

Juan Carlos Obando Piedra ^a; Thalía Carolina Salgado Rosado ^b; Pamela Johanna
Cuadrado Suarez ^c; Walter Kiko Salgado Salguero ^d

Tratamiento quirúrgico de restos uniradiculares dentales: Reporte de un caso

*Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. Vol. 1 núm., 4, septiembre,
2017, pp. 870-884*

DOI: 10.26820/recimundo/1.4.2017.870-884

Editorial Saberes del Conocimiento

RESÚMEN

La cirugía bucal como ciencia, estudia las diferentes maneras y abordajes que el operador tiene al momento de realizar una exodoncia, depende del operador y sus tácticas y técnicas que planea aplicar en cada paciente, esto por lo general varía según edad, según el sexo y temperamento del paciente, en este caso clínico, el paciente es femenino de 49 años de edad, la cual presento mucho interés en mejorar su salud bucal manifestando sus molestias y malas experiencias, las técnicas descritas en literaturas publicadas son mucha ayuda al momento de intervenir al paciente, el manejo preoperatorio es de vital importancia como profilaxis dental y exámenes complementarios como radiografías y hemograma completo con tiempo de coagulación y sangría, siempre cuidando la bioseguridad del entorno en el que se interviene, con campos operatorios estériles como medida de barrera de protección tanto para el paciente como para el operador y el ayudante, todo material e instrumental que se vaya a utilizar debe estar debidamente estéril. El manejo postoperatorio es de vital importancia al momento de solucionar el problema estético que el paciente manifiesta luego de una exodoncia en sector de incisivos, es muy importante tener ya lista una prótesis parcial removible o si el paciente tenía antes de la cirugía una prótesis se puede volver a colocar, y controlar una posible infección o contaminación de la herida con antibióticos como medida de protección después de la cirugía, los puntos deben quedar muy bien ajustados para que no exista una pérdida de la sutura antes del tiempo establecido que debe permanecer en boca.

Palabras claves: Tratamiento quirúrgico; restos uniradiculares.

Tratamiento quirúrgico de restos uniradiculares dentales: Reporte de un caso

Vol. 1, núm. 4., (2017)

Juan Carlos Obando Piedra; Thalía Carolina Salgado Rosado; Pamela Johanna Cuadrado Suarez;
Walter Kiko Salgado Salguero

ABSTRACT

Oral surgery as a science, studies the different ways and approaches that the operator has at the time of making an extraction, depends on the operator and its tactics and techniques that plan to apply in each patient, this usually varies according to age, according to sex and patient's temperament, in this case, the patient is a 49-year-old female patient, who showed a lot of interest in improving her oral health by expressing her discomfort and bad experiences, the techniques described in published literature are very helpful when intervening at preoperative management is of vital importance as dental prophylaxis and complementary examinations such as radiographs and complete blood count with clotting time and bleeding, always taking care of the biosecurity of the environment in which to intervene, with sterile surgical fields as a barrier measure of protection both for the patient as for the operator and the assistant, all material and instruments that are to be used must be properly sterile. Postoperative management is of vital importance when solving the aesthetic problem that the patient manifests after an extraction in the sector of incisors, it is very important to have ready a removable partial denture or if the patient had before surgery a prosthesis can be reposition, and control a possible infection or contamination of the wound with antibiotics as a protective measure after surgery, the stitches must be very tight so that there is no loss of the suture before the established time that must remain in the mouth.

Key words: Surgical treatment, uniradicular remains.

Introducción.

La mayoría de los pacientes que acuden a la consulta odontológica con restos uniradiculares, manifiestan dolor y molestias en la zona anterior de las arcadas dentales, luego de asegurarse que no exista alguna patología endodóntica en dientes vitales o endodonciados; tomar en consideración la existencia de restos radiculares resultado de procedimientos odontológicos inadecuados e inoportunos, traumatismos o caries dental que ha dejado sin porción coronal al diente afectado, esto desencadena todo un proceso patológico en esa zona como una posible infección periapical de la raíz, una reacción antígeno anticuerpo con el resto radicular cumpliendo el papel de cuerpo extraño produciendo inflamación en tejidos peri dentales como encía y hueso alveolar, esto se debe tener en cuenta antes de realizar el procedimiento quirúrgico para realizar la exodoncia del resto dental.¹⁻⁵

Se debe considerar si el paciente presenta un proceso infeccioso sobreañadido, si de ser este el caso, debe ser tratado con antibioticoterapia adecuada para la flora bacteriana bucal antes del acto quirúrgico, esto como medida preventiva ante una posible diseminación de la infección a otras zonas del organismo. Todo este procedimiento se lo realiza comenzando con una historia clínica, radiografías de diagnóstico, modelos de diagnóstico, examen de hemograma completo, y consentimiento informado.⁵⁻⁸

Presentación del caso

Paciente femenina de 49 años de edad acude a la consulta por presentar dolor y molestias con 2 meses de evolución, en zona de incisivos superiores donde se localiza una prótesis fija asentada desde hace ya algún tiempo importante sobre el diente incisivo central derecho y la raíz

Tratamiento quirúrgico de restos uniradiculares dentales: Reporte de un caso

Vol. 1, núm. 4., (2017)

Juan Carlos Obando Piedra; Thalía Carolina Salgado Rosado; Pamela Johanna Cuadrado Suarez; Walter Kiko Salgado Salguero

del diente incisivo lateral derecho fig. 2, al hacer las pruebas de vitalidad de ese resto radicular dental se confirma el diagnóstico de una necrosis pulpar del mismo, el mismo que provoca dolor que se irradia hacia el hueso periapical, todo esto producido al momento de la masticación y dolor de manera espontánea.⁸⁻¹¹

Antecedentes personales:

Perdida de corona de diente #12 por motivo de fractura horizontal de corona, y mala praxis quirúrgica odontológica, en la cual al momento de la exodoncia pertinente se fracturo la totalidad de la corona y quedo el resto radicular dentro del hueso alveolar respectivamente, la paciente manifiesta que se le comunico que el resto radicular que se quedó dentro del hueso alveolar avulcionará de forma automática por respuesta del organismo en presencia de un cuerpo extraño, luego de esta intervención quirúrgica se procedió a tratar el pseudoedentulismo parcial con prótesis parcial fija, específicamente prótesis fija en cantiléver con pilar en diente #11 y pónico sobre raíz de diente #12.

Al realizar el examen dental se confirma la presencia de caries dental. Con ayuda de una radiografía dental se localiza el resto radicular, su longitud y su diámetro, se puede apreciar el proceso infeccioso en zona periapical en forma de imagen radio lucida con bordes definidos y forma circular fig.1.



Fig. 1 Rx panorámica



Fig. 2 Foto intraoral de arcadas. Se observa la prótesis parcial fija.

Según autores describen que el abordaje para una cirugía bucal de restos radiculares debajo de una prótesis parcial fija, se puede hacer el abordaje por la cara vestibular de la mucosa sin retiro de la prótesis, pero por decisión del operador y aceptación del paciente se procedió a retirar la prótesis parcial fija para tener un mejor campo de visión operatorio fig. 3.

Tratamiento quirúrgico de restos uniradiculares dentales: Reporte de un caso

Vol. 1, núm. 4., (2017)

Juan Carlos Obando Piedra; Thalía Carolina Salgado Rosado; Pamela Johanna Cuadrado Suarez; Walter Kiko Salgado Salguero



Fig. 3 Retiro de prótesis parcial fija para obtener mayor campo visual

Anestesia

Se aplicó solución anestesia con técnica infiltrativa subperiostica a nivel de la cortical vestibular entre la mucosa y el periostio del resto radicular del diente #12, con esto se logra anestésiar los filetes nerviosos provenientes del nervio alveolar anterior que da inervación a los incisivos centrales, laterales y caninos, pero en este caso se aplicó a nivel apical del resto radicular del diente # 12, posterior a esto se aplicó solución anestésica por palatino con técnica infiltrativa subperiostica con el objetivo de anestésiar los filetes nerviosos que da el nervio Esfenopalatino que provee sensibilidad a la parte anterior de la bóveda palatina. Fig. 4 y fig. 5.



Fig. 4 Anestesia vestibular



Fig. 5 Anestesia palatal

Incisión.

Debido a que el resto radicular se observaba en la radiografía en ubicación intraosea, se procedió a realizar una incisión continua por mesial y distal del resto en la cara vestibular, para luego levantar el colgajo mucoperiostico de la zona quirúrgica fig. 6. ¹³⁻¹⁶

Tratamiento quirúrgico de restos uniradiculares dentales: Reporte de un caso

Vol. 1, núm. 4., (2017)

Juan Carlos Obando Piedra; Thalía Carolina Salgado Rosado; Pamela Johanna Cuadrado Suarez; Walter Kiko Salgado Salguero



Fig. 6 Incisión.

Levantamiento de colgajo

El colgajo seleccionado para esta cirugía es el colgajo de Neumann para lograr tener una mejor visión del resto radicular. Una vez levantado el colgajo se procede a limpiar la sangre de la zona para localizar el resto radicular fig. 7.



Fig. 7 Levantamiento de colgajo

Transoperatorio

Se utilizó un elevador de tipo recto, aplicando fuerza de tipo palanca con resistencia en el resto radicular y el punto de apoyo en crestas óseas tanto mesial, como en distal, de esta manera se logró luxar y avulsionar el resto radicular de su alveolo fig. 8.

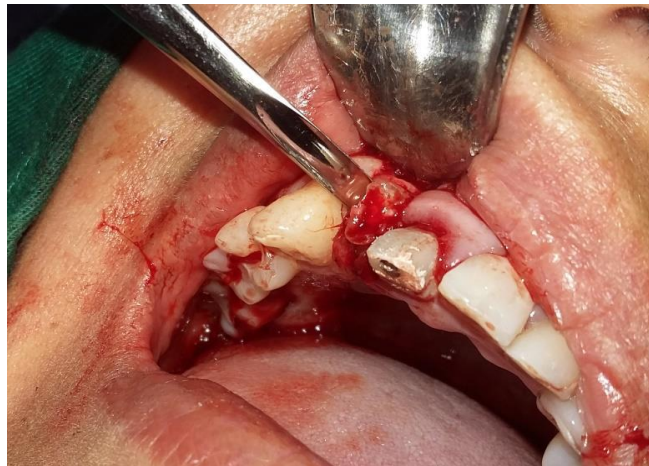


Fig. 8 Exodoncia de resto radicular

Síntesis

Se realizó un punto simple con doble nudo fig. 9.

Tratamiento quirúrgico de restos uniradiculares dentales: Reporte de un caso

Vol. 1, núm. 4., (2017)

Juan Carlos Obando Piedra; Thalía Carolina Salgado Rosado; Pamela Johanna Cuadrado Suarez; Walter Kiko Salgado Salguero



Fig. 9 Síntesis

Retiro de sutura y control postoperatorio

Se cita 7 días después a la paciente para retiro de sutura, se puede observar un avance en el proceso de cicatrización y cierre de abertura alveolar, con un poco de irritación en los márgenes del retenedor del pilar de la PPF fig. 10.



Fig. 10 Evolución 7 días después

Discusión.

Se realizó el protocolo de tratamiento antes descrito por que según varios autores es el más indicado y menos agresivo para el paciente, es de fácil seguimiento y buen pronóstico. En el transcurso de recuperación de la paciente nunca manifestó molestias ni algún tipo de patología, que son comunes en el tiempo postquirúrgico de estas intervenciones, como alveolitis, osteomielitis, o gingivitis, solo se evidencio encía hipertrofiada como resultado de la colocación postquirúrgica de la misma prótesis parcial fija que la paciente llevaba puesto antes de la cirugía lo cual es un signo leve que se puede manejar y curar.¹⁻¹⁰

Empecé con una historia clínica completa, con exámenes de sangre (hemograma completo) con tiempo de coagulación y sangría, luego de la respectiva anamnesis se ordenó una radiografía panorámica para realizar el estudio de la zona a tratar radiográficamente, se pudo evidenciar que el remanente radicular que estaba en su alveolo tenía un pequeño proceso infeccioso compatible radiográficamente con un granuloma. Luego de esto se planifico con la paciente el día de la cirugía, la cual resulto como se esperaba, la PPF se la retiro con un baja puente convencional sin molestias ni problemas, a pesar que aún estaba presente parte de la abertura alveolar y se podía apreciar ligeramente el resto radicular, se decidió hacer una incisión y colgajo para que la cirugía sea más rápida y menos molesta para el paciente. La exodoncia propiamente dicha se la llevo a cabo usando única y exclusivamente elevadores rectos usando técnicas de palanca para llevar al diente fuera de su alveolo, el operador en conjunto con el tutor responsable concluyeron que la medicación antibiótica y antiinflamatoria postoperatoria si era necesario debido que el diente presentaba un proceso infeccioso el cual fue claramente evidenciado luego de que el resto radicular salió de su alveolo. Se procedió a lavar bien la zona

Tratamiento quirúrgico de restos uniradiculares dentales: Reporte de un caso

Vol. 1, núm. 4., (2017)

Juan Carlos Obando Piedra; Thalía Carolina Salgado Rosado; Pamela Johanna Cuadrado Suarez; Walter Kiko Salgado Salguero

con suero fisiológico y retirar restos de encía hipertrofiada producto de la mala adaptación de la PPF que estaba puesta, luego de esto se procedió a usar hilo de seda 3-0 para suturar la herida, se tomó solo el borde de la base del colgajo como primera zona de punción para luego ser adherido a la encía adherida del extremo palatino de la herida. Se esperó 7 días para la cicatrización y retiro del hilo de sutura.¹⁰⁻¹⁶

La molestia que se manifestaba la paciente como incon o punción al momento de masticar o hacer contacto con el antagonista de este pónico ha desaparecido según lo manifiesta la paciente.

Conclusión.

Queda demostrado que las técnicas de anestesia, incisiones, tracción y suturas aplicadas en el caso clínico de exodoncia de resto radicular con abordaje quirúrgico realizadas, los tejidos se recuperan de inmediato, quedando también comprobado que al momento de realizar una cirugía abierta de restos radiculares en sector anterior, quedando el espacio edentulos se puede resolver sin problemas el edentulismo parcial con una PPR o una PPF inmediatamente después de suturar. Los resultados obtenidos de la cirugía fueron muy satisfactorios tanto para el paciente como para mí que fui el operador.

Bibliografía.

1. Ra'ed M. Al-Delayme. The effect of cigarette smoking on the severity of pain, swelling and trismus after the surgical extraction of impacted mandibular third molar. *J Clin Exp Dent.* 2013 Jul; 5(3): e117–e121.
2. Alvarado-Arteaga IM. Fisiología de la coagulación: nuevos conceptos aplicados al cuidado preoperatorio. *Revistas Javeriana.* 2013; 54(3): 338- 352.

Tratamiento quirúrgico de restos uniradiculares dentales: Reporte de un caso

Vol. 1, núm. 4., (2017)

Juan Carlos Obando Piedra; Thalía Carolina Salgado Rosado; Pamela Johanna Cuadrado Suarez;
Walter Kiko Salgado Salguero

3. Arteaga N. Cirugía bucal. Quito: Rodín; 2004.
4. Bache P. Odontología holística bioenergética. Buenos Aires: Editorial Abril; 2012.
5. Bloomer CR. Alveolar osteitis prevention by immediate placement of medicated packing. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000 Sep;90(3):282-4.
6. Blum IR. Contemporary views on dry socket (alveolar osteitis): a clinical appraisal of standardization, aetiopathogenesis and management: a critical review. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2002 Jun;31(3):309-17.
7. Chaparro Avendaño Angie Virginia, Pérez García Silvia, Valmaseda Castellón Eduard, Berini Aytés Leonardo, Gay Escoda Cosme. Morbilidad de la extracción de los terceros molares en pacientes entre los 12 y 18 años de edad. *Med. oral patol. oral cir. bucal.* 2005 Dic; 10(5): 422-431.
8. Chiapasco M. Cirugía oral: texto y atlas en color. Madrid: Elsevier.
9. Coggiola A, Flora A, Montinari A, Rossi A, Corsi E, Gatti F, Garattini G, Maccarini G, Seriola G, Zaniboni M, Matteo Chiapasco T, Anello P, Casentini P, Fusari R. Tácticas y Técnicas en Cirugía Oral. Madrid: AMOLCA; 2015.
10. Coventry J, Griffiths G, Scully C, Tonetti M. ABC of oral health: periodontal disease. *BMJ.* 2000 Jul 1;321(7252):36-9.
11. Díaz-Narváez VP. Metodología de la investigación científica y bioestadística. Santiago de Chile: Universidad Finis Terrae; 2006.
12. Giner Díaz J., González Corchón A., Ordóñez Soblechero V., Martín-Granizo R., Berguer A. Actualización de la cirugía oral en el paciente anticoagulado. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2003; 25(5): 294-303.
13. Donado M. Cirugía bucal patología y técnica. 3ra. Barcelona: Editorial Masson; 2005.
14. Raymond J. Fonseca. Oral and Maxillofacial Surgery Vol. 1: Anesthesia - Dentoalveolar Surgery - Office Management. Reno: Elsevier; 2000.
15. Gargallo F, Berini G. Evaluación de la indicación de la extracción quirúrgica de los dientes según el cirujano bucal y el odontólogo de atención primaria experiencia en el

Tratamiento quirúrgico de restos uniradiculares dentales: Reporte de un caso

Vol. 1, núm. 4., (2017)

Juan Carlos Obando Piedra; Thalía Carolina Salgado Rosado; Pamela Johanna Cuadrado Suarez;
Walter Kiko Salgado Salguero

máster de cirugía bucal e Implantología bucal de la universidad de Barcelona. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal; 2008.

16. Gay Escoda, Berini. Tratado de Cirugía Bucal Tomo I; Barselona: Masson; 2005.