



24 329

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

E. N. E. P. IZTACALA

"REIMPLANTES"

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
MAXIMO GERARDO ORTIZ ROJAS

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO 1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

- I .- INTRODUCCION
- II .- HISTORIA
- III .- ANATOMIA
 - A).- DENTAL
 - B).- TEJIDOS DE SOPORTE
- IV .- COMPONENTES HISTOLOGICOS
 - A).- DIENTE
 - B).- PARODONTO
- V .- REACCIONES HISTOLOGICAS
 - A).- ANQUILOSIS
 - B).- CUERPO EXTRAÑO
- VI .- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
- VII .- TECNICAS QUIRURGICAS
 - A).- ASEPSIA DE LA ZONA
 - B).- CAMPOS OPERATORIOS
 - C).- TÉCNICAS MAS COMUNES
- VIII.- INSTRUMENTAL
 - A).- EXODONCIA
 - B).- ENDODONCIA
 - C).- CIRUGÍA
 - D).- MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN.

- IX .- ANESTESIA
 - A).- LOCAL
 - B).- REGIONAL

- X .- PREOPERATORIO
 - A).- PREPARACIÓN DEL PACIENTE
 - B).- REQUERIMIENTOS DE LABORATORIO
 - CO.- EXÁMEN RADIOGRÁFICO.

- XI .- TRANSOPERATORIO
 - A).- EXODONCIA
 - B).- TÉCNICA ENDODÓNTICA
 - C).- APICECTOMÍA
 - D).- MÉTODOS DE FIJACIÓN.

- XII .- POSTOPERATORIO
 - A).- INDICACIONES AL PACIENTE
 - B).- TERAPÉUTICA MÉDICA
 - C).- CONTROL PERIÓDICO DEL TRATAMIENTO

- XIII.- RESUMEN

- XIV .- DISCUSION

- XV .- CONCLUSIONES

- XVI .- BIBLIOGRAFIA.

C A P I T U L O I

I N T R O D U C C I O N

PODRÍAMOS DEFINIR UN REIMPLANTE COMO EL MÉTODO Y LA TÉCNICA A SEGUIR POR MEDIO DE LOS CUALES SE EXTRAER Y SE COLOCA EN SU ALVEOLO UN MISMO DIENTE; A DIFERENCIA DEL TRASPLANTE EN LA QUE EL DIENTE PREVIAMENTE EXTRAÍDO SE COLOCA EN OTRO ALVEOLO YA SEA DE LA MISMA PERSONA O DE OTRA; TAMBIÉN DIFIERE DEL IMPLANTE QUE SE EXPLICA COMO LA SUBSTITUCIÓN DEL ÓRGANO DENTARIO EXTRAÍDO POR CUALQUIER OTRO MATERIAL EXTRAÑO AL ORGANISMO.

PARA PROCEDER A LA REALIZACIÓN DE UN REIMPLANTE DENTARIO CABE HACER NOTAR QUE EXISTEN TRATAMIENTOS PRIORITARIOS, COMO LA PROFILAXIS O ELIMINACIÓN DE TÁRTARO EN CASO DE ESTAR ADHERIDO A LOS DIENTES; EN CASO DE ESTOMATITIS (ENFERMEDAD PARODONTAL), TRATAREMOS DE ELIMINAR EL FACTOR ETIOLÓGICO, INSTITUYENDO SU TRATAMIENTO; ELABORAREMOS TAMBIÉN UNA HISTORIA CLÍNICA GENERAL Y LOS EXÁMENES PREOPERATORIOS QUE SE JUZGUEN NECESARIOS PARA OBTENER ASÍ UN COMPLETO CONTROL SOBRE EL PACIENTE PUDIENDO VALORAR ENTONCES SI EXISTEN LAS INDICACIONES PROPIAS PARA ESTA OPERACIÓN.

ES POSIBLE OBTENER MEJORES RESULTADOS EN PACIENTES JÓVENES QUE EN ADULTOS, YA QUE EN LOS PRIMEROS, SI NO EXISTE ALGÚN FACTOR ETIOLÓGICO QUE SE OPONGA HABRÁ UNA MAYOR REGENERACIÓN DE TEJIDOS POR HABER UNA REACCIÓN HISTOLÓGICA MAS ACTIVA EN LA PRODUCCIÓN DE NUEVAS CÉLULAS, SIN EMBARGO EL HECHO DE SER ADULTO NO ES UNA CONTRAINDICACIÓN O UN FACTOR QUE NOS IMPIDA LLEVAR A CABO ESTE TRATAMIENTO CON ÉXITO, PUES UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA CORRECTA Y ADEMÁS LA COLABORACIÓN POSITIVA DEL PACIENTE SERÁN IMPORTANTES PARA QUE LA FINALIDAD DE ESTA OPERACIÓN CUMPLA CON SUS OBJETIVOS DE FUNCIONALIDAD Y QUIZÁ TAMBIÉN DE ESTÉTICA.

CAPITULO II

HISTORIA

DURANTE MUCHO TIEMPO, SE HA TRATADO DE INTERPRETAR LAS COSTUMBRES Y FORMA DE VIDA DE NUESTROS ANTEPASADOS, Y AUNQUE TAL VEZ SEA MUCHO LO QUE AÚN SE IGNORA, PODEMOS DARNOS CUENTA QUE DENTRO DE LOS TESTIMONIOS ENCONTADOS, SE DESTACA SIEMPRE EL INTERÉS QUE REPRESENTABA LA CONSERVACIÓN DE LA SALUD Y EN ALGUNOS CASOS ESPECIFICAMENTE DE BUEN ESTADO DE LOS ÓRGANOS DENTARIOS, CON ÉSTO APORTABAN ASÍ CADA VEZ MAYORES CONOCIMIENTOS A LA CIENCIA MÉDICA DESPUÉS DE OBTENER RESULTADOS POSITIVOS AL RESTAURAR O RESTITUIR LOS ÓRGANOS AFECTADOS.

ASÍ PODEMOS MENCIONAR COMO EL DATO HISTÓRICO MAS ANTÍGUO, EL HECHO DE HIPÓCRATES EN EL AÑO 450 A. DE C. YA REALIZABA LA REIMPLANTACIÓN DENTARIA EN LA CUAL COLOCABA EN SU LUGAR LOS ÓRGANOS AVULSIONADOS Y LOS INMOVILIZABA CON ALAMBRE, A MANERA DE FÉRULA; POSTERIORMENTE ABULCASIS (MÉDICO ARABE) REALIZÓ LA MISMA OPERACIÓN PERO NO REFIRIÓ TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA; AL IGUAL QUE AMBROSIO PARÉ, PERO ÉSTE HACIA EL AÑO DE 1550.

DESPUÉS DE ÉSTOS HECHOS NO EXISTEN REFERENCIAS DE CASOS REALIZADOS, SINO HASTA EL SIGLO XVIII CON PEDRO DU POINT QUE ALIVIABA LOS DOLORES DE ORIGEN DENTARIO EXTRAYÉNDOLO Y REUBICÁNDOLO DESPUÉS EN SU ALVEOLO, TAMBIÉN SCHELBAMEN EN EL MISMO SIGLO EMPLEA ESTE TRATAMIENTO PARA DIENTES QUE TIENEN SUS CONDUCTOS POCO ACCESIBLES.

PARALELAMENTE A ESTOS HECHOS EN AMÉRICA EMPIEZA CON LAMAYEUR HACIENDO REIMPLANTES Y TRANSPLANTES EN DIENTES ANTERIORES POR LO QUE REMUNERABA A SUS PACIENTES AL PERMITIRLE HACER DICHAS EXTRACCIONES,

HACIA 1746, PIERRE FAUCHARD Y MITSCHLICH, COMPROBARON QUE SE OBTENÍA LA CONSOLIDACIÓN DE "DIENTES SECOS", AL HABERSE REALIZADO UN REIMPLANTE EXISTIENDO UNA FIJACIÓN ENTRE EL DIENTE DESVITALIZADO Y EL PARODONTO.

EN EL SIGLO XIX, BOURDET ES LLAMADO EL PADRE DE LA REIMPLANTACIÓN DENTARIA, POR OBTURAR UN DIENTE MEDIANTE SU TÉCNICA Y REIMPLANTARLO,

EN 1820, MITSCHER, LICH Y FUCHER SE DESTACAN POR SUS INVESTIGACIONES ACERCA DE LA FIJACIÓN DEL DIENTE EN EL ALVEOLO AL REIMPLANTARLO Y LAS PUBLICAN AL IGUAL QUE JOHN HUNTER

QUE ESCRIBE UN LIBRO Y EMPIEZA A ENFOCARSE A LA REABSOR-
CIÓN RADICULAR.

DURANTE EL SIGLO XIX, DE LAVERRE, DESCUBRE QUE LA ELIMINA
CIÓN DEL ÁPICE DEJABA A LA VISTA UN MEJOR PRONÓSTICO PARA
EL DIENTE YA QUE EVITÓ UN GRAN NÚMERO DE RECHAZOS POR IN-
FECCIÓN (KELLS TAMBIÉN PREFIERE LA REALIZACIÓN DEL REIM-
PLANTE EN LUGAR DE APICECTOMÍA).

POSTERIORMENTE SE HICIERON ÉSTOS Y HASTA LA FECHA SE REA-
LIZAN ESTUDIOS HISTOLÓGICOS EN PERSONAS Y ANIMALES COMO LAS
DE WILLIAM Y YOUNGER, QUE AFIRMAN QUE SUS EXPERIMENTOS MUES-
TRAN A LA MEMBRANA PARODONTAL COMO INDISPENSABLE PARA QUE
SE ESTABLEZCA EL ANQUILOSAMEINTO PERO NO OBSTANTE CON MU-
CHAS COSAS AÚN POR INVESTIGAR GROSSMAN, BASUALDO, BARANCHUCK
Y MUCHOS OTROS REALIZAN TRABAJOS PARA DETERMINAR EL COMPOR-
TAMIENTO HISTOLÓGICO DEL REIMPLANTE.

CAPITULO III

ANATOMIA

A).- DENTAL.-

ME REFERIRÉ CON MAS ÉNFASIS A LA ANATOMÍA RADICULAR POR SER ÉSTA MAS COMPLICADA Y MENOS ESTUDIADA TAL VEZ QUE LA ANATOMÍA CORONARIA.

DIENTES ANTERIORES.-

INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES.- SE DISTINGUE DE LOS DEMÁS INCISIVOS POR SER LOS MAS ANCHOS DE MESIAL A DISTAL, PODEMOS SABER CUAL ES DERECHO E IZQUIERDO POR LO SIGUIENTE:

SU ÁNGULO MESIAL ES RECTO EN INCISAL MIENTRAS QUE SU ÁNGULO DISTAL ES CURVO FORMANDO EL BORDE CORTANTE UNA LÍNEA QUE VA SUBIENDO LIGERAMENTE DE MESIAL A DISTAL, TIENEN UNA SOLA RAÍZ Y UN SOLO CANAL RADICULAR, SU RAÍZ ES MUY VOLUMINOSA Y TIENE UNA LIGERA INCLINACIÓN AXIAL HACIA DISTAL QUE EN UN CORTE VESTÍCULO-LINGUAL MUESTRA QUE LA CÁMARA PULPAR SE HACE PUNTIFORME CERCA DEL BORDE INCISAL.

INCISIVOS LATERALES SUPERIORES.- SON LOS INCISIVOS SUPERIORES MAS PEQUEÑOS Y TIENEN SUS CARACTERÍSTICAS SIMILARES A LOS CENTRALES:

TIENEN UNA SOLA RAÍZ, MAS DELGADA QUE LA DEL CENTRAL Y FRECUENTEMENTE DILACERADA HACIA DISTAL.

CANINOS SUPERIORES.- SON FACILMENTE NOTORIOS, SUS DETALLES ANATÓMICOS POR SU CÚSPIDE, SE DISTINGUE EL DERECHO DEL IZQUIERDO POR TENER DE LA CÚSPIDE A LA CARA MESIAL, MAYOR DISTANCIA QUE HACIA DISTAL, TIENEN LA RAÍZ MAS LARGA DE SU ARCADA Y EN UNA VISTA VESTÍBULO-LINGUAL PUEDE PARECER MUY DELGADA, TIENE UN SOLO CONDUCTO RADICULAR QUE MESIO-DISTALMENTE ES MUY AMPLIO.

INCISIVOS CENTRALES Y LATERALES INFERIORES.- EN LOS INCISIVOS INFERIORES, LOS CENTRALES Y LATERALES SON MUY PARECIDOS ENTRE SÍ, PERO LOS PODEMOS DISTINGUIR POR LO SIGUIENTE:

LOS CENTRALES SON POCO MAS ANGOSTOS QUE LOS LATERALES, SE PUEDEN APRECIAR LOS DERECHOS Y LOS IZQUIERDOS POR LA MISMA CARACTERÍSTICA QUE LOS SUPERIORES AUNQUE SUS DETALLES SON MUCHO MAS PEQUEÑOS; RADICULARMENTE TAMBIÉN SON MUY PARECIDOS, TIENEN UNA RAÍZ ANGOSTA EN SENTIDO MESIO-DISTAL Y RELATIVAMENTE ANCHA EN SENTIDO VES

TÍBULO-LINGUAL, PUEDEN PRESENTAR CURVATURA DISTAL O LINGUAL Y PUEDEN TENER DOS CONDUCTOS RADICULARES SIENDO EL VESTIBULAR EL MAS RECTO, ESTA DIVISIÓN SE PUEDE ENCONTRAR EN EL TERCIO CERVICAL.

CANINOS INFERIORES.- SON IGUALMENTE FÁCILES DE DISTINGUIR ENTRE SÍ, CON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS QUE HAY EN LOS SUPERIORES, CON LA DIFERENCIA DE QUE SON MAS ANGOSTOS, EL IZQUIERDO Y EL DERECHO SE DIFERENCIAN POR LO MISMO QUE LOS SUPERIORES; RADICULARMENTE SON LOS MAS LARGOS DE SU ARCADA Y OCASIONALMENTE ÉSTA SE DIVIDE EN DOS EN EL TERCIO APICAL.

DIENTES POSTERIORES.-

PREMOLARES SUPERIORES.- SON CASI IDÉNTICOS, SE PUEDEN DISTINGUIR ENTRE UNO Y OTRO POR SER EL SEGUNDO MAS CHICO QUE EL PRIMERO, DE LOS INFERIORES SE DISTINGUE POR TENER SUS DOS TUBÉRCULOS A LA MISMA ALTURA Y MAS GRANDES, SU FORMA VISTA POR SU CARA OCLUSAL ES OVALADA, EL PRIMERO EN UN 60% TIENE DOS RAÍCES CON UN CONDUCTO VESTIBULAR Y OTRO PALATINO Y EN UN 40% UNA RAÍZ CON DOS CONDUCTOS, LAS DOS RAICES GENERALMENTE ESTÁN SEPARADAS

EN EL TERCIO MEDIO DE LA RAÍZ TENIENDO POR LO GENERAL LA MISMA LONGITUD DE CÚSPIDE A ÁPICE; EL SEGUNDO EN UN 85% DE LOS CASOS TIENE UNA SOLA RAÍZ Y EN UN 15% TIENE DOS RAÍCES Y DOS CONDUCTOS RADICULARES.

PRIMEROS MOLARES SUPERIORES.- SE DISTINGUEN DE LOS PRIMEROS MOLARES INFERIORES POR TENER CUATRO TUBÉRCULOS ÚNICAMENTE DOS VESTIBULARES Y DOS LINGUALES, TIENE TRES RAÍCES, DOS VESTIBULARES Y UNA PALATINA, EN OCASIONES LA RAÍZ MESIO-VESTIBULAR TIENE DOS CONDUCTOS (KIMURA, KUTTLER Y PINEDA).

SEGUNDOS MOLARES SUPERIORES.- TIENE LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS QUE LOS ARRIBA MENCIONADOS, SIENDO UN POCO MAS PEQUEÑAS, RADICULARMENTE TIENEN LA MISMA FORMA, SOLO QUE EN UN 10% TIENEN DOS RAÍCES, UNA VESTIBULAR Y UNA PALATINA,

PRIMEROS PREMOLARES INFERIORES.- SU TUBÉRCULO (CÚSPIDE) LINGUAL ES CASI NULO, EN CAMBIO SU TUBÉRCULO BUCAL ES BASTANTE NOTORIO CASI TAN PROMINENTE COMO LOS CANINOS, TIENE UNA SOLA RAÍZ Y UN SOLO CANAL PERO EN UN 15% EL CANAL SE BIFURCA EN EL TERCIO MEDIO O APICAL,

SEGUNDOS PREMOLARES INFERIORES.- TIENEN SUS DOS TUBÉRCULOS POCO MAS O MENOS A LA MISMA ALTURA, SIENDO EL - LINGUAL LIGERAMENTE MAS PEQUEÑO, RADICULARMENTE ES IGUAL AL PRIMERO.

PRIMEROS MOLARES INFERIORES.- SE DISTINGUEN DE LOS DEMÁS POR SUS CINCO TUBÉRCULOS, TRES BUCALES Y DOS LINGUALES, SU FORMA VISTA POR OCLUSAL ES CASI CUADRADA, TIENE DOS RAÍCES UNA MESIAL Y UNA DISTAL, LA MESIAL CON DOS CONDUCTOS SEPARADOS EN UN 90% Y EN UN 10% TIENE UN SOLO CONDUCTO.

SEGUNDOS MOLARES INFERIORES.- TIENE LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS QUE EL PRIMERO DISTINGUIÉNDOSE DEL MISMO POR SER MAS PEQUEÑO, AL IGUAL QUE EL PRIMERO TIENE DOS RAÍCES Y TRES CONDUCTOS, DOS CONDUCTOS MESIALES Y UNO DISTAL, Y EN UN BAJO PORCENTAJE EXISTEN SOLO DOS CONDUCTOS.

B).- TEJIDOS DE SOPORTE.-

LA ANATOMÍA TOPOGRÁFICA NOS DARÁ UNA MEJOR RELACIÓN Y UBICACIÓN DE LAS ZONAS DONDE EL CLÍNICO DEBERÁ ACTUAR EN CASO DE QUE EN EL TRATAMIENTO ESTUVIERAN INVOLUCRA

DOS LOS MEDIOS QUIRÚRGICOS, POR TANTO DEBEMOS TOMAR EN CUENTA LAS SIGUIENTES RELACIONES:

MAXILAR SUPERIOR.- ESTÁ EL VOMER, LOS UNGUIS, LOS PALATINOS, LOS CORNETES INFERIORES, LOS HUESOS PROPIOS DE LA NARÍZ, LOS MOLARES Y EL PROCESO ALVEOLAR QUE CONTIENE LOS DIENTES Y QUE A SU VEZ SE PONE EN RELACIÓN CON LOS ÓRGANOS VECINOS QUE SON:

SENOS MAXILARES, FOSAS NAALES, BÓVEDA PALATINA, Y LAS INSERCIONES MUSCULARES QUE SE ENCUENTRAN POR ARRIBA DE LOS ÁPICES COMO EN EL CASO DEL MÚSCULO MUNITIFORME QUE ESTÁ POR ARRIBA DEL INCISIVO CENTRAL, TAMBIÉN SOBRE EL INCISIVO LATERAL SE ENCUENTRA EL MÚSCULO INCISIVO DEL LABIO SUPERIOR, Y ENTRE EL LATERAL Y EL CANINO ENCONTRAREMOS EL MÚSCULO TRANSVERSO DE LA NARÍZ.

MANDÍBULA.- ES UN HUESO IMPAR, MEDIO Y SIMÉTRICO RELACIONADO CON EL CRÁNEO POR LA ARTICULACIÓN TEMPROMANDIBULAR, CÓNDILO DE LA MANDÍBULA Y CAVIDAD GLENOIDEA DEL TEMPORAL.

UNA DE LAS RELACIONES MAS IMPORTANTES QUE PODEMOS ENCONTRAR POR DEBAJO DEL PROCESO ALVEOLAR, ES EL CONDUCTO DENTARIO POR DONDE PASA EL NERVIO DENTAL INFERIOR Y HACIA LA PARTE ANTERIOR A LOS LADOS DE LA LÍNEA ME-

DIA LOS AGUJEROS MENTONIANOS, LAS INSERCIONES QUE DE-
BEMOS TOMAR EN CUENTA, SON LAS DEL MÚSCULO BUCCIONADOR
YA QUE EN CASO DE ALGUNA INCISIÓN ÉSTA DEBE SER HORI-
ZONTAL O PARALELA AL MISMO PARA NO LESIONAR SUS FIBRAS.

CAPITULO IV

COMPONENTES HISTOLOGICOS

A).- DIENTE.-

LOS TEJIDOS QUE INTEGRAN LA ESTRUCTURA DENTARIA SON:

ESMALTE, DENTINA Y CEMENTO QUE SON TEJIDOS DUROS Y PULPA QUE ES TEJIDO BLANDO.

ESMALTE.- SE ENCUENTRA CUBRIENDO LA DENTINA DE LA CORONA DE LOS DIENTES HASTA EL CUELLO DE LOS MISMOS, EN DONDE SE RELACIONA CON EL CEMENTO RADICULAR DENOMINANDOSELE UNIÓN AMELODENTINARIA.

SU COMPOSICIÓN QUÍMICA ES DE TRES PARTES ESCENCIALMENTE:

AGUA	2.30%
MAT. ORG,	1.70%
MAT, INORG,	0.96%

SUS ESTRUCTURAS HISTOLÓGICAS SON:

- 1).- PRISMAS,
- 2).- VAINAS DE LOS PRISMAS,
- 3).- SUBSTANCIA INTERPRISMÁTICA,
- 4).- BANDAS DE HUNTER SCHREGER
- 5).- ESTRIAS DE RETZIUS
- 6).- CUTÍCULAS
- 7).- LAMELAS
- 8).- PENACHOS
- 9).- HUSO Y AGUJA.

1).- PRISMAS.- SON COLUMNAS ALTAS, HEXAGONALES QUE ATRAVIESAN AL DIENTE EN TODO SU ESPESOR Y SU DIRECCIÓN ES RADIA DA Y PERPENDICULAR HACIA LA LÍNEA AMELODENTINARIA, SON FORMADOS POR LOS AMELOBLASTOS,

2).- VAINAS DE LOS PRISMAS.- CADA PRISMA PRESENTA UNA CAPA DELGADA PERIFÉRICA QUE ESTÁ HIPOCALCIFICADA, QUE SE COLOREA OSCURAMENTE Y QUE ES HASTA CIERTO GRADO - ÁCIDO RESISTENTE,

3).- SUBSTANCIA INTERPRISMÁTICA.- LOS PRISMAS SE ENCUENTRAN SEPARADOS POR UNA SUBSTANCIA INTERSTICIAL CEMENTOSA, QUE TIENE UN BAJO CONTENIDO EN SALES MINERALES,

4).- BANDAS DE HUNTER SCHREGER.- SON DISCOS CLAROS Y OSCUROS DE ANCHURA VARIABLE QUE SE ALTERAN ENTRE SÍ, SU PRESENCIA SE DEBE AL CAMBIO BRUSCO DE DIRECCIÓN DE LOS PRISMAS.

5).- ESTRIAS DE RETZIUS.- SON ORIGINADAS DEBIDO AL PROCESO RITMICO DE FORMACIÓN DE LA MATRIZ DEL ESMALTE (APOSICIÓN), DURANTE EL DESARROLLO DE LA CORONA.

6).- CUTÍCULAS.- SE ENCUENTRAN CUBRIENDO A LA CORONA ANATÓMICA DEL DIENTE. LA CUTÍCULA SECUNDARIA O DE NASMYTH ESTÁ EN DIENTES RECIÉN ERUPCIONADOS Y DESAPARECE EN LOS SITIOS DONDE SE EJERCE PRESIÓN DURANTE LA MASTICACIÓN, Y LA CUTÍCULA PRIMARIA O CALCIFICADA DEL ESMALTE ES PRODUCTO DE LA ELABORACIÓN DE LOS ADAMANTOBLASTOS.

7).- LAMELAS.- SON EL RESULTADO DE IRREGULARIDADES QUE OCURREN DURANTE EL DESARROLLO DE LA CORONA. SON ESTRUCTURAS NO CALCIFICADAS QUE FAVORECEN LA PROPAGACIÓN DE LA CARIES.

8).- PENACHOS.- ESTÁN FORMADOS POR PRISMAS Y SUBSTANCIA INTERPRISMÁTICA NO CALCIFICADA O POCO CALCIFICADA.

9).- HUSOS Y AGUJAS.- SON TAMBIÉN ESTRUCTURAS NO CALCIFICADAS QUE PRESENTAN LAS TERMINACIONES DE LAS FIBRAS DE THOMES O PROLONGACIONES CITOPLASMÁTICAS DE LOS ODONTOBLASTOS.

DENTINA.- ES EL TEJIDO BÁSICO DEL ORGANISMO DEL DIENTE, ES MAS GRUESO QUE EL ESMALTE, PERO MENOS DURO Y MUY SENSIBLE, SE COMPONE DE:

- MATRÍZ DE LA DENTINA.- QUE ES LA SUBSTANCIA INTERSTICIAL CALCIFICADA.

- TÚBULOS O TUBÉRCULOS DENTINARIOS.- SON ESTRUCTURAS HIPERCALCIFICADAS COLOCADAS RADIALMENTE A TODO EL ESPESOR DENTINARIO, A LA ALTURA DEL CUELLO SE ANASTOMOSAN FORMANDO LA ZONA GRANULOSA DE THOMES LA CUAL ES EXTREMADAMENTE SENSIBLE.

- CEMENTO.- ES UN TEJIDO CALCIFICADO QUE RECUBRE LA DENTINA DE LA RAÍZ DEL DIENTE, CONTIENE UN 70% DE SALES MINERALES Y UN 30% DE SUBSTANCIAS ORGÁNICAS Y AGUA.

HISTOLÓGICAMENTE SE DIVIDE EN CEMENTO CELULAR Y CEMENTO ACELULAR.

EL CEMENTO CELULAR SE CARACTERIZA POR SU ABUNDANCIA EN CEMENTOCITOS, OCUPA EL TERCIO APICAL DE LA RAÍZ DEL DIENTE.

EL CEMENTO ACELULAR SE LLAMA ASÍ POR NO CONTENER CÉLULAS Y FORMA PARTE DE LOS TERCIOS CERVICAL Y MEDIO.

EN EL CEMENTO SE INCERTAN FIBRAS ALVEOLARES QUE DAN FIJACIÓN AL DIENTE.

PULPA.- LA ESTRUCTURA HISTOLÓGICA DE LA PULPA DENTARIA ES UNA VARIEDAD DE TEJIDO CONJUNTIVO (TEJIDO CONECTIVO LAXO DE ORIGEN MESENQUIMATOSO), QUE DERIVA DE LA PAPILA DENTARIA DEL DIENTE EN DESARROLLO, CONSTITUYENDO LA PARTE VITAL DEL DIENTE, SE RELACIONA CON LA DENTINA EN TODA SU SUPERFICIE Y CON EL FORAMEN O FORÁMENES APICALES EN LA RAÍZ. LA COMPONEN LOS ELEMENTOS SIGUIENTES:

. VASOS SANGUÍNEOS

- . VASOS LINFÁTICOS,
- . SUBSTANCIA INTERSTICIAL,
- . CÉLULAS CONECTIVAS,
- . HISTIOCITOS,
- . ODONTOBLASTOS.

TIENE ADEMÁS TRES FUNCIONES PRINCIPALES:

- . VITAL.- CONSISTE EN FORMAR DENTINA Y ESTÁ A CARGO DE LOS ODONTOBLASTOS.
- . SENSORIAL.- SE ENCARGA DE RECIBIR ESTÍMULOS DOLOROSOS.
- . DEFENSA.- ESTÁ A CARGO DE LOS HISTIOCITOS Y ACTUA RETRAYENDOSE LA PULPA ANTE LA AGRESIÓN DE LA CARIES.

B).- PARODONTO.-

LOS PRINCIPALES COMPONENTES HISTOLÓGICOS DEL PARODONTO SON SUS FIBRAS, QUE SIRVEN DE MEDIO DE UNIÓN ENTRE EL DIENTE Y EL ALVEOLO. ESTAS FIBRAS ESTÁN CONSTITUIDAS DE TEJIDO CONJUNTIVO ELÁSTICO.

LA DISPOSICIÓN EN QUE SE ENCUENTRAN ES EN FORMA RADIAL U OBLICUA AL DIENTE, ENTRE ÉSTAS ENCONTRAMOS:

LAS FIBRAS PRINCIPALES, QUE SE UNEN INTIMAMENTE AL CEMENTO DE LA RAÍZ DEL DIENTE, ASÍ COMO EL HUESO ALVEOLAR.

LOS EXTREMOS DE CADA FIBRA COLÁGENA DE LA MEMBRANA PARODONTAL SON INCARCERADAS EN LAS CAPAS SUPERFICIALES DEL CEMENTO Y DEL HUESO, ESTOS EXTREMOS CONSTITUYEN LAS FIBRAS DE SHARPEY.

LA ENCÍA CONTIENE GRUPOS DE FIBRA DE SHARPEY, LAS FIBRAS TRANCEPTALES Y LAS GINGIVALES.

ÉSTAS SE HAYAN TAN INTIMAMENTE ADHERIDAS AL CUELLO Y A LA RAÍZ DEL DIENTE QUE SE HAN DENOMINADO LIGAMENTO CIRCULAR.

CAPITULO V

REACCIONES HISTOLOGICAS.

LA REACCIÓN HISTOLÓGICA NORMAL DE UN DIENTE REIMPLANTADO ES AQUELLA EN LA QUE DESPUÉS DE HABER SEGUIDO UNA TÉCNICA ADECUADA, LAS FIBRAS PARODONTALES ESTÁN EN POSIBILIDAD DE REGENERARSE, LO QUE PERMITIRÁ MAS READHERENCIA DE LAS FIBRAS DEL PARODONTO.

EN ALGUNAS OCASIONES EXISTEN REACCIONES ADVERSAS EN LAS QUE NO SIEMPRE EL PRONÓSTICO PARA EL DIENTE ES FAVORABLE.

A).- ANQUILOSIS.- CUANDO LA TÉCNICA QUIRÚRGICA NO SE HA LLEVADO A CABO CONVENIENTEMENTE, LA FORMACIÓN DEL LIGAMENTO PARODONTAL PUEDE SER NULA O PARCIAL POR LO QUE EL DIENTE QUEDARÁ DIRECTAMENTE ADHERIDO AL HUESO POR EL CEMENTO. EN ESTAS ZONAS DONDE NO HABRÁ ACTIVIDAD DE LOS FIBROBLASTOS, SE LLEVARÁ A CABO UNA UNIÓN FÍSICA QUE POSTERIORMENTE AL DEPOSITARSE SALES CÁLCICAS SERÁ CADA VEZ MÁS INTIMA, FIJÁNDOSE DE TAL MANERA EL DIENTE, QUE SI HUBIERA NECESIDAD DE EXTRAER

LO POR CUALQUIER CAUSA, CABE LA POSIBILIDAD DE PROVO-
CAR FRACTURAS EN EL DIENTE O EN LA CORTICAL. (12)

LA ANQUILOSIS NO ES SIN EMBARGO UN FRACASO EN EL REIM-
PLANTE PUES MIENTRAS EL DIENTE CUMPLA CON SU FUNCIÓN
FISIOLÓGICA DENTRO DEL APARATO ESTOMATOGNÁTICO, ÉSTE
TENDRÁ UN BUEN PRONÓSTICO, SIEMPRE Y CUANDO NO EXISTA
LA POSIBILIDAD DE REACCIONES O PROCESOS PATOLÓGICOS
SUBSECUENTES, COMO REABSORCIÓN INTERNA O EXTERNA CEMEN-
TO DENTINARIA.

B).- A CUERPO EXTRAÑO.- LA AVULSIÓN DEL DIENTE O EL FRACA-
SO DEL TRATAMIENTO PUEDE DEBERSE A VARIOS FACTORES LOS
CUALES REGULARMENTE AFECTAN LA FORMACIÓN DE HUESO Y FI-
BRAS PARODONTALES, ÉSTOS PUEDEN SER INTRÍNSECOS, COMO
PADECIMIENTOS SISTÉMICOS, EN EL PACIENTE, ENFERMEDADES
INFLAMATORIAS DEGENERATIVAS DEL PARODONTO, TABLAS ÓSEAS
MUY DESTRUIDAS, ETC, O EXTRÍNSECOS COMO: INCAPACIDAD
DEL OPERADOR, MALA TÉCNICA QUIRÚRGICA O DIENTES QUE
HAN PERMANECIDO MUCHO TIEMPO FUERA DE LA BOCA.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS ANTES MENCIONADOS OCURRE RE-
SORCIÓN ÓSEA CONTÍNUA EN PRESENCIA DE OSTEOCLÁSTOS A
PARTIR DE OSTEOCITOS Y OSTEOBLASTOS, INCLUSO CABE LA PO-
SIBILIDAD DE QUE LOS FIBROBLASTOS DE LA MÉDULA ÓSEA FOR-
MEN OSTEOCLÁSTOS, (15)

C A P I T U L O V I

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

INDICACIONES.-

LA REIMPLANTACIÓN DENTARIA ESTÁ INDICADA GENERALMENTE EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- 1.- DIENTES EN LOS QUE DURANTE UN TRATAMIENTO DE CONDUCTOS SE HAYA FRACTURADO ALGÚN INSTRUMENTO Y ÉSTE NO HAYA PODIDO SER EXTRAÍDO POR OTROS MEDIOS,

- 2.- DIENTES EN LOS QUE ESTÁ INDICADA LA APICECTOMÍA Y QUE POR SU LOCALIZACIÓN NO SE PUEDA LLEVAR A CABO POR OTROS MEDIOS QUIRÚRGICOS, YA SEA POR LA POCA ACCESIBILIDAD AL SITIO O POR ENCONTRARSE CERCA DE ZONAS ANATÓMICAS DE IMPORTANCIA COMO ES EL CASO DE ALGÚN MOLAR SUPERIOR EN EL QUE SU RAÍZ PALATINA ESTÁ CERCA DE SENOS PARANASALES, ETC,

- 3.- CUANDO UN CONDUCTO PRESENTE UNA CURVATURA MUY MARCADA Y NO PUEDE SER OBTURADA POR MEDIOS ENDODÓNTICOS,

- 4.- CUANDO UN CONDUCTO ESTÁ BIFURCADO A MEDIDA QUE SE ACERCA AL ÁPICE Y NO PUEDE SER OBTURADO POR MEDIOS ENDODONTICOS NORMALES.
- 5.- CUANDO EXISTAN SOBRE OBTURACIONES EN TEJIDO PERIAPICAL Y ESTOS CUERPOS EXTRAÑOS ESTÉN ACTUANDO COMO IRRITANTES ÉSTOS PUEDEN SER PUNTAS DE GUTAPERCHA, ZOE O ALGÚN CEMENTO ENDODÓNTICO.
- 6.- COMO MÉTODO DE HEMOSTASIA, SI EFECTUAMOS UNA EXTRACCIÓN Y LA HEMORRAGIA ES CONTÍNUA Y ABUNDANTE LA RECOLOCACIÓN DEL DIENTE EN SU ALVEOLO PUEDE COADYUVAR A COHIBER LA HEMORRAGIA.
- 7.- TAMBIÉN EN CASO DE ACCIDENTES YA QUE CON BUEN TIEMPO Y SI SE HA CONSERVADO EN UN BUEN PORCENTAJE LA INTEGRIDAD DEL DIENTE PODREMOS REIMPLANTARLO.

CONTRAINDICACIONES.-

- 1.- PACIENTES CON PADECIMIENTOS SISTÉMICOS:

ÉSTO SE DESCRIBIRÁ EN LA HISTORIA CLÍNICA Y PUEDE SER INDIOSINCRASIAS SANGUÍNEAS, PADECIMIENTOS CARDIACOS,

HORMONALES, DIABETES, ANEMIA O CUALQUIER ENFERMEDAD EN DONDE HAYA INVOLUCRAMIENTO PERIODONTAL CON MOVILIDAD EXESIVA DEL DIENTE.

- 2.- TABLA ÓSEA MUY DESTRUIDA O PÉRDIDA POR ENFERMEDADES INFLAMATORIAS O DEGENERATIVAS, ENTONCES LA RESPUESTA QUE EL ORGANISMO NECESITA ES CASI IMPOSIBLE POR EL ESTADO EN QUE SE ENCUENTRA.
- 3.- DIENTES CON RAÍCES MARCADAMENTE CURVAS, EN ESTE CASO ES DIFÍCIL MANTENER LA INTEGRIDAD DEL DIENTE PUES EXISTE LA POSIBILIDAD DE ALGUNA FRACTURA YA SEA DE LAS TABLAS ÓSEAS O DEL DIENTE.
- 4.- CUANDO EXISTEN CEMENTOSIS Y DILACERACIONES YA AVANZADAS.
- 5.- ROTURAS RADICULARES.- CUANDO SE HAGA LA EXTRACCIÓN DE UN RESTO RADICULAR SIN LESIONAR LA RAÍZ, ENTONCES CABRÁ LA POSIBILIDAD DE COLOCAR ALGUNA RESTAURACIÓN (PERNO ENDODÓNTICO).
- 6.- INDISPOSICIÓN PSICOLÓGICA DEL PACIENTE, YA SEA PORQUE EL PACIENTE PREFIERA EL TRATAMIENTO RADICAL, DEBIDO AL TIEMPO, ECONOMÍA, COMODIDAD O DEFICIENCIA MENTAL.

7.- POR INCAPACIDAD DEL OPERADOR.

C A P I T U L O V I I

TECNICAS QUIRURGICAS

A).- ASEPSIA DE LA ZONA.-

LA REIMPLANTACIÓN DENTARIA ES UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN LA CUAL SE REQUIERE DE UNA ASEPSIA MÁXIMA TANTO DEL OPERADOR COMO DEL PACIENTE.

EN EL PACIENTE DEBE SER, EL OPERADOR EL QUE EFECTUE LA LIMPIEZA TOTAL Y LA ELIMINACIÓN DE ELEMENTOS IRRITANTES QUE PUEDAN PROVOCAR LA INFECCIÓN DEL ALVEOLO, TALES COMO: TÁRTARO DENTARIO Y MATERIA ALBA, ADEMÁS EL PACIENTE EFECTUARÁ COLUTORIOS CON UNA SOLUCIÓN ANTISÉPTICA Y LIMPIAREMOS CON TINTURA DE YODO O MERTIOLATE POR LO MENOS LA ZONA A INTERVENIR. (8)

EN EL OPERADOR COMO EN CUALQUIER TÉCNICA A SEGUIR SERÁN IMPORTANTES LOS CUIDADOS ASÉPTICOS QUE SE TENGAN PARA LOGRAR EL ÉXITO, ASÍ TAMBIÉN DEL INSTRUMENTAL, QUE SE PROCEDERÁ A ESTERILIZAR ACOMODÁNDOLO EN CHAROLAS ASIGNADAS PARA CADA VARIANTE DE LA INTERVENCIÓN.

B).- CAMPOS OPERATORIOS.-

DENTRO DE ÉSTOS, SERÍA ÚTIL MENCIONAR MÁS AMPLIAMENTE EL MATERIAL QUIRÚRGICO DE USO IMPRESCINDIBLE PARA EL PACIENTE.

ANTES DE EMPEZAR A PREPARAR AL PACIENTE, EL CIRUJANO Y SUS AYUDANTES, DEBERÁN ESTAR YA LISTOS Y EN DISPOSICIÓN DE PODER ACOMODAR LAS COMPRESAS O CAMPOS DEL PACIENTE, ÉSTO SERÁ A CONVENIENCIA Y COMODIDAD DEL CIRUJANO.

LAS ROPAS QUE USARÁ EL OPERADOR SERÁN LAS MISMAS QUE PARA SUS AYUDANTES: DELANTAL O PANTALÓN, SACO DE PREFERENCIA TEJIDO DE PUNTO Y LAS MANGAS HASTA LAS MUÑECAS, SE USARÁN CINTAS PARA CERRARLOS Y NO BOTONES, CUBRE CABEZA O GORRO DE TIPO QUIRÚRGICO TANTO EL OPERADOR COMO EL PACIENTE, GANTES DE GOMA, ÉSTOS COMPLEMENTAN LAS MEDIDAS DE ASEPSIA DE LA CIRUGÍA, Y SIEMPRE ES RECOMENDABLE NO PRESCINDIR DE ELLOS AÚN EN LA PRÁCTICA DE LA EXODONCIA, (16),

LOS CAMPOS QUE USAREMOS PARA EL PACIENTE PUEDEN SER DE DOS TIPOS: FENESTRADOS O SIMPLES,

- CAMPOS FENESTRADOS.- TAMBIÉN SE LES CONOCE COMO CAMPOS HENDIDOS, ESTO ES QUE AL TROZO DE TELA QUE PREFERENTEMENTE SERÁ DE ALGODÓN Y DE UN METRO CUADRADO APROXIMADAMENTE, ESTARÁ PROVISTA DE UN ORIFICIO ORAL EN LA UNIÓN DEL TERCIO SUPERIOR CON LOS DOS TERCIOS INFERIORES, CON ESTO PODEMOS DEJAR DESCUBIERTAS LA NARÍZ Y LA BOCA DE NUESTRO PACIENTE. (16).

- CAMPOS SIMPLES.- ES LA MANERA DE COLOCAR LOS CAMPOS EN FORMA DE TURBANTE Y SE HACE DE LA SIGUIENTE MANERA:

UNA COMPRESA SE DOBLA EN TRIÁNGULO, SUS ÁNGULOS AGUDOS SE TOMAN UNO CON CADA MANO Y SE LE INDICA AL PACIENTE QUE ENDERECE LA CABEZA, SE APOYA LA COMPRESA DETRÁS DE LA NUCA PASANDO AMBOS EXTREMOS POR DELANTE DE LAS OREJAS DE MANERA DE RECOGER EL CABELLO Y SE CRUZAN LOS ÁNGULOS SOBRE LA FRENTE Y SE SOSTIENE POR DETRÁS EN LA NUCA CON UNA PINZA DE CAMPO, LA OTRA COMPRESA SE PASA SOBRE EL PECHO Y POR DEBAJO DEL MENTÓN DE TAL MANERA QUE LOS MOVIMIENTOS DEL PACIENTE NO SEAN IMPEDIDOS.

C).- TECNICAS MAS COMUNES.-

DENTRO DE ÉSTAS, ENCONTRAREMOS UNA SERIE DE PEQUEÑAS VARIANTES AUNQUE EL MODO DE LLEVARLAS A CABO DEPENDEN EXCLUSIVAMENTE DEL CIRUJANO, QUE SERÁ QUIEN COORDINE LA INTERVENCIÓN Y PODRÁ DE UNA MANERA U OTRA APLICAR SU PROPIO CRITERIO PARA EL FIN QUE SE PERSIGUE.

CABE TAMBIÉN MENCIONAR QUE EN GENERAL CUALQUIER TÉCNICA PARA LLEVAR A CABO UN REIMPLANTE ESTARÁ COMPRENDIDA EN DOS TIEMPOS QUE SON:

INTRAORAL Y EXTRAORAL, POR LO QUE LAS SECUENCIAS QUE SE SEGUIRÁN EN LA INTERVENCIÓN DEBERÁN ESTAR BIEN DEFINIDAS ANTES DE INICIARLA Y YA QUE EN UN REIMPLANTE SE TRABAJA SIMULTANEAMENTE EN LA BOCA Y FUERA DE ELLA LO MEJOR SERÁ COORDINAR CON NUESTRO AYUDANTE LOS PASOS DE LOS QUE CADA QUIEN SE HARÁ RESPONSABLE PARA DARLE MAYOR AGILIDAD A LA OPERACIÓN Y SE REALICE EN, EL MENOR TIEMPO POSIBLE, (12),

LA TÉCNICA SERÁ DESCRITA MÁS ADELANTE, TRATANDO DE HACERLA LO MÁS COMPLETA POSIBLE,

CAPITULO VIII

INSTRUMENTAL

EN ESTA TÉCNICA EXISTEN TRES ETAPAS PRINCIPALES QUE SON:

EXODONCIA, ENDODONCIA Y LA CIRUGÍA PROPICIAMENTE DICHA POR LO QUE TRATAREMOS DE POR LO MENOS TENER TRES CHAROLAS EN LAS QUE DISTRIBUIREMOS EL MATERIAL NECESARIO PARA CADA UNA DE LAS ETAPAS, EVITANDO ASÍ PERDIDA DE TIEMPO, QUE ES UN FACTOR MUY IMPORTANTE PARA ALCANZAR EL ÉXITO.

A).- EXODONCIA.-

EN ESTA CHAROLA TENDREMOS EL INSTRUMENTAL NECESARIO PARA HACER LA EXTRACCIÓN TRAUMATIZANDO LO MENOS POSIBLE EL DIENTE Y TEJIDOS ADYACENTES TOMANDO EN CUENTA QUE PUDIERA PRESENTARSE ALGUNA COMPLICACIÓN Y QUE PUDIERAMOS LLEGAR A NECESITAR ALGÚN INSTRUMENTO QUE NO TENÍAMOS PREVISTO, POR LO TANTO EL INSTRUMENTAL QUE PODRÍAMOS CONSIDERAR INDISPENSABLE SERA:

- ELEVADORES,
- FORCEPS (EL INDICADO PARA EL DIENTE A EXTRAER),

- SINDESMOTOMO,
- LEGRA,
- ESPEJO,
- GASAS ESTÉRILES,
- CURETAS.

B).- ENDODONCIA.-

EL MATERIAL NECESARIO PARA LA CHAROLA SERÁ:

- GASA EMBEBIDA EN SUERO FISIOLÓGICO.
- FRESAS DE CONO INVERTIDO. (CARBURO Y DIAMANTE)
- AMALGAMA DE PLATA SIN ZINC
- PORTA AMALGAMA
- CONDENSADOR DE GUTAPERCHA
- DISCO ESTÉRIL DE DIAMANTE
- SONDAS
- TIRA NERVIOS
- LIMAS
- ENSANCHADORES
- LENTULOS
- JERINGA HIPODÉRMICA
- PUNTAS DE GUTAPERCHA
- CEMENTO (DE PREFERENCIA ENDODÓNTICO)
- CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC

- LOSETA DE VIDRIO
- ESPÁTULA DE BATIR CEMENTO
- GODETE
- CEMENTO QUIRÚRGICO
- LIGADURAS DE SEDA.

C).- DENTRO DE LA MISMA CHAROLA LOS DIVIDIREMOS EN INSTRUMENTOS DE INSPECCIÓN, DE ANESTESIA Y QUIRÚRGICO.

DE INSPECCION:

- ESPEJO
- EXPLORADOR
- EXCAVADOR
- PINZAS DE CURACIÓN
- ALGODONERAS (PARA ALGODÓN LIMPIO Y SUCIO)

DE ANESTESIA:

- JERINGA TIPO CARPULE PARA ANESTESIA
- AGUJA CORTA Y LARGA
- PINZAS DE CURACIÓN
- CARTUCHOS DE ANESTESIA
- ANESTESIA TÓPICA
- ESPEJO
- ALGODÓN

QUIRURGICO:

- SUTURA
- TIJERAS PARA ENCÍA
- PORTA AGUJA
- FRESAS QUIRÚRGICAS
- PINZAS DE HEMOSTASIA
- CUCHARILLA PARA HUESO
- OSTEÓTOMO

HAY OTROS MATERIALES QUE NO ES INDISPENSABLE SU COLOCACIÓN EN LA CHAROLA, PERO SI EN UN SITIO APROPIADO PARA SU USO Y ÉSTA PUEDE SER:

- ACRÍLICO DE AUTOPOLIMERIZACIÓN,
- BANDA DE ALAMBRE DE ORTODONCIA
- CERA
- SEPARADORES DE BOCA
- RADIOGRAFÍAS
- LÁMPARA DE ALCOHOL
- SUERO FISIOLÓGICO,
- ALAMBRE DE ORTODONCIA PARA FERULIZAR

D).- METODOS DE ESTERILIZACION.-

LA ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL DE LOS CAMPOS OPERATORIOS Y TODO LO QUE ESTÁ VINCULADO DIRECTAMENTE CON LA INTERVENCIÓN, DEBERÁ SER LLEVADO A CABO POR MEDIOS Y A LAS CONDICIONES REQUERIDAS.

LA ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL Y DEL MATERIAL QUIRÚRGICO PUEDE SER POR:

AGENTES QUIMICOS.- LLAMADOS ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES.

ALCOHOL.- SE USA PARA CONSERVAR CIERTOS MATERIALES, LA ANTISEPCIA DE LAS MANOS DEL CIRUJANO, ETC.

TINTURA DE YODO.- SE UTILIZA IGUAL PARA LA ANTISEPCIA DE ALGUNAS ZONAS BUCALES, COMO POR EJEMPLO EN EL PUNTO DE PUNCIÓN DE LA AGUJA DE ANESTESIA,

ACIDO FÉNICO.- SE UTILIZA IGUAL QUE LA TINTURA DE YODO O TAMBIÉN EN DILUCIÓN CON ALCOHOL AL 10% SIRVE PARA CONSERVAR MATERIALES DE SUTURA.

CLORURO DE BENZALCONIO,- VIENE EN PRESENTACIÓN DE 1GR,
POR CADA 100 ML. Y BASTA CON DEJAR 20' A 25' EL INSTRU-
MENTAL PARA SU ESTERILIZACIÓN.

AGENTES FISICOS,- POR -CALOR SECO-, MEDIANTE ESTUFAS
QUE PRODUCEN CALOR POR MEDIO DE GAS O DE ELECTRICIDAD.
ESTE ÚLTIMO ES MENOS PELIGROSO Y MAS EFECTIVO.

- CALOR HÚMEDO-, ES EL MAS SIMPLE Y CONSISTE EN HACER
LLEGAR A LA EBULLICIÓN AGUA EN UN RECIPIENTE QUE CONTENGA
EL MATERIAL A UTILIZAR.

HAY MÉTODOS COMO SÓLIDOS DE CONTACTO QUE SE UTILIZAN EN
INSTRUMENTAL DE ENDODONCIA O TODO AQUEL QUE PUEDA PERDER
SU FILO SE USA ALREDEDOR DE 200°C Y POR LO TANTO SE DISMIN
NUYE EL TIEMPO DE ESTERILIZACIÓN, O METALES, PERO SIENDO
EL AUTOCLAVE EL MAS PERFECTO, SENCILLO Y ÚTIL APARATO DE
ESTERILIZACIÓN HASTA LA FECHA, ES EL MAS USUAL, EN ESTO
SE LOGRA CALOR SECO HASTA 300°C, PERO SERÁ SUFICIENTE CON
120°C A 20 LIBRAS DE PRESIÓN DURANTE 20 MINUTOS.

CAPITULO IX

ANESTESIA.

A).- LOCAL.-

SE REALIZA POR INFILTRACIÓN Y SE CLASIFICA SEGÚN EL LU
GAR DE LA APLICACIÓN.

LOS MÉTODOS SON:

- INYECCIÓN SUBMUCOSA
- INYECCIÓN PARA PERIÓSTICA
- INYECCIÓN INTRAOSEA
- INYECCIÓN INTRACEPTAL.

LAS PEQUEÑAS TERMINACIONES NERVIOSAS EN LA ZONA INFIL-
TRADA SON SATURADAS DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA INSENSIBILI
ZANDOLAS AL DOLOR IMPIDIENDO QUE SEAN ESTIMULADAS Y -
ORIGINEN UN IMPULSO, ESTO SUCEDE EN TEJIDOS BLANDOS Y
DUROS EN LA ZONA INFILTRADA, (11),

B).- REGIONAL.-

SUELE DENOMINARSE TAMBIÉN TRONCULAR YA QUE ÉSTA SE REALIZA PONIENDO LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA EN CONTACTO CON EL TRONCO O RAMA NERVIOSA IMPORTANTES Y ESTO SE LOGRA, TOMANDO EN CUENTA LOS RASGOS ANATÓMICOS, BLOQUEAR EN CUALQUIERA DE SUS TRAYECTOS O RAMIFICACIONES AL NERVIO TRIGÉMINO, PRINCIPALMENTE EN SUS RAMAS MAXILAR SUPERIOR Y MAXILAR INFERIOR.

PUEDE HACERSE DE MANERA EXTRAORAL O INTRAORAL, DEPENDIENDO DE LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA A REALIZAR, QUEDANDO LA ELECCIÓN A MERCED DEL CIRUJANO, AUNQUE NORMALMENTE ALGUNAS DE ELLAS PRINCIPALMENTE LAS EXTRAORALES ESTÁN RESERVADAS A CASOS QUIRÚRGICOS ESPECIALES. (11)

ALGUNAS VECES PODREMOS COMBINAR LA REGIONAL REFORZANDO LA CON LOCAL, DEPENDIENDO DE LA ZONA QUIRÚRGICA, Y ESTO SERÁ MAS FRECUENTE EN EL MAXILAR SUPERIOR.

C A P I T U L O X

P R E O P E R A T O R I O

A).- PREPARACION DEL PACIENTE.-

ANTES DE EFECTUAR CUALQUIER INTERVENCIÓN DEBEMOS ESTAR BIEN SEGUROS DE QUE EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE NO SERÁ UN IMPEDIMENTO PARA REALIZARLA, Y ESTO LO SABREMOS SI ANTES HEMOS ELABORADO UNA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, EN LA QUE INCLUIREMOS LO SIGUIENTE:

- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE,
- ANTECEDENTES HEREDITARIOS FAMILIARES,
- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS,
- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS,
- PADECIMIENTOS ACTUALES,
- HIGIENE GENERAL
- ODONTOGRAMA
- EXÁMEN ENDOBUCAL
- DIAGNÓSTICO
- PRONÓSTICO
- PLAN DE TRATAMIENTO

ADEMÁS DENTRO DE LOS CUIDADOS PREOPERATORIOS, DEBERÁ DE TOMARSE EN CUENTA EL ESTADO DE STRESS DEL PACIENTE, POR LO QUE ES RECOMENDABLE LA PREMEDICACIÓN QUE SERÁ PRINCIPALMENTE CON:

SECONAL SÓDICO HEXOBARBITAL O ETINAMATO PARA LA SEDACIÓN Y RELAJACIÓN Y SULFATO DE ATROPINA O BANTINA PARA EL CONTROL DE LA RELAJACIÓN.

ESTOS PODRÁN USARSE Y COMBINARSE PARA CADA PACIENTE DEPENDIENDO DEL TIPO DE INTERVENCIÓN, TIEMPO DE DURACIÓN DE LA MISMA Y GRADO DE RELAJACIÓN QUE SE QUIERA LOGRAR, TOMANDO EN CUENTA LA TABLA SIGUIENTE:

<u>NOMBRE GENERICO</u>	<u>T. DE LATENCIA</u>	<u>T. DE DURACION</u>	<u>DOSIS</u>
SECONAL SODICO	20 A 30 MIN.	4 A 5 HORAS	0.1 GRS.
HEXOBARBITAL	15 A 20 MIN.	3 A 4 HORAS	260 MGS.
ETINAMATO	15 A 20 MIN.	2 HORAS	0.5 GRS.
BANTINA	15 A 20 MIN.	-----	50 MGS.

CUANDO LA ATROPINA ESTÁ CONTRAINDICADA POR PERIODOS DE HIPERTENSIÓN O GLAUCOMA, ES PREFERIBLE UTILIZAR LA BANTINA QUE PROLONGA O DISMINUYE SU TIEMPO DE DURACIÓN, DEPENDIENDO DEL MEDICAMENTO CON EL QUE SE COMBINA, YA

QUE SOLO ES INDUCTOR A LA RELAJACIÓN COMO SE HA MENCIONADO. (5)

CUANDO LA INTERVENCIÓN ESTÁ PROGRAMADA PARA LLEVARSE A CABO EN UN TIEMPO PROLONGADO, ADMINISTRAREMOS DE PREFERENCIA SECONAL SÓDICO CON BANTINA O ATROPINA, UNA CÁPSULA 15 MINUTOS ANTES DE LA CITA (PARA MENORES DE 12 AÑOS ES SOLO LA MITAD DE LA DOSIS), Y OBTENDREMOS UNA SEDACIÓN MAS PROFUNDA,

EL ETINAMATO NOS PROVOCA EFECTOS DE SEDACIÓN MAS SUAVES Y MENOS DURADEROS.

B).- REQUERIMIENTOS DE LABORATORIO,-

LOS EXÁMENES DE LABORATORIO DEBEN SER DE RUTINA, A FIN DE DESPEJAR CUALQUIER DUDA POSIBLE EN EL ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE, ESTOS SERÁN;

+ EXAMEN GENERAL DE ORINA

- DATOS GENERALES:

- , ANORMALIDADES EN COLOR,
- , OLOR
- , TRANSPARENCIA

- ERITROCITOS: - 4.1 A 5.8 MILLONES X MM^3 .
- LEUCOCITOS: - 5 A 10 MIL X MM^3 .
- PLAQUETAS: - 150 A 425 MIL X MM^3
- HEMOGLOBINA: - 11.5 A 20 GRS X ML.

C).- EXAMEN RADIOGRAFICO.-

LAS ZONAS ANATÓMICAS NORMALES PUEDEN SER IDENTIFICABLES RADIOGRÁFICAMENTE CON IMÁGENES CONSTANTES DE INTENSIDAD, FORMA Y RELACIONES SEMEJANTES.

LAS TRANSFORMACIONES QUE LA PATOLOGÍA INVOLUCRA SOBRE LOS MAXILARES SE TRADUCEN EN IMÁGENES DE DISTINTA FORMA E INTENSIDAD QUE NOS DAN LA CAPACIDAD DE CONSIDERAR Y - DIAGNOSTICAR RADIOLÓGICAMENTE ALGÚN PROCESO PATOLÓGICO,

EL EXÁMEN RADIOGRÁFICO DEBE DE LLEVARSE A CABO BASICAMENTE EN CUALQUIER TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA U ODONTOLÓGICA ANTES DE LLEGAR A CUALQUIER DIAGNÓSTICO O HACER UN PLAN DE TRATAMIENTO POR SENCILLO QUE PAREZCA,

UN ESTUDIO RADIOGRÁFICO CONSTA DE:

- RX DE CENTRALES Y LATERALES.....1 SUPERIOR Y 1 INFERIOR
- RX DE PREMOLARES UNO PARA CADA LADO...SUPERIOR E INFERIOR
- RX DE CANINOS UNO PARA CADA LADO.....SUPERIOR E INFERIOR
- RX DE MOLARES UNO PARA CADA LADO.....SUPERIOR E INFERIOR

SERÁ COMO MÍNIMO 14 RADIOGRAFÍAS, AUNQUE PARA DETERMINAR LA LOCALIZACIÓN, DIMENSIÓN, VECINDAD CON ZONAS ANATÓMICAS, ESTADO DE LA RAÍZ Y ESTADO DEL PARODONTO, DE ALGÚN DIENTE O ÁREA DETERMINADA, PODEMOS ENFATIZAR EN ESTA ZONA TOMANDO RADIOGRAFÍAS CON DIFERENTE ANGULACIÓN DE RAYO, PARA UNA MEJOR UBICACIÓN, Y AUXILIÁNDONOS CON RADIOGRAFÍAS OCLUSALES UNA SUPERIOR Y UNA INFERIOR. (15).

CAPITULO XI

TRANSOPERATORIO

A).- EXODONCIA.-

EN ESTE CASO HABLAREMOS DE DIENTES NORMALMENTE IMPLANTADOS EN LOS QUE PODREMOS LLEVAR A CABO LOS PRINCIPIOS ELEMENTALES DE LA EXODONCIA SIN MAYORES COMPLICACIONES.

MENCIONARÉ AQUÍ UNA TÉCNICA QUE A MI MANERA DE VER PODRÍA AYUDARNOS A REALIZAR LA EXTRACCIÓN LO MAS ATRAUMÁTICAMENTE POSIBLE, PUES AUNQUE EXISTEN DIVERSAS OPINIONES ACERCA DE DEBRIDAR O NO, SE HA VISTO QUE LA MAYOR PARTE DEL ÉXITO DE UN REIMPLANTE SE OBTIENE, CUANDO HA HABIDO UNA CORRECTA REINHERENTE DE LAS FIBRAS PARODONTALES, Y DE LAS DENTO-GINGIVALES, SIENDO ESTAS ÚLTIMAS LAS QUE MAS PROBLEMAS PRESENTAN EN SU REINHERENTE (SOBRE TODO A NIVEL DE TABLA EXTERNA), YA QUE SON ESTAS FIBRAS DEL BORDE LIBRE DE LA ENCIA, LAS QUE MAS SE LESIONAN DURANTE LA EXTRACCIÓN, PUES QUEDAN EN CONTACTO CON LOS BOCADOS DEL FORCEP O CON LA PARTE ACTIVA DE LOS ELEVADORES, (14)

ESTA VARIANTE ES LA TÉCNICA QUE SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN

SE USARÁ SOLO PARA DIENTES QUE PRESENTEN UNA PERFECTA INSERCIÓN DENTO-GINGIVAL EN TODAS SUS CARAS, O SEA DIENTES SIN PROBLEMAS PARODONTALES, DE LO CONTRARIO LA EXTRACCIÓN SERÁ POR LOS MEDIOS NORMALMENTE CONOCIDOS.

TECNICA:

- 1.- ADOPTAR UNA POSICIÓN ADECUADA TANTO DEL PACIENTE COMO DEL OPERADOR.
- 2.- ANESTESIA.- DE ACUERDO AL DIENTE POR EXTRAER YA SEA LOCAL O REGIONAL, O EN CASOS ESPECIALES GENERAL SI EL PACIENTE LO REQUIERE.
- 3.- SE HACE UNA INCISIÓN HASTA PERIOSTIO A NIVEL DE ENCÍA INVERTIDA ABARCANDO LAS CUATRO CARAS DEL DIENTE, ESTO ES, RODEANDO EL DIENTE APROXIMADAMENTE UNOS 3 A 4 MM, POR DEBAJO DEL BORDE LIBRE DE LA ENCÍA.
- 4.- LEGRANDO EL PERIOSTIO HASTA NIVEL DE CRESTA ALVEOLAR SE LEVANTA COLGAJO, EVITANDO TOCAR FIBRAS DE INSERCIÓN DENTRO GINGIVAL.
- 5.- A NIVEL DE MOLARES Y PARA FACILITAR LA MANIOBRA DE LA EXTRACCIÓN CON EL FIN DE DAR ESPACIO AL BOCADO DE FORCEP

Y NO LASTIMAR NUESTRA INSERCIÓN , PRACTICAREMOS UNA PEQUEÑA OSTEOMÍA A NIVEL DE CRESTA ALVEOLAR.

6.- SE EFECTUA LA EXTRACCIÓN HACIENDO LOS MOVIMIENTOS DE LUXACIÓN, FIRMES, LENTOS Y CONTÍNUOS, PARA EVITAR FRACTURAS DE CUALQUIER TIPO Y CUIDANDO QUE EL COLGAJO VENGA PERFECTAMENTE ADHERIDO AL DIENTE EXTRAIDO Y UNA VEZ TERMINADO EL TRATAMIENTO Y DESPUÉS DE LA REIMPLANTACIÓN, ESTOS COLGAJOS SE ADOSARÁN Y SE MANTENDRÁN EN SU LUGAR POR MEDIO DE SUTURA Y APÓSITO QUIRÚRGICO.

INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN Y PARA LA MANIPULACIÓN DEL DIENTE DEBEREMOS TENER UN MEDIO HÚMEDO PARA EVITAR ALGUNA POSIBILIDAD DE NECROSIS DE LOS TEJIDOS, ÉSTA PUEDE SER:

SUERO FISIOLÓGICO, SOLUCIÓN SALINA ISOTÓNICA ESTÉRIL, ETC., SIEMPRE Y CUANDO PRESENTEN LOS IONES DE CLORO Y SODIO NECESARIOS PARA EL INTERCAMBIO NUTRICIONAL QUE SE LLEVA NORMALMENTE EN EL SUERO SANGUÍNEO.

EN LO SUCESIVO PROCURAREMOS TRABAJAR A CUATRO MANOS PARA DISMINUIR EL TIEMPO OPERACIONAL (MÁXIMO UNA HORA) Y CON ESTO TAMBIÉN DISMINUIR EL RIEBGO DE UNA REACCIÓN ADVERSA, ASÍ MISMO, UNO PODRÁ DEDICARSE AL TRATAMIENTO DEL

Y NO LASTIMAR NUESTRA INSERCIÓN , PRACTICAREMOS UNA PEQUEÑA OSTEOMÍA A NIVEL DE CRESTA ALVEOLAR.

6.- SE EFECTUA LA EXTRACCIÓN HACIENDO LOS MOVIMIENTOS DE LUXACIÓN, FIRMES, LENTOS Y CONTÍNUOS, PARA EVITAR FRACTURAS DE CUALQUIER TIPO Y CUIDANDO QUE EL COLGAJO VENGA PERFECTAMENTE ADHERIDO AL DIENTE EXTRAIDO Y UNA VEZ TERMINADO EL TRATAMIENTO Y DESPUÉS DE LA REIMPLANTACIÓN, ESTOS COLGAJOS SE ADOSARÁN Y SE MANTENDRÁN EN SU LUGAR POR MEDIO DE SUTURA Y APÓSITO QUIRÚRGICO.

INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN Y PARA LA MANIPULACIÓN DEL DIENTE DEBEREMOS TENER UN MEDIO HÚMEDO PARA EVITAR ALGUNA POSIBILIDAD DE NECROSIS DE LOS TEJIDOS, ÉSTA PUEDE SER;

SUERO FISIOLÓGICO, SOLUCIÓN SALINA ISOTÓNICA ESTÉRIL, ETC., SIEMPRE Y CUANDO PRESENTEN LOS IONES DE CLORO Y SODIO NECESARIOS PARA EL INTERCAMBIO NUTRICIONAL QUE SE LLEVA NORMALMENTE EN EL SUERO SANGUÍNEO.

ÉN LO SUCESIVO PROCURAREMOS TRABAJAR A CUATRO MANOS PARA DISMINUIR EL TIEMPO OPERACIONAL (MÁXIMO UNA HORA) Y CON ESTO TAMBIÉN DISMINUIR EL RIESGO DE UNA REACCIÓN ADVERSA, ASÍ MISMO, UNO PODRÁ DEDICARSE AL TRATAMIENTO DEL

DIENTE FUERA DEL ALVEOLO, Y OTRO SE OCUPARÁ DE IMPEDIR LA FORMACIÓN DE COÁGULO EN EL ALVEOLO, HABIENDO EN ÉSTO UNA DISCREPANCIA DE IDEAS POR ALGUNOS AUTORES. UNOS - OPINAN QUE EFECTUANDO UN CURETEADO NO MUY MARCADO EN LAS FIBRAS DEL ALVEOLO SE EVITARÁ LA FORMACIÓN DE TEJIDO DE GRANULACIÓN QUE SE DESALOJARÁ DESPUÉS CON UN LAVADO A PRESIÓN CON SUBSTANCIAS FISIOLÓGICAS COMO LAS ANTES MENCIONADAS. (14).

OTROS AUTORES QUE QUIZÁ SEAN LOS MAS ACERTADOS, RECOMIENDAN QUE SEA MÍNIMO EL CONTACTO QUE SE PUEDA TENER CON LAS FIBRAS PERIODONTALES, PARA QUE SEA MENOR LA POSIBILIDAD DE REABSORCIÓN RADICULAR. PARA ESTO, SOLO DEPOSITAREMOS UNA GASA ESTÉRIL EMBEBIDA EN SUERO FISIOLÓGICO O SOLUCIÓN SALINA ISOTÓNICA ESTÉRIL, IMPIDIENDO LA FORMACIÓN DEL COÁGULO,

B).- TÉCNICAS ENDODONTICAS.-

BÁSICAMENTE LAS TÉCNICAS MÁS COMUNES MUESTRAN LOS MISMOS PASOS A SEGUIR DESDE LA APERTURA DE LA CAVIDAD HASTA EL LIMADO DEL CONDUCTO Y LAS VARIANTES MAS IMPORTANTES QUE PODEMOS ENCONTRAR ESTÁN EN LOS MÉTODOS Y MATERIALES DE OBTURACIÓN.

- TÉCNICA DE LA CLOROPERCHA.- SIENDO EL CLOROFORMO UN DISOLVENTE POR EXCELENCIA DE LA GUTAPERCHA, A LA COMBINACIÓN DE ÉSTE SE LE LLAMA CLOROPERCHA, CONTENIENDO ADEMÁS ZNO Y CUYA MEZCLA POR SU DIFUSIÓN PENETRA EN AQUELLOS CONDUCTOS, ACCESORIOS DEL CANAL RADICULAR. (9)

SU NOMBRE COMERCIAL ES CLOROPER K, N.

- TÉCNICA DE PUNTAS DE PLATA.- SE USAN COMO CONOS PRINCIPALES Y ESTÁN INDICADOS EN CONDUCTOS ESTRECHOS Y CURVOS PERO SE HA VISTO QUE SUFREN CORROSIÓN Y NO TIENEN ACEPTABLE AJUSTE A LAS PAREDES DEL CANAL, POR LO QUE SE HAN DEJADO DE USAR.

VIENEN EN NUMERACIÓN DEL 25 AL 140.

ESTA TÉCNICA PUEDE SER COMPLEMENTADA CON PUNTAS DE RESINA, QUE SON ACCESORIOS Y LAS HAY EN GRANDE, MEDIANA Y GRUESA.

LO MISMO QUE ESTA TÉCNICA EXISTEN OTRAS SIMILARES DE MATERIALES RÍGIDOS EN LOS QUE LA RESPUESTA TISULAR PUEDE SER MÁ S FAVORABLE POR SU BAJA SOLUBILIDAD Y ACCIÓN ELECTROGALVÁNICA DE LAS ALEACIONES UTILIZADAS, POR ESTO MISMO EL MATERIAL ES ~~INERTE~~ Y NO PROVOCA REACCIÓN

INFLAMATORIA, ESTE ES EL CASO DE LAS PUNTAS DE MOLIBDENO, TITANIO, CROMO, COBALTO, ETC. (6,9)

- TÉCNICAS DE PUNTAS DE GUTAPERCHA.- ES EL MAS POPULAR DE LOS MATERIALES SEMISÓLIDOS UTILIZADOS HASTA LA FECHA, GOZANDO DE UNA BUENA ACEPTACIÓN, YA QUE SE CONOCE DESDE HACE MAS DE 100 AÑOS.

ENTRE LAS PROPIEDADES MÁS COMUNES DE ESTE MATERIAL ENCONTRAMOS:

- . TOLERANCIA TISULAR.- EN ESTUDIOS REALIZADOS SE COMPROBÓ QUE COLOCADO BAJO PIEL DE RATA DEMOSTRÓ SER TOLERADO.
- . COMPRESIBILIDAD.- YA QUE SE OBTIENE UN MAGNÍFICO SELLADO DE LAS PAREDES INTERNAS DEL CONDUCTO SI NUESTRA FUERZA DE COMPRESIÓN ES LA SUFICIENTE AL BUSCAR UN ESPACIO PARA CADA PUNTA ACCESORIA.
- . INACTIVIDAD.- YA QUE ES EL MENOS REACTIVO.
- . ESTABILIDAD DIMENSIONAL.- PUES AL INTRODUCIRSE NO MODIFICA SU VOLÚMEN.

LA OBTURACIÓN DEL CONDUCTO UNA VEZ QUE HA SIDO ENSANCHADO Y PREPARADO PARA RECIBIR EL MATERIAL DE ELECCIÓN, EN ESTE CASO LA GUTAPERCHA, SE HARÁ DE LA SIGUIENTE MANERA:

- DESPUÉS DE APLICARLE CEMENTO ENDODÓNTICO, SE PRESIONA HASTA EL ÁPICE UN CONO DE GUTAPERCHA (CAULK), DE DIÁMETRO CORRESPONDIENTE AL ÚLTIMO INSTRUMENTO UTILIZADO PARA AMPLIAR EL CONDUCTO. ESTE SERÁ EL CONO MAESTRO.
- TENIENDO LA PORCIÓN MAS DELGADA DE LA GUTAPERCHA FUERA DEL CONDUCTO POR APICAL, SE TRACCIONARÁ Y SE CORTARÁ EL EXCEDENTE, PERMITIENDO UN MEJOR SELLADO.
- CON EL ESPACIADOR BUSCAREMOS LUGAR PARA UN SEGUNDO CONO QUE SE INTRODUCIRÁ TAMBIÉN CON CEMENTO ENDODÓNTICO, SE VOLVERÁ A USAR ESPACIADOR Y ASÍ SUCESIVAMENTE HASTA OBTURAR POR COMPLETO EL CONDUCTO, PROCURANDO CONDENSAR LO SUFICIENTE EL MATERIAL.
- CON CUCHARILLA CALIENTE SE CORTA EL EXCEDENTE DE LOS CONOS DE GUTAPERCHA A NIVEL CERVICAL DE LA CAVIDAD PULPAR Y SE ELIMINAN LOS RESTOS DEL CEMENTO ENDODÓNTICO.
- SE OBTURA LA CAVIDAD CORONARIA CON ZOE, SILICATO O POLICARBOXILATO, (6,9)

C).- APICECTOMIA.-

EL ENSANCHADO DEL CONDUCTO PODRÁ HACERSE ANTES O DESPUÉS DE LA APICECTOMÍA PROPIAMENTE DICHA, PERO EN TODO CASO LO QUE IMPORTA ES LA OBTURACIÓN DEL CONDUCTO QUE SIEMPRE SE HARÁ DESPUÉS DE HABER SECCIONADO LA RAÍZ.

LA RESECCIÓN DEL ÁPICE RADICULAR QUE SERÁ APROXIMADAMENTE DE 2 MM. SE LLEVA A CABO POR LO GENERAL EN DIENTES MA DROS CON UN FORAMEN MUY ESTRECHO, O SI SOSPECHAMOS QUE AL RECOLOCAR EL DIENTE, ÉSTE QUEDARÁ EN SOBRECCLUSIÓN, DEBIDO A LOS LÍQUIDOS TISULARES QUE SE ACUMULAN EN EL FONDO DEL ALVEOLO, ESTO NOS FACILITARÁ SU UBICACIÓN NOR MAL Y NOS DISMINUIRÁ LA PRESIÓN.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS EL ÁPICE RADICULAR ES DESGAS TADO Y NO CORTADO, (17).

EL CONDUCTO SERÁ LIMPIADO E IRRIGADO ANTES DE SER OBTU RADO, POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS YA DESCRITAS, AUN QUE EN MI OPINIÓN LA MAS CONFIABLE ES LA TÉCNICA DE PUN TAS DE GUTAPERCHA, YA QUE POR SER UN MATERIAL SEMIELÁS TICO, AL INTRODUCIR LA PUNTA MAESTRA, ÉSTA SE PUEDE TRAC CIONAR DE MANERA QUE SELLE POR COMPLETO LA VÍA APICAL Y PODAMOS TENER LA SEGURIDAD DE QUE NO HABRÁ INFILTRACIÓN.

EXISTE LA TÉCNICA DE SELLADO RETRÓGRADO EN DONDE SE UTILIZA LA AMALGAMA SIN ZINC Y SE APLICA EN DIENTES CON RALCES INCOMPLETAMENTE FUSIONADOS EN SU ÁPICE, FRACTURAS - DE INSTRUMENTOS, CONOS Y PERNOS PROTÉSICOS QUE NO SE PUEDEN RETIRAR, Y EN GENERAL CUANDO NO NOS ES POSIBLE EFECTUAR INSTRUMENTACIÓN BIOMECÁNICA. (5)

SEGÚN ESTUDIOS DEL DR. BJORVATH Y EL DR. SHULMAN, INDICAN QUE ANTES DE LA REIMPLANTACIÓN LLEVEMOS EL DIENTE A UNA SOLUCIÓN ACUOSA DE 2% DE FLORURO DE SODIO DURANTE 4 MINUTOS APROXIMADAMENTE, REDUCIENDO LA MAGNITUD DE LA REABSORCIÓN RADICULAR.

D).- METODOS DE FIJACION.-

UNA VEZ LLEVADO EL DIENTE AL ALVEOLO O SEA LA REIMPLANTACIÓN SE PROCEDERÁ A INMOVILIZARLO MEDIANTE FÉRULAS QUE PREFERENTEMENTE SEAN CORONALES, SIN SOPORTE EN LA ENCÍA PARA EVITAR IRRITACIONES A ÉSTA O INVOLUCRAR AL PARODONTO,

ES CONVENIENTE NO COLOCARLA MUY AJUSTADA PARA PERMITIR AL DIENTE QUE TENGA SUS MOVIMIENTOS FISIOLÓGICOS NORMALES Y QUE LAS FIBRAS DE READHERENCIA TAMBIÉN SEAN FISIOLÓGICAS.

UNA FÉRULA DEMASIADO AJUSTADA NOS PUEDE PROVOCAR ANQUI-
LOSIS Y UNA REABSORCIÓN RADICULAR, CON FORMACIÓN DE FI-
BRAS PARALELAS A LO LARGO DE LA RAÍZ.

LA MAS RECOMENDABLE PARA USAR, SERÍA LA DE ALAMBRE DE
ORTODONCIA DE 5 X 7 DÉCIMAS.

SE FIJARÁ CON ACRÍLICO DE AUTOPOLIMERIZACIÓN, INMEDIATA
MENTE DESPUÉS PROCEDEREMOS A HACER UN DESGASTE OCLUSAL
CON EL OBJETO DE SACAR AL DIENTE DE OCLUSIÓN PARA EVITAR
QUE LAS FUERZAS DE MASTICACIÓN NOS PRODUZCAN PRESIÓN SO-
BRE LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES A LA RAÍZ Y FAVORECER ASÍ
UNA MEJOR READHERENCIA DE LAS FIBRAS PADODONTALES. (14)

ESTE DESGASTE PODRÍA SER ANTES DE LA REIMPLANTACIÓN COMO
LO INDICAN ALGUNOS AUTORES Y CORROBORARSE UNA VEZ QUE EL
DIENTE ESTÁ EN SU POSICIÓN ORIGINAL. (13,14)

CAPITULO XII

POSTOPERATORIO

A).- INDICACIONES AL PACIENTE.-

DENTRO DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS, DEBEN TOMARSE MUY EN CUENTA LAS INDICACIONES AL PACIENTE, PUES DEPENDE DE SU COLABORACIÓN QUE SE TENGA UNA FAVORABLE Y RÁPIDA EVOLUCIÓN.
(7,8)

ESTAS SE LE HARÁN SABER AL PACIENTE VERBALMENTE Y POR ESCRITO, PARA QUE NO PASE POR ALTO EL MAS MÍNIMO DETALLE.

ESTAS SERÁN LAS SIGUIENTES:

- APLICARSE UNA BOLSA CON HIELO DURANTE 10 Ó 15 MINUTOS CADA HORA EN EL PRIMER DÍA.
- SI HAY PUNTOS DE SUTURA, EVITAR TRACCIONAR O FORZAR EL LABIO, PUES PODRÍAN DESPRENDERSE,

- NO HABRÁ DE CEPILLARSE ESA ZONA HASTA RETIRAR LOS PUNTOS, QUE SERÁ UNA SEMANA APROXIMADAMENTE DESPUÉS DE LA OPERACIÓN.
- USAR COLUTORIOS QUE PUEDEN SER COMBINADOS CON UNA SOLUCIÓN SALINA DESPUÉS DE LOS ALIMENTOS.
- DIETA LÍQUIDA DURANTE EL PRIMER DÍA Y LOS TRES DÍAS SIGUIENTES, DIETA BLANDA, EXENTA DE IRRITANTES Y GRASAS.

TODO ESTO SE HACE CON EL FIN DE PROTEGER Y FAVORECER ASÍ LA REINSERCIÓN EPITELIAL Y DE LAS FIBRAS PARODONTALES.

B).- TERAPEUTICA MEDICA.-

AUNQUE NORMALMENTE LAS MOLESTIAS NO EXCEDEN DE UNA LEVE TUMEFACCIÓN POST-OPERATORIA Y RARA VEZ SE PRODUCE DOLOR GRAVE O AGUDO, NO ESTÁ POR DEMÁS RECOMENDARLE ALGÚN ANALGÉSICO SUAVE DURANTE UNO A CUATRO DÍAS Y ESTOS PUEDEN SER DERIVADOS DE LAS PIRAZOLONAS, ACETAMINOFÉN O EL MAS COMÚN QUE ES EL ÁCIDO ACETIL SALICILICO, (5,12)

SI ACCIDENTALMENTE SE INVOLUCRARON IMPLEMENTOS QUE NO FUERON DEBIDAMENTE ESTERILIZADOS, O SOBRE LA BASE DE UNA HISTORIA CLÍNICA QUE NOS INDIQUE UNA POSIBLE INFECCIÓN LOCAL, Ó SISTÉMICA Y AUNQUE ASÍ NO LO FUERA, SI EL OPERADOR CREE CONVENIENTE UNA PREVENCIÓN CON ANTIBIÓTICOS, SE HARÁ DE UNA MANERA MEDIDA Y CONTROLADA CON DOSIS MENORES PREVENTIVAS QUE PUEDEN SER DE 250 MGS. A 500 MGS. DE ANTIBIÓTICO CADA SEIS U OCHO HORAS RESPECTIVAMENTE Y DURANTE UN TIEMPO NO MAYOR DE DIEZ DÍAS PERO NO MENOR DE CINCO COMO ES SABIDO PARA NO PROVOCAR ANTIBIÓTICO RESISTENCIAS.

C).- CONTROL PERIODICO DEL TRATAMIENTO.-

EL APARATO DE FIJACIÓN DEBERÁ DE PERMANECER EN EL PACIENTE COMO MÍNIMO DIEZ DÍAS COMO INDICAN TOMBER Y ÁVELLANAL, DE UNA A DOS SEMANAS, SUGIEREN GROSSMAN, LOUIS Y YURI KUTTLER, Y TRES SEMANAS PARA Mc.DONALD, PERO INDUDABLEMENTE SE DEBERÁ DEVOLVER LA FUNCIÓN NORMAL AL DIENTE EN UN LAPSO NO MAYOR DE CUARENTA DÍAS, POR CONSIDERARSE QUE SU FISIOLOGÍA NORMAL ES NECESARIA PARA EL ESTÍMULO DE LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES, Y TENER UN PROPÓSITO FAVORABLE CON SU REENERACIÓN, (13, 14).

DURANTE ESTE TIEMPO, EL PACIENTE DEBERÁ ACUDIR AL CONSUL-

TORIO CON INTERVALOS SEMANALES PARA EJERCER UN MEJOR CONTROL CLÍNICO Y DE ROENTGENOGRAFÍAS HASTA QUE EL ODONTÓLOGO LO CONSIDERE PERTINENTE.

C A P I T U L O X I I I

R E S U M E N

LOS REIMPLANTES HAN SIDO CONOCIDOS Y PRACTICADOS DESDE HACE VARIOS SIGLOS, COMO FUÉ MENCIONADO POR ÁBULCASIS Y POR HIPÓCRATES, AÚN CUANDO NO DESCRIBÍAN ALGUNA TÉCNICA ESPECÍFICA, HASTA QUE PIERRE FAUCHARD LO HACE HACIA 1746.

NO ES SIN EMBARGO HASTA NUESTROS DÍAS CUANDO SE HAN COMPROBADO CON ESTUDIOS BIOLÓGICOS Y ESTADÍSTICOS LOS RESULTADOS TAN POSITIVOS QUE PODEMOS LOGRAR CON ESTA TÉCNICA QUIRÚRGICA.

EXISTEN VARIAS RAZONES PARA PENSAR QUE EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN SERÁ LA REIMPLANTACIÓN, PRINCIPALMENTE CUANDO NO SE PUEDE ACTUAR QUIRÚRGICAMENTE DEBIDO A QUE LA LESIÓN ESTÁ PRÓXIMA A ZONAS ANATÓMICAS DELICADAS, COMO CANAL MANDIBULAR, SENOS MAXILARES, ETC., CUANDO UN INSTRUMENTO ESTÁ FRACTURADO Y NO ES POSIBLE POR MEDIOS ENDODÓNTICOS RETIRARLO Y ÉSTE A CAUSADO LESIÓN PERIAPICAL, SI POR CUALQUIER CAUSA EXISTIERA LESIÓN Y NO FUERA POSIBLE LLEVAR A CABO UNA INSTRUMENTACIÓN BIOMECÁNICA, ETC.

UNA VEZ QUE NOS HEMOS DADO CUENTA QUE LAS INDICACIONES Y LOS REQUERIMIENTOS SON LOS NECESARIOS PARA DETERMINAR EL REIMPLANTE COMO PLAN DE TRATAMIENTO, DEBEMOS SELECCIONAR NUESTRO INSTRUMENTAL DE EXODONCIA, ENDODONCIA Y CIRUGÍA PRINCIPALMENTE Y PREVENIR CON CUALQUIER OTRO MATERIAL QUE PUDIERA SER NOS ÚTIL DURANTE LA INTERVENCIÓN Y DEBEMOS TENERLO A LA MANO.

PROCURAREMOS QUE NUESTRO PACIENTE ESTÉ EN BUENA DISPOSICIÓN FÍSICA Y PSICOLÓGICA PARA QUE LA TÉCNICA QUE HEMOS ALEGIDO SEA EJECUTADA CONVENIENTEMENTE Y SIN COMPLICACIONES.

TRATAREMOS TAMBIÉN DE QUE EN EL TRANSOPERATORIO SEAN MÁXIMOS LOS CUIDADOS QUE SE TENGAN COMO: MANIPULAR EL DIENTE EN UN MEDIO HÚMEDO NUTRITIVO DESPUÉS DE HABER HECHO LA EXTRACCIÓN Y REALICEMOS NUESTRA APICECTOMÍA Y ENDODONCIA CON UN MÁRGEN DE TIEMPO RAZONABLE, ANTES DE LA REIMPLANTACIÓN Y ANULEMOS ASÍ UNA POSIBLE NECROSIS DE LOS TEJIDOS Y POR CONSIGUIENTE EXISTA MENOS POSIBILIDAD DE REABSORCIÓN CEMENTO-DENTINARIA.

SI SE CUMPLE ENTONCES CON ESTAS NORMAS, QUEDARÍA SOLO POR CONCLUIR UN CONTROL PERIÓDICO Y RADIOGRÁFICO DEL DIENTE Y UNA TERAPÉUTICA MÉDICA DE PREVENCIÓN PARA OBSERVAR EL ÉXITO DE EL REIMPLANTE.

CAPITULO XIV

DISCUSION

NO PODEMOS DESCARTAR OTRAS ALTERNATIVAS PARA SOLUCIONAR UN MISMO CASO, SIN EMBARGO, TAMPOCO DEBEMOS DEJAR LA REIMPLANTACIÓN COMO ÚLTIMO RECURSO, PUES ES UN TRATAMIENTO QUE COMO TANTOS OTROS CONTRIBUYE A PRESERVAR EL ESTADO DE SALUD DE UN INDIVIDUO Y CORRESPONDE ENTONCES A CADA CIRUJANO DENTISTA VALORAR SUS CONOCIMIENTOS Y SU HABILIDAD PARA RESOLVER EL PADECIMIENTO Y DECIDIR CUAL SERÁ EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN PARA CADA CASO Y ÉSTE PODRÁ SER EN ALGUNAS OCASIONES UN REIMPLANTE.

NO OBSTANTE QUE UNA OPERACIÓN SENCILLA Y CON RIESGOS MÍNIMOS, SE PRACTICA POCO EN LOS CONSULTORIOS DENTALES, PERO AÚN ASÍ SE TIENE CONOCIMIENTO DE RESULTADOS QUE VARIOS AUTORES MENCIONAN EN DIFERENTES PUBLICACIONES DE LIBROS Y REVISTAS, COMO ES EL CASO DEL C.D, PEDRO GONZÁLEZ HUERTA, PROFESOR DE LA U.N.A.M. EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA "LAS ÁGUILAS" QUE MENCIONA REIMPLANTES DE SEIS AÑOS DE ANTIGUEDAD CON RESULTADOS MUY POSITIVOS (14), TAMBIÉN HE TENIDO OPORTUNIDAD DE COMENTAR CON MI ASESOR DE TESIS EL C.D, JAIME ZALDIVAR , , REIMPLANTES QUE ÉL HA REALIZADO

DESDE HACE ALGUNOS AÑOS Y QUE SE PUEDEN CORROBORAR EN SECUENCIAS DE RADIOGRAFÍAS QUE HA TOMADO DURANTE ESTE TIEMPO, AL IGUAL QUE OTROS QUE HEMOS REALIZADO JUNTOS Y QUE TIENEN APROXIMADAMENTE UN AÑO Y CON BUENOS PRONÓSTICOS TODAVÍA, AUNQUE UNO DE ELLOS POR CIRCUNSTANCIAS AJENAS A NUESTRA VOLUNTAD HA PERMANECIDO SIN RESTAURACIÓN DURANTE UN AÑO APROXIMADAMENTE Y AHORA LO ENCONTRAMOS MESIALIZADO HASTA EL PUNTO DE CONTACTO DEL DIENTE CONTIGUO Y CON UNA BOLSA PARODONTAL NO MAYOR DE 3.5 MM HACIA MESIAL POR IMPACTACIÓN DE ALIMENTOS, AÚN ASÍ NO SE OBSERVA RADIOGRÁFICAMENTE NINGÚN TIPO DE REABSORCIÓN CEMENTO DENTINARIA O REACCIÓN ADVERSA COMO SUCEDE EN ESTOS CASOS, POR LO QUE SUPONEMOS QUE HABRÁ UN BUEN PRONÓSTICO SI A ESTE DIENTE SE LE RESTABLECE EN UN CORTO LAPSO DE TIEMPO A SU FUNCIÓN MASTICATORIA.

C A P I T U L O X V

C O N C L U S I O N E S

- 1.- LA REIMPLANTACIÓN ES UNA INTERVENCIÓN SENCILLA QUE NO EXIGE MAS PERSONAL PARA SU REALIZACIÓN QUE EL OPERADOR Y UN ASISTENTE O AYUDANTE.
- 2.- EN CONDICIONES NORMALES EL TIEMPO DE OPERACIÓN ES CORTO.
- 3.- NO EXIGE MAYORES CONOCIMIENTOS QUE LOS DE UN BUEN CIRUJA NO DENTISTA DE PRÁCTICA GENERAL.
- 4.- LA REIMPLANTACIÓN ES UN TÉCNICA QUIRÚRGICA QUE PUEDE APOR TAR UN GRAN BENEFICIO A LA SALUD DE UN INDIVIDUO PUES SIGUIEN DO LAS INDICACIONES Y DETALLES YA DESCRITOS, GENERALMENTE SE PUEDE LLEGAR AL ÉXITO ABSOLUTO.
- 5.- PROPORCIONA SOLUCIÓN A PROBLEMAS FRECUENTES COMO:
 - LESIONES PERIAPICALES QUE NO SE PUEDEN CANALIZAR POR ME DIOS ENDODÓNTICOS.

- IMPOSIBILIDAD DE DESALOJAR PIVOTES PROTÉSICOS.

- RUPTURA DE INSTRUMENTOS.

- REABSORCIÓN INTERNA O EXTERNA, ETC.

6.- ES UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA QUE PERSIGUE LA CONSERVACIÓN DE LA INTEGRIDAD ANATÓMICA Y FUNCIONAL DE NUESTRA CAVIDAD ORAL.

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

- 1.- ARCHER W. HARRY,
"CIRUGÍA BUCAL"
EDITORIAL MUNDI
2° EDICIÓN
BUENOS AIRES
TOMO II - 1968
- 2.- BHASKAR S.N.
"PATOLOGÍA BUCAL"
EDITORIAL EL ATENEO
3° EDICIÓN
BUENOS AIRES 1971
- 3.- CLARK HERNY B. JR.
"PRÁCTICA DE LA CIRUGÍA ORAL"
EDITORIAL ARGENTINA
BUENOS AIRES 1957
- 4.- DURANTE AVELLANAL CIRO
"CIRUGÍA ODONTOMAXILAR"
EDITORIAL EDIAR
BUENOS AIRES 1946.
- 5.- GOODMAN LOUIS S,
ILMAN ALFRED,
"BASES FARMACOLÓGICAS DE LA TERAPÉUTICA"
EDITORIAL INTERAMERICANA
4° EDICIÓN 1976.

- 6.- GROSSMAN LOUIS I.
"PRÁCTICA ENDODÓNTICA"
EDITORIAL MUNDI
3° EDICIÓN 1973.
- 7.- GURALNICK WALTER C.
"TRATADO DE CIRUGÍA ORAL"
EDITORIAL SALVAT
MÉXICO 1971
- 8.- KRUGER GUSTAVO O.
"TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL"
EDITORIAL INTERAMERICANA
- 9.- KUTLER YURY
"ENDODONCIA PRÁCTICA"
EDITORIAL ALPHA
1° EDICIÓN
- 10.- LOPEZ GARCIA NORBERTO
"ANATOMÍA, FISIOLOGÍA E HIGIENE"
EDITOR MÉNDEZ OTEO
3° EDICIÓN 1978.
- 11.- MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA .
"ASTRA"
SUECIA 1969
- 12.- MEYERS F.H.
"MANUAL DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA"
EDITORIAL INTERAMERICANA
4° EDICIÓN 1976.

- 13.- MOLAS LOPEZ F.
"INJERTOS DENTARIOS"
EDITORIAL AFOS
2° EDICIÓN 1945.
- 14.- ODONTOLOGO MODERNO
"REVISTA BIMENSUAL"
EDITADA POR BAYER DE MÉXICO, S.A.
OCTUBRE/NOVIEMBRE 1981
DICIEMBRE/ENERO 1982
- 15.- ORBAN
"PERIODÓNIA TEÓRICA Y PRÁCTICA"
EDITORIAL INTERAMERICANA
4° EDICIÓN 1975.
- 16.- REYES ROGELIO C.D. PROFESOR ENEDI
"APUNTES DE HISTOLOGÍA Y EMBRIOLOGÍA"
1° Y 2° SEMESTRE 1978
- 17.- RIES CENTENO GUILLERMO A.
"CIRUGÍA BUCAL"
EDITORIAL EL ATENEO
8° EDICIÓN
BUENOS AIRES 1979.
- 18.- TIECKE RICHARD W.,
STUTEVILLE ORION H.,
CALANDRA JOSEPH C.,
"FISIO-PATOLOGÍA BUCAL"
1° EDICIÓN 1960

19.- ZEGARELLI EDWARD V.,
KUTSCHER AGUSTIN H.,
HAIMAN GEORGE A.,
"DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL"
EDITORIAL SALVAT
BARCELONA, ESPAÑA 1972.