

282

201



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

# DIENTES RETENIDOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N  
MA. DE LA LUZ MONROY JIMENEZ  
Y  
J. MANUEL LOPEZ IBARRA

Director de Tesis:  
DR. ANTONIO ROSAS BARRAGAN

México, D. F.

1988

*Handwritten signature and notes:*  
110 135  
Antonio Rosas Barragan



## **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.

## CAPITULO I

### INTRODUCCION

La expresión "Dientes Retenidos" se usa en el verdadero sentido de la palabra, a los dientes cuya erupción normal es impedida por hueso o dientes adyacentes; dientes en mala posición, hacia lingual o vestibular con respecto al arco lingual en infra-oclusión y dientes cuya erupción no se ha realizado después de su tiempo normal de erupción.

Un verdadero diente retenido puede estar también en mala posición, no haber erupcionado o haberlo hecho parcialmente.

Puede estar erupcionado por completo, en parte o no haber erupcionado y estar retenido o no.

## BREVE HISTORIA

La explicación de la incidencia de los dientes retenidos más lógica es la de la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares humanos, esto da por resultado maxilares demasiado pequeños para acomodar a los terceros molares.

En apoyo a esta teoría observamos la ausencia congénita de terceros molares superiores e inferiores o la presencia de terceros molares rudimentarios en su lugar.

Nodine señala que por lo menos desde hace doscientos años se ha creído a la civilización responsable de la disminución o falta total de estímulo que existe un desarrollo adecuado de los maxilares humanos, un desarrollo que provea de suficiente espacio para una erupción normal de todos los dientes. Este estímulo perdido es la fuerza necesaria para la masticación del alimento duro, con el consiguiente choque. La dieta moderna no requiere de un esfuerzo decidido en la masticación y esto, de acuerdo con Nodine y otros autores es la causa de la falta de estímulo de crecimiento de los maxilares y la razón por la que el hombre moderno tiene dientes retenidos.

Esta teoría está fortalecida por los hechos presentados por Nodine, por el examen presentado en los maxilares de antiguos indios mexicanos, egipcios, esquimales del norte, aborígenes australianos del sur y modernos beduinos, que demuestran que estos pueblos no tuvieron dientes retenidos, ya que su comida constituida por carne, vegetales y peces era simple en variedad y en preparación, que requería de una masticación más poderosa por parte del niño inmediatamente después del destete, como del adulto.

Nodine sugiere que las principales causas básicas de dientes retenidos o anormales en los adultos de Europa Occidental, Gran Bretaña, Irlanda y los Estados Unidos, son la alimentación artificial de los bebés, los hábitos de la infancia y niñez, los alimentos dulces y blandos, mezclas desproporcionadas y en grandes cantidades de niños y jovencitos.

## DIENTES RETENIDOS

Se le ha dado esta definición a todos aquellos dientes que al haber llegado su época de erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad total de el saco pericoronario fisiológico.

Este tipo de retención dentaria puede realizarse de dos formas: cuando el diente está rodeado en su totalidad por el tejido óseo se le denomina retención intraósea; y cuando el diente está cubierto por la mucosa gingival se le denomina retención subgingival.

Cualquiera de los dientes temporales, permanentes o supernumerarios pueden quedar retenidos en los maxilares.

El número de dientes retenidos en un mismo paciente es muy variable.

## CAPITULO II

### ETIOLOGIA DE DIENTES RETENIDOS

Se clasifican de la siguiente manera:

- A) Razones embriológicas.
- B) Obstáculos mecánicos.
- C) Causas generales.

#### *RAZONES EMBRIOLOGICAS.*

Esta se da por la ubicación especial de un germen dentario en algún sitio lo suficientemente alejado del sitio normal de erupción, por tal motivo el diente formado de este germen se ve imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

Otra variante se da cuando el germen dentario se encuentra en su sitio correcto pero con alguna angulación tal que al calificarse el diente y al querer erupcionar, la corona de éste entra en contacto con algún diente vecino que le impide la erupción.

#### *OBSTACULOS MECANICOS.*

Las causas más comunes son:

a) Falta de material de espacio. En este punto se pueden considerar diferentes variantes, por ejemplo cuando el germen del tercer molar inferior se desarrolla fuera de su lugar (pared inextensible del segundo molar por su cara distal), es casi un hecho que dé por resultado un diente retenido.

Otro ejemplo puede ser el del canino superior, que se desarrolla en un maxilar de dimensiones inferiores a la proporción del tamaño de los demás dientes, no tiene lugar para ir a ocupar su lugar normal, puesto que se lo impiden el incisivo lateral

y el primer premolar, que para este entonces ya se encuentran erupcionados.

Goldsmith (1931) dice: El canino se encuentra en una posición alta cuando el premolar está por hacer erupción y los incisivos se encuentran implantados en el plano frontal. Es el canino temporal quien debe de mantener el espacio para el canino permanente pero por el tamaño del maxilar el espacio es muy angosto, causando su acuñaamiento y su retención por un periodo de tiempo considerable. Esta situación origina una contracción parcial de esta zona donde desciende el canino, causando con esto una desviación a una posición anormal.

b) Hueso: En ocasiones se ve impedida la erupción de algún diente por anomalías en el tejido óseo; estas anomalías pueden ser osteoesclerosis, osteítis condensante, enostosis, etc., y por dichas causas los dientes se ven impedidos de erupcionar normalmente. Este tipo de anomalías se observan radiográficamente como zonas lechosas o blanquecinas.

c) También existen elementos patológicos que oponen o sirven como obstáculos a dientes por erupcionar, estos obstáculos pueden ser: dientes supernumerarios, tumores odontogénicos que constituyen un impedimento mecánico de la erupción dentaria.

Se cita el caso de un canino y un incisivo central que por un odontoma compuesto se ven impedidos de una erupción normal. De forma similar los quistes dentígeros impiden la erupción normal, ya que estos quistes envuelven la corona del diente por erupcionar.

### *CAUSAS GENERALES.*

Cualquier tipo de enfermedad relacionada con las glándulas endocrinas causa trastornos en la erupción dentaria, retención dentaria, ausencia de dientes.

También puede causar retención anomalías relacionadas al metabolismo de calcio (raquitismo y enfermedades propias de éste).

Tarásido (1938) dice que el desequilibrio de tención entre la musculatura interna y externa de las arcadas dentarias es la causa principal de que se dé el canino retenido. Este tipo de des-

equilibrio se da cuando por hábito adquirido o contracciones espasmódicas, que se efectúan en los movimientos mímicos, tics y otras modalidades gesticulatorias se produce un exceso de presión externa que, sumada al final del día no ha sido compensada por la presión interna, como la de la lengua; por ejemplo, llegará a alterarse el equilibrio que mantiene a los dientes en su posición normal y es por sí solo, especialmente en los niños, de llegar a perturbar el crecimiento y hasta de detener el crecimiento de los maxilares.

## FRECUENCIA DE DIENTES RETENIDOS

En cualquier pieza dentaria se puede dar el caso de ser una pieza retenida, pero se ha observado que existe un grupo en los que se encuentran con mayor frecuencia este tipo de alteración, es decir que hay un número de piezas a las cuales se les ha dado el nombre de "Dientes Retenidos", tal es el caso de los caninos y los terceros molares.

Blum (1923) presentó un cuadro en el cual vienen contenidos según él, los dientes más frecuentemente retenidos:

M A N D I B U L A		
DIENTES RETENIDOS	NUMERO	PORCENTAJE
Temporales	3	2
Supernumerarios	11	6
Incisivo central	9	5
Incisivo lateral	1	0.5
Canino	99	51
Primer premolar	0	0
Segundo premolar	5	3
Primer molar	0	0
Segundo molar	0	0
Tercer molar	62	33

M A N D I B U L A		
DIENTES RETENIDOS	NUMERO	PORCENTAJE
Temporales	1	0.4
Supernumerarios	5	2
Incisivo central	0	0
Incisivo lateral	1	0.4
Canino	10	4
Primer premolar	2	0.8

Segundo premolar	14	6
Primer molar	2	0.8
Segundo molar	1	0.4
Tercer molar	231	86

Existen otras estadísticas, como por ejemplo la de Berten Ciesznski, quien dice que la frecuencia de dientes retenidos es la siguiente:

Tercer molar inferior	35.0%
Canino superior	34.0%
Tercer molar superior	9.0%
Segundo premolar inferior	5.0%
Canino inferior	4.0%
Incisivo central superior	4.0%
Segundo premolar superior	3.0%
Primer premolar inferior	2.0%
Incisivo lateral superior	1.5%
Incisivo lateral inferior	0.8%
Primer premolar superior	0.8%
Primer molar inferior	0.5%
Segundo molar inferior	0.5%
Primer molar superior	0.4%
Incisivo central inferior	0.4%
Segundo molar superior	0.1%

El número de dientes retenidos en un mismo paciente varía. Hay pacientes que no presentan un solo diente retenido y hay quienes presentan varios. Por ejemplo (Thomas cita a Lubner, 1937), el cual menciona un caso en el que un paciente de 16 años presenta 25 dientes retenidos, de los cuales 18 existen en el maxilar superior; también menciona que esta anomalía pudiera ser hereditaria, ya que su madre presentó 27 dientes en las mismas condiciones.

## CAUSAS GENERALES DE RETENCION

### *Causas locales de retención:*

Berger da las siguientes causas locales de retención: Irregularidad en la posición y presión de un diente adyacente; la densidad del hueso que lo cubre; inflamaciones crónicas continua-

das con su resultante, una membrana mucosa muy densa; falta de espacio en maxilares poco desarrollados; indebida retención de los dientes primarios; pérdida prematura de la dentición primaria; enfermedades adquiridas tales como necrosis debida a infección o abscesos, cambios inflamatorios en el hueso por enfermedades exantemáticas en los niños.

#### *Causas sistémicas de retención:*

Las retenciones se encuentran, a veces, donde no existen condiciones locales presentes. En estos casos hay, según Berger:

#### A. Causas prenatales:

- 1) Herencia.
- 2) Mezcla de razas.

#### B. Causas posnatales: todas las causas que pueden interferir en el desarrollo del niño, tales como:

- 1) Raquitismo.
- 2) Anemia.
- 3) Sífilis congénita.
- 4) Tuberculosis.
- 5) Disendocrinias.
- 6) Desnutrición.

#### C. Condiciones raras:

- 1) Disostosis cleidocraneal.
- 2) Oxicefálea.
- 3) Progeria.
- 4) Acondroplasia.
- 5) Paladar fisurado.

## CAPITULO III

### ACCIDENTES CAUSADOS POR DIENTES RETENIDOS

Todo paciente que presenta un diente retenido es susceptible a padecer algún trastorno ocasionado por este tipo de anomalía dentaria, aunque en muchas ocasiones pasan inadvertidos por los pacientes que los presentan. Este tipo de accidentes se pueden clasificar de la siguiente manera:

#### ACCIDENTES MECANICOS

Se da cuando los dientes retenidos actúan mediante fuerzas mecánicas sobre los dientes vecinos y producen trastornos sobre su normal colocación en el maxilar.

a) Trastornos sobre la colocación normal de los maxilares.

El trabajo mecánico del diente retenido produce desviaciones en la dirección de los dientes vecinos en el intento de desinclusión, y en ocasiones trastornos a distancia como el que produce el tercer molar sobre el canino e incisivo, a los cuales desvía de su dirección normal ocasionando apiñamiento y entrecruzamientos antiestéticos.

b) Trastornos en la integridad anatómica del diente.

La constante presión que ejercen los dientes retenidos o el saco dentario de éstos sobre los dientes vecinos trae como consecuencia alteraciones en el cemento, dentina y en ocasiones hasta

en la pulpa de estos dientes vecinos. Un ejemplo de estas complicaciones o accidentes es el de la invasión pulpar, que puede traer como consecuencia procesos periodónticos de diversa índole, intensidad e importancia.

c) Trastornos protéticos.

Es denominado así como un modo significativo a los diferentes trastornos de índole protética que ocasionan los dientes retenidos. Se confirman diferentes casos, los cuales pueden concretarse como sigue: Pacientes portadores de aparatos de prótesis advierten que sus aparatos no se adaptan a la comodidad a que estaban acostumbrados, y al hacer un examen clínico se descubre una protuberancia en la encía y con la ayuda de una radiografía se aclara la presencia de un diente retenido, que es lo que ocasiona un cambio en la arquitectura en el maxilar con las consiguientes molestias.

## ACCIDENTES INFECCIOSOS

Estos accidentes que ocasionan los dientes retenidos están dados por la infección del saco pericoronario. Estas infecciones se dan por diferentes vías y mecanismos.

a) Cuando hace erupción un diente retenido su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto bucal; b) El proceso infeccioso puede producirse como una complicación periodóntica o apical de un diente vecino; y c) la infección se da por vía hemática.

La infección del saco folicular se produce por procesos de distinta índole: inflamación local, dolor, absceso y fistula consiguiente, osteitis y osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos generales.

Los procesos infecciosos del saco folicular pueden actuar como infección focal, produciendo trastornos de la más diversa índole y a distancia sobre los órganos vecinos (como por ejemplo el seno maxilar o las fosas nasales); estos diferentes tipos de trastornos también son ocasionados por dientes retenidos. Gietz (1920) cita un caso interesante en el que la erupción de un tercer molar superior en dirección de la apófisis coronoides, ocasionó al paciente un cuadro complejo de trismus prolongado,

dolores y otras alteraciones que fueron interpretadas inequívocamente como trastornos articulares, y al darse cuenta se trató y desaparecieron con la extracción del diente retenido.

## ACCIDENTES NERVIOSOS

Este tipo de accidentes son muy frecuentes, se dan por la presión que ejerce el diente retenido sobre sus vecinos, ya sea en sus nervios o troncos mayores y también es posible que origine algias de intensidad, tipo y duración variable (neuralgias del trigémino).

La presión que ejerce el tercer molar en sus diversas formas de retención produce a veces sobre el nervio dentario inferior es causa de trastornos nerviosos de toda índole. Con todo y esto, los procesos neurálgicos no son tan frecuentes como lo son los terceros molares retenidos.

Trastornos tróficos, son frecuentes tales las peladas y canicie. Se han observado casos de ulceración persistente de la córnea en relación con un tercer molar retenido, en el límite de la bóveda palatina, en la fosa pterigomaxilar.

Ataques epileptiformes y trastornos mentales han sido comentados por varios autores (Aison, "J. Am. Dent. A." 1926).

Glaserman (citado por Loos) observó en un caso que ataques epilépticos que se repetían con frecuencia y que iban precedidos por dolores en la región nasal. Estos síntomas desaparecieron después de la extracción de un diente retenido.

Nodine A. (Aberrant teeth, "Dent Items of Int", 66:41, 1943) presenta varios casos de trastornos mentales que eran ocasionados por dientes retenidos.

## ACCIDENTES TUMORALES

Todo diente retenido es prácticamente un quiste dentígero en potencia. Los dientes portadores de tales quistes emigran del sitio primitivo del proceso, pues el quiste en su crecimiento rechaza centrífugamente el diente originador.

Loos presentó un caso de un tumor maligno ocasionado por

un diente retenido.

## QUISTES DENTIGEROS

Aproximadamente un 10% de los dientes retenidos son susceptibles de formar quistes dentígeros. Estos quistes suelen ejercer presión sobre los dientes adyacentes lo suficiente como para ocasionar una destrucción del periodonto, resorción del diente, formación de bolsas periodontales, desplazamiento del diente y ocasionar traumatismos por maloclusión. En la mayoría de los casos el diagnóstico y tratamiento de este tipo de trastornos es la extracción del diente sano y proseguir con cirugía correctiva amplia.

## DIENTES SUPERNUMERARIOS

Aunque estas anomalías pueden ser y son halladas en cualquier parte de los maxilares, se manifiestan con mayor frecuencia en el maxilar superior, en la región de los incisivos o cerca de la línea media, la mayoría se encuentran retenidos, aunque en algunos casos estos son capaces de erupcionar en el arco o cerca de éste.

La erupción de los dientes permanentes se ve a veces impedida por la presencia de dientes supernumerarios. Un buen ejemplo de esto es el caso en el que se presenta un doble Dens in Dente en incisivos centrales superiores rudimentarios; o al presentarse odontomas compuestos.

## CAPITULO IV

### CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS

Estos dientes pueden presentar en la posición anatómica variaciones que complican materialmente su extracción y aumentan la posibilidad de complicaciones operatorias y pos-operatorias.

1. Profundidad relativa de los terceros molares superiores retenidos en hueso.

Clase A. La porción inferior de la corona del tercer molar está al nivel del plano oclusal del segundo molar.

Clase B. La porción de la corona del tercer molar está entre el plano oclusal del segundo molar y la línea cervical.

Clase C. La porción inferior de la corona del tercer molar está en la línea cervical del segundo molar o por sobre ella.

2. La posición del eje longitudinal del diente retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

- a. Vertical
- b. Horizontal
- c. Mesioangular
- d. Distoangular
- e. Invertida
- f. Vestibulo-angular
- g. Linguoangular

Estos pueden presentarse simultáneamente en:

- a) Desviación vestibular
- b) Desviación lingual
- c) Torción.

3. Relación del tercer molar superior retenido con el seno maxilar.

Aproximación Sinusal (A. S.): No hay hueso o no hay una pequeña lámina de hueso entre el tercer molar superior retenido y el seno maxilar, conocida como aproximación seno maxilar.

No hay aproximación Sinusal (N. A. S.): Cuando hay 2 mm. o más de hueso entre el tercer molar superior retenido y el seno maxilar, conocida como No Aproximación Seno Maxilar.

## CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

George B. Winter sugiere la siguiente clasificación (considerada como una de las mejores):

1. Relación del diente con la rama ascendente del maxilar inferior con el segundo molar.

Clase A. Hay suficiente espacio entre la rama y el lado distal del segundo molar para la acomodación del diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase B. El espacio entre la rama y el extremo distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase C. Todo o casi todo el tercer molar está localizado en la rama ascendente.

2. Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

Posición A. La porción más alta del diente se encuentra al nivel de la línea oclusal o por sobre ella.

Posición B. La porción más alta del diente está por debajo del plano oclusal, pero por encima de la línea cervical del se-

gundo molar.

Posición C. La porción más alta del diente está por debajo de la línea cervical del segundo molar.

3. La porción del eje longitudinal del tercer molar inferior retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

- a. Vertical
- b. Horizontal
- c. Invertido
- d. Mesioangular
- e. Distoangular
- f. Vestibuloangular
- g. Linguoangular

Puede presentarse en:

- a) Desviación vestibular
- b) Desviación lingual
- c) Torción.

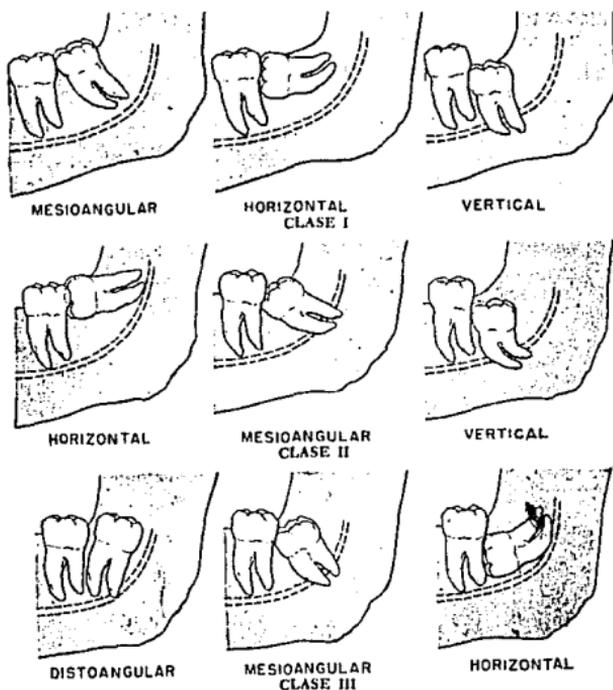


Fig. 1: Ejemplos de las tres clasificaciones de los terceros molares inferiores retenidos y sus posiciones.

## CLASIFICACION DE PREMOLARES SUPERIORES RETENIDOS

Estos dientes son raros de encontrar y muy difíciles de localizar. Muchos se encuentran enclavados en el reborde alveolar, por lo tanto, siempre se tomará una radiografía oclusal para ayudar a la localización, mediante la técnica del desplazamiento de la imagen.

## CLASIFICACION DE PREMOLARES INFERIORES RETENIDOS

Estos dientes no tienen una clasificación específica porque los premolares inferiores retenidos se hallan por lo común en posición vertical o muy cercana a ésta, y con mayor frecuencia inclinados hacia lingual que hacia vestibular. También se encuentran premolares supernumerarios retenidos.

De todos los dientes supernumerarios que puedan desarrollarse en distintas partes del arco dental, el premolar inferior duplica con exactitud a los premolares erupcionados normalmente. Éstos rara vez presentan las formas rudimentarias halladas en otras partes de los arcos.

## CLASIFICACION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

Clase 1. Caninos retenidos localizados en el paladar.

- a. Horizontal
- b. Vertical
- c. Inclinado

Clase 2. Caninos retenidos localizados en la superficie vestibular del maxilar superior.

- a. Horizontal
- b. Vertical
- c. Inclinado

Clase 3. Caninos retenidos localizados a la vez en palatino y vestibular; ejemplo: La corona está en el paladar y la raíz pasa

entre las raíces de los dientes adyacentes terminando en ángulo agudo sobre la superficie vestibular del maxilar superior.

Clase 4. Caninos retenidos localizados en la apófisis alveolar entre el incisivo y el primer premolar en posición vertical.

Clase 5. Caninos retenidos localizados en un maxilar superior desdentado.

## CLASIFICACION DE CANINOS INFERIORES RETENIDOS

Estos dientes se encuentran en un porcentaje mucho menor al de los superiores (aproximadamente 51% contra 4% según Blum, y de 34% contra 4% según Berten-Cieszynski).

Al igual que los caninos superiores, estos son susceptibles de encuadrarlos dentro de una clasificación de la siguiente manera:

Clase I: Maxilar dentado. Retención unilateral. Diente ubicado en el lado lingual, a) Posición vertical, b) Posición horizontal.

Clase II: Maxilar dentado. Retención unilateral. Diente ubicado en el lado bucal, a) Posición vertical, b) Posición horizontal.

Clase III: Maxilar dentado. Retención bilateral, a) Dientes ubicados en el lado lingual. a-1) Posición horizontal, a-2) Posición vertical, b) Dientes ubicados en el lado bucal, b-1) Posición horizontal, b-2) Posición vertical.

Clase IV: Maxilar desdentado. Retención unilateral, a) Posición horizontal, b) Posición vertical.

Clase V: Maxilar desdentado. Retención bilateral, a) Posición horizontal, b) Posición vertical.

## CAPITULO V

### HISTORIA CLINICA

Se le denomina así a un interrogatorio ordenado y lógico de preguntas que se dirigen al enfermo o a sus familiares y que tiene por objeto ilustrar al clínico sobre aquellos datos que no pueden ser observados por el enfermo o paciente, estos datos se relacionan con los antecedentes hereditarios y personales, costumbres y género de vida, principio y evolución de la enfermedad actual hasta que se examina al enfermo, síntomas subjetivos actuales, medios empleados para combatir el padecimiento y resultado obtenido.

Generalmente el interrogatorio se dirige al enfermo, llamándose en este caso Directo. Pero si el paciente que es un niño o un adulto que por su condición no pueda responder (por debilidad, estado de coma, etc.), las preguntas se dirigen a los familiares, clasificándose entonces de Interrogatorio Indirecto.

### DATOS GENERALES

La historia clínica consta de los siguientes puntos:

#### 1) Datos personales.

1. Interrogatorio.
2. Antecedentes familiares y hereditarios.
3. Antecedentes personales no patológicos.
4. Antecedentes personales patológicos.
5. Padecimiento actual.

6. Interrogatorio por aparatos y sistemas.
7. Síntomas generales.
8. Diagnósticos, exámenes y terapéuticas anteriores.

## II) Análisis de datos e hipótesis diagnóstica.

A continuación expondremos el desarrollo completo de una Historia Clínica.

Datos personales:

Fecha.

Nombre.

Dirección.

Teléfono.

Edad.

Sexo.

Estado civil.

Ocupación.

Lugar de origen.

### A) Antecedentes heredo familiares:

Sífilis, neoplasias, diabetes, obesidad, cardiopatías, hipertensión, nefropatías, artritis, hemofilia, alergias, padecimientos mentales, padecimientos nerviosos, alcoholismo, toxicomanías.

### B) Antecedentes personales no patológicos:

Higiene, alimentación, habitación, alcoholismo, toxicomanías, deportes, escolaridad, vacunas: B.C.G., polio, D.P.T., viruelas, Sarampión, etc.

### C) Antecedentes gineco-obstétricos:

Menarca, ritmo, dolor, vida sexual activa, gesta, partos, cesáreas, abortos.

### D) Antecedentes personales patológicos:

Fiebres eruptivas, tuberculosis, paludismo, reumatismo, infecciones y parasitosis intestinal, disentería, hemorragias, epistaxis, hemoptisis, hematemesis, rectorrágicas, melena, ictericia, diabetes, crisis convulsivas, enfermedades mentales, alergia, sífilis, gonorrea, flebitis, infarto al miocardio, accidentes vasculares, amigdalitis, otitis, úlcera péptica, antecedentes quirúrgicos, an-

tecedentes traumáticos, antecedentes transfuncionales, alergia a medicamentos.

#### E) Padecimiento actual:

Se entiende en este punto a la enfermedad que motiva a la consulta. Esto es con el objeto de encontrar el alivio de ella, por lo que el enfermo se pone en nuestras manos. Es lógico comenzar el interrogatorio investigando sus síntomas. La historia clínica, que es la relación completa del caso clínico observado, se redacta por riguroso orden cronológico, se comienza por los antecedentes y se termina por la enfermedad actual. En el interrogatorio se sigue un orden inverso.

1. ¿Actualmente está enfermo?
2. ¿Desde cuándo está enfermo?
3. ¿Antes de esta fecha, se encontraba completamente sano?
4. ¿Cómo empezó? (Relato de signos y síntomas).
5. ¿Cómo evolucionaron los signos y síntomas?
6. ¿Cómo están actualmente los signos y síntomas?

El interrogatorio debe de comenzar con la siguiente pregunta: ¿Desde cuándo está usted enfermo? Esta manera de proceder tiene como objeto el de fijar la fecha del principio aparente del padecimiento, con lo cual se conoce si la enfermedad que aqueja al paciente es aguda o crónica. Es frecuente que los enfermos contesten con la fecha en que su mal se ha exacerbado, por lo cual es indispensable completar la investigación sobre el principio de la enfermedad con la siguiente pregunta: ¿antes de esta fecha (la que el enfermo nos refirió) estaba usted completamente sano? Si la respuesta es afirmativa conoceremos ya el principio aparente de su mal, y en el caso contrario habrá que volver a la primera pregunta para investigar este principio.

Conocido el principio, es conveniente preguntar a qué causa atribuye su mal; hay casos que por esta pregunta se obtienen datos útiles para el diagnóstico.

Terminado este relato, se interroga sobre los síntomas que ha manifestado el enfermo, estudiándolos cada uno en su principio, sus caracteres y su evolución. Esta parte del interrogatorio es sumamente compleja y requiere experiencia clínica.

Después del estudio de los síntomas que el enfermo ha mani-

festado y con el objeto de que no queden dudas, se le formula la siguiente pregunta: ¿Además de las molestias de que hemos estado hablando, recuerda usted alguna otra?

Con esta pregunta como parte final del interrogatorio inicial, el clínico se habrá formado una idea aproximada de la enfermedad que aqueja al paciente, o cuando menos del órgano o parte donde radica el mal.

Es en este momento en el que se tiene un diagnóstico de presunción que es necesario completar o modificar, de acuerdo con la investigación de las perturbaciones de otro órgano, que a simple vista no presenta ninguna anomalía.

#### F) Interrogatorio por aparatos y sistemas.

1. Ojos: Disminución de la agudeza visual, dolor, diplopia, fotofobia, lagrimeo, supuración, derrame.

2. Digestivo: Dolor, náuseas, vómito, regurgitación, rumiación, mericismo, hematemesis, falta de apetito, pirosis, aerofagia, eructo, fiebre, meteorismo, ictericia, diarrea, sialorrea, melena, aumento de volumen del abdomen, dispepsia, pujo, tenesmo, prurito anal, características de la defecación.

3. Respiratorio: Dolor torácico, disnea, cianosis, tos aislada, seca, productiva, con pus, con sangre, expectoración vómica, hemoptisis, fiebre, obstrucción nasal, epistaxis, disfonía, oídos, nariz, garganta, audición, otalgia, otorrea, tinnitus, desequilibrio, infección, disminución del olfato, secreción nasal, gusto, úlcera, dolor de garganta, ronquera, dolor de senos paranasales.

4. Circulatorio: Disnea, esfuerzo, dolor precordial, emociones, palpitaciones, lipotimias, síncope, cianosis, mareo, vértigo, cefálea, edema, várices, hemorroides, insuficiencia arterial, claudicación intermitente, palidez, frío, gangrena, hormigueo.

5. Nefrourinario: Diuresis en 24 horas, número de micciones, características de la micción, características de la orina, disuria, poliuria, piuria, hematuria, incontinenia, secreción anormal, expulsión de arenillas o cálculos.

6. Hepáticos y linfáticos: Palidez, mareos, desmayos, fatiga, esquimosos, hematomas, púrpura, infecciones frecuentes, adeno-

patías, esplenomegalias.

7. Nervioso: Cefálea, parálisis, temblores, disminución de movilidad, atrofia, convulsiones, movimientos involuntarios, confusión mental, coma, estupor, somnolencia, trastornos de la vista, dismetropías, fotofobia, diplopia, fotofenos, trastornos del gusto, del olfato, equilibrio psíquico, excitabilidad, sueño, angustia, miedo, depresión, ansiedad, memoria, alucinaciones.

8. Piel mucosa y anexos: Pápula, mucopápula, vesícula, pústula, forúnculo, escoriación, pigmentación anormal, eritemas, púrpura, efélide, vitiligo, exfoliación, tumor.

#### G) Síntomas generales.

Dolor: Tipo, sitio, irradiaciones, cómo principia, intensidad, duración, frecuencia, cosas que lo aumentan, disminuyen o quitan, fiebre, anorexia, astenia, pérdida de peso, diaforesis, calosfríos, palidez.

#### H) Diagnóstico: Terapéutica y exámenes anteriores.

I) Antecedentes personales no patológicos: Bajo este título comprendemos las enfermedades anteriores, lugares donde ha habitado, género de vida, profesión, costumbres y edad. Todos estos datos nos van a dar a conocer el terreno donde evoluciona la enfermedad y algunas veces la causa de ellas.

J) Antecedentes familiares y hereditarios: En este grupo se comprenden aquellas enfermedades que han padecido los ascendientes del enfermo. La importancia de esta investigación radica en que algunas de las enfermedades son hereditarias y algunas otras, aunque no se ha demostrado con evidencias su transmisión hereditaria se presentan con mucha frecuencia en los miembros de una misma familia.

Es claro que la investigación de los padecimientos hereditarios no siempre tendrán el mismo interés y se podrá pasar por alto según la sospecha que se tenga de la enfermedad que aqueja al paciente.

## EXPLORACION FISICA

Inspección general.

(Habitus exterior) Inspección general del enfermo es la exploración que consiste en observar todos aquellos datos que puedan apreciarse a simple vista, sin ejecutar alguna maniobra.

Los datos que proporciona el procedimiento de exploración constituye lo que se llama aspecto del enfermo y aspecto o habitus exterior. Esto no es lo mismo que la inspección general del enfermo, ya que en el primer paso se trata del procedimiento de la exploración y el segundo es el resultado de la exploración.

#### Palpación:

Se le define a la exploración por medio del sentido del tacto.

Cuando ésta es realizada sin la ayuda de ningún instrumento se le denomina Inmediata o Directa, y cuando para llevarla a cabo se utiliza algún instrumento se le denomina Indirecta, Instrumental o Armada.

#### Percusión:

La percusión es el procedimiento de exploración que consiste en dar golpes con algún objeto con el fin de producir ruidos, ocasionar dolor o provocar movimientos.

Se le denomina directa o inmediata cuando se percute sin interponer ningún objeto. Cuando se interpone algún objeto se le llama mediata o indirecta. Para llevar a cabo este procedimiento se emplean instrumentos como el plesímetro o también el martillo de percusión.

#### Auscultación:

Se le llama auscultación a la exploración que se efectúa por medio del oído.

Se le denomina auscultación a distancia cuando sin estar en contacto con el enfermo se perciben ruidos como la intensidad del estertor agónico, ruidos intestinales. La auscultación directa se pone en práctica cuando el examinador acerca su oreja y la coloca sobre la región que se examina.

Datos que se deben de obtener con la exploración.

A) Peso, estatura T. A., temperatura, respiración, inspección

general, sexo, edad aparente, constitución, actitud, facies, movimientos anormales, marcha, estado de conciencia, cooperación.

B) Piel: Manchas, Pápulas, nódulos, ronchas, vesículas, ampollas, pústulas, nudosidades, goma, tumores, escamas, costras, úlceras, cicatrices, esclerosis, escaras.

C) Cabeza: Forma, volumen, estado de la superficie, pelo, piel, ictericia.

1. Ojos: Globos oculares, posición, córnea y cristalino opacidad, pupilas tamaño, forma, simetris, reflejos, conjuntivas, congestión, cuerpos extraños, ictericia, párpados edema, Ptois, vías lagrimales, epifora, lagofthalmos.

2. Nariz: Mucosa nasal, congestión, atrofia, humedad o sequedad, secreciones, úlceras, tabiques, cornetes.

3. Boca: Labios, dientes, implantación, deformación, número, caries, encías, congestión hemorrágica, úlcera, supuración, pigmentación, forma e intensidad del paladar, lengua, despulimiento, enrojecimiento, úlceras, grietas, cicatrices, leucoplasias.

4. Faringe: Mucosa, congestión, amígdalas, hipertrofias, secreción, úlceras (abscesos), pus.

## CAPITULO VI

### PRE - OPERATORIO

Son una serie de estudios que nos permitirán llevar a cabo una planeación adecuada y la realización de una cirugía subsecuente, con un mayor margen de seguridad y éxito de ésta.

Uno de los estudios con los cuales nos valemos para realizar una buena evaluación del caso es el del estudio radiológico. Las placas deben de estudiarse cuidadosamente para localizar la retención, así como para precisar la forma, número e inclinación de las raíces.

También es importante observar cuidadosamente la cercanía de los órganos vecinos, así como tener en cuenta la relación del nervio dentario inferior con el diente para de esta forma prevenir una parestesia pos-operatoria.

Por medio de este tipo de estudio es posible observar algún tipo de fractura que el paciente pudiera haber presentado en algún tiempo pasado y por medio de este estudio poder evitar otra posible fractura.

Otro de los estudios de los que nos valemos para ver si el paciente se encuentra apto para la intervención y evitar un accidente es el de los estudios hematológicos. Estos nos permiten observar si el paciente presenta alguna anomalía de coagulación, o poder observar si presenta deficiencia o exceso de los diferentes tipos de células que componen la sangre.

La historia clínica se realiza en este momento para poder eva-

luar el estado general del paciente.

## OPERATORIO

En este tiempo es cuando se realiza la intervención quirúrgica propiamente dicha.

Cuando se llega el tiempo operatorio, ya se han realizado las pruebas pre-operatorias con las que gracias a éstas ya se tiene una idea convincente del estado general del paciente.

Gracias a esto es posible realizar la intervención con un mayor margen de seguridad y confianza que nos han dado los exámenes y pruebas pre-operatorias.

Al llegar a este momento el cirujano dentista ya tiene una idea clara del caso y un plan y técnica a seguir, gracias a las placas radiográficas, historia clínica y exámenes de laboratorio, que se realizaron con anticipación.

## POS - OPERATORIO

Al igual que en los otros tiempos este es muy importante de que se realice bien para el éxito total de la cirugía.

Después de que se ha extraído el diente retenido, hay que secar los alveolos y explorarlos con la ayuda de una cureta, para así eliminar los restos de estructura ósea o dentaria. Hay que poner especial cuidado cuando se ha realizado la extracción con la técnica del seccionamiento.

Si existen restos del órgano del esmalte hay que retirarlos del tejido blando que los contengan para prevenir la formación de un quiste.

Se tienen que suavizar los bordes periféricos del alveolo con un escoplo afilado o fresas para hueso y terminar con una lima para hueso. Si la cortical vestibular fue muy traumatizada por haberla usado como punto de apoyo con el elevador, esta zona será eliminada con un escoplo para evitar el secuestro.

Es importante que la cavidad oral sea perfectamente enjuagada e irrigada para eliminar restos de sangre, saliva y otros elementos extraños, que hubiesen quedado en la boca y así evitar

una posible infección..

Después de la intervención es muy probable que el paciente manifieste un dolor intenso, este dolor por lo general dura entre seis u ocho horas y después pasado este lapso el dolor va en disminución, pero aun así es recomendable mandar la administración de medicamentos analgésicos veinticuatro horas siguientes a la extracción.

El Edema y el Trismus consecutivos a la extracción son manifestaciones del proceso inflamatorio pero necesarias para el proceso de cicatrización.

Cualquier paciente que haya sido intervenido quirúrgicamente, debe de ser examinado antes de salir del consultorio, ya que es posible que se localice una hemorragia pos-operatoria que traería dificultades para el paciente y un posible fracaso en el proceso de cicatrización. Si existe hemorragia aplique presión firme durante cinco minutos.

Siempre hay que controlar la hemorragia antes de que el paciente abandone el consultorio, pero si el paciente, por causas ajenas a él se tiene que marchar, es recomendable darle unas gasas e instrucciones de cómo y cuándo hay que cambiarlas. Hay que hacerle ver al paciente que la presión continua controla la hemorragia en la cavidad oral.

Si se da el caso de que una vez que se haya marchado el paciente y después de transcurridos aproximadamente noventa minutos el paciente se da cuenta de que existe hemorragia, éste debe regresar con el dentista para que le realice un examen y practique un tratamiento que sea indicado para el caso.

Otra recomendación para beneficio del paciente es el de prescribir comprimidos de vitaminas básicas. Estas se deben tomar una hora y media después de los alimentos, esto dará al paciente un total de 30 mg. de tiamina (vitamina B1); 15 mg. de riboflavina (vitamina B2); 450 mg. de niacinamida y 450 mg. de ácido ascórbico (vitamina C). Se recomienda tomarlas durante los 10 días siguientes a la intervención quirúrgica.

Si la retención era de un tercer molar, instrúyase al paciente de que muerda de modo vigoroso y constante goma de mascar,

espezando una hora después de la extracción.

También es recomendable mandar aplicaciones calientes y frías cada hora, alternadas durante las primeras veinticuatro horas siguientes a la extracción.

Informe al paciente sobre la posibilidad del Edema y Equimosis pos-operatorias y sus razones.

Ante la posibilidad de que el conducto dentario inferior y su contenido hubiesen sido lesionados o traumatizados, explique al paciente sobre la falta transitoria de sensibilidad que experimentará en el labio.

Es necesario hacer volver al paciente al día siguiente para que en esta sesión se limpie e irrigue perfectamente la cavidad oral con una solución antiséptica.

Por último se recomienda dar al paciente una lista con las instrucciones impresas y claras de los pasos que debe seguir.

## CAPITULO VII

### INSTRUMENTAL

El instrumental que se emplea en este tipo de intervenciones es el siguiente:

1. Jeringa.
2. Bisturí.
3. Pinzas para algodón.
4. Gasas estériles.
5. Fresas para alta velocidad.
6. Tijeras.
7. Sutura y agujas.
8. Porta-agujas.
9. Pinzas de Allis.
10. Pinza hemostática.
11. Tijeras para tejidos.
12. Gubias.
13. Martillo.
14. Escoplo.
15. Lima para hueso.
16. Cucharilla de Molt Núms. 4, 5 y 6.
17. Elevador Núm. 34.
18. Elevador de punta de lanza.
19. Elevador de Winter Núms. 14 R y 14 L.
20. Separadores de Austin.

En la siguiente gráfica se pueden apreciar los instrumentos que son empleados para la extracción de dientes retenidos.

Es recomendable que el instrumental que se utiliza sea perfectamente esterilizado no solamente para este tipo de intervenciones sino para cualquier tipo de cirugía por pequeña que ésta sea. También es recomendable utilizar una sola vez las agujas y navajas de bisturí, así como tener bien afilados los escoplos para evitar traumatismos innecesarios y desgarres e infecciones.

Algunos cirujanos recomiendan utilizar dos o más escoplos durante una intervención.

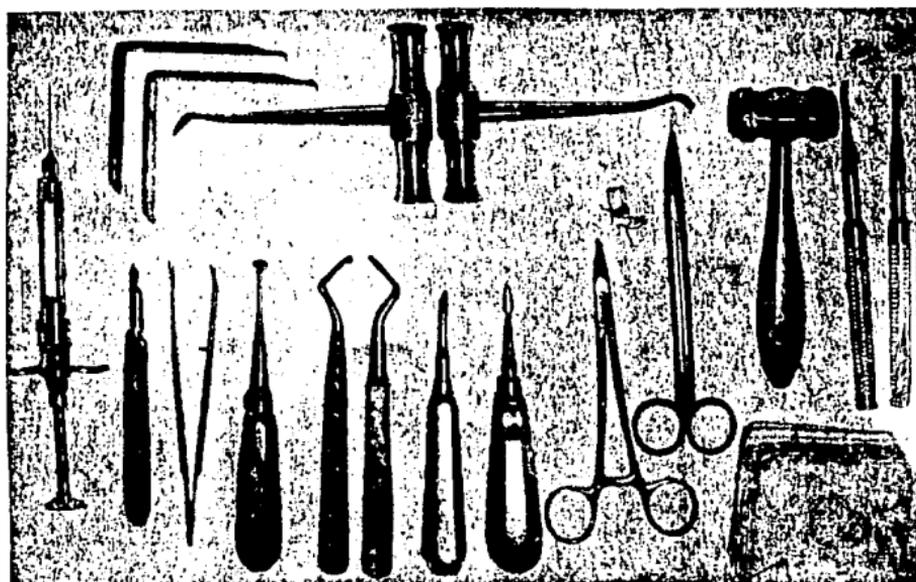


Fig. 2: Instrumental utilizado durante la extracción de dientes retenidos.

## PASOS PARA LA EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS

Como toda cirugía, ésta se debe realizar siguiendo una serie de pasos ordenada y lógica, para tener éxito en la extracción de estos dientes sin las posibles complicaciones que nos pudieran

llevar a un fracaso.

Los pasos a seguir se ordenan de la siguiente manera:

Evaluación pre-operatoria.

Anestesia.

Incisión.

Osteotomía.

Odontosección.

Regularización de proceso.

Lavado.

Sutura.

Cuidados pos-operatorios.

### *EVALUACION PRE-OPERATORIA.*

El pre-operatorio abarca desde la visita inicial del paciente hasta el ingreso de éste a la sala de operaciones o al consultorio para practicarle la cirugía correspondiente. En el transcurso de este tiempo el paciente está sujeto a una serie de exámenes y estudios que valoran su estado físico en general (ver capítulo VI, Pre-operatorio).

### *ANESTESIA.*

No existe una técnica en general, ésta varía según la pieza o región por intervenir.

Se utiliza la técnica para bloquear al dentario inferior cuando la pieza a extraer es algún molar o pieza posterior en alguna de las dos emiarcadas. O al mentoneano cuando se trata de alguna pieza inferior anterior.

Para lograr la analgesia en las piezas superiores se utiliza la técnica para bloquear al nervio palatino ya sea al anterior o al posterior.

Es bueno y nos ofrece mayor analgesia así como seguridad el administrar puntos locales, circundando la región o diente por extraer o tratar.

### *INCISION.*

Las técnicas empleadas son diferentes para cada uno de los casos (ver capítulo VII "Tipos de incisiones utilizadas para la

extracción de dientes retenidos”).

### **OSTEOTOMIA.**

La finalidad de ésta es, como su nombre lo dice, el de eliminar el tejido óseo (sólo el necesario) para lograr tener acceso y buena posibilidad al diente por extraer, de no utilizar esta técnica se dañaría y traumatizaría mayor cantidad de tejido sano.

La osteotomía se puede realizar de dos formas:

Una es con la ayuda de escoplos quirúrgicos, éstos, para que nos den un buen servicio deben estar perfectamente afilados, ya que el tejido que se va a tratar con este instrumento es de consistencia rígida y sólida, sobre todo el tejido óseo bucal y distal y por lo tanto hay que maniobrarlos con mucho cuidado y en forma precisa.

La otra técnica es la que se realiza por medio de fresas quirúrgicas, las más indicadas son las de carburo (o tungsteno). La forma de su empleo es mucho más simple y se realiza en menos tiempo y con más precisión.

El tamaño de la recesión ósea varía según el diente, forma, posición y tipo de retención que se va a tratar. Estos puntos son fácilmente observables en las placas radiográficas, éstas también nos permiten ver con claridad aceptable la forma de las raíces así como observar la presencia de un órgano o estructura anatómica que pudiera ser lesionada al momento de realizar la osteotomía por medio de fresas quirúrgicas.

### **ODONTOSECCION.**

Este paso se refiere al seccionamiento de la pieza por extraer, y al igual que en el paso anterior se realiza en dos formas.

Una es por medio de escoplos quirúrgicos, los cuales se emplean de la siguiente manera: Se colocan ya sea en el cuello cervical o en la bifurcación de las raíces; con la ayuda de un martillo de uso quirúrgico se debe asestar un golpe al escoplo, el cual debe ser exacto y con la fuerza necesaria para lograr su finalidad. Algunos autores muestran y expresan su predilección por esta técnica, basados en que al paciente le molesta menos un solo golpe.

Y la odontosección con la ayuda de fresas quirúrgicas se debe realizar también al nivel del cuello cervical o en la bifurcación de las raíces. La indicación más importante de esta técnica es que se debe realizar el seccionamiento bajo una constante irrigación con suero fisiológico para así evitar un calentamiento innecesario de la pieza que se va a seccionar.

### *REGULARIZACION DE PROCESO.*

Este paso se realiza con el fin de eliminar esquirlas óseas, bordes cortantes o para contornear y alisar el hueso. La regularización del proceso se realiza con limas para hueso, curetas, alveolótomo y en ocasiones con fresas quirúrgicas.

### *LAVADO.*

Es importante lavar perfectamente bien la zona que fue operada, lo cual se hace a fin de lograr una buena asepsia para prevenir infecciones pos-operatorias. El lavado se realiza con suero fisiológico irrigando bien la zona con cierta presión para así eliminar de manera más eficiente los restos que pudieron haberse quedado pegados en la zona intervenida quirúrgicamente. Este suero debe ser eliminado de la cavidad oral por medio de eyectores o aspersores quirúrgicos.

### *SUTURA.*

Este paso se efectúa según la extensión de la incisión y el lugar donde se realizó.

Es el medio más indicado para lograr una cicatrización en menor tiempo.

La palabra "sutura" se deriva del latín *sutum suere*, que se define como "coser".

Se le da este nombre al cosido quirúrgico que se practica en los bordes o extremos de una solución de continuidad, con el fin de mantenerlos unidos en tanto se obtiene la cicatrización. Para realizar la sutura el cirujano requiere de hilo y aguja.

El hilo puede ser de dos tipos de material, los absorbibles y los no absorbibles. En la práctica quirúrgica-odontológica se puede emplear cualquiera de estos dos materiales o grupos.

La aguja se recomienda de figura curva y sin bordes cortantes.

El tipo de nudos que se emplean también varían según la extensión o lugar de incisión. Se pueden realizar puntos separados, cruzados, un solo punto continuo, etc.

#### *POS-OPERATORIO.*

Es una serie de cuidados que se tiene después de la intervención quirúrgica para así ayudar al paciente a que los posibles problemas que pudiese tener no nos lleven a un fracaso (ver capítulo VI).

### TIPOS DE INCISIONES UTILIZADAS PARA LA EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS

Incisión: Se le denomina así a la sección metódica de las partes blandas con instrumentos cortantes (bisturí y tijeras) más comúnmente usados.

Los tipos de incisiones más utilizados para la extracción de los dientes retenidos y otros tipos de cirugía oral son los siguientes:

#### *EL FESTONEADO PALATINO:*

Este tipo de incisión se utiliza para separar la mucosa (tejidos blandos) del tejido óseo, delimitándolo por los cuellos cervicales de los dientes.

Este tipo de incisión es utilizado para festonear dientes anteriores, supernumerarios, mesiodents, etc. Igualmente se utiliza para dar forma a la mucosa después de habersele practicado algún tipo de cirugía en la cual la mucosa presenta excedentes.

#### *NEWMAN:*

Se practica sólo por el lado vestibular y es utilizado para realizar curetajes periapicales, eliminación de quistes, etc.

Este tipo se realiza del mismo modo que en la técnica del festoneado, pero éste presenta una variante, la cual consiste en que en sus partes terminales se continúa una incisión en diagonal para facilitar el levantamiento del colgajo; y nos sirve igualmente para realizar curetajes periapicales y para la eliminación de



quistes.

### **SEMI NEWMAN:**

Se realiza de la misma forma que el anterior, pero con la variante de que sólo presenta una incisión terminal. Dicha incisión está indicada para realizar curetajes múltiples: eliminación de quistes, legrados periapicales, etc.

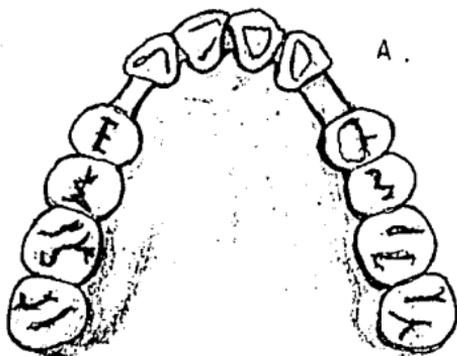
### **PARTSCH:**

Este tipo de incisión se realiza en fondo de saco o en encías insertadas.

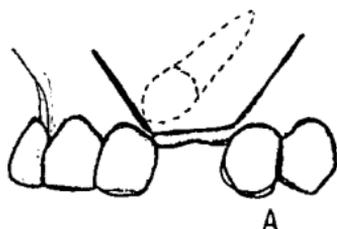
Su forma es semilunar (un solo colgajo) y nos valemos de ésta para la eliminación de quistes que se presenten en un solo diente o para practicar los curetajes periapicales.

### **WASSMUND:**

De esta incisión nos valemos para practicar los curetajes periapicales y para la eliminación de los quistes que se encuentran afectando a dos, tres o más piezas dentarias de una sola intención.



**Fig. 3: Festoneado Palatino.**



**Fig. 4: Wassmund.**

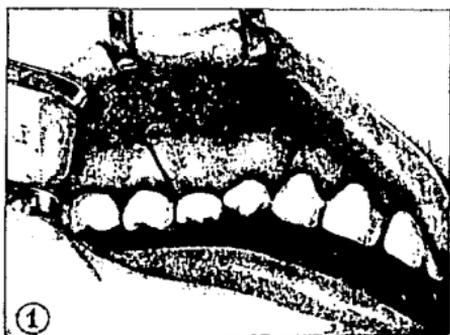


Fig. 5: Newman.

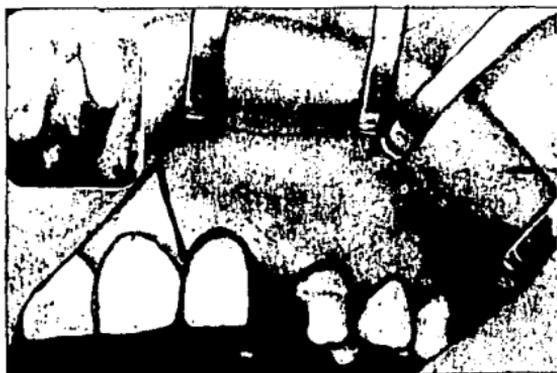


Fig. 6: Semi Newman.

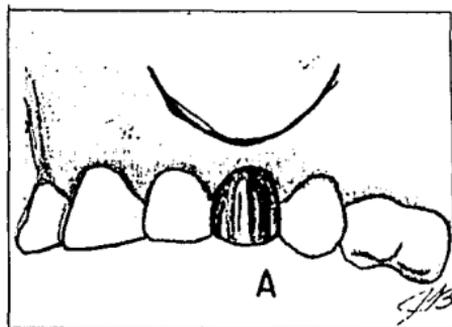


Fig. 7: Partsch.



Fig. 8: Partsch.

## INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS

Existen varias causas por las cuales se indiquen las extracciones de los dientes retenidos, estas causas son:

a) Tratamientos ortodónticos: Es una de las causas más comunes por las cuales se indican las extracciones de estos dientes y/o de los permanentes no erupcionados, estas extracciones se realizan siempre y cuando se considere que dicha extracción facilitará el mencionado tratamiento.

b) En maxilares aparentemente edentulos: Es importante realizar un estudio radiográfico de los maxilares aparentemente edentulos antes de realizar cualquier tratamiento prostodóntico, ya que estos dientes (que aparentemente no existen) pueden ocasionar malestares al paciente después de haber hecho este tratamiento y por lo tanto ocasionar un fracaso en la prostodoncia.

c) Disparidad en número y tamaño: Es la causa más común de realizar dichas extracciones cuando los dientes por erupcionar o ya visiblemente erupcionados muestran que el tamaño de éstos no va con relación al tamaño de los maxilares, y para no provocar un apiñamiento o desviaciones dentarias en estas arcadas, se extraen estos dientes cualquiera que sea su tipo.

d) Dolor: Cuando el paciente nos manifiesta un dolor en el área circunscrita al diente retenido; este tipo de dolor puede ser ligero o agudo y puede involucrar a un solo diente adyacente o en ocasiones incluir todos los dientes superiores e inferiores.

e) Tumores odontogénicos: Es necesaria la extracción en este tipo de casos, o sea que se debe realizar cuando un diente retenido se encuentre asociado a un quiste odontogénico.

f) Daño a dientes vecinos: Los dientes retenidos pueden afectar o destruir el soporte óseo con el que cuentan los dientes erupcionados y funcionales, provocándoles movilidad y posteriormente provocarles su extracción.

g) Infecciones: Está plenamente indicada la extracción de estos dientes cuando se encuentren infecciones tales como abscesos alveolares, pericoronitis infecciosa, abscesos agudos, osteitis supurativa, necrosis, osteomielitis.

## CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS

a) No favorable el estado físico del paciente: Es el factor más importante que se debe tomar en cuenta.

Esta decisión se debe tomar después de valorar el pre-operatorio, en el cual gracias a los estudios y exámenes que se le prac-

tican al paciente nos revelan las grandes complicaciones o peligros que pudiera correr el paciente al practicársele dichas extracciones.

Las alteraciones que pudiera padecer un paciente por las cuales se contraindiquen dichas extracciones son: Pacientes con enfermedades cardiovasculares graves. Antecedentes de infartos al miocardio y pacientes que presenten una alteración en la coagulación (a menos que el médico de éste nos reporte que se tiene al paciente controlado y nos lo manifieste por escrito).

b) Pérdida de dientes vecinos: Se contraindica esta extracción cuando existe la posibilidad de que al ser extraídos dichos dientes traiga como consecuencia y ocasione la pérdida de los dientes vecinos que se encuentran en su posición anatómica normal y realizan su trabajo o función normalmente.

c) Cuando se puede volver funcional: Esta se refiere al hecho de que cuando por medios ortodónticos, protésicos o cirugía, el diente retenido puede ser llevado a su posición anatómica normal para que pueda realizar su función normalmente. Hay que tener cuidado de realizar los estudios necesarios para poder determinar si se puede realizar dicho tratamiento.

d) Dientes asintomáticos: Cuando estos dientes no presentan ninguna molestia para el paciente que los porta.

Al referirnos a molestias también nos referimos a las posibles complicaciones que éstos originan en la cavidad oral (formación de quistes que no ocasionen problemas en posibles tratamientos protésicos, que no alteren las funciones de los dientes adyacentes, etc.)

## CAPITULO VIII

### TECNICA DE EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO

La técnica de extracción de esta pieza dentaria varía según su posición, tamaño y forma.

Los pasos que se siguen en la extracción de esta pieza son los mismos que se emplean que para cualquier otro tipo de diente retenido, con sus variaciones en la técnica de anestesia, incisión, etc.

#### EN POSICION VERTICAL

Incisión: La técnica de incisión que más se emplea para la extracción de esta pieza es la que conocemos con el nombre de "Las dos ramas". Una que es bucal y la otra que es anteroposterior.

La anteroposterior se traza próxima a la cara palatina del diente, paralelamente a la arcada y aproximadamente de un centímetro de longitud.

La incisión bucal se dirige hacia afuera partiendo del extremo anterior de la primera incisión. Esta incisión rodea la tuberosidad del maxilar y se dirige hacia arriba hasta las proximidades del surco vestibular.

Las incisiones deben ser lo suficientemente profundas para llegar hasta el hueso o corona del molar.

Una vez hecha la incisión se procede a levantar el colgajo con la ayuda de un perióstomo, se levanta el colgajo y se mantiene así durante la intervención.

**Osteotomía:** Es indispensable la realización de ésta en este tipo de intervenciones y se realiza con el fin de poder observar claramente la pieza por extraer, así como el de tener un acceso más directo y al mismo tiempo el de obtener un lugar por donde hacer la extracción.

Esta se puede realizar con escoplos o fresas y en muchas ocasiones hasta con una cucharilla para hueso. En el caso de los escoplos éstos deben ser rectos y cuando se realiza por medio de fresas redondas y de carburo.

**Extracción:** Se puede llevar a cabo con un elevador recto, colocándose entre la cara mesial del tercer molar y la cara distal del segundo molar. El instrumento se debe introducir poco a poco con unos movimientos semi-oscilatorios cortos pero con firmeza. De esta manera obtenemos una palanca para poder luxar o elevar el diente de su alveolo; estos movimientos se deben realizar varias veces para hacer que el diente abandone el sitio donde se encuentra retenido.

Si la fuerza que se ejerce con el elevador no es la suficiente para extraer el diente se puede ayudar con un fórceps y realizar la extracción como en cualquier caso normal.

También es posible realizar la extracción seccionando el diente. Este seccionamiento se puede realizar de dos formas.

Una es con la ayuda de un escoplo quirúrgico y se realiza aplicando golpes de martillo sobre el escoplo, los golpes deben ser lo suficientemente duros para lograr cortar la pieza dentaria, pero medidos en el aspecto de que se debe tener cuidado de no fracturar algún otro órgano anatómico. Estos golpes y medidas de fuerza sólo se obtienen con la práctica.

La otra forma de seccionar la pieza es por medio de fresas quirúrgicas. Este seccionamiento se debe realizar pieza de mano, de alta velocidad y se debe tener un irrigado continuo sobre la fresa de suero fisiológico para evitar el sobrecalentamiento tanto de la fresa como la del diente. Este método es mucho más

sencillo, práctico y rápido que el anterior. También es menos traumático y preciso.

**Sutura:** Una vez que se ha extraído el diente el cirujano dentista debe tener cuidado de observar si no existen bordes cortantes o esquirlas óseas que pudieran causarle problemas al paciente una vez que la anestesia pierda su efecto, si se encuentran bordes cortantes o puntiagudos deben eliminarse con limas para hueso hasta que estas salientes óseas desaparezcan y los bordes queden lisos. Inmediatamente después se procede a colocar el colgajo en su sitio y se sutura de la forma que más convenga.

## EN POSICION MESIOANGULAR

Para poder llevar a cabo este tipo de extracción es necesario eliminar parte de la tabla ósea vestibular que cubre la cara bucal del molar retenido.

Se requiere de una osteotomía más amplia en el lado mesial que en la retención vertical. Este tipo de acceso más amplio se hace con el fin de proporcionar un punto de apoyo más cómodo y para que el elevador se pueda aplicar en forma más conveniente.

El problema en este tipo de extracción reside en poder realizar la osteotomía y la vía de acceso, ya que el contacto mesial es nulo por la posibilidad de poder mover el diente hacia distal.

Este tipo de extracción se limita por la cantidad de hueso distal y la dirección del molar, se pueden presentar problemas al realizar la extracción, estos problemas están dados por la cantidad de hueso distal y por el contacto que existe entre este diente y el segundo molar. Aunque al nivel del maxilar superior el hueso es tan elástico que nos permite movilizar al molar sin que sea necesario realizar la odontosección.

**Incisión:** Se realiza esta de la misma forma que en la técnica de extracción del tercer molar superior en posición vertical.

**Osteotomía:** La técnica empleada es la misma que se usa para la extracción de los molares superiores en posición vertical, así como el mismo instrumental (fresas de carburo con pieza de mano de alta velocidad y con escoplos quirúrgicos), sólo que existe una variación en este caso, esta variación es que se requie-

re de una mayor sección del tejido óseo por la parte distal del molar hasta llegar al cuello cervical de éste. Dicho seccionamiento se hace con el fin de lograr un acceso más amplio en el que podamos trabajar con más facilidad.

**Extracción:** Como se explicó anteriormente, todas estas técnicas son similares, sólo presentan pequeñas variaciones.

El elevador debe ser introducido profundamente hasta llegar a colocarlo sobre la cara mesial del diente. Las variaciones que presenta este caso con respecto al anterior es que los movimientos deben dirigirse al molar primero hacia distal, para librarlo de su contacto mesial con el diente adyacente. Y los movimientos de la extracción deben ser dirigidos hacia abajo y hacia afuera para así lograr desalojar al molar de su alveolo.

En dado caso de que los molares presentaran anomalías en la anatomía de sus raíces, estos movimientos deben realizarse con más cuidado para evitar una posible fractura de raíces.

## EN POSICION DISTOANGULAR

**Incisión:** La rama anteroposterior de ésta debe prolongarse más hacia distal que en cualquiera de los casos anteriormente presentados; esto se debe hacer con el fin de evitar posibles desgarramientos de encía.

**Osteotomía:** Cuando el molar se encuentra en esta posición es muy poco probable que exista hueso sobre la cara oclusal de éste y hacia distal.

El lugar donde es indispensable realizar este paso es por la parte mesial del molar para lograr el acceso más directo al molar.

**Extracción:** Este tipo de retención requiere de un mayor cuidado en la extracción, ya que existen órganos anatómicos que pueden ser fracturados en caso de maniobrar bruscamente (tuberosidad del maxilar y apófisis coronoides).

Los movimientos del elevador una vez colocado en la cara mesial del molar son dirigidos hacia abajo y hacia atrás.

Una forma de obtener un mayor éxito es lograr meter o colocar el elevador entre las caras distales del segundo molar y la

cara mesial del tercer molar y hacer que los elevadores actúen en forma de cuñas o de palanca.

Para tener éxito en esta maniobra es de gran utilidad emplear elevadores de bandera. En primera instancia los elevadores se usarán en el lado contrario para el cual fueron hechos, es decir que el elevador derecho va a actuar sobre el lado izquierdo y el izquierdo sobre el derecho. Esto se hace para lograr luxar o desprender el molar de su sitio, una vez hecho esto los elevadores se usarán en su forma correcta para así poder elevar al molar de su alveolo.

## EXTRACCION DE TERCER MOLAR CON FORMACION INCOMPLETA

Los molares con formación incompleta de sus raíces se presentan en el maxilar superior con cierta frecuencia.

Este tipo de molares les causan problemas a los dientes adyacentes, ya que con frecuencia o por lo general adoptan una posición que no es la normal, es decir que se presentan girados hacia cualquier lado o en ocasiones hasta en forma invertida. Esta es la principal indicación para la extracción de estos dientes, ya que pueden causar problemas como ya se mencionó anteriormente, como desviaciones de los dientes adyacentes, así como causar apiñamiento en piezas anteriores, etc.

La técnica para la extracción de estos molares varía un poco en relación con la de los molares ya mencionados. Son extracciones que resultan un poco más traumáticas para el paciente por las extensiones en incisión, osteotomía y tiempo de extracción o intervención.

**Incisión:** Esta debe ser amplia, para que al momento de levantar el colgajo deje un área lo suficientemente descubierta de hueso.

**Osteotomía:** La incisión se hizo amplia para dejar gran parte de hueso visible, ya que la osteotomía va a ser igualmente extensa. Esta se realiza con los medios y técnicas ya descritas anteriormente, en lo que varía es en la extensión de ésta.

La sección que se realice en el hueso nos debe permitir ver tanto la cara oclusal como las caras mesial y distal del molar.

Si el molar se encuentra en posición mesioangular es necesario resecar también el hueso distal; y la osteotomía que nos va a dar acceso a la cara mesial debe ser lo suficientemente extensa para poder introducir el elevador de Cle-vdent (elevador indicado para este tipo de molares), por la forma y firmeza de sus hojas.

Se coloca el elevador en la cara mesial del molar por extraer. Se debe girar el mango en forma vigorosa para desplazar al molar hacia el lado distal y hacia abajo.

Debe tenerse cuidado en este tipo de extracciones, ya que estos molares presentan su corona al nivel del área radicular del segundo molar.

Cuando el molar incompleto se encuentra en posición parainferior, es necesario resecar más tejido óseo para liberarlo de sus paredes óseas.

El éxito en las extracciones de estas piezas radica en la extensión de la osteotomía que nos permita ver claramente por lo menos la cara mesial y bucal de esta pieza.

La realización de estas extracciones requiere de mucho cuidado ya que, como se mencionó anteriormente, estos gérmenes se encuentran muy hacia apical. Los movimientos del elevador, aunque vigorosos deben ser medidos para evitar mandar el molar hacia el seno maxilar, y también hay que tener cuidado de no fracturar la apófisis pterigoides al introducir bruscamente el molar. Este es un accidente que ocurre con cierta frecuencia por actuar sin tomar las precauciones necesarias.

Es también importante resecar el saco pericoronario de estas piezas, que por lo general es bastante amplio. Este saco se debe resecar para evitar posibles infecciones y para ayudarnos a extraer éste nos valemos de cucharillas para hueso, gubias, pinzas, etc.

## CAPITULO IX

### TECNICA DE EXTRACCION DE PREMOLARES SUPERIORES RETENIDOS

La técnica depende de diferentes factores como: localización, formación del diente, su relación con los dientes adyacentes, el seno maxilar, la cavidad nasal y si se encuentran comprendidos en un quiste o no.

Si el premolar se encuentra por vestibular o está en el proceso alveolar a mitad del camino entre las superficies vestibular y lingual, un amplio colgajo vestibular es elevado y el tejido óseo que lo cubre es eliminado con fresas y escoplos para exponer la corona.

El diente puede haber sido seccionado para facilitar su remoción. Y si el premolar está hacia palatino del maxilar, se eleva un amplio colgajo palatino que va desde el margen gingival del incisivo lateral y hacia distal alrededor de todos los dientes posteriores por el cuello sobre este lado hasta llegar al ángulo mesiolingual del segundo molar. Si es levantado ahora todo el espesor del tejido mucopeseúístico, esto crea un colgajo en forma de sobre, el que nos da una inadecuada exposición del campo operatorio, de manera que se hace una incisión desde lingual del incisivo lateral hasta la línea media del paladar. Esto permite que el colgajo palatino sea levantado y se reduce al mínimo el trabajo. Cuando se libera todo el espesor que desde luego incluye al periostio, elevamos un colgajo que contiene a la arte-

ria, vena y nervio palatino anterior. Ello evita traumatizar este paquete vasculonervioso y el gran peligro de evitar una hemorragia muy difícil de controlar.

Una vez que el campo operatorio se expone de una manera adecuada, se emplea para exponer y extraer los premolares la misma técnica que para extraer los caninos retenidos por palatino. Se admite sin embargo que el acceso es mucho más difícil. Hay que tener cuidado de no comprometer las cavidades nasales o el seno maxilar.

Se pueden provocar unas pequeñas aperturas sin peligro alguno, puesto que cuando el colgajo es reubicado el proceso de cicatrización se lleva de una manera normal.



Fig. 9: Ejemplo de un premolar superior retenido. A) Premolar superior izquierdo con la corona en palatino y la raíz en vestibular. B) Corte sagital que muestra la posición del segundo premolar retenido en malposición y su vecindad anatómica con el seno maxilar. C) Esta es una de las pocas áreas de la cavidad bucal donde un colgajo a manera de sobre provee de un acceso adecuado, note que los vasos palatinos son elevados junto con el colgajo, es por esto que se utiliza este tipo de colgajo, para así evitarnos cortar transversalmente los vasos palatinos anteriores con la hemorragia subsecuente. D) Se expone la corona del premolar y se le hace una muesca en el cuello, se coloca la punta de un elevador (No. 11) en el orificio, y con la ayuda de la cresta alveolar como punto de apoyo el diente es extraído. Si la corona se encuentra lo suficientemente expuesta la extracción se puede realizar con un fórceps, esto requiere de mayor cuidado. E) Colgajo descendido y suturado con seda. F) Canino y premolar retenido por palatino.



**Fig. 10:** Un quiste dentígero en contacto con el primer premolar superior en malposición. Basándose en la técnica radiográfica del desplazamiento de la imagen, se encuentra más cercano a vestibular que a lingual en el reborde alveolar.

**Fig. 11:** Radiografía oclusal en donde se ve que el segundo premolar superior se encuentra en posición invertida expuesto en la radiografía del lado derecho se localiza en el paladar.



**Fig. 12:** Primero y segundo premolar superior derecho retenidos y el segundo premolar superior izquierdo en un niño de 11 años. Note la ausencia de terceros molares superiores.

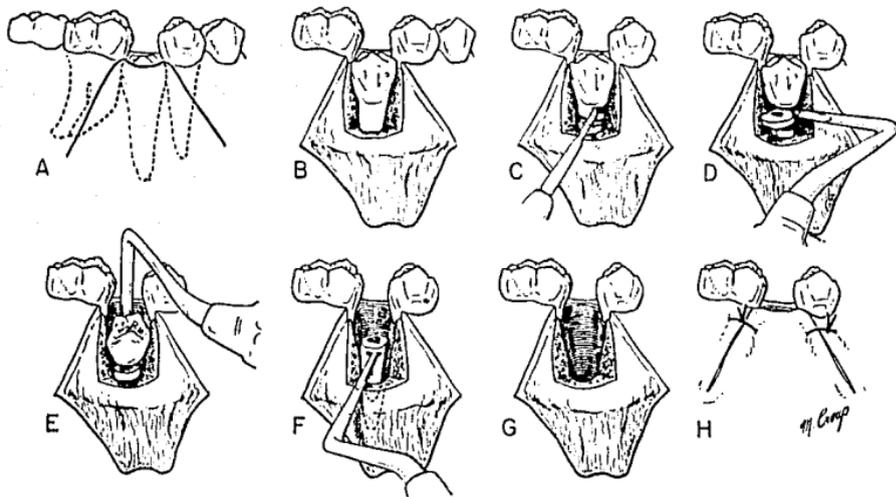
## EXTRACCION DE PREMOLARES INFERIORES RETENIDOS VERTICALMENTE .

A continuación se muestra un segundo premolar supernumerario retenido verticalmente. La serie siguiente muestra un caso real de premolar supernumerario del mismo tamaño y forma que el segundo premolar erupcionado. Como se puede observar, la erupción de este premolar se vio impedida por el cierre parcial del espacio en el arco dental, por el movimiento del primer molar, y de tal modo que sólo era visible una pequeña parte de la superficie o cara oclusal.

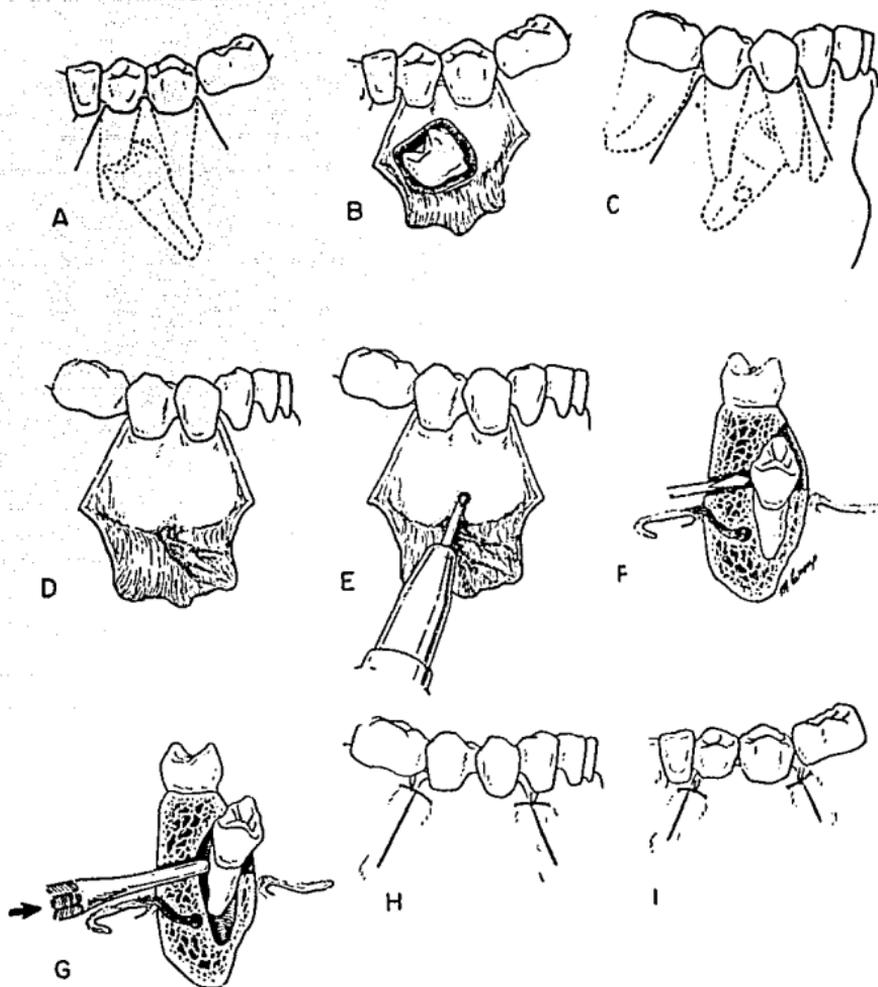
Los premolares retenidos verticalmente son extraídos por la confección de un colgajo (fig. A). El colgajo es levantado y la cortical ósea vestibular es eliminada alrededor de la corona y del tercio gingival de la raíz. El espacio adicional por mesial y distal es creado por medio de fresas, debajo del ecuador de la corona, de tal manera que después que se elimina un segmento de la raíz (fig. C) por cortes a su través con fresas de fisura dentadas (fig. D), la corona puede ser llevada al espacio creado por la remoción de esta porción radicular (fig. E) y luxada hacia vestibular con un elevador apical. Es necesario realizar una muesca o perforación en el resto de la raíz (como se observa en la fig. F) y usar el hueso vestibular como punto de apoyo y así poder elevar la porción remanente de raíz del alveolo.

El colgajo es llevado a su posición y se sutura.

Si estos dientes retenidos están hacia vestibular del arco, su extracción es un proceso relativamente fácil y la técnica es la descrita para los caninos inferiores en retención vestibular; si algunas veces, como se llega a dar el caso, se encuentra el premolar en posición lingual se usa la técnica descrita para primeros premolares inferiores retenidos verticalmente.



**Fig. 13:** Extracción de premolar inferior retenido en posición vertical, por vestibular.



**Fig. 14:** Extracción quirúrgica de un primer premolar inferior retenido vertical A y B, colgajo lingual y corona expuesta. C y D, colgajo vestibular levantado. E y F, con una fresa de punta de lanza larga se traza un surco de vestibular a lingual, en contacto con la corona retenida. G, se pasa un instrumento romo a través de la perforación, en contacto con la corona retenida, y después un golpe de martillo guía el diente retenido hacia arriba y fuera de su alveolo. H e I, los colgajos vestibular y lingual son suturados.

## EXTRACCION DE PREMOLARES INFERIORES RETENIDOS HORIZONTALMENTE

En la siguiente ilustración se muestran las retenciones horizontales completamente formadas del segundo premolar inferior, con la corona impactada en la raíz mesial del primer molar. Rara vez es posible mover quirúrgicamente un diente totalmente formado, de manera que la erupción pueda tener éxito de una forma normal. Los dientes que tienen mayor éxito a los movimientos quirúrgicos con la subsecuente erupción normal, son los de las raíces que no se encuentran totalmente formadas.

En este caso particular se optó por extraer el premolar sin lesionar el primer molar o el primer premolar. Esto se realizó usando la técnica que a continuación se describe.

Se realiza un colgajo de base ancha (fig. A) para evitar el agujero mentoniano.

El colgajo es levantado (fig. B) y se verá que los vasos que existen en el agujero mentoniano están contenidos en el colgajo.

Se realiza una abertura a través de la cortical, por medio de fresas quirúrgicas de punta aguda a través de ella. Después las perforaciones ya hechas se unen con una fresa de fisura dentada y el segmento de la cortical es eliminado. Expuesta la porción de la raíz (fig. C), se elimina hueso adicional en la parte superior e inferior usando para este propósito fresas redondas.

A continuación con una fresa de fisura dentada (fig. C y D) se corta y elimina un segmento radicular (fig. E); la raíz se mueve hacia atrás y se hace una muesca en ella (fig. F) por medio de un elevador apical y utilizando la cortical como punto de apoyo. La corona se engancha de nuevo y se coloca la punta del elevador apical en el orificio realizado en la parte coronaria y con la cortical vestibular como punto de apoyo la corona es movida hacia atrás, en el espacio creado, y elevado de su alveolo.

Posteriormente el colgajo es llevado a su lugar y se sutura en su posición.

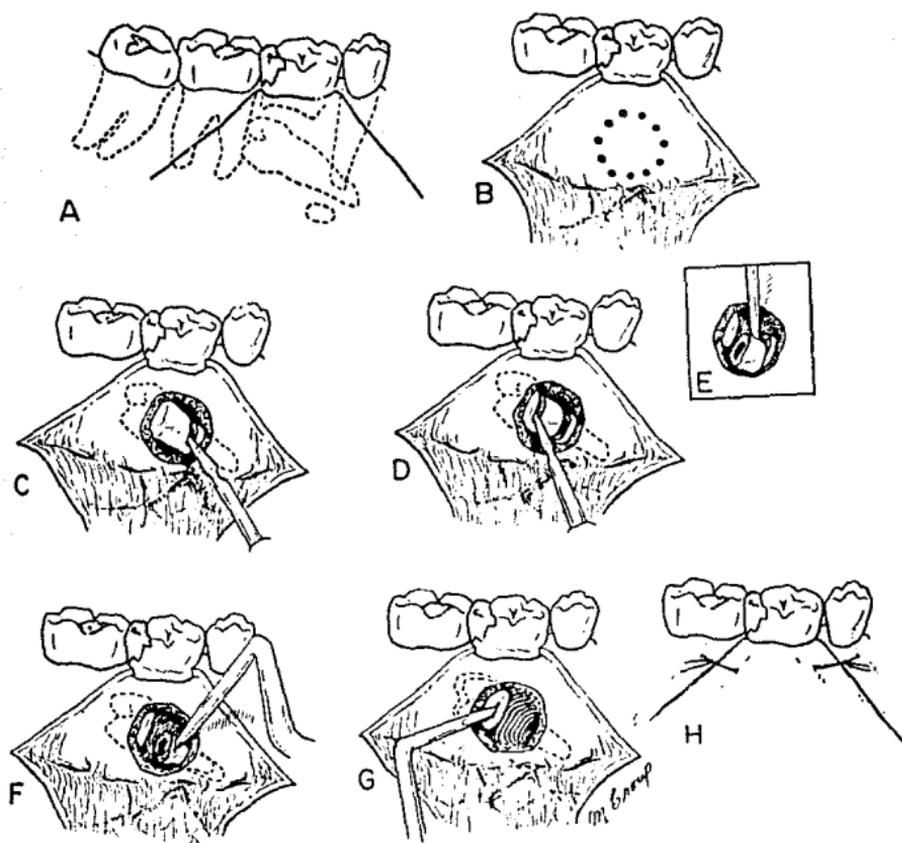


Fig. 15: Extracción de un premolar retenido en posición horizontal.

## EXTRACCION DE CANINOS INFERIORES LINGUALES

Los caninos inferiores retenidos en esta posición son relativamente raros.

La intervención se puede realizar por la vía vestibular, cuando exista espacio entre los dientes vecinos.

La extracción de estos dientes por vía lingual es muy laborio-

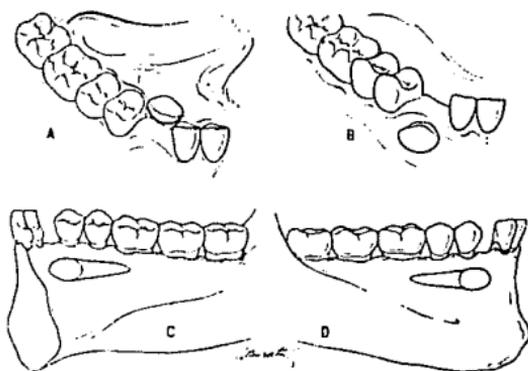
sa por las dificultades de acceso inherentes a la ubicación del diente retenido y la mala visibilidad a este nivel. Por esto es preferible aun con el riesgo de ocasionar la pérdida de otro diente, elegir la vía vestibular.

El empleo de la odontosección disminuye los riesgos de lesionar los dientes vecinos y se eliminan las fuerzas excesivas que pueden lesionar la integridad del maxilar.

En el maxilar inferior sucede lo mismo que en el superior. Se da una forma de presentación de los caninos inferiores retenidos, que son denominados transalveolares a los superiores y que pueden llamarse así o también vestibulolinguales a los inferiores.

En estos casos la raíz, o gran parte de ella se encuentra en el lado vestibular y la corona en el lado lingual. En estos casos debe realizarse la alveolectomía vestibular, la sección del canino a nivel de su cuello y la extracción de los elementos por la vía en que están ubicados: la corona por el lado lingual y la raíz por el vestibular.

**Fig. 16:** Caninos retenidos en el maxilar inferior. A, Canino lingualmente colocado, en dirección vertical (sumamente raro); B, Canino colocado hacia el lado vestibular, que también se presenta en dirección vertical; C, Canino en posición lingual (horizontal); y D, Posición vestibular (horizontal).



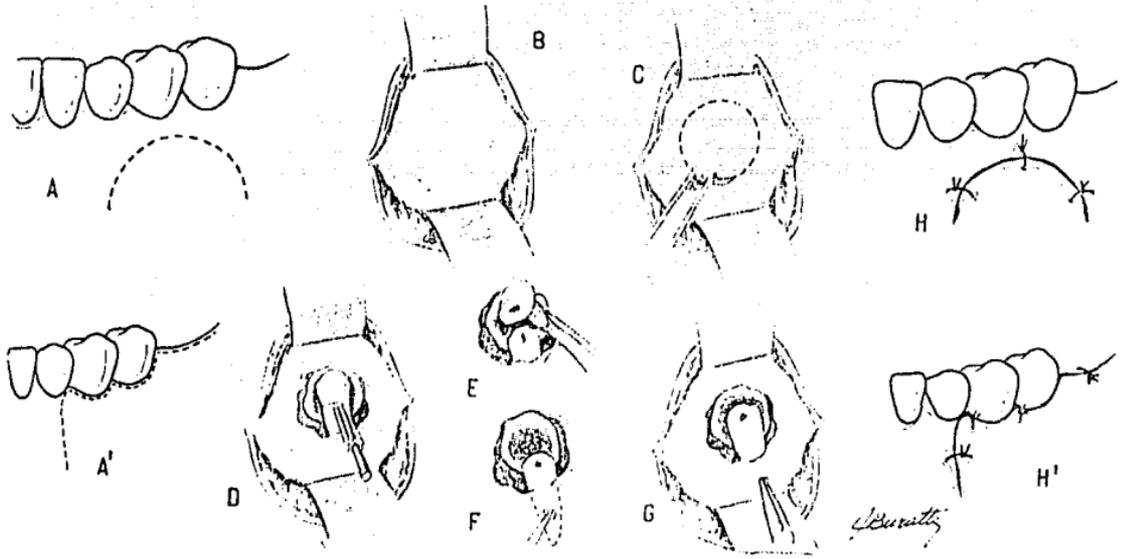


Fig. 17: Extracción del canino retenido por vía vestibular: A, Incisión de Partsch; A1 Puede también realizarse la incisión a expensas del borde libre, que es la que preferimos; B, Separación de los colgajos; C, Osteotomía a escoplo; D, Sección del canino a la altura del cuello; E, Extracción de la corona; F, Con fresa redonda se practica un orificio en el hueso, a nivel del tercio medio radicular; G, Con un punzón y mediante un golpe de martillo se eleva la raíz; H, Sutura en incisión de arco; H1, Sutura de la incisión del borde libre.

*Barrett*

## COMPLICACIONES DESPUES DE LA EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS

Existen diversos problemas que se pueden presentar después de la extracción de los dientes retenidos. Entre estos problemas se encuentran los siguientes:

**Trismus (agudo):** Este impide la masticación en su forma normal, por el intenso dolor que ocasiona al ocluir los dientes.

**Hemorragias pos-operatorias:** Estas traen como consecuencia una equimosis y decoloración de la zona operada, por ejemplo debajo del ojo, mejilla y labio inferior.

**Exposición del conducto dentario.**

Una exagerada exposición de las raíces de los dientes vecinos:

Esto nos puede acarrear problemas o complicaciones tales como la pérdida de estas piezas (piezas contiguas al sitio donde se llevó a cabo la intervención).

**Infecciones importantes:** Estas son ocasionadas por la presencia de algún resto radicular en seno maxilar. La presencia de este resto en el seno maxilar se pudo originar en el momento del acto quirúrgico cuando con el elevador se empuja la pieza por extraer y se fractura el piso de esta cavidad. La infección se da si no es extraído el resto radicular o pieza dental que se implantó accidentalmente en esta cavidad completamente estéril.

**Dolor:** Se puede presentar en distintas formas, desde el simple dolor por el trauma que se experimentó al realizar la infección, hasta el dolor intenso que ocasiona una alveolitis (conocido comunmente como el alveolo seco). Este dolor es sumamente intenso y por lo tanto insoportable.

## CAPITULO X

### TECNICA DE EXTRACCION DEL CANINO SUPERIOR RETENIDO

Las indicaciones para la extracción de los caninos superiores retenidos ya se han dado, así como también se han estudiado los problemas que originan estos dientes retenidos.

Si en algún tiempo se pensó que era conveniente dejar a los dientes retenidos hasta que ocasionaran alguna molestia o problema, ahora creemos que la extracción de este tipo de dientes antes de que causen algún problema o molestia es la conducta inteligente a seguir.

### ESTUDIO CLINICO Y RADIOLOGICO DE CANINOS RETENIDOS

El diagnóstico de un canino retenido en el maxilar superior, su relación y clasificación se realizan por los medios clínicos de inspección como la palpación y también por el examen radiológico.

**Inspección:** La ausencia del canino permanente en la arcada y la presencia del temporal nos hace sospechar de la retención.

En el caso de retención palatina o vestibular, al realizar la inspección visual descubrimos una elevación o relieve en el vestibulo. La altura y forma de la bóveda palatina nos da una idea preliminar de la posición del diente retenido.

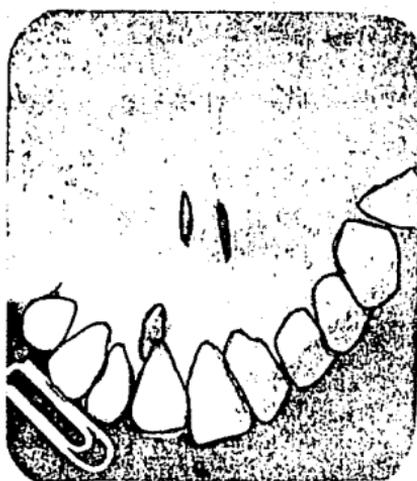
Debe tenerse cuidado de no confundir el relieve que origina el canino retenido con el que originan las raíces del incisivo lateral y el premolar.

**Palpación:** El dedo índice que investiga, confirma la existencia de esta elevación, ésta es de la misma consistencia que la de la tabla ósea.

Si llegase a existir algún proceso infeccioso con fístula, una sonda introducida por ella nos llevará a chocar contra un cuerpo duro, que representa la corona del canino.

**Examen radiográfico:** Para realizar el examen radiográfico de esta pieza debemos tomar en cuenta ciertas normas para que nos sean de utilidad. Para poder llevar a cabo el acto quirúrgico no es suficiente una radiografía intrabucal tomada sin reglas radiográficas precisas, imprescindibles para ubicar el diente por extraer. Es importante ubicar el diente en los tres planos del espacio. Es imprescindible ver la cúspide y el ápice del diente, así como conocer las relaciones que tienen con los dientes adyacentes y órganos vecinos (lateral, premolar, seno maxilar y fosas nasales). La radiografía nos dará el tipo de tejido óseo (densidad, presencia de saco pericoronario, rarefacción, existencia de procesos óseos pericoronarios).

Antes de encarar el acto quirúrgico se debe de verificar con absoluta precisión la clase a la que pertenece el canino retenido (posición vestibular o palatina, distancia de los dientes vecinos, número de caninos retenidos), para así imponerle el tipo de cirugía necesaria (vía de acceso, incisión, etc.) Sólo así se evitarán operaciones mutilantes y traumáticas llenas de inconvenientes.



**Fig. 18:** Diferentes técnicas de radiografías oclusales. En la radiografía A, el rayo central es paralelo al eje del incisivo central, habiendo colocado el cono del aparato entre las cejas del paciente. En la B, el rayo central es dirigido al nivel de la arcada dentaria izquierda.



**Fig. 19:** Delimitación del canino en el plano horizontal. A, El rayo central pasando por la línea media. B, El rayo central pasando a nivel de los premolares superiores.



**Fig. 20:** Delimitación del canino superior retenido en el plano vertical; radiografía extraoral. La película radiográfica ha sido colocada verticalmente, al nivel del canino retenido.

## EN POSICION PALATINA

**Anestesia:** Es recomendable e interesante el empleo de una anestesia base, administrando al paciente un barbitúrico.

**Retención unilateral:** Anestesia infraorbitaria del lado a operarse.

**Anestesia local infiltrativa de la bóveda palatina** a nivel del agujero palatino anterior y del agujero palatino posterior del lado a operarse.

**Retención bilateral:** Anestesia infraorbitaria en ambos lados. Anestesia infiltrativa local en la bóveda palatina a nivel del agujero palatino anterior y ambos agujeros palatinos posteriores.

**Anestesia general:** Este tipo de dientes retenidos pueden ser

extraídos por o bajo anestesia general (barbitúricos por vía endovenosa más protóxido de ázoe, oxígeno) se recomienda colocar la cabeza del paciente en posición de Rose.

**Incisión:** Para extraer el canino retenido en la bóveda palatina, es necesario desprender parte de la fibromucosa, dejando al descubierto la bóveda ósea.

Es decir, preparar un colgajo que permita un amplio descubrimiento del lugar donde se encuentra el diente retenido.

Este colgajo deberá dar la suficiente visión del campo operatorio y debe ser dispuesto de tal modo que no sea traumatizado en el transcurso de la intervención. Pequeñas incisiones en la bóveda son insuficientes y antiquirúrgicas.

El desprendimiento se inicia en el sitio ya prefijado (cara distal del segundo premolar, cara mesial del primer molar) y se extiende en sentido anterior hasta los incisivos centrales, lateral o molar del lado opuesto, según sea el lugar que ocupe el o los caninos retenidos. Al llegar al sitio donde falta el diente en la arcada, el bisturí contornea parte de la cara mesial del primer premolar; la incisión sigue la cresta de la arcada y se continúa hasta el lugar elegido.

**Desprendimiento del colgajo:** Una vez hecha la incisión se desprende el colgajo con la ayuda de un instrumento romo (espátula de Freer) o el perióstomo.

Este instrumento se insinúa entre la arcada dentaria y la fibromucosa palatina, y con pequeños movimientos, sin herir ni desgarrar la encía se desprende la fibromucosa hasta dejar al descubierto el hueso de la bóveda palatina. El colgajo es inmovilizado durante el transcurso de la intervención. Se puede mantener con unas pinzas de disección.

**Ostectomía:** Para eliminar el hueso que cubre al canino retenido, el cirujano puede valerse de varios métodos que, aunque nos llevan al mismo fin tienen diferencias, fundamentalmente las que se refieren al shock quirúrgico y a las molestias que le puedan ocasionar al paciente. Los instrumentos usados, como ya han sido considerados en otras intervenciones, son: las fresas quirúr-

gicas (por las cuales nos inclinamos) y el escoplo impulsado por el martillo.

La osteotomía u ostectomía debe descubrir toda la corona del diente retenido y en una anchura equivalente a un diámetro mayor de la corona del diente retenido, para que ésta pueda ser eliminada por la cavidad ósea sin tropiezos ni traumatismos.

Extracción: Una vez realizada la osteotomía se debe planear cuidadosamente la forma en que va a ser extraído el diente retenido.

Esta parte de la cirugía exige criterio, habilidad y fineza para no traumatizar, lesionar o luxar los dientes vecinos, o fracturar las paredes alveolares.

Esta extracción sólo puede realizarse con palancas que, apoyadas en el hueso vecino más sólido y más protegido (hueso del lado interno), elevan al diente retenido siguiendo la brecha ósea creada para este fin.

Esta maniobra exige de bastante fuerza, además de las presiones que tenga que ejercer la palanca (elevador) sobre las porciones óseas cercanas.

Esto quiere decir que la extracción se debe facilitar por algún medio. La eliminación de un cuerpo inextensible dentro del otro cuerpo que debe ser considerado también inextensible.

Esto se resuelve de dos formas: una es que se aumente el diámetro de la ventana ósea por la que debe eliminarse el diente, y la segunda es que se reduzca el tamaño del diente por extraer.

El primer procedimiento nos exige de un sacrificio de tejido óseo sano, lo cual nos lleva a eliminar una gran cantidad de hueso.

La segunda es mucho más recomendable, es considerada hasta cierto punto como un procedimiento sencillo, elegante y rápido. A este procedimiento se le denomina odontosección; esto quiere decir que hay que cortar el diente en varios fragmentos (los necesarios) y se extraen éstos por separado.

Existen algunos casos en los que la odontosección no es apli-

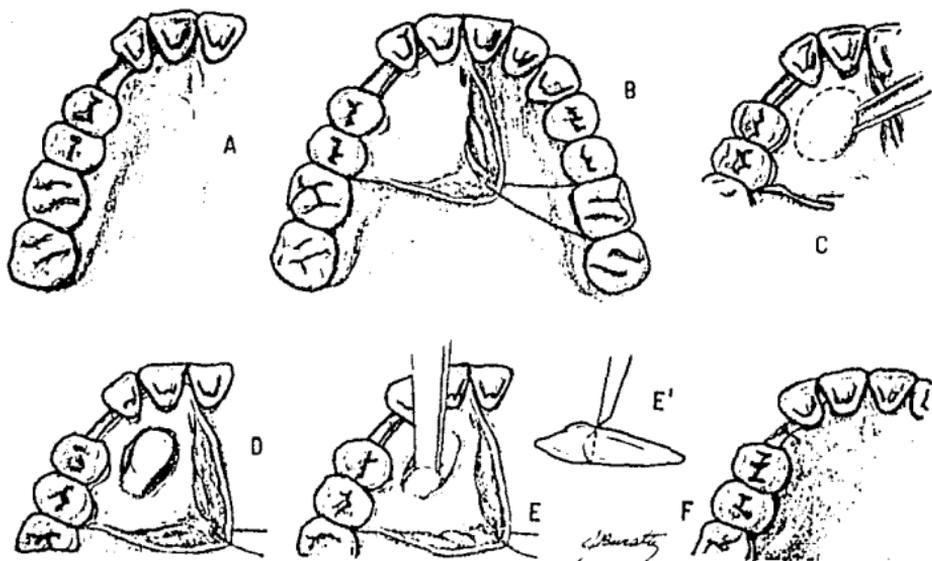
cable, por ejemplo cuando el diente está dirigido en sentido próximo al vertical. En este caso se crea un espacio con fresas alrededor de la corona del canino, siempre y cuando la corona no se encuentre enclaustrada; este canino puede ser extraído con un elevador recto introduciéndolo entre la cara del diente retenido que mire hacia la línea media y la pared ósea contigua. Con unos movimientos de rotación se introduce el instrumento, con lo cual se logra luxar al diente por la fuerza ejercida. Esta extracción se termina cuando el diente ha sido extraído hasta el nivel de su cuello y es tomado con un fórceps el diente y ejerciendo movimientos suaves de rotación y tracción en sentido o dirección del eje del diente.

Tratamiento de la cavidad ósea: Una vez extraído el canino debe ser inspeccionada cuidadosamente la cavidad ósea, y en caso de existir esquirlas óseas o del diente, deben ser extraídas. También es importante extraer el saco pericoronario del diente retenido; éste se extirpa con una cucharilla filosa. La omisión de esta medida puede traer consecuencias infecciosas y tumorales.

Los bordes óseos agudos deben ser alisados con fresas redondas, escofias o limas para hueso.

Sutura: Es importante llevar a cabo este punto de la forma más exacta posible. El colgajo es llevado a su sitio, readaptándolo perfectamente de tal forma que las lengüetillas interdientarias ocupen su sitio adecuado.

En los caninos unilaterales un punto de sutura es suficiente generalmente: éste es colocado al nivel del espacio interdentario. Y en el caso de que fueran bilaterales, los puntos de sutura son de cantidad variable, recomendando aplicarlos en los espacios interdentarios.



**Fig. 21:** Extracción de un canino superior derecho retenido en el lado palatino. A, Incisión; B, Desprendimiento del colgajo; C, Osteotomía realizada con un escoplo; D, El colgajo se sostiene con un hilo en el molar, después de realizada la osteotomía aparece la corona del canino E, y E' Sección del diente (odontosección) al nivel de su cuello usando un escoplo; F, Sutura del colgajo palatino, siguiendo para realizar este menester, las indicaciones mencionadas en la técnica de la extracción del canino retenido superior, mencionadas anteriormente.

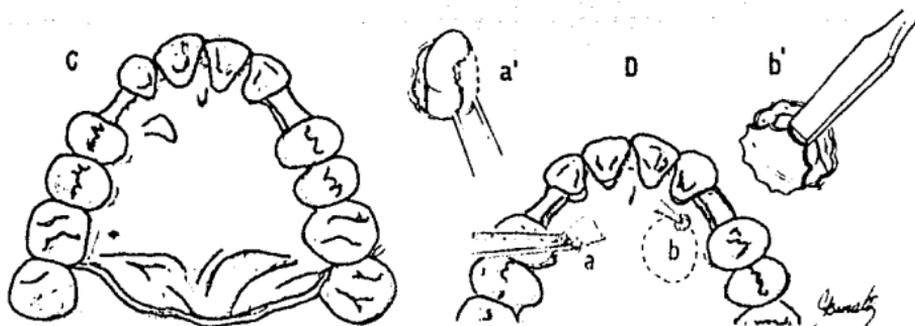


Fig. 22: Extracción de caninos retenidos bilaterales. C, Descendiendo el colgajo, éste se mantiene fijado con un hilo al molar vecino, o a la compresa que cubre al paciente; D, Osteotomía que se realiza con: A y A1 Escoplo recto; B, Con fresa redonda; B1, Levantamiento de la tapa ósea con un escoplo.

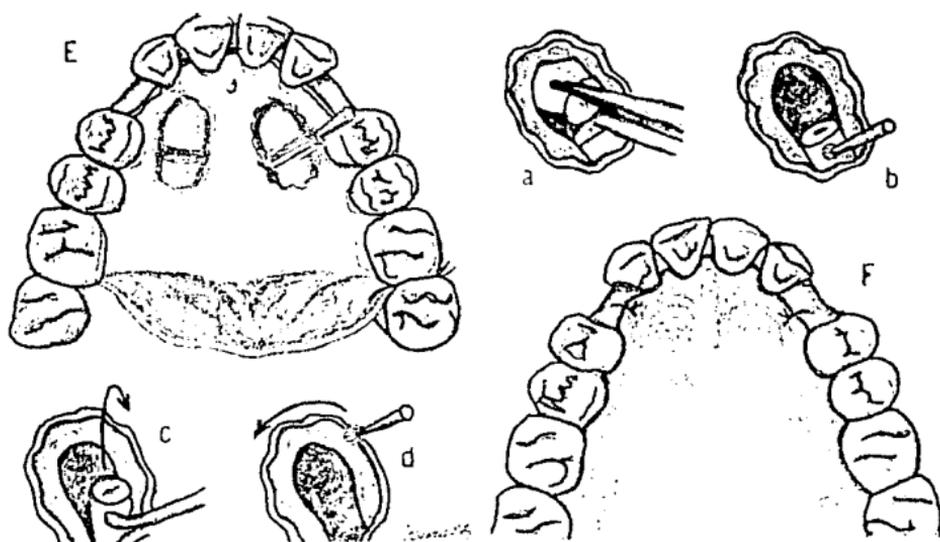


Fig. 23: E, Sección por medio de fresas, de los caninos; A, La corona, una vez seccionado el diente, se extrae con un elevador o con unas pinzas de disección; B, Con una fresa redonda se practica un orificio en el diente, donde se introducen elevadores angulares finos que dirigen la raíz hacia adelante (a favor del espacio logrado por la extracción de la corona); C) D, Se regularizan los bordes óseos con fresas redondas; F, Vuelto el colgajo a su sitio se practica la sutura.

## EN POSICION VESTIBULAR

**Anestesia:** La anestesia de elección es la infraorbitaria; esta es reforzada por la aplicación de anestesia al paladar al nivel del agujero palatino anterior y una anestesia distal a la altura del ápice del canino. Si se opera con anestesia general, es conveniente utilizar una anestesia infiltrativa en el vestibulo con fines hemostáticos.

**Incisión:** Es empleada la técnica de Partch o la incisión hasta el borde libre (Newman). Esta debe estar lo suficientemente retirada del sitio donde se encuentra el canino retenido, para que no coincida con la brecha ósea al reponer el colgajo en su sitio.

El desprendimiento del colgajo sigue las mismas normas trazadas para los otros tipos de colgajos. Este debe mantenerse levantado durante el transcurso de la operación con un separador romo que no traumatice. Hay que evitar tirones que repercutan sobre la vitalidad del tejido gingival.

**Osteotomía:** Se realiza con fresas, escoplo y martillo.

La tabla externa no tiene la dureza de la bóveda palatina y permite realizarla más fácilmente.

**Extracción:** Los caninos vestibulares, después de enucleada la tapa ósea pueden ser extraídos enteros, luxándolos previamente con la ayuda de elevadores rectos que se insinúan entre el diente y la pared ósea en los sitios más sólidos. Una vez luxado el diente se toma un fórceps o pinzas quirúrgicas agudas y se extrae el diente.

**Tratamiento de la cavidad:** Se inspecciona la cavidad y se extraen restos óseos y esquirlas. También es importante extraer el saco pericoronario para evitar algún tipo de infección o tumor.

**Sutura:** Dos o tres puntos de sutura con seda o hilo completan la operación después de haber colocado el colgajo en su sitio.



Fig. 24: Canino derecho en un desdentado. Incisión.

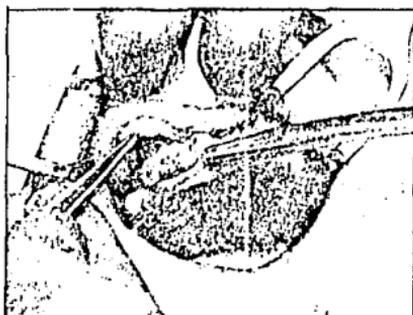


Fig. 25: Separación del colgajo con un periostótomo.



Fig. 26: Osteclomía de abordaje con escoplo recto.

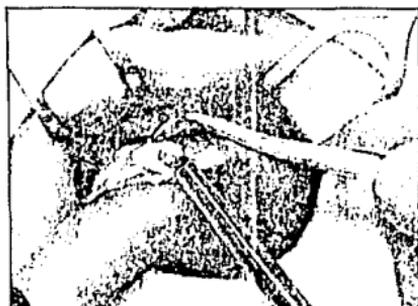


Fig. 27: Con elevador de Winter se luxa el canino.



Fig. 28: Extracción del diente retenido con pinza.

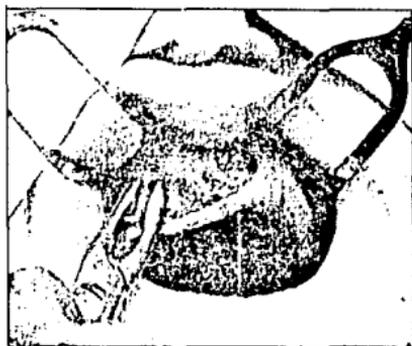


Fig. 29: Regulación del hueso con pinza gubia.

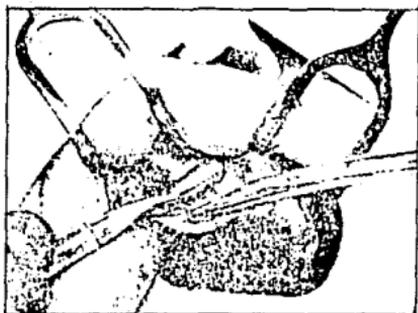


Fig. 30: Regulación de los bordes óseos con escofina.



Fig. 31: El colgajo ha sido descendido y suturado.

## EXTRACCION DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS EN PACIENTES DESDENTADOS

La vía de extracción de caninos retenidos en pacientes desdentados es la vestibular.

La ausencia de los demás dientes facilita el problema. Prácticamente todos los casos pueden realizarse por esta vía, a menos que se encuentren muy profundos, lejos de la tabla externa o próximos a la bóveda. Para estos últimos el camino más recomendable es por la vía palatina.

Las normas para la extracción de estos dientes son las mismas, así como los cuidados operatorios de los otros tipos de caninos retenidos.

Es preferible seccionar el diente una vez descubierto, que ejercer presión sobre éste por medio de elevadores rectos, ya que por lo general los pacientes desdentados son personas adultas, en las cuales sus tejidos óseos se encuentran debilitados y frágiles.

Por lo tanto, para no causar una fractura, es recomendable seguir esta indicación.

El fracturar el maxilar trae como consecuencia trastornos posteriores, desde el punto de vista protésico.

## CANINOS INFERIORES RETENIDOS

Estos dientes por lo general se encuentran en posición verti-

cal y a corta distancia de la superficie vestibular; en ocasiones se encuentran por debajo de los ápices de los incisivos inferiores en posición transversal en ángulo de 45° hacia el borde inferior de la mandíbula. Muy rara vez se encuentran en posición horizontal y/o cerca del lado lingual. Sin embargo las posiciones vestibulares o linguales de estos dientes deberán ser determinadas por una radiografía oclusal.

Una de las técnicas para la extracción de caninos retenidos es la siguiente:

1.—En todas las retenciones caninas inferiores hágase incisiones para colgajos amplios. Levántese el colgajo y córtense las incisiones musculares que están localizadas en el área operatoria.

2.—Háganse orificios a través de la cortical ósea vestibular alrededor de la corona con fresas de punta de lanza. Téngase cuidado de no cortar las raíces de los dientes adyacentes. Elimínese la cortical ósea con un escoplo o con una fresa de fisura dentada.

3.—Expóngase totalmente la corona con fresas para hueso; a este proceso se le conoce como "fenestrado" de la cortical.

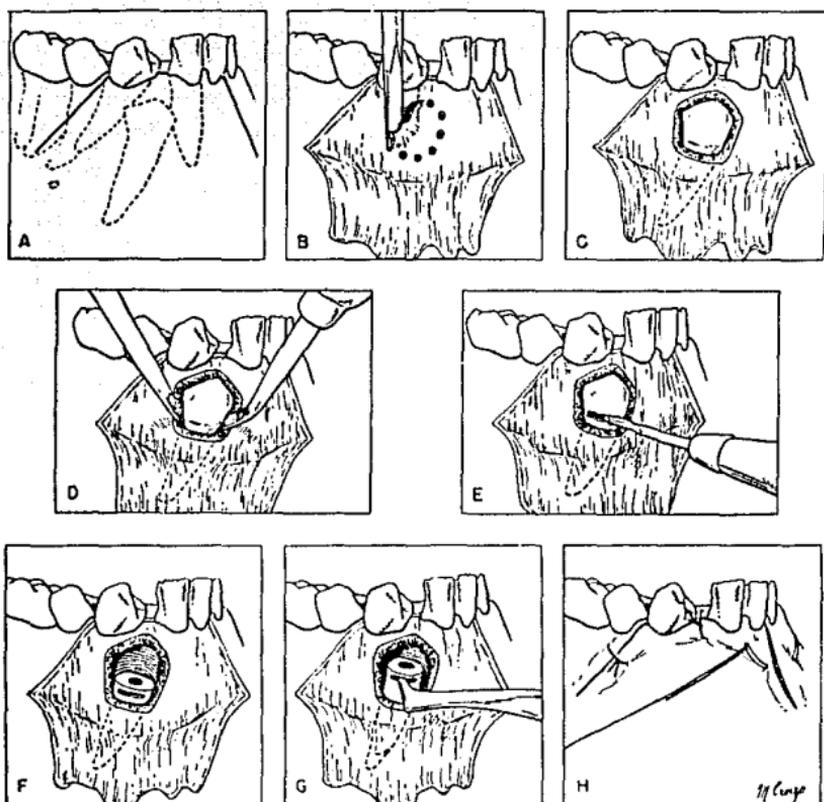
4.—Trátese de mover y luxar el canino por medio de elevadores, haciendo palanca, colocándolo por debajo de la corona y usando la cortical ósea como punto de apoyo.

5.—Si la corona se encuentra atorada, hágase una muesca y corte la corona fuera del margen gingival.

6.—Exponga lo más posible la raíz para poder hacer otra muesca.

7.—Elimine la raíz con elevadores (11-D u 11-I) usando la cortical vestibular como punto de apoyo y el principio de trabajo de rueda y eje, y eleve la raíz.

8.—Lleve el colgajo a su posición y sutúrelo con seda negra 000 utilizando también aguja atraumática.



**Fig. 32:** Extracción de un canino inferior retenido en posición vertical. A) Delineamiento del colgajo; B) Orificios perforados a través de la cortical vestibular y que rodea la corona; C) Corona expuesta por completo; D) Intento de luxar y extraer el diente con los elevadores; E) Si la corona no cede, hágase un surco y elévela fuera del margen gingival; F) Expóngase más raíz y hágase otro surco; G) Extracción de la raíz; H) Sutura del colgajo.

## EN POSICION VESTIBULAR

**Anestesia:** Los caninos inferiores retenidos pueden ser extraí-

dos bajo anestesia regional o general.

**Operación:** Se ajustan en un todo a las normas ya mencionadas para la extracción de los caninos retenidos superiores.

La vía de elección para extraer este tipo de caninos es la vestibular (aun para ciertos casos de caninos linguales verticales y con espacio en la arcada, por la ausencia de los dientes vecinos).

**Incisión:** La técnica de arco nos provee de un amplio colgajo, suficiente para llevar a cabo la extracción.

Para no lesionar el tejido, una vez levantado el colgajo se pueden tomar las medidas ya mencionadas para la extracción de los caninos superiores.

Se puede trazar y preparar un colgajo a expensas del borde libre, trazando una incisión vertical y desprendiendo la encía de los cuellos dentarios. Así se corre menor riesgo de traumatizar el tejido durante las maniobras quirúrgicas. Las franjas gingivales entre el borde libre y la incisión no dejan huellas si se adapta correctamente al colgajo en la sutura.

**Desprendimiento del colgajo:** Como para los caninos superiores, de acuerdo con el tipo de incisión, con una legra fina, el perióstomo o con la espátula de Freer se desciende el colgajo mucoperióstico que se mantiene con un separador romo.

**Osteotomía:** Se realiza como en las técnicas anteriormente mencionadas, con la ayuda de escoplos quirúrgicos y/o con fresas redondas del No. 8.

**Extracción:** Para facilitar el acto quirúrgico la odontosección se impone. Al igual que en el maxilar superior, la escasa elasticidad del hueso maxilar inferior, en su porción basilar, exige la disminución del volumen del diente retenido para extraer sus partes por separado con elevadores rectos o angulados.

Este paso se puede realizar con fresas, escoplo y martillo, o con escoplo automático.

**Sutura:** Se puede realizar la sutura con hilo, seda, catgut o nylon.

## RETENCION BILATERAL DE CANINOS INFERIORES

La retención de estos dientes no es una condición que se presente frecuentemente en la práctica odontológica y en especial que las piezas presenten una posición horizontal o invertida. A continuación presentamos un caso clínico en el que, dada la importancia, se efectuó su exposición desde los puntos de vista clínico-quirúrgico, radiológico y ortodóntico.

Los caninos superiores retenidos ocupan el tercer lugar en frecuencia de todas las piezas dentarias retenidas, aunque algunos autores sostienen que se presentan con mucha más frecuencia que los terceros molares tanto inferiores como superiores. Aunque esta frecuencia puede sin embargo ser considerada como alguna condición común de acuerdo con otros autores.

De acuerdo a los reportes citados anteriormente, la retención de los caninos horizontal y bilateral son casos bastante raros, en especial cuando las piezas presentan una posición invertida. En la literatura especializada existieron pocas referencias bibliográficas al respecto.

Dada la importancia del caso se obtuvo la oportunidad de presentar este caso, por lo que se decidió realizarlo.

Las indicaciones para la extracción de los caninos retenidos estriban principalmente en la presión que ejercen estos órganos sobre las raíces de los dientes vecinos, la posible formación de quistes, la presencia de problemas parodontales o algunos otros accidentes de tipo infeccioso, así como la compresión de terminaciones nerviosas que pueden originar neuralgias atípicas.

Tanto los dolores de cabeza crónicos como el insomnio y algunas neuralgias pueden ser síntomas de este tipo de alteración, mismas que remiten en forma inmediata después de la extracción de las piezas dentarias incluídas, la presencia de coronitis es poco frecuente cuando se asocia a la retención de caninos, a comparación de aquella presente en la retención de terceros molares superiores e inferiores.

En la literatura se han reportado algunos casos en los cuales se han trasplantado gérmenes dentarios de caninos superiores e inferiores a un lugar más adecuado dentro de la misma arcada dentaria y previa preparación del alveolo, esta es una intervención que nos ha reportado un éxito relativo.

## PRESENTACION DEL CASO

Paciente del sexo masculino que presenta retención bilateral de caninos inferiores con retención de caninos temporales. El paciente contaba 16 años. La historia clínica reveló ausencia de antecedentes traumáticos que hubiesen causado la inclusión de las piezas permanentes. El examen radiográfico hecho con una ortopantomografía puso en evidencia la retención bilateral y horizontal de un canino y la presentación invertida del canino contrario, existiendo incluso cierta dificultad para su colocación en la hemiarcada derecha e izquierda. Ambas piezas dentarias se encontraban hacia vestibular, confirmando esto una placa oclusal.

La radiografía panorámica además reveló que ambas piezas dentarias se encontraban en el cuerpo de la mandíbula, presentando quistes dentígeros, lo cual se confirmó posteriormente por medio del examen histopatológico. En lo referente a las piezas dentarias adyacentes, éstas no presentaban ninguna alteración.

Al valorar al paciente con la ayuda de las placas radiográficas y por medio del examen clínico se eliminó la posibilidad de efectuar un tratamiento quirúrgico-ortodóntico o cualquier otro tipo de trasplante.

Clínicamente no existía edema en la región vestibular anterior correspondiente a la mandíbula, lo que revela que los órganos incluidos se encontraban en el interior del tejido óseo.

Se procedió a planear la remoción de las piezas dentarias, misma que se efectuó por vía intrabucal a través de una incisión hecha perpendicularmente a los festones gingivales, a nivel de premolares, liberando el colgajo en el surco vestibular. La osteotomía se llevó a cabo con una fresa para hueso (No. 161), abriendo una ventana por la cual se extrajo una de las piezas

dentarias. La osteotomía se extendió para extraer la pieza contraria, lo cual se efectuó por el seccionamiento en varias partes del órgano dentario. Después de asegurarse que el coágulo llenara la fosa quirúrgica en su totalidad, se colocaron puntos aislados y por contención.

El pos-operatorio se cursó sin novedad, existiendo una total cicatrización algún tiempo después de la intervención.

La inclusión o retención bilateral de caninos inferiores es una condición patológica poco frecuente, principalmente cuando las piezas asumen una posición horizontal e invertida. He aquí la importancia de presentar este caso y desde un punto de vista quirúrgico, radiológico y ortodóntico.

**Fig. 33:** Ortomopantografía que muestra la inclinación bilateral de caninos inferiores, a la altura del cuerpo de la mandíbula. Una pieza se encuentra en posición invertida y la otra sobre el plano horizontal.



**Fig. 34:** La radiografía oclusal muestra la posición vestibular de ambas inclusiones dentarias.



**Fig. 35:** El examen clínico no reveló edema local en el sitio de las inclusiones.



**Fig. 36:** Después de efectuar la incisión y el levantamiento del colgajo mucoperiostico se realizó la osteotomía y la odontosección de los caninos incluidos.



**Fig. 37:** Una osteotomía más extensa permitió extraer el canino del lado contrario.

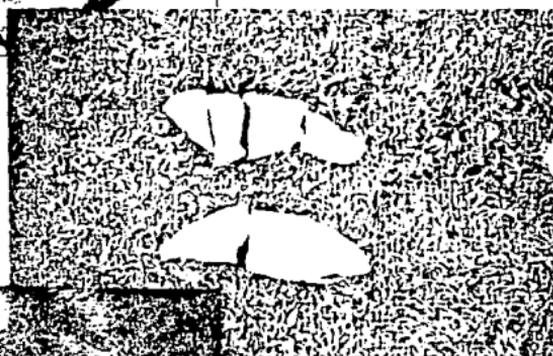


**Fig. 38:** Imagen del lecho quirúrgico después de eliminar las inclusiones dentarias.



**Fig. 39:** La ilustración muestra cómo el coágulo llenó la zona quirúrgica.

**Fig. 40:** Fotografía de los caninos incluidos ya seccionados y extraídos.



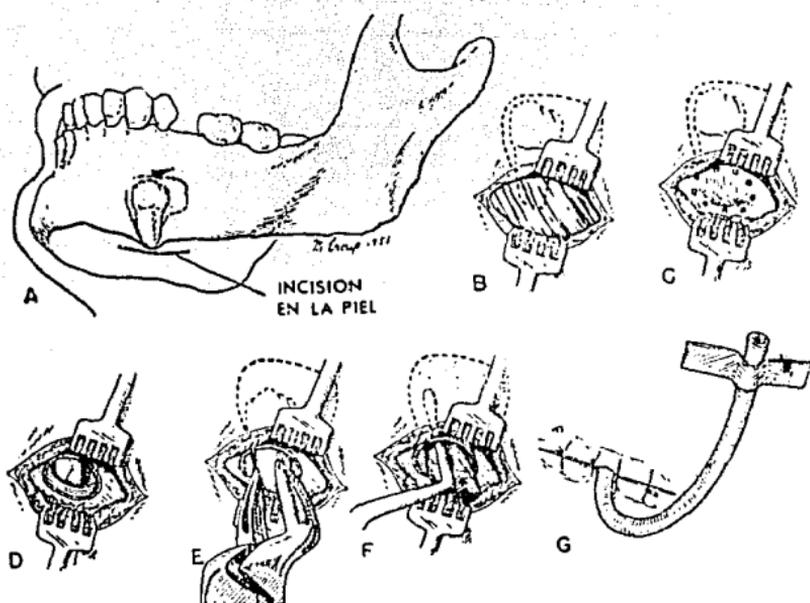
**Fig. 41:** Sutura de puntos aislados y su contención en los órganos dentarios.

## CAPITULO XI

### EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS POR VIA EXTRABUCAL

En ocasiones por la malposición que presentan algunos dientes es necesario hacer la extracción por vía extrabucal. Tal es el caso ilustrado a continuación.

El paciente presentaba edema y dolor en esa zona (la de premolares inferiores), por lo que se le hizo una incisión intrabucal para que drenara algunas semanas antes de ser internado para la extracción del diente y en este caso para la enucleación del quiste no presentaba edema en el momento de la operación y fue realizada con anestesia general.



**Fig. 42:** A) En este caso se presenta un segundo premolar con un quiste dentígero; B) Incisión de la piel que expone a los músculos triangular y cutáneo del cuello; C) Los músculos se inciden en el borde inferior de la mandíbula; se expone el periostio, el cual es seccionado y levantado exponiendo el borde inferior y vestibular del maxilar inferior, se realiza una serie de perforaciones a través de la cortical ósea, en torno a la periferia del quiste; D) La cortical ósea seccionada se elimina con escoplo y fresas de fisura dentada, y se perfora el quiste exponiendo el ápice del premolar; E) La raíz se sujeta con un fórceps No. 286 y se extrae el diente. Hay que tener cuidado que la abertura sea ligeramente mayor que el diámetro de la corona del diente; F) Se enuclea la porción restante del quiste. G) Se coloca un catéter de goma en la herida quirúrgica antes de cerrarla. Por medio de este tubo se va a irrigar con solución fisiológica y penicilina (si es posible).

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

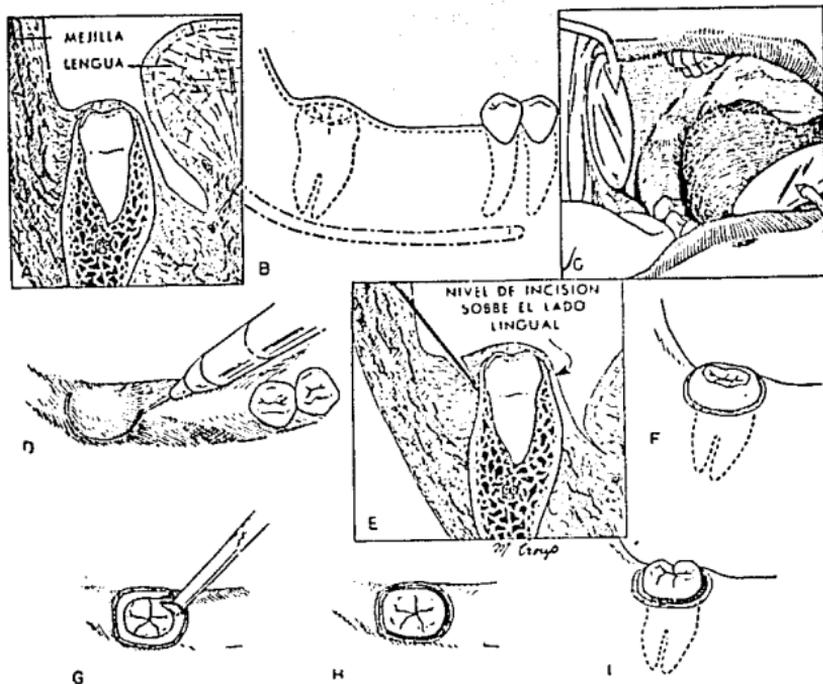
## RETENCION POR TEJIDOS BLANDOS

La erupción puede ser impedida y lo es por tejido fibroso denso (fibromatosis).

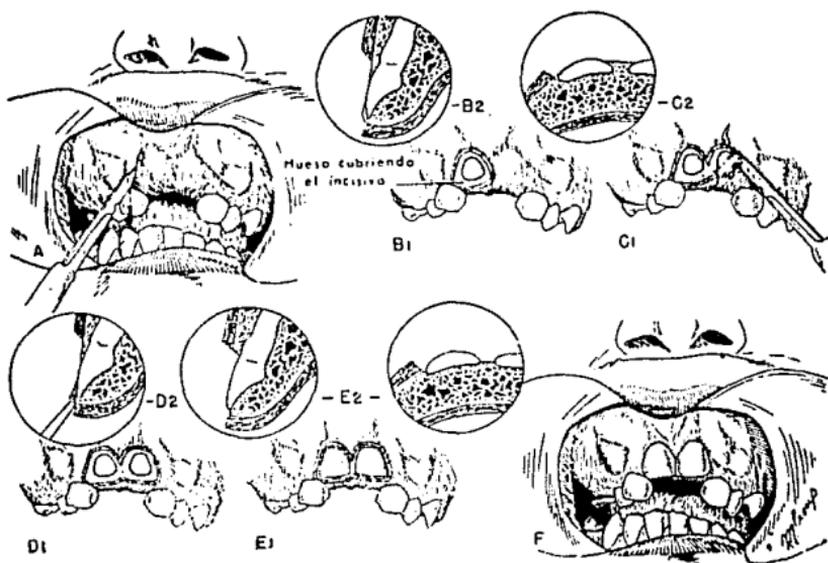
Esto se observa con frecuencia en la erupción retardada de los incisivos centrales permanentes cuando ha habido pérdida prematura de los dientes primarios, con el subsiguiente trauma masticatorio para el reborde, que da por resultado fibromatosis. Lo mismo pasa con los terceros molares inferiores, cuando sus dientes vecinos han sido extraídos mucho tiempo antes, los terceros molares tratan de erupcionar lentamente, llevando la corona con el proceso alveolar y la mucosa fibrosa densa que se encuentra en esa región. Muchas veces este tejido contiene fibras del buccinador.

Para exponer estos dientes es necesario seguir las técnicas que se ilustran y explican en seguida.

Nota: El error más frecuente que sucede en estos casos es la exposición inadecuada.



**Fig. 43:** Exéresis del tejido fibroso y del hueso que cubría la corona del molar cuya erupción impedía. A y B) Corte que muestra la banda de tejido fibroso y hueso que cubría la superficie oclusal del diente no erupcionado; C) Vista intrabucal que muestra el bulto causado por el diente retenido; D) La incisión del tejido fibroso por vestibular se hace con un bisturí eléctrico. Es muy difícil cortar en esta zona porque el tejido se mueve con mucha facilidad y se desliza por debajo del bisturí por la presión que ejerce éste sobre el tejido. Además es una zona muy hemorrágica, por lo que el bisturí eléctrico es el ideal para extraer este tejido denso y altamente vascular. E) Con el bisturí eléctrico corte en ángulo de  $45^\circ$  hasta el límite gingival del diente retenido; f) Extracción del tejido fibroso alrededor de la corona, que revela una parte de la superficie oclusal del diente y el hueso que lo encierra; G) Exéresis ósea rodeando la corona con escoplo y martillo; H) Superficie oclusal del diente retenido expuesta; I) Corona del molar expuesta, removido el tejido fibroso y hueso alveolar debajo del ecuador coronario.



**Fig. 44:** Osteotomía y eliminación del tejido fibroso para permitir la erupción de los incisivos centrales superiores retenidos. Estos esquemas fueron tomados de un caso real. A) Diagrama que muestra la incisión inicial con una hoja No. 15 se aprecian las dos bulbosidades de los dos incisivos que tratan de erupcionar; B1) Incisión completa por toda la periferia del área bulbosa, que muestra la cortical y una parte de la superficie vestibular de la corona; B2) Corte en que se ve la posición del diente en el alveolo y hasta donde ha erupcionado, note la densidad del tejido fibroso; C1) Se ha completado la incisión periférica izquierda; C2) Corte horizontal a través del alveolo que muestra el grosor del tejido fibroso y la retención ósea; D1) Se elimina el tejido que cubría las coronas; D2) Eliminación del hueso con escoplo; E1) La superficie vestibular de las coronas expuestas; E2) Corte horizontal y vertical en que se ven las superficies vestibular e incisal libres de retención fibrosa y ósea; F) Vista posoperatoria que muestra a los incisivos centrales preparados para su completa erupción en su posición normal.

## NUMERO DE DIENTES RETENIDOS QUE PUEDEN SER EXTRAIDOS EN UN MISMO TIEMPO

Esto depende de las dificultades de los procedimientos operatorios necesarios para salvar las retenciones así como de la edad y condiciones físicas del paciente. Como regla los cuatro dientes retenidos más difíciles serán divididos en dos operaciones por lo menos, para prevenir las posibles complicaciones que pudieran existir en las cirugías de este tipo.

## CAPITULO XII

### COMPLICACIONES DURANTE LA EXTRACCION DE DIENTES RETENIDOS

1. Exposición del conducto dentario inferior.
2. Corte del nervio dentario inferior o lesión o compresión de este nervio, lo cual da por resultado una insensibilidad prolongada o parestesia del labio.
3. Trismo agudo que impide la masticación.
4. Fractura de raíces. Las raíces del tercer molar pueden ser forzadas hacia el seno maxilar. Las del inferior pueden ser dislocadas a través de la delgada o ausente cortical lingual hacia el espacio submaxilar. Si el conducto dentario inferior está en contacto con los ápices del tercer molar inferior, una pequeña fractura del ápice puede ser impulsada dentro del conducto cuando se hacen los intentos de extracción, a menos que se tomen grandes cuidados.
5. Desgarramiento de los vasos sanguíneos por lesión o compresión de la arteria y vena dentaria inferior. Interrupción del aporte sanguíneo al colgajo palatino durante mucho tiempo, lo cual da lugar a necrosis.
6. Fractura importante de la apófisis alveolar.
7. Traumatismo o desplazamiento de los dientes vecinos, lo cual puede hacerles perder su vitalidad y originar procesos in-

fecciosos periapicales.

8. Decoloración de los tejidos blandos, por debajo y por encima de la mandíbula, debajo del ojo, mejillas o labio inferior; esto depende del sitio operado, y es el resultado de una equimosis producida por una hemorragia posoperatoria.

9. Lesiones en los labios, mejillas y mucosas por el uso de instrumentos.

10. Apertura del seno maxilar.

11. Caída de un diente dentro del seno maxilar.

12. Empujar un tercer molar superior dentro de la fosa pterigomaxilar.

13. Comunicación con la cavidad nasal.

14. Pérdida de gran parte de la apófisis alveolar por necrosis debido al mal planeo de la técnica para la extracción de un diente retenido, lo que se produce generalmente por un gran traumatismo del hueso, por exceso de presión con el elevador, escoplos no afilados, quemadura del hueso por las fresas usadas a mucha velocidad o carentes de filo.

15. Fracturas del maxilar superior o inferior.

16. Extensas laceraciones y gran traumatización de los tejidos blandos.

17. Exposición exagerada de las raíces de los dientes vecinos que pueden dar por resultado la pérdida de estos dientes.

18. Un ápice empujado a la región submaxilar, al seno maxilar o al conducto dentario inferior.

19. Dolor, que puede ser un dolor normal por un trauma normal o el dolor intenso de la alveolitis (llamado alveolo seco).

Durante la operación con anestesia local en la mandíbula si se ejerce mucha presión con las raíces o con los instrumentos, sobre el nervio dentario inferior, el paciente experimentará dolor, lo que es cierto a pesar de que el paciente presente insensibilidad del labio y se ha observado muchas veces cuando el anestésico usado es clorhidrato de procaína al 4% por epinefrina

1:50.000 del mismo modo; cuando hay exposición pulpar como resultado de la técnica usada de seccionamiento, los tejidos pulpaes son dolorosos al contacto con la punta del aspirador. El dolor como resultado del contacto o de la compresión del nervio dentario inferior o de una pulpa expuesta, es la regla más bien que la excepción.

## CONCLUSIONES

Siempre al realizar una extracción de este tipo, es necesario que tengamos un amplio conocimiento del área o región que se va a tratar; se debe conocer perfectamente la anatomía de esta zona para así poder prevenir accidentes que nos puedan ocasionar problemas más serios que el que se tiene. (Los problemas más frecuentes son el seccionamiento de algún nervio —que da como resultado una parestesia definitiva— y el seccionamiento de un vaso sanguíneo —que ocasiona hemorragias considerables—).

La historia clínica se debe llevar a cabo de una forma ordenada y cuidadosa, ya que de estos datos que nos reporte el paciente influye mucho la forma en que se va a llevar a cabo la intervención; hay que poner especial cuidado en cada una de las preguntas que se le hagan al paciente para que las respuestas sean también amplias y nos ayuden a localizar o saber de algún problema que el paciente no le tome importancia y nos sea de gran ayuda para nosotros.

De igual forma que el punto anterior el estudio radiográfico debe ser tratado con igual cuidado, ya que es una de las bases más firmes y sólidas de las cuales nos valemos para localizar la pieza que está por extraerse, y la vía de acceso que se va a utilizar para poder realizar la extracción.

Tiempo atrás se pensaba que era mejor dejar un diente retenido intacto hasta que reportara algún problema o molestia. Ahora es diferente, la extracción de este tipo de piezas debe llevarse a cabo antes de que cause algún problema o molestia al paciente, sólo en aquellos casos es que al realizar la extracción se ponga en peligro la integridad de las demás piezas dentarias o de algún diente vecino, éste no será tocado, salvo en aquellos

casos en que el diente retenido esté causando problemas al paciente y éste decida que se lleve a cabo la extracción. (Se le debe dar oportunidad al paciente de que valore el problema, y que nos reporte la decisión que haya tomado).

El cirujano dentista es el responsable de que el instrumental (en su totalidad) se encuentre en perfectas condiciones para poder realizar este tipo de intervención (los escoplos deben estar perfectamente afilados, la pieza de mano debe funcionar correctamente, las fresas deben ser nuevas, etc.), y una cosa que es considerada de igual importancia es que este instrumental debe estar perfectamente bien esterilizado para evitar problemas infecciosos al paciente. Las indicaciones que se dieron sobre el instrumental son para evitar desgarramientos inútiles sobre los tejidos, que además son traumáticos.

Es importante hacerle ver al paciente que realice cuidadosamente las indicaciones o recomendaciones que previamente se le han dado como la higiene que debe tener en estos momentos con su boca) para evitar problemas pos-operatorios como infecciones, alveolitis, etc. Además que es importante hacer regresar al paciente algunos días después de la intervención (3 o 5 días después) para realizar una inspección de como va progresando la cicatrización y si ésta se está realizando de una forma normal.

El cirujano dentista es el único responsable de la forma en que se realizan los pasos quirúrgicos.

Este debe poner el máximo empeño, cuidado y habilidad para realizar cualquier tipo de extracción por sencilla que parezca, ya que en cualquier momento se pueden tener complicaciones con cualquiera de éstas. Esta observación y/o recomendación es dada para recapacitar un poco y evitar problemas iatrogénicos con algún ser humano, que son con quienes y para quienes trabajamos.

## GLOSARIO

- ABSCESO:** Acumulación de pus en los tejidos orgánicos (tumor, postema).
- ACONDROPLASIA:** Enfermedad que se caracteriza por la falta o suspensión de desarrollo de los miembros en longitud, conservándose el volumen del tronco.
- ADENOPATIA:** Enfermedad de las glándulas en general y de los ganglios linfáticos en particular.
- AEROFAGIA:** Afección nerviosa frecuente en el histerismo, ocasionada por la deglución de gran cantidad de aire.
- ANEMIA:** Empobrecimiento de la sangre.
- ANOREXIA:** Falta de apetito (inapetencia).
- ASTENIA:** Decaimiento considerable de fuerzas.
- CALCIFICACION:** Fenómeno que consiste en la precipitación de sales calcáreas en los tejidos orgánicos.
- CANICIE:** Color cano del pelo del hombre.
- CONGENITO:** Que se engendra junto con otra cosa, connatural y/o como nacido con uno.
- DIAPHORESIS:** Sudor, transpiración.
- DIENTES PERMANENTES:** Dientes pertenecientes a la segunda dentición, más comúnmente conocidos como "dientes definitivos".
- DIENTES TEMPORALES:** Dientes pertenecientes a la primera dentición, más comúnmente conocidos como "dientes de leche".
- DIPLOPIA:** Fenómeno morboso que consiste en ver doble los objetos.
- DISENTERIA:** Enfermedad infecciosa caracterizada por el flujo de vientre con pujos y mezcla de sangre.
- DISNEA:** Dificultad para respirar.
- DISPEPSIA:** Digestión laboriosa de carácter crónico.
- DISURIA:** Expulsión difícil de la orina.
- EDEMA:** Hinchazón blanda y fría de alguna región del cuerpo.

**EFELIDE:** Mancha cutánea producida por la acción de los rayos solares.

**EQUIMOSIS:** Mancha lívida negrusca o amarillenta de la piel o los órganos internos; ésta es resultado de la extravasación de la sangre a consecuencia de un golpe, una fuerte ligadura o alguna otra causa.

**ENOSTOSIS:** Tumor en hueso y/o médula.

**EPISTAXIS:** Flujo exagerado de sangre por las narices.

**ERITEMA:** Inflamación superficial de la piel, caracterizada por manchas rojas.

**ESPLENOMEGALIA:** Hipertrofia del bazo.

**ESTUPOR:** Disminución de la actividad de las funciones intelectuales.

**EXFOLIACION:** Pérdida o caída de la epidermis en forma de escamas.

**FLEBITIS:** Inflamación de la membrana interna de las venas.

**FORUNCULO:** Tumor inflamatorio que se forma en el espesor de la piel y termina por supuración seguida del desprendimiento de un cilindro más o menos grande y grueso a manera de raíz.

**FOTOFOBIA:** Repugnancia y horror a la luz.

**GERMEN DENTARIO:** Principio rudimentario de un nuevo órgano dentario.

**HEMAYEMESIS:** Vómito de sangre.

**HEMATOMA:** Tumor producido por una contusión.

**HEMATURIA:** Fenómeno morboso de orinar sangre.

**HEMOFILIA:** Hemopatía hereditaria, tendencia anormal a las hemorragias espontáneas o desproporcionadas con las causas que las motiva.

**HEMOPTISIS:** Hemorragia de la membrana mucosa pulmonar, que se caracteriza por la más o menos abundancia de sangre.

**HEREDITARIO:** Se aplica a las inclinaciones, costumbres, virtudes, vicios, etc. Que pasan de padres a hijos (perteneciente a la herencia).

**ICTERICIA:** Enfermedad producida por la absorción de la bilis y cuya señal exterior más susceptible es la amarillez de la piel y de las conjuntivas.

**LIPTOMIA:** Pérdida súbita y pasajera del sentido y del movimiento.

**MENARCA:** Establecimiento de la actividad menstrual.

**MERICISMO:** Regurgitación de los alimentos del estómago a la boca, en donde son preparados de nuevo antes de ser deglutidos definitivamente.

**METEORISMO:** Abultamiento del vientre por gases acumulados en el tubo digestivo.

**NECROSIS:** Muerte de un tejido cualquiera (destrucción íntima de un tejido).

**NEFROPATIA:** Nombre genérico de las enfermedades renales.

**NEURALGIA:** Dolor a lo largo de un nervio y sus ramificaciones, por lo general sin fenómeno inflamatorio.

**ODONTOMA:** Tumor duro, semejante al diente, que por lo general se forma al lado de éste.

**OSTEITIS:** Inflamación de los huesos.

- OSTEOESCLEROSIS:** Endurecimiento o densidad anormal del hueso.
- OSTEOMIELITIS:** Inflamación del hueso y de la médula ósea.
- OTITIS:** Inflamación del oído.
- OXICEFALEA:** Se presenta la cabeza en forma de pico o punta.
- PALUDISMO:** Enfermedad febril e infecciosa derivada de un germen que transportan ciertos mosquitos que se desarrollan en las aguas estancadas.
- PAPULA:** Secreción purulenta por la orina.
- POLIURIA:** Secreción y excreción de gran cantidad de orina.
- PUSTULA:** Vejiguilla inflamatoria de la piel, llena de pus.
- RAQUITISMO:** Que padece raquitis; mezuino, endeble, débil.
- REGURGITACION:** Expeler por la boca sin esfuerzo o sacudida de vómito sustancias líquidas o sólidas contenidas en el estómago o esófago.
- SIALORREA:** Salivación abundante que puede ser producida por un estado nervioso muy especial.
- SIFILIS:** Enfermedad virulenta específica transmitida por la unión sexual, simple contacto o por herencia. (Enfermedad venérea).
- SINCOPE:** Pérdida repentina del conocimiento y de la sensibilidad.
- SUPURACION:** Formar pus.
- TENESMO:** Pujo; sensación desagradable de querer orinar y/o defecar sin lograrlo o realizarlo con demasiado esfuerzo. Deposiciones sanguinolentas de moco o sangre.
- TRISMO:** Rigidez espasmódica de los músculos de la mandíbula inferior.
- ULCERA:** Solución de continuidad con pérdida de substancia en los tejidos orgánicos, acompañada ordinariamente de pus.
- VITILIGO:** Pérdida de la pigmentación de la piel.

## BIBLIOGRAFIA

- I. ARCHER WILLIAM HARRY. Cirugía Bucal - Atlas Paso por Paso de Técnicas Quirúrgicas. Tomo I Segunda Edición. Editorial Mundi, S.A.C.I.F. Buenos Aires, Argentina.
- II. GUSTAV O. KRÜGER. Cirugía Buco-Maxilofacial. Tomo único, Quinta Edición. Editorial Médica Panamericana.
- III. ALFONSO SANCHEZ SILVA. Introducción a la Técnica y Educación Quirúrgicas. Tomo único, Segunda Edición. Editor Francisco Méndez Cervantes. México, D. F., México.
- IV. Quintaesencia en Español. Inclusión Bilateral de Caninos Inferiores. Volumen 3, Tomo I, enero 1981. Revista Oficial de la Facultad de Odontología U.N.A.M.
- V. Diccionario de Medicina, Inglés-Español. Primera Edición, 5 tomos. Editorial Interamericana, S. A. de C. V. México, D. F., México.

# INDICE

<b>CAPITULO I</b>		
	Introducción .....	1
	Breve Historia .....	2
	Dientes Retenidos .....	3
<b>CAPITULO II</b>		
	Etiología de Dientes Retenidos.....	4
	Frecuencia de Dientes Retenidos.....	6
	Causas Generales de Retención.....	7
<b>CAPITULO III</b>		
	Accidentes causados por Dientes Retenidos.....	9
	Accidentes Mecánicos .....	9
	Accidentes Infecciosos .....	10
	Accidentes Nerviosos .....	11
	Accidentes Tumorales .....	11
	Quistes Dentígeros .....	12
	Dientes Supernumerarios .....	12
<b>CAPITULO IV</b>		
	Clasificación de Terceros Molares Superiores Retenidos....	13
	Clasificación de Terceros Molares Inferiores Retenidos....	14
	Clasificación de Premolares Superiores Retenidos.....	16
	Clasificación de Premolares Inferiores Retenidos.....	16
	Clasificación de Caninos Superiores Retenidos.....	16
	Clasificación de Caninos Inferiores Retenidos.....	17
<b>CAPITULO V</b>		
	Historia Clínica .....	18

Datos Generales .....	18
Exploración Física .....	22
<b>CAPITULO VI</b>	
Preoperatorio .....	25
Operatorio .....	26
Posoperatorio .....	26
<b>CAPITULO VII</b>	
Instrumental .....	29
Pasos para la Extracción de Dientes Retenidos.....	30
Tipos de Incisiones Utilizadas para la Extracción de Dientes Retenidos .....	34
Indicaciones para la Extracción de Dientes Retenidos.....	36
Contraindicaciones para la Extracción de Dientes Retenidos	37
<b>CAPITULO VIII</b>	
Técnica de Extracción del Tercer Molar Superior Retenido	39
Posición Vertical .....	39
Posición Mesioangular .....	41
Posición Distoangular .....	42
Extracción de Tercer Molar con Formación Incompleta....	43
<b>CAPITULO IX</b>	
Técnica de Extracción de Premolares Superiores Retenidos	45
Extracción de Premolares Inferiores Retenidos Vertical- mente .....	49
Extracción de Premolares Inferiores Retenidos Horizontal- mente .....	52
Extracción de Caninos Inferiores Linguales.....	53
Complicaciones Después de la Extracción de Dientes Re- tenidos .....	56
<b>CAPITULO X</b>	
Técnica de Extracción del Canino Superior Retenido.....	57
Estudio Clínico y Radiológico de Caninos Retenidos.....	57
En Posición Palatina.....	60
En Posición Vestibular.....	66
Extracción de Caninos Superiores Retenidos en Pacientes Desdentados .....	68
Caninos Inferiores Retenidos.....	68
En Posición Vestibular.....	70

Retención Bilateral de Caninos Inferiores.....	72
Presentación del Caso.....	73

## **CAPITULO XI**

Extracción de Dientes Retenidos por Vía Extrabucal.....	77
Retención por Tejidos Blandos.....	79
Número de Dientes Retenidos que pueden ser Extraídos en un mismo tiempo.....	82

## **CAPITULO XII**

Complicaciones Durante la Extracción de Dientes Retenidos	83
CONCLUSIONES .....	86
GLOSARIO .....	88
BIBLIOGRAFIA .....	91
INDICE .....	92