

PROTOCOLO CLÍNICO DE INCLUSIÓN DE DIENTES SUPERNUMERARIOS

Definición del problema a tratar

Inclusión de dientes supernumerarios

Indicaciones del tratamiento quirúrgico

Todo diente supernumerario incluido que ocasione clínica deberá ser extraído. En los casos asintomáticos se podrá aceptar la abstención terapéutica, si no se aprecia una alteración de la oclusión y siempre que el paciente se avenga a cumplir los controles clínicos y radiológicos pertinentes.

Si bien existe la opinión de que la extracción de un diente supernumerario no debería hacerse hasta que se encuentren cerrados los ápices de los dientes vecinos, también en determinadas situaciones debe optarse por un tratamiento precoz; éstas serían:

- contacto íntimo entre el diente supernumerario y las raíces de los dientes permanentes contiguos.
- quiste, generalmente folicular, en el diente supernumerario
- el diente supernumerario ocasiona claramente la malposición del permanente contiguo o bien dificulta su erupción
- presencia de clínica.

En ocasiones, cuando un diente supernumerario ha entorpecido la erupción de uno permanente, se tendrá que prever una solución quirúrgico-ortodóncica; en estos casos debe seguirse una pauta de conducta similar a la expuesta para los caninos retenidos (extracción del diente supernumerario y facilitar la erupción del diente definitivo incluido).

Contraindicaciones de la exodoncia quirúrgica

Deberá valorarse adecuadamente el beneficio/riesgo; así inclusiones ectópicas (hacia suelo nasal o seno maxilar) y asintomáticas pueden ser consideradas como una contraindicación relativa.

Edad de la intervención quirúrgica

Depende del momento del diagnóstico, aunque se recomienda en general que la intervención quirúrgica sea inmediata y precoz.

Estudios preoperatorios

La realización de una ortopantomografía de rutina a la edad de 5 años, antes de la exfoliación de los incisivos temporales, es un buen método para obtener un diagnóstico precoz de este tipo de anomalías. Ante su sospecha será imprescindible disponer de una radiografía periapical y de una ortopantomografía; conviene ubicar -puesto que la vía de abordaje quirúrgico dependerá de ello- si está por palatino/lingual o por vestíbulo, para lo cual se practicarán tres radiografías apicales según la técnica de Clark.

En los casos en los que el diente supernumerario sea francamente ectópico, se sospeche la presencia de patología asociada o haya una relación íntima con alguna estructura noble, la exploración adecuada es una tomografía computadorizada (TC).

Tratamiento preoperatorio

Dada la escasa incidencia de patología infecciosa asociada a la inclusión de los dientes supernumerarios, no se aconseja iniciar el tratamiento con antibióticos antes de la intervención quirúrgica, aunque existe debate en relación a este aspecto.

Si bien el riesgo de alveolitis o de infección postoperatoria es mínimo, es aconsejable que el paciente se enjuague -cinco minutos antes de iniciar la intervención quirúrgica con una solución de clorhexidina.

Técnica anestésica

Dependiendo de la edad del paciente -la mayoría serán niños- y de la dificultad quirúrgica previsible deberá decidirse si se opta por una anestesia general o por una técnica de anestesia locorregional, muchas veces complementada con algún tipo de sedación consciente. Atendiendo a razones de colaboración, 10 años suele ser la edad límite en la selección de alguna de estas modalidades de anestesia.

Tratamiento postoperatorio

Si el desarrollo de la intervención quirúrgica ha sido normal, se recomienda adoptar las medidas propias de toda manipulación quirúrgica menor ya especificadas.

Cuando la intervención quirúrgica ha sido laboriosa y/o con osteotomía abundante, se prescribirá tratamiento antibiótico durante 4-7 días con betalactámicos; cuando haya sospecha fundada de hipersensibilidad, se optará por la administración de un antibiótico macrólido; las dosis deben adaptarse a la edad del paciente.

Control postoperatorio

Salvo casos en los que el paciente no pueda acudir de nuevo a la consulta, por el motivo que sea, es recomendable efectuar la sutura con material no reabsorbible tipo seda; lo habitual será retirar los puntos a los 7 días (10 días a lo sumo), momento que se aprovechará para examinar el paciente y darle el alta si no existe ninguna complicación.

Bibliografía

- Gay Escoda C. Berini L. Tratado de Cirugía Bucal. Tomo I, Madrid: Ergón, 2004.
- Romero MM^a, Gutiérrez, JL.El tercer molar incluido. Madrid: GSK, 2001.
- Donado M. Cirugía Bucal. Patología y Técnica, 2^o ed. Barcelona: Masson, 1998.