EXODONCIA EN NIÑOS

Gresia Angélica Maquera Pérez¹

RESUMEN

La exodoncia en niños, es un procedimiento quirúrgico menor, aplicado por especialistas odontólogos del área de odontopediatría, quienes realizan este manejo a partir de indicaciones propias para el grupo etareo de su competencia, y cuyas contraindicaciones difieren a las del grupo de los adultos. Los instrumentos utilizados son más pequeños, debido a la apertura bucal que presenta el niño, de ésta manera los fórceps para la extracción de dientes primarios se diseñan especialmente para la forma y el tamaño anatómico de estos dientes.

Los procedimientos así programados desde el momento del diagnóstico, estipulan procesos específicos para el manejo de los dientes en el grupo de niños, de esta forma la administración anestésica, también tendrá peculiaridades propias para la edad, así como el tiempo de recuperación y las complicaciones resultantes.

Antes y durante la etapa quirúrgica, se debe establecer un vínculo afectivo con el niño, para generar confianza y disminución del temor propio a procedimientos de agresión dental.

PALABRAS CLAVE

Exodoncia. Niños. Psicología. Odontopediatría

INTRODUCCION

La odontopediatría, es una rama de la odontología que se ocupa de la salud oral en niños, quienes pueden cursar con una serie de cuadros que orientan hacia la extracción de la pieza dentaria. Así la exodoncia en odontopediatría es considerada como un procedimiento de rutina, que debe ser ejecutado por un especialista odontólogo que cuente con un amplio conocimiento anatómico de la región a ser intervenida, así como de los instrumentos a ser utilizados, los cuales son diseñados específicamente para éste propósito, además su experticia derivará en la aplicación de diversas técnicas quirúrgicas a ser empleadas.

La decisión del operador debe ir orientada a favor del paciente pensando siempre en la mejor resolución tanto en la fase operatoria y postoperatoria.

DEFINICION DE EXODONCIA

Es una parte de la cirugía bucal, que consiste en la extracción de una pieza dental de su alveolo.

Por lo tanto la exodoncia, se encarga de separar los elementos de la articulación alveolodentaria, separando el tejido dentario, del aparato de sostén del mismo^{1,10}.

EXODONCIA EN NIÑOS

Es una acción rutinaria de odontopediatría, que consiste en la extracción de piezas dentales temporales o piezas dentales permanentes jóvenes que hayan sufrido alguna alteración incapaz de ser remediada por maniobras comunes^{2,6}.

Esta acción, debe ser realizada por odontólogos que conozcan la psicología, terapéutica médica y quirúrgica, y técnicas quirúrgicas adecuadas para el

¹ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

grupo etéreo a ser intervenido, generando inter relación de confianza, para dar seguridad y disminuir el temor consiguiente a la ejecución del proceso^{2,3,7}.

Rutinariamente se menciona que la evaluación integral del niño incluye el aspecto psicológico y biológico, por lo que la orientación actitudinal del odontólogo, derivará en un manejo ético y responsable^{2-5,7}.

a) **Desde un punto biológico:** Es función primordial del profesional delimitar las características propias de este grupo de edad, entre las cuales se tienen:

- Un *tejido óseo*, con amplios espacios medulares y escasas espículas óseas, donde el porcentaje de sustancia inorgánica es menor, dando consiguientemente un hueso más resiliente^{3,7}.
- La presencia de los *gérmenes dentarios* permanentes en los maxilares, cuya integridad puede ser afectada por una iatrogenia odontológica en el momento de la maniobra exodontica^{2,3,7}.
- Apertura bucal pequeña, relacionada con la dificultad el acceso³⁻⁵.
- Diferencia de la respuesta a fármacos en relación a los adultos^{3,4}.

b) **Desde un punto psicológico:** La evaluación general de los niños estará orientada a la generación de una relación comunicacional fluida, estableciendo vínculos de amistad, orientada a juegos

recreativos y explicativos, donde el operador manifestará con claridad el procedimiento a realizar, utilizando un lenguaje acorde a la edad del paciente, explicándole que el procedimiento no representa una pérdida, sino un aspecto positivo, para su salud y la de sus dientes³⁻⁵.

Esta explicación debe ser coadyuvada por los responsables parentales del mismo, quienes en vez de infundir temor, apoyaran las expresiones del profesional, creando un clima favorable para el menor²⁻⁶.

INDICACIONES PARA LA EXODONCIA EN NIÑOS

Regularmente la exodoncia no es un procedimiento que sea indicado rutinariamente en los niños, por lo que las indicaciones para su realización se refieren a:

1. *Extracción inmediata en dientes intruidos por trauma;* cuando el impacto se dirige hacia la cara palatina del incisivo, la corona se desplaza hacia vestibular y la raíz a palatino en dirección del germen dentario permanente sucesor en desarrollo, generando contacto entre el ápice del diente temporal y el germen dentario permanente, lo que lleva a un proceso inflamatorio cercano, que ocasiona injurias adicionales al germen dental en desarrollo⁸.
2. *Presencia de enfermedades sistémicas* que contraindiquen la conservación del órgano dental afectado, como ocurre en el caso de la enfermedad de Still, con caries múltiple, que provoca

empeoramiento de la enfermedad de base⁴.

3. *Alteración en la secuencia eruptiva* por persistencia del diente deciduo⁹.
4. *Lesiones pulpares* incapaces de ser resueltas^{2,5,6}.
5. *Erupción ectópica de caninos maxilares*, o cuando existe el riesgo de resorción de los incisivos permanentes³.

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^{2,4,6}.

Del mismo modo este procedimiento se contraindica en caso de gingivitis ulcero necrotizante aguda (GUNA, por el riesgo de diseminación de la infección fusoespirilar que presenta esta entidad⁷.

Del mismo modo se pueden mencionar varios cuadros que limitan el uso de esta técnicas, debido al riesgo general que puede llevar dicho manejo, como ocurre en la leucemia, hemofilia, purpura trombocitopénica, diabetes juvenil descompensada, etc^{3,7}.

Es necesario mencionar, que a partir de las observaciones previas Ries Centeno menciona algunas reglas a seguir, las cuales se extractan a continuación:

Regla 1.	No se debe extraer un diente temporario antes de la época de su caída normal
Regla 2	<i>Cuando un diente temporario no presente ninguna movilidad en la época en que, normalmente, debe ser reemplazado, no se extraerá jamás, antes de haber verificado que el permanente de reemplazo existe y está próximo a hacer su erupción.</i>
Regla 3.	<i>Todo diente temporario en retención total en la época normal de su caída debe ser extraído para permitir la evolución del permanente.</i>
Regla 4	<i>Cada vez que sea necesaria la extracción precoz de un diente temporario, debe tenerse presente que hay que mantener el espacio producido por dicha extracción.</i>
Regla 5	<i>Se puede extraer un diente temporario cuando es acuñado e impulsado dentro del hueso por la presión e los dientes vecinos. Monti refiere a lo que se denomina retención secundaria; se trata por lo general de un segundo molar temporario, que se encuentra colocado entre el primer molar permanente y el primer premolar. Por la presión que ejercen estos dos dientes, el molar temporario es nuevamente introducido por el hueso.</i>
Regla 6	<i>Pueden extraerse los segundos molares temporarios cuando se presenta la clase II de de Angle, es decir, una disto oclusión, para permitir el desplazamiento de los primeros molares permanentes inferiores hacia mesial.</i>

Fuente: Izard, Ries Centeno

TECNICA DE EXTRACCION DENTARIA EN NIÑOS

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.

Es entonces primordial contar con una radiografía inicial de la pieza dentaria a extraer, así como la evaluación rigurosa de la misma. En dientes deciduos en la radiografía se observa la proximidad del germen permanente, así como su anatomía y el grado de reabsorción radicular (rizólisis fisiológica), datos necesarios para evitar la presencia de complicaciones que puedan presentarse al momento de la extracción^{3,4,6,7}.

Si la reabsorción radicular de la pieza temporaria a extraer es suficiente, entonces se presume que la extracción será sencilla. Mientras que la extracción prematura de una pieza dental temporaria, como el caso de un molar, donde raíces son curvadas, pueden ser limitantes durante la maniobra quirúrgica ya que las mismas pueden estar cerca al cuello del diente y cerca del germen dentario permanente pudiendo agredir a éste último durante el proceso de extracción^{1-4,6}.

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^{4,6}.

Con estas consideraciones previas, se inicia el procedimiento exodontico con : la aplicación tópica y local de anestésico, calculada por la edad del paciente, pudiéndose optar por la anestesia general o sedación, de acuerdo a la valoración del profesional responsable y de la conducta del niño,

así como de la extensión temporal prevista del procedimiento³⁻⁸.

Una vez anestesiado, se procede a la 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^{1,3,7,10}.

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 cementaria, procedimiento que se conoce como prehensión^{4,6,8}.

La cinemática de los fórceps en dientes anteriores, superiores e inferiores, consiste en movimientos antero-posteriores (vestíbulo-palatinos) y rotacionales, infringiendo en las piezas inferiores movimientos rotacionales menores en relación a las piezas superiores^{2,4,6-8,10}.

La cinemática de los fórceps en molares superiores, consiste en movimientos vestíbulo – palatinos, 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^{1-4,6,8}.

En molares inferiores deciduos los movimientos son vestíbulo – 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^{1-4,6,8}.

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.^{3,4}

BIBLIOGRAFÍA

1. Ríos Centeno G.; Extracción en dientes temporarios; Cirugía Bucal Patología Clínica Y Terapéutica; Novena Edición. Editorial El Ateneo; Argentina. 2003: 320-325
2. Koch G., Poulsen S.; Lesiones de la mucosa bucal y cirugía bucal menor; Odontopediatría Abordaje Clínico; Segunda Edición. Editorial Amolca; Venezuela: 2011: 303,304
3. Escobar Muñoz F.; Exodoncias de piezas temporales; Odontología Pediátrica; Segunda Edición. Editorial Amolca. Colombia; 2010: 289 -299
4. Guedos Pinto A., Camponia A, Duarte D., Santos E., Rodríguez E., Bancalana H., Miranda I.; Cirugía en Odontopediatría; Rehabilitación Bucal en Odontopediatría (Atención integral); Editorial Amolca. España 2003: 201,204,205
5. Leyt S.; Extracciones y anestesia; El niño en la odontología (Odontología Pediátrica); Primera Editorial; Mundi S.A.I.C.; Argentina; 1998: 274,281,282,287
6. Assed S. Patología y cirugía oral menor en el niño y adolescente: Diagnóstico y tratamiento; Tratado de Odontopediatría; Editorial Amolca. Brasil; 2008;271-275
7. López M.; Procedimientos quirúrgicos menores; "Manual de Odontopediatría"; 1°. Edición. McGraw - Hill Interamericana; México; 1998: 112-115
8. Barbería Leache E., Quesada B., Catala M., García C., Mendoza A.; Lesiones Traumáticas; Odontopediatría; Segunda Edición. Editorial; Masson; España; 2007:183, 185
9. Ash, Nelson; Dientes Temporales; Anatomía, Fisiología y Oclusión Dental; Octava Edición; Editorial; Elsevier; España; 2004: 65, 66
10. Sailer H., Pajarola G.;Extraccion Dentaria; Atlas de Cirugía Oral; Primera Edición; Editorial: Masson; España; 1997: 53-62