Extracciones múltiples con manejo periodontal post extracción.

Tabares-Pelayo Perla de los Ángeles, Carrillo-Hernández Miguel Alberto***

Resumen

La extracción dental es un procedimiento que incluye principios quirúrgicos, físicos y mecánicos para lograr la remoción de un diente. La extracción de restos radiculares se puede realizar con botadores o elevadores, estos se utilizan para realizar la sindesmotomía y para luxar el diente a extraer como paso previo al uso de los fórceps. La sutura juega un papel fundamental en casi todos los procedimientos quirúrgicos. Paciente masculino de 70 años de edad, se presenta a clínica de odontología de la universidad autónoma de Nayarit (UAN), aparentemente sano y presenta fractura de varias piezas dentales. Se realiza la extracción de 6 piezas dentales. Pasada una semana se realiza el lavado de la zona y se administra antibiótico. En la última cita de control se retiran esquirlas de hueso. Se concluye que es necesaria una buena higiene en el manejo de extracciones múltiples por parte del paciente, así como la administración de antibiótico previo al tratamiento.

Palabras clave: extracción dental, sutura, resto radicular, sindesmotomía.

Abstract

Dental extraction is a procedure that includes surgical, physical and mechanical principles to achieve the removal of a tooth. The extraction of root remains can be done with tappers or elevators, these are used to perform the syndesmotomy and to dislocate the tooth to be extracted as a step prior to the use of forceps. The suture plays a fundamental role in almost all surgical procedures. A 70-year-old male patient presented to the dental clinic of the Autonomous University of Nayarit (UAN), apparently healthy and presented fractures of several teeth. The extraction of 6 dental pieces is performed. After a week, the area is washed and an antibiotic is administered. In the last control appointment, bone splinters are removed. It is concluded that good hygiene is necessary in the management of multiple extractions by the patient, as well as the administration of antibiotics prior to treatment.

Key words: tooth extraction, suture, root rest, syndesmotomy.

* Estudiante de la Especialidad de Ortodoncia de la Universidad Autónoma de Nayarit.

** Docente de la Unidad Académica de Odontología y de la Especialidad de Ortodoncia de la Universidad Autónoma de Nayarit.

Introducción

La extracción dental es un procedimiento que incluye principios quirúrgicos, físicos y mecánicos para lograr la remoción de un diente.[1] La sutura es una parte vital de casi todos los procedimientos quirúrgicos, se utiliza para unir la superficie de la piel y la ligadura de vasos, está diseñada para cerrar, estabilizar los márgenes de la herida y permitir la cicatrización;[2] se coloca dentro de tejidos de alta vascularización en un ambiente rico en bacterias húmedas con potencial infeccioso.[3]

La mayoría de los pacientes que acuden a la consulta odontológica con restos unirradiculares, manifiestan dolor y molestias en la zona anterior de las arcadas dentales, los restos radiculares resultado de procedimientos odontológicos inadecuados e inoportunos, traumatismos o caries dental que ha dejado sin porción coronal al diente afectado, desencadena todo un proceso patológico en esa zona como una posible infección periapical de la raíz 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.[4]

Se debe considerar si el paciente presenta un proceso infeccioso, de ser este el caso, debe ser tratado con antibiótico antes del acto quirúrgico, lo que se conoce como profilaxis antibiótica.[4]

Una vez expuestos los restos radiculares, la extracción es sencilla y puede efectuarse con botadores sin necesidad de osteotomía, ya que los restos radiculares están como "flotando" dentro del tejido de granulación.[5]

Las técnicas para el tratamiento de restos radiculares se pueden clasificar en:

- Extracción de restos radiculares con fórceps.

- Extracción de restos radiculares con botadores o elevadores, estos se utilizan normalmente para realizar la sindesmotomía y para luxar el diente a extraer como paso previo al uso de los fórceps.[5]

Descripción del caso

Paciente masculino de 70 años de edad, se presenta a clínica de odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN), el paciente comenta que la razón de consulta es: "sacarme los dientes".

Al realizar anamnesis el paciente refiere haber presentado problemas en la próstata, así como una infección renal en el ultimo año; actualmente no recibe ningún tratamiento para dichas patologías. En la exploración se aprecia presencia de sarro y placa dentobacteriana, así como una cicatriz en la mucosa bucal.

Ausencia total de los órganos dentales superiores y la mayoría de piezas inferiores, teniendo solo el 43, 42, 41, 31, 32 y 33 (Imagen 1).

Se procede a tomar radiografías periapicales (Imagen 2). Al analizar la información se da el diagnostico de: fractura dental causada por caries avanzada en piezas 43, 42 y 31 las cuales se encontraban en calidad de resto radicular, el resto de las piezas (41, 32 y 33) presentaban desgaste.

Se le presento al paciente dos planes de tratamiento: el primero consistía en la extracción total de las piezas dentales y el segundo la extracción solo de los restos radiculares a lo que el paciente optó por la primera opción.

Se procedió a anestesiar al paciente con tres cartuchos de articaína con vasoconstrictor y aguja chica, usando la técnica infiltrativa en fondo de saco de todas las piezas dentales a extraer.

Al momento de aplicar la anestesia se realizó contacto con un vaso por lo que fue necesario la recolocación de la aguja, así como aspirar antes de depositar el anestésico en los tejidos (Imagen 3).

Se realizó limpieza con cureta 17/18 para eliminar la placa dentobacteriana y sarro de la zona adyacente a los restos radiculares (Imagen 4).

Imagen 1. Fotografías intraorales



Imagen 2. Radiografías periapicales. A) Piezas 42 y 43, B) Piezas 32 y 33, C) Piezas 41, 31 y 32.



Imagen 3. Cartucho de anestesia con sangre.



Imagen 4. Uso de la cureta 17/18 para la limpieza del tejido.



Después se realizó sindesmotomía a los tejidos adyacentes al diente con botador no.2 y 3, comenzando por la pieza 43 en orden hacia el lado contrario (pieza 33), además del uso de pinza gubia para la avulsión dental y periostotomo para retirar el tejido necrótico (Imagen 5).

Al llegar a la pieza 32 se reforzó la anestesia utilizando dos cartuchos de lidocaína con vasoconstrictor con la técnica infiltrativa y puntos locales. Terminadas las extracciones se procedió a cortar y limar los restos de hueso y al lavado del alveolo a presión con solución fisiológica utilizando una jeringa no. 20 (Imágenes 6 y 7)

Después se realizó la afrontación de tejidos y se realizaron 6 puntos de sutura seda 4-0 con punto simple (Imagen 8). Para finalizar se colocó una gasa sobre el tejido de las piezas extraídas y se le indicó al paciente que realizara presión y se retirara la gasa transcurrida media hora. Se le indicó además tratamiento con ibuprofeno de 600g cada 6 horas hasta que disminuyera la inflamación y ketorolaco de 30g cada 12 horas por tres días.

Imagen 5. A) Sindesmotomía con el uso de botador apical, B) Uso de pinza gubia para avulsión dental, C) Extracción de pieza 41, D) Encía después de extracción de piezas 43 y 31.



Imagen 6. A) Sindesmotomía de la pieza 32, B) Extracción de pieza 33.

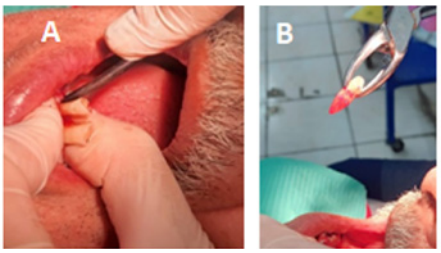


Imagen 7. A) Se cortaron los restos de hueso adheridos a la encía, B) Limado de hueso para eliminar filos, C) Encía después de la extracción de todos los dientes.

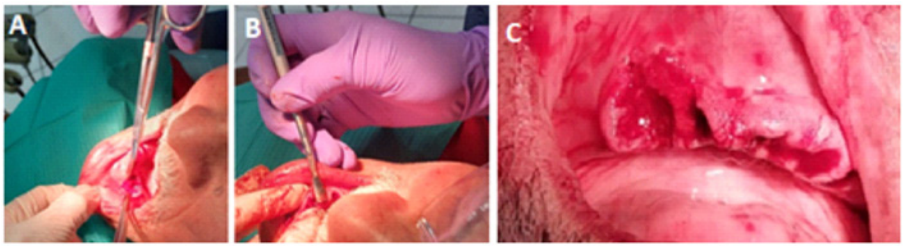
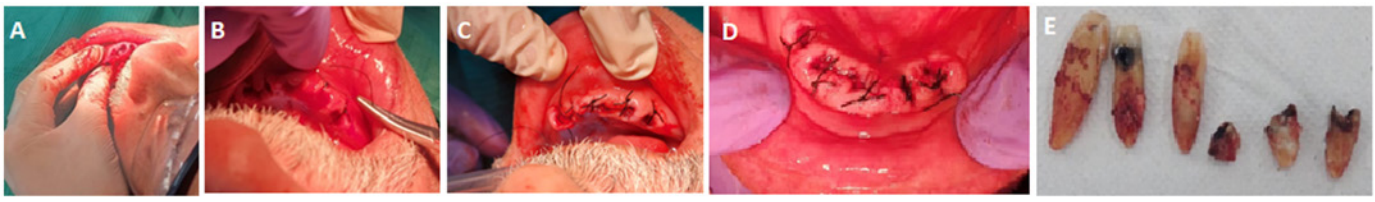


Imagen 8. A) Afrontación de los tejidos, B) Realización de punto simple, C) Punto simple con sutura seda 4-0, D) Finalización de sutura, 6 puntos simples vista incisal, E) Total de piezas extraídas.

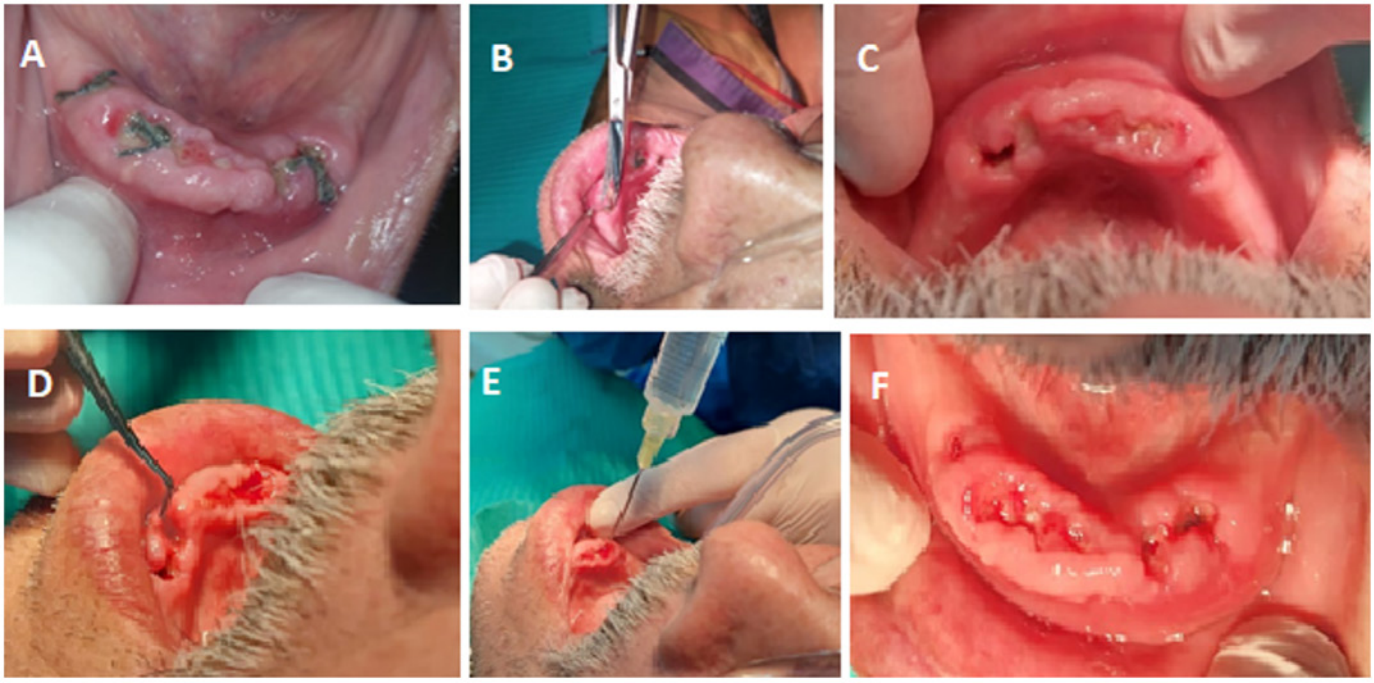


Transcurrida una semana el paciente se presentó en la clínica, mencionó haber presentado molestia y no haber continuado con el tratamiento, además de no acatar las indicaciones post extracción como lo es el reposo.

Clínicamente se observa una lesión blanca, purulenta, post quirúrgica en la zona intervenida, en la zona anterior de la mandíbula, principalmente en la zona vestibular de donde se ubicaba la pieza 33, además de placa dentobacteriana acumulada en la periferia del hilo de sutura (Imagen 9).

Se procedió a retirar los puntos de sutura seguido del lavado de la zona en el área de los alveolos expuestos con solución fisiológica y la ayuda de una cureta lucas (Imagen 9).

Imagen 9. A) Encía a una semana de las extracciones, nótese el cúmulo de alimento sobre los alveolos, el eritema y la inflamación localizada, B) Retiro de puntos de sutura, C) Encía después de retirar la sutura, D) Uso de cureta lucas para retirar restos de alimento acumulados en los alveolos, E) Lavado de la zona con suero fisiológico, F) Encía después de lavar con suero fisiológico.



Además de administrarle antibiótico (Clindamicina 300g c/8hrs por 5 días). Transcurridas dos semanas más se presentó el paciente en la clínica, la encía no mostraba signos de infección y presentaba un tono rosa coral. El paciente menciona "sentir un filo en la encía" por lo que se procede a retirar las esquirlas de hueso con pinza gubia seguido de la colocación de gasa a presión.

Discusión

Se realizó el tratamiento descrito antes ya que además de ser el paciente el que lo eligió, era el más conveniente para futuros tratamientos como lo puede ser la prótesis total. La realización de dicho tratamiento se basa en lo mencionado por distintos autores.[2,4,5] En el transcurso de la recuperación el paciente presentó molestia e infección en la encía producto de la deficiente higiene y cuidados por parte del mismo,[6,7] además de estar susceptible a este tipo de situaciones por el tipo de hilo utilizado (sutura de tipo multifilamento), si bien no es el tipo de sutura más recomendable puesto que produce una reacción inflamatoria mayor en la mucosa oral en comparación con las suturas de monofilamento, debido a las bacterias adheridas en los intersticios de las suturas, se optó por utilizar seda por su practicidad al momento de realizar el nudo de la sutura en virtud de ser muy flexible y resistente.[8]

Para tratar la infección se administra al paciente, clindamicina de 300mgrs. siendo

este el antibiótico de elección, dado que en un estudio realizado en Perú 2018 muestra que existe una diferencia significativa, (p=0,02) entre la amoxicilina-ácido clavulánico respecto a la clindamicina, presentando esta una mayor efectividad antimicrobiana.[9,10]

La exodoncia se llevó a cabo usando elevadores rectos mediante técnicas de palanca para llevar al diente fuera de su alveolo,[4] además del uso de elevadores apicales y fórceps,[5] siguiendo el protocolo descrito por la universidad Nacional de Colombia en su guía de atención en cirugía oral básica de la facultad de odontología: sindesmotomía, luxación, aprehensión, exodoncia propiamente dicha, revisión del alveolo con cureta lucas y verificación de los tejidos (sutura), además de limado de hueso para la fractura de a tuberosidad sobre todo en la pieza 33.[11]

Si bien la pinza gubia se emplea para tratar tejidos duros (hueso), fue utilizada al momento de realizar la luxación de algunas piezas dentales gracias a su facilidad de manejo porque proporciona un mayor agarre al tratarse de piezas pequeñas como los restos radiculares de piezas anteriores. La pinza gubia además se utilizó para retirar esquirlas de hueso para regularizar el borde óseo y los tabiques interalveolares.[12]

Es indispensable la cooperación por parte del paciente para un buen pronóstico de recuperación.

Referencias

1. Petterson L. Conteporary Oral and Maxillofacial Surgery. Segunda ed.; 1988.
2. Matalon S, Kozlovsky A, Kfir A, Levartovsky S, Mazor Y, Slutzky H. The effect of commonly used sutures on inflammation inducing pathogens an in vitro study. J Craniomaxillofac Surg. 2013; 41:593–7.
3. Selvig KA, Biagiotti GR, Leknes KN, Wikesjö UM. Oral tissue reactions to suture materials. Int J Periodontics Restorative Dent. 1998; 18:474–87.
4. Obando P. Juan. Et al. Tratamiento quirúrgico de restos unirradiculares dentales: Reporte de un caso. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2017; 1(4): 870-884
5. Gay Escoda C, Berini Aytés L. Extracción de restos radiculares. Exodoncias complejas. Exodoncia quirúrgica. Odontosección. 8 p.p 155-280.
6. Warnke P, Becker S, Podschun R, Sivananthan S, Springer I, Russo P, et al. The battle against multi-resistant strains: renaissance of antimicrobial essential oils as a promising force to fight hospital-acquired infections. J Craniomaxillofac Surg. 2009; 37:392–7.
7. Chiapasco M, de Cicco L, Marrone G. Side effects and complications associated with third molar surgery. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1993; 76:412–20.
8. Lara-Juárez D, García-Contreras R, Arenas-Arrocena MC. Suturas funcionalizadas con nanomateriales para cirugía oral: revisión sistemática. Rev Espcir Oral Maxilofac. 2018; 40(1):33 – 40.
9. Salmerón Escobar JI, Fernández de Velasco A. Profilaxis antibiótica en Cirugía Oral y Maxilofacial. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2006; 11(3): 292-6
10. Ramos Choque JC. Comparación de la efectividad antimicrobiana entre la amoxicilina – ácido clavulánico y la clindamicina en muestras microbiológicas obtenidas de restos radiculares extraídos con patologías periapicales crónicas de pacientes adultos atendidos en el centro de salud la esperanza, Tacna – 2018. Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2018. http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle / UNJBG/3341
11. Sistema de gestión de calidad en salud. Guía de atención en cirugía oral básica. Universidad Nacional de Colombia. febrero de 2013. 2-51.
12. Navarro Mier H. Instrumental empleado en odontología. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. 1967. 17.