



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

APORTE A LA TECNICA DE ODONTOSECCION

(Experiencia en 120 casos)

VILMA AIMAR DE IRAUZUZA *

R E S U M E N

La exodoncia de elementos dentarios con importantes anomalías, próximos a estructuras vitales o con fuertes anclajes, plantean un problema para la cirugía. La conservación del hueso subyacente motivó nuestra elección de la técnica de Odontosección para estudiar posibilidades de un menor trauma.

Se estudiaron 120 casos repartidos en cuatro grupos a saber:

- A. - Terceros molares inferiores retenidos en posición horizontal y en posición mesioangular anclados en la cara distal del segundo molar (30 casos).
- B. - Incisivos, caninos y premolares retenidos superiores e inferiores que no podían ubicarse en la arcada dentaria por medio de recursos Ortodóncicos, o liberación quirúrgica y Ortodoncia, (30 casos).
- C. - Primeros y segundos molares superiores normalmente implantados que presentaban indicaciones precisas de Odontosección (30 casos).
- D. - Primeros, segundos y terceros molares inferiores normalmente implantados que presentaban indicaciones precisas de Odontosección, (30 casos).

Fueron estudiados radiográficamente todos los casos para determinar la indicación de la técnica. Se realizó sección con fresa cilíndrica refrigerada Nº 560. Se hizo el "control radiográfico de corte" con la fresa colocada "in sito o no". Se disminuyó el tiempo de trabajo al crear un espacio con la fresa en el corte, que facilitó la ubicación del elevador y su acción posterior.

Al transformar elementos multirradiculares en unirradiculares, se simplifican las maniobras y el esfuerzo del operador es menor. El trauma se disminuye y la cicatrización es un recurso de alto valor que debemos tener en cuenta en la práctica diaria.

* Profesora Adjunta Interina en la Cátedra de Quirúrgica 1ª Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba. Fraguero 2540. Córdoba 5000.

CONTRIBUCION TO ODONTOSECTION TECHNIQUE (Examination of 120 cases)

S U M M A R Y

The extration of teeth with important anomalies, situated close to vital structure or strongly rooter poses a difficult problem to surgeans, In order to preserve the underlying bone and to lessen trauma odontosection was tried out.

120 cases were studied, divided in 4 groups of 30 each, thus distributed:

- A. - Horizontal o medially angulated retined inferior 3rd. molars rooted to the distal aspect of the second molars:
- B. - Inferior and superior retained incisives, canines and premolars which could not be located in the arcades by means of orthodontia or surgical orthodontica liberations.
- C. - and D. -: 1st. and 2nd. superior molars and list., 2nd. and 3rd. inferior molars weth similar indications for odontosection.

All cases were studied radiologically in order to establish the real indications for this therapy. A number 560 refrigerated cylindrical burs was used for sectioning; x-ray control of the cutting was carried out leaving the burs in place or removing it.

The extra space created by the cutting simplified the positioning and handling of the elevator. The length of the procedure was shortened; The handiwork are simplifie. Pulling individual roots eas laborious and less traumatic then removing multiradicalul pieces. Healing supervened fasted. Therefore, the odontosection es a means of greats value that we must consider in the daily practice.

La extracción dentaria se basa en la siguiente sentencia "eficacia quirúrgica" es aquella que logra el resultado deseado en el menor tiempo y con la menor cantidad de esfuerzo quirúrgico" (9). El estudio clínico del caso nos puede indicar que para resolver el problema mecánico que supone la exodoncia, debemos aplicar otros procedimientos uno de los cuales es la Odontosección.

La extracción se realiza gracias a una mecánica ingeniosa que transforma una fuerza masiva en un acto sencillo y productivo con menor sacrificio de tejido óseo actuando sobre el tejido dentario que va a ser eliminado. Una operación cuidadosamente planeada, con sección del diente, no sólo disminuye las posibilidades de traumatismos excesivos sobre los tejidos circundantes, sino que elimina el transtorno psíquico que sufren paciente y operador cuando el tiempo de la intervención se prolonga (1,8).

Livy (8) ya lo menciona, Pell y Gregory en 1933 cita en forma concisa las base de aplicación de la técnica (14); así como Gietz (10). Laffont (13), Pichler y Traunner (15).

Durante Avellanal cita en varias oportunidades la "fractura" o el "corte" de los dientes especialmente en la cirugía de los caninos y terceros molares inferiores retenidos para facilitar la extracción (8). Ries Centeno hace una minuciosa descripción de esta técnica que llama "de seccionamiento" para facilitar la extracción dentaria (16).

El presente trabajo se realiza como aporte a la técnica de Odontosección. El mismo se realizó sobre 4 grupos de 30 casos cada uno:

a) Terceros molares inferiores retenidos en posición mesioangular u horizontal.

b) Incisivos, caninos y premolares superiores o inferiores retenidos que no admitían tratamiento ortodóncico o quirúrgico - ortodóncico.

c) Primeros y segundos molares superiores normalmente implantados.

d) Primeros, segundos y terceros molares inferiores normalmente implantados que presentan ambas indicaciones precisas de la técnica.

Se describen a continuación los procedimientos quirúrgicos generales dejando las técnicas particulares para ser tratadas en cada caso:

1º — Estudio clínico del caso.

2º — Estudio radiológico para confirmar la indicación de la técnica.

3º — Anestesia local infiltrativa regional y/o terminal adecuadas a cada situación.

4º — Colgajo previo, o vía de acceso o abordaje, supeditada en su diseño si se trabaja en maxilar superior o inferior, vestibular o palatino, en dientes normalmente implantados o retenidos. En dientes primarios no se aconseja colgajo para no dañar al gemen del permanente que generalmente está encerrado entre las raíces convergentes del molar primario. La osteotomía se indica en los retenidos y en aquellos elementos normalmente implantados en los que se necesite eliminar el hueso hasta la bifurcación de las raíces. La misma la realizamos en los retenidos con fresa redonda N° 8 refrigerada con movimientos intermitentes y deslizantes (1, 4, 6). También se emplean osteótomos ya sea cincel o gubias, en los dien-

tes normalmente implantados ya sean superiores o inferiores. En los molares inferiores, si el espesamiento formado por la línea oblícuca externa constituye un obstáculo y un esfuerzo mayor, para la osteotomía, recurrimos a la fresa redonda Nº 8.

5º — La sección del diente la realizamos en todos los casos con fresa cilíndrica Nº 560 de carburo de tungsteno, refrigerada y accionada en forma intermitente para evitar el recalentamiento, ya que este calor friccional produce en los tejidos signos de necrosis (1, 3, 5, 6, 11 y 12). La fresa la utilizamos cuando el proceso de caries ha socavado el esmalte del diente y actuamos en tejidos menos calcificados. Para retenidos, cuando se trabaja sobre esmalte, utilizamos las piedras de diamante de forma cilíndrica o en forma de ruedas pequeñas con las mismas precauciones que fueron descritas en el empleo de las fresas.

6º — En nuestra técnica realizamos el "control radiográfico de corte" *, con la fresa colocada "in situ" o no. El fin de este paso es el control de la dirección exacta de corte, la profundidad real del mismo y las probables lesiones de los tejidos peridentales.

El corte con los instrumentos rotatorios ayuda a crear un espacio para facilitar la aplicación del elevador y las maniobras quirúrgicas posteriores.

7º — Con la aplicación del elevador conseguimos generalmente algún grado de luxación y posteriormente con el elevador adecuado o con las pinzas para raíces completamos el acto quirúrgico.

8º — Toilette de la cavidad, lavajes y sutura.

9º — Control radiográfico post-operatorio especialmente en los casos más laboriosos.

A. - TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS:

La Odontosección está indicada cuando clínicamente advertimos al elemento anclado en la cara distal del segundo molar, es decir casos de semirretenidos mesioangulares u horizontales.

* Vilma Aimar de Irazusta "Odontosección". Trabajo del 3º Año de Adscripción a la Cátedra de Clínica Quirúrgica 1º Curso con Anestesiología. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba. 1967.

Cuando la disposición radicular de los mismos sea muy divergentes o muy convergentes y encierran un septum muy resistente que impide o dificulta las maniobras de exodoncia. La cementosis agrava el problema, lo mismo que la proximidad de las raíces o la corona al conducto dentario inferior (especialmente en los totalmente retenidos).

La presencia de grandes procesos quísticos que debilitan al maxilar y contraindican la aplicación de la técnica "in toto" por el peligro de fractura.

Las radiografías empleadas para estos casos fueron: las peria-picales, oclusales (Donovan) y a veces la radiografía empleada por Mollin nos da un panorama más amplio.

En todos los casos el abordaje fue por vestibular con la técnica de bolsillo y en las retenciones muy profundas se agrega una incisión compensadora por vestibular hacia el fondo de surco, por mesial del 1º ó 2º molar.

La osteotomía, con fresa redonda Nº 8 refrigerada descubre el tercio cervical de la raíz.

La sección del retenido se realizó sin luxar previamente al diente. La dirección de corte está supeditada al tipo de retención: en los mesioangulares se seccionarán las cúspides ancladas (mesio-vestibular y mesiolingual) teniendo la precaución de que la fresa o piedra tengan la dirección adecuada describiendo una figura trapezoidal cuya base mayor está dirigida hacia oclusal y la menor hacia apical del segundo molar, Fig. 1 y 2.

De esta manera no habrá mayores dificultades para la eliminación de la parte seccionada. Una vez que creamos que el corte se ha completado se realizó el control radiográfico, figura 2.

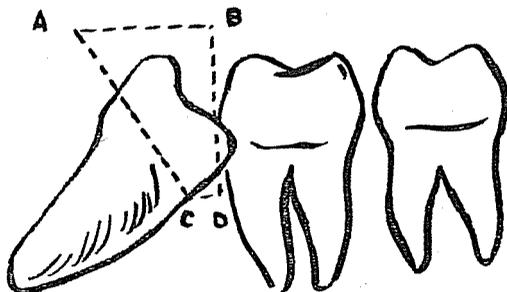


Fig. 1

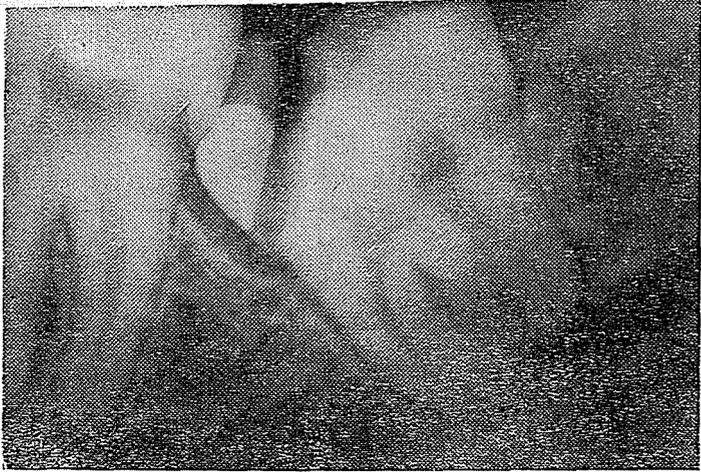


Fig. 2

Un elevador colocado en el espacio creado por la fresa, servirá como corroboración quirúrgica. Esta maniobra generalmente hace que consigamos un cierto grado de luxación y se facilite la extracción de la porción seccionada, Fig. 3.



Fig. 3

La extracción del remanente se continúa con elevadores adecuados. En los casos de retenciones horizontales el corte se realiza a la altura del cuello anatómico del retenido, de la misma manera que en el caso anterior.



FIG. 4

El control de corte con la fresa colocada in situ lo podemos apreciar en la Fig. 4, donde confirmamos lo expresado anteriormente en cuanto a la profundidad, etc., de allí la necesidad de este paso.

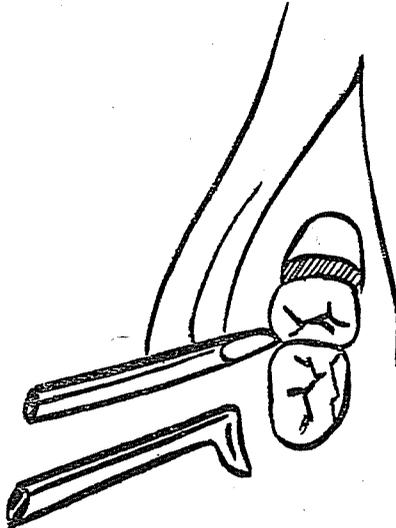


FIG. 5

En el diagrama de la Fig. 5 observamos que, con elevadores adecuados podemos eliminar la porción coronaria, ya seccionada.

La raíz será extraída según sus características anatómicas "in toto" si no presenta anomalías, o bien seccionada o sea por odontosección combinada, si las hubiera. Generalmente se practica una perforación en la cara que mira hacia oclusal de la raíz (o la vestibular) y se trae hacia el espacio dejado por la corona, Fig. 6.

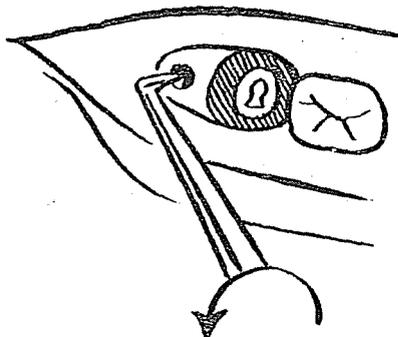


Fig. 6

B. - INCISIVOS, CANINOS Y PREMOLARES SUPERIORES O INFERIORES RETENIDOS

Las indicaciones clínicas para la aplicación de la técnica en los superiores son corroboradas por el estudio radiográfico ya sean tomas anterior, media y posterior, de la Técnica de Clarck, oclusal total o extraorales de perfil.

En los inferiores tomamos las radiografías periapicales y la oclusal para maxilar inferior. Si el retenido se encuentra muy bajo recurrimos a la extraoral.

En los superiores la aplicación de la técnica está dada por el grado de anclaje de la corona en el hueso, la disposición y patología que presente el ápice radicular, de sus relaciones con seno maxilar o fosas nasales y de la relación de proximidad o contigüidad con las piezas dentarias de la arcada.

En los inferiores por la proximidad con los dientes vecinos, que podrían luxarse al intentar la técnica in toto. El anclaje de la

corona en el hueso la patología radicular, apical y las relaciones con el conducto dentario inferior y el agujero mentoniano.

El abordaje según el caso, en los palatinos con la incisión a la altura del cuello de los dientes confeccionando un telón fibromucoso. Por vestibular con la incisión tipo Neumann generalmente. La osteotomía según indicaciones generales descubriendo el diente en su porción coronaria y el tercio cervical de la raíz.

Posteriormente realizamos el corte de la manera prevista a la altura del cuello anatómico del retenido, Fig. 7.

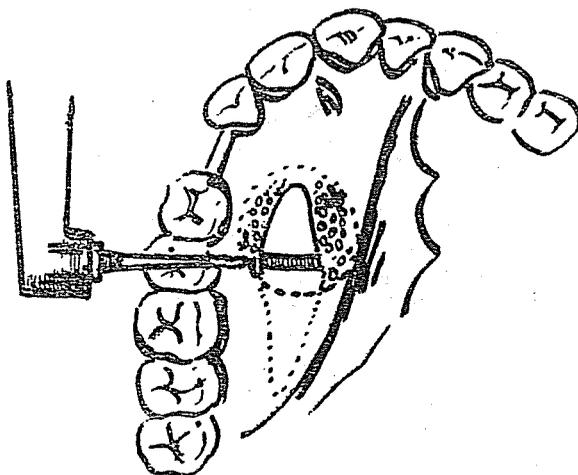


FIG. 7

Una vez confirmada radiográficamente la maniobra de corte, Fig. 8, podemos hacer el intento con el elevador colocado en dicha zona para separar las partes seccionadas con lo que a veces ya conseguimos la luxación de la corona y habilita para la extracción de la misma, Fig. 9.

Una vez extraída esta parte del diente realizamos una perforación en la raíz con fresca y en ella colocamos un elevador fino Clev-

dent o una hoja N° 14 de Winter para extraerla, llevándola hacia el espacio dejado por la corona, Fig. 10.



FIG. 8

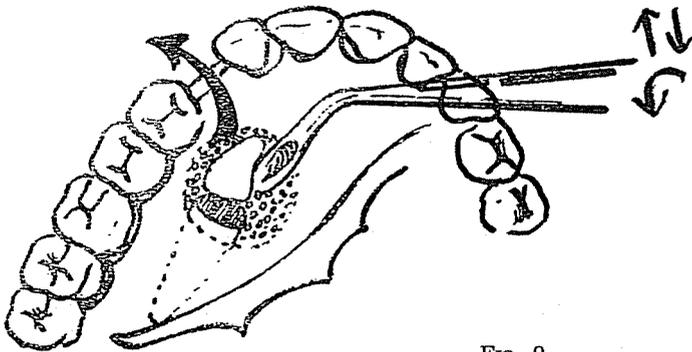


FIG. 9

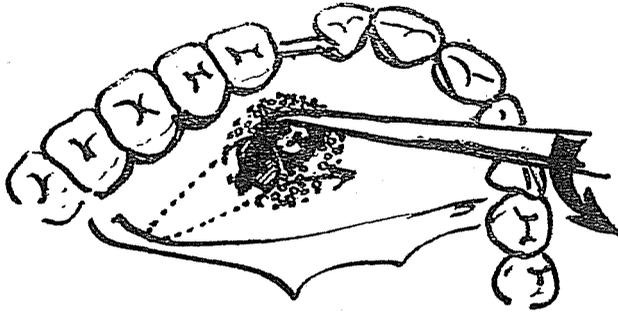


FIG. 10



Fig. 11

C. - PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES SUPERIORES
NORMALMENTE IMPLANTADOS

Las indicaciones clínicas de aplicación de la técnica son: dientes fracturados en intentos quirúrgicos previos o en el acto operatorio. En raíces de molares superiores que conforman una pirámide triangular a base mayor a la altura de los ápices y menor a la altura del reborde alveolar. Cuando las raíces al ser muy divergentes o convergentes encierra en septum interradicular potente. La proximidad del seno maxilar, una mayor calcificación o espesor del hueso alveolar

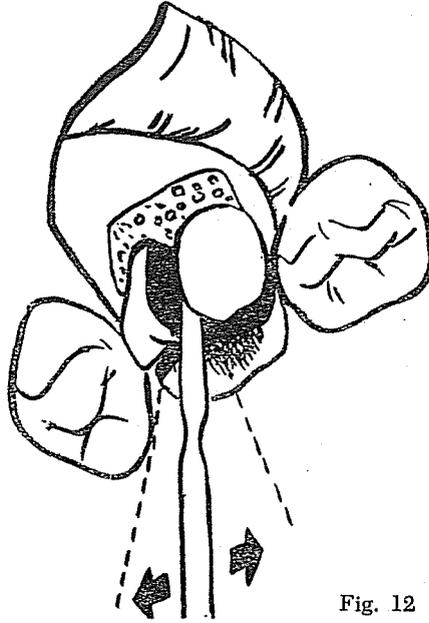


Fig. 12

y las anomalías de forma radicular, así como las cementosis de las mismas completan las indicaciones.

Una vez preparada la vía de abordaje y el acceso, realizamos un corte en forma de "T" o "Y" separando primeramente las raíces vestibulares mesial y distal, luego imprimiéndole a la fresa una dirección en sentido mesio - distal separamos a éstas de la palatina.

En la Fig. 11, se aprecia el control radiográfico de corte en un caso de un molar primario en retención secundaria, en los cuales también se aplica la técnica.

Con el elevador recto Clev - dent, Fig. 12 se aprecia si dicho corte ha sido efectivo. Este acto debe ser cuidadoso especialmente por la proximidad del seno maxilar.

Generalmente con esto luxamos y eliminamos a la más pequeña, es decir la distal. A la raíz mesial la podemos extraer con elevador recto colocado por mesial de la misma; y la palatina con el mismo elevador colocado por palatino de la misma.

D. -PRIMER, SEGUNDO Y TERCER MOLAR INFERIOR NORMALMENTE IMPLANTADOS

Está indicada cuando estos dientes presentan anomalías de forma, dirección y tamaño en sus raíces; cuando la destrucción de la

porción coronaria y el refuerzo que significa el mayor espesor de la tabla vestibular (la línea oblicua externa) imposibilitarían la realización de los movimientos de lateralidad y expansión de la tabla con peligro de fractura del diente. La proximidad que pudieran tener estos dientes con el conducto dentario.

En cuanto al abordaje y demás pasos son los mismos señalados en indicaciones generales.

Se separa el diente en sus dos raíces, mesial y distal con un corte vestibulo - lingual realizado con fresa cilíndrica N° 560, el cual

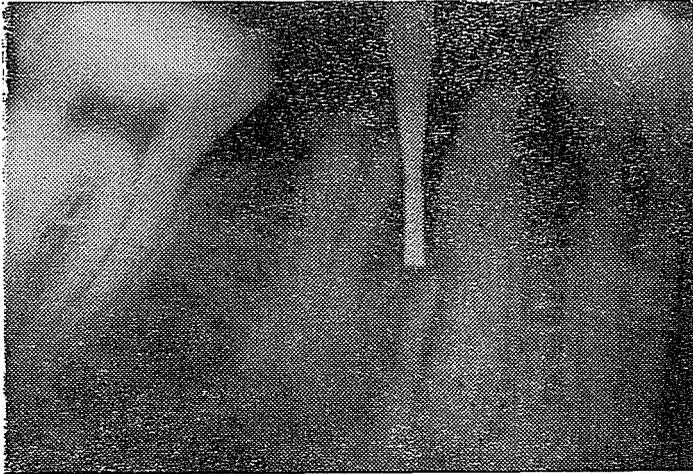


Fig. 13

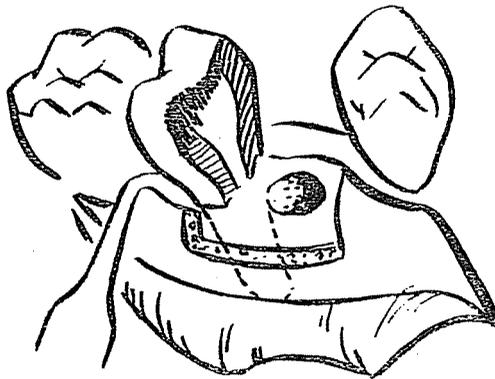


Fig. 14

nos crea un espacio. La Fig. 13 nos muestra el control radiográfico de corte.

Con un elevador recto tentamos la sección y separación, completando la extracción de la raíz distal o mesial ya luxadas.

La raíz remanente se puede extraer con un elevador Clev dent angulado colocado en el espacio periodontal como vemos en la Fig. 14 o bien aprovechando el espacio alveolar dejado por la extracción de la raíz mesial, con un elevador de Winter N° 11, 12 ó 13 de acuerdo a la profundidad que tenga la raíz, previa sección del septum.

B I B L I O G R A F I A

1. Aymar de Irazuzta, V.: La Odontosección como tratamiento conservador de hueso en exodoncia. Actas del Congreso de SAAIIO. Buenos Aires, 1977.
2. Archer, H.: Cirugía Bucodental y Atlas detallado de Técnica Quirúrgica. Ed. Mundi. Buenos Aires, 1958.
3. Barrancos Mooney, J.: Alta velocidad: su aplicación en la práctica diaria. Rev. AOA. 48:131, 1960.
4. Bell, W.: Use of trephines in Oral Surgtry. Oral. Surg. Oral Med. and Oral Path., 11:798, 1958.
5. Butt, B. G. and Phoenix, H. S.: Remoción de los tejidos dentarios por el método ultrasónico. J. Am. D. A. 32:16, 1957.
6. Cuestas Carnero, R. A.: La turbina de aire en Cirugía ósea. Tesis de Doctorado. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba. 1963.
7. Chompret, Douchaume et Richard: Technique Chirurgicale Stomatologique. La pratique Stomatologique. III° Masson et Cia. Editeurs. París. 1951.
8. Durante Avellanal, C.: Cirugía Odontomaxilar. Tratado de Odontología. Ed. Editar S. A. Buenos Aires, 1949.
9. Durbeck, W. E.: The impacted lower third molar. Dental Items of interés publishing C. Inc. 2° Ed. Brooklin. NY., 1957.
10. Gietz, E.: Cirugía Oral Menor, Progental. Buenos Aires.
11. Kramer, J. H. R.: Cambios de la dentina después de la preparación cavitaria con turbina. El Coperador dental. 2:109, 1960.
12. Kilpatrick, H.: Removal of impacted molare utilising speeda up to 200.000 r.p.m. Oral Surg., Oral Med. and Oral Path. 11:364, 1958.
13. Laffont, A. et Durieux, F.: Encyclopédie Médico - Chirurgicale. París. 6°. 1929 (act. 1977).
14. Pell y Gregory Cit en Archer, H.: Cirugía Buco Dental y Atlas detallado de Técnica Quirúrgica. Ed. Mundi. Buenos Aires, 1958.
15. Pichler, H. y Traummer, R.: Cirugía Bucal y de los maxilares. Ed. Labor. Buenos Aires. 1953.
16. Ries Centeno, G.: Cirugía Bucal 7ª Ed. El Ateneo. Buesos Aires, 1973.