

143
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SEMINARIO DE TITULACION

PAUTAS TERAPEUTICAS DE LOS TRAUMATISMOS
DENTARIOS

TESINA PARA OBTENER EL TITULO DE CIRU
JANO DENTISTA DE:

Ma. ALEJANDRA GONZALEZ MANCHA

ASESOR: C.D. AMALIA BALLESTEROS

MEX., D.F. 1990

FALLA DE CR. GEN

1680
Alejandra Mancha



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 está 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

- Introducción
- Clasificación de las fracturas dentarias
- I Fractura Coronaria
 - a) del esmalte o del esmalte dentina o no complicadas.
 - b) Del esmalte y dentina con exposición pulpar o complicados.
- II Fracturas corono-radiculares
- III Fracturas radiculares
- IV Subluxaciones
- V Luxaciones
 - a) Extrusivas
 - b) Intrusivas
- VI Avulsión o Exarticulación
 - Casos Clínicos
 - Conclusiones
 - Bibliografías

Introducción.-

Conocer ampliamente los puntos básicos, teóricos y prácticos de la endodoncia es fundamental, ya que el odontólogo es quién orienta y quién resuelve los problemas de sus pacientes. Por lo que se considera que debe tener un criterio claro y conciso sobre el diagnóstico y el plan de tratamiento de manera que pueda establecer cuando está capacitado para resolver alguna patología o recurrir a los especialistas para dejar que el tratamiento sea elaborado por estos, o nos den una orientación dependiendo del caso a tratar.

Los traumatismos dentarios han sido un motivo de urgencia en la consulta del cirujano dentista.

Hoy en día, debido a la gran difusión de la práctica de ciertos deportes como jockey, motociclismo etc., se han visto incrementados.

En su totalidad los casos de tratamiento de un traumatismo debe considerarse como una urgencia, ya que el pronóstico en cuánto a la conservación de los dientes, está en relación directa con la premura en que sean adoptadas las primeras medidas terapéuticas.

Por lo mencionado anteriormente se puede decir que la endodoncia toma un gran auge con el paso del tiempo, al ser la opción más viable antes de la extracción dental. Es así como este trabajo nos dará a conocer como objetivo principal algunos de los tratamientos endodónticos de los traumatismos dentarios más comunes en la práctica endodóntica.

Se sabe que bien cimentadas las bases de los tratamientos de endodon--
cia pueden modificarse ó añadirse nuevas técnicas o las que se poseen;
ya que día a día con el incremento de los conocimientos y técnicas par
ticulares de cada una de las ramas, la odontología avanza notoriamente.

Clasificación.

- 1 FRACTURAS CORONARIAS:
 - a) Del esmalte o del esmalte y dentina ó no complicadas.
 - b) Del esmalte y dentina con exposición pulpar ó complicadas.
- 2 FRACTURAS CORONO-RADICULARES
- 3 FRACTURAS RADICULARES
- 4 SUBLUXACIONES
- 5 LUXACIONES
 - a) Extrusivas
 - b) Intrusivas
- 6 AVULSION O EXARTICULACION

Las fracturas de las coronas incluyen del 26 al 76% de los --- traumatismos dentales durante la dentición secundaria mientras que durante la dentición primaria la frecuencia es sólo del 4 al 38%.

1 FRACTURAS CORONARIAS

a) Del esmalte o del esmalte y dentina o no complicadas.

Dentro de este grupo podemos distinguir todas aquellas pérdidas del tejido coronario que comprometen al esmalte ó el esmalte y dentina, pero sin afectar la pulpa.

Cabe recordar que como en todo traumatismo dentario se debe hacer una minuciosa exploración de toda la región afectada incluyéndo - las partes blandas, asegurandonos de que no exista una fractura - del hueso alveolar, así como un minucioso exámen de los dientes - vecinos, ya que en muchos casos, uno de los dientes próximos al - de la fractura coronaria también sufre las consecuencias del trau - matismo y pueda tener una fractura radicular.

Es bueno recordar aquí únicamente que las pruebas de sensibilidad pulpar realizadas inmediatamente al traumatismo no son fiables, - ya que un diente traumatizado puede no responder a los estímulos - en ese primer momento y sin embargo recuperarse, pudiéndo tardar - hasta 6-8 semanas. Por el contrario, responder positivamente, pe - ro como consecuencia del traumatismo irse produciéndo una neuro-- sis pulpar lentamente.

Por lo tanto, las pruebas de sensibilidad pulpar y la exploración radiográfica deberán realizarse obligatoriamente en controles sucesivos. En principio en 1 semana, luego al mes, y posteriormente a los dos meses, durante un período de uno a dos años, ya que radiográficamente la línea de fractura cuando los fragmentos están bien posicionados puede no ser visible en un primer control.

El exámen radiográfico aporta información importante en la evolución clínica. Nos muestra el tamaño de la cavidad pulpar y el grado de desarrollo de la raíz, factores que pueden influir en el plan de tratamiento.

Además, pueden ser descubiertas lesiones concomitantes como fractura de la raíz o luxaciones. Por último la radiografía sirve como registro para comparación a exámenes futuros.

El tratamiento de éstas fracturas cuando solo afecta el esmalte puede reducirse a un alisado de los bordes y la aplicación de un barníz para proteger la pulpa de los irritantes externos.

Cuando la fractura es del esmalte y dentina se debe proteger ésta con hidróxido de calcio para estimular la regeneración de la misma y posteriormente restauración de la corona.

b) Del esmalte y dentina con exposición pulpar ó complicadas.

Son aquellas en las que además de la pérdida de parte del esmalte y dentina existe una exposición pulpar.

La pauta terapéutica en este tipo de fractura nos viene determinada por el tamaño de la exposición, el tiempo transcurrido y el estado de ápice, ya que en la mayoría de estos pacientes -- van a ser niños con el ápice aún en formación.

El tratamiento debe tener como objetivo la protección y conservación de una pulpa viva, libre de inflamación, separada biológicamente por una barrera continua de tejido duro. En la mayoría de los casos, es posible lograr esto mediante el recubrimiento de la pulpa o por medio de una pulpotomía.

Cuando estas alternativas no son factibles se ha de proceder a la extracción de la pulpa y a la obturación del conducto radicular con un material de relleno.

No obstante algunos elementos tales como la madurez del diente, las lesiones por luxación concomitante, la edad del paciente así como el efecto de los procedimientos quirúrgicos y la selección del apósito de la herida, se valorarán en forma conjunta.

En el caso de que se trate de un ápice inmaduro y gran exposición pulpar, sabemos que el mejor material de relleno para la

apicoformación es la propia pulpa, por tanto, debemos intentar - conservar la pulpa radicular el mayor tiempo posible, y para y - para esto se recomienda la pulpotomía, protegiendo el resto con hidróxido de calcio.

Cuando se trate de un ápice inmaduro y se produzca la le--- sión irreversible de la pulpa o la necrosis pulpar realizaremos la pulpectomía y la apicoformación con hidróxido de calcio.

2 FRACTURAS CORONO-RADICULARES

Estas fracturas afectan al esmalte, la dentina, el cemento y la mayoría de las veces la pulpa, y en aquellos casos en que ésta no se vea afectada por la línea de fractura, lo será a la hora de la restauración, por tanto la terapia endodóntica será - necesaria en este tipo de fractura.

Los factores etiológicos más comunes en las fracturas de la corona y de corona-raíz son las lesiones producidas por caídas, - así como traumatismos producidos por accidentes de bicicleta y - automóvil y cuerpos extraños que golpean los dientes. Cabe mencionar que las fracturas coronoradiculares también pueden tener una etiología iatrogénica, tal como las fracturas corono-radicu lares longitudinales, especialmente en las regiones molar y pre- molar causadas por presión lateral durante los procedimientos de obturación radicular, cementación de pemos, corrosión de los pe- mos o restauraciones diseñadas de forma incorrecta.

Con respecto a las principales pautas terapéuticas en las fracturas corono-radiculares diremos:

Cuando la línea de fractura llega al surco gingival será -- preciso, previo tratamiento endodóntico convencional, extirpar todo el fragmento coronal y su posterior restauración.

Si la restauración se va a realizar con una corona de acero se -- recomienda no forzar ésta, más allá del margen gingival pues si la evolución es favorable se formara nuevo cemento o dentina.

Cuando la fractura es de menos de $\frac{1}{3}$ de la raíz se debe extraer todo el fragmento coronario fracturado y realizar una extracción ortodóntica del fragmento radicular restante para poder restaurarlo.

Esta tracción ortodóntica se debe realizar muy lentamente -- en un tiempo aproximado de nueve meses.

3.-FRACTURAS RADICULARES

Las fracturas de la raíz son las que afectan a la dentina, -- al cemento y a la pulpa. Las fracturas radiculares son poco comunes en los traumatismos dentales y comprenden del 0.5 al 7% de las lesiones que afectan los dientes de segunda dentición, mientras que en los dientes de primera dentición se ha anotado una -- frecuencia del 2 al 4%.

Las fracturas radiculares que sufren los dientes permanentes afectan sobre todo a la región del incisivo central superior en el grupo de 11 a 20 años de edad.

En el grupo de edades menores, con los incisivos permanentes en estado de erupción y desarrollo incompleto de la raíz las fracturas de raíz son poco comunes.

La demostración radiográfica de las fracturas radiculares se facilita por el hecho de que la línea de fractura corriente es muchas veces oblicua, contribuyendo esto a que las condiciones radiográficas sean óptimas para descubrir éstas fracturas.

Es importante tener presente que una fractura radicular normalmente será visible sólo si el rayo central es dirigido dentro de una desviación máxima de $15-20^{\circ}$ del plano de la fractura.

Algunas veces, las fracturas radiculares escapan a la detección de las radiografías tomadas inmediatamente después de la lesión, mientras que las radiografías posteriores revelan claramente la fractura. Esto se debe a que haya hemorragia/edema o tejido de granulación entre los fragmentos, ocasionando el desplazamiento de los fragmentos coronal e incisalmente.

Podemos distinguir tres líneas de fractura según el lugar de asiento de las mismas:

- Fracturas del tercio coronal
- Fracturas del tercio medio
- Fracturas del tercio apical.

Los principios en el tratamiento de los de los dientes permanentes son:

La reducción de la fractura esto es, reposicionar los dos fragmentos, comprobándolo con estudio radiográfico.

Si el tratamiento es establecido inmediatamente después de la lesión, la reposición del fragmento por medio de manipulación digital será fácilmente lograda.

Inmovilizar los dientes con férula firme y rígida, lo que podemos realizar con una barra fijada con material compuesto. El periodo de fijación debe ser el suficiente para asegurar la consolidación de los tejidos. Se recomienda un periodo de dos a tres meses, controlando al paciente cada 2 semanas con un estudio radiográfico, pruebas de sensibilidad pulpar y explorando posibles cambios de coloración del diente.

Se han demostrado en varios estudios que el tratamiento de factura de raíz tienen éxito. Sin embargo se pueden presentar complicaciones como necrosis pulpar o reabsorción de la raíz.

Se ha sugerido otro método para estabilizar el fragmento coronal consistente en la inserción de implantes endodóntico de metal que reemplazan al fragmento apical. Normalmente, se usan los implantes prefabricados en asociación con instrumentos endodónticos comunes.

Sin embargo, el pronóstico a largo plazo de estos implantes es dudoso.

4.-SUBLUXACIONES

En una subluxación el diente se mantiene retenido en su posición normal en el alveolo dentario con una movilidad anormal.

El daño lo sufre principalmente el tejido periodontal, por tanto estará sensible a la percusión y a las fuerzas oclusales.

Son obligados los controles periódicos de sensibilidad pulpar para prever la necrosis pulpar y en el caso que empesará a producirse, realizar el tratamiento endodóntico.

5.-LUXACIONES

Las lesiones con luxaciones comprenden del 15 al 40% de los traumatismos dentales que sufren los dientes permanentes, mientras que en la dentición temporal se ha observado una frecuencia del 62 al 69%.

a) Extrusivas.-Es el desplazamiento parcial de un diente fuera de un alveolo.

El tratamiento consiste en: Reducción, colocar el diente en su posición correcta. Si la reducción se demoró demasiado tiempo y al intentar llevar el diente a su sitio en el alveolo nos encontramos resistencia, debemos suponer que se está formando un tejido de reparación con coágulos en el alveolo.

Y por tanto debemos recurrir a una intrusión ortodoncia lenta, pues si intentamos forzarlo podemos provocar la posterior aparición de lesiones de reabsorción.

Inmovilización con férula durante 3 semanas y en aquellos casos en que existe una fractura del hueso alveolar prolongaremos el tiempo de inmovilización a seis semanas.

Se harán controles periódicos para prevenir las tres principales complicaciones de las luxaciones que son: Necrosis pulpar, obliteración del conducto y reabsorciones externas.

b) Intrusivas

En el desplazamiento del diente hacia dentro del hueso alveolar con fractura del mismo.

El tratamiento de todas las intrusiones es el de esperar que el diente vuelva a su posición normal. El tiempo de espera puede ser desde meses hasta años, pero prácticamente la totalidad de estos dientes vuelven a su posición normal.

Se dice que el tratamiento en las luxaciones intrusivas debe ser siempre esperar y que sólo estará justificado la extrusión manual o quirúrgica en aquellos casos en que el ápice del diente intruido protuya por las fosas nasales o partes blandas.

En caso excepcional de que un diente intruido no vuelva a su posición normal la extrusión deberá realizarse ortodónticamente.

El período de revisión a largo plazo puede revelar una serie de complicaciones como necrosis pulpar, obliteración del conducto y reabsorción de la raíz.

La necrosis Pulpar es la complicación más frecuente en las luxaciones intrusivas,

En los dientes en formación con ápices abiertos las necrosis son mucho menos frecuentes, pues además de tener la pulpa mayor capacidad de recuperación.

La gran apertura apical hace que sea más difícil de romperse el paquete vascular.

Para el diagnóstico de éstas necrosis pulpares nos basamos principalmente en 3 signos: 1) Pruebas de sensibilidad, 2) Cambios de coloración, 3) Signos radiológicos.

- 1) Si la vitalidad es normal desde el principio será mejor el pronóstico. Las pruebas de sensibilidad pueden mantenerse negativas durante meses y luego hacerse positivas.
- 2) Cuando la coloración es rosácea es signo de hemorragia pulpar. Si el ápice está bien abierto, hay muchas probabilidades de recuperación pulpar. La coloración se aprecia mejor por palatino.
- 3) En los signos radiológicos, el más frecuente es la radiolucidez periapical que aparecerá a los pocos días del traumatismo.

En el caso de necrosis el tratamiento es el convencional, - excepto en los dientes con ápices inmaduros en los que deberemos realizar previamente el tratamiento de conductos, la apicoformación con hidróxido de calcio.

Obliteración del conducto.

La mayor frecuencia de obliteraciones tienen lugar en los -- casos de subluxación y luxaciones y la pauta a seguir es el tratamiento endodóntico.

Reabsorción radicular

- Reabsorción inflamatoria.

Aparece muy pronto, a las cuatro semanas del traumatismo,

Este tipo de reabsorción si no se produce en los primeros -- doce meses, es difícil que aparezca.

Parece ser debida a la infiltración hacia el periodonto de - los tejidos necróticos a través de los tubulos dentinarios en las cavidades producidas por el trauma.

La reacción inflamatoria en el periodonto consta de un teji- do de granulación con gran número de linfocitos, células plasmáticas y polimorfonucleares y en la raíz células multinucleares con -- números islotes de Howship.

Con un tratamiento endodóntico cuando aparezcan los primeros síntomas de reabsorción, se puede detener ésta en un 95% de los - casos.

Reabsorción de reemplazo o anquilosis

La reabsorción de reemplazo tiene lugar dentro del primer año. Los signos y síntomas para el diagnóstico son: ausencia de movilidad, percusión metálica, diferenciándose claramente de los demás; suelen aparecer infralocados esto es, decendiendo con respecto a los demás, radiográficamente desaparece el espacio periodontal.

Este tipo de reabsorción con anquilosis no tiene tratamiento conservador y en pacientes jóvenes se puede perturbar el normal crecimiento del proceso alveolar, además de la infroclusión del diente anquilosado provocará alteraciones de migración y mal oclusión de los dientes adyacentes. Por tanto, el tratamiento en estos casos será la extracción dental. En pacientes de edad avanzada, podemos dejar el diente anquilosado variando la permanencia del mismo de 3 a 12 años.

6.-AVULSION O EXARTICULACION

Es la salida total de un diente de su alveólo.

Es indispensable ante toda avulsión postraumática, como en todos los casos de traumatismos, la exploración y exámen radiográfico para descartar posibles fracturas del hueso ó dientes adyacentes.

En la literatura la frecuencia varía desde 0.5 a 16% de avulsión en las lesiones traumáticas en la dentición permanente, y de un 7 a un 13% en la dentición temporal.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Los principales factores etiológicos que producen exarticulación de los dientes se encuentran en las lesiones por peleas en la dentición permanente, mientras que en la dentición temporal -- una causa frecuente es la caída contra un objeto.

Tanto en la dentición temporal como permanente los incisivos centrales superiores son los que más frecuentemente sufren exarticulación en tanto que rara vez es afectado el maxilar inferior.

En el tratamiento del caso debe incluir una información exacta sobre el tiempo de intervalo entre la lesión y el tratamiento y las condiciones en que el diente que ha sido preservado.

Antes de decidir el reimplante de un diente permanente deben considerarse estas condiciones:

- 1) El diente avulsionado preferentemente no debe tener un -- proceso de caries extenso y evidencia de enf. periodontal avanzada
- La cavidad alveolar no debe tener mayores conminuciones o fracturas.
- No debe haber contraindicaciones ortodóncicas por ejemplo marcado apiñamiento de dientes.
- Se debe considerar el período extraoral por ejemplo periodos que pasen de las dos hrs., generalmente están asociados con una reabsorción radicular extensa.

El diente se coloca en solución salina. No se debe hacer es fuerzo alguno para esterilizar la superficie dentaria, ya que estos pueden dañar o destruir el tejido periodontal vivo y el cemento. Se debe examinar la cavidad alveolar. Después se reimplanta el diente por medio de presión digital usualmente no es necesario aplicar anestesia local. Tampoco es necesario remover el coágulo sanguíneo con anterioridad al reimplante, ya que se escapará normalmente a lo largo de la superficie de la raíz durante el procedimiento de instauración del reimplante.

Por medio de estudios recientes se ha visto que la ferulización rígida y los dientes reimplantados aumenta la reabsorción radicular.

Los dientes reimplantados deben, por tanto ser ferulizados por un período mínimo de tiempo. Normalmente una semana es suficiente para asegurar un adecuado soporte periodontal, puesto que para este tiempo las fibras gingivales ya estarán curadas.

El tratamiento de endodoncia debe iniciarse 1 - 2 semanas -- después del reimplante con el fin de detener el desarrollo de --- reabsorción inflamatoria lo mismo que para permitir la reforma--- ción de las fibras del ligamento. Cuando el orificio apical está abierto ampliamente y el reimplante se efectúa en las dos hrs. -- siguientes a la lesión, se justifica posponer el tratamiento endo dontico y esperar la revascularización de la pulpa.

El exámen radiográfico se debe hacer dos a tres semanas después del reimplante, ya que la primera evidencia de reabsorción - radicular y osteitis puede observarse generalmente en este momento

El reimplante de los dientes generalmente se considera una - medida temporal, puesto que muchos de los clientes sucumben a la reabsorción radicular. Sin embargo, se ha informado de un cre-- ciente número de casos en dientes reimplantados han servido durante 20 o 40 años en condiciones periodontales normales.

CASOS CLINICOS

Tratamiento de fracturas horizontales de media raíz.

Descrito através de casos que son los tipos más comunes de fractura horizontal de la tercera parte de la raíz.

Primero, hay fracturas incompletas donde ambos segmentos se cierran aproximándose. En el caso descrito aquí el segundo premolar maxilar tuvo una separación de 9mm. de una bolsa palatina. La condición general periodontal del paciente fue bueno. Un área radiolúcida próximo o cercano del centro y tercio del diente fue evidente.

Después el paciente fue informado del pronóstico de sus dientes y la posibilidad de una cirugía periapical; de los procedimientos de rutina que fueron hechos en la primera cita. Los dos canales fueron ensanchados a una lima 30.

Trabajando el canal palatino que fue de 19mm, y el canal bucal unido con otro canal fue de 16mm. Esto muestra que la fractura fue incompleta en los canales, en los dos segmentos fueron perfectamente alineados porque no hubo problema al ubicarlos a lo largo de la raíz hasta el ápice.

En la segunda cita, que fue 6 días después la bolsa palatina estaba mostrando 3mm, y los canales fueron un poco ensanchados.

Cuando el paciente regresó 2 semanas después más tarde el diente estaba más firme y los canales fueron rellenos con gutapercha.

con Técnica de condensación lateral y una pasta selladora. La curación fue sencilla y en 2 meses después, el diente estuvo firme, la bolsa no fue sondeada.

4 años más tarde el hueso periapical estaba íntegro, radiográficamente fue observado un llenado, no habiendo bolsa presente el diente estaba más firme.

En el segundo tipo de fractura, fractura ocurrida con desplazamiento de ambos segmentos que pueden ser instrumentados.

En el caso reportado el incisivo lateral maxilar izquierdo fue avulsionado, y ambos el canino y el 1 premolar maxilares izquierdos fueron fracturados a media raíz. Otros dientes también fueron dañados.

El canino y el primer premolar tuvieron movilidad coronaria.

Las pulpas fueron extirpadas y la estabilización fue conseguida con tablilla de acrílico. El canino fue ensanchado hasta la lima 55 insertandola a 24mm. Los canales en el 1 premolar fueron ensanchados hasta la lima 30 insertandola hasta 20mm en la raíz bucal, y 19.5mm en la raíz palatina.

En la segunda cita, 2 semanas más tarde ambos dientes fueron ensanchados mínimamente y los 3 canales fueron rellenados con gutapercha por condensación lateral y una pasta selladora.

En la tercera cita, una semana después, la gutapercha fue removida con un instrumento caliente hasta una profundidad de 19mm en el canino y esa porción de el canal fue ensanchado hasta la lima 100. Un pin de está medida fue cementado para estabilizar los segmentos. El 1 premolar no fue estabilizado.

Después de cuatro meses, el segmento coronal del canino fue firme y confortable, pero el primer premolar - estaba todavía móvil y causo malestar. La curvatura - de sus raíces impidió la colocación de estabilizadores - y de este modo el diente fue extraído.

Después de 7 años los segmentos de los caninos es-- tán fijos en buena alineación y parece ser la repara-- ción cementogénica.

El tercer tipo de fractura es con desplazamiento al-- segmento apical que no puede ser instrumentado. En el - caso descrito, ambos centrales maxilares, fueron daña-- dos. Sin embargo las radiografías mostraron fractura ho-- rizontal de la raíz de el incisivo central maxilar iz-- quierdo solamente. El procedimiento rutinario endodonti-- co se empezó, pero cuando trataron de establecer la lon-- gitud, el clínico notó desplazamiento del segmento coro-- nal y eso evitó la instrumentación del segmento apical.

De acuerdo, el segmento coronal fue instrumentado a-- la lima 90 hasta cerca de 1mm, de la línea de fractura.

En la siguiente cita, una semana más tarde, el clien-- te no era sensible al fric, ni delicado a la percusión solo escasa movilidad. El canal fue preparado hasta la-- lima 110 para predeterminar la longitud. Dos semanas -- después, el diente se había estabilizado. El canal fue-- rellenado con los conos de gutapercha acostumbrados por condensación lateral usando una pasta selladora

Cinco semanas después , el diente estaba libre de -- síntomas, como la reparación cementogénica mostrada ra-- diograficamente.

El tratamiento en dientes con fractura de raíz es di-- ficil porque cada caso se muestra diferente.

FRACTURA RADICULAR DE INCISIVO CENTRAL MAXILAR

El tratamiento endodóntico de una fractura radicular compuesta en un niño de 7 años de edad, en retención -- del incisivo central maxilar por más de 8 años.

El niño fue visto primero aproximadamente un año después del daño, en ese tiempo presentaba movilidad. La examinación radiográfica descubrió una fractura radicular compuesta con un segmento radicular desplazado. Había pérdida de hueso en el aspecto mesial.

Con un explorador No. 17 en el sitio del surco gingival mesial ocupado en la fractura mesial y en la entrada de el canal radicular la pulpa fue no vital.

Ademas el pronóstico fue escaso, el tratamiento fue-- recomendado a los padres de los niños, de este modo: el diente pudo ser retenido por el mejor tiempo posible.

En la primera visita, el canal fue delicadamente debrindado y llenado con hidróxido de calcio y inoclorofenol alcanforado el acceso fue cerrado con cavit. Cuando el paciente , fue visto 6 semanas después el surco messial no pudo ser sondeado. una radiografía mostró apa--rentemente deposición de hueso.

Aproximadamente 8 meses después, la extensa deposición de hueso en el aspecto mesial del diente había corregido el defecto a pesar de la previa comunicación en tre el canal radicular y el surco gingival.

Tres años de periodo de exámenes y ocasional --
reinstrumentación y la obturación han sido completados--
cuando el dentista pidió que el tratamiento fuera con--
cluido, así que el paciente pudo empezar el tratamiento--
ortodoncico.

Cuando el niño tenía 16 años de edad (aproximadamente
8 años después de que el tratamiento endodóntico haba
empezado), el nuevamente fue checado. El diente parecia
que había sido movido ortodonticamente.

El diente el cuál no fue sensible a la percusión tenia
una movilidad de clase I.

El defecto anterior aparente en la superficie mesial
de la raíz no fue de evidencia más grande.

El objetivo original, para retener el diente por más
tiempo, posible, había sido realizado más allá de grandes
expectaciones y el paciente había alcanzado una - -
edad donde el reemplazo debería ser necesario, pudiendo
ser realizado con un mínimo de disturbio del arco maxilar.

Conclusiones

La endodoncia es una especialidad odontológica que se encarga del tratamiento de los conductos radiculares, para que así se puedan conservar los dientes dentro del aparato masticador, devolviendo así el papel más importante del aparato estomatognático como es la funcionalidad.

Los traumatismos dentales son en gran cantidad la forma más representativa de casos que el profesional maneja: así que el éxito de un tratamiento traumático endodóntico reside en la preparación del profesional, esto lo corroboramos al conocer la dinámica de tratamiento que va desde la aplicación de los diferentes métodos de extracción.

Utilización del instrumental adecuado, conocimiento de las patologías pulpares, dominio total de la anatomía del diente y anatomía pulpar, etc. Para que así llegue a la elaboración de un diagnóstico y tratamiento correcto.

El tratamiento endodóntico es el medio del cual el profesional, hoy en día se basa para preservar los dientes y ayudado de otras especialidades pueda obtener mejores resultados, llegando así a lograr una rehabilitación más eficaz del paciente con el tratamiento más adecuado.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Lesiones traumáticas de los dientes
J.O. Andreasen
Ed. Labor. 1984

- 2.- Práctica endodóntica
Grossman L.I.
Ed. Mundi 1981

- 3.- Revista española de endodoncia II
Año 1984
Pag. 21-43

- 4.- Journal of endodontics
U.S.A. Vol. 10 No. 8
August 1984

- 5.- Hands-on Dental Abstracts.
Diciembre 1985