

SINOSTOSIS RADICULAR CON COMPROMISO DEL NERVI DENTARIO INFERIOR

CD. ATILIO SANTOS RIVAS*; MAG. CARLOS CAVA VERGIU*; MAG. JOSÉ ROBELLO MALATTO*; MAG. WALTER FLORES CUETO*; MAG. HANS MORGENSTERN*; CD. GUIDO GUILLINTA VALLEJOS*

INTRODUCCIÓN

La extracción de un tercer molar inferior, es una de las cirugías más complicadas para el cirujano dentista de práctica general, tanto así que muchos odontólogos ya la catalogan como una especialidad dentro de la cirugía bucal.

Uno de los inconvenientes de la extracción de este tipo de piezas es el compromiso que pudiera haber con el nervio dentario inferior y que en la mayoría de los casos suele tener cierta preocupación por la cercanía o compromiso de este nervio con el tercer molar.

Existen diversas técnicas para la extracción de un tercer molar inferior, pero al encontrarse comprometido el nervio dentario inferior atravesando la pieza dentaria, el tratamiento que suele darse es la extracción de la pieza retenida y la extirpación del nervio dentario inferior. Sin embargo, en la Universidad de San Martín de Porres el equipo multidisciplinario de Cirugía Buco Máxilo facial del Centro Quirúrgico ha logrado la extracción de un tercer molar mediante la odontosección, conservando de esta manera el nervio dentario inferior, como a continuación presentamos.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 58 años de edad de sexo femenino con historia clínica 20046488.

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Paciente refiere no haber tenido ningún tipo de complicaciones por exodoncias, ni de tratamiento dental alguno y haber sido operada de las amígdalas, apéndice y

hemorroides, sin haber tenido ningún tipo de complicaciones post operatorias; refiere también no ser alérgica a ningún medicamento.

EXAMEN CLÍNICO INTRABUCAL

Al examen clínico intrabucal se observó alteración del reborde alveolar y presenta ligero dolor a la palpación.

Presenta oclusión alterada por falta de piezas dentarias.

Exámenes auxiliares:

- Análisis de laboratorio (hemograma completo, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, y grupo sanguíneo, HIV, VDRL, riesgo quirúrgico y glucosa).

Radiografía:

- Se solicitó radiografía periapical y panorámica donde se observa la pieza 4.8 retenida con compromiso del nervio dentario inferior (Fig. 1a) y (Fig. 1b)

Diagnóstico:

- Sinostosis radicular. (Fig. 2a) y (Fig. 2 b)

Preoperatorio:

- Momentos antes de la cirugía el paciente se realizó colutorios con clorhexidina al 12%.

Fase quirúrgica:

- Anestesia local, troncular e infiltrativa.
- Incisión angular con hoja de bisturí N° 11.
- Levantamiento del colgajo.
- Osteotomía de la zona.
- Odontosección horizontal de la pieza retenida (Fig. 3)

(*): Docente de la Facultad de Odontología, Universidad de San Martín de Porres, Lima - Perú.

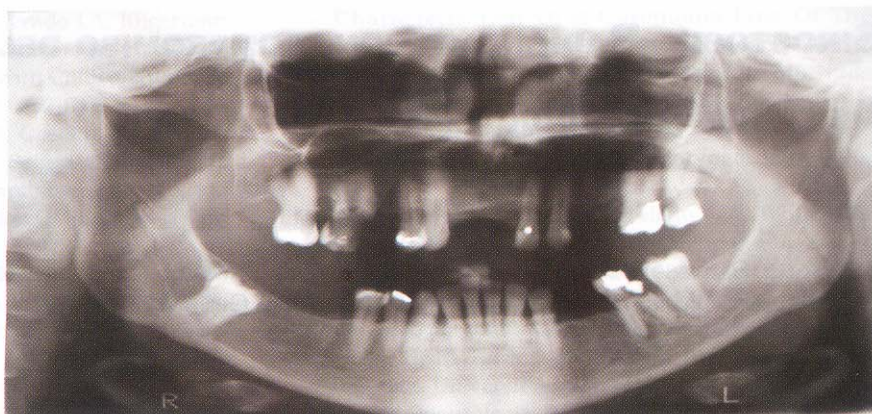


Figura 1a. Radiografía nótese la pieza 4.8 con compromiso del nervio dentario inferior.



Figura 1b

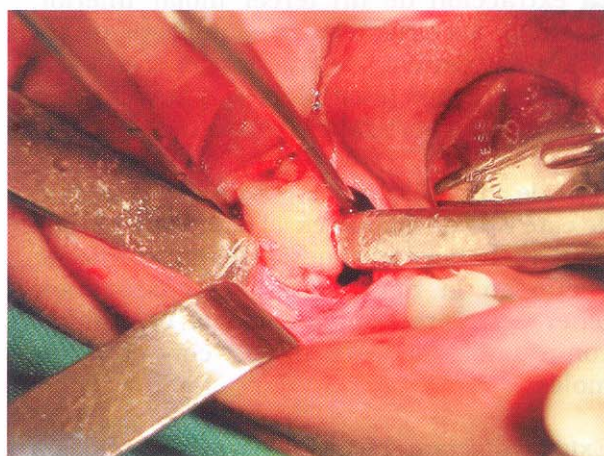


Figura 2a

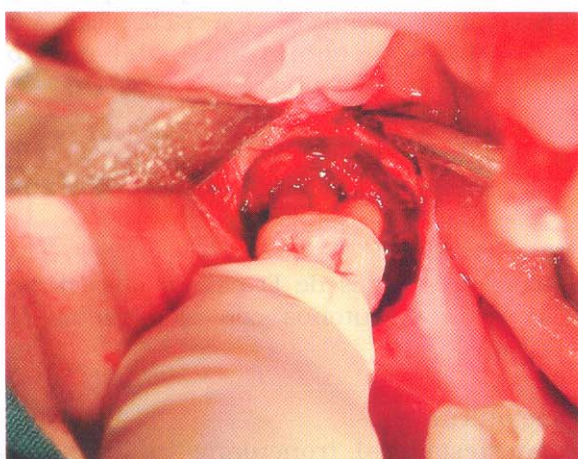


Figura 2b

Nótese el nervio dentario inferior, cómo atraviesa la pieza dentaria.

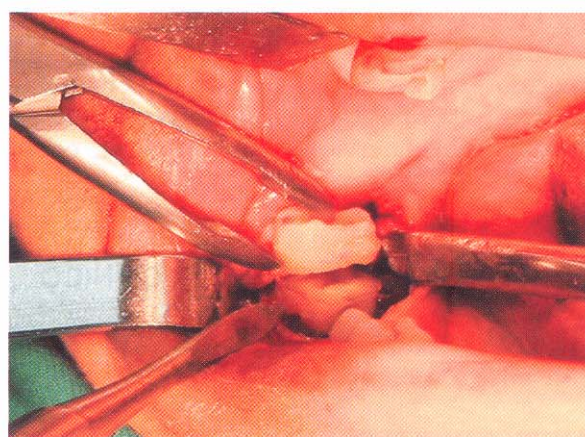


Figura 3. Corte horizontal de la pieza dentaria.

- Odontosección vertical de la pieza retenida (Fig. 4).
- Posición de la pieza dentaria seccionada (Fig. 5).
- Raíces con el nervio expuesto para el retiro de los mismos. (Fig. 6a) y (Fig 6b).
- Conservación del paquete nervioso (Fig. 7)
- Raíces extraídas (Fig. 8).
- Sutura con seda negra. (Fig. 9).
- Control post operatorio a los 7 días (Fig. 10).

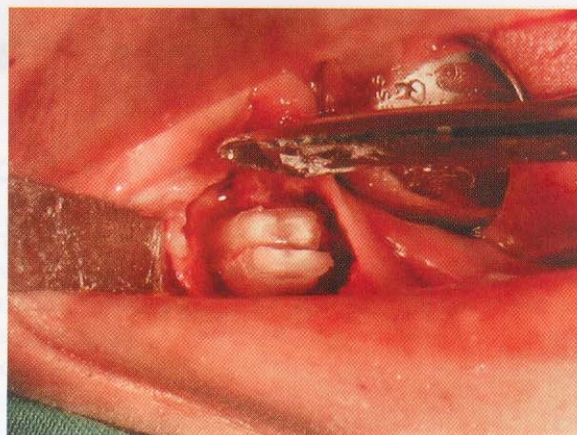


Figura 4. Corte vertical de la pieza.

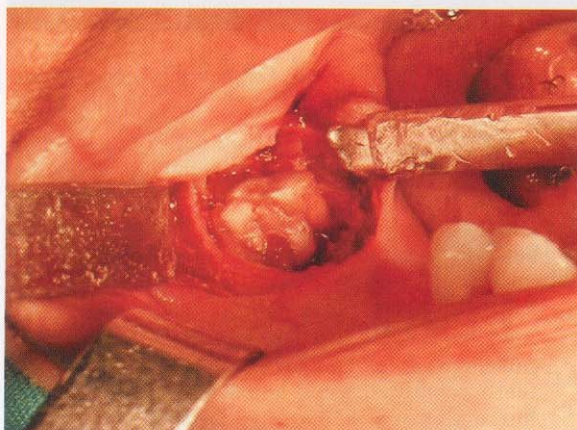


Figura 5. Nótese el nervio dentario atravesando la pieza dentaria.



Figuras 6a y 6b. Nótese las raíces seccionadas pegadas al nervio.

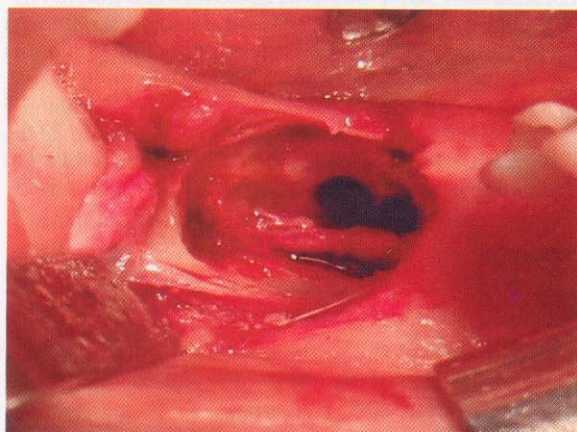


Figura 7. Nervio dentario liberado .



Figura 8. Raíces extraídas.

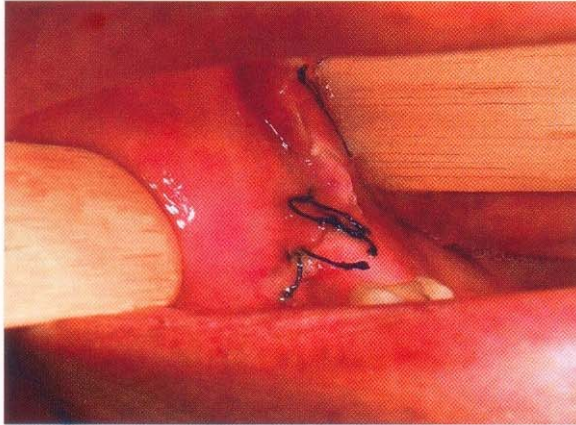


Figura 9. A las 24 horas.

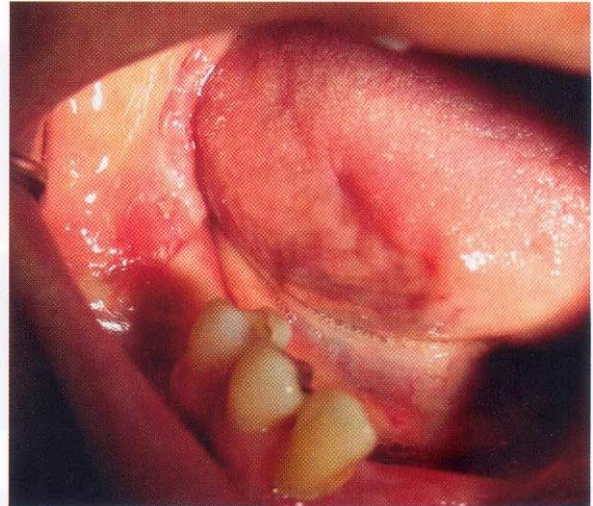


Figura 10. A los 7 días.

Tipos de anestesia:

- Carbocaina al 2%.

Medicación e indicaciones post operatorias:

- Ampicilina 500 mg c/6 hrs. por 5 días
- Ketorolaco 60 mg + Dexametasona 4 mg. Intramuscular c/12 hrs. por 2 días.
- Listerine. un frasco. Colutorios después de las comidas.
- Dieta blanda.
- Reposo físico de 48 hrs.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Shaaffer MA, Jurvaz AA, Haggerty PC. The effect of periradicular endodontic pathosis of the apical region of adjacent implants. Oral Surg Oral Med

Oral Pathol Oral Editorial interamericana. México (1998).

- Sumi Y, Mitsudo K, Veda M. Conservation of severely. traumatized teeth using endodontic-implant: A case report. J Oral Maxillofac. Surg. Edición Merck. Argentina (1998).
- Andreasen J. O. and Hjoting-Hansen Maxillofac. Surg, radiographic and clinical study of human teeth replanted after accidental loss. Editorial interamericana. California (1966)
- Barker B. C. W. Anatomical considerations when using endodontic endosseous pins and implans. Editorial interamerican California. (1976)
- Guarinos J, Peña. La cresta alveolar atrófica en implantología oral. Esp Odontoestomatol Implantes Editorial interamericana . Madrid - España (1996).
- Ross S. Efectos de la edad, el lugar de colocación y la calidad del hueso Alveolar en el resultado de los implantes orales. Rev. Internac Editorial panamericana. Argentina. (1999).