

GUIA CLÍNICA RAIZ DENTAL RETENIDA



1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para la atención oral que oriente al odontólogo en los criterios de diagnósticos y el tratamiento del manejo de la raíz dental retenida.

2. RESPONSABLES

Los responsables de la adecuada implementación de esta guía son los profesionales de Odontología adscritos al Área de Salud de Bienestar Universitario.

3. GENERALIDADES

Esta guía será aplicada, por los odontólogos que prestan sus servicios en la Universidad del Magdalena, para la atención a los usuarios de la misma.

3.1. DEFINICIONES

Resto Radicular: son raíces que emergen del proceso alveolar, es decir que son perfectamente visibles en el examen intrabucal, y que presentan suficiente tejido dentario a la vista para poder realizar una correcta prensión con un fórceps (Diaz O, 2011).

Etiología: los restos radiculares pueden existir:

- Como consecuencia del proceso progresivo de la caries que ha destruido la mayor parte de la corona dentaria.
- Por tratarse de raíces de dientes fracturados, en intentos previos de extracción, en el curso de la misma sesión quirúrgica o por un traumatismo accidental.
- Raíces que están en mayor o menor grado recubiertas por la encía o la mucosa bucal y no presentan una superficie adecuada para que un fórceps haga una presa correcta y útil (Diaz O, 2011).

El código de diagnóstico de la CIE 10 para la Raíz Dental Retenida es:

K083	RAÍZ DENTAL RETENIDA
------	----------------------

4. NIVELES DE EVIDENCIA (Mangterola C, 2014)

El análisis constante de la evidencia disponible desde la perspectiva de los diferentes escenarios clínicos, permite establecer grados de recomendación para el ejercicio de procedimientos diagnósticos, terapéuticos, preventivos y económicos en salud; e indica la forma de valorar el conocimiento en función de etiología, daño, morbilidad y complicaciones; pronóstico, historia natural y curso clínico de una enfermedad o evento de interés. Estos han de actualizarse permanentemente en relación al avance del conocimiento, del desarrollo tecnológico y al estado del arte.

Figura 1. Grados de recomendación para las intervenciones de prevención (CTFPHC)

Grados de recomendación	Interpretación
A	Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención
B	Existe evidencia moderada para recomendar la intervención clínica de prevención
C	La evidencia disponible es contradictoria y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.
D	Existe evidencia moderada para NO recomendar la intervención clínica de prevención
E	existe buena evidencia para NO recomendar la intervención clínica de prevención.
I	Existe evidencia insuficiente (cualitativa y cuantitativamente) para hacer una

Figura 2. Niveles de evidencia e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones (CTFPHC)

Niveles de Evidencia	Interpretación
I	Evidencia existente surge a partir de ensayos clínicos CON asignación aleatoria.
II-1	Evidencia existente surge a partir de ensayos clínicos SIN asignación aleatoria.
II-2	Evidencia existente surge a partir de estudios de cohortes, y de casos y controles, idealmente realizados
II-3	Evidencia existente surge a partir de comparaciones en el tiempo o entre distintos centros, con o sin intervención; podrían incluirse resultados provenientes de estudios SIN asignación aleatoria.
III	Evidencia existente surge a partir de la opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informe de comités expertos.

Figura 3. Validez interna e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones de prevención (CTFPHC)

Grados de recomendación	Interpretación
Buena	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que cumple los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
Moderada	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que no cumple (o no está claro que cumpla) al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado, aunque no tenga defectos metodológicos graves. los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
Insuficiente	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que tiene un diseño al menos un defecto metodológico grave, o que no cumple (o no está claro que cumpla) , al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado. O, que no tenga defectos metodológicos graves, pero que acumule defectos menores que hagan que los resultados del estudio no permitan plantear recomendaciones.

5. SIGNOS Y SINTOMAS (Metrosalud, 2011)

Los dientes se extraen por diversas razones:

- Caries no restaurable.
- Fracaso repetitivo de tratamiento endodóntico con pérdida de corona.
- Trauma dentoalveolar que no permite la rehabilitación final.
- Reabsorción radicular interna y/o externa.
- Fractura coronal no restaurable.
- Infecciones apicales refractarias.

Es indispensable recabar datos de los antecedentes como: enfermedades actuales y previas del paciente (endocarditis, prótesis, diabetes, inmunodepresión, trastornos renales, entre otras), consumo de alcohol, tabaco, drogas, hipersensibilidad a fármacos y la edad del paciente, los que necesariamente modifican la conducta terapéutica y profiláctica. Nivel de evidencia 3.

6. FACTORES DE RIESGO (Metrosalud, 2011)

- Pérdida de soporte óseo.
- Transformación Quístico-tumoral de sacos dentarios
- Por riesgo de Rizoclasia de dientes vecinos
- Pericoronitis
- Traba de erupción.
- Supernumerarios.
- Riesgo fractura mandibular.
- Neuralgias Asociadas.
- Indicaciones prostodónticas.
- Indicación Ortodóntica.
- Apiñamiento.
- Previo a cirugías ortognáticas.
- Anquilosis en dientes temporales.
- Incorrecta reabsorción en dientes temporales.
- Como estrategia de guía de erupción.
- Por exfoliación retrasada.
- Por riesgo de deglución o bronco aspiración por reabsorción avanzada de dientes temporales.
- Problemas socio económicos del paciente que dificulta la odontología restauradora.

7. PREVENCIÓN

Buena higiene oral y control regular con odontólogo y/o higienista oral.

8. AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Las radiografías periapicales nos permiten:

- Informa del estado periodontal a lo largo de toda la superficie del diente retenido (existencia o sospecha de anquilosis).
- Nos precisa la morfología y anatomía coronorradicular del diente retenido (acodadura radicular, estado del ápice, volumen, displasia)
- Nos indica la relación de la raíz dental retenida con l o los dientes vecinos y nos descarta la posible presencia de reabsorciones radiculares en los dientes contiguos.

9. TRATAMIENTO (Metrosalud, 2011)

Exodoncia: La decisión clínica debe considerar factores relacionados con el paciente (estado de salud general y bucal, percepciones sobre el tratamiento); factores relacionados con el diente y tejidos periodontales (condición periodontal y pulpar del diente, color del diente, cantidad y calidad del hueso, características de los tejidos blandos); factores relacionados con el tratamiento (complejidad del tratamiento, resultados esperados, procedimientos adicionales). Nivel de evidencia 4.

Se debe eliminar los focos de infección (restos radiculares y órganos dentarios con peritonitis) especialmente en pacientes diabéticos disminuye las posibilidades de desarrollar una infección cervicofacial. La falta de higiene favorece el desarrollo de la infección odontogénica, éstas medidas deben ser extremas en pacientes con comorbilidades.

En dientes temporales:

Recordar que el mejor mantenedor es el diente. Grado D, nivel de evidencia 4. En caso de no ser posible la restauración del diente, se sugiere el mantenedor de espacio para evitar maloclusión.

Exodoncia Método Cerrado: se debe:

- Realizar historia clínica integral con énfasis en alertas y antecedentes médicos.
- Explorar la cavidad bucal inspeccionando los tejidos duros y blandos alrededor de la zona a intervenir, con el fin de determinar el tamaño y posición de la estructura; así como su relación con los órganos vecinos.
- Tomar radiografía periapical de la zona a intervenir o radiografía panorámica.

- Realizar un estudio de la longitud del arco antes de realizar la exodoncia para determinar la necesidad de mantenedor de espacio. Grado B, nivel de evidencia 2++.

El paciente y los padres deben conocer la complejidad de cualquier acción que se vaya a ejecutar, se les debe explicar las posibles complicaciones.

Se debe controlar el dolor y la ansiedad con el uso de técnicas no farmacológicas como: decir-mostrar-hacer, modelado, desensibilización y distracción contingente. Grado A, nivel de evidencia 1++.

Se debe manejar un lenguaje adecuado para el paciente pediátrico, sin dejar ver la aguja y anticipando los movimientos bruscos. Grado D, nivel de evidencia 3.

Aplicar el anestésico tópico con una torunda antes de la inyección para disminuir la incomodidad asociada con la penetración de la aguja, durante 1 minuto y lograr su efecto máximo. Se recomienda utilizar anestesia tópica con saborizante, Benzocaína al 20% en gel. Su período de acción varía de 30 segundos a 2 minutos. Grado B; nivel de evidencia 2++.

Aplicar la anestesia teniendo en cuenta que en el paciente pediátrico los espacios son más pequeños, los tejidos blandos son más irrigados y presentan mayor número de células, las estructuras óseas son menos mineralizadas y más permeables por lo tanto se requiere menos anestésico. Grado B, nivel de evidencia 2++.

- Realizar infiltración lenta, es menos dolorosa, por producir menos expansión de los tejidos.
- Se le explica al paciente la sensación anestésica y de hormigueo, con un lenguaje adecuado a su edad.
- Indicar a los padres o acompañantes el cuidado post anestésico, para evitar el mordisqueo de labios y carrillos hasta que pase el efecto anestésico.

Técnica quirúrgica método abierto:

Se recomienda el uso de clorhexidina por su acción antibacteriana. La sustantividad que es la propiedad de este agente para ser retenido por la cavidad bucal para luego ser liberado por un período largo incrementa su efecto antimicrobiano. Grado C.

Medicación:

Se recomienda, indicar analgésicos / antiinflamatorios no esteroideos posterior a los procedimientos quirúrgicos, especialmente en el caso de dientes con historia dolorosa. Grado B, nivel de evidencia 2.

No se justifica la prescripción de antibióticos como coadyuvantes en el manejo del dolor, solo deben utilizarse si existe evidencia de procesos infecciosos. Grado A.

El uso conservador de antibióticos está indicado para minimizar el riesgo de desarrollo de resistencias frecuentes a los regímenes de estos medicamentos. Dado el incremento en el número de microorganismos que ha desarrollado resistencia a los antibióticos, es mejor ser prudente en su uso para la prevención de endocarditis y otras condiciones.

Los antibióticos más utilizados son amoxicilina, penicilina, azitromicina, eritromicina, clindamicina.

- Amoxicilina:
 - Niños: 40 – 50 mg/kg/día. Vía Oral. Cada 8 horas.
 - Adultos: cápsulas de 500 mg. Vía Oral 500 mg cada 8 horas, por 7 a 10 días.
- Eritromicina. En caso de alergia a la penicilina.
 - Niños: 30 – 50 mg/kg/día. Vía Oral. Cada 6 horas.
 - Adultos: Tabletas de 500 mg. Vía Oral 500 mg cada 6 horas.
- Clindamicina:
 - Niños: 10 - 30 mg/kg/día. Vía oral cada 6 horas.
 - Adultos: Cápsulas de 300 mg. Vía oral cada 6 horas.
- Acetaminofén:
 - Niños: Jarabe de 150 mg/ 5 ml. Vía oral de 10 - 15 mg/kg dosis cada 4 - 6 horas.
 - Adultos: Tabletas de 500 mg. Vía oral 500 – 1000 mg cada 4 – 6 horas.
- Naproxeno:
 - Niños: Suspensión de 125 mg/ 5 ml. Vía oral *Analgésico*: de 10 - 20 mg/kg/día cada 8 - 12 horas.
Antiinflamatorio: 20 - 30 mg/kg/día cada 8 - 12 horas.
 - Adultos: Tabletas de 250 - 500 mg. Vía oral 500 – 1000 mg cada 4 – 6 horas.
- Ibuprofeno:
 - Niños: Suspensión de 125 mg/ 5 ml. Vía oral
Analgésico: de 4 - 6 mg/kg/día cada 6 - 8 horas.
Antiinflamatorio: 8 - 10 mg/kg/día cada 6 - 8 horas.
 - Adultos: Tabletas de 400 - 600 mg. Vía oral 400 mg cada 6 – 8 horas.

Metas del Tratamiento: La exodoncia debe ser considerada como último recurso en la estomatología. El Sistema General de Seguridad Social en Salud ha elaborado varios programas de promoción y mantenimiento de la salud en busca de la conservación de las estructuras dentarias como parte de la salud integral de los individuos. Se insiste en realizarlas solamente cuando estén bien justificadas.

10. MATERIALES, INSTRUMENTAL Y EQUIPO

- Mango de bisturí y hoja de bisturí
- Tijeras.

- Pinzas de Campo
- Pinzas de disección.
- Pinza de Adson.
- Pinza mosquito hemostática.
- Pinza de forcipresión.
- Periostótomo.
- Abrebocas.
- Separador de Farabeuf.
- Cureta quirúrgica.
- Pinza Gubia.
- Lima de hueso.
- Portaguñas.
- Sutura y agujas.
- Electrobisturí.

11. PRONÓSTICO (Metrosalud, 2011)

En condiciones normales podemos encontrar:

- Posible sangrado continuado, la cual se controla con presión y hemostáticos locales.
- Se pueden presentar algunas complicaciones que son frecuentes, generalmente con muy poca trascendencia, como son: aparición de hematomas, daños pequeños en los tejidos blandos de la zona afectada, sobreinfección de la herida, dolor e inflamación en la zona.
- La alveolitis es una de las complicaciones que se puede presentar en el 2 a 5% de las extracciones; es la infección en el alvéolo (la cavidad ósea donde se aloja el diente) que produce un dolor muy intenso y poco cede a los tratamientos. Se produce por despegamiento o pérdida prematura el coágulo de sangre que debería ocupar el alvéolo, lo que permite la entrada de saliva en el mismo y su colonización por microbios. Es más frecuente y severa en fumadores.
- En la extracción de dientes sinusales es un riesgo específico que se puede presentar; donde se puede presentar una comunicación oro-antral u oro-sinusal, que se traduce en una comunicación entre la boca y las fosas nasales, Si persiste, su cierre puede requerir una pequeña intervención quirúrgica específica, realizada por especialistas.
- La penetración de la raíz se puede presentar en los dientes superiores situados detrás del canino, empujada por los instrumentos, en el seno maxilar, que es una cavidad neumática o aérea, situada en el espesor del hueso maxilar.
- En la extracción de las cordales, puede producirse una lesión del nervio dentario inferior, que se encuentra dentro del hueso en una cercanía inevitable de las raíces de los molares; esta lesión puede ocasionar disminución de la sensibilidad (hipoestesia) o pérdida total de la misma (anestesia) en la mitad correspondiente del labio.

- A nivel de las cordales, en los dientes inferiores, puede producirse una lesión del nervio lingual. También se puede producir accidentalmente una fractura de la mandíbula, por resistencia insuficiente del hueso. En ocasiones puede ocasionar hipoestesia o anestesia de la lengua que puede desaparecer en unos meses o ser irreversible (según el tipo de lesión nerviosa).
- En casos de exodoncia quirúrgica, mediante el uso de colgajos o por la extracción radicular situado profundamente por debajo de la encía, se pueden presentar riesgos quirúrgicos a saber: dolor, inflamación, hemorragia, sobreinfección de la herida, hematomas y daños pequeños en los tejidos blandos adyacentes debido a la manipulación quirúrgica.
- El trismo es un riesgo específico debido a la inflamación postquirúrgica, molestias en la articulación témporo-mandibular, por la posición de la boca abierta que se debe adoptar durante la cirugía.

En los pacientes que se decide no realizar intervención quirúrgica, se les debe hacer seguimiento clínico y radiográfico inicialmente cada seis (6) meses, luego anualmente durante cinco (5) años y si no se encuentran cambios después de este período el examen se puede realizar cada dos (2) años.

12. FLUJIGRAMA DE DECISIONES



