

EXODONCIA EN DENTICIÓN TEMPORARIA

Cátedra de Odontopediatría I

Facultad de Odontología de la U.N.Cuyo

GENERALIDADES

La exodoncia de elementos deciduos es parte de la práctica diaria del odontopediatra. Es necesario crear una corriente empática con el paciente para que se sienta contenido y que el acto quirúrgico no represente una pérdida o mutilación para el niño, facilitando un soporte psicológico y afectivo y un ambiente confortable y amigable. Esta práctica presenta a una con la mayor carga negativa en la conducta del niño en el consultorio. (Planells del Pozo en Boj, 2005). La información previa a los padres de todo lo inherente con la cirugía es importante porque en muchos casos necesitamos de su colaboración y comprensión que justifique la exodoncia. (Escobar Muñoz, 2004; Planells del Pozo en Boj, 2005). Lo ideal para minimizar las condiciones de ansiedad es planificar la exodoncia dentro de las terapias operatorias por cuadrante. (Planells del Pozo en Boj, 2005).

La posición del niño debe ser en 45° para evitar la aspiración que se vería favorecida en posición supina y con una lengua grande e hiperactiva en una cavidad pequeña, donde podemos encontrarnos con movimientos imprevistos por parte del paciente. (Escobar Muñoz, 2004; Planells del Pozo en Boj, 2005)

La mano libre del operador debe servir para estabilizar la cabeza del paciente, con los dedos asiendo firme pero delicadamente los procesos alveolares para mayor seguridad en las maniobras.

La anestesia debe ser profunda, para bloquear toda sensación dolorosa, y una vez conseguida se implementa la técnica de decir, mostrar, hacer, para reforzar la confianza del niño ante los movimientos, la presión y la fuerza que se ejercerán.

Son imprescindibles los registros radiográficos para hacernos una idea del grado de reabsorción radicular, la atipia en forma y N° de las raíces temporarias y la relación de éstas con el germen dentario permanente, por lo que se debe actuar prudentemente con los movimientos iniciales. (Escobar Muñoz, 2004; Planells del Pozo en Boj, 2005; Guimaraes Motta en Guedes Pinto, 2003; McDonald – Avery, 1998; Wilson y Montgomery en Pinkham, 2001)

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA

Se debe que tener en cuenta la profilaxis ATB en caso de portadores de válvulas cardíacas, EB previa, malformaciones cardíacas congénitas, enfermedades que involucren la inmunidad y cardiomiopatías. También es imprescindible el manejo de la analgesia. En relación al manejo de las drogas se debe conocer la farmacocinética y la farmacodinamia por ser únicas en los pacientes pediátricos. La solubilidad y el metabolismo de algunas drogas se ven afectados

Prof. Cambría Ronda, Prof. Guillermo de la Rosa, Prof. Victoria Masfuchs

También se deben considerar las diferencias anatómicas y fisiológicas, entre ellas se pueden describir el tamaño y el peso de la cabeza que producen una fácil flexión durante el reposo que compromete la vía aérea, teniendo la misma menores diámetros. En contrapartida la lengua y los órganos con tejido linfático son más grandes. El conectivo es más friable por lo que es más susceptible a edemas. Todos estos factores explican el rápido compromiso obstructivo ante cuadros infecciosos, alérgicos o traumáticos. El tórax presenta un esternón más blando, con músculos más débiles y con costillas insertadas más horizontalmente, contribuyendo a una menor expansión, dependiendo el volumen ventilatorio del diafragma. Este último por efecto de la posición, si la cabeza está más baja que los pies, por gravedad el contenido abdominal impide normal movilidad. El sistema circulatorio depende de la frecuencia más que de la contracción sistólica para modificar el trabajo cardíaco. El tono vagal es más pronunciado influyendo sobre la frecuencia cardíaca ante la manipulación de la vía aérea. Se debe evaluar sistemáticamente al niño para decidir el tratamiento y pedir las interconsultas necesarias en caso de sospechas sobre la salud general. (Escobar Muñoz, 2004; Planells del Pozo en Boj, 2005; Guimaraes Motta en Guedes Pinto, 2003; McDonald – Avery, 1998; Wilson y Montgomery en Pinkham, 2001)

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

INDICACIONES

- Destrucción coronaria por caries de reconstrucción imposible
- Traumatismos
- Ortodoncia, (terapia de extracciones seriadas)
- Problemas eruptivos del permanente, (Erupción ectópica, reabsorción radicular anómala o asimétrica, retención del diente temporario, formación de 2/3 de la raíz del permanente, piso cameral fracturado, pérdida de la cortical del saco coronario de los gérmenes permanentes, movilidad grado 2 o 3)
- Pérdida de la línea muco-gingival que involucra pérdida de la cortical alveolar
- Retención excesiva de dientes temporarios
- Apiñamiento de diente permanentes
- Razones médicas sistémicas o asociadas a patología neoformativa u oncológica
- Anquilosis
- Razones socioeconómicas

CONTRAINDICACIONES

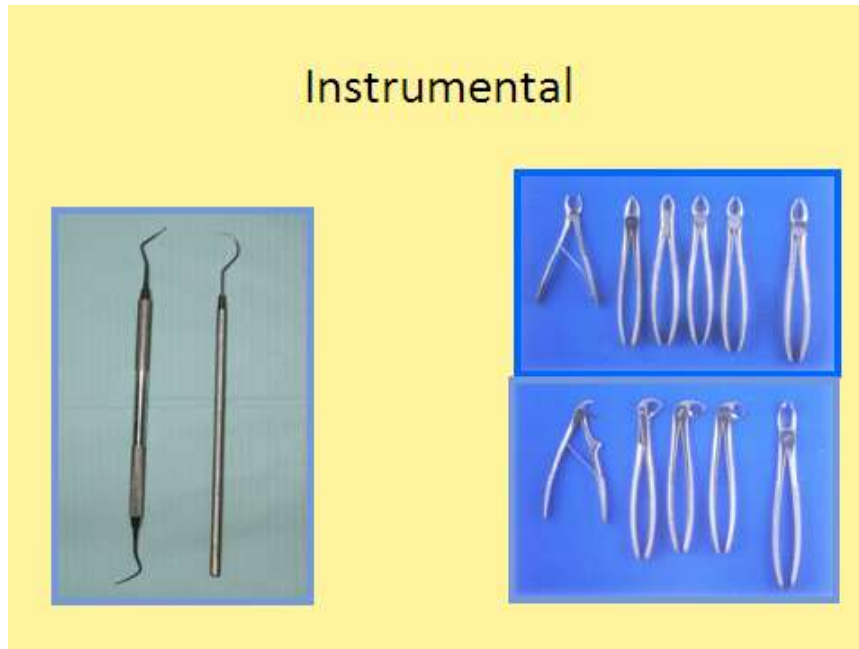
- Inmadurez física o psicológica del niño
- Problemas neoformativos locales. (Hemangioma)
- Deficiencias inmunológicas
- Coagulopatías
- Enfermedades generales donde la exodoncia tenga consecuencias negativas
- Falta de consentimiento informado

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

Forceps de niños

Explorador o cuharita para separar surco ginival y realizar sindesmotomía.

No son utilizados los elevadores por el riesgo de daño o avulsión accidental del germen del permanente.



TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN

Se debe recordar que las raíces son curvas y nacen cerca del cuello de la pieza y entre ellas puede estar el germen del permanente, que puede ser desprendido o extraído, por tener nulo o escaso desarrollo radicular, durante la exodoncia del temporario.

La reabsorción radicular irregular predispone a la fractura de alguna raíz temporaria. El criterio clínico depende de las características del caso. Algunos factores que guían el criterio a seguir pueden ser:

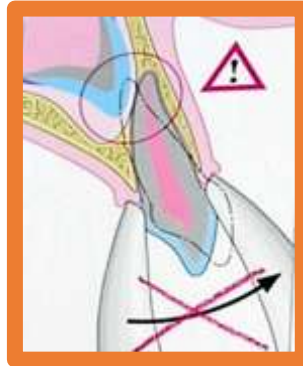
- La contaminación del resto radicular
- Dudas respecto a la instrumentación con relación al germen
- En todos los casos debe existir control clínico radiográfico para evaluar la situación del resto respecto al germen del permanente

Para las maniobras quirúrgicas, algunos profesionales prefieren fórceps adaptados al tamaño de la boca del paciente. Pero siempre que sea posible los bocados de los fórceps deben colocarse debajo de la unión amelo-cementaria, y con su eje longitudinal coincidiendo con el del elemento

Prof. Cambría Ronda, Prof. Guillermo de la Rosa, Prof. Victoria Masfuchs

dentario. Siempre los movimientos deben ser de poca potencia para dilatar el hueso que es más elástico.

Para los elementos anterosuperiores deben aplicarse principalmente movimientos rotatorios y finalmente hacia abajo.



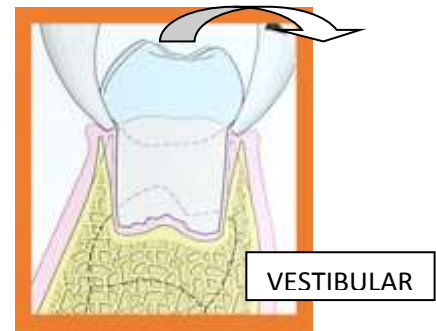
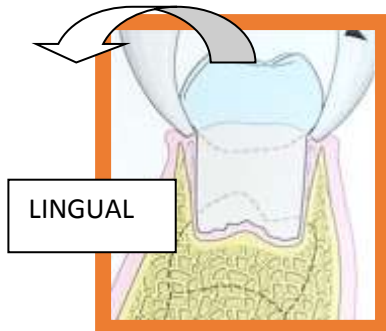
Para los incisivos y caninos anteroinferiores movimientos anteroposteriores y con menor énfasis rotatorios

Para los Molares Superiores movimientos vestibulo palatinos con énfasis hacia vestibular. Los movimientos palatinos excesivos pueden fracturar la raíz palatina.

Para el 1° MI, movimientos casi completamente hacia lingual. Para el 2° MI, Los movimientos deben ser en general hacia vestibular.

PRIMER MOLAR TEMPORARIO INFERIOR

SEGUNDO MOLAR TEMPORARIO INFERIOR



Cuando hay una profunda destrucción coronaria se puede practicar la odontosección, siempre apoyado en el diagnóstico clínico y radiográfico.

Cuando existe anquilosis o las raíces rodean completamente al germen permanente se opta por hacer colgajo, remoción de tejido óseo u odontosección.

RECOMENDACIONES POST OPERATORIAS

Para el posoperatorio se debe recomendar una actitud reposada por al menos dos horas, el mantenimiento de la gasa estéril por lo menos durante 10 o 15 min., y dar analgesia para el plazo

Prof. Cambría Ronda, Prof. Guillermo de la Rosa, Prof. Victoria Masfuchs

inmediato a la exodoncia. Se debe explicar al niño y a los padres las sensaciones normales de los efectos de la anestesia local para impedir las complicaciones traumáticas autoinfligidas producto de la disestesia, una de las complicaciones más comunes en Odontopediatría. Complicaciones más graves se relacionan con la posibilidad de descompensaciones rápidas por infecciones o deshidratación. Se han descrito consecuencias raras de los procedimientos quirúrgicos en maxilar superior, como trombosis del seno cavernoso, meningitis y absceso cerebral producto de una celulitis. (Escobar Muñoz, 2004; Planells del Pozo en Boj, 2005)

INDICACIONES POSTQUIRÚRGICAS:

Morder una gasa por una hora.

-Indicar que no se muerda/sucione labio y o carrillo.

-Debe evitar después del tratamiento los enjuagatorios.

-Evitar juegos bruscos.

-Evitar alimentos calientes mientras dure la anestesia.

-Consultar ante dudas y/o inconvenientes.

-Medicación analgésica si fuera necesario.

COMPLICACIONES INMEDIATAS

1-Fractura dentaria.

2-Luxación de ATM.

3-Desgarro de tejidos blandos.

4-Aspiración del diente.

5-Movilidad/ extracción del germen permanente.

COMPLICACIONES MEDIATAS

1-Úlcera por mordida.

2-Hemorragia.

3-Dolor.

4- Infecciones.

5-Hematoma, edema.

ÁRBOL DE DECISIONES

Diagnóstico para la toma de decisiones desde el punto de vista clínico:

- Destrucción coronaria por caries de reconstrucción imposible
- Pérdida de la línea muco-gingival en caso de patología pulpar.
- Traumatismos que afecten al permanente o sean susceptibles de provocar infecciones.
- Ortodoncia (terapia de extracciones seriadas)
- Problemas eruptivos del permanente (erupción ectópica)
- Retención excesiva de dientes temporarios
- Apiñamiento excesivo de dientes permanentes
- Razones médicas sistémicas o asociadas a patología neo formativa u oncológica
- Anquilosis
- Razones socioeconómicas

Diagnóstico desde el punto de vista radiográfico

- reabsorción radicular anómala o asimétrica
- retención del diente temporario
- formación de 2/3 de la raíz del permanente
- pérdida de la cortical del saco coronario de los gérmenes

Consideraciones a tener en cuenta

- Consentimiento informado
- Posición del sillón y del niño en 45 °
- Contar siempre con control radiográfico
- Contar siempre con diagnóstico clínico
- Contar siempre con una anamnesis bien hecha
- En caso de ser necesario efectuar profilaxis antibiótica y de AINES
- Tener en cuenta las maniobras operatorias para cada elemento y de acuerdo al desarrollo del paciente

CONCLUSIONES

- 1-Diagnóstico preciso.
- 2-Consentimiento informado.
- 3- Motivar no engañar.
- 4-Movimientos suaves.
- 5-Resaltar comportamientos satisfactorios.
- 6-Indicaciones postquirúrgicas claras y por escrito.

Diagnóstico para la toma de decisiones aspectos, clínicos:

Destrucción coronaria por caries de reconstrucción imposible

- Pérdida de la línea mucogingival
- Traumatismos que afecten al permanente o sean susceptibles de provocar infecciones
- Ortodoncia, (terapia de extracciones seriadas)
- Problemas eruptivos del permanente, erupción ectópica.
- Movilidad de grado 2 o 3
- Retención excesiva de dientes temporarios
- Apiñamiento excesivo de dientes permanentes
- Razones médicas sistémicas o asociadas a patología neoformativa u oncológica
- Anquilosis
- Razones socioeconómicas

●Diagnóstico desde el punto de vista radiográfico

- reabsorción radicular anómala o asimétrica
- retención del diente temporario
- formación de 2/3 de la raíz del permanente
- pérdida de la cortical del saco coronario de los gérmenes

- Consideraciones a tener en cuenta
- Consentimiento informado
- Posición del sillón y del niño en 45 °
- Contar siempre con control radiográfico
- Contar siempre con diagnóstico clínico
- Contar siempre con una anamnesis bien hecha
 - En caso de ser necesario efectuar profilaxis antibiótica y de AINES
- Tener en cuenta las maniobras operatorias para cada elemento y de acuerdo al desarrollo del paciente

BILBIOGRAFÍA

.FINN. Sidney B. "Odontología pediátrica". Editorial Interamericana. México.

.SANDERS, Bruce."Cirugía bucal y maxilofacial pediátrica". Editorial Mundi. Buenos Aires. Argentina.

.MUÑOZ Fernando Escobar. "Odontología pediátrica". Editorial Amolca. Venezuela. 2004.

.BOJ J. R., Catala M. y colaboradores."Odontopediatría" Editorial Masson. Barcelona. España.

.BIONDI A.M./CORTESE S.G. "Oontopediatría: fundamentos y prácticas para la atención personalizada" Editorial Alfaomega.B.A. Argentina.