

Cirugía ortodóncica: técnicas quirúrgicas para la liberación de piezas dentarias retenidas

Dr. Pablo Olivieri*, Od. Sebastián Berrhau

* Profesor adjunto de la cátedra de Cirugía B de la Facultad de Odontología de la U.N.L.P.
Dirección postal: calle 18 N° 1355 1er. piso depto. D

RESUMEN

Dentro de la práctica de la cirugía bucal se desarrollan procedimientos quirúrgicos de realización conjunta con tratamientos ortodóncicos. Uno de estos procedimientos es la llamada liberación o exposición quirúrgica de las piezas dentarias retenidas. En el presente trabajo se describen dos técnicas de liberación para abordar, según el caso, por vía vestibular o por vía palatina el diente a exponer.

PALABRAS CLAVE

Dientes retenidos/tratamiento quirúrgico-ortodóncico/cirugía ortodóncica/liberaciones

SUMMARY

Inside the practice of oral surgery, many surgical procedures are made in combination with orthodontic treatments. The so-called liberation or surgical exposure of impacted teeth is one of these. In the present paper two techniques for tooth exposure, one developed by the buccal and the other by the palatal way are described to deal, depending the case, with the tooth to exposure.

KEY WORDS

Impacted teeth/surgical-orthodontic treatment/orthodontic surgery/exposures

INTRODUCCIÓN

Dentro de los procedimientos quirúrgicos desarrollados por la cirugía bucal, se encuentran aquellos que se realizan en forma conjunta con tratamientos ortodóncicos para ayudar a estos últimos a alcanzar sus objetivos. El procedimiento desarrollado en el presente trabajo, denominado liberación o exposición quirúrgica de los dientes retenidos, es uno de ellos.

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA
DE LA PLATA
BIBLIOTECA

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

La liberación de una pieza retenida consiste en descubrir parte de su corona mediante la eliminación o el desplazamiento de los tejidos que la cubren, así como también incluye eliminar las lesiones patológicas que pueden presentarse relacionadas con la misma. De este modo se logra el acceso a la corona dentaria para colocar sobre ella un aditamento ortodóncico (botón, bracket), utilizando éste como anclaje para un medio de tracción. Con ambos se comenzará a guiar y trasladar la pieza dentaria liberada con el fin de situarla y alinearla correctamente en la arcada. Esta tracción se realiza empleando alambre como medio para realizar la misma. Mediante éste se inducen fuerzas discontinuas al diente liberado que permiten que a medida que la pieza dentaria se moviliza, el hueso, el ligamento periodontal, el paquete vasculonervioso pulpar y la encía acompañen a la misma. Se evita así producir lesiones óseas, periodontales, necrosis pulpares y/o recesiones gingivales. Las fuerzas continuas producidas al utilizar gomas como medio de tracción pueden generar con mayor frecuencia dichas alteraciones.

Las piezas dentarias que mayormente requieren estas intervenciones son en orden decreciente los caninos, los incisivos, los premolares y por último los molares, siendo la frecuencia mayor para la serie superior.

Debido al hecho de que aun estando retenidas las piezas dentarias son potencialmente útiles de manera inestimable -tanto en sentido funcional como estético-, se deberá plantear, siempre y cuando no existan contraindicaciones ^(1,2,3,4,5), la posibilidad de realizar dicho tratamiento.

Los dientes retenidos pueden ubicarse dentro del maxilar hacia vestibular, hacia palatino/lingual o en forma transalveolar, mixta o intermedia. La vía para abordar y liberar el diente retenido depende de cuál de estas tres ubicaciones adopte. Consecuencia de este motivo es la privativa importancia que tiene conocer la ubicación del mismo para seleccionar de forma correcta el lado de la arcada por el cual se practicará la intervención.

Para conocer dicha ubicación se debe desarrollar junto a un profundo examen clínico, (con el cual en ciertos casos puede establecerse la posición), una evaluación radiográfica. Para esta última se utiliza la técnica de Clark, pudiéndose emplear también aquellas otras técnicas que igualmente se basen en la

ley del objeto bucal. ^(1,2,3,4,5,6,7,8)(figs. 1,9). Con las mismas se evidencia la posición vestibular-palatina/lingual del diente retenido con respecto a las piezas adyacentes. Por supuesto que no deben dejarse de lado otras técnicas de diagnóstico por imágenes que debido al caso pudieran ayudar al correcto diagnóstico y a la planificación de la intervención.

CONDICIONES PREOPERATORIAS

Sumado a la historia clínica y a los análisis de laboratorio del paciente que indican si sus condiciones generales son las aptas para realizar este procedimiento quirúrgico, es condición imprescindible que el mismo se encuentre bajo tratamiento ortodóncico en forma previa a la cirugía, de modo tal que exista el espacio suficiente en la arcada para el diente a liberar o la posibilidad de que el ortodoncista lo genere. ^(2,4,9,10). Esta condición tiene un doble fundamento: sin el espacio adecuado, el diente liberado no podrá erupcionar o podrá hacerlo, pero se dificultará o le resultará incluso imposible al ortodoncista guiarlo correctamente hasta su posición final en la arcada. Además, dicho espacio en el reborde provee de encía adherida, de carácter vital para evitar sobre todo en las retenciones vestibulares altas (piezas dentarias retenidas a nivel o por encima de la unión mucogingival), las recesiones gingivales y pérdidas óseas marginales originadas por no ofrecer dicho tejido al diente liberado en el procedimiento quirúrgico ^(9,10,11).

En el presente trabajo se describe una técnica de liberación utilizada para las retenciones vestibulares y una para las palatinas. En los casos de retención transalveolar con posición vertical del diente retenido, el abordaje se realiza con preferencia por la vía vestibular, mientras que en los casos de retención transalveolar con posición horizontal del mismo, la vía de abordaje queda determinada por la ubicación de la corona, realizándose éste por el lado hacia el cual ella esté situada.

Estas dos técnicas pueden emplearse para liberar, salvo algunas excepciones debidas a características particulares del caso, cualquier pieza dentaria retenida.

Siendo los caninos los más frecuentemente tratados, los dos casos presentados en este trabajo corresponden a procedimientos quirúrgicos de liberaciones de dichas piezas dentarias.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

• Procedimiento por vía vestibular:

Previa antisepsia y anestesia del área a intervenir, se realizan con bisturí tipo Bard Parker y hoja nro. 15 dos incisiones verticales ligeramente divergentes hacia el fondo de surco desde mesial y distal del temporario (o del espacio desdentado del reborde hacia el cual se llevará la pieza a liberar). Se traza una tercera incisión, de dirección horizontal, que une los límites coronales de las dos primeras y que pasa según el caso, por el cuello dentario del temporario (fig. 2) o sobre el reborde coronal al nivel del vértice de la pieza retenida. En esta última situación, de ser necesario, puede realizarse dicha incisión horizontal sobre el lado palatino/lingual del reborde, obteniendo de esta manera un colgajo con mayor cantidad de encía adherida ⁽¹²⁾.

Trazadas las incisiones se decola un colgajo mucoperiostico que descubre la corona de la pieza retenida o el hueso que la cubre de manera parcial o total. De presentarse cubierta por tejido óseo, con fresa redonda para hueso nro. 8 se elimina el mismo liberando desde el vértice de la cúspide hasta llegar periféricamente al ecuador de la corona, evitando sobrepasar dicho límite. De este modo se elimina la cantidad mínima de tejido óseo que permite liberar el diente y no se invade la unión cementoadamantina, pautas que deben respetarse para no alterar el desarrollo periodontal sano y normal de esa pieza. ^(1,9) Se exodoncia el diente deciduo y se realiza la eliminación del saco pericoronario empleando puntas Morse o curetas (fig. 3).

Una vez liberada la pieza dentaria y realizado el toilette del área, se reposiciona el colgajo apicalmente, cubriendo con el mismo 2 a 3 mm de la corona expuesta ^(9,10), dejando libre la superficie adamantina necesaria para colocar el aditamento ortodónico (fig. 4). Estos últimos, gracias a las técnicas de grabado ácido se vieron reducidos en su tamaño, reduciendo indirectamente la cantidad de tejido óseo que se elimina y la superficie de la corona que se deja expuesta luego de liberarla ⁽⁵⁾. Debido a las características estructurales del colgajo, éste provee al diente liberado de encía adherida y a partir de su periostio se desarrollará tejido óseo, evitándose gracias a ambos, producir recesiones gingivales y pérdidas óseas postoperatorias ^(9,10,11,12).

Reposicionado el colgajo y suturado, se puede fijar en forma intraoperatoria el aditamento ortodónico ^(5,13) según las técnicas actuales de adhesión y se protege el área intervenida con gasa yodoformada, la

cual actúa como barrera física protegiendo la zona, realiza hemostasia y presta los beneficios de la acción antiséptica, analgésica y principalmente cicatrizal del yodoformo. Esta gasa se fija mediante un punto de sutura y se recambia periódicamente cada 48 o 72 horas hasta que se cubran con epitelio los bordes de la herida (fig. 5).

Según las características de la intervención o la preferencia del ortodoncista, el aditamento ortodónico puede ser colocado en forma diferida pasada una semana del acto quirúrgico ^(2,5,13) (figs. 6-7-8).

• Procedimiento por vía palatina:

Realizada la antisepsia y el bloqueo sensitivo del área a intervenir, en forma previa al trazado de la incisión, se realiza con la finalidad de lograr hemostasia de la zona, un punto simple en masa en el paladar a nivel de los molares. Este punto penetra la fibromucosa palatina a 3 o 4 mm. de distancia del cuello dentario de los citados dientes y emerge en dirección a la línea media a 12 o 15 mm. de los mismos, ligando transitoriamente a la arteria palatina superior, quien es responsable del posible sangrado intra o postoperatorio generado por incidir a la misma o a sus pequeños ramos colaterales.

Conocida previamente la localización del retenido en el paladar mediante la evaluación clínica y radiográfica, se realiza a nivel del sector donde se encuentra el mismo, una incisión semilunar con base posterior y se logra un colgajo mucoperiostico. Con el mismo instrumental y de igual forma a la descrita en la técnica vestibular se realiza la liberación de la pieza retenida. En las retenciones palatinas pueden sobrepasarse ligeramente los límites de eliminación de tejido óseo y de mucosa palatina, debido a que existe buena cantidad de hueso hacia vestibular y a que los problemas gingivales son de rara aparición en razón de las características de dicha mucosa. ⁽⁴⁾ Se elimina el saco pericoronario y se coloca una pinza Halsted curva en la base del colgajo, maniobra que resume más aún el sangrado intraoperatorio y permite adherir el aditamento ortodónico. (fig. 10). Una vez liberado el diente y colocado o no el elemento de anclaje en forma intraoperatoria según la preferencia o las características del caso, se secciona el colgajo entre el vértice del mismo y la pinza, la cual realizado el corte se retira. (fig. 11). Se coloca gasa yodoformada en la zona intervenida y se fija la misma con una sutura en canastilla (fig. 12). La gasa yodoformada se recambia según se describió en la técnica vestibular (figs. 13-14-15-16).

Finalizada la intervención y de igual forma en que debe hacerse una vez concluida también la técnica de liberación vestibular, se medica al paciente y se le indican los cuidados postoperatorios de acuerdo con las mismas.

CONCLUSIONES

La liberación de una pieza dentaria retenida es un procedimiento que se realiza en la mayoría de los casos en asociación con tratamientos ortodóncicos.

Debe recordarse que las piezas dentarias retenidas son potencialmente útiles de manera inestimable. Debido a esto el ortodoncista y el cirujano deben plantearse la posibilidad de realizar la liberación de los dientes retenidos que presente el paciente bajo tratamiento ortodóncico. Los factores a considerar para el éxito de esta terapéutica quirúrgico-ortodóncica se resumen bajo los siguientes términos: correcto diagnóstico, evaluación general y ortodoncia preoperatoria, respeto de la integridad de la encía adherida, del tejido óseo y de la unión cemento-adamantina, empleo de correctas fuerzas de tracción y estrecha relación entre el ortodoncista, el cirujano y el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Alling III, C. C.; Helfrick, J. L.; Alling, R. D. (1993): Impacted Teeth, 1ra. edición. Pensilvania. W. B. Saunders Company, págs. 307-20.
- 2) Carrillo Badillo, A. et al (1994): Tratamiento quirúrgico-ortodóncico del canino maxilar. Rev. Europ. Odonto-Estomatol. 6 (4): 241-4.
- 3) Muelas, L. et al (1995): Etiología y pronóstico de la inclusión dentaria. Revisión de la literatura. Rev. Iberoam. Ortod. 14 (2): 55-63.
- 4) Solano Reina, E. et al (1995): Tratamiento quirúrgico del canino incluído. Rev. Iberoam. Ortod. 14 (3): 98-111.
- 5) Soler, I.; Plasencia, E. (1995): Análisis de la duración del período de tracción en 100 casos de impactación palatina de caninos maxilares. Rev. Esp. Ortod. 25 (4): 361-72.
- 6) Hunter, S. B. (1983): Treatment of the unerupted maxillary canine-Part 1-Preliminary considerations and surgical methods. Br. Dent. J. 154:294-296.
- 7) Abrams, H.; Gossett, S. E.; Morgan, W.J. (1988): A modified flap design in exposing the palatally impacted canine. J. Dent. Child Jul-Aug: 285-87
- 8) Andreasen, G. F. (1971): A review of the approaches to treatment of impacted maxillary cuspids. Oral surg., Oral med., Oral Pathol. 31 (4): 479-84.
- 9) Vanarsdall, R. L.; Corn, H. (1977): Soft-tissue management of labially positioned unerupted teeth. Am. J. Orthod. 72 (1): 53-64.
- 10) Kokich, V. G.; Mathews, D. P. (1993): Surgical and orthodontic management of impacted teeth. Dent. Clin. North. Am. 37 (2): 181-204.
- 11) Vermette, M. E.; Kokich, V. G.; Kennedy, B. (1994): Uncovering labially impacted teeth: apically positioned flap and closed-eruption techniques. Angle Orthod. 65 (1): 23-34.
- 12) Levin, M. P.; D'Amico, R. A. (1974): Flap design in exposing unerupted teeth. Am. J. Orthod. 65 (4): 419-22.
- 13) Becker, A.; Shpack, N.; Shteyer, A. (1996): Attachment bonding to impacted teeth at the time of surgical exposure. Eur. J. Orthod. 18 (5): 457-63.

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA
DE LA PLATA
BIBLIOTECA

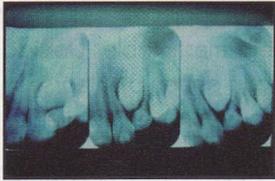


Figura 1: Evaluación radiográfica: canino superior izquierdo retenido hacia vestibular.



Figura 2: Trazado de la incisión.



Figura 3: Eliminación del saco pericoronario



Figura 4: Colgajo desplazado y suturado hacia apical.



Figura 5: Gasa yodoformada ubicada en el área intervenida.



Figura 6: Tracción alámbrica de la pieza liberada hasta posicionarla en la arcada.



Figura 7: Tracción alámbrica de la pieza liberada hasta posicionarla en la arcada.



Figura 8: Tracción alámbrica de la pieza liberada hasta posicionarla en la arcada.



Figura 9: Evaluación radiográfica: canino superior izquierdo retenido hacia palatino.



Figura 10: Pinza Halsted curva colocada en la base del colgajo.



Figura 11: Colgajo seccionado. Nótese el punto en masa a nivel molar.



Figura 12: Gasa yodoformada en el área intervenida.



Figura 13: Tracción alámbrica de la pieza liberada.



Figura 14: Tracción alámbrica de la pieza liberada.



Figura 15: Vista palatina del diente liberado con su posición final en la arcada.



Figura 16: Vista vestibular del diente liberado con su posición final en la arcada.