

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA
OFICINA DE GRADOS Y TITULOS



CIRUGIA ORAL PEDIATRICA

TRABAJO MONOGRAFICO

PRESENTADO POR LA CIRUJANO DENTISTA

DIANA YDA OSORIO ALVARADO

ASESORA

DRA. GARCIA DELGADO MARIA DE FATIMA

LIMA-PERU

2017

DEDICATORIA

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón y haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres y hermanos por su gran ejemplo de superación y por estar en los momentos de tristeza y felicidad.

A mis hijos por todas las veces que no pudieron tener a su mamá a tiempo completo.

Y a mi amado esposo por ese optimismo con el que siempre me impulso a seguir adelante, y por las veces que hizo el papel de madre y padre, mil gracias.

CIRUGIA ORAL PEDIATRICA

INDICE

Paginas

CAPITULO I: Introducción	8
CAPITULO II: Cirugía Oral Pediátrica	9
2.1 Concepto	9
2.2 Evaluación del paciente	9
2.3 Información y consentimiento	11
CAPITULO III: Principios de Bioseguridad en Cirugía Oral	12
3.1 Precauciones universales	12
3.2 Uso de barreras	12
3.3 Tratamiento de los residuos contaminados	13
CAPITULO IV: Procedimientos Quirúrgicos en Odontopediatría	14
4.1 EXODONCIA DE DIENTES PRIMARIOS	14
4.1.1 Definición	14
4.1.2 Indicación de exodoncia	15
4.1.3 Contraindicaciones	16
4.1.4 Secuencia en el procedimiento de exodoncia	16
4.1.5 Técnicas quirúrgicas	16
4.1.6 Tiempos operatorios	17
4.1.7 Casos especiales	18
4.2 EXODONCIA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS	19
4.2.1 Definición	19
4.2.2 Etiopatogenia	19
4.2.3 Diagnostico	21
4.2.4 Clasificación	22
4.2.5 Patologías asociadas	23
4.2.6 Epidemiologia	24
4.2.7 Tratamiento	24
4.2.8 Técnica quirúrgica	25
4.2.9 Recomendaciones	25
4.2.10 Complicaciones	25
4.3 DIENTE RETENIDO	28
4.3.1 Concepto	28
4.3.2 Etiología	28
4.3.3 Diagnostico	28
4.3.4 Epidemiologia	29
4.3.5 Tratamiento	29
4.3.6 Técnica quirúrgica- fenestacion	29
4.3.7 Complicaciones post operatoria	31
4.3.8 Pronostico	31
4.4 ODONTOMA	32
4.4.1 Concepto	32
4.4.2 Etiología	32

4.4.3	Diagnostico	32
4.4.4	Clasificación	32
4.4.5	Prevalencia	33
4.4.6	Diagnóstico diferencial	33
4.4.7	Tratamiento	33
4.4.8	Pronostico	33
4.5	MUCOCELE	34
4.5.1	Concepto	34
4.5.2	Ubicación	34
4.5.3	Características clínicas	34
4.5.4	Clasificación	34
4.5.5	Diagnóstico diferencial	34
4.5.6	Tratamiento	35
4.5.7	Control pos operatorio	35
4.6	RANULA	37
4.6.1	Concepto	37
4.6.2	Etiología	37
4.6.3	Localización	37
4.6.4	Diagnóstico clínico	37
4.6.5	Diagnóstico diferencial	38
4.6.6	Características histológicas	38
4.6.7	Prevalencia	38
4.6.8	Tratamiento	38
4.7	FRENILLOS BUCALES	40
A-	FRENILLO LABIAL	40
4.7.1A	Concepto	40
4.7.2A	Diagnóstico clínico	40
4.7.3A	Diagnostico histológico	41
4.7.4A	Tipos de frenillo	41
4.7.5A	Prevalencia	42
4.7.6A	Alteraciones terapéuticas	42
4.7.7A	Tratamiento	42
4.7.8A	Procedimientos quirúrgicos	43
4.7.9A	Recomendaciones post operatorias	43
B-	FRENILLO LINGUAL	44
4.7.1B	Concepto	44
4.7.2B	Diagnostico histológico	44
4.7.3B	Diagnóstico clínico	44
4.7.4B	Clasificación de los frenillos	45
4.7.5B	Repercusión de la anquiloglosia	45
4.7.6B	Tratamiento	45
4.7.7B	Recomendaciones post quirúrgicas	46
V.	CONCLUSIONES	47
VI.	BIBLIOGRAFIA	48
VII.	ANEXO	52

RESUMEN

La mayoría de los problemas bucales de los niños tiene su origen en todo su proceso de desarrollo. Hay lesiones o alteraciones que pueden estar presentes al nacer o se van observando durante su crecimiento. Algunos trastornos son de origen hereditario y en muchos casos su etiología es desconocida, aunque quizás no se conozca la causa de la mayoría de las anomalías si sabemos como diagnosticarla y tratarla, en muchos casos se requiere ayuda multidisciplinaria de los cirujanos maxilofaciales, ortodoncistas. Este trabajo incluye las anomalías o problemas bucales que frecuentemente observamos en Odontopediatría, los signos y síntomas para su diagnóstico y las alternativas de tratamientos como en el caso de ránula, mucocele, frenillo linguales patológicos, dientes supernumerarios, dientes retenidos, odontomas y las indicaciones en el caso de una exodoncia.

Palabras claves: odontoma, supernumerario, frenillo bucales, mucocele, ránula.

Summary

The majority of oral problems of children has its origin in the whole process of development. There are injuries or abnormalities that may be present at birth or are watching during its growth. Some disorders are inherited and in many cases the etiology is unknown, although they may not be aware of the cause of the majority of the anomalies if we know how to diagnose and treat it, in many cases the multidisciplinary assistance is required of the maxillofacial surgeons, orthodontists. This work includes the anomalies or oral problems that frequently observed in Pediatric Dentistry, the signs and symptoms for diagnosis and treatment alternatives as in the case of ranula, mucocele, pathological lingual frenulum, supernumerary teeth, teeth, odontomas and indications in the case of an extraction.

Key words: Odontoma, supernumerary, frenulum buccal, mucocele, ranula.

I.- INTRODUCCION

La Cirugía Bucal trata del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico, coadyuvante de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares y regiones adyacentes. (1)

Los procedimientos realizados en los tratamientos de cirugía bucal en pacientes pediátricos deben seguir los mismos principios de las cirugías realizadas en pacientes adultos, respecto a todas las medidas que se deben tener en cuenta en bioseguridad, diagnóstico, necesidad de tratamiento, instrumental y técnicas adecuadas. Sin dejar de considerar en el niño el tamaño de su cavidad bucal, edad del paciente, preparación psicológica, consistencia del tejido óseo, presencia del germen dental permanente y control del dolor. El tamaño reducido de la cavidad oral del niño se compensa con el menor tamaño del instrumental utilizado durante los procedimientos. En cuanto a la edad menor sea esta se reduce la posibilidad a que sean colaboradores. (2)

Es importante la postura del profesional, que debe ser amable, comprensiva, pero firme, lo cual se reflejara en el control del comportamiento del paciente pediátrico. Se necesita también la preparación de los padres psicológicamente respecto al tratamiento odontológico de su niño de como va a ser llevado y de las posibles complicaciones, de manera que colaboraran en el sentido de tranquilizar a sus hijos y no como en muchos casos sucede que le transmiten ansiedad y temor a sus niños. (2)

Es importante resaltar que ningún procedimiento quirúrgico puede realizarse sin el consentimiento de forma escrita y firmada por parte de los padres o responsable. (2)

Existen dos necesidades principales que se requieren para la cirugía oral y las que se precisan para desarrollar otros aspectos de la odontología. Las dos necesidades principales son: la visibilidad adecuada y la ayuda. Aunque parece obvio hablar sobre visibilidad como un requerimiento para realizar una cirugía, a menudo los profesionales subestiman su importancia, especialmente cuando sucede algo inesperado. (3)

Una visibilidad adecuada depende de los siguientes tres factores: 1) acceso suficiente: Para que haya acceso suficiente no solo se requiere que el paciente pueda abrir bien la boca, sino también una exposición quirúrgica determinada. La separación de los tejidos apartándolos del campo quirúrgico proporciona gran parte del acceso. (Esta separación también protege a los tejidos de instrumentos cortantes) 2) iluminación adecuada: Un gran número de procedimientos quirúrgicos obligan al operador y al ayudante a colocarse en posiciones que bloquean la luz de los equipos dentales. Para corregir este problema hay que cambiar continuamente la posición de la fuente de luz, de modo que no se interpongan entre la luz y el campo operatorio, o se puede utilizar una linterna frontal. y 3) campo quirúrgico libre de un exceso de sangre u otros líquidos: La succión de alto flujo con una punta de aspirador relativamente pequeña permite retirar con rapidez del campo la sangre u otros líquidos. (3)

La presencia de un ayudante adecuadamente formado es fundamental en la cirugía oral. El ayudante debe estar familiarizado con los procedimientos que se realizan para anticipar las necesidades del cirujano. Llevar a cabo un procedimiento quirúrgico de forma correcta es muy difícil si la ayuda es de baja calidad o no existe. (3)

CAPITULO II –CIRUGIA BUCAL PEDIATRICA

2.1 Concepto

En todos los campos de la Cirugía Bucal es primordial el diagnóstico correcto, al cual se da a través del examen clínico al paciente y la realización de distintas pruebas complementarias. Con todo ello, el profesional en base a sus conocimientos y experiencia, establecerá un diagnóstico certero; posteriormente podrá emplear distintos métodos de tratamiento. (1)

En la cirugía se debe proporcionar atención antes de la intervención quirúrgica, inmediatamente después de ella, y a largo plazo, a fin de curar la enfermedad que afecta al paciente. Debe conocer bien la fase operatoria y el tratamiento de las posibles complicaciones intra y postoperatorias y de las eventuales secuelas. (1)

Los conocimientos de Anatomía deben ser especialmente profundos por motivos obvios, y sólo recordaremos al respecto una frase de Galeno que afirmaba que "Si no se conoce la posición exacta de un nervio o músculo importantes o una arteria o vena grandes, puede suceder que uno ayude al paciente a morir, o muchas veces, lo mutila en vez de salvarlo". El profesional debe estudiar y repasar continuamente la anatomía quirúrgica de las zonas donde efectúa su actividad quirúrgica. (1)

2.2 Evaluación del paciente

Los pacientes a quienes se va a practicar una cirugía bucal con anestesia local, sedación consciente, o ambas cosas, no necesitan tener el mismo historial médico, pasar el mismo examen físico, ni el mismo control analítico que los que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas y requieren ingreso hospitalario con anestesia general. (3)

Estudio clínico y radiográfico del paciente

A. Estudio clínico

El estudio del paciente debe siempre iniciarse con la Historia Clínica. La historia clínica es la realización de un interrogatorio dirigidos a descubrir posibles antecedentes de problemas médicos que pueden impedir que se aplique un tratamiento seguro. La información puede ser obtenida mediante una entrevista hacia el propio paciente o a un familiar. (1)

La historia clínica debe adaptarse a cada paciente, teniendo en cuenta sus problemas médicos, edad, inteligencia, circunstancias sociales, la complejidad del procedimiento planificado y los métodos anestésicos que se prevén (3)

La historia clínica comprenderá: (1,3)

- Datos de la filiación del paciente: Nombre y apellidos, edad, sexo, lugar de nacimiento, dirección y teléfono, etc.
- Enfermedad actual: ¿Qué le duele?, ¿Desde cuándo?, ¿A qué lo atribuye? A continuación se sigue con la descripción de la enfermedad, dejando al paciente que se extienda en ello, tratando de intuir los datos de interés y procurando enseguida canalizar el interrogatorio con preguntas concretas que relacionen los signos y síntomas presentes (parte dirigida). En los niños, los datos podrán obtenerse de los padres o de ambos.

- Antecedentes personales y familiares: Es imprescindible indagar las enfermedades padecidas y las intervenciones quirúrgicas efectuadas anteriormente. Investigar de forma la posibilidad de que el paciente presente procesos o antecedentes alérgicos, enfermedades cardíacas, renales, pulmonares, etc. En los antecedentes familiares, debemos detectar las enfermedades sufridas por los familiares directos del paciente.
- Exploración clínica: Una vez finalizada la historia clínica, el estudio clínico completo exigirá la realización de la exploración clínica. Se realizara :

✓ **Inspección de la cavidad bucal:** Con una buena iluminación se observara todas las estructuras orales con el fin de detectar posibles alteraciones o anomalías.

- Labios: tamaño, forma, simetría, presencia de lesiones mucosas, etc.
- Dientes: estado de la erupción, ausencias dentarias, presencia de patología dentaria (caries, etc.), tamaño, forma y color de los dientes, tratamientos dentarios y protésicos realizados, etc.
- Encía y mucosa bucal: color, presencia de lesiones exofíticas de cualquier tipo. etc.
- Lengua: tamaño, forma, color, presencia de las papilas, lesiones de la mucosa lingual, posición en reposo y al deglutir.

✓ **Inspección extrabucal:** se detectara múltiples alteraciones.

- Simetría facial. Alteraciones de volumen y contorno de la cara, tumefacciones faciales.
- Alteraciones de la coloración cutánea, de la distribución del sistema piloso en la cara y cuero cabelludo.
- Tumoraciones localizadas en las regiones cervicales (suprahioidea, región laterocervical, etc.), en las regiones faciales (orbitaria, mentoniana, etc.).
- Alteraciones de la movilidad facial y de la sensibilidad de las distintas zonas bucofaciales.

✓ **La palpación:** La existencia de dolor nos obliga a efectuar una palpación moderada y con precaución con el fin de no provocar más dolor.

La palpación en la cavidad bucal nos dará información de la consistencia y otras características de posibles tumoraciones bucales (adherencia, límites, etc.).

Palpación extrabucal se podrá hacer una palpación minuciosa y se comparara ambos lados faciales y cervicales, analizando las características de todas sus estructuras y dedicando especial interés al estudio de las posibles tumefacciones presentes en la región de cabeza y cuello.

✓ **Percusión:** La percusión de un diente con el mango del espejo dental para confirmar una necrosis pulpar.

✓ **Auscultación:** Presencia de desviaciones o anomalías de los movimientos mandibulares, crepitaciones.

B. Estudio radiográfico

La Radiología es un medio auxiliar fundamental en Cirugía Bucal, complementario el estudio clínico del paciente. Las radiografías confirman muchos de los datos observados en la historia clínica y revela otros datos nuevos de una manera rápida y efectiva. Se puede utilizar distintas técnicas radiográficas: radiografía panorámica u ortopantomografía, radiografías intrabucles, radiografías extrabucles, tomografía computarizada y otros. (1)

2.3 INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Tras el estudio clínico y radiológico o eventualmente tras la realización de otros estudios complementarios (estudios de laboratorio como pruebas de hemostasia, bioquímica sanguínea, análisis de orina, estudios bacteriológicos, etc.), obtendremos un diagnóstico provisional al efectuar un adecuado diagnóstico diferencial (listado de problemas por orden de gravedad), momento en el cual podrá indicarse el plan de tratamiento de acuerdo al caso. (1)

El paciente debe recibir la información adecuada de su caso, procurando que esté preparado para comprender y asimilar los datos que se le facilitan, debemos comentar el caso con los familiares si fuera necesario. Es importante responder a todas las preguntas y dudas de forma inteligible sin emplear terminología científica, procurando transmitir la seriedad y la experiencia de todo el equipo humano. En ocasiones debe valorarse la posibilidad de que algunos pacientes contacten entre sí para que conozcan sus experiencias. Siempre debe mentalizarse al paciente de lo importante que es su colaboración en todo momento y especialmente durante el acto quirúrgico. (1)

CAPITULO III – PRINCIPIOS DE BIOSEGURIDAD EN CIRUGIA ORAL

Durante los procedimientos odontológicos, se pueden causar pequeños sangrados o, incluso, se observan sangrados espontáneos. Además, la cavidad bucal es portadora de una multiplicidad de microbios por lo que se debe de pensar que el estomatólogo puede contaminarse o contaminar accidentalmente.

Por esta razón, se considera que debemos conocer detalladamente los principios de bioseguridad e incorporarlos a su práctica cotidiana.

Los principios de la bioseguridad se basan en precauciones universales, barreras de protección y eliminación de residuos sólidos. (4)

3.1 Precauciones universales

Son un conjunto de medidas que deben aplicarse para todos los pacientes sin distinción, considerando a toda persona como de alto riesgo. Las medidas deben involucrar a todos los pacientes, independientemente de que presenten o no enfermedades. (4)

- El lavado de las manos, es la maniobra más eficiente que se puede realizar para disminuir el traspaso de microorganismos de un individuo a otro.

La técnica de lavado de las manos, varía de acuerdo con el tiempo de contacto con los antisépticos y desinfectantes empleados para lograr la limpieza. Puede ser corto (clínico), lavado mediano y lavado largo (quirúrgico).

Es el proceso mediante el cual se eliminan de los objetos inanimados todas las formas vivientes; con ella se logra destruir las formas vegetativas y esporas de los microorganismos, y se obtiene la protección antibacteriana de los instrumentos y materiales.

- La esterilización, Todo el instrumental a ser utilizado debe estar estéril, lo cual puede obtenerse con calor húmedo (autoclave), con calor seco, con gas (óxido de etileno), y en casos excepcionales pueden utilizarse sustancias químicas como la clorhexidina al 0,5% en solución alcohólica de 70° o con glutaraldehído al 2% durante un mínimo de 30 minutos. (1) En Odontología, el método más efectivo es la combinación del calor con presión, que se logra con el uso de las autoclaves, y así se logra la eliminación de las esporas.(4)

3.2 El uso de barreras

El personal que labora en odontología está expuesto a sangre u otros fluidos corporales, por tal motivo debe recibir la vacuna contra la hepatitis B, sus dosis completas según el esquema vigente

- Guantes: Su uso tiene como objetivo la protección del personal de la salud y la del paciente, al disminuir o evitar la contaminación de los microorganismos hacia la piel del operador, como de la transmisión a las manos de sangre, saliva o contacto con la mucosa del paciente; por tanto, en todo tipo de procedimiento odontológico, incluido el examen clínico, el uso de guantes es indispensable.(4) Si por algún motivo el operador es alérgico al látex usaremos guantes de vinilo, de nitrilo o de neopreno. (1)

- Mascarillas: Se utilizan para proteger las mucosas de la nariz y la boca contra la inhalación de los aerosoles y contra las salpicaduras de sangre y saliva
- Protectores oculares, Sirven para proteger el ojo de la contaminación por aerosoles, salpicaduras de sangre y saliva, y de las partículas que se generan durante el trabajo estomatológico, como ocurre cuando se desgastan el acrílico, amalgama, etc..
- Bata sanitaria: La bata protege a la piel de los brazos y cuello de salpicaduras de sangre y saliva, aerosoles de partículas generadas durante el trabajo. Asimismo, protege al paciente de los gérmenes que el profesional puede traer en su vestimenta cotidiana.
- El gorro: Evita a la contaminación de los cabellos por gotas de saliva, sangre o ambas, generadas por el trabajo odontológico. (4)

3.3 Tratamiento de los residuos contaminados.

Procedimientos a través de los cuales los materiales utilizados en la atención a pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo.

Los residuos comunes o no contaminados, provenientes de la limpieza en general (polvos, cartones, papeles, etc), no representan riesgo de infección para las personas que los manipulan. Estos residuos, por su semejanza con los residuos domésticos, deben ser almacenados en recipientes con bolsas de color negro.

Los residuos biocontaminados provenientes del área asistencial (algodones, gasas, guantes, vendas, inyectores de saliva, elementos punzocortantes, entre otros), son residuos con grandes cantidades de microorganismos y si no se eliminan en forma apropiada, son potencialmente agresivos para el ser humano y el medio ambiente. Se deben depositar en bolsas rojas; si estas no están disponibles, es necesario colocar rótulos bien legibles que indiquen: "residuos contaminados". Estos deben ser eliminados por rellenos sanitarios autorizados.

Los residuos especiales lo constituyen elementos contaminados con sustancias químicas, radioactivas y líquidos tóxicos, tales como sustancia para revelado, mercurio, entre otras. Para este tipo de residuos se deben utilizar bolsas de color amarillo. (4)

CAPITULO IV – PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN ODONTOPEDIATRIA

En todo procedimiento de cirugía bucal es necesario hacer diagnóstico correcto, el que se llevara a cabo realizando un buen examen clínico y con la ayuda de exámenes complementarios para posteriormente emplear distintos métodos de tratamiento.

Los procedimientos quirúrgicos pueden ser simples o complejos, pero cualquiera fuera el caso se debe contar con una adecuada iluminación del campo operatorio, acceso suficiente a la zona operatoria y un campo operatorio libre de exceso de fluidos.

La curación de la herida quirúrgica vendrá influenciada por diversos factores:

- Estado general del paciente.
- Existencia de enfermedades hepáticas y renales graves.
- Estado nutricional del paciente alterado.
- El paciente diabético no controlado responde mal a un procedimiento quirúrgico y suele presentar infecciones secundaria en el postoperatorio.
- Presencia de cuerpos extraños.
- Existencia previa de infección en el campo quirúrgico.

La terapéutica clínica moderna y los antibióticos son de gran ayuda para el cirujano para luchar contra las infecciones de las heridas, pero no substituyen la buena técnica quirúrgica y la asepsia. (1)

4.1 EXODONCIA EN DIENTES PRIMARIOS

4.1.1 DEFINICION

Acción rutinaria del odontopediatra, que consiste en la extracción de piezas dentales temporales que han sufrido alguna alteración que no pueda ser remediada por maniobras comunes. Por lo tanto en la exodoncia, se separaran los elementos de la articulación alveolodentaria del tejido dentario del aparato de sostén. La exodoncia ideal es la extirpación total del diente o de la raíz dentaria sin dolor y con el mínimo daño de los tejidos circundantes. (1)

La pérdida temprana de un diente temporal puede dificultar el desarrollo adecuado de la masticación, alterar la cronología y la secuencia de erupción del diente sucesor, ayudar en el establecimiento de hábitos bucales perjudiciales, producir trastornos en el habla y disminuir el perímetro del arco dental temporal favoreciendo la aparición de maloclusiones futuras produciendo inclinación y migración de los dientes adyacentes, malposiciones dentarias, apiñamientos, diastemas, impactaciones de los dientes permanentes y desviación de la línea media dental, generando asimetrías faciales.(5)

Existen dos tipos de técnicas quirúrgicas para la exodoncia, la técnica abierta y la técnica cerrada, La técnica abierta se utiliza cuando son necesarias fuerzas excesivas, o cuando existe gran pérdida de la corona del diente, se realiza colgajo, osteotomía, odontosección. La técnica cerrada es la más utilizada, y consiste en el desprendimiento de la inserción de tejido blando, luxación del diente con un elevador, colocación del fórceps al diente, luxación del diente con el fórceps y extracción del diente del alveolo. (5)

Entre las causas más comúnmente asociadas a la pérdida prematura de dientes temporales se encuentran (6)

- La caries dental no tratada (produciéndose infecciones odontogénicas)
- La erupción precoz del diente permanente.
- Los traumatismos dentoalveolares
- Las iatrogenias

4.1.2 INDICACIONES PARA EXODONCIA

La exodoncia no es un procedimiento que este indicado rutinariamente en los niños, por lo que las indicaciones para su realización se refieren: (5, 7, 9)

- Caries no restaurables.
- Diente intruidos por trauma; cuando el impacto del golpe se dirige hacia la cara palatina del incisivo, la corona se va desplazar hacia vestibular y la raíz hacia palatino en dirección del germen dentario permanente en desarrollo, ocasionando contacto entre el ápice del diente temporal y el germen dentario permanente, produciéndose un proceso inflamatorio cercano e injurias adicionales al germen dental en desarrollo.
- Presencia de enfermedades sistémicas que contraindiquen la conservación del órgano dental infectado, que podría provocar empeoramiento de la enfermedad de base.
- Alteración en la secuencia eruptiva por persistencia del diente deciduo.
- Lesiones pulpares incapaces de ser resueltas.
- Anquilosis
- Piezas supernumerarias
- Incorrecta reabsorción de la pieza dental.



Fig.01 molar temporal con permanencia prolongada en boca. (2)

4.1.3 CONTRAINDICACIONES PARA LA EXODONCIA EN NIÑOS

La extracción de dientes temporales debe ser demorada todo lo posible, debiendo esperar hasta la época en que cronológicamente deben ser reemplazados, en cuyo caso se propone la exodoncia, solo cuando exista la falta de espacio ya que la pérdida prematura de dientes temporales puede ser un factor significativo que determina la aparición de maloclusiones futuras.(4)

- Infección aguda que amerite antibiòticoterapia.
- Infección de las mucosas tales como gingivitis úlcernecrosantes o gingivoestomatitis herpética.
- Pericoronitis.
- Enfermedades sistémicas como la leucemia, hemofilia, purpura trombocitopénica, diabetes juvenil descompensada
- Irradiación. (5,8)

4.1.4 SECUENCIA EN UN PROCEDIMIENTO DE EXODONCIA

- Asepsia y antisepsia del campo operatorio: La cavidad bucal debe estar en las mejores condiciones posibles para evitar complicaciones postextracción, se debe efectuar enjuagues o disolver en la boca pastillas de antisépticos tipo clorexidina, etc. Pintar la boca, y en especial el diente a extraer, y la encía, con una solución antiséptica (solución de yodo, merthiolate, etc.). (1)
- Aplicación tópica y local de anestésico: una vez aplicada la anestesia tópica se debe esperar unos minutos a que haga efecto. La técnica anestésica que se usa es la infiltración local de forma periapical en todos los dientes del maxilar superior y en los dientes anteriores de la mandíbula, reservando la anestesia troncular del nervio dentario inferior para los molares inferiores, donde es necesario estabilizar la mandíbula el niño durante la inyección, ubicando el pulgar sobre las caras oclusales y los otros dedos en el cuerpo de la mandíbula. Debemos considerar que el nervio dentario inferior esta próximo al borde posterior de la rama en un niño de 3 años esta aproximadamente a 5mm del borde posterior y 15 del borde anterior, en un niño de 5 años está a 8 mm del posterior y 17 mm del anterior. De acuerdo a la edad del paciente, la conducta del niño y valoración del profesional responsable se elegirá por la anestesia local, anestesia general o sedación, (3)
- Sindesmotomía, con la consiguiente separación del tejido periodontal de la pieza dental, lo que facilita la colocación de los elevadores para la luxación del diente.

Cuando la rizólisis sobrepasa el tercio cervical radicular, se llega a extraer la pieza dentaria solo con la ayuda del elevador o sindesmótomo. (5)

El fórceps es el principal instrumento utilizado para la extracción dental, éste permite aplicar sobre el diente, fuerzas controladas por el cirujano. El uso de estos instrumentos varía según la zona donde se realizará la extracción, presentando diferentes angulaciones entre el mango y el pico. (1, 5,7)

4.1.4 TECNICA QUIRURGICAS EN UNA EXODONCIA

El uso de una técnica correcta y unas medidas de asepsia son normas imprescindibles para el éxito de la extracción. Una historia y exploración previas (7,8), así como la realización de una toma radiográfica ejecutada al inicio del procedimiento, ayudará no solo en el diagnóstico sino también en el plan de ejecución de la cirugía, disminuyendo así la posibilidad de accidentes durante el acto operatorio. (5, 7,8)

Dentro de las técnicas que usamos en la exodoncia son:

a) Técnica quirúrgica usando Fórceps

Después de los procedimientos de antisepsia, anestesia tópica y anestesia local, se realizara la sindemostomía, adaptación del fórceps, luxación y avulsión. (2)

Los dientes antero superiores se extraen con movimiento antero posterior y de rotación, los dientes inferiores con movimiento de rotación y predominio a vestibular (5,9) porque conviene acá recordar que los gérmenes de los permanentes anteriores se ubican por lingual de los temporales. (5) El uso de los fórceps en molares superiores, consiste en movimientos vestibulo palatino, con mayor énfasis en vestibular. Si se da mayor interés en palatino, se producirá la fractura de la raíz palatina que es más complicada en extraer que las raíces vestibulares. En molares inferiores deciduos los movimientos son vestibulo linguales, de ésta forma en el primer molar inferior la extracción se realiza con movimientos casi completamente linguales y en el segundo molar inferior deciduo es casi completamente vestibular, el cual por su anatomía radicular, es el de mayor riesgo en maniobrar por su posibilidad de afectar el germen en desarrollo.(5,9)

La utilización de los fórceps está contraindicada:

- si la corona del diente está destruida en su totalidad, lo que imposibilitara el uso del instrumento.
- En el caso de que se pueda lesionar o remover el germen del diente permanente.
- Posibilidad de que se fracture el tercio apical del diente deciduo producto de la rizólisis en bisel. (2)

b) Técnica quirúrgica usando elevadores

Los elevadores dentales actúan como palanca. Son usados para luxar el diente o separarlo del hueso circundante, remover las raíces fracturadas. (2)

c) Técnica usando instrumento rotatorio

Esta técnica es más usada en el caso de los dientes anquilosados, ya que son difíciles de remover ya que están fusionados al hueso alveolar. En el caso de que exista la posibilidad de remover el germen del diente permanente que puede estar alojado entre las raíces del diente temporal. (2)

La reabsorción radicular atípica, suele adelgazar el tercio medio radicular, lo que predispone la fractura de la pieza dental durante el procedimiento. En este caso, el clínico puede adoptar dos tipos de decisión: la extracción del fragmento fracturado, tomando en cuenta el grado de instrumentación necesario y el riesgo que la maniobra puede llevar en el germen dentario sucesor; o dejar el fragmento en observación, esperando que sea reabsorbido, anquilosado o eliminado durante la emergencia de la pieza permanente.(5,7,9)

4.1.6 TIEMPOS OPERATORIOS

- La sindesmotomia, es separar las inserciones gingivales y periodontales del diente.
- Presión, se realiza con el fórceps adecuado a la pieza dentaria de forma que las hojas abrasen el diente.
- Luxación se realiza con el objetivo de romper las fibras periodontales utilizando movimientos de lateralidad, rotación y tracción.
- Avulsión del diente.

El uso de fórceps, requiere de movimientos suaves, buen apoyo y además la sujeción con los dedos del área vecina a la extracción, para dar estabilidad al paciente. Los bocados del fórceps

deben ser colocados en o bajo la unión amelo cementaría, procedimiento que se conoce como prehensión. (5,9)

Terminada la extracción, se aproxima el tejido blando gingival del área de extracción y se procede a colocar una gasa estéril, manteniéndola durante 5 a 10 minutos, con el fin de crear una hemostasia compresiva. Inmediatamente después se procede a controlar los signos vitales del paciente, y la recuperación anestésica, indicando en éste periodo a los responsables del menor, el tiempo que durará el efecto anestésico local, y el inicio del dolor, para la incorporación de analgésicos y anti inflamatorios si el caso amerita, recomendándose con énfasis, el evitar el uso de colutorios que remuevan el coágulo obtenido en la compresión del área intervenida, o la manipulación de la región, ya sea manual u oral a través de mordisqueos.(5,9)

4.1.7 CASOS ESPECIALES

Mayores dificultades se presentan en la extracción de piezas con anomalías en las raíces y estructuras alveolares. Las situaciones más comunes son aquellas de extensa destrucción coronaria y anquilosis, además de aquellas en la que las raíces del temporal, al examen radiográfico, rodean completamente a la pieza permanente subyacente. Los principios básicos para resolver esta situación son diseño de colgajo, remoción de tejido óseo y odontosección. (9)

La anquilosis dental se caracteriza por la unión entre el diente y el hueso alveolar, de manera que el diente se ubica en infra oclusión o en casos más severos está inmerso completamente. (2) La anquilosis generalmente afecta la segunda molar temporal inferior. Su etiología aún se desconoce, pero hay hipótesis que se relaciona alteraciones en el metabolismo local, trauma y predisposición genética. Su diagnóstico es evidente ya que generalmente se encuentra en infra oclusión y no presenta movilidad aun en el caso en que la rizólisis de la raíz está avanzada. La confirmación se puede hacer golpeando el diente con el mango del espejo, el sonido es diferente al diente no anquilosado. (2)

Radiográficamente se detecta la fusión del cemento con el hueso alveolar, ya que no se observa espacio radiolucido que corresponde al ligamento periodontal. (2) La técnica más usada es el uso de instrumentos rotatorios, se debe hacer odontosección en sentido vestibulo lingual, separando las raíces mesial de la distal. (2)

4.2 EXODONCIA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS

4.2 1 DEFINICION

Los dientes supernumerarios corresponden a una anomalía dental que consiste en aumento en número de diente en la fórmula normal en la dentición primaria o permanente. Puede presentarse en cualquier región de la arcada dental, con mayor predilección a en el maxilar en la zona anterior. Ocurre de manera simple o múltiple, unilateral o bilateralmente, (10) presentarse aislados o en pares, erupcionados o impactados y en ocasiones invertidos. (11)

- Diente erupcionado: corona clínica completamente afuera.
- Diente impactado: son aquellos a los que se impidió erupcionar por alguna barrera física
- Diente invertido: aquellos que inviertan la dirección de su crecimiento normal (12)

4.2.2 ETIOPATOGENIA

Dentro de los factores etiológicos de los dientes supernumerarios se encuentran varias teorías, estas son:

- La teoría filogenética. Ésta es una de las teorías más antiguas, es un retorno a los antropoides, que tenían una fórmula dental con mayor número de dientes.
- Teoría de la hiperactividad de la lámina dental. En la etapa de iniciación del desarrollo de la dentición, los dientes supernumerarios posiblemente se forman como resultado de las alteraciones en la hiperactividad de la lámina dental, esta teoría es la más aceptada.
- Teoría de la dicotomía del folículo dental. Según esta teoría, el folículo se divide en dos partes iguales o diferentes, lo que da lugar a dos dientes iguales o uno igual y otro dismórfico.
- Factores genéticos. La herencia juega un papel muy importante en la aparición de los dientes supernumerarios, se asocia a un gen recesivo autosómico dominante, asociado al cromosoma X, y su prevalencia es mayor en hombres que en mujeres.(11,12,13)

ASOCIADOS A SÍNDROMES

Cuando aparecen con síndrome asociado son más frecuentes en el maxilar inferior en área de premolares, seguido por molares y en la región anterior. Podemos ver diferentes síndromes asociados como:

- Síndrome de Apert

El síndrome se hereda como un rasgo autosómico dominante,.(11,12,14) suele presentar un maxilar superior en forma ojival, pudiendo presentar fisura palatina o úvula bífida, arco maxilar en forma de V con múltiples apiñamientos dentales, hiperplasia gingival generalizada, la mandíbula aparece en relación Clase III con respecto al maxilar superior. También se ha reportado alteraciones en el patrón de erupción de los dientes. (11)

- Displasia cleidocraneal o enfermedad de Crouzon.

La displasia cleidocraneal se caracteriza por ser una alteración genética autosómica dominante en la cual se encuentran defectos óseos como hipoplasia o aplasia de clavículas, amplitud de suturas.

Los pacientes presentan el maxilar hipoplásico, lo que a su vez da la apariencia de prognatismo mandibular. El arco maxilar tiene forma de V, y el arco mandibular forma de U, como resultado la oclusión, presentan mordida cruzada posterior, es posible observar mordida abierta anterior (11,12, 14)

- Displasia Ectodérmica:

La displasia ectodérmica es causada por alteraciones en el desarrollo de los derivados ectodérmicos, suele presentar dientes hipoplásicos, aspecto de cono y anomalías de las cúspide, agenesia de los segundos premolares, incisivos y laterales superiores, o se encuentran incluidos los dientes. (11)

- Labio y paladar hendidos:

La presencia de dientes supernumerarios se ha definido como la segunda anomalía dental en pacientes fisurados. En estos casos, es difícil definir si se trata de un diente lateral con malformación o un supernumerario puesto que los estudios radiográficos no lo permiten identificar claramente el tipo de diente por la distorsión presente en el área de la hendidura fisura. Sin embargo algunos autores, han podido identificar que los dientes supernumerarios son más prevalentes en pacientes con fisura unilateral alveolar que en fisura bilateral palatina.

Cuando se asocian a labio y paladar hendidos, son el resultado de la fragmentación de la lámina dental durante la formación de la hendidura. (11,12)

- Síndrome de Down

Es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 (o una parte del mismo), en vez de los dos habituales (trisomía del par 21), caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible. Dentro de las manifestaciones orales presenta un paladar ancho y largo de forma ojival, alteraciones dentales en tamaño, forma y número, hipoplasia del esmalte, retraso eruptivo, mordida cruzada anterior y posterior, clase III, mordida abierta anterior, protrusión mandibular.(9, 11, 12, 13, 15)

- Síndrome de Hallermann-Streiff:

Este síndrome es una anomalía congénita rara, de causa desconocida, que se caracteriza por presentar dentro de sus manifestaciones orales micrognatia, aplasia condilar, dientes supernumerarios en un porcentaje de 50- 80% de los casos, macroftalmias y cataratas congénitas. (11,12)

- Síndrome de Gardner:

Es una enfermedad genética autosómica dominante caracterizada por la presencia combinada de múltiples pólipos intestinales y manifestaciones extra intestinales que incluyen osteomas múltiples, también son frecuentes la presencia de dientes supernumerarios retenidos y odontomas. (10, 11, 12, 13,16)

- Síndrome tricolorino falángico
- Síndrome de Ellis van Creveld
- Síndrome de Sturge-Weber
- Síndrome de Ehlers-Danlos tipo III
- Síndrome de Zimmermann-Laband:
- Síndrome de Larsen
- Síndrome de Fabry (11, 12,13)

4.2.3 DIAGNOSTICO

Este tipo de anomalías generalmente se descubren por exámenes radiográficos de rutina ó porque el paciente en etapa de dentición mixta y durante el recambio de los dientes observa retraso en la erupción de un diente permanente y acude a consulta. Por lo tanto es muy importante la valoración con radiografías periapicales, oclusales y panorámicas, y algunos investigadores han sugerido el uso de CBT (tomografía computarizada cone beam). (11, 12, 17).Fig. 01

Durante la valoración del paciente se debe ser muy perspicaz y estar atentos, ya que en el momento en que se encuentre un diastema, desplazamiento de algún diente adyacente, retraso en la erupción del diente permanente, mal oclusiones, apiñamiento severo, dientes con diámetros en sentido mesio distal y buco lingual mayores se puede estar ante la presencia de un diente supernumerario. (11,12)

El diagnóstico y tratamiento del paciente con dientes supernumerarios debe incluir el apoyo de diferentes especialistas, como odontopediatra, radiólogos orales y maxilofaciales, cirujanos maxilofaciales y ortodontistas. (11,12)

Cuando se descubre la presencia de un diente supernumerario, se debe entonces tomar una decisión con respecto al tratamiento de estos, hay casos donde simplemente se dejan en el sitio y se hace control radiográfico constante y hay otros casos en donde es necesario realizar su extirpación quirúrgica para solucionar problemas estéticos y evitar posibles complicaciones que pueda presentar,(12) como conducir a una posición ectópica o anormal camino eruptivo de otros dientes, causar muchos problemas tales como hacinamiento, diastemas, desplazamientos, rotaciones, incisivos impactados, lesiones quísticas y reabsorción de dientes adyacentes(182

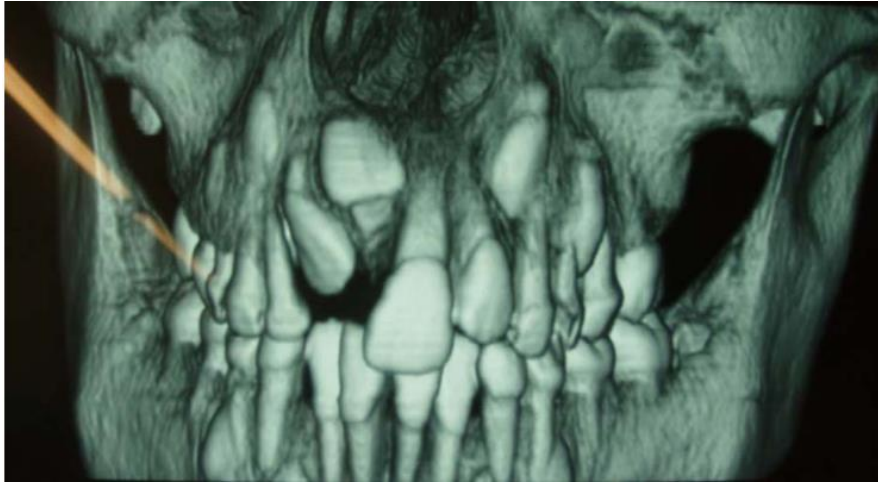


Fig. N° 02: Imágenes clínicas, radiológicas y tomografía computarizada, con reconstrucción en 3D de un niño con diente supernumerario incluido que ha impedido la erupción normal del incisivo central y lateral permanente. La tomografía computarizada con reconstrucción en 3D es actualmente indispensable para el diagnóstico y plan de tratamiento.(12)

4.2.4 CLASIFICACIONES

Los dientes supernumerarios se pueden clasificar según su morfología, período en que erupcionan, forma, ubicación en la arcada, orientación, relación con el medio ambiente y por el número de dientes supernumerarios presentes. (11,13)

A. Ubicación en la arcada

- Mesiodens: supernumerarios que se encuentran entre los incisivos centrales superiores, son pequeños y por lo general tienen forma conoide, pueden ser únicos o múltiples, unilaterales o bilaterales; erupcionados o impactados y pueden encontrarse en posición vertical, horizontal o invertida.
- El peridens o paramolar: se encuentra erupcionado dentro de los dientes posteriores es un diente pequeño, rudimentario que se localiza por bucal o lingual de los molares superiores.
- Disto molar: es pequeño y rudimentario, se presenta detrás de los terceros molares y rara vez afecta la erupción de los dientes adyacentes.
- Parapremolar: diente premolar duplicado.

B. Morfología

- Suplementarios o eumórficos: diente extra de morfología y tamaño normal. Suponen un aumento del material dentario cuyo efecto en la oclusión es un incremento del potencial de apiñamiento. Se presentan en dentición permanente como incisivos laterales superiores extras o como incisivos inferiores; y en dentición primaria en los incisivos centrales
- Rudimentario o dismórfico: es un diente en forma y tamaño más pequeño, incluye; cónicos, tuberculados y molariformes

C. Número de dientes presentes pueden ser únicos, múltiples, unilaterales o bilaterales.

D. Período en el que erupcionan

- Pre-decíduos o pre-temporales: si erupcionan antes del nacimiento se les llama dientes natales
- Dientes neonatales: si erupcionan poco después del nacimiento. Por lo general son dientes que están mal desarrollados, que duran muy poco tiempo en la cavidad bucal y se exfolian en las primeras semanas de vida extrauterina
- Contemporáneos: aparecen durante el período normal de erupción dentaria y son más frecuentes.

E. Relación con el medio ambiente

- Retenidos
- Erupcionados

F. Orientación

- Hacia la arcada dentaria
- Hacia apical

4.2 5 PATOLOGÍAS ASOCIADAS

El diente supernumerario se forma y desarrolla como cualquier otro diente, en algunas ocasiones no tiene el mismo momento evolutivo que los dientes de su zona, puede erupcionar en la arcada en una posición bastante parecida, o permanecer incluido.

Como patología asociada o complicaciones pueden presentar de manera individual, o combinadas las siguientes:

- Retraso y/o falta de erupción de dientes permanentes
- Desplazamiento o rotación
- Apiñamiento
- Reabsorción de dientes adyacentes
- Diastema medial anormal
- Dilaceración o desarrollo radicular anormal
- Erupción ectópica
- Quiste dentígero o folicular
- Osificación excesiva del espacio pericoronar y
- Pericoronitis
- Interferencias con el tratamiento de ortodoncia.
- Caries de los dientes vecinos por el aumento de retención de placa dentobacteriana
- Pérdida de vitalidad dental.

Únicamente entre el 7 y el 20% pueden permanecer sin ocasionar complicaciones (11, 12,14)

4.2.6 EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de los dientes supernumerarios en la población general es de 0.15 a 3,8 % en dentición primaria y 1.5 a 3.5% en dentición permanente (18) . Un diente supernumerario sólo se encuentra entre un 76 y 86%, dobles entre 12 y 23%, son múltiples en menos del 1%. Se presentan con mayor frecuencia en el maxilar que en la mandíbula. La presencia de dientes supernumerarios en dentición decidua es cinco veces menos común que en la permanente. Los dientes supernumerarios se encuentran con mayor frecuencia en hombres que en mujeres (11, 13, 17,19)

La prevalencia según su ubicación y tipología es muy variada; los incisivos laterales superiores 50%, el mesiodens 36%, el incisivo central superior 11% y los premolares 3%. (13)

El predominio de molares supernumerarios varía según los autores, del 1% para Stafne , al 2% para Luten y el 1,9% para Backmann, Para Menardia y col. es del 1% .(11)

Sebastián (2016) realizó un análisis retrospectivo de los estudios de TC maxilofacial, entre los años 2011 y 2015. Recopiló los datos de los pacientes (género y edad), motivos de solicitud y hallazgos tomográficos. Los dientes SN fueron clasificados según localización, emplazamiento, orientación, morfología y angulación y las alteraciones asociadas (inclusión, anquilosis u odontoma). Se registraron 36 pacientes entre los 6 y 14 años con 49 SN en total, 25 niños presentaron un único diente SN, mientras 12 niños tenían 2. La petición más frecuente de TC fue la evaluación preoperatoria de los dientes SN (21 casos). La localización más frecuente de los SN fue mesiodiente (n = 30), seguida de peridiente (n = 15) y Parapremolar (n = 4). Fue significativamente más frecuente en el m7 axilar superior (25 SN), sobre su morfología, la mayoría fueron rudimentarios (39 SN): 26 cónicos, 11 tuberculados y 2 muy rudimentarios, mientras que 10 fueron suplementarios. (17)

Vaca (2017) realizó una investigación sobre prevalencia y ubicación de dientes supernumerarios en pacientes atendidos en el quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central Del Ecuador en el período 2010-2013. La población estudiada correspondió a 831 historias Clínicas de pacientes que fueron atendidos en el Quirófano de la FOUCE, para la recolección de datos fue la observación directa y determinar si el paciente era considerado dentro del estudio. Se encontraron 34 pacientes con dientes supernumerarios, equivalentes al 4%, 10 en mujeres (29,4%) y 24 en hombres (71%); la segunda década de vida comprendida entre los 11 y 20 años presentó 41,2%. Se registró 20 dientes supernumerarios en el maxilar (57,14%) y 15 en mandíbula (42,85%). En la zona incisiva maxilar se reportó 47,1% de dientes supernumerarios, en la zona premolar 5,9% y en la zona molar 5,9%; en la región mandibular incisiva se registró el 2,9%, en la zona canina el 2,9%, en la zona premolar el 23,5% y en la zona molar el 14,7%.(19)

4.2.7 TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en extraer los supernumerarios antes de que aparezcan los problemas, o en limitar sus consecuencias si los dientes ya han resultado desplazados. Los casos más sencillos son aquellos en los que existe un solo diente supernumerario y se localiza superficialmente. Si el diente no está invertido, a menudo erupciona antes que el diente normal y puede extraerse antes de que interfiera con los dientes adyacentes. Por lo general cuanto antes se extraigan los supernumerarios, más probabilidades habrá de que los dientes erupcionen normalmente sin ayuda. (12,20)

Existen dos corrientes de tratamiento las cuales son: la extracción precoz y la extracción tardía. La extracción precoz de estos dientes permitirá una fácil resolución de la patología, evitando de esta forma una serie de complicaciones.

Edad de la intervención del supernumerario	Ventajas	Riesgo – inconvenientes
Exodoncia temprana <9 años	Prevenir futuros problemas ortodóncicos. Prevenir procedimientos futuros más complejos (exposición del permanente)	Lesión de las raíces permanentes. Desvitalización del permanente. Niño más inmaduro y poco colaborador.
Exodoncia tardía > 9 años	Formación radicular completa de los incisivos permanentes. Menor riesgo de lesión iatrogénica de raíces de los incisivos permanentes (desvitalización radicular). Niño con mayor madurez y más colaborador.	Erupción tardía, pérdida del potencial eruptivo del permanente. Reabsorción radicular del permanente. Sobreretención del incisivo temporal. Desarrollo de maloclusiones locales. Necesidad de tratamientos quirúrgicos y ortodóncicos. Degeneraciones quísticas y erupción nasal del supernumerario.

Tabla 1. Ventajas y riesgos de la exodoncia temprana vs tardía del supernumerario (14)

4.2.8 TÉCNICA QUIRÚRGICA

Cada región anatómica tiene sus características propias y estructuras que debemos preservar y evitar lesionar. Tenemos diferentes formas de tratamiento: (12) Fig. 2,3, 4

- Abordaje palatino – lingual

Incisión sulcus gingival palatino, con la amplitud mínima para obtener un cómodo campo operatorio, habitualmente dos o tres dientes a mesial y distal del diente supernumerario incluido, normalmente sin incisiones de descarga, que evitamos realizar por la vascularización de la zona. Osteotomía para localizar el diente o dientes incluidos, bajo una irrigación abundante con suero fisiológico.

- Abordaje combinado

En muchos casos es necesario un abordaje simultáneo vestibular y palatino lingual para conseguir la exodoncia del diente supernumerario. En casos excepcionales se realiza la odontosección y la exéresis de una parte del diente, corona o raíz por cada abordaje. Se suturan las papilas dentales con el mismo tipo de sutura y se coloca el apósito compresivo externo labial.

4.2.9 RECOMENDACIONES POST OPERATORIAS

- Dieta blanda
- Higiene oral, con cuidado en la zona
- Usar antimicrobianos bucales
- Retiro de puntos a los 7 días.

4.2.10 COMPLICACIONES

Las complicaciones más comunes que se pueden presentar durante y después de la cirugía dependen del sitio donde se ubique el diente, las más comunes en el arco inferior son daño al nervio dentario y lingual.

En el arco superior la comunicación oro antral, desplazamiento del diente dentro del seno maxilar, fractura radicular y ruptura de la tuberosidad del maxilar. (12)

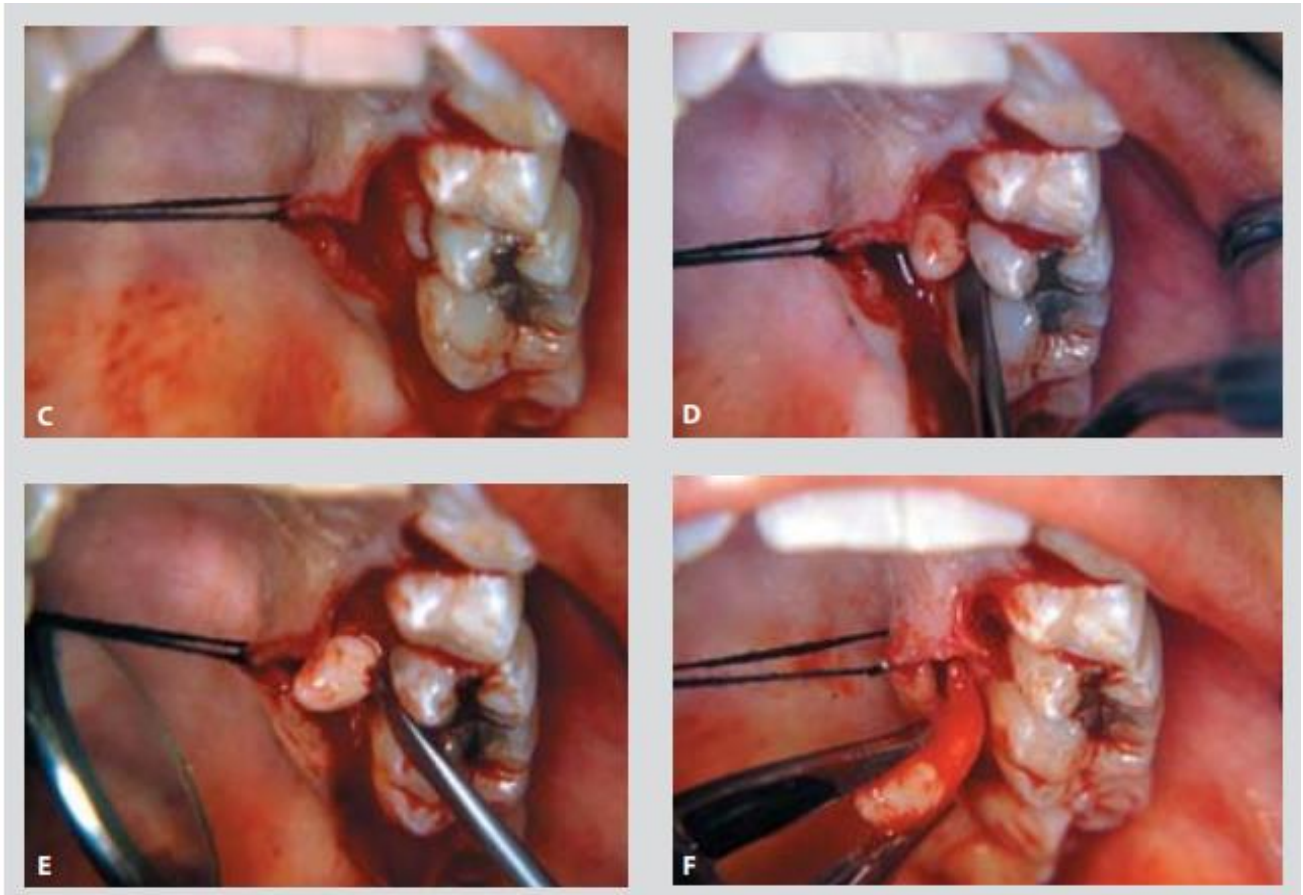


Fig.Nº 03 :Abordaje palatino. Se ha realizado la exodoncia del diente supernumerario luxado. (Fuente: Gilligan. Dientes supernumerarios. La extracción dentaria técnica y aplicación clínica. Primera edición. Editorial Médica Panamericana.2015) (19)

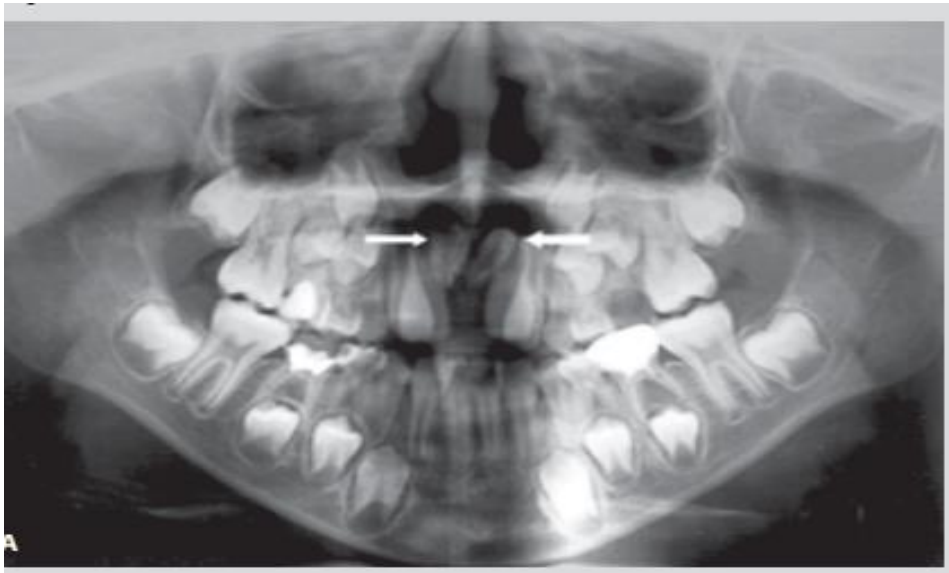


Fig. Nº 04 Radiografía panorámica , evidencia la posición de los dientes supernumerario. (Fuente: Gilligan. Dientes supernumerarios. La extracción dentaria técnica y aplicación clínica. Primera edición. Editorial Médica Panamericana.2015) (16)

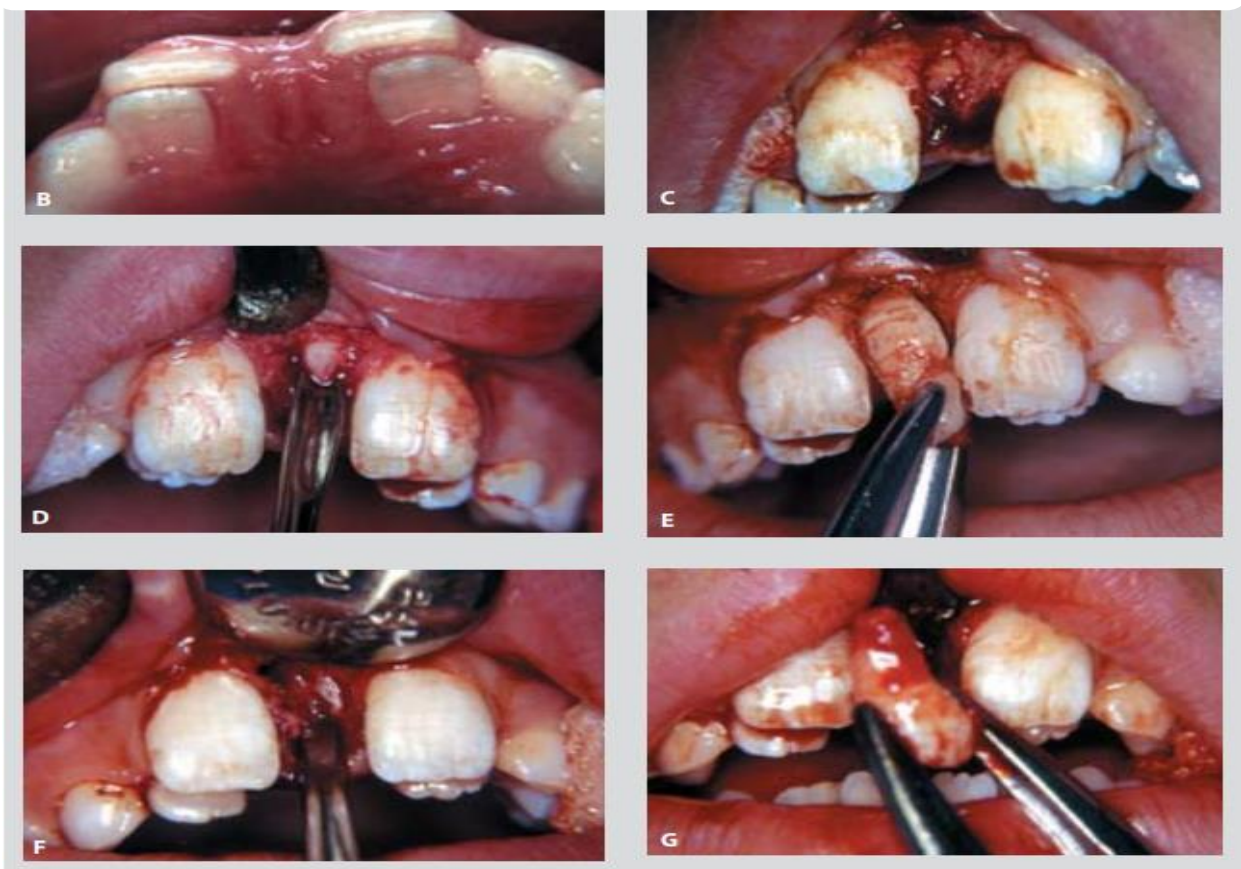


Fig. Nº 05 Abordaje por vestibular. (Fuente: Gilligan. Dientes supernumerarios. La extracción dentaria técnica y aplicación clínica. Primera edición. Editorial Médica Panamericana.2015) (20)

4. 3 DIENTES RETENIDOS

4.3.1 CONCEPTO

Diente retenido a aquel que llegada la época normal de erupción permanece incluido total o parcialmente en el maxilar o la mandíbula sin alcanzar su posición en la arcada dentaria. La erupción dentaria sigue una secuencia determinada y en unos intervalos de tiempo. Si hay un retraso mayor de seis meses, debemos pensar que se trata de una agenesia o el diente está incluido. (21)

En la bibliografía, es frecuente observar los términos inclusión, impactación y retención que se usan de forma errónea, si bien estos no son sinónimos los tres se refieren a alteraciones eruptivas.(1)

Diente impactado: cuando durante el trayecto de la erupción del diente esta es detenida por una barrera física (otro diente, hueso o tejidos blandos).

Diente retenido es cuando durante el trayecto de erupción del diente no se puede identificar barrera física que haya interrupción en la erupción del germen dentario que aún no está en la cavidad oral, lo llamamos retención primaria. Retención secundaria cuando después de su aparición en boca, sin existir una barrera física cesa su erupción, también se le conoce como infraoclusion, diente sumergido. Afecta principalmente a dientes primarios es raro en dientes permanentes. (1)

Diente incluido es aquel que permanece dentro del hueso y por tanto el término inclusión engloba los conceptos de retención primaria y diente impactado. (1)

La importancia de evaluar la ausencia de un diente en boca radica en que el diente retenidos, impactado, incluido mantienen su saco folicular, cuyo epitelio conserva la capacidad de diferenciarse y que podría progresar hacia lesiones tumorales (formación de quistes dentígero, queratoquiste odontogénico y ameloblastoma, entre otros). (22)

4.3.2 ETIOLOGIA

Las presencia de dientes retenidos suelen ser consecuencia de factores locales como

- Obstrucciones mecánicas (dientes, quistes o tumores),
- Espacio insuficiente en la arcada dental debido a un maxilar pequeño (micrognatia),
- Pérdida prematura de dientes deciduos.
- Discrepancias en el tamaño diente-arco
- Factores sistémicos como trastornos genéticos, deficiencias endocrinas e irradiación previa de la mandíbula
- Retención prolongada de un diente temporal más allá de la época normal de exfoliación
- Dilaceración de la raíz
- Anquilosis
- Densidad del tejido óseo (22)

4.3.3 DIAGNOSTICO

La radiografía panorámica o la tomografía computarizada nos ayudan en el diagnóstico, ya que devela la presencia de dientes impactados, retenidos o incluidos en la arcada dental, así como otra variedad de patologías de los tejidos óseos y dentales, lo cual es imposible considerar a través del examen clínico de la cavidad bucal.(22)

4.3.4 EPIDEMIOLOGIA

Los que mayormente se encuentran retenidos son:

- Tercer molar superior.
- Tercer molar inferior
- Canino superior.
- Segundo bicúspide inferior.
- Canino inferior.
- Segundo bicúspide superior.
- Incisivo central superior.
- Incisivo lateral superior.

La prevalencia de 0.9 - 2% hasta un 7% en personas mayores de 11 años. Los caninos son los terceros dientes más frecuentemente incluidos y retenidos. Éstos se localizan en el 60% de los casos en el paladar, en el 30% hacia vestibular y en el 10% en posición intermedia. Ocurre más en mujeres (1.17%) que en hombres (0.51%). (23,24)

4.3.5 TRATAMIENTO

Los caninos retenidos son comúnmente tratados con erupción ortodóncica, la que la mayoría de las veces se combina con Cirugía. Con esta técnica el diente es extruido, valiéndose de aparatos y aditamentos ortodóncico, produciéndose un movimiento que trata de llevar el diente fuera de su alvéolo con una tracción a oclusal; siendo un excelente medio para mantener dientes que, de otro modo, estarían indicados para extracción. (24)

Dependiendo de si hay o no visualización del diente retenido hay dos tipos de tracción; abierta donde se ve el diente retenido, se libera y se hace tracción extramucosa y la cerrada donde se localiza el diente retenido, se libera y posteriormente se hace tracción intramucosa o submucosa. La mejor opción es que la exposición quirúrgica del diente y tracción deba ser realizada tempranamente con el objetivo de prevenir daño a los dientes adyacentes y poder realizar la verticalización del canino cuando todavía se encuentra alto en el surco en caso de retenciones labiales. (23)

4.3.6 TECNICA QUIRURGICA – FENESTRACION

- Anestesia: Normalmente se usa la técnica de anestesia regional, aunque en caso de tratarse de niños debemos ayudarnos de una premeditación farmacológica, sedaciones endovenosas o inhalatorias, en algunos casos por la complejidad del problema o las características del paciente, será necesaria la anestesia general.
- Incisión: Tenemos dos opciones:
 - ✓ Cuando la inclusión es superficial, que se palpa el diente incluido a través de la mucosa vestibular, en este caso puede hacerse un abordaje directo, es realiza dos incisiones verticales encima del mismo diente afectado, preparando así un colgajo que posteriormente será suturado. Cuando el diente por el paladar efectuaremos una sola incisión sobre el diente incluido. (Fig.06)

El abordaje directo sólo se usara en inclusiones submucosas en las que es posible palpar bien el diente incluido.

- ✓ Cuando la inclusión es más profunda y está por vestibular se prepara un colgajo siguiendo los surcos gingivales y las papilas interdientarias con una o dos descargas (colgajo triangular o trapezoidal). En el paladar se realiza un colgajo de grosor completo con una incisión a lo largo de la cresta gingival, se festonea los cuellos dentarios y secciona las papilas interdientarias (colgajo envolvente). La incisión se extenderá hasta 4 ó 5 dientes del área que desea tratarse (fig. 07).



Fig. Nº 06 Inclusión submucosa incisiones vestibulares. (A) Incisión para fenestración de un 2.1 incluido. (B) Incisión para fenestración de un 1.3 incluido. (1)

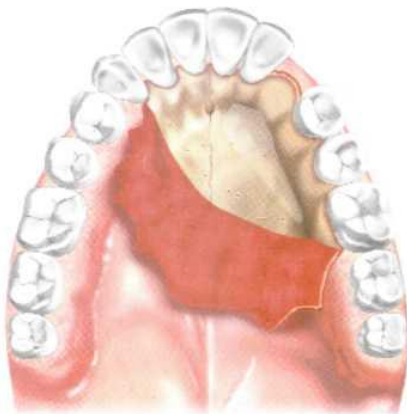


Fig. Nº 07 Incisión para la fenestración de un canino incluido por palatino. (1)

- Despegamiento mucoperióstico: Con un periostotomo fino de Freer, se levanta un colgajo mucoperióstico, hasta donde se pueda ver adecuadamente la zona que presenta la inclusión dentaria. En el paladar esta maniobra es más dificultosa por las características de la fibromucosa palatina
- Osteotomía liberadora: Con pieza de mano de fresa redonda de carburo de tungsteno del nº 8 se efectúa la eliminación del hueso que cubre la corona del diente incluido, mientras se va irrigando la zona con suero fisiológico o agua destilada estéril. Debemos conseguir la correcta visualización y total liberación de la corona del diente incluido sin lesionar el folículo dentario, procurando no manipular cerca de la línea amelocementaria, ya que se produciría la aparición de lesiones periodontales como la migración apical del epitelio de unión.

Si se sospecha que el diente incluido está anquilosado parcialmente se recomienda movilizarlo suavemente dentro de su mismo alvéolo para que la tracción ortodóncica posterior sea más viable. Si la anquilosis es total, la única solución es la exodoncia quirúrgica.

- Preparación de la ventana mucosa: Si hemos levantado un colgajo palatino o vestibular haremos la reposición del colgajo y lo suturaremos de forma adecuada; en la zona de la encía donde se sitúa el diente incluido, realizaremos la exéresis de la encía para conseguir la visualización completa de la corona dentaria o como mínimo de una de sus caras (vestibular o palatina) o del borde incisal. (Fig. 07)

- Colocación de cemento quirúrgico: solo lo suficiente para evitar que se cierre la ventana. se retira a los 7 a 10 días.
- Colocación del medio de tracción: Los medios de tracción más utilizados son el botón o el bracket cementados. Si se coloca el medio de tracción en la misma intervención quirúrgica no es necesario el acondicionamiento previo del esmalte utilizando una pasta abrasiva (pulidor de goma) ya que el diente incluido se visualiza en el mismo momento. Después de 2 horas de dejar expuesto el diente al medio bucal la superficie del esmalte queda recubierta por una película adquirida de mucoproteínas que es más resistente al efecto del ácido.(1)

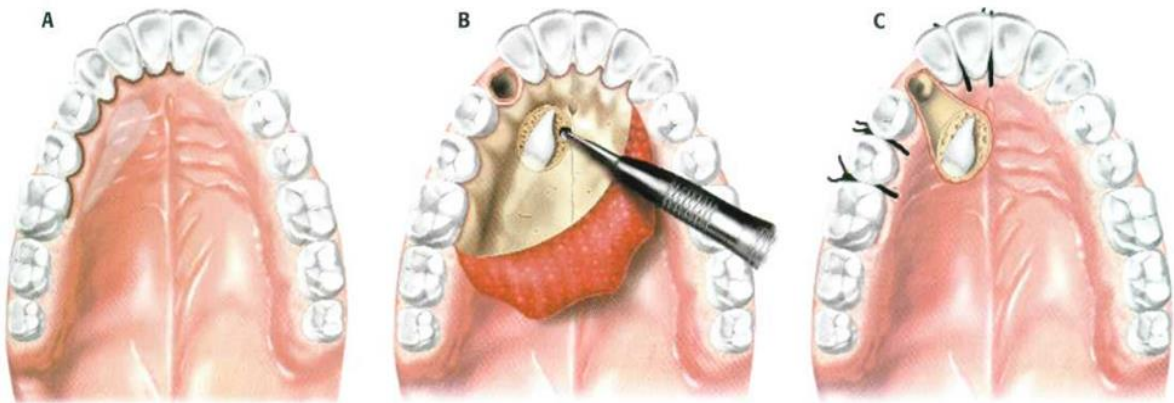


Fig.N° 08 Fenestración de un canino incluido superior (1.3). (A) Incisión sulcular palatina. (B) Extracción del 5.3. Osteotomía para visualizar la corona dentaria. (C) Sutura y exéresis de la fibromucosa palatina necesaria. (1)

4.3.7 COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

Dentro de las más frecuentes:

- Dolor
- Edema
- Hemorragia
- Infección
- Complicaciones nerviosas.(21)

4.3.8 PRONÓSTICO

El pronóstico depende de la posición del diente retenido en relación con los dientes adyacentes, angulación, distancia que el diente debe ser movido, dilaceración radicular y posible presencia de anquilosis o reabsorción radicular. (23)

En general, los caninos retenidos horizontalmente, anquilosados, cercanos a incisivos (plano horizontal) o ubicados más apicalmente, son los más difíciles de manejar o los de pronóstico más pobre, y por tanto, el dientes pueden requerir extracción; así mismo, a mayor edad del paciente hay menores probabilidades de éxito. (23)

4.4 ODONTOMA

4.4.1 CONCEPTO

Los odontomas son tumores benignos, de comportamiento no agresivos de crecimiento lento , los cuales son constituidos por esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar; resultado del crecimiento de células epiteliales y mesenquimatosas diferenciadas, donde los ameloblastos y odontoblastos forman esmalte y dentina que se depositan de manera anormal o defectuosa.(24,25)

4.4.2 ETIOLOGIA

La etiología de los odontomas es desconocida pero puede ser causado por traumatismos, las infecciones, mutaciones genéticas, hiperactividad odontoblástica o alteraciones en el gen de control del desarrollo dentario. (25, 26, 27, 28)

4.4.3 DIAGNOSTICO

Su diagnóstico es de forma casual mediante exámenes radiográficos de rutina, o bien a partir de algún signo, como retraso de la erupción dentaria (28)

4.4.4 CLASIFICACION

HISTOLOGICA

Según la última clasificación de la Organización Mundial de la Salud, de 2005, existen histológicamente 2 tipos de odontomas:

- Odontomas complejos: Se encuentran todos los tejidos dentarios dispuestos en un patrón desordenado. No se observan dentículos individualizados, debido a que se encuentran fusionados, principalmente se localizan en la región posterior de la mandíbula. Esta patología se visualiza como una masa amorfa, mineralizada. Radiográficamente se observa una imagen radiopaca, rodeada de un halo radiolucido de bordes regulares(25)
- Odontoma compuesto: los tejidos dentarios se encuentran siguiendo un patrón de distribución ordenado en múltiples estructuras denominadas dentículos, principalmente se localizan en la región anterior del maxilar, sobre las coronas de los dientes no erupcionados, o entre las raíces de los dientes erupcionados. Radiográficamente son lesiones uniloculares Y contienen múltiples estructuras radiopacos parecidas a dientes en miniatura llamados dentículos. (26, 27)

CLINICO

- Odontoma central (intraoseo)
- Odontoma periférico (extraóseo de tejidos blandos)
- Odontoma erupcionado (27,28)



Fig.N° 09 A) Odontoma compuesto de premolares inferiores. B) Imagen macroscópica de odontoma compuesto, constituido por múltiples dentículos. (28)

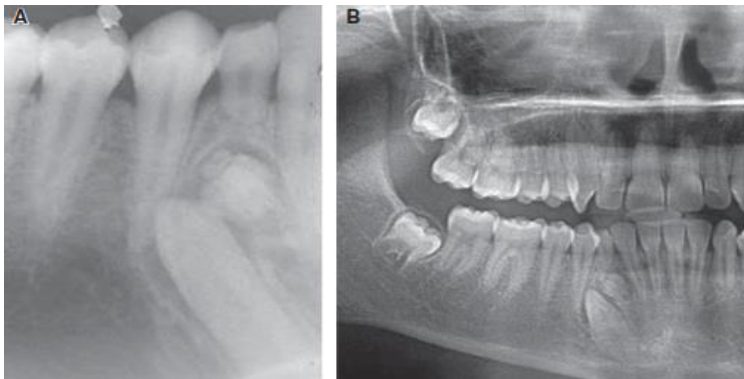


Fig.N° 10 A) proyección periapical del odontoma complejo B) odontoma complejo en la zona premolar inferior. (28)

4.4.5 PREVALENCIA

La localización más reportada es el área anterior del maxilar superior (67%), seguida por las zonas anteroinferior y posteroinferior de la mandíbula (33%). Los odontomas de tipo interóseos son más frecuentes que el extraóseo y el erupcionado. Los odontomas compuestos se presentan con mayor frecuencia que los odontomas complejos. El tipo compuesto aparece con mayor frecuencia en la parte anterior del maxilar sobre la corona de un diente no erupcionado o entre las raíces de dientes erupcionados (61%) mientras que el complejo lo hace en la parte posterior de la mandíbula en un 59%. Suelen ser más frecuente en niños y adolescentes, en cuanto al sexo no hay diferencia significativa. (28)

4.4.6 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Durante su desarrollo es difícil distinguirlos de un Fibroma ameloblástico o Fibroodontoma ameloblástico. Hay que hacer un examen clínico-radiológico e histopatológico de las lesiones, ya que pueden simular a otras más agresivas como el Osteosarcoma. (28)

4.4.7 TRATAMIENTO

El tratamiento de elección consiste en la enucleación quirúrgica conservadora mediante la eliminación de la cápsula de tejido conjuntivo que lo rodea, preparando la muestra para el estudio histopatológico. Si el odontoma se halla por palatino se debe confeccionar una placa palatina. En ocasiones es requerido el tratamiento ortodóncico para el reposicionamiento en la arcada del órgano dentario retenido. (27,28)

4.4.8 PRONÓSTICO

Por lo general favorable, con escaso índice de recidiva, aumentando esta probabilidad cuando se realiza la enucleación en el primer estadio de calcificación. (28)

4.5 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE MUCOCELE

4.5.1 CONCEPTO

Lesión benigna, nodular translúcida de aspecto quístico en mucosa oral, que se origina por acumulo de líquido en los tejidos, que pueden ocurrir sobre superficies de la mucosa bucal en las que se encuentra las glándulas salivales menores. (2, 29)

4.5.2 UBICACIÓN

El labio inferior es el sitio más frecuente de presentación a causa de traumatismos, debido a los bordes incisales de los dientes superiores. Es seguido en frecuencia por los carrillos y el paladar. Ocasionalmente puede observarse en la superficie ventral de la lengua involucrando a las glándulas salivales menores de Blandin-Nuhn, en la mayoría de los casos por mordeduras autoinfligidas. (30, 31)

4.5.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Clínicamente se presenta como tumefacción de la mucosa en forma de cúpula, de consistencia blanda pero algunos son firmes, superficie lisa e indolora, coloración que varía de azul a rosado. El azul resulta de la cianosis del tejido por ser un tejido distendido y traslucido. La variación del color depende del tamaño de la lesión, su color puede ser blanca producto del trauma con consecuente formación de queratina. (2)

El mucocele superficial se rompe con frecuencia de manera espontánea, por mordedura o por el contacto con los alimentos, drenando un material viscoso (29, 30). Cuando se localiza profundamente en el tejido conjuntivo se mueve libremente como un nódulo fluctuante. (2)

La duración se ha reportado desde pocos días hasta varios años; algunos pacientes reportan historia de trauma recurrente, por lo cual sufre ruptura y liberación del contenido, y con el tiempo desaparecen espontáneamente. (31)

4.5.4 CLASIFICACION

- Mucocele de extravasación mucoso: es el escape de fluido de los conductos o ácinos al interior del tejido conjuntivo, y no presenta ningún revestimiento epitelial.
- Mucocele de retención: es menos común y se caracteriza principalmente por tener revestimiento epitelial, afecta mayormente a personas mayores de 40 años. (31)

4. 5.5 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es necesario hacer un análisis anatómico patológico de la pieza que se ha removido para saber si es de retención o extravasación. (2)

Dentro del diagnóstico diferencial tenemos:

- Hemangioma por el color azulado
- Lipoma por el color y localización.
- Papiloma
- Linfangioma
- Neurofibroma
- Tumor mixto benigno
- Neoplasias de glándulas salivales menores

Cuando surge en la mucosa alveolar el quiste de erupción o quiste gingival.(2)

La lesión removida debe ser fijada en formol al 10% y llevada para análisis anatómico patológico para confirmar el diagnóstico y descartar el diagnóstico de un tumor de glándulas salivales menores (2)

4. 5.6 TRATAMIENTO

Debido a que la mayoría de los mucoceles son pequeños, la excisión quirúrgica, incluyendo pequeñas glándulas encontradas en el campo quirúrgico, es la elección; la recurrencia es infrecuente si la excisión se realiza de manera cuidadosa. (31)

Otros tratamientos alternativos se han reportado como:

- La Marzupialización
- La inyección de corticosteroides
- Láser de dióxido de carbono (CO₂)
- Agentes esclerosante como OK-432
- La criocirugía es bien tolerada y tiene baja incidencia de complicaciones. El nitrógeno líquido es el agente más popular. Se aplica por pulverización o sonda siendo suficiente un ciclo de congelación y descongelación en lesiones superficiales por el tiempo de un minuto, pudiendo repetir el proceso para maximizar la destrucción de tejidos. Aparentemente después del tratamiento los cambios en el tejido se va presentando progresivamente produciéndose daño severo a necrosis y luego formación de ampollas y edema entre 24 y 72 h, y costras entre 3 y 14 días. la desventaja de esta técnica es la ausencia de la muestra para ser examinada al microscopio para confirmar el diagnóstico. (31)

Eliminación quirúrgica completa de las lesiones con su pared quística, es una buena opción de tratamiento que no conlleva a riesgo de recurrencia.

- Desinfección: No emplearse desinfectantes como yodo porque colorean la lesión y dificultan su eliminación.
- Anestesia: anestesia infiltrativa alrededor de la lesión a 3 a 4 mm de la lesión en los 4 puntos cardinales (arriba, abajo, derecha, izquierda) la cantidad de anestesia debe ser poca para no edematizar la muestra y tener los límites certeros de la lesión.
- Escisión de la lesión, esta debe ser completamente extirpada, incluyendo a la glándula salival asociadas y las marginales para evitar así recidiva. Este abordaje solo se usara en lesiones pequeñas.
- Toma de biopsia: la muestra debe ser colocada en el frasco que contiene formol al 10% para fijar la muestra y evitar la autólisis del mismo.
- Sutura: Sutura vicryl 4/0 con el objetivo de inducir una cicatrización por 1ra. Intención
- Rotulado: el rotulado de la muestra debe incluir nombre del paciente, edad, sexo y fecha de la toma.

4.5.7 CONTROL POST OPERATORIO

- Dieta blanda por 24 horas
- Analgésicos para dolor leve
- Control en 1 semana



Fig.11 mucocele en labio inferior(2)

4.6 RANULA

4.6.1 CONCEPTO

La ránula es una lesión benigna, es un tipo especial de mucocelo que aparece en la parte antero lateral del suelo de la boca en relación con la glándula sublingual. Recibe el nombre de ránula debido a que el aumento de volumen simula el vientre de una rana y su apariencia azulada (32). Su diámetro puede ser de 2 a 5 cm y cuando alcanzan mayor tamaño y de no se tratan, puede causar dificultades con habla, deglución y masticación. (33) Fig.11

De acuerdo con su ubicación puede ser clasificados en 2 variantes clínicas: la oral o superficial (simple) se encuentra dentro de la boca debajo de la lengua y la cervical o profunda (compleja) se presenta como masa submandibular que se hunde a medida que se extiende a través del músculo milohioideo. (35)



Fig.12 Ránula oral en piso de boca (2)

4.6.2 ETIOLOGIA

La etiología exacta es desconocida; factores como el trauma, intervenciones quirúrgicas y las anomalías congénitas han sido implicados (36)

4.6.3 LOCALIZACION

La mayoría ocurren en el piso de boca, cara ventral de la lengua y paladar, aunque aparecen en cualquier lugar donde existan glándulas salivales. (32)

4.6.4 DIAGNOSTICO CLINICO

La ránula oral su contenido es origen seromucoso, aparece como una tumefacción unilateral, redondeada u ovoide, en el piso de la boca, respetando la línea media; es de consistencia blanda, textura suave y no dolorosa (34). Gradualmente, crece lo suficiente hasta lograr empujar la lengua hacia arriba, interfiriendo con el habla y la masticación. Su color suele variar si son superficiales suelen ser de aspecto translúcido, rosa o amarillento por su contenido salival, rojizo por congestión

vascular y cianosis; cuando se mezcla con eritrocitos por hemorragia, son de color azul oscuro o morado rojizo. (32)

Respecto a las r nulas cervicales, no presentan alteraciones de color, son suaves, fluctuantes a la palpación, genera asimetrías cervicales que llaman de inmediato la atención del paciente, especialmente cuando crecen de forma desproporcionada, no son dolorosas, ni móviles (36)

4.6.5 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Cuando se presenta una ránula podrá ser diferenciada de:

- Neoplasias benignas y malignas de glándulas salivales,
- Quiste dermoide,
- Quiste epidermoide
- Absceso de tejido blando
- Hemangioma,
- Linfangioma,
- Lipoma (32, 36)

4. 6.6 CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Histológicamente una ránula está compuesta por un espacio pseudoqu stico central que contiene mucina y una pared de tejido conectivo vascularizado. No se describe diferencia entre las r nulas orales o cervicales. (36)

4.6.7 PREVALENCIA

Presentan una prevalencia baja de alrededor 0,2 a 0,5 casos por cada 1000 personas. Afecta principalmente a niños y adultos jóvenes, con predilección por los varones, en una proporción de 2:1

4.6.8 TRATAMIENTO

Los diferentes tipos de tratamiento incluyen:

- Remoción de la lesión, asociada o no a remoción de la glándula afectada: La extirpación de la glándula sublingual es considerado el método más fiable de tratamiento, aunque presenta riesgos como la lesión del nervio lingual y el conducto submandibular.
- Marzupializaci n simple: una técnicas de abordaje de r nulas más antigua, pero debido a que los bordes de la herida tienden a estar en contacto uno con el otro, la lesión tiende a volver a formarse.
- Marzupializaci n modificada: empaquetar un taponamiento de gasa dentro de la lesión posterior a su destechado y evacuación. Dicho empaquetado es mantenido entre 7 a 10 días, produciendo una respuesta inflamatoria que induce la formación de una fibrosis que genera un sello permanente y la remisión de la lesión. un adecuado empaquetamiento de gasa dentro de las profundidades de la lesión, es indispensable para el éxito de la técnica.
- Laser se realiza una pequeña ventana y no habrá menos sangrado. Sin embargo, los pacientes debe seleccion rsele cuidadosamente y usando criterios estrictos. Se pueden desarrollar úlceras o infecciones postoperatorias

- Criocirugía: Consiste en la destrucción de los tejidos vivos por medio de la citotoxicidad del frío mediante la aplicación de temperaturas extremadamente bajas, produciendo la atrofia y la fibrosis de la glándula salival.
- Micromarzipialización: Consiste en pasar un hilo a través de la lesión, ayudando al drenaje del contenido mucoso y formación de conductos accesorios a la semana de remover el hilo de sutura. Esta técnica es sencilla, rápida, poco invasiva, solo necesita anestesia tópica más potente (EMLA)
- El OK-432 se inyecta en la cavidad quística de la ránula después de haber sido vaciada el contenido mucoso, y se aplica presión por 15 minutos dentro de ella. Así se induce a la esclerosis cuando difunde en el estroma y produce irritación e inflamación que causa la retracción y contracción de la lesión en un proceso de cicatrización.(36)

La remoción quirúrgica de la ránula y de la glándula sublingual presenta el menor porcentaje de recidiva (1%), lo que convierte dicha técnica en la más efectiva, aunque presenta desventajas tales como ser muy invasiva y riesgo de daño a estructuras anatómicas cercanas.(36)

4.7 FRENILLOS BUCALES

Los frenillos bucales son bandas de tejido conectivo fibroso, muscular o ambos, cubiertas por membrana mucosa, son de origen congénito y se ubican en la línea media. Existen tres frenillos: labial superior, labial inferior y lingual. (1)

Los frenillos en el examen bucal sistemático casi siempre pasan por alto, porque rara vez son un problema. Sin embargo, si presentan alteración pueden causar ciertos problemas: (1)

- Problemas ortodóncico-ortopédicos.
- Alteraciones fonéticas.
- Patología periodontal.

A- FRENILLO LABIAL

4.7.1A CONCEPTO

La formación del frenillo empieza en la décima semana de gestación. Este frenillo se desarrolla junto con las estructuras palatinas de la línea media en la vida fetal. En el nacimiento ocupa un lugar prominente bajo el labio superior, conectando el labio con el paladar. (1) Sin embargo mientras desarrollan los procesos alveolares en la erupción de los dientes temporales, puede ocurrir atrofia fisiológica y distanciamiento apical de la inserción del frenillo. La inserción normal del frenillo superior después de la erupción de los dientes va desde la porción interna del labio superior hasta pocos milímetros por encima del margen gingival. (2)

En algunos casos el frenillo desciende hasta el borde alveolar y termina en la papila interdientaria en la bóveda palatina. (2)

4.7.2A DIAGNOSTICO CLINICO

Para su correcto diagnóstico se debe observar donde está insertado (si es en la papila incisiva o margen gingival), si al halar el labio se ve una zona isquémica en la papila incisiva, observar la presencia de diastemas entre los incisivos centrales superiores, si se eleva el borde bermellón, provoca un labio superior corto impidiendo un buen sellado labial. (2)

Antes de diagnosticar un frenillo labial como causa etiológica de un diastema debemos descartar otras causas: dientes supernumerarios (mesiodens); succión digital; quiste del conducto nasopalatino; aumento del perímetro maxilar y agenesias dentarias (especialmente de los laterales). (37)



Fig. 13 frenillo labial, papila incisiva isquémica. (38)

4.7.3A DIAGNOSTICO HISTOLÓGICO

El frenillo labial contiene fibras elásticas y colágeno, sin embargo, en las muestras de biopsias se observan con frecuencia fibras de músculo estriado. (37)

4.7.4A TIPOS DE FRENILLO

- SEGÚN SU ESTRUCTURA
 - Tipo fibroso: compuesto de tejido conectivo y la membrana mucosa.
 - Tipo muscular: Pueden estar integrados varios músculos dentro del frenillo como, músculo elevador propio del labio superior, músculos nasal y depresor septal, músculo elevador del ángulo de la boca.
 - Mixto o fibromuscular.(1)
- SEGÚN SU FORMA
 - Jacobs explica que existen cuatro formas anormales de frenillos:
 - Cuando el frenillo presenta forma de abanico en el labio con base ancha.
 - Cuando el frenillo presenta forma de abanico entre los incisivos con base ancha.
 - Cuando el frenillo presenta forma de abanico en el labio y entre los incisivos.
 - Frenillo ancho difusoadiposo.
 - Monti menciona que existen tres formas de frenillos:
 - Forma alargada y sus márgenes derecho e izquierdo de manera paralela lo que da la presencia de un diastema.
 - Forma de triángulo, en la que su base se relaciona con el fondo del vestíbulo, sus márgenes derecho e izquierdo su dirección converge en su encuentro dando la presencia de un diastema
 - Forma de triángulo, su base en parte inferior y al darse la separación de los ápices se da la presencia de un diastema relevante. (Fig.12)
 - Placek y cols, proponen una clasificación basada en criterios clínicos
 - Frenillo mucoso con inserción en la unión mucogingival.
 - Frenillo gingival con inserción en la encía adherida.
 - Frenillo papilar con inserción en la papila interincisiva.
 - Frenillo penetrante papilar con inserción en la papila interincisiva pero que penetra hasta la papila palatina.(1)

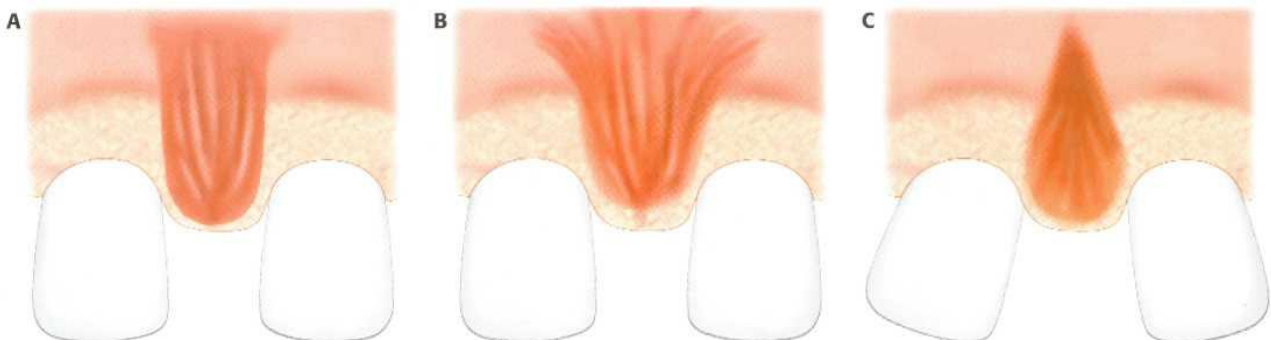


Fig. 14 Tipos de frenillo labial superior según Monti. (1)

4.7.5 A PREVALENCIA

El origen étnico y el sexo no se asocian con el tipo de inserción del frenillo labial maxilar, mientras que la edad si se asocia fuertemente ya que a mayor edad menor es la prevalencia. (36)

4.7. 6.A ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS

- Tratamiento conservador

Podemos esperar hasta la erupción de la dentición definitiva, concretamente los caninos, ya que las fuerzas mesiales ocasionadas por éstos tienden a cerrar el espacio creado entre los incisivos centrales y se provocaría el reposicionamiento del frenillo en una posición más apical, considerado como normal.

- Tratamiento quirúrgico

En la mayor parte de los casos el tratamiento de elección del frenillo labial hipertrófico es quirúrgico y preferiblemente después de la erupción de los caninos definitivos. Entre las distintas técnicas la que mejores resultados ofrece es la frenectomía

- Tratamiento ortodóncico

Indicado en aquellos casos en los que no se haya conseguido el cierre de los diastemas, como resultado de la acción de las fuerzas fisiológicas, tras la corrección quirúrgica del frenillo anormal. En estos casos, el cierre del diastema deberá promoverse con el aparato ortodóncico colocado y activado después de más o menos una semana, contando a partir del día de la cirugía. (38)

4.7. 7.A TRATAMIENTO

Se proponen diferentes enfoques:

- Frenectomía: Se realizada con anestesia local infiltrativa, esta técnica consiste en la eliminación completa del frenillo.
- Frenectomía de exéresis simple: Se efectúa únicamente el corte del frenillo con tijeras o bisturí y posterior sutura, no eliminamos el tejido sobrante, la cicatriz quedara en la misma dirección del frenillo y no se conseguirá alargar el labio superior
- Técnica Romboidal o en diamante: La técnica permite la remoción total de la brida anómala, el inconveniente radica en que deja la cicatriz en la misma dirección del frenillo, el cual llegará a curar por segunda intención.
- Z-plastia es la técnica de elección más utilizada en el frenillo labial y lingual, ya que consigue eliminarlo dejando la cicatriz mucosa en otra dirección a la del frenillo inicial. En la Z plastia se procede a levantar el labio para tensar el frenillo, realizándose una incisión vertical en el centro de su eje mayor, posterior a ésta, se realizan incisiones laterales paralelas que formarán un ángulo de 60° con la incisión central, puesto que de esta forma se consigue extender al labio en un 75%. Antes de proceder a la sutura de los colgajos se deben eliminar todas las inserciones musculares con un periostótomo pero sin lesionar el periostio.

- **Plastia en V-Y- frenotomía de reposición apical del frenillo:** Consiste en realizar una incisión en forma de V a ambos lados del frenillo con la reposición apical de éste, al suturar queda una herida en forma de Y el primer punto de sutura debe ser en la profundidad del vestíbulo y tomar el periostio en la base de la herida para evitar la pérdida de profundidad vestibular.
- **Cirugía ósea:** El tejido fibroso no es el causante de los diastemas es necesario recurrir a una osteotomía, ya que hay un espesor óseo considerable entre los incisivos centrales superiores, luego se proceder a la reimplantación de los frenillos evitando alteraciones a nivel de las piezas dentales.
- **Cirugía Fibrosa:** Consiste en la incisión de la encía adherida y las fibras transeptales, donde éstas se encuentran situadas entre los incisivos centrales superiores. Al retirar el tejido inter-incisal se debe procurar preservar la encía cervical mesial de los incisivos centrales. La herida en la encía insertada no podrá suturarse, puesto que deberá ser curada por segunda intención, colocando un apósito quirúrgico que será retirado a los 4-7 días.
- **Técnica quirúrgica con láser:** Se usara un láser de alta potencia o láser quirúrgico como: Co2, Er:YAG, Er: YSGG ,Nd: YAG. Esta tecnica presenta más ventajas
 - ✓ Reducción del tiempo operatorio.
 - ✓ Mejor exactitud del corte.
 - ✓ Ausencia de sangrado.
 - ✓ No se requiere sutura.
 - ✓ No requiere cemento quirúrgico. (38)

4.7. 7A PROCEDIMIENTO QUIRURGICOS DEL FRENILLO LABIAL

- **Aplicación de la anestesia:** Además de bloquearnos el dolor se deberá reducir el flujo sanguíneo en la zona ya que ésta posee una gran vascularización, se aplicara anestésico local por técnica infiltrativa supraperióstica colocada en el fondo de vestíbulo bucal.
- **Incisión:** Tiene como fin el de separar la mucosa del periostio de la zona a operar a partir de la formación de un colgajo el cual debe ser total cuando implica la incisión de la encía marginal y limitante con el de fin conservar el margen gingival.
- **Despegamiento de la mucosa:** En algunos casos como en la Z plastía se realizará la disección de los colgajos mucosos, con bisturí o con tijeras de punta roma.
- **Desinserción de las inserciones musculares:** este paso se realiza con la ayuda del periostótomo de Freer, procurando no lesionar el periostio
- **Sutura:** Se prefieren suturas reabsorbibles para evitar el dolor durante el retiro de los puntos un 000 o 0000. En el caso del frenillo lingual se debe elevar la lengua con hilo catgut simple, mediante un punto de sutura de tracción ubicado en la punta lingual. (38)

4.7.8A RECOMENDACIONES POST-OPERATORIO

- Higiene oral
- Reposo relativo del paciente.
- No sople o aspire a través de un sorbete, pues esto provoca el sangrado,
- Gran cantidad de líquidos, dieta blanda,
- comidas frías y blandas son las más cómodas durante el primer día
- La inflamación es un proceso normal después de toda cirugía. Alcanza su máxima intensidad 48 horas después
- Control a los 5 días (38)

B-FRENILLO LINGUAL

4.7. 1B CONCEPTO

Es un repliegue de la mucosa bucal, situado en la línea media y que conecta el labio inferior con la encía adherida y la papila interincisal inferior. (1)

El frenillo lingual en un recién nacido se extiende desde la punta de la lengua a la base del proceso alveolar de la mandíbula a las semanas la lengua se alargara y el frenillo pasara a ocupar la porción central de la parte ventral de la lengua, que será su posición definitiva. (2)

ANQUILOGLOSIA

Es una condición congénita, en la que se produce fusión entre la lengua y el piso de la boca. Al nacer la lengua es corta con el frenillo extendiéndose hasta la punta. Poco a poco, la lengua crece más, y el accesorio del frenillo a menudo retrocede a una posición más baja. (38) Dependiendo de la edad, pueden presentar dificultades en la fonación, masticación, deglución atípica, postura anormal de la lengua en el amamantamiento, diastema entre los incisivos centrales inferiores, irritación del frenillo lingual, maloclusión, gingival recesión, higiene oral inadecuada y dificultades del habla en pronunciación de consonantes como t, d, n, l, y r. (39, 40)

La palabra anquiloglosia fue utilizado por primera vez por Wallace en 1960 donde se refiere a "Una condición en la cual la punta de la lengua no puede sobresalir más allá de los incisivos inferiores debido a un frenillo lingual corto". (39)

4.7.2B DIAGNOSTICO HISTOLOGICO

El frenillo lingual está compuesto por un tejido conjuntivo rico en fibras colágenas y elásticas, con algunas fibras musculares, vasos sanguíneos y células engrasadas, y recubierto por un epitelio pavimentoso estratificado.

4.7.3B DIAGNOSTICO CLINICO

- ✓ Se realizan pruebas para ver su movilidad, pidiéndole al paciente que toque con la lengua los dientes superiores o el paladar duro.
- ✓ Al protruir la lengua, presenta la forma bífida y tiende a dirigirse hacia los dientes inferiores. (41)

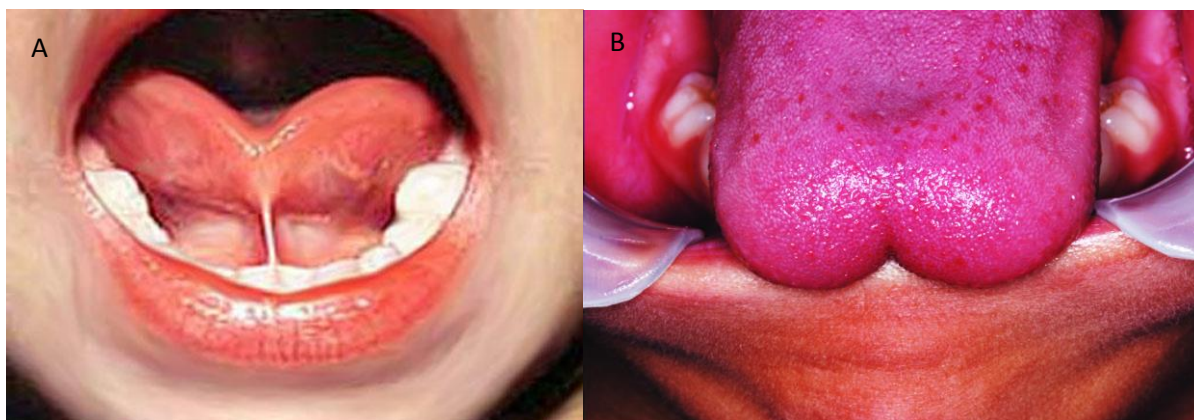


Fig.14 A. Frenillo lingual corto. B. Lengua bífida al querer protruirarla

4.7.4B CLASIFICACIÓN DE LOS FRENILLOS

Según su estructura

- Frenillo fibroso: Compuesto de tejido conectivo y la membrana mucosa.
- Frenillo muscular: puede estar integrado por: Músculos de la borla del mentón, cuadrado del mentón o de los labios, músculo depresor del labio inferior.
- Frenillo mixto o fibromuscular.

Categorías según Kotlow

- Clase I: Anquiloglosia leve (12-16 mm)
- Clase II: anquiloglosia moderada (8-11 mm)
- Clase III: anquiloglosia severa (3-7 mm)
- Clase IV: anquiloglosia completa (<3 mm) (39,41)

El rango normal de movimiento de la lengua está indicado por siguiendo criterios:

- ✓ La punta de la lengua debe sobresalir fuera de la boca, sin presentar hendiduras.
- ✓ La punta de la lengua debe poder barrer la parte superior y inferior de los labios fácilmente.
- ✓ Cuando la lengua se retruye, no debe blanquear el tejidos lingual de los dientes anteriores;
- ✓ El frenillo lingual no debe crear un diastema entre los incisivos centrales mandibulares. (39)

4.7.5B REPERCUSION DE LA ANQUILOGLOSIA

- ✓ Dificultad en la succión, la lengua ayuda a sostener el pezón de la madre dentro de la boca, interviene en la succión y deglución, el problema en la succión dependerá de la longitud de la lengua.
- ✓ Dificultad en la deglución favorecerá a la deglución atípica, ya que colocara la lengua entre los incisivos y podría producirse la inclinación hacia vestibular de los incisivos superiores e inferiores, mordida abierta en el sector anterior y colapso en el crecimiento del maxilar superior.
- ✓ Alteración en el habla ya que algunos sonidos para ser producidos requieren mayor habilidad motora que otros como es el caso de la R que es uno de los últimos sonidos en aparecer, también de la s/z/n/t/d/
- ✓ Problemas ortodóncico - ortopédicos ,la lengua interviene en el desarrollo del maxilar superior estimulando los rebordes alveolares estimulando su crecimiento, si la lengua está en posición baja entonces el maxilar superior será estrecho y se ocasionara maloclusiones
- ✓ Limitaciones mecánicas, imposibilita protruir la lengua, tocar el labio superior con la punta de la lengua y dificulta tocar instrumentos de viento (41)

4.7.6B TRATAMIENTO

- Tratamiento conservador

Cuando estamos ante un frenillo lingual que produce una anquiloglosia moderada y en una edad temprana (antes de los 8 años) puede recomendarse un tratamiento conservador mediante fisioterapia miofuncional. Se realizarían ejercicios como Colocar la lengua hacia el paladar, sacar la lengua hacia fuera de la boca, apretar algún objeto con la lengua (se deben realizar 10 veces cada uno, 3 veces al día y son también recomendables después de hacer la frenectomía lingual). (2,41)

- Tratamiento quirúrgico

En lactante se recomienda solo si dificultad su succión, en lactantes menores de 4 meses se realizaría frenotomía y esta puede ser realizada sin necesidad de anestesia local ya que no hay inervación sensitiva en el frenillo. se realiza un pequeño corte de 2 a 3 mm y se indica su alimentación de forma inmediata. Algunos autores sugieren el uso de anestésico tópico pero eso produciría adormecimiento de la lengua y dificultaría su alimentación después del tratamiento. En niños mayores de 4 meses si se recomienda anestesia debido a su desarrollo (41)

Técnica quirúrgica

- ✓ Anestesia del nervio lingual de forma bilateral en la cara interna del cuerpo de la mandíbula, cerca de los ápices entre las raíces de las molares temporales.
- ✓ Inmovilización de la lengua, traspasando un hilo de sutura en la punta de la lengua, se puede también para inmovilizar una gasa o con el instrumento tentacànula.
- ✓ Incisión y disección: Se realiza una incisión horizontal a través de la mucosa con bisturí con hoja del n° 15 o del n° 11 o con tijeras de disección, enseguida buscar ampliar la herida quirúrgica dejándola en forma romboidal, lo que facilitara a que los márgenes de la herida se aproximen y facilite a la sutura
- ✓ Sutura: Se cierra el defecto romboidal con puntos separados como una incisión lineal longitudinal con sutura reabsorbible 3/0 o 4/0 porque en esta zona es doloroso retirar los puntos. La mejora conseguida en la movilidad lingual se corrobora antes de suturar. (1,2,41)

4.7.7B RECOMENDACIONES POST OPERATORIAS

- Higiene oral
- Reposo relativo del paciente
- Dieta blanda y líquidos.
- Comidas frías, las más recomendables durante el primer día.
- Control a los 2 días. (41)

V. CONCLUSIONES

- Un buen llenado de la historia clínica que informe sobre el inicio y la evolución de las lesiones bucales, el uso de pruebas auxiliares como las radiografías, tomografías que van contribuyen a identificar alteraciones sistémicas o bucales.
- El odontopediatra debe poseer la habilidad y el conocimiento para modificar el procedimiento ante cualquier posible eventualidad. No se debe improvisar, sino tener el ingenio para que ante cualquier imprevisto respondamos con certeza y rapidez.
- Las lesiones orales de tejidos blandos en niños presentan gran variabilidad en su cuadro clínico tanto en apariencia, color y aspecto como en los síntomas expresados por el paciente. es importante contar con la intervención de otras especialidades como la cirugía maxilofacial, la pediatra e incluso el hematólogo y oncólogo.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Gay C, Berini I. Principios Básicos de una Exodoncia. Tratado de Cirugía Bucal.2011; volumen (01) : editorial Ergon.
2. Becerra L. Cirugía en Odontopediatría. Tratado de Odontopediatría. 2008; primera edición volumen (01); editorial Amolca.
3. Hupp J, Ellis E, Tucker M. Principios de cirugía oral y maxilofacial contemporánea. 2010; quinta edición. Volumen (1); editorial Elsevier.
4. Ruiz A, Fernández J. Principios de bioseguridad en los servicios estomatológicos. Revista científica villa clara [internet]. 2013 [2 de diciembre 2017]; volumen 17 (2): disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432013000200002
5. Maquera G. Exodoncia en niños. Revista Boliviana de Actualización Clínica Investiga [internet]. 2012 [24 de noviembre 2017]; volumen (23): disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000800009>
6. Chacon KS, Correa J, Gordillo V, Baez L. Perdida temprana de dientes Temporales en niños de 0 a 8 años de edad. Revista Colombiana de Investigación en Odontología [internet]. 2014 [25 noviembre 2017]; volumen 5(13): disponible en www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/165/301
7. Tito Kj. Prevalencia de exodoncias asociadas a la caries dental y la enfermedad periodontal en los pacientes atendidos en la Clínica odontológica de la universidad privada san juan Bautista en el año 2016. Repositorio institucional de la Universidad Privada San Juan Bautista. 2017: disponible en <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/526>
8. Guía de atención en cirugía oral básica. Universidad nacional de Colombia [internet] . 2015 [29 noviembre 2017].volumen (1): disponible en <https://es.scribd.com/document/258072431/Guia-Cirugia-Oral-Basica-Abril-2013>
9. Escobar F. Exodoncias de piezas temporales. Odontología Pediátrica. 2010; Segunda Edición. Volumen (1); Editorial Amolca
10. Dobles N, Silva R. Prevalencia de dientes supernumerarios en una muestra Mexicana. Revista Mexicana de ortodoncia [internet].2015 [26 de noviembre 2017]; volumen (3): disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S239592151600026X>
11. Perea M, Gallegos A. Un problema frecuente en Odontopediatría dientes supernumerarios. Dental Tribune [internet]. 2013. [26 noviembre 2017]; volumen (8), Madrid: disponible en www.dental-tribune.com/htdocs/.../a9dde5c8f7c483721aa77828be440a5a_1-17.pdf
12. Gallegos E. Diagnóstico y tratamiento de los dientes supernumerarios. Repositorio Universidad Peruana Cayetano Heredia.2011.disponible en www.cop.org.pe/bib/.../AYLINMILAGROSGALLEGOSALAZAR.pdf
13. Oropeza M. Dientes supernumerarios. Reporte de un caso clínico. Revista Mexicana de ortodoncia [internet].2013 [26 de noviembre 2017]; volumen (17): disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/odon/uo-2013/uo132d.pdf>

14. Gomez B, Gomez C, Vasquez E, Beltri B.;Planells P. Síndrome de Apert y de Crouzon: un reto en Odontopediatría. Gaceta dental [internet].Junio 2013 [26 de noviembre 2017]; volumen (252): disponible en
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4491927>
15. Tirado L, Diaz S,Ramos K. Salud bucal en escolares con síndrome de Down en Cartagena. Revista clinica de Medica de Familia. [internet]. 2015 [26 de noviembre 2017]; volumen (8): disponible en
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2015000200004
16. Quintana J, Pinillas R,Quintana M. Síndrome de Gardner. Revista Cubana de Estomatología [internet].2012 [26 de noviembre 2017]; volumen (49): disponible en
<http://scielo.sld.cu/pdf/est/v49n3/est08312.pdf>
17. Sebastian C, Izquierdo B, Gutiérrez C, Aso A. Dientes supernumerarios: claves esenciales para un adecuado informe radiológico. Revista Argentina de Radiología. [internet]. Noviembre 2016 [26 de noviembre 2017]; volumen (80): disponible en
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048761916301806>
18. He D, Mei L, Wang Y, Li J, Li H. Association between maxillary anterior supernumerary teeth and impacted incisors in mixed dentition. The journal of the American dental association JARA. [Internet]. 2017 [29 de noviembre 2017]; volumen 148 (8): disponible en
[http://jada.ada.org/article/S0002-8177\(17\)30458-0/pdf](http://jada.ada.org/article/S0002-8177(17)30458-0/pdf)
19. Vaca M. Vallejo K. Prevalencia y ubicación de dientes supernumerarios. Revista científica dominio de la Ciencia [internet].2017 [25 de noviembre 2017]; volumen 3(1): disponible en
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5802916>
20. Ulfohn G.;Guilligan J. Dientes supernumerarios. La extracción Dentaria Técnicas y Aplicaciones Clínicas. 2015. Primera Edición. Editorial Panamericana.
21. Martinez N, Diaz D, Guerra O,Perez A, Guilian M. Complicaciones postoperatorias asociadas a la cirugía de dientes retenidos. Hospital Militar "Dr. Luis Díaz Soto. Revista Habanera de Ciencias Médicas [internet].2013 [30 de noviembre 2017]; volumen 12 (supl): disponible
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000500009
22. Castañeda D, Briceño C, Sánchez A, Castro D, Barrientos S. Prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados en radiografías panorámicas de población de Bogotá, Colombia. Revista científica de America Latina y el caribe [internet].2015 [2 de diciembre 2017]; volumen 34 (73): disponible
<http://www.redalyc.org/html/2312/231247071017/>
23. Montenegro M, Hara F. Tracción de canino retenido superior con aparatología ortodóntica fija Edgewise: Reporte de un caso. Revista mexicana de ortodoncia. [internet].2013[2 de diciembre 2017]; volumen 34 (1):disponible
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2395921516300095>
24. Mercado S, Rios K. Tratamiento ortodóntico quirúrgico de canino maxilar impactado con reabsorción radicular bilateral: Reporte de caso. Revista Estomatológica Herediana. . [Internet].2013 [2 de diciembre 2017]; volumen 23 (2): disponible

www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/download/34/27

25. Puello E, Sir F, Carbal A. Odontomas: reporte y serie de casos clínicos. Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena 2010-2015. Revista Odontológica Mexicana. [Internet].2017 [2 de diciembre 2017]; volumen 21 (3): disponible
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1870199X17300617>
26. Orellana M, Gonzales J, Galvan I, Nava J, Orellana J, Ponce M, Reyes J. Odontoma compuesto: presentación de un caso. Revista ADM. [Internet].2013 [4 de diciembre 2017]; volumen 70 (5): disponible
www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2013/od135g.pdf
27. Nuñez L, Zamorano G, Moreno M, Landaeta M, Fernandez M, Donoso F. Odontoma complejo erupcionado: reporte de un caso. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. [Internet].2016 [4 de diciembre 2017]; volumen 9 (1): disponible
www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539115000464
28. Thistle L, Muela D, Nevarez M, Rios V, Nevarez A. Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura. Revista Odontológica Mexicana. [Internet].2016 [2 de diciembre 2017]; volumen 21 (3): disponible
www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1870199X16300611
29. Sabando J, Cortes M, Calvo D. Experiencia en el tratamiento de los mucocelos en atención primaria. Medicina de familia SEMERGEN. [Internet].2016 [2 de diciembre 2017]; volumen 42 (2): disponible
www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359315001884
30. Abdel M. et al. Mucocele of the hard palate in children. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. . [Internet].2016 [2 de diciembre 2017]; volumen 85 (3): disponible
www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165587616001117
31. Liceaga C, Banda R, vera O. Mucocele de Blandin-Nuhn de tamaño inusual. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial. [Internet].2013 [4 de diciembre 2017]; volumen 9 (1): disponible
www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2013/cb131d.pdf
32. Suarez N, Piloña S. Ránula sublingual en un recién nacido. Rev. Ciencias Médicas. . [Internet].2015 [28 de noviembre 2017]; volumen 19 (3): disponible
scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000300017
33. Nguyen B, Malone B, Sidmn J, Barnett B. Excision of sublingual gland as treatment for ranulas in pediatric patients. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. [Internet].2017 [4 de diciembre 2017]; volumen 97 (1): disponible
www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165587617301441
34. Guzman M, Crisosto C, Reyes B, Peñarroca M, Peñarroca D. Marsupialización modificada de ránula gigante intraoral: reporte de caso. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. [Internet].2015 [5 de diciembre 2017]; volumen 30 (20): disponible

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539115000749>

35. Jia T, Xing L, Zhu F, Liu L, Chen Y, Gao Z, Zhang H. Minimally invasive treatment of oral ranula with a mucosal tunnel. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. [Internet]. 2015 [5 de diciembre 2017]; volumen 53 (1): disponible
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25468316>
36. Rojas D, Porras Ithamar, Zamora D. Ránula, alternativas de tratamiento quirúrgico versus no quirúrgico. *ODOVTOS-International Journal of Dental Sciences* [Internet]. 2016 [5 de diciembre 2017]; volumen 18 (1): disponible
www.medigraphic.com/pdfs/odovtos/ijd-2016/ijdE161c.pdf
37. Díaz A, Puertas M, Verbel J. Manejo quirúrgico de frenillos labiales Sobreinsertados: reporte de caso. *Revista Salud Bosque* [Internet]. 2014 [2 de diciembre 2017]; volumen 4 (1): disponible
https://www.researchgate.net/.../270569324_Manejo_quirurgico_de_frenillos_labiales_s...
38. Cepeda V. Determinar el Diagnóstico y Abordaje Quirúrgico del Frenillo Labial aplicado a la Ortodoncia. repositorio de la universidad Guayaquil 2015: disponible en
repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/11402
39. Bakuta G, Vishnoi S, Desai J, Soni V. Management of ankyloglossia (tongue-tie)—Review and report of two cases. *Journal of Pierre Fauchard Academy Bosque* [Internet]. 2017 [2 de diciembre 2017]; volumen 30: disponible en
www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0970219917300103 -
40. Lamas D, Fernández C, Rodríguez M, Franco A. Frenectomía en el tratamiento de la anquiloglosia - Reporte de un caso. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana* [Internet]. 2017 [2 de diciembre 2017]; volumen 6 (1): disponible en
<https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2016/1/art-6/>
41. Escalaya C, Perea M. Frenillo Lingual ¿cuándo es un problema?. *Revista de Odontología Pediátrica* [Internet]. 2010 [4 de diciembre 2017]; volumen 9 (1): disponible en
www.spo.com.pe/Publicaciones/odontologia_pediatica/rev_2010_1.pdf

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... en pleno uso de mis facultades físicas y mentales. Declaro que soy responsable del (la) menor..... de años de edad, y a la quien he traído voluntariamente para que sea atendido.

Asimismo declaro que he sido informado/a sobre su diagnóstico y de las alternativas posibles del tratamiento. Por lo tanto acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria como la de estudios radiográficos, interconsultas con cualquier otro servicio médico y en general, cualquier método que sea propuesto.

Comprendo la necesidad de realizar, si es preciso, tratamiento quirúrgico, incluyendo el uso de anestesia local y/o General; siempre que sea necesario y bajo criterio del especialista.

Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos médicos y quirúrgicos. Si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo al Doctor a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas o usuales que a su juicio estimase oportuna para la resolución, de la complicación surgida.

Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible mi colaboración con una higiene Oral escrupulosa y con visitas periódicas para mi control clínico y radiográfico, siendo así que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados.

Doy mi consentimiento al Doctor y a su equipo de ayudantes que Él designe, a realizar el tratamiento pertinente PUESTO QUE SE QUE ES POR MI PROPIO INTERÉS, con el buen entendido que puede retirar este consentimiento por escrito cuando así lo desee.

Lima ____de _____de 20..

PACIENTE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL

Firmado don/doña.....

D.N.I. N°.....

DRA.....

Colegiado Número.....

Firmado.....

HOJA DE INTERCONSULTA

INTERCONSULTA: DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA

Paciente de 5 años, de sexo masculino, al examen clínico presenta pulpitis reversible en pza. 55, 54, pulpitis irreversible en Pzas. 52, 51, 61, 62, 75, 84 y 85, requieren tratamiento integral en SOP bajo anestesia general, solicitamos riesgo quirúrgico y sugerencias. Atte.

FECHA:

HORA:

DR:

FECHA:

HORA:

DR: