

Revista Andaluza de

Cirugía Bucal

Año 2019 / N° 5 / Volumen 1

- ASPECTOS ANATÓMICOS RELACIONADOS CON LA REGENERACIÓN ÓSEA VERTICAL EN EL SECTOR POSTERIOR MANDIBULAR

- TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE IMPLANTE UNITARIO INMEDIATO POSTEXTRACCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

- CORONECTOMÍA - TRATAMIENTO ALTERNATIVO DEL TERCER MOLAR INCLUIDO. CASO CLÍNICO



Asociación
Andaluza
de Cirugía Bucal

Revista Andaluza de
Cirugía Bucal

DIRECTORES:

José Luis Gutiérrez Pérez
Daniel Torres Lagares

EDITORES:

Aida Gutiérrez Corrales
Ignacio Fernández Asián

COMITÉ EDITORIAL:

Tatiana Ortíz Alves
Iñigo Fernández - Figares Conde
M^º Ángeles Serrera Figallo
Emilio Perales Rodríguez

Editada en Sevilla, por la Unidad de Docencia,
Investigación y Transferencia en Cirugía Bucal de Sevilla (UDIT-CBS).
Maquetación y diseño: Talento Consultores de Comunicación
ISSN: 2530 - 4135

PATROCINADORES AACIB:

BIOHORIZONS®

oxteia


Osteo**genos**
Dental Surgical Devices


NORMON
DENTAL

 **inibsa**
DENTAL

 **NORIS** Medical
ENGINEERED FOR HEALTH

CORONECTOMÍA. TRATAMIENTO ALTERNATIVO DEL TERCER MOLAR INCLUIDO. CASO CLÍNICO.

Díaz Sánchez R, Fernández Asián I, Torres Lagares D, Gutiérrez Pérez JL.

Máster de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

Los terceros molares son los dientes que, con más frecuencia, sufren el fracaso de su erupción y quedan incluidos o retenidos dentro de los maxilares.^{1,2} Aunque pueden permanecer asintomáticos toda la vida, la frecuencia de patología inducida por ellos es elevada, debido a su localización anatómica y a sus condiciones embriológicas singulares.^{1,2}

De entre las complicaciones derivadas de la extracción de un tercer molar incluido, la lesión del nervio dentario inferior (NDI) es una complicación grave que ocurre en un 3-5% de los casos, manteniéndose de forma permanente en un 0,5-1%. Por tanto, durante las maniobras de ostectomía, odontosección, luxación o curetaje, existe alto riesgo de provocar una lesión del mismo.³

La técnica de la coronectomía aplicada al tercer molar incluido fue descrita por Ecuyer y Debien en 1984. La coronectomía es un procedimiento alternativo a la extracción dental en casos de molares sintomáticos con gran cercanía al nervio dentario inferior. Consiste en la extracción parcial del diente, dejando incluidas las raíces. Este procedimiento permite solucionar la patología producida por el cordal a la vez que evitamos el riesgo de dañar el nervio dentario inferior debido a su proximidad con los ápices. Fue propuesta para evitar la lesión del NDI en aquellos casos en los que existía una íntima relación entre ambas estructuras anatómicas.⁴ Aunque el objetivo de la técnica es muy claro, no está libre de controversia, ya que el cirujano debe valorar la posibilidad de una complicación infecciosa de origen pulpar.^{5,6}

Existe una serie de criterios radiográficos para la OPG y TC con los que poder determinar la cercanía del ápice radicular al NDI. Los criterios radiográficos para la OPG, por ser una prueba mucho más frecuente, son: desviación del canal, oscurecimiento de la raíz, interrupción de la línea blanca que representa el nervio dentario inferior, estrechamiento del canal del nervio y variación de la densidad radiológica.^{5,6}

CASO CLÍNICO

Paciente de 20 años de edad que acude con pericoronaritis en el tercer molar inferior derecho. En la historia clínica no destacan antecedentes médicos de interés, el paciente toma medicación a diario, salvo antibióticos y antiinflamatorios esporádicamente, por

el problema actual. No es fumador y se encuentra en perfectas condiciones de salud.

Tras estudiar la ortopantomografía se observa una relación íntima de los ápices dentarios con el nervio dentario inferior. En ella podemos observar cómo el cordal en cuestión (48) se halla en íntima relación con el canal del NDI, detectándose signos radiológicos indicadores de alto riesgo de lesión del nervio durante las maniobras de extracción; curvaturas en las raíces, un oscurecimiento en torno a los ápices y enmascaramiento de la cortical superior del canal.

Tras esto, se decide realizar una Tomografía Computarizada para una correcta valoración del caso. Tras obtener los resultados se observa como dicho nervio discurre entre las raíces del molar, por lo que se decide llevar a cabo una coronectomía. Esta técnica quirúrgica consiste en descubrir el tercer molar hasta el límite amelocementario con la ayuda de una fresa de ostectomía.

Se informó al paciente de en lo que constaba una coronectomía o extracción parcial del tercer molar sintomático, pretendiendo con esta técnica eliminar la clínica causada por la pericoronaritis, ya que conseguimos un cierre directo de la herida y las raíces quedan incluidas, preservando la integridad del NDI. El paciente fue informado de la posibilidad de una complicación infecciosa de causa pulpar, lo cual nos obligaría a reintervenir para completar la extracción. La reentrada también sería necesaria si, a largo plazo, se produjera una migración de las raíces, y éstas volvieran a generar clínica de pericoronaritis por exposición. Solo que, si esto ocurre, probablemente la relación de las raíces con el NDI ya no sería tan clara, ni la extracción, por tanto, tan comprometida.

La técnica quirúrgica comienza con una incisión en bayoneta y levantamiento de colgajo mucoperióstico. Una vez alcanzado, se realiza la odontosección horizontal para la exodoncia de la corona a nivel del límite óseo con una angulación de 45°. Se realiza la sección completa para no ejercer fuerza sobre las raíces con los botadores, lo cual requiere ser muy cuidadoso al aproximarnos a la tabla lingual para no lesionar el nervio lingual. Tras la extirpación coronal, se desgasta la porción radicular remanente con una fresa de ostectomía hasta quedar de 2 a 3 milímetros por debajo de la cresta alveolar. Se eliminaron los restos de foliculo sin movilizar las raíces del diente. Tras irrigar con solución salina se reposicionó el colgajo y se revi-

só a la semana, al mes y a los tres meses.

DISCUSIÓN

La evidencia científica justifica el planteamiento de realizar esta técnica debido a que el resto radicular remanente puede quedar incluido en el hueso de forma asintomática o bien erupcionar, lo que requeriría la exodoncia posterior del mismo encontrándose en dicho momento más alejado del nervio dentario inferior. Dicha técnica debe estar planificada previamente, sin ser en ningún caso llevada a cabo por la imposibilidad de extraer los ápices dentro de una cirugía de terceros molares habitual. La coronectomía no es el tratamiento de elección de dichos molares, sin embargo en casos donde la lesión del nervio es probable constituye una opción factible para el paciente.

La frecuencia de lesión del nervio dentario inferior (NDI) durante la cirugía del tercer molar incluido está en torno al 3-5%, manteniéndose la alteración nerviosa de forma permanente en un 0,5- 1% de los casos^{3,7} Aunque no son porcentajes altos, la importancia de la lesión y las limitaciones que conlleva para el paciente le confieren gran importancia, por lo que debemos intentar evitarla en todos los casos.¹

La radiografía panorámica es la prueba radiológica estándar para analizar la relación anatómica entre los terceros molares incluidos y el NDI. Varios autores coinciden en identificar una serie de signos radiológicos de alto riesgo asociados con una íntima relación entre estas dos estructuras anatómicas:^{8,9}

1. Oscurecimiento de las raíces o imagen apical en la zona donde éstas cruzan el canal dentario.
2. Interrupción u obliteración de las corticales del canal dentario.
3. Desviación del canal dentario en la zona de contacto con las raíces.
4. Angulaciones de las raíces alrededor del canal.
5. Enmascaramiento de las raíces que pueden suponer una perforación o ranura en el nervio.
6. Bifurcación de las raíces.
7. Difuminación del canal dentario.
8. Distancia de menos de 1mm entre las raíces y la cortical superior del canal dentario.
9. Íntimo contacto del canal dentario con las raíces.

10. Superposición entre ambas estructuras.^{8,9}

Si observamos la radiografía panorámica del caso clínico presentado, vemos que coinciden varios de los signos radiológicos expuestos. Puede observarse una imagen radiolúcida en torno a los ápices del tercer molar inferior derecho, así como curvaturas en sus raíces en la zona del canal dentario y una difuminación de las corticales del mismo. También observamos cómo parece que existe un contacto directo entre las raíces del cordal y el canal dentario así como una superposición de imágenes, lo cual se verifica con la imagen de la TC.

En la mayoría de los casos sintomáticos de terceros molares, éstos están semiincluidos provocando un cuadro de pericoronaritis por la comunicación que se establece con el medio bucal; por tanto la eliminación de la corona y su tejido folicular anexo, en principio, podría resolver el problema.⁵ Está claro que si la extracción completa del cordal no supone riesgo de daño del NDI, ésta es la actitud terapéutica de elección, pero si la valoración radiológica indica riesgo elevado de parestesia tras la extracción, podríamos plantearnos la posibilidad de realizar una coronectomía.⁵

Aunque la coronectomía parece ser, a priori, una buena solución para estos casos comprometidos, no es una técnica libre de controversia, porque el cirujano debe plantearse cuestiones como la posibilidad de que aparezca una infección provocada por las raíces retenidas o por la sección de la pulpa.⁴ En respuesta a este tema existen estudios a largo plazo que demuestran que el riesgo de infección posterior es bajo.^{5,10,11}

Según Pogrel y cols.¹² una coronectomía no debe realizarse en las siguientes situaciones¹

1. Dientes con infección activa, especialmente si ésta afecta a las raíces.
2. Dientes que se han movilizado durante las maniobras de extracción, ya que sus raíces podrían actuar como cuerpo extraño y favorecer la infección o migración de las mismas.
3. Dientes impactados horizontalmente a lo largo del canal dentario inferior porque la sección de la corona podría dañarlo (se aconseja emplear la coronectomía en casos de cordales verticales, mesio o distoangulados donde la sección pueda realizarse sin complicar el resultado de la técnica).

CONCLUSIONES

La coronectomía es una opción viable de tratamiento de terceros molares sintomáticos con gran cercanía al nervio dentario inferior que disminuye la posibilidad del daño nervioso.

BIBLIOGRAFIA

1. Recio Lora C, Torres Lagares D, de Maeztu Martínez M, Romero Ruiz MM, Gutiérrez Pérez JL.. Empleo racional de la coronectomía en la extracción de terceros molares incluidos. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2009 Ago; 31: 250-256.
2. Gutiérrez JL, Romero MM, eds. *El Tercer Molar Incluido.* Sevilla: GSK; 2001
3. Drage NA, Renton T. Inferior alveolar nerve injury related to mandibular third molar surgery: An unusual case presentation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;93:358-61.
4. Ecuyer J, Debien J. Deductions operatories Actual *Odontoestomatol* 1984;148: 695-701.
5. Riordan BC. Coronectomy (intentional partial odontectomy of lower third molars) *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004;98:274-80.
6. García A. Coronectomy: a questionable procedure. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 63:723.
7. Commissionat Y, Roisin-Chauson MH. Lésions du nerf alvéolaire inférieur au cours de l'extraction des dents de sagesse. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 1995; 96:385-91.
8. Blaeser BF, August MA, Bruce R, Kaban LB, Dodson TB. Panoramic radiographic risk factors for inferior alveolar nerve injury after third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61: 417-421.
9. 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;63:3-7.
10. Commissionat Y. Prévention des lésions neurologiques post-extractionnelles par coronectomie de la dent de sagesse inférieure. *1a Partie. L'information dentaire* 2005;33:1989-92.
11. Pawelzik J, Cohnen M, Willers R. A comparison of conventional panoramic radiographs with volumetric computed tomography images in the preoperative assessment of impacted mandibular third molars. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60:977-8.
12. Freedman GL. Intentional partial odontectomy: Review of cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1997;55:524-6.



Figura 1. Ortopantomografía previa.

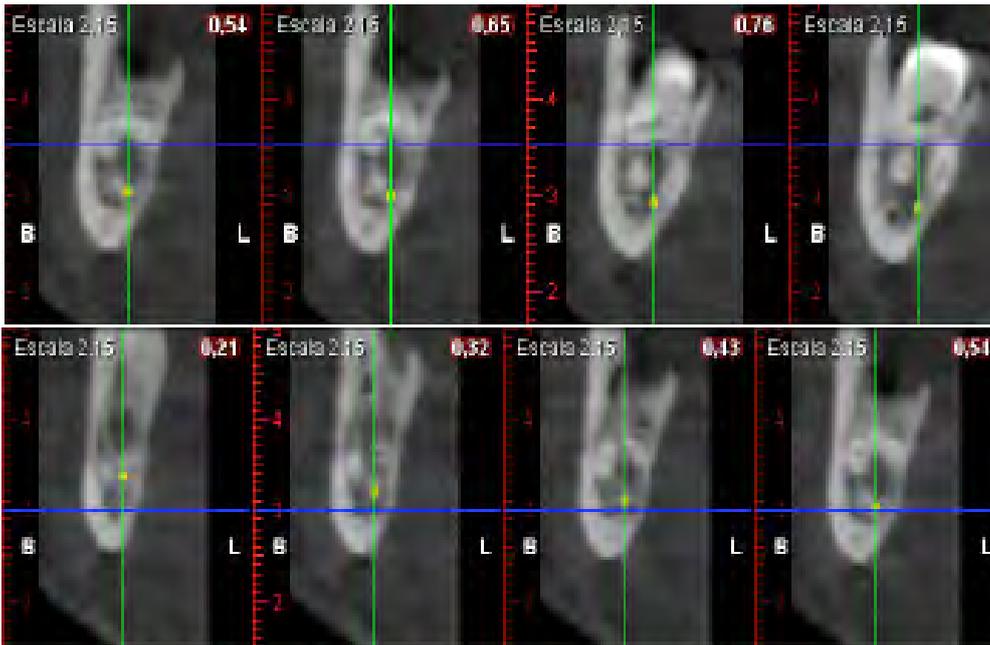


Figura 2. CBCT previo.



Figura 3. Fotografía inicial

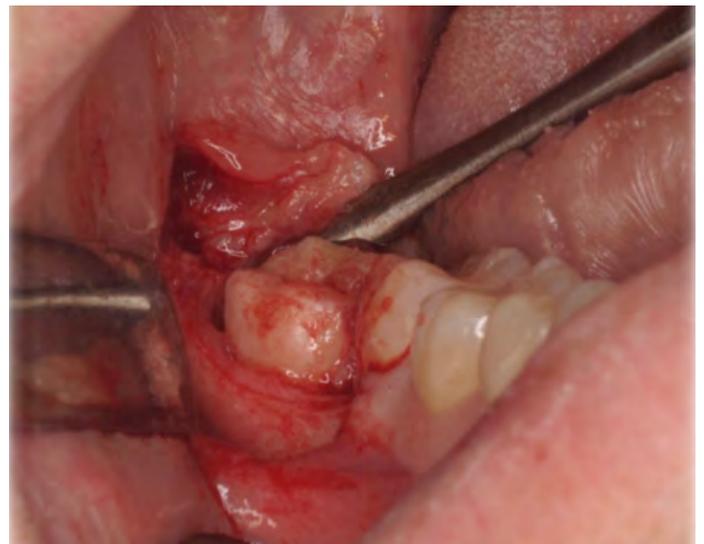


Figura 4. Separación de tejidos

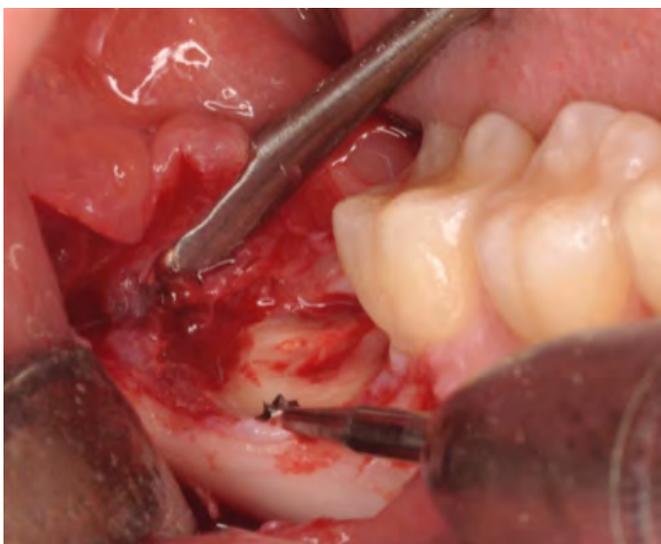


Figura 5. Osteotomía



Figura 6. Desarrollo de la Osteotomía



Figura 7. Odontosección



Figura 8. Sutura



Figura 9. Revisión a la semana

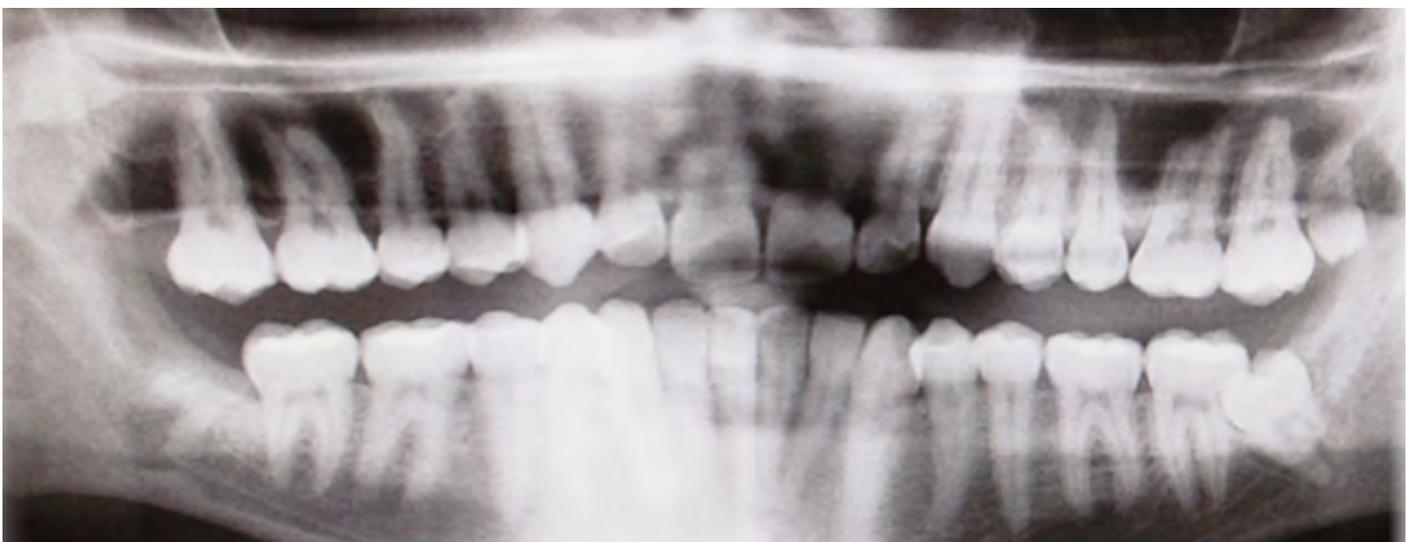


Figura 10. Ortopantomografía a los tres meses de evolución

Normas de publicación

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista Andaluza de Cirugía Bucal publica artículos científicos relacionados con el campo de la Cirugía Bucal que sean de interés para cualquier odontoestomatólogo que desarrolle dicha área en su práctica profesional.

El Comité Editorial seguirá de forma estricta las directrices expuestas a continuación, siguiendo la normativa de Vancouver. Los artículos que no se sujeten a ellas serán devueltos para corrección, de forma previa a la valoración de su publicación.

Todos los artículos remitidos a esta revista deberán ser originales, no publicados ni enviados a otra publicación, siendo el autor el único responsable de las afirmaciones sostenidas en él.

Todos aquellos autores que quieran mandar su artículo científico podrán hacerlo enviándolo vía e-mail **revista@aacib.es**, enviando un archivo con el texto del manuscrito en formato Word para PC, y las imágenes en archivos distintos en formato TIFF o JPG.

TIPOS DE ARTÍCULOS

1. Artículos originales, que aporten nuevos datos clínicos o de investigación básica relacionada con la Cirugía Bucal.

2. Revisiones y puesta al día que supongan la actualización, desde un punto de vista crítico científico y objetivo, de un tema concreto. No existe limitación en el número de citas bibliográficas, si bien se recomienda al autor o autores, que sean las mínimas posibles, así como que sean pertinentes y actualizadas. Además, dado el interés práctico de esta publicación, el texto debe estar apoyado en un adecuado material iconográfico.

3. Resúmenes comentados de literatura actual. Serán encargados por la Revista a personas cualificadas e interesadas en realizar una colaboración continuada.

4. Casos clínicos, relacionados con problemas poco frecuentes o que aporten nuevos conceptos terapéuticos, serán publicados en esta sección. Deben contener documentación clínica e iconográfica completa pre, per y postoperatoria, y del seguimiento ulterior, así como explicar de forma clara el tratamiento realizado. El texto debe ser conciso y las citas bibliográficas limitarse a las estrictamente necesarias. Resultarán especialmente interesantes secuencias fotográficas de tratamientos multidisciplinarios de casos complejos o técnicas quirúrgicas.

5. Cartas al director que ofrezcan comentarios o críticas constructivas sobre artículos previamente publicados u otros temas de interés para el lector. Deben tener una extensión máxima de dos folios tamaño DIN-A4 escritos a doble espacio, centradas en un tema específico y estar firmadas. En caso de que se viertan comentarios sobre un artículo publicado en esta revista, el autor del mismo dispondrá de la oportunidad de respuesta. La pertinencia de su publicación será valorada por el Comité Editorial.

6. Otros, se podrán publicar, con un formato independiente,

documentos elaborados por Comités de Expertos o Corporaciones de reconocido prestigio que hayan sido aceptados por el Comité Editorial.

AUTORES

Únicamente serán considerados como autores aquellos individuos que hayan contribuido significativamente en el desarrollo del artículo y que, en calidad de tales, puedan tomar pública responsabilidad de su contenido. Su número, no será, salvo en casos excepcionales, superior a 7. A las personas que hayan contribuido en menor medida les será agradecida su colaboración en el apartado de agradecimientos. Todos los autores deben firmar la carta de remisión que acompañe el artículo, como evidencia de la aprobación de su contenido y aceptación íntegra de las normas de publicación.

PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

El documento debe ser enviado, en formato Word para PC sobre una página de tamaño DIN-A4 blanco, a 1,5 espacio de interlineado, con márgenes mínimos de 25 mm y con hojas numeradas. Asimismo, se enviarán las imágenes en formato JPG o TIFF en archivos independientes al documento, nunca insertadas en el texto.

Los artículos originales deberán seguir la siguiente estructura:

Primera página

Debe contener:

1. El título del artículo y un subtítulo no superior a 40 letras y espacios, en español.
2. El nombre y dos apellidos del autor o autores, con el (los) grado(s) académico(s) más alto(s) y la afiliación a una institución si así correspondiera.
3. El nombre del departamento(s) e institución(es) responsables.
4. La negación de responsabilidad, si procede.
5. El nombre del autor responsable de la correspondencia sobre el documento.
6. La(s) fuente(s) de apoyo en forma de subvenciones, equipo o fármacos y el conflicto de intereses, si hubiera lugar.

Resumen

Una página independiente debe contener, el título del artículo y el nombre de la revista, un resumen estructurado del contenido del mismo, no superior a 200 palabras, y el listado de palabras clave en español. Las palabras clave serán entre 3 y 10 términos o frases cortas de la lista del «Medical Subject Headings (MeSH)» del «Index Medicus».

Los trabajos de investigación originales contendrán resúmenes estructurados, los cuales permiten al lector comprender rápidamente, y de forma ordenada el contenido fundamental, metodológico e informativo del artículo. Su extensión no debe ser superior a 200 palabras y estará estructurado en los siguientes apartados: introducción (fundamento y objetivo), material y metodología, resultados y conclusiones.

Introducción

Debe incluir los fundamentos y el propósito del estudio, utilizando las citas bibliográficas estrictamente necesarias. No se debe realizar una revisión bibliográfica exhaustiva, ni incluir datos o conclusiones del trabajo que se publica.

Material y metodología

Será presentado con la precisión que sea conveniente para que el lector comprenda y confirme el desarrollo de la investigación. Métodos previamente publicados como índices o técnicas deben describirse solo brevemente y aportar las correspondientes citas, excepto que se hayan realizado modificaciones en los mismos. Los métodos estadísticos empleados deben ser adecuadamente descritos, y los datos presentados de la forma menos elaborada posible, de manera que el lector con conocimientos pueda verificar los resultados y realizar un análisis crítico. En la medida de lo posible las variables elegidas deberán ser cuantitativas, las pruebas de significación deberán presentar el grado de significación y si está indicado la intensidad de la relación observada y las estimaciones de porcentajes irán acompañadas de su correspondiente intervalo de confianza. Se especificarán los criterios de selección de individuos, técnica de muestreo y tamaño muestral, empleo de aleatorización y técnicas de enmascaramiento. En los ensayos clínicos y estudios longitudinales, los individuos que abandonan los estudios deberán ser registrados y comunicados, indicando las causas de las pérdidas. Se especificarán los programas informáticos empleados y se definirán los términos estadísticos, abreviaturas y símbolos utilizados.

En los artículos sobre ensayos clínicos con seres humanos y estudios experimentales con animales, deberá confirmarse que el protocolo ha sido aprobado por el Comité de Ensayos Clínicos y Experimentación Animal del centro en que se llevó a cabo el estudio, así como que el estudio ha seguido los principios de la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983.

Los artículos de revisión deben incluir la descripción de los métodos utilizados para localizar, seleccionar y resumir los datos.

Resultados

Aparecerán en una secuencia lógica en el texto, tablas o figuras, no debiendo repetirse en ellas los mismos datos. Se procurará resaltar las observaciones importantes.

Discusión

Resumirá los hallazgos relacionando las propias observaciones con otros estudios de interés y señalando las aportaciones y limitaciones de unos y otros. De ella se extraerán las oportunas conclusiones, evitando escrupulosamente afirmaciones gratuitas y conclusiones no apoyadas completamente por los datos del trabajo.

Agradecimientos

Únicamente se agradecerá, con un estilo sencillo, su colaboración a personas que hayan hecho contribuciones sustan-

ciales al estudio, debiendo disponer el autor de su consentimiento por escrito.

Bibliografía

Las citas bibliográficas deben ser las mínimas necesarias. Como norma, no deben superar el número de 30, excepto en los trabajos de revisión, en los cuales el número será libre, recomendando, no obstante, a los autores, que limiten el mismo por criterios de pertinencia y actualidad. Las citas serán numeradas correlativamente en el texto, tablas y leyendas de las figuras, según el orden de aparición, siendo identificadas por números arábigos en superíndice.

Se recomienda seguir el estilo de los ejemplos siguientes, que está basado en el Método Vancouver, «Samples of Formatted References for Authors of Journal Articles», que se puede consultar en la siguiente web: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Se emplearán los nombres abreviados de las revistas de acuerdo al «Abridged Index Medicus Journal Titles», basado en el «Index Medicus». Puede consultarlo aquí (<https://www.nlm.nih.gov/bsd/aim.html>)

Es recomendable evitar el uso de resúmenes como referencias, y no se aceptará el uso de «observaciones no publicadas» y «comunicaciones personales». Se mencionarán todos los autores si son menos de seis, o los tres primeros y et al, cuando son siete o más.

Tablas

Deben presentarse en hojas independientes numeradas según su orden de aparición en el texto con números arábigos. Se emplearán para clarificar puntos importantes, no aceptándose la repetición de datos bajo la forma de tablas y figuras. Los títulos o pies que las acompañen deberán explicar el contenido de las mismas.

Figuras

Serán consideradas figuras todo tipo de fotografías, gráficas o dibujos, deberán clarificar de forma importante el texto y su número estará reducido al mínimo necesario.

Se les asignará un número arábigo, según el orden de aparición en el texto, siendo identificadas por el término «Figura», seguido del correspondiente guarismo.

Los pies o leyendas de cada una deben ir indicados y numerados.

Las imágenes deben enviarse, preferentemente en formato JPG o TIFF, con una resolución de 300 píxeles por pulgada, nunca pegadas en el documento de texto.

AUTORIZACIONES EXPRESAS DE LOS AUTORES A RACIB

Los autores que envíen sus artículos a RACIB para su publicación, autorizan expresamente a que la revista reproduzca el artículo en la página web de la que RACIB es titular.

PATROCINADORES AACIB:

BIOHORIZONS®

oxteia


Osteogenos
Dental Surgical Devices


NORMON
DENTAL

 **inibsa**
DENTAL

 **NORIS** Medical
ENGINEERED FOR HEALTH