

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	GUÍA DE MANEJO: EXODONCIA DE DIENTES INCLUIDOS	CÓDIGO: CI-SOCM-GM-18
 	UNIDAD: CLINICO QUIRURGICA	FECHA DE EMISIÓN: 01-10-2015
	PROCESO: CIRUGIA	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Identificar, interpretar, diagnosticar, definir procedimiento quirúrgico y realizar seguimiento en la consulta, valoración, solicitud de exámenes clínicos y paraclínicos y procedimientos quirúrgicos a las patologías de los pacientes que presenten dientes incluidos, en posiciones ectópicas.

2. METODOLOGIA

- Aplicación del consenso y experiencia del Grupo de Especialistas Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial en el Hospital Militar Central, en la recepción de los pacientes de I- -II- III- IV nivel de complejidad.
- Estandarización de las normas internacionales de la Sociedad Americana de Cirugía Oral y Maxilofacial.

3. ALCANCE

Desde la valoración, diagnóstico, manejo quirúrgico y seguimiento hasta 8 días si el paciente no presenta complicaciones o si llegase a presentarse una, hasta la solución de la misma.

4. POBLACION OBJETO

Empleados y beneficiarios del Hospital Militar Central, usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, SOAT y particulares autorizados.

5. RECOMENDACIONES

5.1. Definición: Es la eliminación de un órgano dental que no ha podido hacer su erupción completa hacia una posición normal funcional causada por obstáculos; debido generalmente a falta de espacio en los maxilares, obstrucción en su vía de erupción por otro diente, alteraciones patológicas que bloquean su erupción o anomalías en los patrones y cronologías de erupción normal. Pudiendo ser encontrados no erupcionados cuando se encuentran dentro de los maxilares cubiertos por tejido blando completamente y rodeados total o parcialmente por hueso, o parcialmente erupcionados cuando no han logrado su erupción completa pero están en comunicación con la cavidad oral. (1)

Diente retenido: Diente que no ha perforado la mucosa bucal y por lo tanto no ha adquirido una posición normal en el maxilar

Diente impactado: Diente no erupcionado en la época esperada, debido a impedimentos mecánicos.

Diente incluido: Diente que ha perdido la fuerza de erupción y se encuentra sumergido en el maxilar con o sin patología asociada.

Diente Ectópico: Diente retenido que se halla en posición anormal pero cerca de su lugar habitual.

GUIA DE MANEJO	EXODONCIA DE DIENTES INCLUIDOS	CODIGO	CI-SOCM-GM-18	VERSION	02
		Página:	2 DE 7		

5. RECOMENDACIONES

Diente Heterotópico: Diente retenido alejado de su posición habitual de erupción.

Diente Supernumerario: Dientes accesorios de forma y tamaño variados, que pueden erupcionar o mantenerse retenidos. (3)

5.2. CLASIFICACION: Existen varias clasificaciones para los terceros molares que en general siguen los siguientes criterios:

Posición del tercer molar con relación al segundo molar, características del espacio retromolar, ángulo del eje longitudinal del diente, cantidad de tejido óseo o mucoso que cubre el diente retenido, relación del tercer molar con la rama mandibular (específico para terceros molares inferiores).

Winter clasifica los terceros molares en relación a la posición con respecto al eje longitudinal del segundo molar: (4)

1. Vertical
2. Meso angulado
3. Disto angulado
4. Horizontal
5. En vestibuloversión
6. En linguoversión
7. Invertido

Pell y Gregory, clasifican los terceros molares según los siguientes parámetros (4)

1. relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular:

CLASE I: El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es mayor que el diámetro mesodistal del tercer molar.

CLASE II: El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es menor que el diámetro mesodistal del tercer molar.

CLASE III: El tercer molar está parcial o totalmente dentro de la rama ascendente mandibular.

2. Profundidad relativa del tercer molar:

POSICION A: La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano de la superficie oclusal del segundo molar.

POSICION B: La parte más alta del tercer molar está entre la línea oclusal y la línea cervical del segundo molar.

POSICION C: La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por debajo del plano de la línea cervical del segundo molar.

3. Posición del tercer molar inferior en relación al eje axial del segundo molar, puede ser:

1. mesoangular
2. distoangular
3. vertical
4. horizontal

GUIA DE MANEJO	EXODONCIA DE DIENTES INCLUIDOS	CODIGO	CI-SOCM-GM-18	VERSION	02
		Página:	3 DE 7		

5. RECOMENDACIONES

5. bucoangular
6. linguangular
7. invertido

CANINOS

Ries Centeno los clasifica de acuerdo a tres criterios: número de dientes retenidos, posición de estos dientes en los maxilares y presencia o ausencia de dientes en la arcada. La retención puede ser simple o bilateral. La localización puede ser vestibular, palatina o lingual y los caninos retenidos pueden estar en maxilares dentados o en maxilares sin dientes. (6)

Caninos Superiores:

Clase I : Maxilar dentado. Diente ubicado del lado palatino. Retención unilateral a) Cerca de la arcada b) Lejos de la arcada

Clase II: Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado palatino. Retención bilateral

Clase III: Maxilar dentado. Diente ubicado del lado vestibular. Retención unilateral

Clase IV: Maxilar dentado. Dientes ubicados en el lado vestibular. Retención bilateral.

Clase V : Maxilar dentado. Dientes ubicados en vestibular o palatino (Retenciones mixta o transalveolares)

Clase VI: Maxilar sin dientes. Dientes retenidos ubicados en el lado palatino. a) Retención Unilateral b) Retención Bilateral

Clase VII: Maxilar sin dientes. Dientes retenidos ubicados en el lado vestibular.a) Retención Unilateral b) Retención Bilateral

Caninos Inferiores:

Clase I : Maxilar dentado. Retención Unilateral. Diente ubicado en el lado lingual. a) Posición Vertical b) Posición Horizontal

Clase II: Maxilar dentado. Retención Unilateral. Diente ubicado en lado vestibular.a) Posición Vertical b) Posición Horizontal

Clase III: Maxilar dentado. Retención bilateral.a) Dientes ubicados en el lado lingual. a1) Posición horizontal. a2) Posición Vertical. b) Dientes ubicados en el lado bucal. b1) Posición horizontal. b2) Posición Vertical.

Clase IV: Maxilar edentulo. Retención unilateral. a) Posición Horizontal. b) Posición vertical.

Clase V: Maxilar edentulo. Retención bilateral. a) Posición horizontal. b) Posición vertical.

Field y Ackerman los clasifica en: (6)

Caninos Superiores:

Posición labial: con la corona en relación con los incisivos, con la corona por encima de los ápices de los incisivos. Posición palatina. Con la corona cercana a la superficie y en relación con las raíces de los incisivos. Inclusiones profundas: en las que las coronas se relacionan estrechamente con los ápices

GUIA DE MANEJO	EXODONCIA DE DIENTES INCLUIDOS	CODIGO	CI-SOCM-GM-18	VERSION	02
		Página:	4 DE 7		

5. RECOMENDACIONES

de los incisivos. Posición intermedia: Con la corona situada entre las raíces del incisivo lateral y del primer premolar Con la corona situada por encima de las raíces de estos dientes hacia vestibular y la raíz hacia palatino o viceversa. Posiciones Inusuales: Dientes en relación con la pared del seno maxilar o de fosa nasal, o situados en región infraorbitaria. Caninos Inferiores: Posición Labial: Vertical, Oblicua, Horizontal. Posiciones inusuales: Borde mandibular. Eminencia mentoniana, migración al lado opuesto.

5.3 Criterios Diagnósticos: Historia clínica con anamnesis, examen clínico e impresión diagnóstica de terceros molares impactados, dientes en posición ectópica, que incluyen mayoritariamente caninos y premolares, evaluación y diagnóstico con radiografía panorámica y/o TC volumétrico dental o TC de cara, donde se evaluará la profundidad de la retención medida con relación al plano oclusal o a la apófisis alveolar. La inclinación del diente comparada con la línea media y con el eje axial del diente erupcionado adyacente, la longitud, forma, dirección y número de raíces. Grado de formación y calcificación radicular. La forma y tamaño de la corona. El espacio del ligamento periodontal. La posibilidad de anquilosis. Reabsorción de dientes contiguos. La relación con la rama ascendente del maxilar. El espacio entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama, comparando este espacio con el ancho mesodistal del tercer molar. La relación del órgano dental incluido con el conducto dentario inferior y la integridad de sus corticales. La proximidad y relación del órgano dental incluido o parcialmente erupcionado con el seno maxilar, con las fosas pterigomaxilar e infratemporal, piso nasal, espina nasal anterior e incluso el reborde y el agujero infraorbitarios. Tamaño y morfología del espacio folicular del órgano dental incluido. La rehabilitación funcional a fin de no causar alteraciones en la función nutricional, fonética, respiratoria y estética del paciente. De ser necesario se solicitarán exámenes adicionales como Tomografía Computarizada de rayo de cono. Reconstrucción en tres dimensiones. Radiografía Periapical, Radiografía Oclusal de acuerdo con criterios de diagnóstico y técnica quirúrgica a utilizar. De acuerdo con antecedentes del paciente se solicitarán los exámenes de laboratorio clínico del paciente, Cuadro Hemático, Pruebas de Coagulación y Química Sanguínea. (5)

5.4 Indicaciones:(4)

- Infecciones del capuchón pericoronario asociadas a dientes semi-incluidos.
- Indicadas con fines de Cirugía Ortognática, ortodónticos y protésicos.
- Órganos dentales incluidos en posición ectópica o supernumerarios incluidos que estén causando alteración en la salud estomatológica.
- Lesiones odontogénicas o no odontogénicas asociadas.
- Prevenir la formación de quistes y tumores odontogénicos.
- Prevenir fracturas.
- Interferencia en la elaboración y adaptación de prótesis.
- Indicada como medida de prevención previa a radioterapia o cardiocirugía, cuando exista evidencia suficiente de potencialidad de complicación o curso desfavorable, dadas las condiciones patológicas del órgano dental incluido o parcialmente erupcionado.
- En casos de reabsorción radicular externa de órganos dentales adyacentes que aparentemente puede ser causada por el órgano dental incluido o parcialmente erupcionado.
- En pacientes con factores de riesgo pre-disponentes tanto locales como sistémicos cuyas ocupaciones o estilos de vida impiden un rápido acceso a la atención odontológica especializada.
- En órganos dentales parcialmente erupcionados y aquellos que por su posición en la cavidad oral impidan o dificulten el acceso a los cuidados de

GUIA DE MANEJO	EXODONCIA DE DIENTES INCLUIDOS	CODIGO	CI-SOCM-GM-18	VERSION	02
		Página:	5 DE 7		

5. RECOMENDACIONES

higiene oral cotidianos, siendo factor de riesgo para la acumulación de placa bacteriana, caries y demás patologías que puedan ser consecuencia del proceso de la historia natural de esta entidad.

- En caso que se tenga previsto su utilización como trasplantes o reimplantes en reemplazo de otros órganos dentales perdidos.
- En aquellos casos de órganos dentales incluidos con anomalías en su posición, vías de erupción obstruidas o espacio de erupción reducido sin posibilidades de lograr erupción normal o inducida quirúrgica y ortodónticamente y que estén generando alteraciones patológicas en la salud general o de la cavidad oral del paciente o que supongan un riesgo potencial de producirlas, luego de minucioso análisis costo-beneficio estaría indicada su exodoncia.

5.5 Contraindicaciones:

- Extremos de edad
- Compromiso médico sistémico
- Probable daño a estructuras adyacentes.

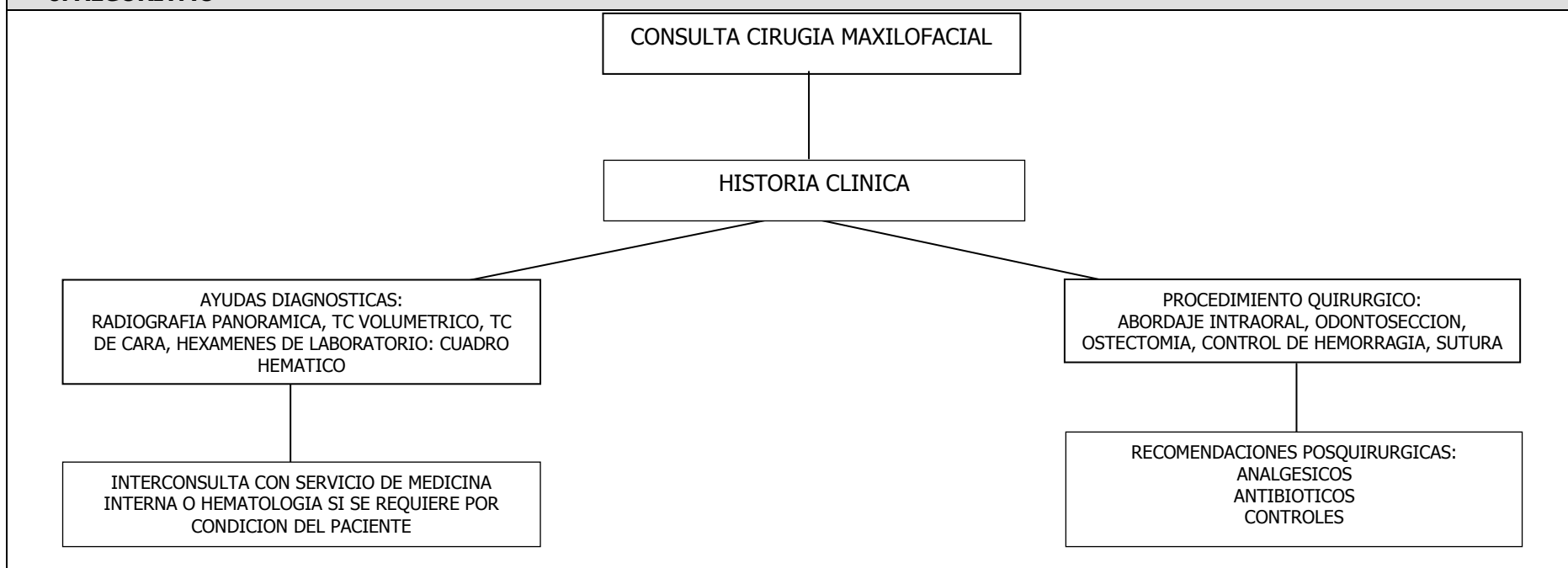
5.6 Intervenciones: Cirugía de dientes incluidos. La patología más frecuente son los dientes incluidos. (Terceros molares, caninos y premolares).

Historia Clínica e impresión diagnóstica. Radiografía panorámica. Procedimiento realizado en salas de cirugía bajo anestesia local. Medicación preoperatoria de antibióticos y analgésicos 1 hora antes de la cirugía en caso que se requiera. Abordaje intraoral, procedimiento quirúrgico, Indicaciones postoperatorias. Antibióticos, analgésicos y anti-inflamatorios postoperatorios por una semana. Control por consulta externa del Postoperatorio.

5.7 Complicaciones: Entre las complicaciones que se puedan presentar se cuenta con alteraciones de la sensibilidad, infecciones, hematomas, hemorragias, equimosis, trismus, lesiones a estructuras de tejidos blandos adyacentes, fracturas de dientes adyacentes, fracturas de los maxilares, desplazamiento del germen dentario a espacios adyacentes como fosa infratemporal, espacio pterigomandibular, seno maxilar, zona nasogeniana, vía aérea, lesiones de paquete vasculonervioso, alveolitis y osteomielitis. (2).

GUIA DE MANEJO	EXODONCIA DE DIENTES INCLUIDOS	CODIGO	CI-SOCM-GM-18	VERSION	02
		Página:	6 DE 7		

6. ALGORITMO



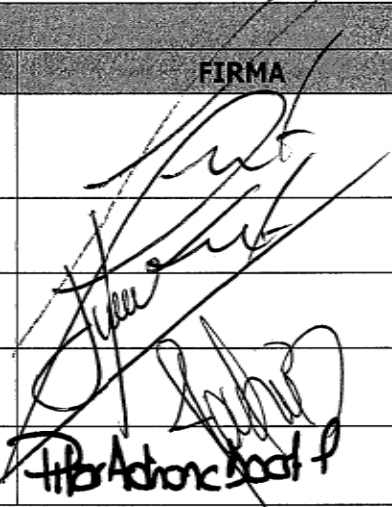
7. CONTROL DE CAMBIOS

7. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1	Toma de TC volumétrico dental y/o TC de cara	Se incluye la toma de TC volumétrico dental y/o TC de cara Posibilidad de ordenar TC en casos en que sea necesario evaluar posición tridimensional.	Valoración posición de dientes incluidos	octubre de 2015

GUIA DE MANEJO	EXODONCIA DE DIENTES INCLUIDOS	CODIGO	CI-SOCM-GM-18	VERSION	02
		Página:	7 DE 7		

8. ANEXOS

1. James Hupp, Edward Ellis. Oral and Maxillofacial Surgery. 5 edición. Capítulo 9. 2008.
2. L.K. Cheung, Incidence of neurosensory deficits and recovery after lower third molar surgery: a prospective clinical study of 4338 cases International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 39, Issue 4, April 2010, Pages 320-326.
3. Misino J, Lavis J.F, Tardif A, Peron J.M. Kystes solitaires des maxillaires: traitement chirurgical et suivi six cas. Revue de Stomatologie et the Chirurgie Maxillo-faciale, Volume 105, Issue 6, December 2004, Pages 317-321. French.
4. Sedaghatfar M, August MA, Dodson TB. Panoramic radiographic findings as predictors of inferior alveolar nerve exposure following third molar extraction. J Oral Maxillofac Surg 2005 Jan; 63(1):3-7.
5. Kaminishi RM, Kaminishi KS. New considerations in the treatment of compromised third molars. J Calif Dent Assoc 2004 Oct; 32(10):823-825. Review.
6. Ghaeminia, Meijer. Position of the impacted third molar in relation to the mandibular canal. Diagnostic accuracy of cone beam computed tomography compared with panoramic radiography, Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2009; 38: 964–971.

APROBACIÓN				
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	DR. Omar Alejandro Veja Lagos	Servidor Misional em Sanidad Militar – Cirujano Oral y Maxilofacial	Octubre del 2015	
	TC. Sergio Castellanos García	Líder de Área de Salud Oral y Cirugía Maxilofacial	Octubre del 2015	
REVISÓ	CR.MED. Juan Carlos Luque Suarez	Jefe Unidad Clínico Quirúrgica	Octubre del 2015	
APROBÓ	BG. MD. Clara Esperanza Galvis	Subdirector sector defensa – subdirección médica	Octubre del 2015	
PLANEACION –CALIDAD Asesoría Metodológica	SMSM. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Grupo Gestión de Calidad	Octubre del 2015	