

# ODONTOPEDIATRÍA

## Tema 30

Prof. Lukene Arrizabalaga Sagastagoya

# ODONTOPEDIATRÍA

Extracciones y otros tratamientos quirúrgicos en el  
paciente infantil y adolescente

Prof. Lukene Arrizabalaga Sagastagoya

# ÍNDICE. Extracciones

- Indicaciones. Contraindicaciones.
- Consideraciones previas.
- Material necesario.
- Extracción de dientes temporales.
- Extracción de dientes permanentes jóvenes.
- Complicaciones.

# 1. INDICACIONES

## \*DENTICIÓN TEMPORAL

- caries.
- traumatismos.
- ortodoncia (extracciones seriadas, agenesia de dientes permanentes).
- problemas en la erupción del permanente (erupción ectópica, retención prolongada del diente temporal, reabsorción radicular anómala o asimétrica).
- razones médicas de carácter general (tratamientos oncológicos).
- problemas económicos.
- anomalías dentarias.
- patología asociada a procesos neoformatios en maxilares.



# 1. INDICACIONES

## \* DENTICIÓN PERMANENTE

- caries.
- traumatismos.
- ortodoncia.
- razones médicas de carácter general.
- problemas periodontales.
- problemas económicos.
- anomalías dentarias
- alteraciones en la erupción.
- asociados a patología neoformativa en maxilares.

## 2. CONTRAINDICACIONES

Tanto en dentición temporal como permanente:

- Inmadurez psicológica del niño. (anestesia general)
- Inmadurez física del niño (referente a gérmenes dentarios próximos al área afectada).
- Problemas neoformativos locales (angiomas).
- Deficiencias en el sistema inmunológico del paciente.
- Coagulopatías (sin control terapéutico previo).
- Enfermedades generales graves que puedan empeorar por la extracción.
- Falta de firma del consentimiento informado.

### 3. CONSIDERACIONES PREVIAS

Antes de proceder a la extracción dentaria es necesario tener en cuenta una serie de aspectos importantes:

- Realizar una historia clínica detallada.
- Profilaxis antibiótica.
- Interconsultas.
- Consentimiento informado.
- Obtener una complicidad adecuada de los padres. (restar importancia)
- Comentar al niño las sensaciones de presión y tracción.
- Valorar en qué manera la ausencia del diente influirá en la pérdida o menoscabo de las funciones orofaciales del niño (masticación, deglución, fonación y estética).
- Valorar las repercusiones en la disminución de la longitud de arcada que aparecen después de la pérdida dentaria, y que es especialmente rápida en los sectores posteriores de los maxilares (en apenas 24 horas). (Aparatología de mantenimiento; su colocación inmediata a la extracción si es posible).
- Son imprescindibles pruebas radiológicas que nos indiquen el estado radicular del diente, la presencia de curvaturas radiculares, anquilosis, estado de reabsorción radicular, estado de maduración del germen del permante, longitud radicular y estabilidad de los dientes proximales (para establecer la firmeza en las maniobras de luxación).

- Una consideración importante de tipo preventivo es controlar la posible aspiración o deglución de dientes o restos dentarios de los dientes temporales, mediante:

-realizar la extracción durante los procedimientos de odontología conservadora, dentro del protocolo terapéutico de un cuadrante y antes de la retirada del aislamiento con *dique de goma*.

-cuando no sea posible lo anterior, colocar una *gasa*.

-existen nuevos sistemas de *fórceps* con un receptáculo que alberga el diente extraído.

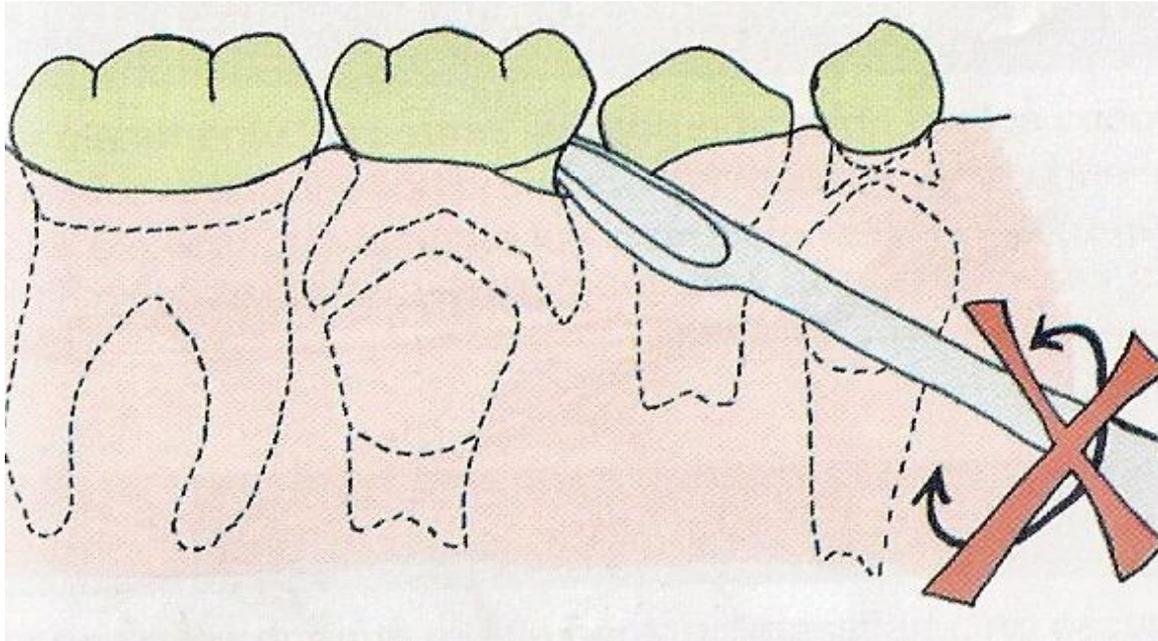
- La posición y el control de las manos.( con la mano contraria proteger las partes blandas que rodean el diente
- No se aconseja el empleo de curetas en la extracción de dientes temporales con desarrollo de absceso o granuloma periapical, ya que pueden lesionar el germen del diente sucesor.
- Hemostasia. Morder una gasa durante media hora, no masticarla, no escupir.

## 4. MATERIAL NECESARIO

- **Fórceps:** pediátricos ( 150S...) o universales ( raíces y de incisivos y premolares). NO cuerno de vaca----- luxación y extracción del germen. Fórceps con receptáculo para anteriores muy destruidos.



- **Botadores**: Extracción de raíces o dientes temporales muy destruidos o anquilosados. Muy importante evaluar el estado de los dientes contra los que se realizará la fuerza-----PERMANENTES CON ESCASA FORMACIÓN RADICULAR O TEMPORALES CON REABSORCIÓN RADICULAR AVANZADA complicarían o contraindicarían esta maniobra.



- **Periostotomo:** Liberar inserción epitelial. Pao previo al empleo del fórceps.
- **Curetas de legrado:** Riesgo de dañar el germen del sucesor. Uso infrecuente.
- **Sutura:** No, salvo colgajo o extracciones múltiples.

## 5. EXTRACCIÓN DE DIENTES TEMPORALES

- 5.1 Extracción de dientes temporales del sector anterosuperior.
- 5.2 Extracción de molares temporales superiores.
- 5.3 Extracción de dientes temporales del sector anteroinferior.
- 5.4 Extracción de molares temporales inferiores.

## 5.1 Extracción de dientes del sector anterosuperior

### Ventajas:

- dientes unirradiculares
- se controla mejor la técnica----menor riesgo de fractura radicular
- fácil accesibilidad y visibilidad

### Causas que más frecuentemente indican la extracción:

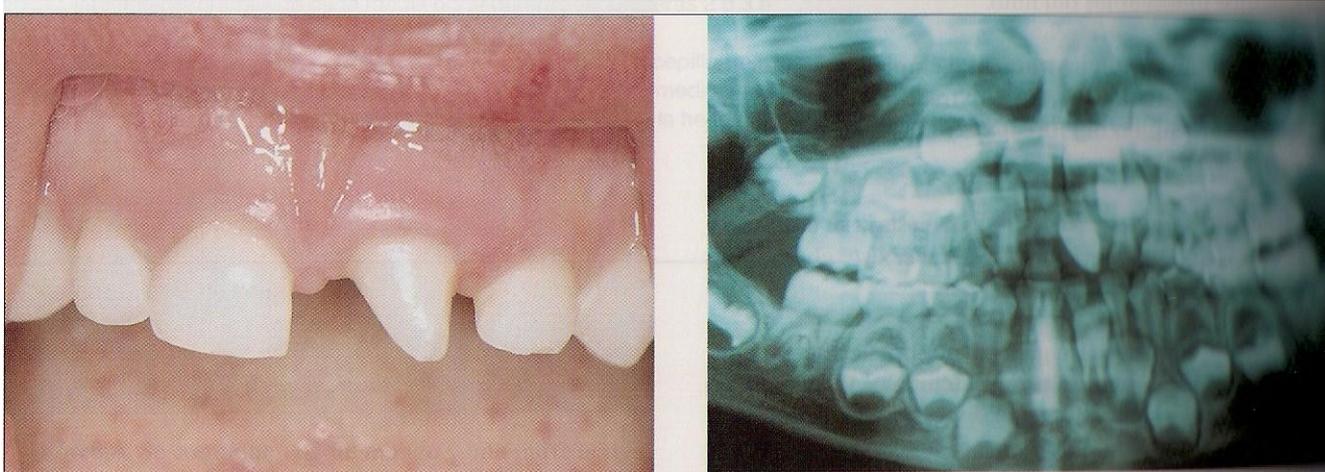
- etiología traumática
- etiología infecciosa por caries

### En las pruebas radiológicas (imprescindible) se ha de comprobar:

- posibilidad de anquilosis
- grado de reabsorción radicular
- situación del germen del diente sucesor
- fracturas radiculares

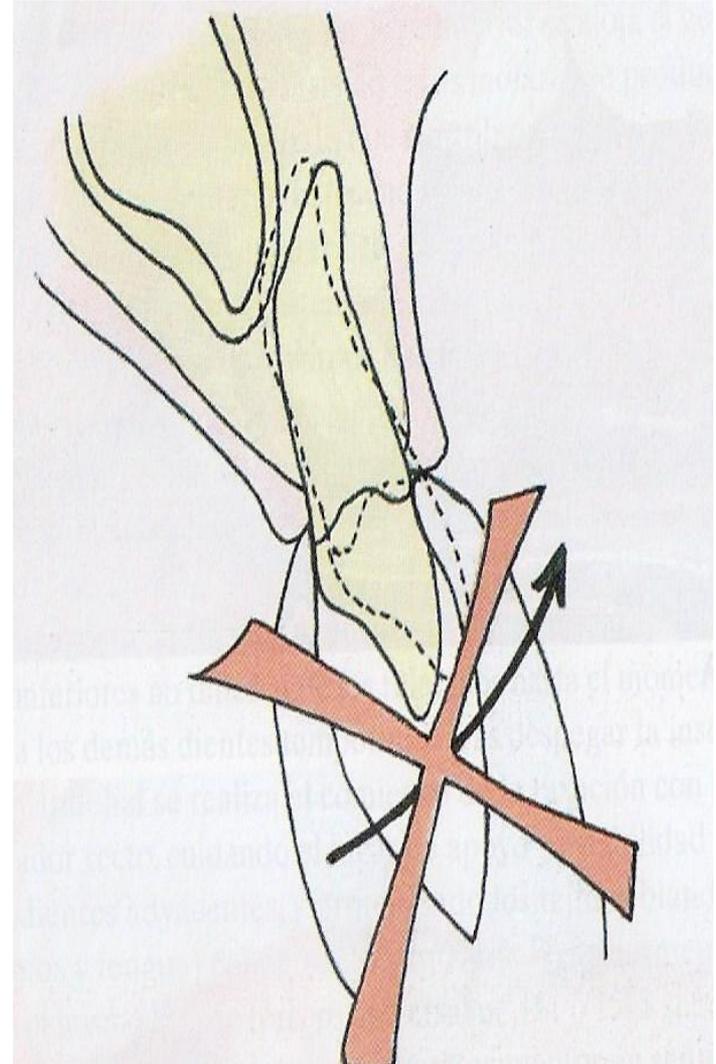
## 5.1 SECTOR ANTEROSUPERIOR

- Pruebas radiológicas: grado de reabsorción radicular, germen...



## 5.1 SECTOR ANTEROSUPERIOR: técnica de extracción

- La anestesia local debe contemplar el grado de reabsorción radicular.
- Se comienza mediante el despegamiento de las fibras de inserción epitelial.
- El movimiento de luxación se ejerce con cuidado de no dañar el germen del diente permanente sucesor, que se sitúa exactamente en la zona más superior y posterior del ápice del diente temporal.
- Fórceps que mejor se adapte a la anatomía, el movimiento es fundamentalmente de rotación, precaución de evitar desplazamientos del ápice hacia palatino.
- Casos de gran destrucción coronaria, botador o fórceps de raíces superiores, protegiendo las partes blandas



## 5.2 Extracción de molares temporales superiores

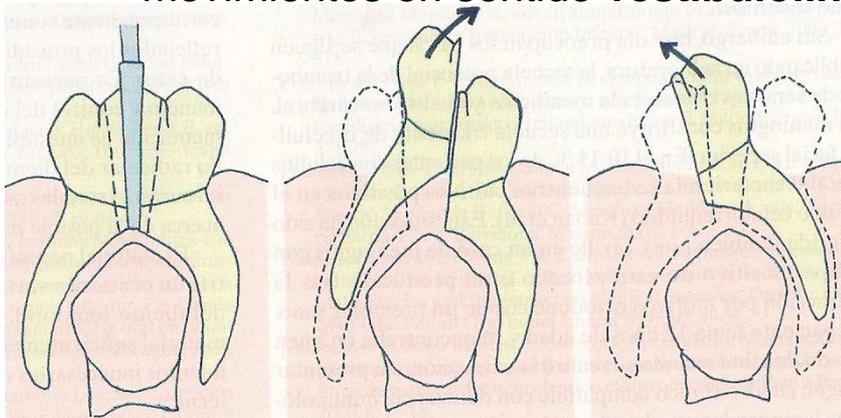
- Gran convexidad coronaria hace que sea difícil conseguir una buena presa con el fórceps (tubérculo de Zuckerkandl)). Raíces con una gran convexidad, en cuyo interior se aloja el germen del diente permanente. Es frecuente encontrar diferentes grados de reabsorción radicular, lo que puede provocar fracturas radiculares.
- Se inicia con la desinserción epitelial. A continuación, botador recto para la luxación. El fórceps adecuado es el universal 150 o 150S. También se usa el pediátrico de bayoneta. Los movimientos deben procurar una expansión del hueso alveolar mediante desplazamientos primero palatinos y después vestibulares. Movimientos de circunducción.
- En los molares con reabsorción radicular atípica por erupción ectópica del primer molar permanente se puede realizar una odontosección del molar temporal
- En molares temporales restituidos mediante corona preformada, es frecuente el deslizamiento del fórceps, las valvas deben insertarse en la zona más apical de la corona. (botador, periostotomo)

## 5.3 Extracción de dientes del sector anteroinferior

- Indicaciones: erupción de los dientes permanentes por lingual y discrepancia óseo dentaria.
- La posición del paciente semiincorporado (para evitar deglución de dientes) y la localización de estos dientes en la zona anterior de la cara-----PÉRDIDA DE MOTIVACIÓN.
- Los fórceps recomendados son el 151 o el 151 S.
- Comprobar clínica y radiológicamente el estado radicular de los dientes temporales, ya que es frecuente que conserven una raíz larga parcialmente reabsorbida (FRAGILIDAD, FRACTURA).
- La técnica no varía, si bien recordar que los gérmenes sucesores quedan situados en apical y lingual, por tanto en los movimientos evitar dañar estas zonas para permitir la correcta odontogénesis de los sucesores.
- Los movimientos son de rotación. La arcada mandibular posee un hueso menos esponjoso que el maxilar, por lo que la tendencia a la fractura radicular es mayor.

## 5.4 Extracción de molares temporales inferiores

- La **anatomía** dificulta su extracción. Por una lado, la CORONA del primer molar presenta el engrosamiento del esmalte que dificulta la posibilidad de realizar una buena presa con el fórceps (el tallado del engrosamiento favorece la adaptación del fórceps). Asimismo, las RAÍCES son dos (mesial y distal), largas y acintadas, en cuyo interior se aloja el germen del sucesor. La rizólisis se produce desde el interior de la raíz, lo que genera una gran fragilidad dentaria. Gran divergencia en sus raíces, lo que muchas veces hace aumentar el diámetro existente entre ambas por encima del tamaño mesiodistal de la corona del molar.
- Necesidad de **odontosección** (estudio rx).
- Los pasos de la extracción no difieren. Tras despegar la inserción epitelial se comienza la luxación con un botador recto, protegiendo con la mano contraria los tejidos blandos. Con el fórceps 151 o 151 S se realizan ahora movimientos en sentido **vestibulolingual**.



## 6. EXTRACCIÓN DE DIENTES PERMANENTES JÓVENES

- Ventajas: la configuración de las fibras periodontales y la conformación de la raíz incompleta y con el ápice abierto hacen que las posibilidades de fractura radicular disminuyan.
- En los **premolares** con indicación de extracción ortodóncica, programar la extracción en una fase temprana de maduración dentaria, con el objetivo de minimizar complicaciones. Si se produjera una fractura radicular, realizar una osteotomía alveolar y extracción radicular para permitir llevar a cabo los movimientos ortodóncicos correctamente.
- **Primer molar permanente**, controversia . Algunos autores proponen que ante la presencia de primeros molares permanentes muy deteriorados hay que realizar un estudio radiográfico y evaluar la presencia de terceros molares y el estado de maduración de los segundos molares permanentes. Proponen la extracción del primer molar, preferentemente cuando se encuentre calcificada la furcación del segundo molar o en la fase previa a su erupción y opinan que ello conllevará la reposición del segundo molar permanente por migración mesial en el lugar donde se encontraba el primer molar.
- La técnica de extracción no varía.

## 7. COMPLICACIONES

### ■ COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS:

- fractura radicular

- avulsión de dientes temporales adyacentes (no importancia, ya que la pieza afectada suele estar próxima a la exfoliación. Valorar mantenedor, nunca reimplante).

- avulsión de dientes permanentes (reposicionarse inmediatamente y sutura)

## 7. COMPLICACIONES

### ■ COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

- Dolor: si excede de 24 horas o aparece varios días después, sospecha de infección.
- Inflamación.
- Infecciones: no frec. Antibióticos
- Hematomas
- Hemorragias



# INDICE. Otros tratamientos quirúrgicos

- FRENECTOMÍA LABIAL SUPERIOR.
- FRENECTOMÍA LINGUAL.
- EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS.
- EXTRACCIÓN DE GÉRMENES DEL TERCER MOLAR.

# 1. FRENECTOMÍA LABIAL SUPERIOR

- El frenillo es una banda de tejido fibroso que une el labio con la encía insertada interincisiva.
- A partir de los 8-10 años (migración de los caninos que presionan sobre los incisivos), la presencia de un diastema con un frenillo de inserción baja en la papila palatina-----  
VALORACIÓN QUIRÚRGICA.
- Otras causas de diastema: descartar
  - Dientes supernumerarios (mesiodens).
  - Succión digital (vestibuloversión de incisivos).
  - Quiste fisurario del conducto nasopalatino.
  - Aumento del perímetro maxilar.
  - Agenesias dentarias (st laterales).

# INDICACIONES. DIAGNÓSTICO. TÉCNICA

- La principal **indicación** de la frenectomía es la presencia de un frenillo prominente de inserción baja, en la papila palatina, que causa diastema central.

- **Diagnóstico:**

Clínico: tracción del labio---tensión del frenillo--- papila blanca (isquemia de los vasos nasopalatinos)

Rx: descartar otras causas----mesiodens

## **Técnica quirúrgica:**

- Tracción del frenillo con pinza mosquito.
- Hoja de bisturí del 15, resección en ojal del frenillo, profundizando al llegar a la zona interincisiva hasta la papila.
- Eliminar las fibras de inserción mediante gasa, cureta o fresa.
- Sutura.

## 2. FRENECTOMÍA LINGUAL

- El frenillo lingual es una banda fibrosa que une la lengua con el suelo de la boca o con el proceso alveolar.
- En casos de acortamiento-----dificultad de alimentación y lenguaje (“R”).
- Diagnóstico clínico: palabras con “R”, llevar lengua al paladar, sacar la lengua fuera de la arcada.
- La eliminación del frenillo debe hacerse antes de que se adquiera la madurez en el lenguaje (después logopeda).
- Técnica quirúrgica: Escisión de TODO el frenillo.
  - Anestesia troncular bilateral.
  - Punto de seda en la punta lingual (traccionar e inmovilizar).
  - Hoja bisturí 15---traccionar de la lengua y resección completa del frenillo.
  - Cuidado con los conductos de Warthon.



# 3. EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS

- Localización: zona central del maxilar superior—MESIODENS.
- Lo habitual es su inclusión, que produce: impactación de los dientes permanentes y malposición de los dientes permanentes.
- Diagnóstico: Rx y sospecha ante retraso en la erupción de los incisivos permanentes.
- Técnica quirúrgica:
  - Colgajo palatino: exponer el diente con fresado del hueso y extracción del diente y del saco folicular, limpiar el lecho, sutura.
  - Colgajo vestibular: lo mismo

# 4. EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE GÉRMENES DEL TERCER MOLAR

## ■ INDICACIONES:

- Asociados a quistes o tumores.
- Enclavamiento o dificultades para la erupción del germen del segundo molar.
- Posición ectópica.

## ■ DIAGNÓSTICO: Ortopantomografía

## ■ TRATAMIENTO:

- Tercer molar maxilar: incisión en la línea media de la tuberosidad hasta el segundo molar, descarga vestibular---COLGAJO mucoperióstico a espesor completo. Levantar colgajo con perisototomo hasta descubrir la cortical ósea. Fresa redonda para eliminar hueso hasta ver el diente. Botadores. Limpiar el lecho y sutura.
- Tercer molar mandibular: incisión en el borde anterior de la rama ascendente mandibular hasta la zona mesial del segundo molar. Resto, igual.