pacientes portadores de aparatos protéticos- que relatan al dentista que sus prótesis no se adaptan como - al principio, el dentista al realizar la exploración observa que existe una protuberancia en la oncia que en el relato del paciente cuenta que no existía en el momento de colocarle la prótesis. El cambio que sufre el maxilar es debido al trabajo de erupción de la pieza retenida que acompañándose de la reabsorción ósea a causa de la presión ejercida por la prótesis,- es lo que produce dicha molestia.

C).- Desde el punto de vista general: En este punto se incluyen a todas las enfermedades sistémicas que son la causa de la retención dentaria, tales son: sífilis, tuberculosis, - desnutrición; así como también se incluyen a la herencia mezclada de razas y otras menos frecuentes como es la disostosis - cleidocraneal. . .

IV.- FRECUENCIA DE LAS PIEZAS DENTARIAS RETENIDAS

En la infancia las piezas dentarias con mayor frecuencia de retención son: a).- Caninos permanentes superiores - b).- Segundos premolares inferiores c).- Segundos premolares superiores.

Con la presencia de los dientes supernumerarios podemos encontrar la retención de caninos superiores. Los niños que padecen la disostosis cleidocraneal presentan muchas piezas impactadas.

La retención de los caninos superiores es más frecuente que los inferiores y se presentan más en el sexo femenino que en el masculino. Frecuentemente las piezas retenidas superiores se encuentran hacia paladar y las inferiores son raras, pero las podemos encontrar con tendencia hacia labial.

Frecuencia según Blum (1923)

PIEZAS RETENIDAS	MANDIBUIA		MAXILAR	
	NUMERO	%	NUMERO	%
Temporarios	3	2	1	0.4
Supernumerarios	11	6	5	2
Incisivo Central	9	5	0	-
Incisivo Lateral	1	0.5	1	0.4
Canino	99	51	10	4
Primer Premolar	0	-	2	0.8
Segundo Premolar	5	3	14	6
Primer Molar	0	-	2	0.8
Segundo Molar	0	-	1	0.4
Tercer Molar	62	33	231	86
	190		267	

Según la estadística de BERTEN CIESZYNSKI

Tercer Molar Inferior-----	35%
Canino Superior-----	34%
Tercer Molar Superior-----	9%
Segundo Premolar Inferior-----	5%
Canino Inferior-----	4%
Incisivo Central Superior-----	4%
Segundo Premolar Superior-----	3%
Primer Premolar Inferior-----	2%
Incisivo Lateral Superior-----	1.5%
Incisivo Lateral Inferior-----	0.8%
Primer Molar Inferior-----	0.5%
Segundo Molar Inferior-----	0.5%
Primer Molar Superior-----	0.4%
Incisivo Central Superior-----	0.4%
Segundo Molar Superior-----	0.1%



Impacción de segundo premolar inferior
con corona dirigida mesial y distal-
mente.

V.- ACCIDENTES INFECCIOSOS.

Estos accidentes infecciosos de las piezas dentarias retenidas están dadas por su saco pericoronario. La infección de éste saco se origina por distintos mecanismos y vías.

Al hacer erupción la pieza dentaria retenida se presenta:

A).- PERICORONITIS O PERICORONARITIS.- Es una infección que se presenta con mayor frecuencia en los adolescentes. Esta es variable desde una ligera molestia hasta la celulitis. La infección pericoronar también se presenta en los niños, ésta acompaña a la erupción de las piezas dentarias en donde el tejido supradental que comprende la porción superior del folículo y mucoperiostio puede inflamarse crónicamente y causar la formación de abscesos.

Dentro de los diferentes problemas que nos pueden ocasionar las piezas dentarias, el dentista se enfrenta con mayor frecuencia al problema de la infección que llega a producirse debido al tejido circundante de dicha pieza.

La pericoronitis la encontramos tanto en piezas parcialmente erupcionadas como en las retenidas, en las parcialmente erupcionadas como en las retenidas, en las parcialmente erupcionadas en donde la mucosa cubre parte de la corona o su totalidad da lugar a una bolsa en donde posteriormente se acumulan los detritus originando un medio ideal para el desarrollo de las bacterias.

Existe pericoronitis aguda, subaguda ó crónica.

La aguda se identifica por los diferentes grados de infla
mación del colgajo.

Cuadro Clínico:

Una lesión supurativa, presenta inflamación, muy roja, --
muy sensible con dolores irradiados al oído, garganta y piso de
la boca.

A la exploración clínica el dentista encontrará un capu--
chón saburral y en ocasiones sangrante.

Los síntomas que el paciente presenta en la retención de
los terceros molares son:

A.- Pérdida del apetito

B.- Fiebre local

C.- Trismus

D.- Adenitis submaxilar (inflamación de ganglios y glan--
dulas)

E.- Malestar general

F.- Dolor en la región del tercer molar

G.- Leucocitosis.

Los factores que influyen en la pericoronitis son:

1.- Bajos de defensa del organismo, predisponiendo al pa-
ciente a la exacerbación microbiana.

2.- Debido a la perforación del capuchón que cubre la pi-
za retenida, esta constituye la vía de entrada los microorganismos,
saliva y restos alimenticios.

La perforación generalmente se debe a las cuspides de la pieza antagonista debido a que ésta rosa continuamente con la encía inflamada, también se debe a sus cuspides.

La lesión puede adquirir la forma de absceso pericoronario. La infección se propaga hacia la zona bucofaringea y a la base de la de la lengua (dificultad para la deglución, los ganglios se infartan).

Al inicio de la pericoronitis el tratamiento de esta depende de la intensidad de la inflamación. Cuando presenta fluctuación visible y palpable no requiere mas tratamiento que la incisión y drenaje colocando gasa, seguido de los colutorios salinos calientes.

Cuando la pericoronitis se encuentra en un estado más avanzado se realizara el siguiente tratamiento:

Primera visita: 1.- Lavar suavemente la zona con agua tibia para que se eliminen los residuos y exudados superficiales y se aplica anestesia topica.

2.- Se pinta la zona con antiséptico, se levanta suavemente el capuchón y se quitan los residuos subyacentes, se lava la zona con agua tibia (no se deben realizar curetajes ni procedimientos quirurgicos).

El paciente debe realizar en su casa colutorios salinos-tibios cada hora, reposo y abundantes liquidos y antibioticos.

Segunda visita:

Después de 24 horas la lesión mejora notablemente, si se

coloco un drenaje se retira, se separa suavemente el capuchón - y se lava con agua tibia y el paciente debe seguir las indicaciones del día anterior.

Tercera visita:

En esta sesión determinaremos si va a permanecer el diente en su lugar o extraerlo.

En el periodo de erupción normal de las piezas permanentes podemos encontrar estados similares que se tratan de la misma manera, Existe la pericoronitis en personas con regiones desgastadas que es menos frecuente, esta se debe a la presencia de una pieza retenida que se puede ignorar su presencia o se cree que va a ser asintomática por encontrarse a cierta distancia, - pero al existir presión de la prótesis sobre el proceso este se reabsorbe y debido a la presión se presenta la inflamación.

En este caso si se presenta absceso el tratamiento es la incisión y drenaje acompañado de medicamentos y se espera a que el medio sea favorable para la extracción quirúrgica de la pieza incluida.

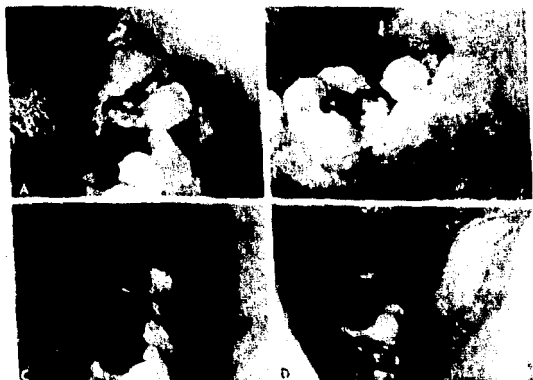
El tipo más común de la infección pericoronar es el tercer molar inferior. Esta infección suele confundirse con manifestaciones periamigdalinas. El paciente puede presentar dolor intenso y celulitis dificultando la deglución. Con dolor a la palpación extra e intra bucal y un edema visible en regiones submandibular y faringe. Estos síntomas corresponden a una pieza que ha hecho erupción parcialmente de su corona, su tratamiento;

es el drenaje y colocación de una tira de gaza iodoformada envevida de un antiséptico y un analgésico (partes iguales de guayacol y aceite de oliva) esto proporciona un drenaje continuo y a la vez sirve de analgésico local para aliviar el dolor, también se emplean colutorios salinos calientes y el uso de antibióticos.

En el caso de un tercer molar impactado o retenido la extracción quirúrgica se hace tan pronto como seda el cuadro sintomático. También la pieza que no erupciona y causa molestias al paciente y no existe espacio suficiente para la erupción la extracción está indicada. Se acepta que retardar el empleo de los procedimientos quirúrgicos definitivos predispone a que se establezca una osteomielitis.

El tercer molar superior es uno de los factores que contribuye a la infección pericoronar de un tercer molar inferior retenido, en este caso se hace una valoración de los terceros molares para ver cuál se va a eliminar. Las infecciones pericoronales son menos frecuentes en los terceros molares superiores en erupción o incluidos.

Los casos de pericoronitis si no son atendidos a tiempo pueden degenerar desde una inflamación gingival y mucosa hasta la formación de abscesos, flegmones (flegmones maseterinos y ganglionares) y aún osteomielitis.



PERICORONITIS.-A) Tercer molar parcialmente cubierto por el colgajo infectado B, vista lingual: fistula que sale del colgajo infectado. C, colgajo hinchado que supera en la punta. D, abertura en el absceso pericoronario.

B-) El proceso infeccioso se puede producir como una complicación apical o periodontal de un diente vecino (infección-apical y periodóntica).

La formación brusca de un absceso puede deberse a la superposición de un factor irritante, como una bacteria, impacción de un diente o algún otro traumatismo local.

1.- ABSCESO PERIODONTAL.-

Es una inflamación purulenta localizada en los tejidos periodontales.

La formación del absceso es de la siguiente manera:

- a.- Penetración profunda de la infección, proveniente de una bolsa periodontal y localización del proceso inflamatorio supurativo.
- b.- Extensión lateral de la inflamación proveniente de la superficie interna de una bolsa periodontal.

El absceso se localiza cuando se obstruye el drenaje hacia la bolsa.

- c.- Cuando existe una bolsa compleja que rodea a la raíz del diente se forma un absceso periodontal por no existir comunicación con la superficie.
- d.- Cuando no hay una buena alimentación de los cálculos de la bolsa periodontal.
- e.- Cuando existe un mal tratamiento endodóntico.

El absceso puede ser agudo ó crónico. Los síntomas del absceso periodontal agudo son:

- 1.- Dolor irradiado pulsátil.
- 2.- Sensibilidad de la encía a la palpación.
- 3.- Sensibilidad del diente a la percusión.
- 4.- Movilidad dentaria.
- 5.- Linfadenitis.
- 6.- Fiebre, leucocitosis y malestar.

El absceso periodontal se encuentra en la zona lateral de la raíz la encía es edemática y roja, superficie lisa y brillante.

En la mayoría de los problemas parodontales la eliminación de la pus se realiza con presión digital suave.

El absceso periodontal crónico.- Se presenta como una fístula, abriéndose en la mucosa gingival.

El paciente nos relata que ha presentado periodos de exudado.

El absceso periodontal crónico es asintomático. El paciente registra una leve elevación de la pieza dentaria y el deseo de morderla y frotarla..

Tratamiento: eliminación de la causa.

2.- BASCESO PERIAPICAL.)-

Es una colección purulenta en el hueso alveolar a nivel del apice, se presenta como una consecuencia de una pulpitis ó una gangrena pulpar.

En sus inicios el dolor es leve e insidioso tornandose después intenso, violento y pulsátil; y se acompaña de tumefacción dolorosa en la región del apice y se presenta un fuerte edema inflamatorio en algunas ocasiones.

Un síntoma que también se presenta en el paciente es una fuerte inflamación periodontal. Aumento de movilidad y ligera extrusión de la pieza dentaria.

Se puede complicar presentando estados febriles moderados, osteoflemon y linfadenitis de la región correspondiente.

El proceso purulento puede quedar dentro del alveolo o bien puede tender a fistulizarse para así formarse un absceso

submucoso y establecer de esta forma un desagüe en la cavidad oral.

De no tratarse dicho absceso puede ocurrir complicaciones que favorezcan la propagación de la infección, dichas complicaciones son; Osteomielitis, celulitis y bacteremia.

TRATAMIENTO.

Administración de antibióticos, aplicaciones en la cara de la parte afectada con bolsas con hielo y colutorios calientes bucales tienen valor terapéutico y evitan la fistulización al exterior, y administración de analgésicos para evitar así el dolor.

C.- La infección del saco folicular se puede presentar - por vía hemática.

Esta infección se lleva a cabo por varios procesos como son:

Inflamación local con dolor
 aumento de temperatura local
 absceso y fístula, por consiguiente osteitis y osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos generales.

El proceso infeccioso del saco actúa como "Infección focal". La infección focal es aquella en donde los microorganismos o las toxinas ó ambas se localizan en cualquier parte del cuerpo en zonas circunscritas y se diseminan por vía linfática, sanguínea, nerviosa ó por pase directo a otras partes del cuerpo -

y da lugar a enfermedades sistémicas como por ejemplo: la fiebre reumática. La zona inicial donde existen microorganismos patógenos se conoce como foco o infección primaria, como es el saco follicular de las piezas dentarias retenidas, y las regiones secundarias son las llamadas zonas o regiones metastásicas.

Las zonas que se consideran como focos dentales mas frecuentes son:

- 1.- enfermedad periodontal.
- 2.- infección pericoronar y colgajos de tercer molar.
- 3.- infecciones periapicales.
- 4.- zonas residuales de infección.
- 5.- quistes radiculares y residuales.
- 6.- lesiones infectadas de tejidos blandos.

D.- Otitis media supurada.-

Esta enfermedad es una complicación de las vías respiratorias altas, se presenta frecuentemente en niños y lactantes.

Es una consecuencia de la invasión del oído medio por los Staphylococcus aureus, Streptococcus hemolítico ó neumococo, llegando al oído medio por vía linfática o por vía venosa.

La primera etapa es la de hiperemia, presentando los siguientes síntomas:

Dilatación sanguínea de la mucosa del oído medio seguido de supuración y dolor agudo localizado, malestar, fiebre y escalofrío.

El dolor empeora aveces a primeras horas de la mañana o a final de la tarde, hay pérdida ligera ó moderada de audición.

En las primeras etapas del exámen puede presentarse solo hiperemia con ingurgitación de los vasos sanguíneos.

Esta etapa se resuelve aplicando gotas nasales vasoconstrictoras y terapéutica antibiótica resolviéndose esta etapa sin llegar a la supuración.

En la etapa supurativa se presenta hiperemia intensa -- del tímpano y pérdida de audición.

Su tratamiento de la etapa supurativa incluye amplia -- incisión y drenaje del oído medio por miringectomía (escisión quirúrgica de la membrana timpánica) y terapéutica antibiótica.

Si no se realiza la incisión de la membrana puede producirse perforación de la misma y el resultado final sería una otitis crónica supurada.

Un mal tratamiento puede producir un bloqueo del aditus (comunicación de la caja con el antromastoideo y el desarrollo de una mastoiditis enmascarada (inflamación de la mucosa de las celdas mastoideas.

E.- Trismus:

Es una consecuencia de la infección de los músculos masticadores que sufren una contracción que ocasiona una limitación de los movimientos maxilares.

El grado de trismus puede ser moderado, marcada ó com--

pleto, el trismus puede presentarse asociado a otras enfermedades como lo son: las del piso de la boca, mejilla, faringo, - - glándula parótida y fractura.

La limitación de los movimientos se pueden presentar súbita ó gradualmente y en la mayoría de los casos asociado con dolor, tumefacción e inflamación.

Las causas más frecuentes de trismus son:

- a.- Infección muy profunda de las piezas dentarias posteriores que afectan a los músculos de la masticación.
- b.- Técnicas orales post-quirúrgicas como la extirpación de un tercer molar impactado.
- c.- Inflamación gingival, de los terceros molares durante su erupción-----pericoronitis-----.

El agente que causa dicha enfermedad esta representado - por el microorganismo fusoespiroquetas.

Entre otras causas que producen trismus tenemos:

- A.- El absceso peritonsilar.- el pus de este absceso invade rápidamente los músculos de la vecindad dando - lugar al espamo del pterigoideo interno con trismus-marcado.
- B.- Artritis de la articulación temporo mandibular, el -- dato característico es la limitación pasajera de la - movilidad
- C.- Trismus causado por histeria.- el trismus puede ser-completo en los periodos de gran tensión emocional -

"factor psicógeno potencial".

D.- Tetano.- es una alteración neuromuscular debido a -
la exotoxina del Clostridium Tetani.

E.- Neoplasias.- La invasión de los músculos de la mas-
ticación por neoplasias malignas dan lugar a un - -
trismus que indica un proceso avanzado, como el car-
cinoma epidermoide de la cara posterior de la boca-
puede dar lugar a un trismus marcado.

El espasmo del músculo temporal se irradia hacia las --
piezas dentarias superiores, frente y orbita; el del pterigoí-
deo interno se irradia hacia la zona posterior mandibular e in-
fraauricular; el del pterigoideo lateral se irradia hacia la ar-
ticulación temporo mandibular.

Las intervenciones quirúrgicas en presencia de pericoro-
nitis aguda pueden dar lugar a infecciones graves incluso mor-
tales.

Benzer y Schaffer hicieron estudios aplicando al pacien-
te la enzima hialuronidasa y solución salina fisiológica para
tratar y reducir el hinchamiento y el trismus, también fueron
eficaces los antihistámicos.

Se recomienda realizar frotis bacterianos en los terce-
ros molares antes de realizar intervención quirúrgica para pre-
venir complicaciones como las del alveolo seco.

Su pronóstico es favorable, su tratamiento se realiza -
con anestesia general para lograr abrir la boca del paciente y

eliminar la causa. También el trismus puede ser vencido con curas de madera o metal que accionan formando las contracciones musculares que se oponen a la normal apertura de la boca.

F.- Osteomielitis

Es una condición inflamatoria del hueso y de la médula ósea que afecta primeramente partes blandas. La inflamación se produce primero en la médula ósea, extendiéndose posteriormente a los espacios óseos y se difunde a través de los vasos sanguíneos y tejidos fibroelásticos y eventualmente el periostio.

Debido a la infección que se extiende a través de los vasos sanguíneos y linfáticos del hueso se detiene la nutrición de las células óseas.

La enfermedad se puede presentar a cualquier edad y es más común en el hombre. La destrucción del hueso esponjoso se realiza con mayor facilidad que el hueso cortical.

Etiología.

La osteomielitis es causada generalmente por los siguientes germenés: el staphylococcus aureus hemolítico, el staphylococcus albus, estreptococcus y neumococos.

Los menos frecuentes son: mycobacterium tuberculosis, actinomyces israeli, el treponema pallidum. En ocasiones es producido por infecciones de dientes como es el absceso periapical que es en realidad una osteomielitis localizada y que muchas veces se difunde al extraer un diente que tenga absceso, por frag

turas del maxilar que son otra causa de osteomielitis, en todas las fracturas hay que pensar en el drenaje al exterior, ya que es imposible que existiendo dientes y al fracturarse el hueso no se desgare la mucosa, formando así una vía de entrada para los gérmenes bucales hacia el hueso, puede acompañar a un quiste estos son también fuentes de infección y camino para los gérmenes de la boca siguiendo una raíz dental desvitalizada, las lesiones de la boca, también puede causarla el calor y la irradiación que es una causa no muy rara de osteomielitis que se distingue por el dolor intenso, que se presenta generalmente después de irradiar una carcinoma de la boca cerca del hueso.

Su significado clínico es aplicable a un gran número de enfermedades óseas que presentan como común denominador la inflamación. Para completar un cuadro de osteomielitis hacen falta otras características además de la inflamación como son:

a).- Persistencia de la infección (a pesar de estar bajo tratamiento)

b).- Progresiva afectación del hueso.

Los síntomas de la osteomielitis son:

1.- Tumefacción

2.- Dolor punzante y a veces enrojecimiento de la piel que cubre la zona afectada.

3.- Fiebre elevada

4.- Malestar general

5.- Leucocitosis y linfadenopatía, puede haber mal aliento y dientes flojos.

6.- Aspecto tóxico.

El primer síntoma es el dolor con fiebre, es profundo - y en la mandíbula se atribuye al oído, después los dientes se vuelven dolorosos a la percusión y a medida que avanza la enfermedad los dientes se aflojan uno después de otro, en este momento la encía está de color rojo oscuro y edematosa.

Cuando la osteomielitis invade una sección de la mandíbula o del maxilar superior las piezas dentarias pueden estar - móviles o sensibles y se observará pus alrededor de los cuellos de las piezas dentarias y espacios interproximales presentándose numerosas fístulas que drenan hacia el vestibulo bucal y forman abscesos que si no drenan hacia el, drenarán hacia la superficie formando cicatrices antiestéticas.

Fases del proceso de la osteomielitis son:

- 1.- Resorción
- 2.- Secuestro (hueso muerto o carente de osteocitos) y - simultáneamente reparación.

Al producirse los exudados inflamatorios obstruyen los - canales vasculares del hueso disminuyendo sus defensas, de esta manera se separa el tejido enfermo del sano por falta de circulación y nutrición. Su eliminación se realiza por medio de la necrosis y licuefacción en forma de pus y el tejido óseo contiguo queda cubierto de tejido de granulación. En la última fase de expulsión el secuestro queda bañado por pus, cuando el proceso - dura mucho se forma un tejido óseo reparador llamado involucrum

(hueso que rodea un secuestro).

Radiográficamente el involucrum se observa más denso que el hueso normal. La región radiolucida de la radiografía se describe como vermiforme de apariencia apollillada en incisos.

Cuando es una infección muy profunda un medio de defensa del organismo es formando unos canales llamados "cloacas" por donde sale la pus y disolución del hueso enfermo.

El maxilar es el hueso que resulta más afectado durante la infancia, en los años posteriores la mandíbula constituye la localización perfecta. El poder destructivo de la osteomielitis se debe a la presión y lisis del material supurativo en un espacio cerrado.

La iniciación de la osteomielitis se presenta de una forma aguda a menos que se neutralice con una administración de penicilina se transformará en crónica.

Características de la fase aguda de la osteomielitis.

El síntoma es el dolor intensísimo, pueden existir antecedentes de una extracción reciente que existía infección, la inflamación puede ser difusa en toda la cara y extenderse hasta el cuello, el trismus puede ser extenso, fiebre y malestar general, existe rápida destrucción de grandes zonas óseas.

Características de la fase crónica de la osteomielitis.

Existe reacción local, exudado purulento y exacerbaciones, existirá fístula bucal.

Las vías de diseminación de la infección en la osteomiel-

litis son:

1.- Extensión directa del foco de infección al hueso sano como por ejemplo: dientes, seno, cavidad nasal, alveolos y tejidos blandos.

2.- Diseminación hemat6gena de la infección por vía sanguínea al hueso sano, como por ejemplo: cuando se utiliza la anestesia a presión e intraosea.

En los maxilares es la osteomielitis subaguda localizada la más frecuente, el llamado "alveolo seco" que denominamos alveolalgia.

Tipos de osteomielitis

1.- Osteomielitis Púrgena por microorganismos pat6genos.- Es una complicación de una infección o un traumatismo dental o ambas cosas a la vez.

2.- Osteomielitis por exposición a los agentes químicos o físicos.

3.- Osteomielitis granulomatosa.- Es una infección local-granulomatosa más generalizada ejemplo: tuberculosis, actinomicosis.

Tratamiento de la osteomielitis.

1.- Administración maciva de antibióticos (penicilina) para detener la destrucción ósea y la supuración.

2.- Prevenir las bolsas profundas de pus.

3.- Drenaje de pus cuando se forma a pesar de la terapéutica antibiótica pasando así el paciente al estado crónico.

4.- Esperar un período de terapéutica de sostenimiento - durante el cuál la zona drenada se encuentra abierta.

5.- Los secuestros pequeños se exfolian lentamente y espontáneamente, la secuestrectomía se realiza cuando el secuestro sea móvil y los secuestros sean grandes.

En casos de fractura debemos fijar la mandíbula y no extraer las piezas dentarias existentes hasta no tener la seguridad de que se ha perdido el soporte óseo.

VI.- ACCIDENTES NERVIOSOS

Estos accidentes producidos por las piezas dentarias retidas son bastante frecuentes.

La presión que el diente ejerce sobre las piezas dentarias vecinas, sus nervios o troncos mayores pueden originar algias con diferente intensidad, tipo y duración.

A).- NEURALGIA DEL TRIGEMINO.- Se le conoce también como neuralgia trí facial, tic doloroso ó enfermedad de Fother Gill.

Esta neuralgia puede ser típica o atípica:

La típica tiene el significado de tic doloroso.

La atípica tiene el significado del dolor facial que no es característica del nervio trigémino.

La causa de la neuralgia del trigémino ó típica es ideopática.

Signos y síntomas:

Los pacientes describen el dolor de varias formas, dolorbrusco o intensísimo de tipo lancinante unilateral, cauterizante, quemante, agudo, lacerador e hiriente que afecta el quinto par craneal, no obstante en casos raros se ha encontrado que el trigémino estaba comprimido por un tumor o por vasos nerviosos.

El dolor es de los más intensos que se conocen en el hombre. La segunda y tercera rama del V par craneal son los más afectados. Los paroxismos se pueden presentar durante semanas o meses y después desaparecer expontáneamente.

La afección no es mortal pero puede impedir que el paciente trabaje.

Para distinguirla de otras enfermedades presenta 3 características que son:

a).- Se encuentra extremadamente limitada a la cara, a veces a una parte a veces a una región inervada por una raíz del trigémino.

b).- Es paroxístico y de breve duración, cada paroxismo rara vez dura más de un minuto y es provocado por diferentes estímulos de las terminaciones nerviosas ó cuando es tocada la zona llamada "gatillo", en esta se produce un paroxismo doloroso - típico, el área puede ser una parte de la mejilla, labio ó nariz y puede ser estimulada por movimientos faciales o la masticación, también al tacto ligero.

Aparece de los 40 años en adelante la incidencia de la enfermedad es ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres.

Este trastorno nos sugiere una relación con deficiencias vasculares ó con el envejecimiento del nervio y muy frecuente en los pacientes con esclerosis múltiples que en la población general. La neuralgia del trigémino nunca pasa de la línea media, la enfermedad bilateral es muy rara. Afecta más el lado derecho de la cara que el izquierdo, los intervalos de alivio son cada vez más leves. Los tratamientos conservadores solo nos brindan alivio parcial ó temporal.

Se ha utilizado el tratamiento a base de difenilhidantoína

(dilantin) 250 mg. por vía intravenosa. También se ha obtenido - buenos resultados con el tratamiento del tegretol, pero este puede ejercer importantes efectos tóxicos por lo cuál el paciente - al utilizarlo debe estar bajo estricto control médico.

Si lo anterior no resulta eficaz se pueden utilizar las - inyecciones de alcohol.

La inyección con el alcohol de una ó más ramas nerviosas - también se utiliza para aliviar el dolor pero es temporal, la -- zona de inyección son los puntos de salida de los nervios del -- cráneo, como en la rama maxilar superior, maxilar inferior, en - nervios supraorbitarios, infraorbitarios, mentoniano.

Las inyecciones de alcohol son a veces molestar y no se - excluyen de posibles complicaciones. Algunos autores recomiendan la aplicación de agua hirviendo en el ganglio de Gasser.

El arrancamiento de los nervios supraorbitarios ó infra- orbitarios a su salida constituyen método más seguro.

VII.- ACCIDENTES TUMORALES.

A) QUISTE DENTIGERO.

Es una cavidad patológica revestida de epitelio y en cuyo interior vamos a encontrar los siguientes componentes: plasma, - leucocitos, células epiteliales encamadas, colesterol etc.

Es el que se presenta más frecuentemente de los quistes - foliculares, abarca aproximadamente el 95% de éstos quistes y un 34% de todos los quistes odontogénicos.

Lo observamos más frecuentemente en los hombres que en -- las mujeres y suele presentarse entre los veinte y treinta años de vida. El quiste dentífero es más frecuente en la mandíbula -- siendo un 70% en ésta, y el porcentaje restante aparece en el ma xilar superior.

Los quistes dentíferos se distribuyen de la siguiente manera: 62% en la zona molar, el 12% en la región canina y un 12% en la premolar. El catorce por ciento restante se distribuye en las zonas del maxilar superior.

El tercer molar inferior y el canino superior son las pie zas dentarias que con mayor frecuencia son afectadas.

ETIOLOGIA:

El quiste dentífero proviene del órgano del esmalte, cuando la corona está parcialmente formada. Cuando una pieza den ta-- ria se encuentra en desarrollo rodeada por el órgano del esmalte

Este se degenera y el quiste que resulta de la degeneración rodea completamente a la corona ó se encuentra adherido a ella.

Esta lesión produce agrandamiento de los maxilares, que en algunos casos es muy notorio.

Radiográficamente observamos a la pieza dentaria que no ha hecho erupción, en donde encontramos la corona rodeada por una zona radiolúcida muy marcada. Los quistes mandibulares de los terceros molares la radio luencia se extiende hacia el inferior de la rama. Las piezas dentarias al quiste son generalmente desplazadas como por ejemplo hacia el borde inferior de la mandíbula ó al piso de la nariz en las lesiones del maxilar superior.

Se le conoce como quiste dentífero central cuando el quiste rodea por completo a la corona. Cuando se encuentra al lado de la corona se denomina quiste dentífero lateral.

Microscópicamente las lesiones revelan que la corona del diente se encuentra completamente ó casi formado.

Histológicamente los quistes están formados por un revestimiento epitelial escamoso estratificado, su pared de tejido conectivo consta de haces de colágeno y una infiltración leve de linfocitos y plasmocitos.

Un gran porcentaje de éstos quistes en su tejido conectivo presentan pequeños insolotes ó restos de epitelio Odontogénico. En un menor porcentaje (5-6%) estos quistes en su revestimiento o pared de tejido conectivo muestran proliferación amelo

blástica estas lesiones si no se diagnostican a tiempo son las precursoras de los ameloblastomas, por eso deben de extirparse cuidadosamente y tener un control posterior, se han presentado lesiones en donde el revestimiento epitelial sufre una transformación maligna y pueden originar carcinomas; está indicada la enucleación que es la extirpación total del quiste, si no se realiza bien la escisión es peligroso y cualquier parte pequeña que se deje puede formar un tumor verdadero dental. El paciente debe tener control radiografico cada seis meses. Cualquier tejido que se quite se debe poner en solución de formol al 10% y prepararse para un exámen microscópico. Los quistes pueden provecar Asimetría facial, son asintomaticos, dan signos, hay rechazo de los paquetes vasculonerviosos; es asintomático excepto cuando se ulcera o infecta.

Pueden ser tan grandes que abarquen el cuerpo o la rama ascendente de la mandíbula y una gran porción del maxilar superior desplazando los senos orbitales y paranasales sin invadirlos.

El mecanismo de un quiste es: crece por expansión y no por destrucción a diferencia del ameloblastoma que destruye raíces y hueso.

El tratamiento de elección es la enucleación, en una lesión que está destruida la pared cortical de hueso por la presión expansiva del tejido perióstico se deja intacto y nos sir-

o como una ayuda para la regeneración del hueso.

En los niños el desarrollo de estos quistes a menudo se asocia con dientes en erupción y poco antes de entrar en la cavidad bucal, se observa su abultamiento en la cresta alveolar de color azulado llena de líquido.

Presentan las mismas características microscópicas que los quistes dentígeros. No necesitan ningún tratamiento, se resorben espontáneamente con la erupción de los dientes si fuera necesario se puede hacer una incisión o marsupialización.

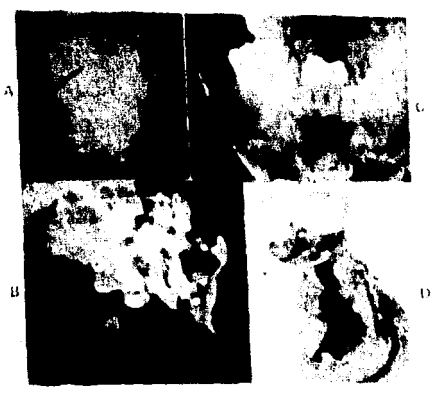


Fig. 1. A, el quiste desplaza el diente hacia la línea B y C, corona de un diente que se ha erupcionado, rodeado de un halo radiolúcido. B, quiste dentario. C, quiste dentario. D, quiste dentario. En la C se observa la corona de un diente rodeado por un saco quístico.

B).- AMELOBLASTOMA.- El ameloblastoma es un tumor epitelial, se puede originar de los restos de Malassés, de la lámina dentaria ó sus derivados (órganos del esmalte, restos epiteliales ó quistes foliculares) por consiguiente se compone de epitelio.

Por lo común aparece entre los 20 y 50 años en un promedio alrededor de los 39 años.

El mayor porcentaje se ubica en mandíbula (80%), el 70% se origina de la zona de premolares hacia atrás y el 10% hacia adelante.

El resto de el 100% esta en el maxilar, solo pocas veces se ve afectada la región anterior de los huesos, No hay predilección del sexo ni raza.

Características radiográficas.

Imagen quística (puede ser unilocular ó multicular) no está radiográficamente bien delimitado, su contorno es sinuoso- parece que se infiltra, es de las pocas lesiones que provoca pérdida de vitalidad y Risoclasia (reabsorción de los apices)

La metástasis es rara pero los fragmentos del tumor pueden irse hacia los pulmones por aspiración.

Su crecimiento es lento y de forma similar a otros tumores benignos y su duración media antes del tratamiento es de 5 a 8 años.

La lesión cursa casi sin síntomas pero si da signos, la lesión es grande, existe maloclusión, los dientes se aflojan,-

producen odontalgias y crecen en forma invasiva, el hueso cortical lo respecta. Del 26 al 30% de originan en quistes folliculares preexistentes.

En un 33% existen recurrencias, pero probablemente se deba a un tratamiento incompleto, el tumor puede asociarse a una pieza dentaria retenida y aparecer como una radiolucencia alrededor de la corona de la pieza dentaria.

Los ameloblastomas crecen por extensión y pueden perforar el hueso que los recubre.

La biopsia debe preseder el tratamiento ya que estos tumores tienen características individuales.

El ameloblastoma se compone de células cilíndricas ó cuboides (tejido conectivo) que se parecen a los ameloblastos y de epitelio que consiste de células estrelladas que se asemejan al retículo estrellado del órgano del esmalte.

El estroma del tumor se compone de tejido conectivo fibroso y el tumor no está encapsulado.

En la realidad el tumor es más extenso de lo que nos indican las radiografías y requieren una escisión o raspaje más amplio.

Existen varios métodos para el tratamiento y son:

Extirpación, la resección radical de la mandíbula, la cauterización química y la electrocauterización. Siendo la resección quirúrgica el tratamiento de elección. Toda la base y los

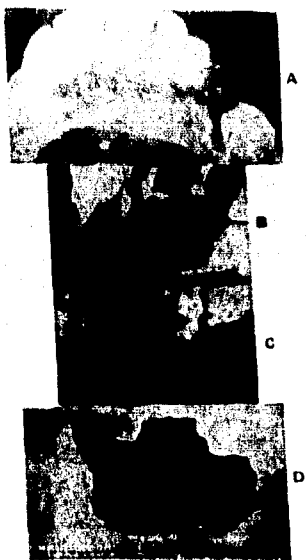
margenes vecinos se electrocauterizan después para destruir -- completamente las células tumorales residuales, se coloca un -- apósito sedante para drenar, reducir el dolor y permitir la ci catrización por segunda intención.

Los ameloblastomas han llegado a perforar el mucoperiogi o tio palatino y la mucosa nasal.

Frecuentemente se retiene un muñon de hueso normal en -- uno de los extremos de la resección como por ejemplo: en la -- región del condilo.

Este hueso puede utilizarse como base de inserción para reconstruir la sección extirpada de la mandíbula por medio de -- prótesis ocultas.

Son pocos los ameloblastomas malignos, siempre que se -- utilice un tratamiento quirúrgico se harán esfuerzos conservado res para mantener la función y la estética.



mandibular de la mandibula. A y B
muestran la estructura multicristalina -
interpenetrante de granos de jabón; C
y D son fotografías de B, de especimen macros
copiadas al microscopio, el caracter
multicristalino de la textura.

VIII.- C O N C L U S I O N

Durante la carrera y la realización de la tesis observamos que las piezas dentarias que con mayor frecuencia se encuentran retenidas son los caninos superiores y terceros molares. Ocasionando infecciones, siendo la más común la pericoronitis, ya sea por decidia, ignorancia, miedo al dentista o porque el paciente no se encuentra en condiciones económicas para el tratamiento.

La mayoría de las afecciones bucales son focos de infección que producen trastornos graves y que generalmente el odontólogo no toma la debida importancia y al cabo del tiempo al no ser tratadas dichas infecciones pueden producirnos afecciones a distancia como enfermedades generales, ignorando el paciente que el problema es meramente bucal.

Por lo que consideramos sería conveniente que en un tiempo no muy lejano tanto el paciente como el odontólogo le dieran la importancia que se merecen dichas enfermedades.

Un estudio radiográfico realizado en un momento dado puede revelarnos la existencia de trastornos asintomáticos como es el caso del quiste dentífero y el ameloblastoma en sus inicios, una pieza dentaria retenida se descubrirá al tomar una radiografía con fines protéticos.

Es indispensable que el cirujano dentista de practica general sepa distinguir en un momento determinado las altera

ciones que requieran de la intervención del cirujano dentista especializado y lograr así el tratamiento específico.

IX.- BIBLIOGRAFIA

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

DR. GUSTAVO O. KRUGER

CUARTA EDICION, 1978.

TRATADO DE CIRUGIA ORAL

WALTER C. GURALNICK

1971.

MEDICINA BUCAL

DR. LESTER W. BURKET

SEXTA EDICION, 1975.

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL

EDWARD V. ZEGARELLI

AUSTIN H. KUTSCHER

GEORGE A. HYMAN

1976

CIRUGIA BUCAL

W. HARRY ARCHER

1968

ENDODONCIA

ANGEL LASALA

1971

PERIODONTOLOGIA CLINICA

DR. IRVING GLICKMAN

CUARTA EDICION, 1975

PATOLOGIA BUCAL

S. N. BHASKAR

1975

CIRUGIA BUCAL

GUILLERMO A. RIES CENTENO

SEPTIMA EDICION

SEGUNDA REIMPRESION

1975.