



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA - U.N.A.M.**

REEMPLANTES DENTARIOS

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

LAURA GRACIELA GOMEZ NOBLE

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO

1984



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.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "IZTACALA"
U. N. A. M.

CARRERA DE: CIRUJANO DENTISTA

REIMPLANTES DENTARIOS

GOMEZ NOBLE LAURA GRACIELA

San Juan Iztacala Mex. 1984.

I N D I C E
REIMPLANTE DENTARIO

INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
ASPECTOS PARODONTALES DEL REIMPLANTE DENTARIO	
1.1) Cemento	5
1.2) Encia	11
1.3) Hueso Alveolar.....	13
1.4) Ligamento Parodontal	14
CAPITULO II	
DEFINICION	
2.1) Reimplante	22
2.2) Trasplante	23
2.3) Implante	24
CAPITULO III	
INFLACION	
3.1) Funciones del proceso inflamatorio ..	25
3.2) Tipos principales de la respuesta in- flamatoria	26
CAPITULO IV	
INMUNOLOGIA	
4.1) Respuesta inmológica	28
4.2) Mecanismo de rechazo	32

CAPITULO V	
INDICACIONES PARA REIMPLANTE DENTARIO	34
CAPITULO VI	
CONTRAINDICACIONES PARA REIMPLANTE DENTA-- RIO	37
CAPITULO VII	
INSTRUMENTAL Y MEDICAMENTOS.	39
CAPITULO VIII	
TECNICA QUIRURGICA	50
8.1) Reimplante dentario vital	51
8.2) Reimplante dentario no vital.	54
CASOS CLINICOS	68
CONCLUSIONES	73
BIBLIOGRAFIA	75

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

REIMPLANTE DENTARIO

El tema de la reimplantación dentaria es un tema al cual no se ha dado la importancia que merece, existe poco material bibliográfico respecto al tema. La investigación es en este tema un campo poco explorado.

En la práctica odontológica general cuando se llega a realizar un reimplante dentario generalmente es debido a una emergencia.

Es frecuente que en el consultorio dental se presenten pacientes en los cuales está indicado una reimplantación dentaria, pero debido al poco conocimiento del tema por parte del odontólogo este adopta medidas drásticas como lo es la extracción de la pieza dentaria.

En la práctica diaria es frecuente encontrar nos con pacientes con una serie de traumatismos tales como: luxaciones, avulsiones etc. Existen también casos en los cuales no es posible realizar un tratamiento endodóntico convencional tales como: raíces dilaceradas, conductos estrechos, nódulos pulpares etc. En muchos de estos casos el tratamiento de elección una vez valorado el paciente será un Reimplante Dentario.

Existen varios factores que se deben tomar en cuenta antes de tomar la decisión de realizar-

un reimplante dentario. Básicamente son:

Historia Clínica.

La finalidad de llenar la historia clínica - se considera un trámite indispensable en la práctica del Cirujano Dentista. Existen cuatro razones principales por las cuales el dentista debe - elaborar una historia clínica:

a).- Para tener la seguridad que el trata- - miento dental no perjudicará el estado general - del paciente.

b).- Para averiguar si la presencia de algu- - na enfermedad sistémica no contraindica el trata- miento dental o bien si la toma de algunos medica - mentos puedan entorpecer o comprometer el éxito - del tratamiento dental por realizar.

c).- Para detectar alguna enfermedad ignora- - da que exija un tratamiento especial.

d).--Para conservar un documento gráfico que pueda resultar útil en caso de reclamación judi- - cial.

Estudio Radiográfico.

Este se obtiene desde un principio como me- - dio informativo para llegar a un diagnóstico acer - tado.

El estudio radiográfico nos aporta datos importantes sobre las características anatómicas - del diente por reimplantar: tamaño, forma, número, y disposición de la raíces, relación con zonas - anatómicas importantes como lo es el conducto den tario inferior, seno maxilar, agujero mentoniano. También nos aporta información sobre los tejidos- de soporte óseo, forma y densidad de la lámina - dura y cortical, así como también presencia de - lesiones patológicas, fracturas caries etc.

Importancia del Diente por Reimplantar.

Revisaremos en que circunstancias se encuentra parodontalmente (bolsas parodontales, movilidad, absorción radicular, anquilosos) caries (grado) avulsión etc.

Técnica

Es muy importante que la técnica sea la indi cada, de lo contrario el resultado de el trata- - miento será el fracaso.

La finalidad principal que persigue la elavoraci ón de esta tesis es la conservación de la -- integridad oclusal, fonética, estética y psíquica a través de la Reimplantación Dentaria.

Los dientes tienen gran importancia en la - personalidad del individuo, si hay la posibilidad

de conservar un diente dañado por una u otra causa ¿porque no hacer el intento de conservarlo en su alveolo?.

C A P I T U L O I

ASPECTOS PARODONTALES DEL REIMPLANTE DENTARIO.

C E M E N T O

LOCALIZACION

Cubre a la dentina de la raíz del diente. A nivel de la región cervical, el cemento puede presentar las siguientes modalidades en relación con el esmalte:

a).- El cemento puede encontrarse en contacto exactamente con el esmalte lo cual suele ocurrir en un 30% de los casos.

b).- Puede no ponerse en contacto directo con el esmalte, dejando entonces una pequeña porción de dentina al descubierto. Se ha observado en un 10% de los individuos.

c).- Puede cubrir ligeramente al esmalte. Esta última disposición es la más frecuente ya que se presenta en un 60%.

CARACTERISTICAS FISICO-QUIMICAS

Es de un color amarillo pálido, más pálido que la dentina, de aspecto pétreo y superficie rugosa. Su grosor es mayor a nivel del ápice radicular, de allí va disminuyendo hasta la región cervical en donde forma una capa finísima del grosor de un cabello.

El cemento bien desarrollado es menos duro - que la dentina. Consiste en un 45 a 55% de material inorgánico y de un 50 a 55% de substancia - orgánica y agua. El material inorgánico consiste fundamentalmente en sales de calcio bajo la forma de cristales de hidroxapatita. Los constituyentes químicos principales del material inorgánico - son el colágeno y los mucopolisacáridos.

Mediante experimentos fisico-químicos y el - empleo de colorantes vitales, se ha observado que el cemento celular es un tejido permeable.

ESTRUCTURA HISTOLOGICA

Es una variedad de tejido conjuntivo que -- histológicamente puede dividirse en dos porciones a).- Cemento Celular y b).- Cemento Acelular.

a).- Cemento Celular.

Se caracteriza por su mayor o menor abundancia de cementocitos. Ocupa el tercio apical de - la raíz dentaria.

b).- Cemento Acelular.

Forma parte de los tercios cervicales y medio de la raíz de diente. Las fibras de Sharpey ocupan la mayor parte del cemento acelular, la mayo-

ria de las fibras se insertan en la superficie dentaria más o menos en ángulo recto y penetran en la profundidad del cemento.

En el cemento celular cada cementocito ocupa un espacio llamado laguna cementaria. El cementocito llena por completo la laguna de la cual salen unos conductos llamados canículos, así como las prolongaciones citoplasmáticas de los cementocitos, se dirigen hacia la membrana parodontal donde se encuentran los elementos nutritivos indispensables para el funcionamiento normal del tejido.

La última capa de cemento próxima a la membrana parodontal, no se calcifica o bien permanece menos calcificada que el resto del tejido cementoso y se le conoce con el nombre de cementoide.

El cemento es un tejido de elaboración de la membrana parodontal y su mayor parte se forma durante la erupción intraosea del diente. Una vez rota la continuidad de la vaina epitelial radicular de Hertwing varias células del tejido conjuntivo de la membrana parodontal se ponen en contacto con la superficie externa de la dentina radicular y se forman en unas células coloidales características a las que se da el nombre de cementoblastos.

El cemento es elaborado durante dos fases consecutivas: en la fase es depositado el tejido

cementoide se transforma en tejido calcificado o cementado propiamente dicho.

FORMACION EXCESIVA DE CEMENTO.

Hipercementosis también llamada hiperplasia del cemento, excementosis o únicamente cementosis. Se caracteriza por constituir un proceso de elaboración excesiva de cemento. Puede presentarse en todas las piezas dentarias o tan solo en algunas, así también es posible que se observe en toda la raíz o bien sólo en áreas localizadas de la misma. No es rara su presencia en dientes incluidos.

Entre los factores etiológicos de la hipercementosis localizada se han citado los siguientes:

a).- Lesiones traumáticas localizadas en diferentes áreas del cemento.

b).- Inflamación periapical lenta y progresiva frecuente en dientes desvitalizados. En estas condiciones la hipercementosis forma parte de un mecanismo de defensa que impide la propagación del proceso inflamatorio hacia los tejidos circunvecinos y hacia el resto del organismo.

c).- Tensión oclusal extensiva.

FUNCIONES DEL CEMENTO

a).- Mantener al diente implantado a su alveolo.- al favorecer la inserción de las fibras parodontales. Aún en ausencia de la pulpa dentaria el cemento continúa cumpliendo su función de sostén.

b).- Permite la continua reacomodación de las fibras principales de la membrana parodontal. Esta función adquiere importancia primordial durante la erupción dentaria y también porque sigue los cambios de la presión oclusal en dientes seniles.

c).- Compensa en parte la pérdida del esmalte ocasionada por el desgaste oclusal e incisal.- La adición continua de cemento a nivel de la porción apical de la raíz, da lugar a un movimiento oclusal continuo y lento durante toda la vida del diente. Esta erupción vertical lenta y continua-parcialmente compensa la pérdida del espesor de la corona debido a la atrición.

d).- Reparación de la raíz dentaria una vez que ésta se ha lesionado si la lesión no ha sido de consideración y se ha removido la causa la resorción radicular, se formará un nuevo cemento a-

nivel de la zona afectada, reemplazandose así tan to la pérdida de cemento como la de dentina. A medida que se forma el cemento de reparación, se insertan sobre el mismo nuevas fibras de la membrana parodontal y la pieza dentaria se reimplanta con firmeza en la zona de reparación.

E N C I A

La encía se define como la porción de mucosa oral que cubre a los procesos alveolares y rodea las regiones cervicales de los dientes.

El contorno de la encía varia y depende de la forma de los dientes y su alineación en el arco dentario.

Normalmente en el adulto es de un color rosa coral, firme y frecuentemente adherida al proceso alveolar subyacente.

Las variaciones en el color de la encía están en relación directa a la pigmentación cutánea en general.

La encía se puede dividir clínica y microscópicamente en encía marginal, interdental e interdentaria.

a).- Encía Marginal.

Se extiende desde el borde gingival libre, rodea al diente a manera de un collar.

El tejido conectivo de la encía marginal es densamente colágeno y contiene un sistema importante de fibras denominadas fibras gingivales las

cuales tienen las funciones de mantener la enciamarginal adosada al diente y unir a la enciamarginal con el cemento de la raíz y la encia insertada.

b).- Encía Insertada.

Se encuentra firmemente unida a la superficie del diente y al proceso alveolar por medio de bandas fibrosas de tejido conjuntivo. Microscópicamente las células epiteliales escamosas superficiales se encuentran queratinizadas.

c).- Encia Interdentaria.

Es la porción de la encia que ocupa el espacio interproximal. Cuando la superficie de los dientes contiguos se encuentran en íntimo contacto la papila interdentaria termina a corta distancia por debajo del área de contacto, llenando el espacio que separa a ambos dientes. Si falta el contacto interproximal la encia se une firmemente al proceso alveolar formando una eminencia rodeada uniforme.

HUESO ALVEOLAR

Es la porción de los maxilares que forma y sostiene los alveolos donde estan colocados los dientes.

Se pueden observar dos partes de la apófisis alveolar propiamente dicho (lámina criviforme), - el hueso de sosten que consiste en trabéculas reticulares (hueso esponjoso) y las tablas vestibular y palatino del hueso compacto. El tabique interdentario consta de hueso de sosten encerrado en un borde compacto.

Todas las fuerzas oclusales que se transmiten desde el ligamento parodontal hacia la parte interna del alveolo son soportadas por el trabeculado esponjoso que a su vez es sostenido por las tablas corticales, vestibular y lingual.

El hueso está compuesto a su vez de una matriz calcificada con osteocitos encerrados dentro de unos espacios denominados lagunas. Los osteocitos se extienden dentro de canículos que se irradian desde las lagunas formando un sistema anastomosado.

El hueso alveolar está compuesto principalmente por calcio, fosfato, así como por carbonatos, hidroxilos y cetato además sales minerades depositados en forma de hidroxapatita.

Las fibras principales del ligamento parodontal están incluidas en el hueso alveolar donde se les denomina fibras de Sharpey.

La pared del alveolo lo forma el hueso laminado y hueso fasciculado éste es el hueso que limita con el ligamento parodontal por su contenido de fibras de Sharpey. Está dispuesto en capas - con líneas intermedias de posición paralelas a la raíz. El hueso fasciculado se reabsorbe gradualmente en el lado de los espacios medulares y es reemplazado por hueso laminado.

La porción esponjosa del hueso alveolar, tiene una amplia variación en la forma de las trabéculas, ésta sufre la influencia de las fuerzas - oclusales. La matriz de las trabéculas del hueso esponjoso consiste en láminas de ordenamiento -- irregular, separado por líneas de aposición y resorción.

El hueso alveolar propiamente dicho (pared - interior del alveolo) también se le denomina lámina dura, debido a su aspecto en la radiografía - de línea radiopaca, tiene numerosas perforaciones para la entrada y salida de vasos sanguíneos y - nervios desde o hacia la membrana parodontal; el - aporte sanguíneo proviene de vasos del ligamento - parodontal y espacios medulares.

El tabique interdentario se compone de hueso esponjoso, limitado por las paredes alveolares de los dientes vecinos y las tablas corticales ves-

tibular y lingual.

El hueso alveolar es el menos estable de los tejidos parodontales está en constante cambio. - El hueso se reabsorbe en áreas de presión y se forma en áreas de tensión.

El hueso alveolar se remodela constantemente como respuesta a las fuerzas oclusales, por medio de los osteoblastos y osteoclastos, el hueso disminuye para hacer frente a nuevas exigencias funcionales con eficiencia.

LIGAMENTO PARODONTAL

Es un tejido conectivo que rodea a la raíz - de los dientes y los une al hueso alveolar.

ESTRUCTURA HISTOLOGICA.

El ligamento parodontal está constituido por fibras colágena las cuales se encuentran orientadas en sentido rectilíneo cuando se encuentran bajo tensión y onduladas en estado de relajación. Entre estas fibras se localizan vasos sanguíneos, vasos linfáticos, nervios y en algunas zonas unos cordones de células epiteliales que se conocen - con el nombre de restos de Malassez. Además se - observan con frecuencia células diferenciadas que intervienen en la formación de cemento (cemento-- blastos) y de hueso alveolar (osteoblastos).

Algunas veces existen células relacionadas - con la resorción del cemento (cementoblastos) y - de hueso (osteoclastos).

FIBRAS PRINCIPALES DEL LIGAMENTO PARODONTAL

Las fibras principales del ligamento parodontal del diente en estado funcional se encuentran orientada de una manera ordenada pudiendo clasificarse convencionalmente en los seis grupos siguientes: fibras gingivales libres, fibras transeptales, fibras crestal-alveolares, fibras horizontales dento-alveolares, fibras oblicuas dento-alveolares y fibras apicales.

a).- Fibras Gingivales libres

Por un extremo se insertan en el cemento a nivel de la porción superior del tercio cervical-radicular se dirigen hacia arriba y afuera para terminar entremezclándose con los elementos estructurales del tejido conectivo denso submucoso de la encía.

Su función es mantener a la encía firmemente unida a la superficie del diente, cuando ejerce presión sobre la superficie oclusal.

b).- Fibras Tranceptales

Se extienden desde la superficie mesial del tercio cervical de un diente hasta el mismo tercio de la superficie distal del cemento del diente contiguo.

Su función es soportar movimientos de lateralidad.

c).- Fibras Cresto-Alveolares

Van desde el tercio cervical del cemento hasta la apófisis alveolar.

Su función es resistir el desplazamiento -- originado por fuerzas tensionales laterales.

d).- Fibras Horizontales Dento-Alveolares

Se extienden horizontalmente desde el cemento hasta el hueso alveolar.

Su función es resistir presiones laterales y verticales aplicadas sobre el diente.

e).- Fibras Oblicuas Dento-Alveolares.

Son las que constituyen las fibras más numerosas de la membrana parodontal. Se extienden en sentido apical y oblicuamente desde el hueso alveolar al cemento.

Su función es soportar fuerzas de masticación

f).- Fibras Apicales

Se extienden del cemento hacia el hueso en el fondo del alveolo.

Su función es soportar fuerzas de masticación.

Se piensa que en el momento de la extracción dentaria estas fibras son seccionadas quedando algunas de ellas en el hueso alveolar y otras en el diente por reimplantar.

La reinserción del ligamento parodontal es a partir de 2 a 4 semanas.

fibras tranceptales	2 semanas
fibras oblicuas	3 semanas
fibras periapicales	3 a 4 semanas

FUNCIONES DEL LIGAMENTO PARODONTAL

a).- Función de soporte

El ligamento parodontal permite el mantenimiento entre los tejidos duros y blandos que rodean al diente.

b).- Función Formativa

Es realizada por los osteoblastos y cementoblastos en los procesos de oposición de los tejidos óseo y cementoso. Por otro lado los fibroblastos dan origen a las fibras colágenas del ligamento parodontal.

c).- Función de Resorción.

Mientras que la fuerza tensional moderada ejercida sobre las fibras del ligamento parodontal, estimula la neoformación de cemento y tejido óseo, la presión excesiva da lugar a una resorción ósea lenta.

d).- Función Sensorial.

La inervación del ligamento parodontal, le confiere sensibilidad propioceptiva y táctil, con esto el ligamento detecta y localiza las fuerzas-

extrañas que actúan sobre los dientes y desempeñan un papel importante en el mecanismo neuromuscular que controla la musculatura masticatoria.

e).- Función Nutritiva.

Es llevada a cabo por la sangre que circula en los vasos sanguíneos periodontales.

CAPITULO II

DEFINICIONES

REIMPLANTE DENTARIO

TRANSPLANTE DENTARIO

IMPLANTE DENTARIO

Debido a la confusión que existe en la terminología de los conceptos reimplante, trasplante e implante. Hemos tratado de unificar los distintos criterios para lograr la mejor comprensión de estos términos.

REIMPLANTE DENTARIO

Es la acción de colocar un diente en su debido lugar en el alveolo, que ha sido desplazado intencional o accidentalmente del mismo.

El reimplante dental se puede clasificar en reimplante vital y no vital.

a).- Reimplante Vital

Es aquel en el que se ubica el diente tratando de conservar su vitalidad pulpar, maniobra que se emplea frecuentemente en las avulsiones dentarias de origen traumático, en los cuales se puede esperar la reintegración pulpar completa, siempre y cuando se realiza lo más pronto posible después del traumatismo (20 a 25 minutos máximo posterior al traumatismo).

b).- Reimplante No Vital

Mediante maniobras intra y extrabucales se coloca el órgano dentario en su alveolo original.

En este tipo de reimplante se realiza posteriormente a la extracción dentaria el tratamiento de endodoncia del diente por reimplantar.

TRANSPLANTE DENTARIO

Consiste en transferir un diente al lugar de otro.

Este tratamiento tiene variedades distintas denominadas de acuerdo al tipo de pasos que se realicen.

a).- Transplante Autógeno.

Quando se realiza con dientes del mismo individuo.

b).- Transplante Homólogo.

Quando se realiza con dientes de individuos de la misma especie.

c).- Transplante Heterógeno

Quando se realiza con dientes de individuos de especie diferente.

En la odontología, la aplicación de los transplantes ha estado y seguirá estando probablemente

relacionado a los autoingertos y los homoingertos.

El trasplante dentario no es tan exitoso como el reimplante dentario debido a factores inmunológicos.

Actualmente en Sudamérica existen bancos de dientes, los cuales son utilizados en el homotransplante. Estos dientes son conservados en una solución antiséptica llamada D.G.16, la cual actua-- conservando el diente. Estos dientes son trata-- dos endodónticamente después de la extracción, o bien en el momento de la transplantación.

Una operación que tipifica el trasplante - dentario autógeno es aquella en la que se extrae el primer molar y se coloca en su lugar, al tercer molar del mismo cuadrante.

IMPLANTE DENTARIO

La implantación dentaria consiste en intro-- ducir un diente natural o artificial en el alveolo preparado quirúrgicamente por medio de inci-- sión y fresado.

C A P I T U L O I I I

I N F L A M A C I O N

La inflamación es la respuesta de los mecanismos de defensa del organismo ante una lesión y encierran los fenómenos que ocurren desde el momento en que se produce la lesión hasta la cicatrización completa.

FUNCIONES DEL PROCESO INFLAMATORIO

a).- Llevar a la zona ciertas células fagocíticas las cuales engloban bacterias, células muertas u otros desechos.

b).- Transportan anticuerpos al sitio de la lesión.

c).- Neutralizar y diluir el factor irritante (por edema).

d).- Limitar la extensión de la inflamación (mediante formación de fibrina, fibrosis o revestimiento con tejido de granulación).

e).- Iniciar la reparación.

TIPOS PRINCIPALES DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA

- a).- Inflamación aguda
- b).- Inflamación sub-aguda
- c).- Inflamación crónica
- d).- Inflamación granulomatosa crónica

Al realizar la extracción para el reimplante, se produce una inflamación aguda, la intensidad de esta respuesta depende en relación directa con el grado de traumatismo producido durante dicha extracción.

Los síntomas clásicos de la inflamación son: rubor, tumor, aumento de la temperatura, dolor y trastorno de la función.

- a).- Rubor

Se produce por aumento de eritrocitos y estasis sanguínea en el área.

- b).- Tumor

Es debido al aumento de volumen sanguíneo y al número de células en el área afectada y a que-

los líquidos en el espacio tisular tienen dificultad para volver a la circulación a través de las terminaciones venosas de los capilares a causa de los cambios de presión osmótica, trombosis de los capilares y a la circulación linfática entorpecida.

c).- Aumento de la Temperatura.

Es ocasionada por el aumento en la afluencia sanguínea.

d).- Dolor

Se debe a presión en las terminaciones nerviosas.

e).- Trastorno de la Función

Es consecuencia de la alteración tisular y al dolor.

Estos son los síntomas que se presentan en el pos-operatorio al realizar un reimplante dentario.

C A P I T U L O I V

I N M U N O L O G I A

Inmunología es la ciencia que estudia los fenómenos que se encargan de controlar la identidad de un organismo, reteniendo a las sustancias reconocidas como propias y eliminando a las consideradas como extrañas.

RESPUESTA INMUNOLOGICA

Es la manera como el aparato inmune responde a la presencia en el organismo de sustancias reconocidas como extrañas ya sea mediante la síntesis de proteínas llamadas anticuerpos (Ac), ó bien produciendo unas células peculiares que se denominan células inmunizadas (Ci), en el caso de rechazo de autotrasplante estos elementos celulares reciben el nombre de células sensibilizadas. Al primer fenómeno se denomina Respuesta Inmune Humoral y al segundo, o sea la formación de células inmunizadas o sensibilizadas, Respuesta Inmune Celular.

En lo que se refiere al trasplante de órganos y tejidos se emplea un lenguaje así como una nomenclatura adoptada a los nuevos conocimientos. A continuación se menciona dicha nomenclatura:

TIPOS

DEFINICION

DIFERENCIAS GENETICAS ENTRE DONADOR Y RECEPTOR

Trasplante autógeno	Donador y receptor son - una misma persona.
Trasplante isogénico Trasplante singénico	Donador y receptor son - genéticamente idénticos
Trasplante halogénico Halotrasplante	Donador y receptor son - miembros de la misma espe <u>cie</u> .
Trasplante xenogénico Xenotrasplante	Donador y receptor son - miembros de especies dife <u>rentes</u> .

SITIO DE IMPLANTACION

Trasplante ortópico	Tejido u órgano trasplan- tado en sitio natural.
Trasplante heterotó- pico.	Tejido u órgano trasplan- tado en sitio diferente - al natural.

TIPO ANATOMICO

Trasplante sólido	Organo entero o fragmento anatómicamente representativo (riñon)
Trasplante disperso	Suspensión de células -- (sangre)

RELACION TEMPORAL

Trasplante isocrónico	Donador y receptor son de la misma edad.
Trasplante heterocrónico	Donador y receptor son de edad diferente.

FUNCION QUE DESEMPEÑA

Trasplante vital	Organo o tejido del que se requiere su función completa.
Trasplante inerte	Organo o tejido del que se requiere su función física.
Trasplante libre	Donador y receptor no <u>unidos</u> por el trasplante.

RELACION ANATOMICA CON EL RECEPTOR

Trasplante de vascularización inmediata

Cuando se logra conexión con el receptor mediante anastomosis vascular quirúrgica (riñón)

Trasplante de vascularización mediata.

Cuando la unión es espontánea por neoformación - (piel)

AUTOINGERTO

Cuando se realiza un autoingerto como sería el caso de reimplante dentario, existen dos etapas bien definidas:

1a. Fase.- Izquemia temprana la cual dura de 1 a 3 días dependiendo del tamaño del tejido injertado y que se caracteriza por no haberse establecido aún conexión vascular en el lecho receptor así como por aparecer un infiltrado inflamatorio de leucocitos polimorfonucleares, inespecífico y progresivo el cual se decrece y así desaparece durante la fase siguiente.

2da. Fase.- Revascularización, implica no solamente que se establece la circulación a nivel del sitio injerto-lecho, sino también que además de tender a desaparecer el infiltrado inflamatorio, hay regeneración de elementos epiteliales y la recuperación en un lapso de 12 a 16 días.

MECANISMO DE RECHAZO.

En ocasiones, un tejido u órgano trasplantado será destruido por el sistema inmune del receptor al cabo de unas horas de efectuado el trasplante. Cuando esto ocurre suele estar provocado por concentraciones muy elevadas de anticuerpos circulantes que se han desarrollado en el receptor a consecuencia de una exposición previa a los antígenos del mismo tipo a los existentes del te-

jido trasplantado. Con mayor frecuencia, si la cirugía fué adecuada el órgano trasplantado funciona bien, por lo menos durante las primeras horas o días. Después, empezando entre el quinto día y una semana, la función empeorará rápidamente y finalmente viene la muerte de las células en el órgano y la destrucción total del organismo.

La posibilidad de rechazo en un reimplante dentario más que reacción inmunológica es debida a una mala técnica, estado físico del paciente, estados parodontales patológicos, etc.

C A P I T U L O V

INDICACIONES PARA REIMPLANTE DENTARIO

INDICACIONES PARA REIMPLANTE DENTARIO

1.- Lesiones Periapicales

Cuando existen serias lesiones periapicales; quistes, granulomas y que un curetaje apical o una apicectomia no sea factible, debido a cercanias de zonas anatómicas importantes como lo es el conducto dentario inferior, agujero mentoniano y seno maxilar.

2.- Conductos Inaccesibles

Cuando exista obstrucción mecánica en el con ducto por ejemplo un nódulo pulpar que no pueda removearse. En conductos parcial o totalmente cal cificados.

3.- Cuando se haya roto un instrumento en el inte rior del conducto y sea necesario concluir el tratamiento endodóntico.

4.- Reabsorción Interna y Externa

Cuando la reabsorción interna y externa haya llegado a perforar la porción apical y la apicectomia no pueda ser realizada así como tampoco un legrado apical.

5.- Cuando se presentan curvas pronunciadas del -
conducto que no puedan recorrerse con el ins-
trumento.

6.- Bifurcación de el conducto a nivel apical y no
se pueda conseguir accesibilidad al mismo.

7.- Cuerpo Extraño en el Tejido Periapical

Cuando se encuentre un cuerpo extraño en el-
tejido periapical que actue como irritante, por -
ejemplo una punta de gutapercha, cemento, puntas-
absorbentes, etc.

8.- Cuando han fracasado todos los tratamientos -
conservadores.

9.- Avulsiones por Causas Traumáticas

Dientes luxados o bien que han sido expulsa-
dos del alveolo, por accidentes traumáticos o en-
curso de una extracción.

10.- Mantenimiento de Espacio entre Piezas Denta-
rias

En dientes temporales nos evita el tener que
colocar un mantenedor de espacio, efectuandose la

resorción radicular en forma similar a lo normal y facilitando la erupción de piezas permanentes.

Cuando se trata de piezas permanentes en personas jóvenes presenta la enorme ventaja de orientar la erupción de los dientes adyacentes.

11.- Como Medio Hemostático en pacientes Hemofílicos.

Al realizar un reimplante en un paciente hemofílico disminuye el sangrado provocado por la extracción dentaria.

C A P I T U L O VI

CONTRAINDICACIONES PARA REIMPLANTE DENTARIO

CONTRAINDICACIONES PARA REIMPLANTE DENTARIO

1.- Proceso Infeccioso Parodontal Severo

Es comprensible que la destrucción severa de corticales, disminuya proporcionalmente las posibilidades de anquilosis del diente reimplantado.

2.- Mal Estado General del Paciente

En enfermos con estado general debilitado ó enfermedades crónicas no controladas constituye un campo no propicio para la reimplantación dentaria.

3.- Proceso Infeccioso en Estado Agudo

El proceso infeccioso en estado agudo, no es más que una contraindicación temporal, ya que la infección debe ser tratada por los medios habituales antes de intentar la reimplantación.

4.- Psicología Negativa del Paciente

No es raro que acudan a nuestra consulta pacientes con dolores intensos y vigili^{as} prolongadas, que se niegan a cualquier tratamiento excepto el radical.

5.- Poco Remanente Coronario

Debido a las posibilidades de fractura coronaria en el momento de la extracción.

6.- Cuando el operador no pueda Ejecutarlo Correctamente.

Esto puede ser por falta de conocimientos, - material o instrumental.

7.- Pacientes que vayan a ser intervenidos ortodónticamente.

8.- Cuando el diente por reimplantar presenta raíces enanas.

9.- Fractura Radicular.

Cuando en el momento de la extracción se produce fractura a nivel de la raíz ya no es factible intentar el reimplante.

C A P I T U L O V I I

INSTRUMENTAL Y MEDICAMENTOS

I N S T R U M E N T A L

SILLON DENTAL

Debemos asegurarnos que se encuentre en esta do aséptico.

El sillón dental debe conservar una posición adecuada para que el operador no tenga mala posición. (fig. 1).

LAMPARA

La luz de la unidad deberá estar bien dirigi da sin molestar la vista del paciente y aumentar la visibilidad del operador.

VASO

Se usará un vaso para cada paciente.

Usaremos dos vasos de cristal con boca ancha que contengan suero fisiológico. Este vaso nos servirá para sumergir el diente extraído. Mientras que el otro vaso que contiene también solución nos servirá para la irrigación del diente y la del alveolo.

PIEZA DE MANO

Debemos disponer de una pieza de mano de alta y baja velocidad.

APARATO DE RAYOS X

Es indispensable disponer de un aparato de rayos X para llevar un control radiográfico en el reimplante dentario. (fig. 2).

ESTERILIZADOR

Necesario para disponer de instrumentos libres de gérmenes patógenos.

ESCUPIDERA Y EYECTOR QUIRURGICO

No deben faltar en la intervención, para comodidad del paciente y del operador. (fig. 3).

FRESAS

Nos servirán para el acceso a la cámara pulpar y eliminación de caries.

GASA ESTERIL

Esta debe estar cortada en cuadros pequeños de 5 X 5 cm. aprox. para mayor comodidad. No debemos usar algodón porque entorpece el trabajo al quedarse pegada en los dedos, diente alveolo etc.

La gasa se usa para colocarla en el alveolo con el fin de inhibir la hemorragia y evitar contaminación, ésta gasa estará lubricada con suero fisiológico. Otro uso de la gasa es para tomar - el diente por reimplantar.

EQUIPO PARA ANESTESIA LOCAL

- a).- Anestésico local.- Para evitar la molestia al introducir la aguja en el momento del bloqueo.
- b).- Jeringa carpule
- c).- Cartucho para anestesia
- d).- Agujas desechables

(Fig. 4).

ESPEJO, PINSAS Y EXPLORADOR

Instrumentos básicos en cualquier tratamien-

to odontológico. (Fig. 5).

JERINGA HIPODERMICA

Se usará para la irrigación del diente, alveolo y conductos pulpaes.

EQUIPO DE EXODONCIA

- a).- Forceps
- b).- Elevadores

Estos instrumentos deben usarse con mucho cuidado ya que un mal uso de ellos provocaría fractura de la pieza por reimplantar. (Fig. 6).

EQUIPO DE ENDODONCIA

- a).- Tiranervios
- b).- Limas
- c).- Puntas de papel
- d).- Ensanchadores
- e).- Obturadores

Cada uno de los instrumentos se usará conforme a las indicaciones y cuidados que el tratamiento requiera. (Fig. 7).

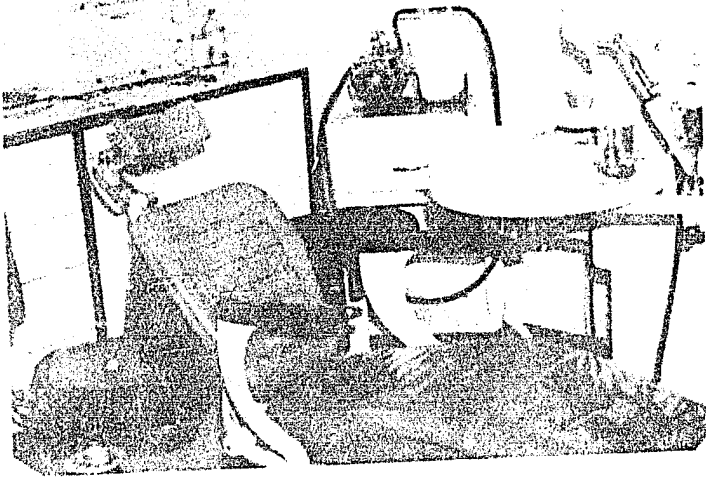


Fig. 1

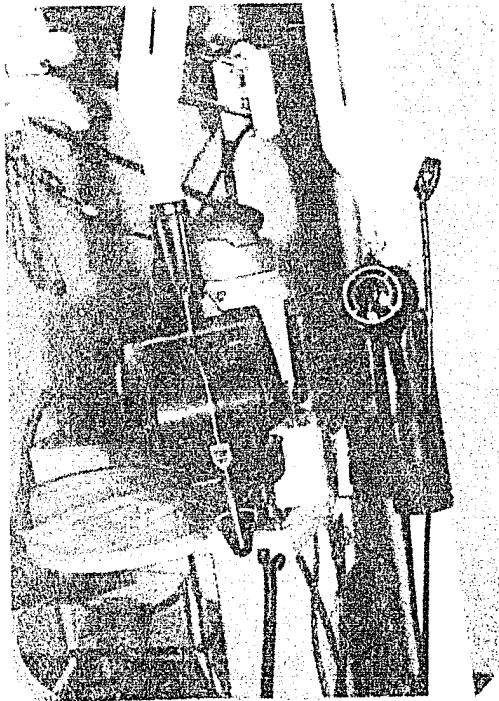


Fig. 2

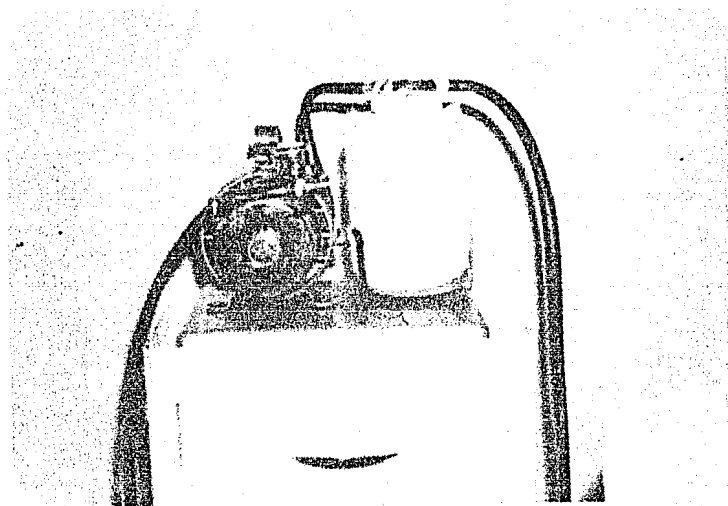


Fig. 3

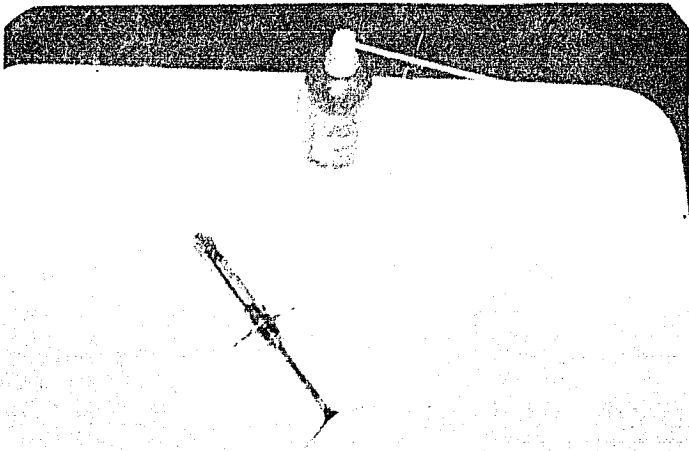


Fig. 4

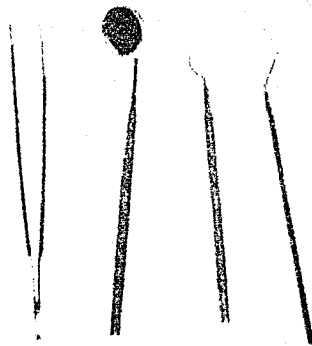


Fig. 5

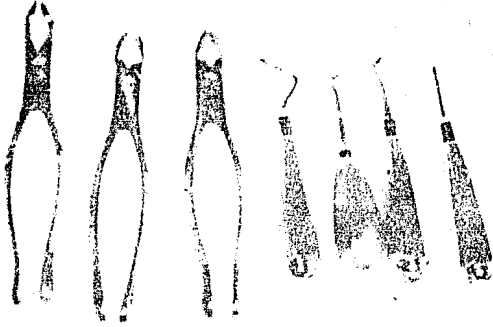


Fig. 6

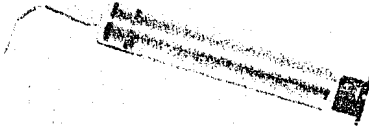
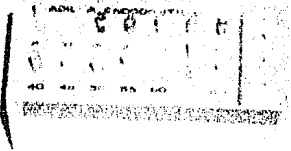


Fig. 7

MEDICAMENTOS

ANTISEPTICO BUCAL

Se empleará para que el paciente se enjuague la boca antes de iniciar el acto quirúrgico, de esta manera el campo operatorio será más aséptico. (Fig. 8).

SOLUCION FISIOLOGICA

La usaremos para mantener la pieza extraída, para irrigar el o los conductos del mismo y el alveolo.

MATERIALES DE OBTURACION

a).- Oxido de Zinc y Eugenol

Pudiendo utilizar cualquier otro material para la obturación de conductos, lo importante es que tenga la cualidad de ser reabsorbible.

b).- Fosfato de Zinc

Se emplea para la reconstrucción de la corona del diente por reimplantar.

c).- Cemento Quirúrgico

Lo emplearemos en forma ocasional para la

protección del tercio y ayudar a la neoformación de la adherencia epitelial (Fig. 9).

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

TECNICA QUIRURGICA

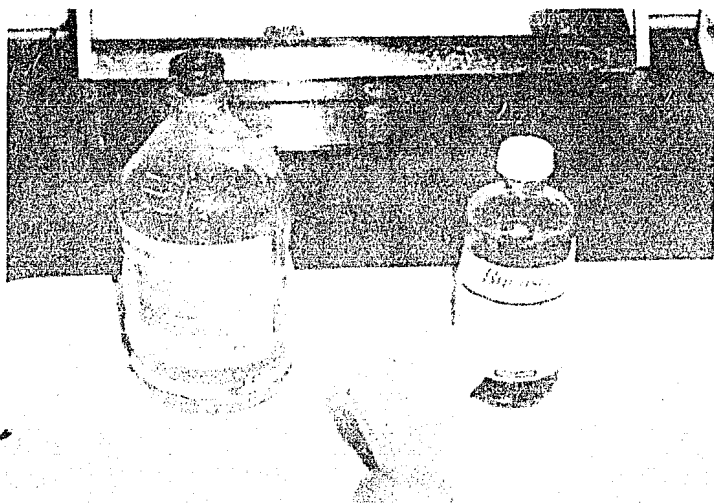


Fig. 8

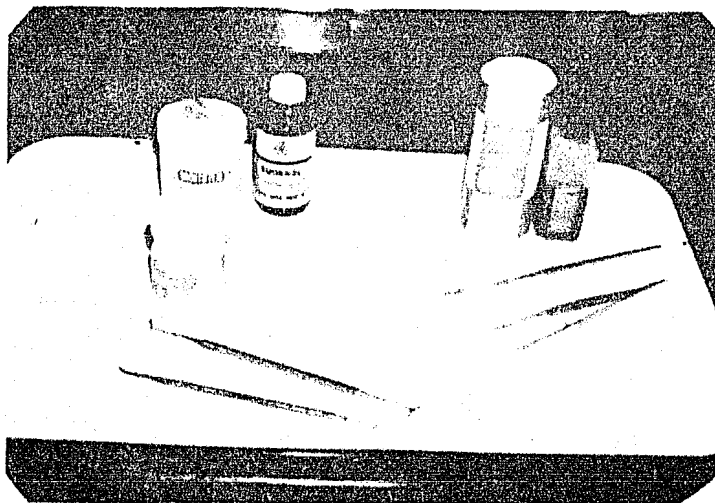


Fig. 9

REIMPLANTE DENTARIO

Es el acto quirúrgico consistente en volver a su debido lugar en el alveolo a un diente que ha sido desplazado parcial o totalmente.

La reimplantación dentaria ha sido conocida desde hace varios siglos. La historia de los reimplantes va unida al desarrollo de la inteligencia humana y a la evolución de la ciencia médica en el afán del hombre por restituir sus órganos perdidos o afectados.

La reimplantación dentaria la podemos clasificar en:

Reimplantación Dentaria Vital

y

Reimplantación Dentaria No Vital

REIMPLANTACION DENTARIA VITAL

Es la intervención que consiste en volver a su alveolo un diente que ha sido desplazado y en el cual esperamos que logre su vitalización pul-par.

Esta técnica la podemos utilizar cuando un paciente ha sufrido un traumatismo el cual ha provocado la avulsión o intrusión de uno o más dientes.

También está indicada cuando al hacer la extracción de un molar de la primera dentición notamos que entre sus raíces se encuentra el germen del premolar correspondiente.

TECNICA PARA REIMPLANTACION VITAL

En caso de un diente que ha sufrido avulsión, antes de efectuar el reimplante dentario se debe examinar el diente para descubrir la presencia o ausencia de fracturas de la corona o raíz. Luego se examina el alveolo y se efectúa un examen radiográfico para descartar la posibilidad de fracturas.

Una vez descartadas las posibilidades de fractura se coloca el diente en solución fisiológica. Si la superficie radicular aparece conta-

minada en forma evidente se limpia con una gasa empapada con solución fisiológica. Antes de efectuar el reimplante se lava el alveolo con solución fisiológica por irrigación. El diente se reimplanta por medio de presión digital generalmente no es necesario el uso de anestesia a menos de que las laceraciones gingivales requieran ser suturadas. Inmediatamente después del reimplante se toma una radiografía con el fin de verificar la posición correcta del diente reimplantado en el alveolo. Por último se procede a la inmovilización del diente.

El pronóstico de su supervivencia en la boca del diente reimplantado depende del tiempo en que se tarde en reimplantarlo y del medio en que se encuentre hasta ese momento.

Cuando por el contrario el diente ha sufrido intrusión se examinará el diente y el alveolo clínica y radiográficamente, en caso de no existir fracturas se procederá a realizar el reimplante dentario mediante un forceps adecuado a la pieza dentaria y efectuaremos movimientos exodónticos sin llevar a cabo la extracción, solamente estos movimientos nos permitirán el desplazamiento del diente a su lugar. Una vez colocado el diente en su posición correcta en el alveolo se tomará control radiográfico. Posteriormente a esto se procederá a la inmovilización.

Una vez realizado el reimplante dentario se revisará al paciente periódicamente, mediante con

trol radiográfico y pruebas de vitalidad pulpar - del diente reimplantado. En caso de que las pruebas de vitalidad resulten negativas se procederá de inmediato a realizar el tratamiento de conductos.

REIMPLANTACION DENTARIA

NO VITAL

Es aquella maniobra intra y extrabucal, que tiende a reubicar el órgano dentario en su alveolo original.

En este tipo de reimplante realizaremos posteriormente a la extracción el tratamiento de -- endodoncia del diente por reimplantar.

Para llevar a cabo la reimplantación dentaria debemos tener en cuenta varios puntos fundamentales:

a).- Haber elaborado una historia clínica - adecuada, para conocer el estado fisiológico y - psicológico del paciente por atender.*

b).- Estudio radiográfico, esto se realizará desde un principio como medio informativo ya que lleva una relación muy importante la interpretación radiográfica en un caso clínico.

c).- El paciente deberá estar enterado que - el tratamiento a seguir es el más indicado y que de lo contrario habría posibilidades de perder su órgano dentario.

TECNICA PARA REIMPLANTACION DENTARIA NO VITAL

Previa preparación del campo operatorio: instrumentos, material, etc., se procede a efectuar la intervención, preferentemente está debe ser - ejecutada por dos operadores, uno de ellos tendrá a su cargo las maniobras intrabucales en tanto - que el otro las extrabucales.

PASO 1

Se indica al paciente que se enjuague la boca con una solución antiséptica, esta nos ayudará a tener un campo operatorio relativamente aséptico.

PASO 2

Anestesia.- La técnica de anestesia que se emplea, será la indicada dependiendo del diente - por reimplantar. (Fig. 10).

PASO 3

Sindesmotomía.- Es la maniobra quirúrgica - que tiene por objeto desprender el diente de sus inserciones gingivales. La sindesmotomía constituye una maniobra indispensable en exodoncia. Además de facilitar la extracción por la sección de-

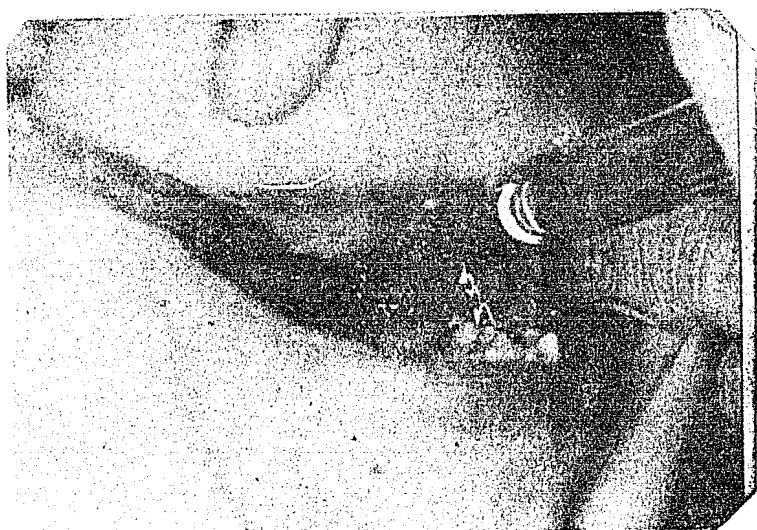


Fig. 10

de las fibras gingivales, se evita por este procedimiento desgarramiento de la encía y permite colocar el forceps a la altura del cuello del diente.

PASO 4

Extracción.- Con los forceps adecuados para el diente por extraer se procede a la luxación del diente y la extracción del mismo, tomando las precauciones necesarias para evitar fractura tanto de la corona como de la raíz del diente.

Esta maniobra puede considerarse la más importante en la reimplantación dentaria, ya que si hay fracaso en la operación ya no será posible seguir adelante con el tratamiento inicialmente propuesto.

Se deberá tener cuidado en no destruir lámina ósea, así como traumatizar lo menos posible el ligamento parodontal con movimientos bruscos. (Fig. 11, 12).

PASO 5

Una vez efectuada la extracción del diente, éste será tomado con una gasa empapada en solución fisiológica para llevar a cabo el tratamiento de conductos. (Fig. 13).

Mientras esto sucede se coloca una gasa estéril humedecida ligeramente con solución fisiológica en el alveolo.

PASO 6

Si el diente por reimplantar presenta lesión cariosa, ésta debe ser eliminada. El diente deberá hidratarse constantemente mediante la utilización de una jeringa hipodérmica que estará goteando constantemente solución fisiológica. (Fig. 14).

PASO 7

Una vez eliminada la lesión cariosa se hace el acceso a la cámara pulpar y se localizan el o los conductos.

PASO 8

Instrumentación.- Para llevar a cabo la instrumentación de el o los conductos se tomará el diente con una gasa humedecida en solución fisiológica.

Para llevar a cabo la instrumentación se usarán limas, las cuales son instrumentos seguros en cuanto a la posibilidad de fractura se refiere. - Se aconseja comenzar la instrumentación con un instrumento fino y continuar con el tamaño siguien

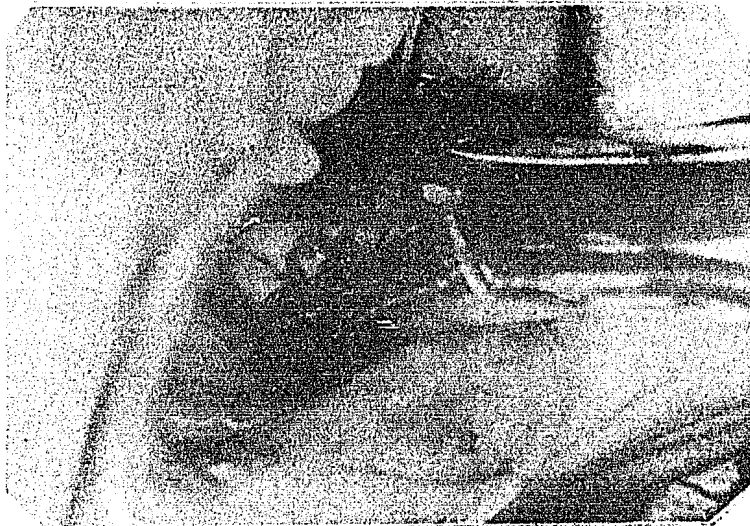


Fig. 11

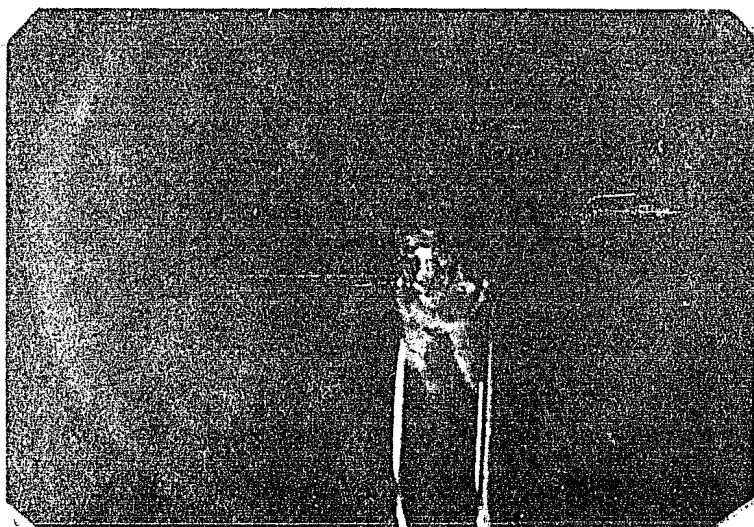


Fig. 12

te hasta alcanzar el mayor calibre que pueda utilizarse en cada caso.

Las limas deben utilizarse con movimientos de entrada y salida con presión lateral. (Fig. 15, 16).

Cuando se instrumentan conductos curvos es necesario reproducir esa misma curvatura en el instrumento.

Al realizar la instrumentación es necesario irrigar constantemente el ó los conductos con solución fisiológica mediante una jeringa hipodérmica.

En caso de que el ápice de el diente presente lo que se denomina delta apical (conductos en forma de penacho), se hará la sección de el tercio apical para su eliminación.

Cuando se trata de un instrumento roto en el interior del conducto, se intentará eliminarlo mediante el uso de limas, en caso de que esto no sea posible se realizará un corte a nivel apical (2 ó 3 mm.) para que este pueda ser eliminado. Cuando se realiza este procedimiento (apicectomia) se deberá sellar con amalgama para evitar que la dentina quede expuesta a hueso.

Se tomará en cuenta la existencia de conductos accesorios o secundarios para no dejarlos sin instrumentar.

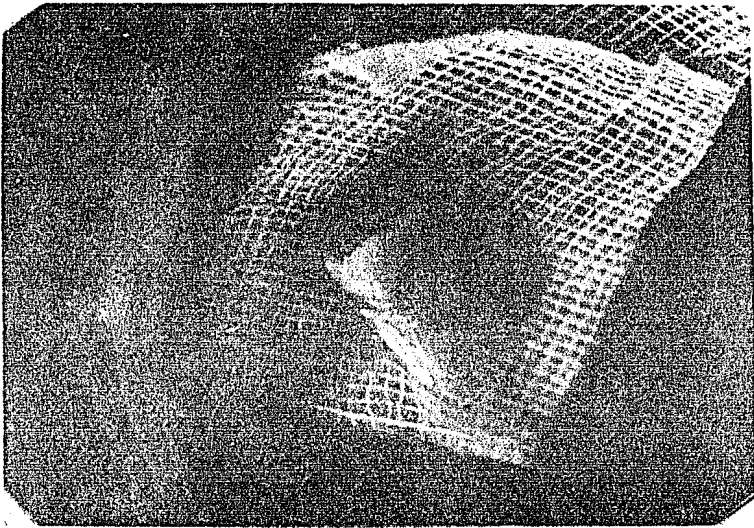


Fig. 13

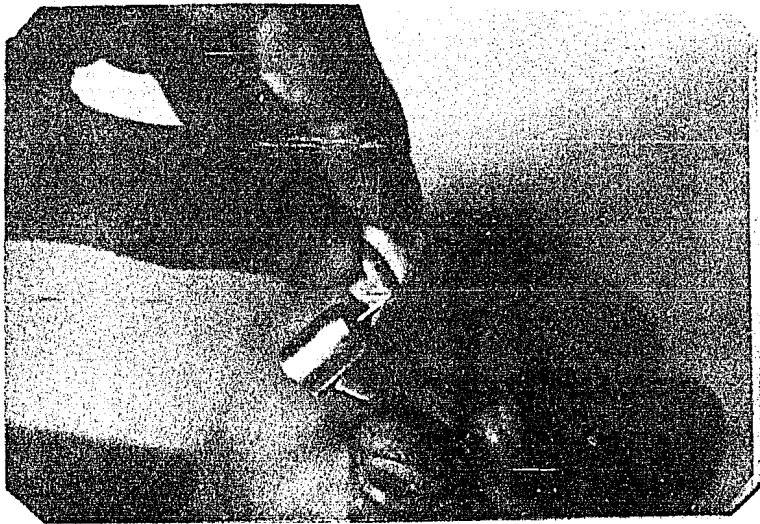


Fig. 4



Fig. 15

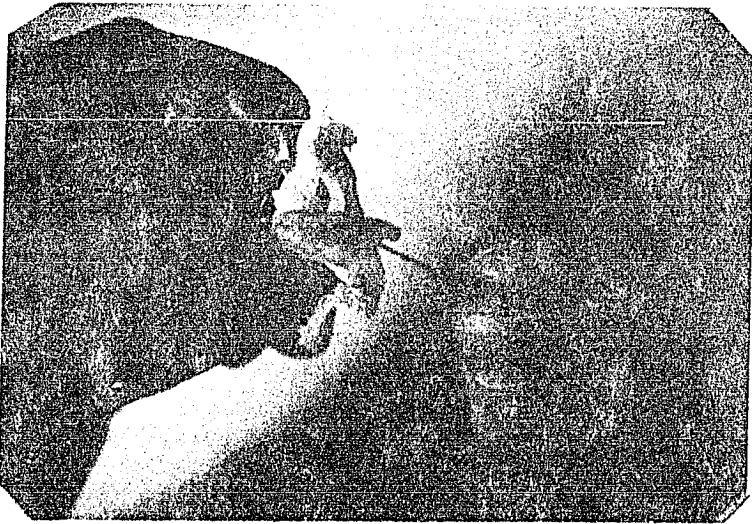


Fig. 16

Una vez terminada la instrumentación se lava perfectamente irrigando el conducto con solución fisiológica.

PASO 9

Se secan los conductos mediante puntas de papel.

PASO 10

Obturación de conductos.- Se usará un compuesto reabsorbible como puede ser el óxido de zinc y eugenol. Se acostumbra usar únicamente cemento reabsorbible para que en caso de existir reabsorción radicular no quede material de obturación fuera del ápice, el cual actuaría como irritante.

Se hará una pasta cremosa y se inyectará en el conducto mediante una jeringa de insulina, posteriormente con una pequeña torunda de algodón o una punta de papel se empacará perfectamente hasta llegar al ápice y lograr un sellado hermético.

PASO 11

Reconstrucción de la corona.- Mediante la utilización de fosfato de zinc o carboxilato llevándolo hasta el ángulo cabo superficial y des-

pués de 30 días se hará la reconstrucción definitiva.

PASO 12

Desgaste de la cara oclusal, este desgaste - se hará siguiendo la anatomía del diente con el - objeto de librarlo del traumatismo de la masticación.

PASO 13

Se retira la gasa del alveolo, eliminando el coágulo que se halla formado y se extirpan procesos patológicos que se presenten en el mismo, la eliminación de estos procesos periapicales se hará con una cureta quirúrgica tratando de tocar - únicamente aquellas zonas afectadas por estos, ya que de otro modo si se tocara el ligamento prado-dontal se traumatizaría y habría menos posibilidades de éxito en el reimplante. Posteriormente se lava el alveolo perfectamente mediante irrigación.

PASO 14

Se coloca el diente en el alveolo correspondiente con una ligera presión digital hasta sentir que este ha vuelto a su lugar.

PASO 15

Se revisará la oclusión con la finalidad de observar que el diente reimplantado esté fuera de oclusión, para que tenga el mayor reposo posible. (Fig. 17).

PASO 16

Se toma una radiografía pos-operatoria para observar resultados.

PASO 17

Ferulización.- Cuando se trata de dientes anteriores es recomendable su ferulización, en dientes posteriores en la mayoría de los casos no es necesario colocar férula.

PASO 18

Se coloca cemento quirúrgico (Wonderpak) en el tercio gingival, esto sirve como protección y ayuda a la neoformación de la adherencia epitelial.

Al igual que el reimplante vital es aconsejable llevar control clínico y radiográfico del diente reimplantado.



Fig. 17

CASOS CLINICOS

Sr. S.R.C.

Paciente del sexo masculino de 35 años de edad procedente del D.F.

El día 10 de Abril de 1976 se realiza reimplante dentario de primer molar inferior izquierdo. Debido a la persistencia de molestias una vez realizada la endodoncia.

En el momento de la extracción se aprecia la existencia de una segunda raíz distal, la cual nunca fué observada radiográfica ni clínicamente, en el momento de la extracción esta se fractura por lo cual se elimina, se coloca nuevamente el órgano dentario en su alveolo y se feruliza con resina.

Un mes después se coloca una corona total.

La pieza reimplantada se ha mantenido en su lugar, sin tener ninguna alteración.

Srita. D.Z.

Paciente del sexo femenino de 18 años de edad procedente de Altamirano Guerrero.

El día 14 de Marzo de 1981 se realiza reimplante dentario de incisivo central superior izquierdo. Debido a la persistencia de lesión periapical.

Se realiza extracción dentaria concluyendo la instrumentación y obturación de el conducto. Posteriormente se realiza curetaje de la zona periapical alveolar, con el fin de eliminar la lesión existente. Se coloca el diente en su alveolo y se feruliza con resina.

Se ha mantenido control clínico y radiográfico del diente reimplantado, el cual no presenta molestias y puede llevar a cabo sus funciones normales.

Srita. E.C.P.

Paciente del sexo femenino de 31 años de --
edad procedente del D.F.

El día 4 de Abril de 1980 se realiza reimplante
dentario de incisivo lateral superior izquier-
do. Debido a la persistencia de molestias poste-
rior al tratamiento endodóntico.

Actualmente el diente puede efectuar su fi--
siología sin problema alguno.

T.C.G.

Paciente del sexo masculino de 5 años de edad procedente del estado de Morelos.

El día 5 de Noviembre de 1982 se realiza reimplante dentario de incisivo central superior de recho temporal. Se realiza extracción dentaria y tratamiento de conductos así como obturación de el mismo, se coloca en su alveolo.

El diente reimplantado se mantuvo en la boca por más de un año cumpliendo todas sus funciones sin problema, actualmente ha sido reemplazado por el central permanente correspondiente.

J.S.G.

Paciente del sexo femenino de 10 años de edad procedente del D.F.

El día 21 de Mayo de 1982 se realiza reimplante dentario de incisivo central y lateral superior derecho. Debido a traumatismo sufrido, que provoca la intrusión de dichos dientes.

Mediante un forceps se llevan los dientes a su lugar.

Se ha mantenido en observación los dientes reimplantados, ambos responden a pruebas de vitalidad pulpar.

C.M.S.

Paciente del sexo masculino de 12 años de edad procedente del estado de México.

El día 5 de Enero de 1983 se realiza reimplante dentario de incisivo lateral superior derecho. Debido a traumatismo que provoca la avulsión del mismo, se realiza el reimplante dentario 45 minutos posterior al traumatismo.

Un mes después se aprecia cambio de color de la pieza reimplantada se realizan pruebas de vitalidad pulpar, las cuales son negativas por lo cual se procede a realizar el tratamiento de conductos.

Actualmente el diente reimplantado no presenta ningún problema.

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

Una vez realizado este trabajo he llegado a las siguientes conclusiones:

1.- Que el éxito en el reimplante dentario depende de varios factores:

a).- Tiempo que el diente haya permanecido fuera de su alveolo, mientras mayor sea el tiempo transcurrido las posibilidades de éxito se reducen.

b).- Cuidado que se tenga con los tejidos radiculares del diente por reimplantar (se recomienda no raspar el cemento del diente en su parte radicular, únicamente lavarlo cuidadosamente) para evitar en lo posible la reabsorción radicular.

c).- Mientras mayor cuidado se tenga con las fibras parodontales en el momento de la extracción dentaria será más rápida su regeneración y por lo tanto el pronóstico del reimplante dentario será más favorable.

2.- El diente reimplantado en la mayoría de los casos sufre anquilosis y deja de tener erupción activa (acumulación de cemento fisiológico a nivel radicular) y en breve tiempo se nota su infra-oclusión.

- 3.- La pulpa dentaria puede sobrevivir y conservar su vitalidad está debe ser comprobada a - realizar un reimplante dentario vital.
- 4.- En pacientes con baja de defensas reaccionan más lento que cualquier otro individuo sano.
- 5.- El reimplante dentario es un procedimiento - que se debe llevar a cabo después de haber - agotado todos los recursos de conservación - dentaria, sólo en casos específicos nos inclinaremos a efectuar este tratamiento. Indicaremos al paciente que es un medio conservador de la integridad oclusal, fonética, estética y fisiológica.

De esta manera queda concluido nuestro objetivo, esperando que al terminar de leer esta investigación se creará conciencia de un tratamiento poco conocido pero inquietante para nosotros.

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

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

ALONSO REYES MOTA
Apuntes de Patología General
Tercera edición 1976.

ANDREASEN
Lesiones Traumáticas
Editorial Labor 1980

ARNOLDO ANGEL RITACO
Implantes Endodónticos Intraóseos
Primera edición
Editorial Mundi 1970

GLIKMAN IRVING
Periodontología Clínica
Cuarta edición
Editorial Interamericana 1974

GROSMAN LOUIS
Práctica Endodóntica
Séptima edición
Editorial Mundi 1973

HAM ARTHUR
Histología
Quinta edición
Editorial Interamericana 1976

I.A. MAJOR
Histología del diente Humano
Editorial Labor 1973

INGLE
Endodoncia
Segunda edición
Editorial Interamericana 1979

JAMES T BARRET
Inmunología
Editorial Interamericana 1974

KRUGER
Tratado de Cirugia Bucal
Cuarta edición
Editorial Interamericana 1960

LASALA ANGEL
Endodoncia
Tercera edición 1979

MAISTO OSCAR A
Endodoncia
Editorial Mundi 1973

MAURY MASSLER
Reimplantación Dentaria
Clínicas Odontológicas de Norteamérica
Editorial Interamericana 1974

RIES CENTENO
Cirugia Bucal
Séptima edición
Editorial Buenos Aires 1968

SAMUEL SELZER
La Pulpa Dental
Editorial Mundi 1974

SEYMOUR OLIET
Apexogénesis Asociada con Reimplantación
Clínicas Odontológicas de Norteamérica
Editorial Interamericana 1976

S. N. BHASKAR
Patología Bucal
Editorial Ateneo 1975

SIAFNE GEBILESCO

Diagnóstico Radiográfico en Odontología

Editorial Panamericana 1970

TRUELL JULIO

Rehabilitación Dentaria

Editorial Mundi 1973

IMPRENTA "MARTINEZ"

TIPOS DIRECTAS Y MECANOGRAFIADAS EN I. B. M.

Rodolfo Martínez Cerezo

**PORTAL BYD. DOMINGO 12 ALTOS II
ENTRAR POR IMPRENTA RANGEL**

**TELB. 510-28-24
510-28-23
MEXICO I, D. F.**

EN PUEBLA, PUE.

**PRIVADA 6 NORTE 2205
LETRA A Y AV. 22 OTE.
TELEFONO 42-65-89**