

COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. de copia _____

Fecha de compra M 274 1988 _____

Compra Canje Donación

Editorial _____

Solicitado por _____

Fecha _____

Precio _____

T.O.
274
274
1988

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

00304

MANUAL DE PROCEDIMIENTO EN EXODONCIA DE DIENTES INCIJIDOS

14-6-01-1988

CLAUDIA PATRICIA ESPINOSA URICOECHEA

831079

Bogotá, Colombia; Mayo 20 de 1988

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS EN EXODONCIA DE DIENTES INCIJIDOS

CLAUDIA PATRICIA ESPINOSA URICOECHEA

831079

Monografía presentada en
cumplimiento parcial de
los requisitos exigidos
para optar por el título
de Odontólogo

Mayo 20 de 1988

INDICE GENERAL

	pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I GENERALIDADES	3
1. PATOGENIA	3
1.1. CAUSAS GENERALES	3
1.2. CAUSAS EMBRIOLOGICAS	3
1.3. OBSTACULOS MECANICOS	4
1.3.1. Falta material de espacio.	4
1.3.2. Condensación de hueso.	4
1.3.3. Organos dentarios.	4
1.3.4. Elementos patológicos.	4
1.4. ACCIDENTES ORIGINADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS	5
1.4.1. Accidentes mecánicos.	5
1.4.1.1. Trastornos sobre la colocación normal de los dientes.	5
1.4.1.2. Trastornos sobre la integridad anatómica del diente.	5
1.4.1.3. Trastornos protésicos.	5
1.5. ACCIDENTES INFECCIOSOS	6
1.6. ACCIDENTES NERVIOSOS	6
1.7. ACCIDENTES TUMORALES	7
1.8. ACCIDENTES MUCOSOS	7
1.8.1. Pericoronitis.	7
1.8.2. Tratamiento de la pericoronitis.	8

1.9.	DEFINICION DIENTES INCIUIDOS	9
1.9.1.	Frecuencia de dientes incluidos.	9
1.9.2.	Indicaciones para extracción.	10
1.9.3.	Contraindicaciones.	11
	CAPITULO II HISTORIA CLINICA	12
2.	DEFINICION	12
2.1.	IDENTIFICACION DEL PACIENTE	12
2.2.	ANAMNESIS	12
2.2.1.	Antecedentes de salud general del paciente.	12
2.2.2.	Antecedentes estomatognóticos.	14
2.3.	EXAMEN FISICO	15
2.4.	EXAMEN ORAL	15
2.5.	EXAMENES COMPLEMENTARIOS	16
2.6.	DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS	17
2.7.	PLAN DE TRATAMIENTO SEGUN PRIORIDADES	17
	CAPITULO III PASOS EN LA EXODONCIA DE INCIUIDOS E INSTRUMENTAL	18
3.	PASOS, INSTRUMENTAL BASICO	18
3.1.	INCISION	18
3.1.1.	Características de una incisión.	18
3.1.2.	Instrumental.	19
3.2.	LEVANTAMIENTO DE COLGAJO	19
3.2.1.	Pasos en la preparación del colgajo	19
3.2.2.	Instrumental.	20
3.3.	OSTEOTOMIA	20
3.3.1.	Definición y características.	20
3.3.2.	Instrumental.	20
3.4.	ODONTOSECCION	21
3.4.1.	Definición y características.	21

3.4.2. Instrumental	21
3.5. LUXACION Y EXTRACCION	21
3.5.1. Definición.	21
3.5.2. Instrumental.	22
3.6. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA	22
3.6.1. Definición.	22
3.6.2. Instrumental.	22
3.7. REPOSICION DEL COLGAJO	22
3.7.1. Definición.	22
3.7.2. Instrumental.	22
3.8. SUTURA	22
3.8.1. Definición y características.	22
3.8.2. Instrumental.	23
CAPITULO IV CANINOS INCIUIDOS	24
4. CLASIFICACION CANINOS SUPERIORES E INFERIORES	24
4.1. EXODONCIA DE CANINO SUPERIOR VIA PALATINA	26
4.1.1. Radiografía.	26
4.1.2. Asepsia y Anestesia.	27
4.1.3. Retención bilateral.	28
4.1.4. Levantamiento del colgajo.	28
4.1.5. Osteotomía.	28
4.1.6. Luxación, Odontosección y Extracción.	29
4.1.7. Tratamiento de la cavidad ósea.	29
4.1.8. Sutura.	30
4.2. EXODONCIA CANINO SUPERIOR VIA VESTIBULAR	30
4.2.1. Radiografía.	30
4.2.2. Asepsia y Anestesia.	30
4.2.3. Incisión.	30

4.2.4.	Levantamiento del colgajo.	30
4.2.5.	Osteotomía.	30
4.2.6.	Extracción.	31
4.2.7.	Tratamiento cavidad ósea.	31
4.2.8.	Sutura.	31
4.3.	EXODONCIA DE CANINOS SUPERIORES EN UNA POSICION INTER-MEDIA	31
4.4.	EXTRACCION DE CANINOS EN MAXILARES DESDENTADOS	31
4.5.	EXODONCIA CANINO INFERIOR VIA VESTIBULAR	32
4.5.1.	Radiografía.	32
4.5.2.	Asepsia y Anestesia.	32
4.5.3.	Incisión.	33
4.5.4.	Levantamiento del colgajo.	33
4.5.5.	Osteotomía.	33
4.5.6.	Extracción.	33
4.5.7.	Tratamiento de la cavidad ósea.	34
4.5.8.	Sutura.	34
4.6.	EXODONCIA CANINOS INFERIORES LINGUALES	34
	CAPITULO V TERCER MOLAR INFERIOR INCIUIDO	35
5.	CLASIFICACION	35
5.1.	EXODONCIA TERCER MOLAR INFERIOR INCIUIDO POSICION VERTICAL	36
5.1.1.	Radiografía.	36
5.1.2.	Anestesia.	36
5.1.3.	Incisión.	36
5.1.4.	Levantamiento del colgajo.	37
5.1.5.	Osteotomía.	37
5.1.6.	Odontosección.	37

5.1.7.	Extracción.	37
5.1.8.	Tratamiento de la cavidad.	37
5.1.9.	Sutura.	37
5.2.	EXODONCIA TERCER MOLAR INCIUIDO POSICION HORIZONTAL	37
5.2.1.	Radiografía.	37
5.2.2.	Anestesia.	37
5.2.3.	Incisión.	38
5.2.4.	Levantamiento colgajo.	38
5.2.5.	Osteotomía.	38
5.2.6.	Odontosección.	38
5.2.7.	Extracción.	38
5.2.8.	Tratamiento de la cavidad.	38
5.2.9.	Sutura.	38
5.3.	EXODONCIA TERCER MOLAR INCIUIDO POSICION MESIOANGULAR	39
5.3.1.	Radiografía	39
5.3.2.	Anestesia.	39
5.3.3.	Incisión.	39
5.3.4.	Levantamiento del colgajo.	39
5.3.5.	Osteotomía.	40
5.3.6.	Luxación y odontosección.	40
5.3.7.	Extracción.	40
5.3.8.	Tratamiento de la cavidad.	40
5.3.9.	Sutura.	40
5.4.	EXODONCIA TERCER MOLAR INFERIOR INCIUIDO POSICION: <u>DIS</u> TOANGULAR	40
5.4.1.	Radiografía.	41
5.4.2.	Anestesia.	41
5.4.3.	Incisión.	41

5.4.4.	Levantamiento de colgajo.	41
5.4.5.	Osteotomía.	41
5.4.6.	Odontosección y extracción.	41
5.4.7.	Tratamiento de la cavidad ósea.	41
5.4.8.	Sutura.	42
CAPITULO VI TERCER MOLAR SUPERIOR INCIUIDO		43
6.	CLASIFICACION	43
6.1.	EXODONCIA TERCER MOLAR SUPERIOR INCIUIDO POSICION MESIO- ANGULAR	43
6.1.1.	Radiografía.	43
6.1.2.	Anestesia.	43
6.1.3.	Incisión.	43
6.1.4.	Levantamiento de colgajo.	44
6.1.5.	Osteotomía.	44
6.1.6.	Luxación y extracción.	44
6.1.7.	Tratamiento de la cavidad ósea.	44
6.1.8.	Sutura.	44
6.2.	EXODONCIA TERCER MOLAR SUPERIOR INCIUIDO POSICION DIS- TOANGULAR	44
6.2.1.	Radiografía.	44
6.2.2.	Anestesia.	45
6.2.3.	Incisión.	45
6.2.4.	Levantamiento colgajo mucoperióstico.	45
6.2.5.	Osteotomía.	45
6.2.6.	Luxación y extracción.	45
6.2.7.	Tratamiento de la cavidad ósea.	45
6.2.8.	Sutura.	45
6.3.	EXODONCIA TERCER MOLAR SUPERIOR INCIUIDO POSICION VERTI- CAL	45

6.3.1.	Radiografía.	45
6.3.2.	Asepsia y Anestesia.	46
6.3.3.	Incisión.	46
6.3.4.	Osteotomía.	46
6.3.5.	Extracción.	46
6.3.6.	Tratamiento de la cavidad ósea.	46
6.3.7.	Sutura.	46
CAPITULO VII DIENTES INCLUIDOS EN DIFERENTES POSICIONES		47
7.	POSICIONES	47
7.1.	PROCEDIMIENTO	47
7.1.1.	Radiografía.	47
7.1.2.	Anestesia.	47
7.1.3.	Abordaje.	47
CAPITULO VIII TRATAMIENTO POSTOPERATORIO A EXODONCIA DE DIENTES INCLUIDOS		50
8.	TRATAMIENTO	50
8.1.	FARMACOTERAPIA	50
8.2.	Terapia física.	51
8.3.	Dieta.	51
8.4.	Terapia vitamínica.	51
CONCLUSIONES		52
BIBLIOGRAFIA		56

LISTA DE FILMINAS

		pág.
FILMINA	1 Bolsa distal en el segundo molar debido a un tercer molar inferior incluido.	11
FILMINA	2 Caso clínico de un canino superior incluido por palatino, el cual no se extrae sino se expone para hacer tratamiento de ortodon-	
FILMINA	3	
FILMINA	4	
FILMINA	5	11
FILMINA	6 Instrumental para luxación.	21
FILMINA	7 Instrumental para extracción.	21
FILMINA	8 Forceps No.65, 69, 150 y 151.	22
FILMINA	9 Clasificación de radiografía de caninos superiores.	25
FILMINA	10 Anestesia Nervio Infraorbitario.	27
FILMINA	11 Anestesia Nervio Nasopalatino.	28
FILMINA	12 Colgajo de caninos retenidos por palatino bilateral.	28
FILMINA	13 Exodoncia canino superior retenido por palatino.	30
FILMINA	14 Exodoncia canino superior retenido por palatino bilateral.	30

FILMINA	15	Posición de caninos superiores intermedia y vestibular.	31
FILMINA	16	Anestesia Nervio Dentario Inferior.	33
FILMINA	17	Anestesia Nervio Lingual.	33
FILMINA	18	Anestesia Nervio Largo Bucal.	33
FILMINA	19	Clasificación del Tercer Molar Inferior Retenido.	36
FILMINA	20	Odontosección de un Tercer Molar Inferior Retenido en posición vertical.	37
FILMINA	21	Exodoncia Tercer Molar Inferior Retenido posición vertical.	37
FILMINA	22	Odontosección de un Tercer Molar Inferior Retenido en posición horizontal.	38
FILMINA	23	Exodoncia Tercer Molar Inferior Retenido en posición horizontal.	39
FILMINA	24	Anestesia Nervio Dentario Inferior.	39
FILMINA	25	Anestesia Nervio Largo Bucal.	39
FILMINA	26	Incisión.	39
FILMINA	27	Incisión.	39
FILMINA	28	Levantamiento del colgajo mucoperióstico.	39
FILMINA	29	Fijación del colgajo.	39
FILMINA	30	Fijación del colgajo.	39

FILMINA	31	Retiro del capuchón pericoronario.	40
FILMINA	32	Osteotomía.	40
FILMINA	33	Osteotomía.	40
FILMINA	34	Observación posición del diente.	40
FILMINA	35	Observación posición del diente.	40
FILMINA	36	Luxación.	40
FILMINA	37	Odontosección.	40
FILMINA	38	Extracción parte del Molar.	40
FILMINA	39	Extracción parte del Molar.	40
FILMINA	40	Reposición colgajo y sutura.	40
FILMINA	41	Sutura.	40
FILMINA	42	Sutura.	40
FILMINA	43	Odontosección del tercer Molar Inferior <u>Ret</u> nido posición distoangular.	41
FILMINA	44	Exodoncia Tercer Molar Inferior posición <u>dis</u> toangular.	42
FILMINA	45	Clasificación del Tercer Molar Superior In- cluído.	43
FILMINA	46	Anestesia Nervio Zigomático.	43
FILMINA	47	Anestesia Nervio Palatino Anterior.	43

FILMINA 48	Exodoncia Tercer Molar Superior Incluido posición mesioangular.	44
FILMINA 49	Radiografías del Tercer Molar Superior Incluido posición vertical.	45

NOTA: De la Filmina No.24 a la No.42 corresponden a Caso Clínico Exodoncia Tercer Molar Inferior Retenido posición Mesioangular.



Bogotá, Mayo 20 de 1988

Doctora
MARISOL ARANGO DE LEON
Decana de la Facultad de Odontología
Colegio Odontológico Colombiano
La Ciudad

Respetada Doctora:

En cumplimiento del requisito académico me es grato presentar a usted la presente Monografía cuyo tema "Manual de procedimiento en exodoncia de dientes incluidos", ha sido elaborada mediante la revisión de diferente literatura específica en la materia, recopilando y seleccionando datos y además con experiencia clínica efectuada en el Colegio Odontológico Colombiano.

En las circunstancias antes expuestas, he querido lograr cumplir con el propósito del tema, ajustándome a la metodología exigida por el Departamento de Investigación de la Facultad.

En esta labor fui asesorada por la Doctora Pilar Madero de Jiménez, profesional del Colegio Odontológico Colombiano, a quién aprovecho la oportunidad de darle mis agradecimientos.

Con espera de contar con su beneplácito, me suscribo de usted,

Claudia P. Espinosa U.

Claudia Patricia Espinosa Uricoechea

Bogotá, Mayo 20 de 1988

Doctora
MARISOL ARANGO DE LEON
Decana de la Facultad de Odontología
Colegio Odontológico Colombiano
La Ciudad

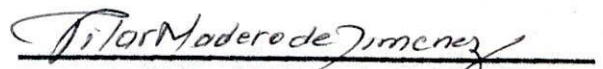
Apreciada Doctora:

Me complacé haber colaborado con la alumna Claudia Patricia Espinosa U. en el desarrollo del tema "Manual de procedimiento en exodoncia de dientes incluídos", trabajo al cual se le ha colocado dedicación y esfuerzo, para que tenga connotaciones importantes en el campo específico de la cirugía oral.

El presente es producto de experiencia clínica y de la investigación de diferentes autores.

Espero haber contribuído en el logro del objetivo propuesto.

Cordialmente,


Pilar Madero de Jiménez
R.O. 06 3325

INTRODUCCION

A través de la evolución del hombre, su bóveda craneana ha venido en crecimiento a expensas de su aparato masticatorio, lo cual ha con-llevado a una disminución paulatina de el espacio de los maxilares. La dieta blanda y los alimentos de moderno procesamiento, hacen innecesario unos maxilares de mayor número de dientes.

Los terceros molares tienden a una lenta desaparición que se traduce en un aumento de las personas con dientes incluidos y sus consecuen-cias fisiológicas.

Se pretende con este Manual establecer unos procedimientos teorico-prácticos que den al estudiante y al odontólogo una visión de la evolu-ción del tratamiento y de las soluciones en la exodoncia de dientes incluidos; mediante la práctica en la clínica del Colegio Odontológico Colombiano y la consulta de diferentes autores sobre el tema.

Dentro del campo de las exodoncias, quizás la de mayor cuidado es la de dientes incluidos por sus características anatómicas y por la dificultad en el acceso restringido por labios, carrillos y lengua; contando además con un campo operatorio de difícil visibilidad, no sólo por su localización, sino por la hemorragia producida. Además de las anteriores consideraciones nos encontramos frente a los microorganismos que son propios de la cavidad oral y que nos podrán causar problemas de infección si se reunen con instrumental no esterilizado.

correctamente, en un paciente de bajas defensas.

La evolución del tratamiento requiere de diagnósticos precisos basados en la fisiología, anatomía, estudios radiográficos y en general en una buena evolución de la historia clínica de nuestro paciente.

Para hacer más claro y gráfico el contenido se ha recurrido a la toma de fotografías que se presentan en filminas con el desarrollo del tema.

CAPITULO I GENERALIDADES

1. PATOGENIA

La causa de retención dentaria es más que todo de tipo mecánico. Este diente que debe erupcionar encuentra un obstáculo que impide que la erupción se realice. Se pueden clasificar las razones por las cuales el diente no hace erupción, así:

1.1. CAUSAS GENERALES

Toda enfermedad que se encuentre en relación directa con las glándulas endocrinas puede causar trastornos en la erupción. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio como requisito también tienen influencia sobre retención dentaria.

1.2. CAUSAS EMBRIOLOGICAS

La ubicación especial de un germen dentario en sitio muy alejado del de normal erupción, por razones mecánicas el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

El germen dentario puede hallarse en su sitio pero en una angulación determinada, que al calcificarse el diente y empezar el proceso de erupción la corona toma contacto con un diente adyacente retenido o erupcionado, este contacto constituye una verdadera fijación del

diente en erupción en mala posición. Sus raíces se constituyen pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que le permita erupcionar normalmente.

1.3. OBSTACULOS MECANICOS

Son los que pueden interponerse a la erupción normal.

1.3.1. Falta material de espacio. Se pueden considerar varias posibilidades complementada la calcificación del diente y en maxilares de dimensiones reducidas, no tiene lugar para ir a ocupar su sitio normal en la arcada.

1.3.2. Condensación de Hueso. Hueso con una condensación tal que no puede ser vencido en el trabajo de erupción como en la enostosis, osteítis condensante, osteoesclerosis, procesos óseos que originan una imagen "lechosa" ó blanquécina.

1.3.3. Organos dentarios. Otro impedimento que se opone a la normal erupción puede ser un órgano dentario; dientes adyacentes que por extracción prematura del temporal han acercado sus coronas, constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del permanente.

1.3.4. Elementos patológicos. Se oponen a la normal erupción dentaria: dientes supernumerarios, tumores odontogénicos (odontomas), constituyen un impedimento mecánico de la erupción dentaria. Los quistes dentígenos no permiten al diente cuya corona envuelven hacer erupción.

1.4. ACCIDENTES ORIGINADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS

Todo diente retenido es susceptible de producir trastornos de índoles diferentes, aunque muchas veces pasan inadvertidos y no ocasionan ninguna molestia al paciente. Estos accidentes pueden ser:

1.4.1 Accidentes mecánicos. Los incluidos actuando mecánicamente sobre los dientes vecinos pueden producir:

1.4.1.1. Trastornos sobre la colocación normal de los dientes. El trabajo mecánico de un incluido en su intento de erupción produce desviaciones en la dirección de los dientes adyacentes y aún trastornos a distancia como el que produce el tercer molar sobre el canino e incisivos, a los cuales desvía de su normal dirección produciendo apiñamientos.

1.4.1.2. Trastornos sobre la integridad anatómica del diente. La constante presión que el diente incluido o su saco dentario ejerce sobre el diente adyacente, se traduce por alteraciones en el cemento, en la dentina y aún en la pulpa de estos dientes. Como complicación de la invasión pulpar, puede haber procesos periodónticos de diversas índoles, de diferente intensidad e importancia.

1.4.1.3. Trastornos protésicos. Se han reportado casos de pacientes portadores de aparatos de prótesis los cuales se quejan que sus prótesis ya no adaptan bien como sí lo estaban antes, al examen clínico se observa una protuberancia en la encía y la radiografía aclara el diagnóstico de una retención dentaria. El diente en su trabajo de

erupción cambió la arquitectura del maxilar.

1.5. ACCIDENTES INFECCIOSOS

Estos están dados por la infección en su saco pericoronario, la cual puede originarse por diferentes mecanismos y vías:

- Al hacer erupción el diente retenido, su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal.
- El proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o periodóntico de un diente adyacente.
- La infección del saco puede originarse por la vía hemática.

La infección del saco presenta: inflamación local, dolor, aumento de temperatura local, absceso y fístula subsiguiente, osteítis y osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos generales.

Los procesos infecciosos del saco pueden actuar como infección local produciendo trastornos de la más diversa índole y a distancia sobre los órganos vecinos como seno maxilar o fosas nasales.

1.6. ACCIDENTES NERVIOSOS

La presión que el diente ejerce sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios o sobre sus troncos mayores, es posible origine algias de intensidad, tipo y duración variables (neuralgias del trigémino).

1.7. ACCIDENTES TUMORALES

Quistes dentígenos: estos tienen su comienzo indudable en la hiper-genésis del saco folicular a expensas del cual se forman. Todo diente retenido es un quiste dentífero en potencia. Los dientes portadores de tales quistes emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso, pues el quiste en su crecimiento rechaza centrífugamente el diente originador.

Maurel citó el caso de un épolis. Loos presentó un caso de tumor maligno originado por un diente retenido.

1.8. ACCIDENTES MUCOSOS

1.8.1. Pericoronitis. Es la infección e inflamación del capuchón pericoronario que cubre a un diente incluido.

Los signos y síntomas son:

- Dolor: puede localizarse en la región del capuchón, o irradiarse en la línea del nervio dentario inferior, o tomar otras vías, a veces se ubica el dolor a nivel de oído. El dolor es más intenso en las noches, aumento con el roce de alimentos, o con cambios de temperatura debido a fenómenos de compresión del saco pericoronario y de la mucosa inflamada, o a la existencia de una úlcera debajo del capuchón.
- Tumor: La encía que cubre el molar se encuentra edematizada, aumentando de volumen.

- Rubor: La encía cambia su color normal y se presenta rojiza y brillante.
- Calor: La vasodilatación consiguiente ocasiona un cambio de temperatura en la región.

El estado general puede incurrir en fiebre, anorexia, inflamación de ganglios regionales, trismus, decaimiento general.

1.8.2. Tratamiento de la pericoronitis. Los únicos casos que indican la operculectomía con respecto a la posición del tercer molar es la posición vertical y espacio para la erupción de éste si es necesaria, de otra forma se espera que pase el proceso agudo y se hace la extracción del molar retenido.

- Farmacoterapia: Antibiótico: Dalacín, cápsulas x 150 mg.; 24 cápsulas tomar 1 cápsula cada 6 horas. Anti-inflamatorio y analgésico: Motrín grageas de 400 mg., 30 grageas, tomar 3 veces al día 1 gragea.
- Extirpación quirúrgica u operculectomía: (pasado el proceso agudo). Limpiar la zona con solución antiséptica como agua oxigenada o perborato de sodio. Anestesia del nervio dentario inferior, nervio lingual. Incisiones: con un bisturí de hoja corta se hacen dos incisiones paralelas vestibular y lingual; las incisiones deben llegar a tejido óseo o esmalte dentario.

Se hace el desprendimiento con un periostótomo y con una pinza Kelly recta y se deja la corona expuesta. Se le indica al paciente que

continúe con la farmacoterapia y se hacen controles.

1.9. DEFINICION DIENTES INCIUIDOS

Se denominan dientes incluidos aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La retención dentaria puede presentarse en dos formas: El diente está rodeado por tejido óseo (retención intraósea) o el diente está cubierto por la mucosa gingival (retención subgingival).

1.9.1. Frecuencia de dientes incluidos. En orden de mayor frecuencia a menor son:

Tercer molar inferior 35%
 Canino superior 34%
 Tercer molar superior 9%
 Segundo premolar inferior 5%
 Canino inferior 4%
 Segundo premolar superior 4%
 Incisivo central superior 4%
 Primer premolar inferior 2%
 Incisivo lateral superior 1.5%
 Incisivo lateral inferior 0.8%
 Primer premolar superior 0.8%
 Primer molar superior 0.4%
 Segundo molar inferior 0.4%



Incisivo central inferior 0.4%

Segundo molar superior 0.1%

El número de dientes incluidos en un mismo paciente es variable. En la dentición temporal es muy raro encontrar incluidos, a no ser que se trate de una inclusión secundaria, la cual nos muestra la presencia de dientes temporales en adultos pero no son incluidos, sino que los dientes adyacentes le hacen presión y lo oncluyen, generalmente se encuentran debajo del plano de oclusión.

1.9.2. Indicaciones para extracción.

- Cuando observamos que clínicamente no hay espacio para que erupcionen.
- Cuando está causando presión sobre raíces de dientes adyacentes y los está haciendo migrar.
- Para evitar que produzcan una pericoronitis.
- Para evitar complicaciones de tipo quístico.
- Para evitar que causen problemas de tipo neurálgico.
- Todo diente que no asume su posición y función correcta en el arco dentario.

- En individuos de edad a los cuales se les va a realizar una prótesis. Estos dientes deben extraerse para asegurar el éxito de la prótesis.

- Extirpación quirúrgica del tercer molar incluido como prevención de una bolsa distal del segundo molar. (Ver Filmina No.1)

1.9.3. Contraindicaciones.

- Cuando los caninos superiores están incluidos y hay persistencia del canino temporal se contempla la posibilidad de hacer la extracción del temporal, exponer quirúrgicamente el permanente y reposicionarlo correctamente en su sitio por medios ortodóncicos. (Ver Filminas Nos. 2, 3, 4 y 5)

- Cuando un joven debe perder todos sus dientes para hacerse prótesis completas no debe perder los terceros molares no erupcionados, dado que la erupción de estos dientes va a ayudar a la formación de la tuberosidad, la prótesis puede hacerse entonces sobre los dientes no erupcionados haciéndole conocer la situación al paciente, de manera que estos dientes puedan extraerse más tarde cuando aparezcan por debajo de la mucosa.

CAPITULO II HISTORIA CLINICA

2. DEFINICION

La historia clínica es la fuente de información más valiosa para conocer los antecedentes de salud y los resultados de los exámenes físicos y complementarios de un paciente que permiten establecer diagnósticos precisos para definir el plan de tratamiento más adecuado para el paciente.

2.1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

- Nombre y Apellidos
- Edad
- Sexo
- Documento de identificación
- Grupo sanguíneo
- Lugar de nacimiento y fecha
- Lugar de residencia actual y dirección
- Responsable del paciente, nombre y apellidos, dirección y teléfono.

2.2. ANAMNESIS

2.2.1. Antecedentes de salud general del paciente.

- Alteraciones cardíacas:

- . Disnea: sensación de falta de aire
- . Precordialgia: dolor en áreas circundantes al corazón la cual puede deberse a: problemas a nivel de esófago como tumores o infecciones, a problemas gastrointestinales, desgarramientos musculares, problemas de columna.
- . Fatiga
- . Palpitaciones en pacientes flatulentos, o en pacientes con amibiasis.
- . Cianosis: coloración azulosa de mucosa y extremidades, uñas, labios, puede haber problemas de comunicación interventricular.

- Alteraciones articulares, preguntarle al paciente si padece de artritis reumatoidea, observar dedos torcidos, también antecedentes de fiebre reumática, si los tiene se debe premedicar antibiótico antes de cualquier intervención quirúrgica, debido a que sería un paciente con tendencia a infecciones.

- Alteraciones de crecimiento, como hipotiroidismo, hipertiroidismo, problemas de hipófisis, o simplemente por malnutrición.

- Alteraciones respiratorias como sinusitis, desviación tabique, congestión nasal, respirador bucal.

- Alergias, asma, alergia a antibióticos.

- Alteraciones hematológicas; equimosis, hematomas.

- Alteraciones neurológicas, epilépticas, migrañas, fracturas y luxaciones.
- Cirugías mayores, enfermedades graves.
- Antecedentes de narcóticos, alcohol.
- En mujeres: si está embarazada o nó.
- Trastornos endocrinos: diabetes y si por alguna razón requiere cortizona.

2.2.2. Antecedentes estomatognóticos.

- Ultima visita al odontólogo
- Qué tipo de tención odontológica ha recibido
- Si le han tomado radiografías en la cavidad oral
- Si no ha perdido dientes por accidente
- Si le han aplicado anestesia local o nó
- Si ha tenido reacción alérgica a la anestesia
- Si ha tenido hemorragias postoperatorias

2.3 EXAMEN FISICO

- Tomar la presión arterial (valor normal 120 ± 20)
 70 ± 15)
- Ritmo cardíaco, si es rítmico o arrítmico
- Pulsaciones por minuto
- Temperatura oral
- Todo esto de acuerdo a la edad, sexo del paciente
- Observar si hay adenopatías y localizarlas

2.4. EXAMEN ORAL

- Inspección tejidos duros C.O.P. caries, hipoplasias
- Inspección tejidos blandos: lengua, labios, carrillos, gingiva, observar color, consistencia, textura.
- Palpación de músculos masticadores
- Palpación de la A.T.M. observar si hay sintomatología o nó
- Hacer la clasificación de oclusión del paciente:
Normoclusión clase 1

Distoclusión clase 2

Mesiooclusión clase 3

- Interferencias complementarias de diagnóstico

2.5. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- Radiografías intraorales que pueden ser periopicales y oclusales del lugar y sitio que necesitemos

- Radiografías extraorales

En el caso de intervenciones quirúrgicas es necesario pedir exámenes de laboratorio con lo siguiente:

- Recuento de glóbulos rojos 1
valores normales H = 5.4 ± 0.7
M = 4.8 ± 0.6
- Recuento de leucocitos
valores normales H = 7.8 ± 3
M = 7.8 ± 3
- Hematocritos
Valores normales H = 47 ± 5
F = 42 ± 5



- Perfil de coagulación
 - Tiempo de coagulación (Lee - White)
Valores normales: 5 - 10 minutos
 - Tiempo de sangría (Duke)
Valores normales: 1 - 3 minutos
 - Tiempo de tromboplastina (TPT)
Valores normales: 35 - 40 segundos
 - Tiempo de protrombina (TP)
Valores normales: 12-15 segundos
 - Recuento de plaquetas
Valores normales: 150.000 - 350.000 mm³

2.6 DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

Con los resultados de los exámenes y todo lo hecho en la historia, tenemos claramente una visión de los problemas de nuestro paciente.

2.7 PLAN DE TRATAMIENTO SEGUN PRIORIDADES

Ya los diagnósticos definitivos hechos, trazamos un plan de tratamiento, en el cual se debe tener en cuenta las diferentes prioridades de estos para empezar a realizar la evolución de estos tratamientos.

CAPITULO III PASOS EN LA EXODONCIA
DE INCIJIDOS E INSTRUMENTAL

3. PASOS INSTRUMENTAL BASICO

3.1. INCISION

Es el trazo que hacemos sobre la zona a intervenir, siendo de una profundidad mucoperióstica.

3.1.1. Características de una incisión.

- Debe ser de base ancha para que conserve buen aporte sanguíneo al levantarse y que no se necrose; para una buena visualización del campo a intervenir; para que dé un espacio suficiente pero que no se traumatice los tejidos al retraerlos y separarlos.
- Deben ser susceptibles de ampliarse en el momento en que sea necesario.
- La incisión debe ser de un solo trazo y debe ser perpendicular a los tejidos.
- La incisión debe circunscribir el colgajo que al ser reposicionado la línea de incisión no debe quedar sobre tejido enfermo, o sobre la cavidad ósea ya que se invagina; debe quedar sobre tejido sano.

3.1.2. Instrumental. Instrumental básico: espejo bucal, explorador, pinzas algodóneas. Mango bisturí Bard-Parker No.3. Hoja para bisturí No.15.

3.2. LEVANTAMIENTO DE COLGAJO

Consiste en elevar la mucosa y periostio que hemos incidido para observar tejido óseo.

3.2.1. Pasos en la preparación del colgajo.

- Tener en cuenta el recorrido de nervios y vasos del tejido blando que serían incluidos en el colgajo y planear las incisiones de manera que el colgajo tenga el máximo de irrigación y se seccionen el menor número de filamentos nerviosos.
- La unión del periostio al hueso debe seccionarse de manera cuidadosa, para que cuando vayamos a levantar el colgajo se levante todo el tejido mucoperiostio y quede libre el hueso.
- Al planear colgajos hay que cerciorarse de que la base sea más ancha que el borde libre, por una base ancha penetran muchos vasos sanguíneos que asegurarán la mejor irrigación del colgajo.
- Hay que asegurar siempre que el colgajo sea más amplio que la cavidad ósea resultante de la intervención, para garantizar que los bordes suturados de éste se apoyen sobre una base ósea sólida, para una cicatrización rápida e indolora.

3.2.2. Instrumental.

Instrumental básico

Periostótomo

Pinza de disección sin gama

Separador romo para fijar el colgajo al hueso

3.3. OSTEOTOMIA

3.3.1 Definición y características. Es la eliminación de hueso mediante el uso de fresas quirúrgicas. Esta eliminación debe ser la mínima posible, para evitar el trauma de dolor y demora en la cicatrización, es muy bueno tener presente que durante la eliminación de hueso debemos irrigar constantemente con suero fisiológico.

El uso de la turbina quirúrgica de aire, 100.000 r.p.m. en cirugía, es una técnica en la eliminación de hueso, seccionamiento de dientes retenidos, reducción de torus palatino y lingual, alveolectomía, apinectomía; estas turbinas se usan con fresas quirúrgicas de carburo especialmente para remoción de hueso denso con un simple movimiento de frote. La turbina ultrarápida funciona por medio de nitrógeno o aire comprimido. La irrigación no proviene de ésta, sino de una jeringa bulbo adecuada.

3.3.2. Instrumental. Instrumental básico: Piezas de mano de baja y alta velocidad. Fresas quirúrgicas de carbono: de fisura dentada No.2, No.4; redondas No.3 y No.10. Jeringa y suero fisiológico para irrigar.

3.4. ODONTOSECCION

3.4.1. Definición y características: La odontosección es la reducción de la corona y raíces de un diente retenido en secciones más pequeñas, las cuales se van extrayendo permitiendo la creación de un espacio a través del cual se eliminan las fracciones restantes. Mediante este proceso se conserva mayor sustancia ósea que si se eliminara tendría que ser regenerado en la cicatrización posoperatoria.

- Ventajas:

- . Campo de operación más pequeño, con incisiones menos extensas
- . Eliminación de hueso mínima
- . No se lesionan dientes adyacentes, no se fuerza al diente, ni el hueso se somete a grandes presiones
- . Riesgo de fracturas es menor, ya que muchas fracturas de mandíbula resultan de extracciones forzadas de dientes por lo general en posición vertical o mesioangular

3.4.2. Instrumental: Instrumental básico: piezas de mano de baja y alta velocidad, fresas de carburo quirúrgicas.

3.5. LUXACION Y EXTRACCION

3.5.1. Definición. La luxación consiste en la separación del diente retenido del hueso al cual estaba adosado para así poder extraerlo.

(Ver Filminas Nos. 6 y 7)

3.5.2. Instrumental: Elevadores rectos medianos; elevadores angulados de Winter Nos. 14 y 11; forceps Nos. 65,69,150 y 151. (Ver Filmina No.8)

3.6. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

3.6.1. Definición. Es la limpieza que hacemos de la cavidad creada después de la exodoncia de un diente incluido, retirando restos de diente, espículas óseas, restos de tejido blanco, para dejar cavidad lista para que comience su proceso de cicatrización.

3.6.2. Instrumental: Cureta de lucas; pinzas algodonerías.

3.7. REPOSICION DEL COLGAJO

3.7.1. Definición. Es colocar el colgajo en posición teniendo en cuenta las normas anteriormente descritas.

3.7.2. Instrumental: Pinzas de disección singarra.

3.8. SUTURA

3.8.1. Definición y Características. Se realiza con el fin de mantener los bordes de la incisión adaptados entre sí.

- Razones para la sutura:

. Mantener los tejidos blandos en posición sobre hueso y fijándolos

para una buena cicatrización.

- Previene la hemorragia posoperatoria
- Al sostener los tejidos blandos sobre la cavidad ósea creada, ayuda a la conservación de un buen coágulo sanguíneo
- La formación de un buen coágulo sanguíneo significa menor dolor posoperatorio por la exposición ósea
- Evita la entrada de restos alimenticios en la cavidad ósea

- Reglas para sutura:

- Usar hilo no más grueso de 000
- Usar agujas pequeñas en semicírculo
- La sutura no debe dejar espacios muertos, o sea donde no hay unión de una superficie con otra
- Al adaptar los bordes estos deben quedar de forma evertida para una mejor cicatrización
- La sutura evita el desplazamiento de los tejidos
- No apretar demasiado las suturas ya que producirían isquemia impidiendo la cicatrización normal por bajo aporte sanguíneo

3.8.2. Instrumental: Instrumental básico: porta-agujas; agujas pequeñas en semicírculo con punta cortante; hilo de sutura 000.

CAPITULO IV CANINOS INCIJIDOS

4. CLASIFICACION CANINOS SUPERIORES E INFERIORES

Los caninos superiores e inferiores retenidos pueden ser:

- Según el grado de penetración del diente en el tejido óseo: retención intraósea (cubierto por hueso); retención sublingual (parte de la corona recubierto por fibromucosa).
- Pueden ser clasificados de acuerdo con:
 - Número de dientes retenidos: simple o bilateral
 - Posición de los dientes en el maxilar: por palatino, o vestibular
 - Con la presencia o ausencia de dientes en la arcada: caninos en maxilares dentados o desdentados.
- Así entonces podemos clasificarlos en; los superiores:

Clase 1 Maxilar dentado

Diente ubicado al lado palatino

Retención unilateral

Cerca de la arcada dentaria o lejos de la arcada dentaria

Clase 2 Maxilar dentado

Dientes ubicados del lado palatino

Retención bilateral

- Clase 3 Maxilar dentado
Dientes ubicados del lado vestibular
Retención unilateral
- Clase 4 Maxilar dentado
Dientes ubicados del lado vestibular
Retención bilateral
- Clase 5 Maxilar dentado
Caninos vestibulo palatinos (con la corona o raíz hacia vestibular)
- Clase 6 Maxilar desdentado
Dientes ubicados del lado palatino
y puede ser unilateral o bilateral
- Clase 7 Maxilar desdentado
Dientes ubicados del lado vestibular
Y puede ser unilateral o bilateral (Ver Filmina No.9).

- Clasificación caninos inferiores retenidos:

- Clase 1 Maxilar dentado
Retención unilateral
Diente ubicado por Lingual
Posición vertical o posición horizontal

- Clase 2 Maxilar dentado
Retención unilateral
Diente ubicado por vestibular
Posición vertical o posición horizontal
- Clase 3 Maxilar dentado
Retención bilateral
Dientes ubicados por lingual
Con posición horizontal o vertical
Dientes ubicados por vestibular con posición horizontal o vertical
- Clase 4 Maxilar desdentado
Retención unilateral
Posición horizontal o vertical
- Clase 5 Maxilar desdentado
Retención bilateral
Posición horizontal o vertical

4.1. EXODONCIA DE CANINO SUPERIOR VIA PALATINA

4.1.1. Radiografía. Se debe realizar un estudio cuidadoso de las radiografías para determinar la posición y relaciones con los otros dientes y con seno maxilar y fosas nasales. Así podremos hacer la clasificación de la retención y decidiremos si es necesaria la odontosección o no. Debemos tener en cuenta que el 85% de los caninos superiores se encuentran retenidos por palatino.

Usando la siguiente técnica ubicaremos el diente:

- Tomar radiografías periapicales con la Ley del objeto vestibular o Ley de Clark, con la desviación de la segunda toma hacia distal dará que el diente que se movilice en sentido del rayo estará ubicado por palatino, y el que lo haga en sentido contrario se encontrará por vestibular, tomando como referencia la primera toma de radiografía en la cual ubicamos el rayo central a la placa.
- Tomar radiografía oclusal con el paciente sentado verticalmente, el maxilar superior paralelo al piso al igual que la placa radiográfica y el rayo irá perpendicular a la placa, colocando el cono a nivel del hueso frontal, 2 cm. arriba de la glabella. La radiografía mostrará los incisivos en un corte elíptico del ecuador de cada diente y no se observarán las proyecciones de las raíces, así entonces el canino aparecerá por delante (vestibular) o por detrás (palatino) de la proyección radiográfica de la corona de los dientes anteriores.

4.1.2. Asepsia y Anestesia. Limpiaremos las zonas donde vamos a realizar la punción con una solución antiséptica como agua oxigenada o perborato de sodio, luego viene la anestesia que sería:

- Retención unilateral: Anestesia troncular al nervio infraorbitario, ubicando el agujero infraorbitario, el cual se halla por debajo del reborde infraorbitario en una línea vertical con la pupila del ojo cuando el paciente está mirando al frente, si se palpa suavemente el foramen se sentirá con el dedo la pulsación de los vasos sanguíneos que por él pasan. (Ver Filmina No. 10)

Anestesia local troncular al nervio nasopalatino, ubicando el orificio palatino anterior el cual está en palatino, en la mitad de los incisivos centrales, dirigiendo la aguja corta hacia la línea media en dirección al foramen incisivo. (Ver Filmina No.11)

- Retención bilateral: Anestesia troncular al nervio intraorbitario de ambos lados.

Anestesia troncular del nervio nasopalatino. Anestesia troncular del nervio palatino anterior de ambos lados.

4.1.3. Incisión. Con el bisturí se hace una incisión alrededor del cuello por palatino de los dientes incisivo central superior hasta distal del segundo premolar; luego se hará una relajante al nivel de distal del segundo premolar con algo de angulación (máximo de 45°). En el caso de que la retención sea bilateral se hace una incisión gingivomarginal en palatino de primer premolar de un lado al lado opuesto. (Ver Filmina No.12)

4.1.4. Levantamiento del colgajo. El colgajo mucoperióstico es despegado con un periostótomo, o con una cucharilla para hueso, insinuando el instrumento entre fibromucosa palatina y el hueso, mediante pequeños movimientos, una vez levantado mantenemos el colgajo inmóvil durante el procedimiento.

4.1.5. Osteotomía. Para eliminar el hueso que recubre el canino incluído debe determinarse la cantidad de hueso que se va a eliminar,

deben quedar descubiertas con la ostectomía toda la corona retenida y parte de la raíz, y con el método de odontosección la cantidad de hueso a eliminar se reduce.

Para la ostectomía se usarán fresas nuevas porque al embotarse de restos óseos y sangre bruñen el hueso y lo calientan, es muy útil irrigar el hueso con suero fisiológico esterilizado, pueden utilizar se fresas redondas No.4 o No.5 de tungsteno. Ubicada la corona (por la radiografía) se practican orificios circundando la corona, la fresa debe llegar casi a la corona, luego estos orificios se unen entre sí con una fresa de fisura fina. Esta tapa ósea se levanta con un escoplo; si la corona está muy superficial y el hueso es poco, puede eliminarse con una fresa redonda grande No.8 o No.9. En todo caso hay que evitar el uso de escoplos, y eliminar el hueso con fresa.

4.1.6. Luxación, Odontosección y Extracción. Cuando la posición del diente no indica la odontosección, se crea un espacio con fresas alrededor de la corona y se coloca un elevador angulado creando cierto grado de presión mediante palanca, apoyándonos en hueso y luxamos, posteriormente se extraerá el diente. Si hay dificultad en la luxación se procederá a la odontosección del diente y se extraerá la primera parte dejando un espacio para luxar y extraer la parte que quedó.

4.1.7. Tratamiento de la cavidad ósea. Extraído el diente, se inspecciona la cavidad creada y retiramos restos de hueso, diente, tejido del capuchón pericoronario que hubiera podido quedar, si quedan bordes óseos agudos se eliminan con una lima para hueso e irrigamos

con suero fisiológico.

4.1.8. Sutura. Se coloca el colgajo en posición y se cierran superficies por medio de la sutura que serán puntos simples a través de los espacios interdentarios y en la relajante, luego con una gasa grande se hace presión para evitar la formación de hematomas; para soportar el colgajo palatino si es extenso, es útil el uso de una placa acrílica palatina. (Ver Filminas Nos. 13 y 14)

4.2. EXODONCIA CANINO SUPERIOR VIA VESTIBULAR

4.2.1. Radiografía: Periapicales con la técnica de Clark y Ociosal.

4.2.2. Asepsia y Anestesia. Limpiamos la zona con solución antiséptica anestesia N. infraorbitario (Ver Filmina No.10). Anestesia N. nasopalatino (Ver Filmina No.11).

4.2.3. Incisión. Se hace una incisión gingivomarginal del central al primer premolar, por distal de este se continúa la incisión mediante una relajante que tendrá una angulación no mayor de 45° , todo esto por vestibular.

4.2.4. Levantamiento del colgajo. Con el periostótomo, levantamos el colgajo mucoperióstico y se mantiene fijo durante el procedimiento.

4.2.5. Osteotomía. La tabla ósea vestibular no tiene la solidez de la bóveda palatina y permite la osteotomía más fácil.

4.2.6. Extracción. Los caninos que se encuentran por vestibular es factible sacarlos enteros, luxándolos previamente con elevadores angulados, los cuales se insinuan entre el diente y la pared ósea, luxado el diente se toma con un forceps No.150 y se extrae o con una pinza Kelly recta.

4.2.7. Tratamiento cavidad ósea. Se observa e inspecciona la cavidad ósea, se termina de sacar el saco pericoronario y restos óseos y dentarios.

4.2.8. Sutura. Dos o tres puntos de sutura con seda o hilo (tres ceros) se colocan después de haber reposicionado el colgajo.

4.3. EXODONCIA DE CANINOS SUPERIORES EN UNA POSICION INTERMEDIA

La posición habitual de una retención intermedia es con la corona en el paladar y la raíz sobre los ápices de los premolares, cerca de la cortical vestibular.

La exposición palatina se hace de la manera habitual y se extrae la corona. En la región que nos indica la radiografía y el aspecto clínico se hace un colgajo vestibular separado, por encima de los premolares del mismo lado, la resección ósea va a descubrir el extremo radicular del diente retenido que se puede empujar desde vestibular hacia palatino, se suturan los dos sitios operatorios. (Ver Filmina No.15)

4.4. EXTRACCION DE CANINOS EN MAXILARES DESDENTADOS

La vía de elección para la extracción de caninos en maxilares sin dientes es la vestibular; prácticamente todos los casos pueden resolverse por esta vía, a no ser los colocados muy profundamente, lejos de la tabla externa y próximos a la bóveda. En este caso el camino será por vía palatina. Tener cuidado con fractura de tabla vestibular, es mejor seccionar el diente, que ejercer presiones peligrosas.

4.5. EXODONCIA CANINO INFERIOR VIA VESTIBULAR

4.5.1. Radiografía. Se tomarán radiografía periapicales que se harán con la técnica de Clark y además una radiografía oclusal, con el rayo central dirigido paralelamente al eje de dientes vecinos.

La inspección clínica y la palpación indicarán la posición vestibular o lingual del diente incluido.

4.5.2. Asepsia y Anestesia. La asepsia de la zona con solución antiséptica. La anestesia será:

- Anestesia troncular al Nervio Dentario Inferior del lado correspondiente a la posición del diente. Ubicando así: pálpase la fosa retromolar con el dedo pulgar y el dedo índice colocado externamente en el gonion.

La jeringa cárpule va 1mm arriba de los premolares del lado opuesto hacia el sitio que vamos a anestesiar, la punción se hace en el vértice del triángulo pterigomandibular, introduciendo la aguja hasta

que se le sienta contra la pared posterior del surco mandibular.
(Ver Filmina No.16)

- Anestesia troncular al Nervio Lingual, aplicándose la inyección en la membrana por detrás del último molar. (Ver Filmina No.17)

- Anestesia al Nervio Largo Bucal, la punción se hace 1 cm. por debajo de la desembocadura del conducto de Stenon y 2 cm hacia atrás.
(Ver Filmina No.18)

4.5.3. Incisión. Puede prepararse un colgajo a expensas del borde libre, trazando una vertical y desprendiendo la encía de los cuellos dentarios, así se corren menos riesgos de ser traumatizados durante las maniobras quirúrgicas las franjas gingivales entre el borde libre y la incisión.

4.5.4. Levantamiento del colgajo. Con un periostótomo se desciende el colgajo mucoperióstico y se sostiene con un separador romo.

4.5.5. Osteotomía. Realizada con fresas redondas e irrigando con suero continuamente hasta observarse la corona o algo del diente incluido.

4.5.6. Extracción. Para facilitar el procedimiento quirúrgico se indica la odontosección, la cual se realiza con fresas irrigándose con suero, las porciones seccionadas se retiran por separado con elevadores rectos o angulados, según la posición.

4.5.7. Tratamiento de la cavidad ósea. Se retiran restos del capuchón pericoronario, hueso y diente con una cureta de Lucas e irrigamos con suero.

4.5.8. Sutura. Se reposiciona el colgajo y se realiza la sutura con hilo o seda, con puntos simples.

4.6. EXODONCIA CANINOS INFERIORES LINGUALES

Esta posición es relativamente rara, la intervención debe tratarse al máximo por vía vestibular, ya que por lingual es muy difícil por falta de acceso, mala visibilidad y problemas anatómicos.

El método de odontosección disminuye los riesgos de lesiones sobre los dientes vecinos y presión o fuerza sobre la integridad del maxilar.



CAPITULO V TERCER MOLAR INFERIOR INCIJIDO

5. CLASIFICACION

- Relación del diente con la rama ascendente del maxilar inferior y el segundo molar:

Clase 1: 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 2: 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 3: Todo o casi todo el tercer molar está localizado en la rama ascendente.

- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso:

- La porción más alta del diente está a nivel de la línea oclusal o por sobre ella.
- La porción más alta del diente está por debajo del plano oclusal, pero por encima de la línea cervical del segundo molar.
- La porción más alta del diente está por debajo de la línea cervical del segundo molar.

- La posición del eje longitudinal del tercer molar inferior retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar:

- . Vertical
- . Horizontal
- . Mesioangular
- . Distoangular (Ver Filmina No.19)

5.1. EXODONCIA TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO POSICION VERTICAL

5.1.1. Radiografía. Se tomaron radiografías periapicales con la técnica de Clark ya descrita para localizar y ubicar debidamente el molar y se tomó una radiografía oclusal para tener otra guía de ubicación.

5.1.2. Anestesia: Del lado correspondiente o lados. Anestesia troncular del nervio dentario inferior (Ver Filmina No.16). Anestesia de nervio lingual (Ver Filmina No.17). Anestesia del nervio largobucal (Ver Filmina No.18).

5.1.3. Incisión. Se hace una incisión lineal sobre el reborde gingival que cubre la cara oclusal del tercer molar incluido hasta unos milímetros por detrás del ángulo distooclusal que forma este molar, luego se hace incisión gingivomarginal del segundo molar o si es necesario primer molar y luego se continúa con una relajante vestibular de angulación no mayor de 45°.

5.1.4. Levantamiento del colgajo. Se levanta el colgajo mucoperiós-tico con un periostótomo y mantenerlo fijo con un separador romo.

5.1.5. Osteotomía. Se hace un largo corte vertical en el hueso hasta exponer la corona del diente, se puede eliminar un poco más de hueso por distal e intentar la luxación con un elevador curvo.

5.1.6. Odontosección. Si se dificulta, haremos la odontosección del molar y así evitaremos más eliminación de hueso; esto lo hacemos con fresas quirúrgicas redondas y de fisura, irrigando con suero permanentemente. (Ver Filmina No.20)

5.1.7. Extracción. Sacamos las partes seccionadas con un forceps 151 o con una pinza.

5.1.8. Tratamiento de la cavidad. Se curetea la cavidad para eliminar restos de capuchón dentario, de diente y de hueso.

5.1.9. Sutura. Se reposiciona el colgajo y se hacen 2 o 3 puntos de sutura en la incisión lineal, pueden ser simples o pueden ser horizontales y 2 puntos en la relajante, anudados bien por vestibular. (Ver Filmina No.21)

5.2. EXODONCIA TERCER MOLAR INCLUIDO POSICION HORIZONTAL

5.2.1. Radiografía: periapical y loclusal.

5.2.2. Anestesia: Anestesia N. Dentario inferior (Ver Filmina No.16).

Anestesia N. Lingual (Ver Filmina No.17). Anestesia N. Iargobucal (Ver Filmina No.18).

5.2.3. Incisión. Se hace la incisión lineal sobre el reborde gingival y su componente gingivomarginal del segundo molar y relajante hacia el surco vestibular.

5.2.4. Levantamiento colgajo. Se levanta un colgajo mucoperióstico y se fija con un instrumento romo.

5.2.5. Osteotomía. Se elimina hueso hasta observar el cuello anatómico del diente, luego hay que empezar la odontosección que es la mejor técnica utilizada para no traumatizar el hueso eliminándolo en gran cantidad.

5.2.6. Odontosección. Se hace a nivel del cuello del molar en una forma vertical con fresas redondas y de fisura, irrigando continuamente el campo; separadas las partes se hace luxación con elevadores curvos. (Ver Filmina No.22)

5.2.7. Extracción. Con los elevadores creamos palancas y eliminamos cada una de las partes separadas.

5.2.8. Tratamiento de la cavidad. De igual forma se retiran restos y se irriga con suero.

5.2.9. Sutura. Reposición del colgajo y sutura con puntos simples

y en el componente lineal podemos colocar punto colchonero horizontal. (Ver Filmina No.23)

5.3. EXODONCIA TERCER MOLAR INCLUIDO POSICION MESIOANGULAR

5.3.1. Radiografía. Periapicales técnica de Clark y una oclusal.

5.3.2. Anestesia. N. Dentario inferior, N. Lingual, N. Largo bucal (Ver Filminas Nos. 17, 24 y 25).

5.3.3. Incisión. Se hace una incisión lineal en los tejidos que están por distal del segundo molar con el bisturí, es importante palpar los tejidos antes de la incisión para mantenerla sobre hueso, y tener cuidado con estructuras anatómicas importantes. La segunda incisión se hace oblicua desde la primera incisión en su unión con la cúspide distovestibular del segundo molar, extendiéndose por vestibular; las variaciones en el diseño del colgajo incluyen la técnica de debridación gingival por vestibular que rodean el diente hacia adelante para incluir el primer molar también, lo cual es mejor hacerlo. (Ver Filminas Nos. 26 y 27)

5.3.4. Levantamiento del colgajo. Se eleva el colgajo mucoperióstico cuidadosamente con un periostótomo, o cucharillo para hueso de Molt No.4 afilada, cuando el sitio esté expuesto se coloca un separador por debajo del colgajo y se lo sostiene contra el hueso. (Ver Filminas Nos. 28, 29 y 30)

5.3.5. Osteotomía. Se retira el capuchón pericoronario (Ver Filmina No.31). La osteotomía se comienza verticalmente por detrás de la raíz distal del segundo molar y paralelo a ella, se hacen cortes horizontales pequeños en la medida que es necesario para exponer la corona. (Ver Filminas Nos. 32, 33, 34 y 35).

5.3.6. Luxación y odontosección. Se intenta luxar el diente, si no es posible entonces se secciona el diente, dirigiéndose hacia distal hacia el cuello anatómico del diente, no debemos irnos hacia lingual ya que podemos fracturar la cortical interna. (Ver Filminas Nos. 36 y 37)

5.3.7. Extracción. Se coloca un elevador debajo de la corona y se hacen movimientos hacia arriba, luego se hará palanca para extraer las raíces y si es necesario se hace un poco de rotación con el elevador con cuidado de no fracturar las raíces. (Ver Filminas Nos. 38 y 39)

5.3.8. Tratamiento de la Cavidad. Se hace la inspección, pero se evita un curetaje intenso con las cucharillas para hueso en la profundidad de la cavidad ya que pueden pasar por allí nervios y vasos dentarios inferiores.

5.3.9. Sutura. Se reposiciona el colgajo y se sutura como lo hemos dicho anteriormente. (Ver Filminas Nos. 40, 41 y 42)

5.4. EXODONCIA TERCER MOLAR INFERIOR INCIUIDO POSICION: DISTOANGULAR

5.4.1. Radiografía: periapical y oclusal, técnicas ya vistas.

5.4.2. Anestesia. N. Dentario inferior, N. Lingual y N. Largo Bucal.
(Ver Filminas Nos. 16, 17 y 18)

5.4.3. Incisión. Se hace una lineal en el reborde gingival, incisión ginginomarginal del segundo molar y relatante vestibular a este nivel.

5.4.4. Levantamiento de colgajo. Levantamiento del colgajo mucoso perióstico.

5.4.5. Osteotomía. Los dientes retenidos en esta posición son difíciles de extraer debido a que su mayor volumen se encuentra en la rama ascendente, la corona del diente retenido está situada lejos del segundo molar, no permitiendo el uso del elevador. Después de la remoción con fresa del hueso vestibular para exponer la parte más alta del contorno dentario se emplea la fresa para eliminar un poco de hueso distovestibular, se intenta luxar con un elevador angulado si no es accesible, se procede al seccionamiento.

5.4.6. Odontosección y extracción. Se separan raíces de la corona y se comienza a tratar de elevar primero la parte de las raíces y así crear un espacio para llevar la corona. Se trata de llevar la corona al espacio creado y extraerla. (Ver Filmina No.43)

5.4.7. Tratamiento de la Cavidad ósea. retirando restos e inspeccionando.

5.4.8. Sutura. Puntos simples y colchonero horizontal en el reborde. (Ver Filmina No.44)

CAPITULO VI TERCER MOLAR SUPERIOR INCIUIDO

6. CLASIFICACION

Clasificación: Posición mesioangular - Posición distangular - posición vertical. (Ver Filmina No.45)

6.1. EXODONCIA TERCER MOLAR SUPERIOR INCIUIDO POSICION MESIOANGULAR

6.1.1. Radiografía. Periapical y oclusal.

6.1.2. Anestesia. Troncular del N. maxilar superior: en la fosa zigomática, la punción se hace en el punto más alto del surco vestibular y a nivel de la última raíz del segundo molar, en una dirección oblicua y hacia atrás se profundiza unos 2 cm y se corre la aguja más hacia adentro 1 cm. (Ver Filmina No.46)

Anestesia del Nercio Palatino anterior, en el conducto palatino posterior, ubicando el segundo molar y 1 cm hacia la línea media de la bóveda palatina. (Ver Filmina No.47)

6.1.3. Incisión. Se hace una incisión sobre la cresta del reborde, extendiéndose desde la tuberosidad hasta el segundo molar, y se le prolonga oblicuamente con un relajante que termina a nivel de la raíz mesiovestibular del segundo molar, con componente gingivo marginal a nivel del cuello del segundo molar.

6.1.4. Levantamiento de colgajo. Se eleva el colgajo mucoperióstico y se fija con un instrumento romo sobre el hueso para mantenerlo fijo durante el procedimiento y evitar que se traumatice.

6.1.5. Osteotomía. Se elimina hueso en torno al diente incluido hasta exponer algo del diente, se hace una presión controlada con elevador para forzar la punta del instrumento hacia el espacio interdentario, eliminando hueso distal.

6.1.6. Luxación y extracción. El diente se extrae con un elevador y la punta de este se fuerza entre los dientes hacia la zona de la osteotomía y se aplica una fuerza hacia abajo y vestibular, se debe tener cuidado al girar el elevador hacia distal ya que al hacerlo aumenta la posibilidad de fracturar la tuberosidad. Si es necesario la odontosección se hace antes de eliminar tanto hueso y se extraen las partes.

6.1.7. Tratamiento de la cavidad ósea. Se debrida la zona eliminando material blando como restos de capuchón, diente y hueso.

6.1.8. Sutura. Puntos simples tantos como sean necesarios y si se quiere punto colchonero horizontal en la incisión lineal del reborde gingival. (Ver Filmina No.48)

6.2. EXODONCIA TERCER MOLAR SUPERIOR INCLUIDO POSICION DISTOANGULAR

6.2.1. Radiografía. Periapical y oclusal.

6.2.2. Anestesia. Igual al anterior. Nervio maxilar superior. (Ver Filmina No.46). Nervio palatino anterior. (Ver Filmina No.47)

6.2.3. Incisión. Esta posición requiere un colgajo quirúrgico más grande, se hace una incisión en el centro de la cresta, extendiéndose desde el segundo molar hacia la curva de la tuberosidad y se continúa con una relajante hacia vestibular por mesial del segundo molar o distal del primer molar.

6.2.4. Levantamiento colgajo mucoperióstico.

6.2.5. Osteotomía. Se expone cuidadosamente el hueso que está por distal del diente incluido.

6.2.6. Luxación y extracción. Se eleva el diente tomándolo por la cara mesial, tan cerca del ápice como el acceso lo permita y se empuja hacia abajo con un elevador angulado.

6.2.7. Tratamiento de la cavidad ósea. Retirando restos e irrigando.

6.2.8. Sutura. Puntos simples en la incisión lineal y en la relajante, después de haber reposicionado el colgajo.

6.3. EXODONCIA TERCER MOLAR SUPERIOR INCLUIDO POSICION VERTICAL

6.3.1. Radiografía. Periapical (técnica de Clark) y oclusal. (Ver Filmina No.49)

6.3.2. Asepsia y Anestesia. Nervio maxilar superior. (Ver Filmina No.46). y Nervio palatino anterior. (Ver Filmina No.47)

6.3.3. Incisión. Incisión lineal sobre el reborde gingival y relajante mesial hacia vestibular, con componente gingivomarginal a nivel del segundo molar.

6.3.4. Osteotomía. La retención vertical superior, y específicamente si la corona está cerca del cuello anatómico del segundo molar, no permite acceso entre los dientes para la osteotomía o colocación del instrumento, se hace entonces un corte vertical paralelo al borde mesial del diente retenido, por vestibular, se introduce una fresa hacia atrás en la cara distal para crear espacio para el movimiento en esa dirección. Tan pronto como el instrumento pueda hacerse penetrar, el diente se extrae con facilidad.

6.3.5. Extracción. Se mueve con un elevador curvo hacia abajo, tener cuidado de colocar una gasa que cubra la orofaringe y no pueda ser tragado.

6.3.6. Tratamiento de la cavidad ósea. Retirando restos.

6.3.7. Sutura. Puntos simples en la incisión.

CAPITULO VII DIENTES INCLUIDOS EN DIFERENTES POSICIONES

7. POSICIONES

Las diversas posiciones que puedan tomar los dientes ya sean posiciones ectópicas o posiciones de dientes supernumerarios los cuales generalmente aparecen en la región anterior del maxilar superior ya sea de manera aislada entre los incisivos centrales (mesiodents) o pueden ser bilaterales.

7.1. PROCEDIMIENTO

7.1.1. Radiografía. Como maniobra previa es importante realizar radiografías intraorales y extraorales para así ubicar el diente correctamente y de esto dependerá el éxito de la cirugía.

7.1.2. Anestesia. Va de acuerdo a la posición del diente, teniendo en cuenta dejar la zona de ubicación perfectamente anestesiada, para entrar a la cirugía.

7.1.3. Abordaje. Bajo circunstancias corrientes la extracción de mesiodents no se indica hasta que se hayan cerrado los ápices de los incisivos permanentes y disminuirá el riesgo de dañar la porción mesenquimática en crecimiento de los dientes permanentes.

Los dientes supernumerarios y ectópicos superiores se extraen por vía palatina. La técnica usada para la extracción es similar a la empleada para la remoción del canino retenido por palatino.

La osteotomía se empieza por detrás del incisivo central hacia atrás del agujero palatino, la disección se lleva hacia arriba y atrás hasta que se encuentra esmalte. Cuando hay retenciones bilaterales, el segundo diente a menudo es menos difícil de hallar debido a la experiencia en la ubicación del primero. Se extraen y se reposiciona el colgajo y se sutura.

Los premolares supernumerarios inferiores retenidos son difíciles de extraer debido a la presencia de hueso compacto y de estructuras vitales tales como el contenido del agujero mentoniano en vestibular y las glándulas salivales y las estructuras neurovasculares en el lado lingual.

Las radiografías oclusales y periopicales van a ubicarnos el diente en vestibular, lingual, o en el camino de ambas corticales, lo cual es más frecuente.

Se hace un colgajo doble del lado vestibular, que consta de dos componentes verticales separadas por determinada distancia y unidos por una incisión alrededor del cuello de los dientes. A menos que el diente haya erupcionado un poco por lingual, es difícil y peligroso hacer abordaje lingual.

El hueso vestibular que está sobre el diente a extraer se elimina, con un elevador angulado delgado se hace la luxación, se hace el tratamiento de la cavidad, reposición del colgajo y se sutura.



CAPITULO VIII TRATAMIENTO POSTOPERATORIO A EXODONCIA
DE DIENTES INCIJIDOS

8. TRATAMIENTO

8.1. FARMACOTERAPIA

- Antibióticos: Se usan cuando la intervención se asocia a procesos infecciosos, también como prevención de infecciones o sea profilácticos ya que durante la intervención hubo exposición de hueso y eliminación de éste.

Un antibiótico de elección sería el Dalacín (clorhidrato de clindamicina).

Posología: 150 mg cada 6 horas. Presentación: cápsulas x 150 mg. (24 cápsulas).

- Analgésico y Anti-inflamatorios, estaría indicada la Aspirina (Acido acetilsalisílico).

Posología: 3 veces al día (2 cajas). Presentación: Caja de 10 tabletas.

Otro sería, Motrín (Ibuprofen).

Posología: 1.200 mg. al día. (3 al día). Presentación: frasco de 30 grageas de 400 mg.

8.2. Terapia física. Colocar en el sitio, bolsa de hielo las primeras 24 horas, y luego los 3 ó 4 días subsiguientes paños de agua tibia con sulfato de magnesia.

8.3. Dieta. Tratar de tomar alimentos blandos y que no sean alimentos difíciles de masticar, tomar bastante líquido.

8.4. Terapia vitamínica. Después de la cirugía bucal hay un período de disminución de alimentación que trastorna la adecuada ingesta de vitaminas B y C, las drogas en especial los salicilatos aumentan la excreción de vitamina C.

En el mercado hay preparaciones vitamínicas, se le aconseja tomar al paciente 3 tabletas diarias mientras esté totalmente recuperado.

CONCLUSIONES

1. Debemos hacer un correcto diagnóstico mediante nuestra historia clínica, exámenes que necesitemos y radiografía, para que el plan de tratamiento tenga validez y éxito.
2. Al tomar las radiografías periapicales con la técnica de Clark y la oclusal debemos clasificar correctamente la posición de el diente incluido que vamos a extraer.
3. Es necesario tener programada la cirugía de exodoncia de dientes incluidos, con todo el instrumental que vayamos a necesitar e implementos, y evitaremos pormenores durante la evolución de ésta.
4. En el procedimiento de exodoncia de dientes incluidos debemos realizar los pasos requeridos como son radiografías- anestesia, incisión, levantamiento de colgajo, esteotomía, odontosección si es necesario, luxación y extracción, reposición de colgajo y sutura.
5. Es muy importante tener en cuenta que la eliminación de hueso no es bueno ya que será un tejido que entrará en un proceso de reparación el cual demora; y además la cicatrización no es tan buena y efectiva. La eliminación de hueso también conlleva a dolor posoperatorio innecesario.

6. Hay ventajas en el uso de la fresa y estas son:

- La colocación de la pieza de mano en la boca de un paciente es una experiencia familiar, común, a todo aquel que haya ocupado el sillón odontológico en contraste con el uso de escoplo y martillo.
- Los golpes físicos y las presiones asociadas con la técnica del escoplo y el martillo quedan eliminadas.
- La necesidad de irrigar el campo quirúrgico con el objeto de reducir el calor generado por la fresa, crea un campo quirúrgico continuamente lavado.
- El odontólogo tiene la posibilidad de hacer perforaciones en torno al diente retenido de un modo delicado y controlado, con el objeto de remover el tejido óseo de manera que pueda lograrse el acceso instrumental.
- Permite el seccionamiento del diente de manera que hay que eliminar menos hueso para la exodoncia.

7. Es necesario enfatizar que se deben usar piezas de mano y contra-ángulo esterilizados debidamente. La comunicación del sitio quirúrgico con los espacios aponeuróticos aumentan la posibilidad de graves complicaciones como resultado de la instrumentación con técnicas que no sean estériles.

8. Si estamos ante un paciente con algún tipo de problema de salud

lo cual sabemos en la anamnesis de nuestra historia clínica, y este paciente necesita de una premedicación, debemos preparar al paciente para nuestra cirugía.

9. Después de la exodoncia de dientes incluidos debemos ordenar una farmacoterapia que consiste en antibiótico, analgésico, antiinflamatorio, y una terapia física a cualquier tipo de paciente.

10. Entre las complicaciones que pueden ocurrir durante la extracción o después de ella, se pueden mencionar:

- Exposición del conducto dentario inferior.
- Corte del Nervio Dentario inferior, o lesión de éste que dá como resultado una insensibilidad prolongada o parentesia.
- Trismus agudo que impide la masticación.
- Fractura de raíces, las raíces del tercer molar superior pueden ser forzadas hacia el seno maxilar. Las inferiores pueden ser dislocadas a través de la delgada cortical lingual hacia el espacio submaxilar.
- Desgarramiento de vasos sanguíneos por lesión o compresión de la arteria y vena Dentaria inferior, esta interrupción del aporte sanguíneo al colgajo durante mucho tiempo da lugar a necrosis.

- Fractura importante de la apófisis alveolar.
- Traumatismo o desplazamiento de dientes vecinos, lo cual puede hacerles perder su vitalidad y originar procesos infecciosos periapicales.
- Lesiones en labios, mejillas y mucosas por el uso de instrumentos.
- Apertura del seno maxilar o comunicaciones y también con fosas nasales.
- En casos graves, fracturas de los maxilares.
- Alveolitis por falta de coágulo en el alvéolo, lo cual provoca un gran dolor.



BIBLIOGRAFIA

- ARCHER, Harry W. Cirugía Bucal. 2a. Ed. Capítulo "Dientes Retenidos" Argentina. Editorial Mundii S.A.C.I.F. Tomo 1. Págs. 124-238.
- COMPENDIO DE EDUCACION CONTINUA EN ODONTOLOGIA. Edición en Español para Latinoamérica. "Manejo Quirúrgico de caninos incluidos palatinamente". Enero 1988. Vol.IV, No.1. Págs. 5-11.
- KRUGER, Gustav O. Cirugía Bucomaxilofacial. 5a. Ed. Capítulo "Dientes Retenidos". Argentina. Editorial Médica Panamericana S.A. Págs. 81-98.
- RIES CENTENO, Guillermo A. Cirugía Bucal. 8a. Ed. Capítulo "Dientes Retenidos". Buenos Aires. Editorial El Ateneo. Págs. 221-231.