

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen **60**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Febrero **2003**
January-February

Artículo:

Iatropatogenia en la extracción de retenciones dentarias

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Dental Mexicana, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*

Iatropatogenia en la extracción de retenciones dentarias

Tetsuji Tamashiro Higa,* Patricia G. Arias Inclán**

* Académico de número de la Academia Mexicana de Cirugía.

** World Federation of Orthodontists.

Resumen

Se presentan 7 casos clínicos de menor a mayor intensidad de problemas ocasionados por el cirujano dentista en la remoción quirúrgica de retenciones dentarias la intención de este trabajo es hacer conciencia de que en la actualidad se debe de trabajar en equipo con el especialista, en este caso con, el cirujano oral y maxilofacial, y así evitar una serie de problemas en el futuro.

Palabras clave: Cirugía maxilofacial retenciones dentarias, iatrogenia.

Abstract

Seven clinical cases from low to high intensity of problems caused by the dentist in the surgical removal of impacted teeth the intention of this paper is to build awareness that at present day it's necessary to work as a team with the specialist, in this case, the oral and maxillofacial surgeon, and thus avoid a series of problems later on.

Key words: Maxilofacial surgery, Latropathogeny, impacted teeth.

Introducción

Las preguntas o comentarios que con cierta frecuencia surgen en nuestros pacientes son: ¿es realmente necesaria la extracción de las muelas del juicio, si ni me duele?, a mi mamá nunca se las sacaron y hasta la fecha no ha tenido problema, a una amiga le sacaron la muela del juicio y le fracturaron la mandíbula, a un compañero de la escuela le sacaron las muelas y estaba tan cachetón que le pusieron Kico, etc. etc.

Las retenciones dentarias en los maxilares, en la actualidad, se ven con mayor frecuencia en nuestro medio ya que no se utiliza realmente la boca para masticar (sólo alimentos blandos), con el paso del tiempo y por falta de estímulo, el crecimiento de ambos (maxilar y mandíbula) ha sido menor en relación con nuestros antepasados.¹

Es muy importante que el cirujano dentista haga la valoración previa de la retención dentaria y hacer conciencia de sus limitaciones, ya que esto puede evitarle dolores de cabeza al referirlo al especialista.²⁻⁷

Las iatropatogenias que se cometan por falta de valoración, en ocasiones terminan en un centro hospitalario

con riesgo de vida para el paciente, y éstas pueden ser por dolo, negligencia, impericia o imprudencia.^{2,8-13}

Existen una serie de clasificaciones para las distintas retenciones, siendo la más frecuente tercer molar inferior, siguiéndole caninos superiores, después, tercer molar superior y en esto coinciden la mayoría de los autores consultados.¹⁴⁻¹⁷ Dentro de los supernumerarios (generalmente de la dentición permanente), el más frecuente es mesiodent en maxilar, siguiendo para algunos autores el cuarto molar^{18,19} y para otro incisivo lateral.²⁰

Los estudios radiográficos tienen un papel fundamental en el diagnóstico de las retenciones dentarias; periapicales, oclusales, ortopantomografía y laterales de macizo facial y en muchas ocasiones son hallazgos radiográficos ya que no presentan sintomatología alguna.^{2,9,10,16,17,19-23}

Al valorar al paciente y efectuar un diagnóstico de las retenciones, se determina la menor o mayor dificultad en su tratamiento, ya que depende de su posición anatómica, profundidad ósea, su relación con piezas dentarias contiguas, su forma, tamaño y dirección de sus raíces, cercanía con elementos nobles (dentario inferior o seno maxilar), patología asociada (quistes, ameloblastoma etc.).^{1,2,6,7,9-13,16,17,19,21,23-29}

El tratamiento de las retenciones dentarias siempre será mediante cirugía por disección, previa historia clínica, estudios radiográficos, exámenes de laboratorio en algunos casos, si es necesario, el apoyo con otros especialistas como (Ortodoncista, endodoncista, periodoncista, prostodoncista, cardiólogo, internista, geriatra, anestesiólogo, etc.), tratamiento médico pre y postoperatorio (antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios etc.) y en algunos casos curación por alveolitis, puede ser bajo bloqueo locorregional, analgesia o anestesia general.^{1,2,3,5,9,11,16,30}

Caso clínico 1

Paciente masculino de 30 años de edad, referido por presentar tercer molar inferior izquierdo, mesio horizontal clase II, con destrucción parcial de corona por intento de extracción, no logrando el objetivo después de tres horas, con extracción de segundo molar y dejando resto radicular (*Figura 1*).

Caso clínico 2

Paciente femenino de 22 años de edad, referida por presentar marcado edema de la región submandibular, maseterina y amigdalina del lado izquierdo, por intento

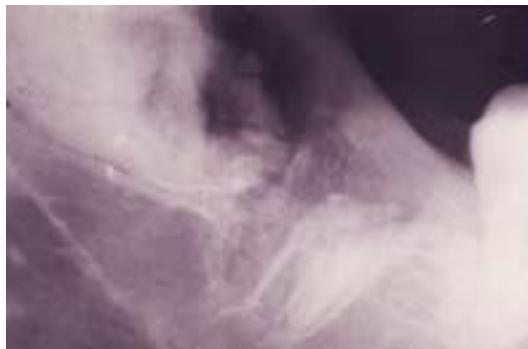


Figura 1. Posoperatorio.



Figura 2. Preoperatorio.



Figura 3. Posoperatorio.



Figura 4. Preoperatorio.

de extracción de tercer molar inferior retenido, refiriendo que en el curso de la intervención (10 h aproximadamente) sufrió lipotimia en dos ocasiones y en el último con pérdida de conocimiento de 2 a 3 minutos por lo que se optó suspender el acto. El estudio radiográfico pre-operatorio muestra al tercer molar inferior mesiohorizontal clase II profundo, no observándose la porción radicular completa (*Figura 2*), en la radiografía que se le toma se puede observar extracción del segundo molar y destrucción parcial de corona de tercer molar (*Figura 3*).

Caso clínico 3

Paciente masculino de 10 años de edad, que acude por presentar un mesiodente de maxilar en región apical de incisivos central y lateral izquierdo y a dos o tres milímetros del canino correspondiente (*Figura 4*), refiriendo que se hizo el intento de extracción y por falta de cooperación del paciente se suspende cirugía y es remitido para valoración y tratamiento.

Se le toma radiografía para nueva valoración y se observa mesiodent íntegro, no así los ápices de central y lateral que fueron lacerados con fresa en el intento de extraer el supernumerario (*Figura 5*).

Caso clínico 4

Paciente femenina de 16 años de edad, remitida por médico otorrinolaringólogo por presentar sintomatología sinusal (congestionamiento nasal y cefalea) del lado izquierdo, el estudio radiográfico muestra impactación de tercer molar en seno maxilar.

Con historia de intento de extracción 6 meses antes, informándole el cirujano dentista posterior a las maniobras durante 30 minutos, que sería mejor esperar a que descen-



Figura 5. Posoperatorio.

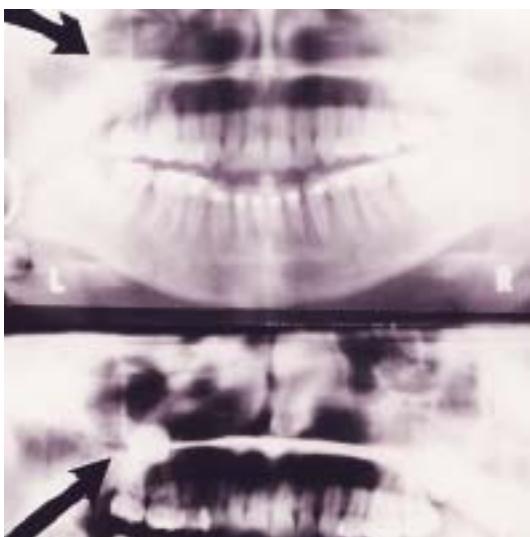


Figura 6. Pre y posoperatorio.



Figura 7. Posoperatorio.



Figura 8. Preoperatorio.

diera un poco más, ya que casi no la alcanzaba a ver bien y sería necesario que regresara en un año (*Figura 6*).

Caso clínico 5

Paciente femenina de 52 años de edad con antecedente de haberse efectuado extracción de tercer molar inferior de recho hace 30 días, acude para valoración por presentar parestesia de la región posterior al acto quirúrgico.

El estudio radiográfico posoperatorio muestra una osteotomía muy amplia con sección del conducto dental inferior, observándose la imagen donde se localizaba el tercer molar en zona de hueso alveolar, por lo que se considera no existía razón para haber efectuado una osteotomía tan amplia (*Figura 7*).

Caso clínico 6

Paciente masculino de 37 años de edad, con historia de extracción de tercer molar inferior derecho (mesioangular clase I, *Figura 8*), con tiempo quirúrgico de aproximadamente 60 minutos, refiriendo el afectado sensación de fuerza excesiva en el momento de la extracción y con mucho dolor por lo que fue necesario aplicar anestésico en varias ocasiones, al terminar el

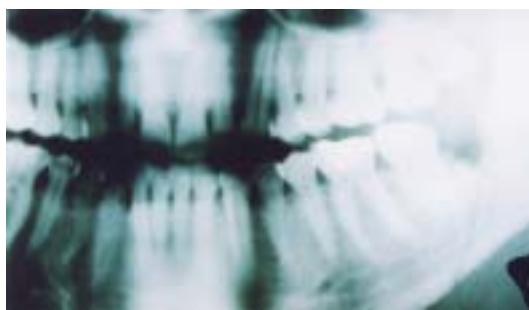


Figura 9. Posoperatorio.



Figura 10. Posoperatorio.

acto presentó sangrado severo que fue controlado con gasa y presión, 8 días después aún persiste el sangrado y se hace más patético a la hora de hablar o masticar del lado contrario, acentuándose el dolor cada vez con mayor intensidad.

Se toma radiografía de control observándose fractura mandibular a nivel de cuerpo y destrucción parcial de corona del segundo molar correspondiente (*Figura 9*).

Caso clínico 7

Paciente masculino de 36 años de edad, que presenta fractura severa de ángulo mandibular derecho, con sangrado importante de tres días de evolución (con lipotimia el día previo), inicia al catorceavo día del posoperatorio por procedimiento quirúrgico de extracciones de terceros molares inferiores, por el aspecto físico con facies hipocrática casi del agonizante y el debilitamiento que presenta el paciente, se interna en centro hospitalario y se le pide exámenes de laboratorio, encontrándose con 9.8 g de hemoglobina y 29.4 de hematocrito, por lo que conjuntamente con médico internista y anestesiólogo se inicia la transfusión de sangre total (dos unidades) y una tercera en el transoperatorio (reducción de fractura mandibular bajo anestesia general).

La historia del paciente; acude al cirujano dentista para extracción de tercer molar inferior derecho (no se puede

precisar el tipo de retención por no tener la radiografía previa) el acto quirúrgico fue de 4½ hs, convenciendo al paciente para que se efectuara la del lado contrario, ya que era más fácil, teniendo un tiempo de duración de 4½ h, para hacer un total de 9 hrs en las dos extracciones.

La vista radiográfica posoperatoria (*Figura 10*) muestra del lado derecho fractura del ángulo mandibular, desplazada con cabalgamiento del trazo mesial, múltiples esquirlas óseas así como fragmentos radioopacos (de amalgama), destrucción importante de tejido óseo, conducto dentario desplazado, destrucción parcial de cara distal de segundo molar que presenta obturación metálica.

Del lado izquierdo destrucción de tejido óseo alveolar y cavidad con imagen de contorno anatómico de pieza dentaria (probable clase II mesio horizontal con raíces cónico fusionadas con curvatura hacia distal, en íntimo contacto con el conducto dentario), múltiples fragmentos radioopacos también probablemente de amalgama, conducto dentario aparentemente respetado, destrucción de cara distal de segundo molar con obturación metálica.

Conclusiones

Las retenciones dentarias en la actualidad se presentan con mayor frecuencia que en épocas anteriores, ya que el crecimiento de ambos maxilares es menor por la falta de estímulo (masticación).

El cirujano dentista es el profesional que debe valorar este problema, teniendo en cuenta que los grados de dificultad varían, dependiendo de su posición, relación con piezas dentarias contiguas, cercanía de elementos nobles, o con patología agregada.

Estar consciente que este tipo de tratamiento (remoción quirúrgica de retenciones), pueden complicarse cuando menos se espera, ya que influyen una serie de factores como: técnica errónea, mayor tiempo quirúrgico, fuerza excesiva, hemorragia, instrumental inadecuado, etc.

Siempre que se va a efectuar cualquier tipo de extracción, lo primero es ver, lo segundo es ver y lo tercero es ver, o sea, que cuando no se ve el objetivo (resto radicular generalmente) no se puede aplicar debidamente el punto de apoyo para la luxación radicular.

La utilización de fórceps en terceras molares superiores retenidas, deberá aplicarse cuando realmente se pueda tomar la pieza dentaria hasta la totalidad coronaria, ya que ésta es muy fácil de impactarla hacia seno maxilar.

Es recomendable utilizar baja velocidad y no turbinas para la remoción quirúrgica de las retenciones, ya que existe el riesgo de provocar enfisema.

Hace algunas décadas el cirujano dentista, efectuaba todo tipo de tratamientos que fueran necesarios dentro de la cavidad oral, pero en la actualidad existen una serie de especialistas en odontología, que el trabajo en equi-

po da como resultado una mejor atención a los pacientes, quienes merecen todo nuestro respeto.

Considero que el cirujano oral y maxilofacial es el apoyo que necesita el cirujano dentista, en el caso de remoción quirúrgica de las retenciones dentarias, que por su valoración inicial sean consideradas con cierta dificultad para su tratamiento, y así evitarse dolores de cabeza o algún tipo de problema que requiera atención hospitalaria y, en el peor de los casos, que ponga en riesgo la vida.

Bibliografía

1. Ortega AJ, González GMA. Cirugía profiláctica de terceras molares. *Rev Dentista y Paciente* 1998; 7(77): 10-16.
2. Oviedo MA, Ramblas AMP, Ramos RH. Exodoncia del tercer molar mandibular retenida en posición vertical. *Rev ADM* 1993; L(2): 101-105.
3. Oviedo MA, Ramblas AMP. Enseñanza de la exodoncia complicada sobre modelo figurado. *Rev ADM* 1995; LII(6): 293-298.
4. Allen CM. Patients requiring removal of impacted third molars should be referred to general surgeons: a modest proposal. *Rev Oral Surgery, O Medicine, O Pathology* 1995; 79(4): 403.
5. Capuzzi P, Montebubnoli L, Vaccaro MA. Extraction of impacted third molars. *Rev Oral Surgery, O Medicine, O Pathology* 1994; 77(4): 341-342.
6. Costich ER, White RP. *Cirugía Bucal*. México Ed. Interamericana 1974: 91.
7. Ginestet G, Frezieres H, Pons J, Palfer-Sollier M. *Cirugía Estomatológica y Maxilofacial*. Buenos Aires Arg. Ed. Mundial 1967: 120.
8. Cabrera MA, Llarena RME. Iatrogenia. *Rev Práctica Odontológica* 1999; 8(5): 13-15.
9. Alantar A, Roisin ME, Commisionat Y, Aaron C, Barda L, Debien J, Ecuyer J, Hassin M. Retention of third molar roots to prevent damage to the inferior alveolar nerve. *Rev Oral Surgery, O Medicine, O Pathology* 1995; 80(2): 126.
10. Gutiérrez FJ, Roca P, Berini A, Gay E. Las lesiones del nervio dentario inferior en el tratamiento quirúrgico del tercer molar inferior retenido: aspectos radiológicos, pronósticos y preventivos. *Rev Archivos de Odontoestomatología* 1997; 13(2): 73-83.
11. Esen E, Barlas AL, Cagatay AM. Accidental displacement of an impacted mandibular third molar into the lateral pharyngeal space. *Rev Journal of Oral and maxillofacial Surgery* 2000; 58(1): 96-97.
12. Capes JO, Salon JM, Wells DL. Enfisema cervicofacial, bilateral, axilar y mediastino anterior; una rara complicación de la extracción del tercer molar. *Rev Journal of Oral and Maxillofacial Surgery (edición en Español)*. 1999; 57: 15-18.
13. Krimmel M, Reinert S. Mandibular fracture after third molar removal. *Rev Oral Surgery, O Medicine, O Pathology* 2000; 58(10): 1110-1112.
14. Waite DE. *Tratado de Cirugía Bucal Práctica*. Segunda edición, México Ed. Continental SA de CV. 1984; 148-160.
15. Castillejos VVH. *Cirugía Bucal y Maxilofacial*. México, Tradex Editores, SA de CV. 1990: 58-74.
16. González LL, Peñarrocha DM, Guarinos CJ. Indicaciones de la extracción de los dientes incluidos. *Rev Archivos de Odontoestomatología* 1995; 11(5): 272-283.
17. Ugalde MFJ. Clasificación de caninos retenidos y su aplicación clínica. *Rev ADM* 2001; LVIII(1): 21-30.
18. Regezi JA, Sciubba J. *Patología Bucal*. Segunda edición, México, Nueva Editorial Interamericana, SA de CV. 1995: 523.
19. Vázquez SA, Aranda JR, Lira ME, Juárez LLA, Casillas AE. Dientes supernumerarios múltiples. *Rev Dentista y Paciente* 2000; 8(94): 24-28.
20. Amezcua CD, Kameta TA. Extracción de un diente supernumerario y utilización de aparato 4 x 2. *Rev Dentista y Paciente* 1998; 7(77): 27-30.
21. Trull GJM, Durán VAJ. Determinación de la situación y necesidad de tratamiento del canino incluido en el maxilar superior mediante la ortopantomografía. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial* 1995; 17(2): 113-116.
22. Christmann FE, Ottolen CE, Raffo GVJM, Grolman GV. *Técnicas Quirúrgicas*. Duodécima edición, Buenos Aires Arg. Ed. El Ateneo 1987: 422.
23. Yamaoka M, Furusawa K, Yasuda K. Effects of maxillary anterior supernumerary impacted teeth on diastema. *Rev Oral Surgery, O Medicine, O Pathology* 1995; 80(3): 552.
24. Van del Linden WBDS, Cleaton JP, Lownie M. Diseases and lesions associated with associated with third molars. *Rev Oral Surgery, O Pathology* 1995; 79(2): 142.
25. Spangher LSW. Root resorption of a first molar related to an impacted third molar. *Rev Oral Surgery, O Medicine, O Pathology* 1994; 78(5): 555-556.
26. Ferreira CE, Grossi SG, Novaes AB, Dunford RG, Feres FEJ. Effect of mechanical treatment on healing after third molar extraction. *Rev The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry* 1997; 17(3): 251-258.
27. Raspall G. *Tumores de cara, boca, cabeza y cuello*. Barcelona España, Salvat Editores. 1986: 206.
28. Miles DA, Kaugars GE, Van Dis M, Lovas JGL. *Oral & Maxillofacial Radiology*. Philadelphia, USA, WB, Saunders Company. 1991: 24.
29. Ovalle CJW, Velázquez HMS, Pérez RMS. Patologías asociadas a sacos pericoronarios de órganos dentarios incluidos impactados. *Rev ADM* 1998; LV(1): 34-37.
30. Rosales MSF, Toranzo FJM. Osteítis alveolar posterior a la remoción de terceros molares mandibulares con la utilización de un antiséptico en enjuague. *Rev ADM* 1996; LIII(6): 307-308.

Reimpresos:

Dr. Tetsuji Tamashiro Higa
División del Norte No. 3651-6
Col. San Pablo Tepetlapa, Del. Coyoacán
México, D. F, C.P. 04620
Este documento puede ser visto en:
www.medigraphic.com/adm