

Exodoncia - Pediátrica

Fombella Balán, J., López Ruiz del Arbol, J

Abstract

Being the child well prepared psychologically and well anaesthetized, the extraction of primary dental pieces should not be traumatic at all. Therefore, the exodontic practice must be a common routine in paediatric dentistry.

Key words: Primary dental pieces extraction, neonatal teeth, ectopic eruption, ankylosis.

Resumen

Si el niño está bien preparado, psicológicamente, y bien anestesiado, la extracción de piezas dentarias deciduales o primarias debe ser totalmente atraumática. La exodoncia por tanto, tiene que ser una rutina cotidiana para cualquier clínica odontopediátrica.

Palabras clave: Extracción de dientes primarios, dientes neonatales, erupción ectópica, anquilosis.

Introducción

Cualquier tratamiento que se realice sin tener en cuenta la ansiedad del niño, solo puede producir sentimientos negativos para el consultorio dental y su personal en las visitas posteriores (1, 4).

La ansiedad que se despierta en un niño consciente de una extracción inminente es difícil si no imposible de cuantificar. Esta ansiedad que resulta se basa en lo desconocido y en las historias exageradas que cuentan los amigos o bien por otras experiencias semejantes (1, 4, 7).

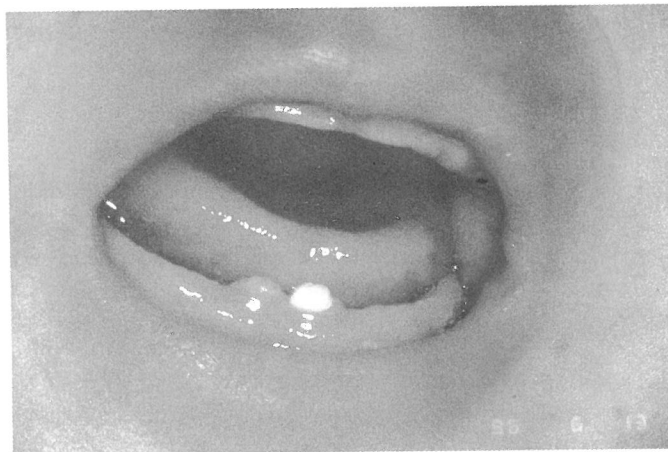
La mayor parte de los niños mayores de 8 años toleran mejor las extracciones cuando se les da una breve explicación del procedimiento antes de la consulta. Sin embargo, los niños menores de 8 años de edad no responden bien por lo general a esta preparación adelantada, sino más bien

deben recibir una modificación a la explicación anterior ajustándola a su nivel de comprensión inmediatamente antes de la extracción (1, 4, 6, 7).

Indicaciones

Prácticamente son las mismas que en el adulto aunque en la dentición-primaria pueden ser más numerosas. A continuación pasaremos a enumerar algunas de las más importantes: (2, 3, 5).

- 1.- Piezas dentarias que presentan gran destrucción, sin posibilidad de ser restauradas.
 - En este apartado es conveniente realizar el diagnóstico diferencial entre caries activas y estancadas.
- 2.- Cuando existe patología periapical o bien inter-radicular (furca) que no puede solucionarse con terapia pulpar (pulpotomía, pulpectomía...):
 - En estos casos debemos realizar siempre la extracción, porque dichas patologías pueden afectar a los gérmenes de las piezas dentarias permanentes correspondientes, de diversas maneras:



Lactante con incisivos primarios neonatales.
La madre del niño argumentaba grandes problemas para alimentarlo

- a) Causando erupciones ectópicas.
- b) Cambiando o alterando la cronología eruptiva.
- c) Produciendo hipoplasias y/o hipocalcificaciones.
- d) Provocando la disolución del germen dentario.

3.- Anquilosis:

- En estas situaciones se puede intentar luxar la pieza dentaria decidua o primaria anquilosada, pero resulta muy difícil de conseguir, por lo que debemos de extraerla y a la vez colocar un mantenedor de espacio, si fuera necesario, hasta que erupcione el permanente correspondiente. No obstante los factores que aconsejan la necesidad de extraer este tipo de dientes son la infra-posición, la erupción tardía del sucesor y la inhibición del crecimiento del reborde alveolar.

- Cuando no existe sucesor permanente para un diente deciduo anquilosado, es posible que se desee mantener ese diente en el arco tanto como sea posible. (1, 2, 8, 9).

4.- Graves traumatismos dentarios en piezas temporales:

- Fracturas radiculares, corono-radiculares, coronarias complicadas, etc.

5.- Dientes supernumerarios:

- Los dientes supernumerarios deberán extraerse cuando impiden la erupción de los dientes permanentes, desvían la vía de erupción del diente permanente adyacente, se enquistan o hacen erupción hacia un área en donde su extracción será más difícil si se les permite continuar erupcionando. En el caso de tener que extraer un diente supernumerario permanente, se realizará siempre que las piezas permanentes adyacentes tengan completado el cierre apical (1, 2, 5).

6.- Retención de piezas dentarias y restos radiculares deciduales.

- Estas circunstancias pueden provocar erupciones ectópicas e incluso impactaciones de las piezas permanentes sucesoras.

7.- Apañamientos:

- Cuando son leves se pueden corregir con tallados selectivos, pero si dichos apañamientos son moderados o bien severos se pueden solucionar con extracciones seriadas, previa consulta con los ortodoncistas.

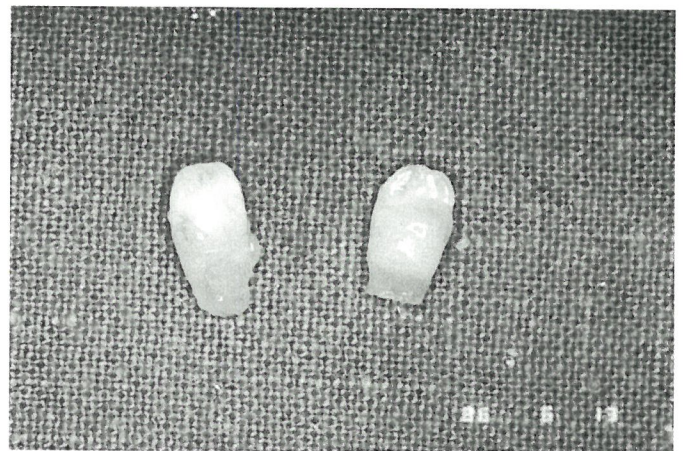
8.- Dientes natales o connatales o neonatales:

- Los dientes natales están presentes en la cavidad bucal al nacimiento, en tanto que los dientes neonatales hacen erupción durante el primer mes de vida; también se les conocen como dientes móviles, precoces, inmaduros, etc.

- Si dichos dientes presentan un riesgo de aspiración, autotraumatismo de la lengua y labios o lesión del pezón de la madre durante la lactancia, hay que practicar su extracción precoz; no obstante es aconsejable esperar a que el lactante tenga por lo menos 10-14 días de edad. Esto permite que la flora intestinal del lactante produzca vitamina K, la cual es esencial para los niveles adecuados de protombina. La extracción no es difícil (previo estudio -radiográfico y clínico) y se realiza con una gasa y la simple presión de los dedos o con forceps de extremos angostos. Es aconsejable la anestesia tópica y debe tenerse cuidado para prevenir la aspiración de los mismos por parte del lactante. (1, 2, 4).

Contraindicaciones

- 1.- Abscesos agudos o celulitis con elevada temperatura: En estos casos es necesario prescribir el tratamiento antibioterápico correspondiente.
- 2.- Infecciones orales agudas:
 - a) Angina de Vincent.
 - b) Gingivostomatitis herpética aguda.
 - c) Herpangina, etc.
- 3.- Enfermedades infecciosas agudas sistémicas:
 - a) Sarampión, varicela.
 - b) Rubeola, parotiditis.
 - c) Escarlatina, impetigo, etc.
- 4.- Historia de enfermedad cardíaca y renal: En estas situaciones es necesario realizar profilaxis con antibióticos (Penicilina G - Procaína), antes de proceder a la exodoncia).



Incisivos caducos neonatales una vez realizada la exodoncia. Se puede observar la gran inmadurez radicular que presentan dichas piezas dentarias

5.- Otros problemas médicos:

- a) Diabetes mellitus, anemia-celular.
- b) Leucemia, hemofilia, etc.

Estas circunstancias nos conlleva a pedir informes médicos a los especialistas correspondientes.

Complicaciones de las extracciones

Nos podemos encontrar, entre otras, con las siguientes situaciones. (1, 3, 7).

1.- Piezas deciduales con raices completamente reabsorvidas:

Se extraen la mayoría de las veces fácilmente y con los dedos, previa verificación con controles-radiográficos.

2.- No reabsorción de las raices-deciduales:

Por ser más largas y delgadas, resultan más frágiles y por tanto más fáciles de fracturarse al realizar la extracción.

También reabsorciones desiguales o anormales pueden producir fracturas radiculares.

3.- Restos radiculares inaccesibles o casi inaccesibles:

Podemos dejarlos (con controles), porque por lo general se reabsorben, pero sobre todo se exfolian cuando erupcionan los permanentes. Debemos evitar sondearlos, si no estamos muy experimentados o familiarizados, porque corremos el riesgo de provocar disturbios o alteraciones en el desarrollo del germen dentario sucesor.

4.- Extracción de la pieza decidual con el germen dentario-permanente correspondiente:

Cuando se produce el desplazamiento de dicho germen dentario debemos de reemplazarlo inmediatamente en su posición primaria y asegurarlo con sutura.

5.- Raices muy delgadas que sujetan o bloquean al germen dentario:

No es muy frecuente, pero si ocurre se aconseja realizar la hemisección de la pieza dentaria caduca, que además no resulta difícil porque estas piezas dentarias tienen un tronco radicular muy pequeño.

6.- Existencia de tractos sinuosos y lesiones periapicales crónicas:

Todas estas circunstancias deben ser tratadas mediante curetajes, aunque se debe de tener la precaución de no dañar los gérmenes dentarios sucesores.

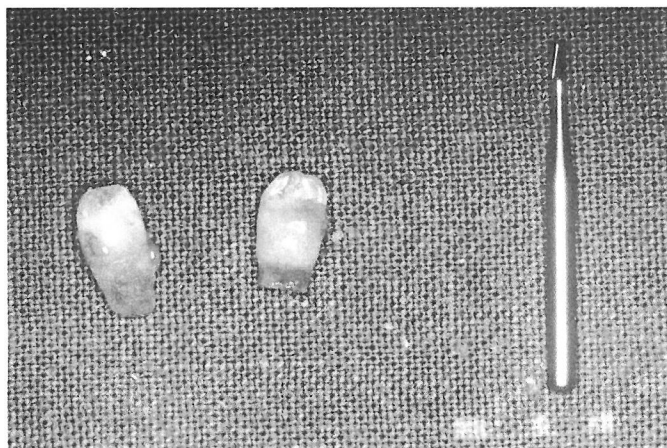
Instrucciones post-exodoncias

Son raras las complicaciones postoperatorias, inflamación y hemorragia, así como dolor que no pueda ser controlado con analgésicos. No obstante, es conveniente formular una serie de instrucciones y consejos:

- 1.- Morder un rollo de algodón en el lugar de la extracción durante aproximadamente 30 minutos, para facilitar la coagulación y evitar así, la hemorragia.
- 2.- Después de morder el algodón, evitar escupir y los enjuagues de boca durante todo el día.
- 3.- Mientras dure el efecto de la anestesia, tener cuidado con las autolesiones.
- 4.- Comer por el lado contrario, cuando desaparezca el efecto anestésico, y a ser posible alimentos blandos y fríos.
- 5.- A partir del día siguiente realizar enjuagues con manzanilla templada o con agua tibia y sal (3 veces día/después comidas).
- 6.- Prescribir analgésicos, si hubiese dolor.
- 7.- Llamar al consultorio dental, si surge algún problema inesperado.
- 8.- Si volvieren a sangrar después de seguir o no nuestras instrucciones, que formen una bola fuerte de algodón y la empapen con agua oxigenada, para luego morderla durante media hora.

Discusión y conclusiones

La decisión para la extracción de dientes en el niño debe hacerse después de considerar los antecedentes médicos dentales y psicológicos y además después del examen clínico y radiográfico. (1, 5).



Comparación del tamaño de los dientes neonatales con respecto a una fresa de tugsteno del nº 330

Los instrumentos utilizados para realizar extracciones en el niño son, en principio, iguales a los empleados en el adulto, pero en algunos casos se adaptan a la forma anatómica especial de los dientes caducos y a su tamaño. La técnica empleada es también la misma pero, la diferencia más crítica entre la extracción de dientes en un niño y en un adulto es la proximidad del diente deciduo a su sucesor permanente. (2, 5, 7).

Cuando se extraen dientes primarios no debe emplearse forceps anatómico o en forma de "cuerno de vaca" ya que sus extremos picudos o su superficie rugosa atrapa al diente en el área de la bifurcación y aunque se emplee cuidadosamente, con frecuencia afectará al folículo permanente; asimismo, los elevadores deben emplearse con mucho cuidado, debido a que el diente temporal adyacente o el diente permanente en erupción no son sitios convenientes para el apoyo de una palanca. (1, 5, 7).

Dr. J. Fombella Balán y Dr. J. López Ruiz del Arbol: Profesores de la Escuela de Estomatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo.

Correspondencia: Escuela de Estomatología de Oviedo. C/ Catedrático José Serrano, s/n. Oviedo.

Bibliografía

- 1.- THOMAS K. BARBER, LARRY S. LUKE: Odontología Pediátrica, pág. 77-95. El Manual Moderno, S.A. de C.V. México. 1985.
- 2.- BENGT O. MAGNUSSON: Odontopediatría. Enfoque Sistemático, pág. 293-296. Salvat, S.A. Barcelona. 1985.



Aspecto que presenta el lactante una vez concluido el tratamiento exodóntico. Prácticamente no existen complicaciones hemorrágicas

- 3.- FINN S.B.: Clinical Pedodontics. Philadelphia, WB Saunders. 1973.
- 4.- SHIRKEY H.C.: Pediatric Therapy, ed 5 St. Louis, C.V. Mosby. 1975.
- 5.- GELLIS S.S. KAGAN B.M.: Current Pediatric Therapy. Philadelphia WB Saunders. 1975.
- 6.- THOMA K.H. GOLDMAN H.M.: Oral Pathology. Ed. 5 St. Louis, C.V. Mosby. 1960.
- 7.- ARCHER W.H.: Oral and Maxillofacial Surgery. Ed. 5. Philadelphia. WB Saunders. 1975.
- 8.- BONIN M.: Simplified and rapid treatment of ankylosed primary molars with an amalgam and composite resin. J. Dent Child 43: 159-162, 1976.
- 9.- BREARLY L.J., MCKIBBEN D.H.: Ankylosis of primary molar teeth: Prevalence and characteristic. J. Dent Child 40: 54-63, 1973.

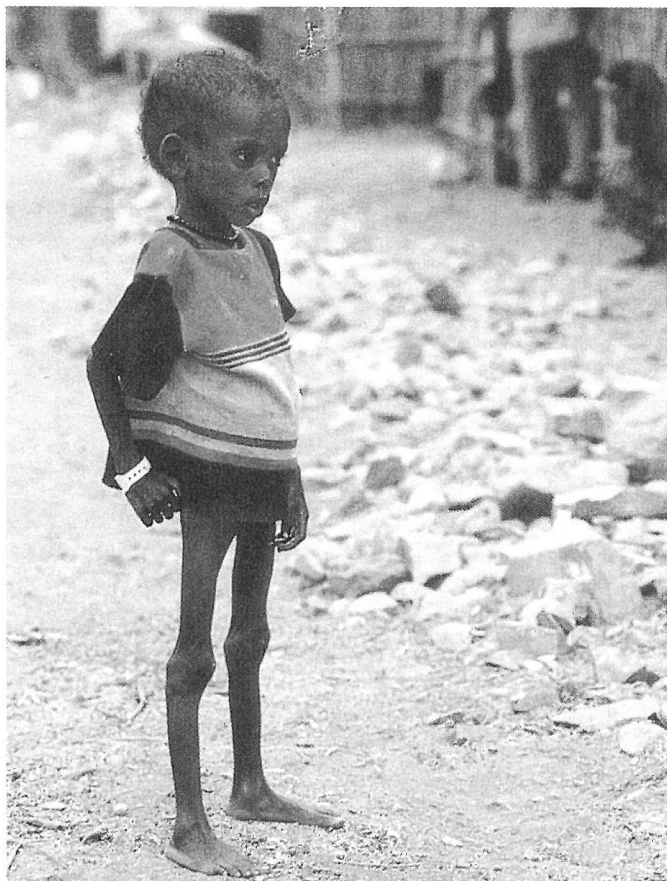
Extraorales poco seguros

A través del Sistema de Intercambio rápido de información de la C.E.E. se cursó la notificación nº 4/92, por la que se alerta del riesgo potencial de: "Aparatos de Ortodoncia de fuerza extraoral compuestos por dos arcos metálicos solidarios, uno de los cuales, intraoral, se mete dentro de un tubo fijado en los molares, mientras que el otro, extraoral, se mantiene sobre el occipital o la nuca gracias a un sistema de gomas elásticas".

Medida adoptada: "Suspensión de la fabricación y de la importación así como de la comercialización de los aparatos no provistos de un dispositivo de seguridad".

(Por cortesía de Orthospain, S.L.)

HIJO MIO, ¿POR QUÉ HAS NACIDO EN SOMALIA?



COMO AYUDAR

CARITAS

En todos los Bancos y Cajas de Ahorro, a nombre de:
"Cáritas Española. Operación ayuda a Somalia".

Para más información: (91) 445 53 00.

CRUZ ROJA

Banco de Santander
C/c. nº 9292. Agencia 15.
Almagro, 24. Madrid.

Para más información: (91) 335 44 44.

MANOS UNIDAS

Banco Español de Crédito
C/c. nº 865270-273. Agencia 1006.
Barquillo, 49. 28004 Madrid.

Para más información: (91) 308 20 20.

MEDICOS SIN FRONTERAS

Banco Bilbao Vizcaya
C/c. nº 74870-1. Agencia 1000
Plaza Cataluña, 5. 08002 Barcelona
Para más información: (93) 412 52 52.

PADRES CAPUCHINOS

(Especificar Para Somalia)

Jesús de Medinaceli.
Plaza de Jesús, 2. 28014. Madrid.

Para más información: P. Manuel Muñoz (91) 429 93 75.

Distinción al Dr. Lara

El Pleno de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Octava Región, que presido, ha tomado el acuerdo de conceder la insignia de Oro y Brillantes al Mérito Odontoestomatológico de la Octava Región al Ilmo. Sr. D. José María Lara Sanz, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España, en atención a los excepcionales méritos que concurren en su persona, por ser el primer colegiado de la Octava Región que accede a ese cargo y en reconocimiento a su dedicación en la organización colegial odontoestomatológica.

Fdo.: FELIX-MANUEL NIETO BAYON
PRESIDENTE