



10
21

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

RESCATE Y CONSERVACIÓN DE RAÍCES PARA
PRÓTESIS.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

TERESA LÓPEZ CASTAÑEDA

Asesor
C.D ALFREDO TÓLSA GOMEZ T.



FACULTAD DE
ODONTOLOGIA

Alfredo Tolsa Gomez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D.F. 1997.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

GRACIAS:

A DIOS: Por permitirme vivir y haber podido realizar la misión que él me haya encomendado.

A Samuel y Teresa: Por ser mis padres porque me quieren y esperan lo mejor de mí y para mí.

A mis hermanos: Porque de alguna manera intervinieron para realizar este proyecto, brindandome apoyo, siempre.

A los maestros : ya que sin su intervención no habria llegado a este día.

Teresa López Castañeda.

**RESCATE
Y CONSERVACION
DE RAICES PARA
PROTESIS**

INDICE	2
INTRODUCCION	3
I.- SELECCIÓN DEL CASO	4
a) Motivación	
b) Contraindicaciones	
II.- ANATOMIA DE LAS FURCAS	6
Primer premolar superior	
Molar inferior	
a) Exploración del diente	
b) Furcación	
b1) Valoración de la Furcación	
b2) Exploración Clínica de las Furcas	
b3) Clasificación	
b4) plastica furcal	
c) Técnica exploratoria por colgajo	
III.- CRITERIOS PARA ELECCION DE LA RAIZ (O RAICES QUE VALE LA PENA CONSERVAR)	20
a) Sondeo Parodontal	
b) Interpretación Radiografica	
IV.- OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO	21
a) Amputación	
1.- Principios Quirurgicos	
2.- Contraindicaciones	
b) Tunalización	
c) Separación	
d) Cuidados del diente sometido a tratamiento radicular	
V.- TRACCION FORZADA (ORTODONCIA)	31
a) Movimientos sincronizados con el hueso	
b) Movimientos dentales a través del hueso	
VI.- REGENERACION TISULAR GUIADA PARA CONSERVAR MOLARES DE IMPORTANCIA ESTRATEGICA	34
VII.- LEY DE ANTE?	36
CONCLUSIONES	39

INTRODUCCION

El manejo actual de las piezas dentales con enfermedad pulpar y periapical, demuestra claramente, los procesos logrados en terapia dental. Gracias a la integración de las diversas disciplinas que componen la odontología actual, ayudadas de una historia clínica y un buen diagnóstico.

Anteriormente y debido a los limitados conocimientos referentes a los procesos clínicos existentes se extraían piezas con alteraciones en furca, ápice o se mantenían con absesos recurrentes y alteraciones cariosas radiculares hasta que el paciente lo soportara para ser finalmente extraídos. Sin embargo hoy en día gracias a los avances logrados en las diferentes especialidades tanto los conceptos como las técnicas han permitido la mayor supervivencia de estas piezas dentarias que antes estaban condenadas a ser extraídas sin remedio. Por eso hoy en día el Cirujano Dentista debe de tener la obligación de ver cuales son todo este tipo de procesos clínicos que no son mutilantes sino al contrario reconstructivos y que puede llevarlos a la práctica, el conocimiento y la destreza para realizarlos y sino para que los diferencie y pueda remitirlos al especialista en esta área para brindarle al paciente más opciones que le permitan conservar mas tiempo sus dientes naturales o parte de ellos.

L- SELECCION DEL CASO

a) MOTIVACION:

Si un caso ha sido plenamente evaluado y está clínicamente indicada la terapéutica radicular, aún quedan otros aspectos por considerar antes de comenzar el tratamiento. El paciente debe compartir su comprensión y entrega totales a ésta terapéutica para dar lugar a los pasos progresivos en el tratamiento, el paciente debe ser capaz de seguir un programa ordenado de tratamiento. También debe tener conciencia de la necesidad de mantener la calidad de su dentición natural. Así la educación del paciente consiste en algo más que en un buen cuidado de la salud bucal; significa también una discusión del papel a largo plazo de la dentición natural, la necesidad de conservar un diente tratado y los pasos necesarios para esto.

b) CONTRAINDICACIONES

Son muy pocas las contraindicaciones clínicas reales para este tipo de terapéutica. Sin embargo, esto no reduce la responsabilidad del odontólogo, quien debe efectuar una evaluación minuciosa, un diagnóstico y una consideración de todos los factores antes de llegar a la conclusión de que en un determinado paciente la terapéutica es necesaria y cuenta con las debidas garantías.

Dentro de las contraindicaciones podemos mencionar: enfermedad periodontal severa no tratable, morfología dental aberrante, reabsorción extensa, malposición dentaria notoria y fracaso predecible.

II.- ANATOMIA DE LAS FURCAS

1.- Vista distal

Nótese la posición de la furcación, vestibulo palatina (a la mitad de las superficies vestibular - palatina) y ocluso - apicalmente, (cerca de la furcación mesial y vestibular ; la apertura de la furcación distal se encuentra más hacia apical).

2.- Vista mesial

La furcación se presenta a dos terceras partes de la distancia entre las superficies vestibular y palatina. El grosor vestibular lingual es mayor en la raiz mesio vestibular (MBR) en comparación con la raiz disto vestibular (DBR).

3.- Vista vestibular

4.- Corte trasversal del tronco radicular: muestra una superficie mesial lisa y una ligera concavidad vestibular correspondiente a la depresión de desarrollo.

5.- Corte transversal de la furcación

Nótese la conformación radicular, la posición de cada una de las raices con respecto a las demás y a la trifurcación. Todas las superficies proximales de la MBR y de la DBR son lisas o concavas.

PRIMER PREMOLAR SUPERIOR

1.- Vista mesial 2.- Vista distal

Ambas superficies radiculares presentan depresiones de desarrollo; sin embargo, la superficie mesial tiene una depresión de desarrollo (DD) que se extiende en todo el tercio gingival de la corona y es más marcada.

Las raíces palatina y vestibular son muy similares entre si y en general tienen una forma redondeada.

3.- Corte transversal de la unión cemento- esmalte presenta una DD únicamente en su superficie mesial

4.- Corte transversal a la mitad de la raíz

La DD es más marcada en la superficie mesial, aunque a este nivel también existe en la superficie distal.

MOLAR INFERIOR.

1.- Vista vestibular

Generalmente la raíz mesial muestra una curvatura y un grosor vestibulo - lingual mayores que la raíz distal.

2.- Vista lingual

3.- Corte transversal del tronco radicular

Nótese la concavidad mesial y las superficies radiculares distales redondeadas.

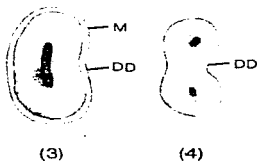
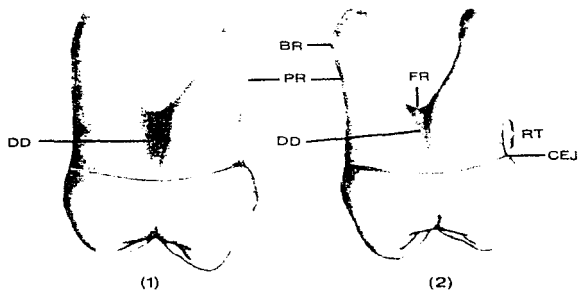
4.- Corte transversal a nivel de la furcación

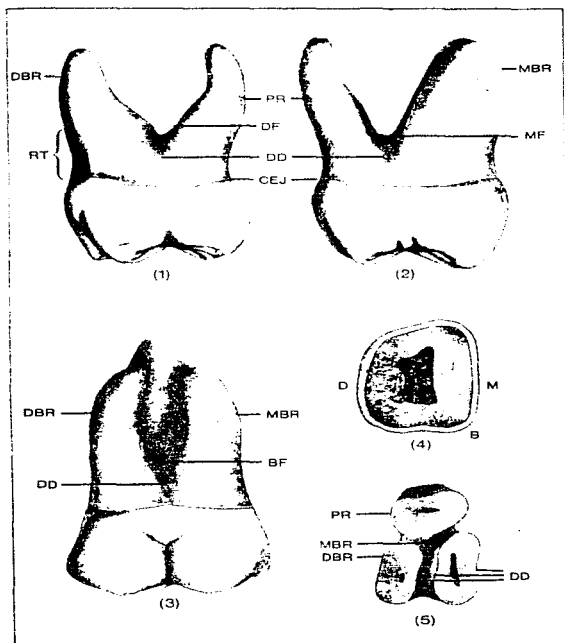
Se puede apreciar la concavidad de las raíces dentro de la cámara de la furcación. La imagen muestra también que las entradas a la cámara son más estrechas que ella misma.

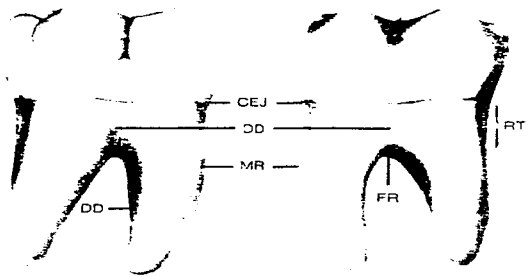
Abreviaturas usadas en las ilustraciones

PR	- Raíz palatina
MBR	- Raíz mesiovestibular
DBR	- Raíz disto-vestibular
DR	- Raíz distal
BR	- Raíz vestibular
CEJ	- Unión cemento- esmalte
DD	- Depresión de desarrollo
FR	- Furcación
RT	- Tronco radicular
DF	- Furcación distal

- MF** - Furcación mesial
- BF** - Furcación vestibular
- M** - Mesial
- D** - Distal
- V** - Vestibular





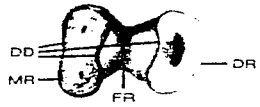


(1)

(2)



(3)



(4)

a) EXPLORACION DEL DIENTE

1.- El tronco radicular

Durante el examen del tronco radicular se determina su longitud, configuración (extensión de las depresiones de desarrollo) y su relación con las estructuras radiculares. Al efectuarse este procedimiento se debe tener en cuenta que a una mayor exposición del tronco radicular existirá un mayor avance de la enfermedad periodontal, así como también habrá una relación directa entre el tamaño del tronco radicular, el grado de divergencia radicular y la dimensión espacial de la cámara de la furcación. En la mayoría de los casos este grado de divergencia disminuye al aumentar la longitud del tronco radicular; por lo tanto se puede concluir que a menor grado de divergencia radicular corresponde una dimensión espacial más pequeña de la cámara de la furcación

2.- Superficies próximas a las raíces dentarias.

Se debe investigar la presencia y extensión de las depresiones de desarrollo estableciendo el grosor de cada una de las raíces existentes. Estos factores ayudarán notablemente durante el desgaste de la estructura dentaria, ya que es el tipo de configuración radicular la que dicta el diseño de la preparación.

3.- Divergencia de las raíces dentarias.

Se deben establecer las condiciones radiculares para determinar la necesidad de su remoción y/o de efectuar movimientos dentales, al establecer el grado de divergencia radicular se determinará su influencia en la preparación dentaria. También es conveniente verificar la posible presencia de raíces fucionadas que determinarán la vialidad de una odontosección o radicectomia.

b) FURCACION

Evaluar su profundidad, altura, grosor y localización

- a) La profundidad constituye el componente horizontal e indica y determina las bases para la clasificación periodontal. Es el grado de penetración horizontal dentro de la camara de furcación.
- b) El componente vertical esta dado por la altura. Indica el grado de perdida ósea en senti:lo apico oclusal, puede establecerce clinica o radiográficamente
- c) El grosor o componente lateral indica la distancia interradicular existente. El ancho de la camara de la furcación varia con la configuración radicular a determinado nivel apico-oclusal, puede establecerse clinica o radiográficamente.

d) La localización de la furcación. Es un factor importante para la evaluación de furcaciones clase I en dientes con malposiciones o rotados, especialmente molares superiores.

b1) VALORACION DE LA FURCACION

Los aspectos más importantes en el tratamiento de un diente multiradicular con problemas en furca siempre se localizan por debajo de la unión cemento - esmalte, por lo tanto el clínico debe conocer perfectamente las características anatómicas normales y las aberraciones que pueda presentar la morfología de una raíz determinada. La valoración de un caso comienza con el examen y establecimiento de las condiciones existentes en el tercio gingival de la corona, previo al examen de las estructuras dentarias remanentes cubiertas por los tejidos parodontales.

b2) EXPLORACION CLINICA DE LAS FURCAS

En los casos de periodontitis, la anatomía especial de los dientes multiradicales causa problemas terapéuticos particulares. Por regla general, la

apertura de la furca tan solo se haya de dos a cinco mm por debajo del límite del esmalte con el cemento. Con ligera pérdida de inserción, la furca ya habrá sido afectada y se originará una zona de retención de placa, Para valorar el pronóstico de los dientes con afección en la furca es de suma importancia reconocer a tiempo éste tipo de problemas. Dado que la radiografía solo puede aportar información diagnóstica incompleta, el diagnóstico deberá efectuarse también en forma clínica, hecho que puede ser difícil por motivos anatómicos. Con la elección de los instrumentos apropiados es posible facilitar el diagnóstico clínico.

Una sonda curva con punta (Hufriedy CH3) se considera apropiada, siendolo también la sonda de Nabers (Deppeter NP).

Las curetas son instrumentos poco apropiados para el diagnóstico ya que un 58% de los casos, la apertura de la furca es más pequeña que la cureta. Además puede facilitarse sensiblemente el diagnóstico de las trifurcaciones afectadas en los molares del maxilar mediante las direcciones específicas del sondaje.

b3) CLASIFICACION

Con el objeto de facilitar la elección del tratamiento para eliminar la afección periodontal, la lesiones de las furcas se clasifican, según las pérdidas óseas y de inserción, en diferentes grados. En sentido horizontal se calcula la profundidad que se puede alcanzar al introducir el instrumento en la furca.

Según Ramfjord y Ash:

Grado I Penetración hasta 3 mm.

Grado II Penetración de más de 3 mm.

Grado III La atravieza.

Según Hamp y Nyman:

Grado I 1/3 o menos de la anchura del diente.

Grado II Menos de la 1/2 de la anchura del diente.

Grado III La atravieza.

b4) PLASTICA FURCAL

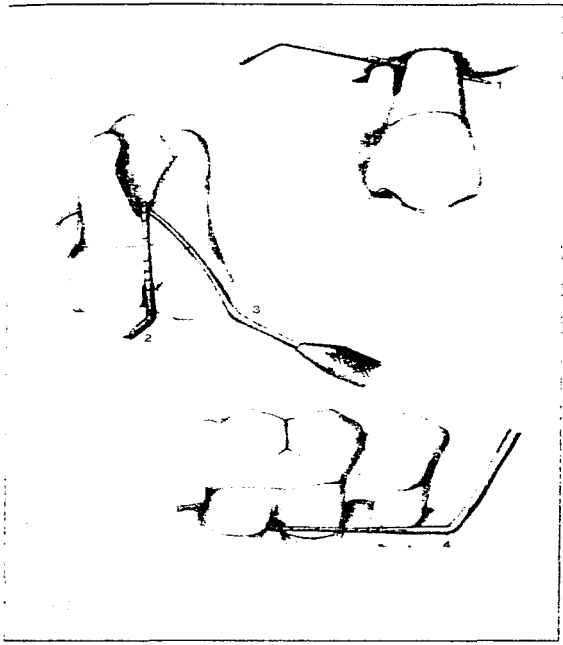
Incluye los procedimientos siguientes.

- Rechazo de un colgajo mucoperiostico para lograr acceso apropiado al área inter radicular
- Eliminación de los depósitos duros y blandos bacterianos y el tejido blando inflamatorio del área furcal.
- Odontoplastia, esto es, remoción de sustancia dentaria en el área furcal con el fin de ensanchar, la estrecha entrada de la bifurcación y para reducir la profundidad horizontal de la lesión.
- Osteoplastia, esto es, remodelado de los defectos óseos en el área furcal, si estuviera indicada.
- Reubicación y sutura del colgajo.

c) TECNICA EXPLORATORIA POR COLGAJO

Algunos casos requieren procedimientos exploratorios por técnicas quirúrgicas por colgajo, para poder establecer en forma definitiva verdaderas relaciones existentes entre las raíces afectadas y el tejido óseo alveolar que las aloja.

Este examen debe efectuarse al inicio de cualquier procedimiento terapéutico.



III.- CRITERIOS PARA ELECCION DE LA RAIZ (O RAICES QUE VALE LA PENA CONSERVAR).

- 1.- La anatomía de la raíz y del conducto radicular en relación con las posibilidades de tratamiento endodóntico
- 2.- Relaciones periapicales.
- 3.- Estabilidad de las raíces individuales separadas
- 4.- La altura del tejido de apoyo periodontal remanente de las distintas raíces.
- 5.- Condiciones anatómicas favorables para aplicar un sistema con tornillo de fijación.

a) SONDEO PARODONTAL

- 1.- Determinar la profundidad del surco y establece la arquitectura gingival.
- 2.- Ayuda a establecer los requerimientos mucogingival.

b) INTERPRETACION RADIOGRAFICA

Debe considerarse que su análisis se efectúa únicamente en dos dimensiones y por lo tanto tiene un valor limitado como método de diagnóstico.

Establece las divergencias y configuraciones radiculares.

Determina la altura y el grosor de la cámara de la furcación en su relación con el hueso alveolar.

Determina las relaciones radiculares adyacentes.

IV.- OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

El tratamiento de las piezas dentarias multiradiculares con patología en sus furcaciones involucra procedimientos multidisciplinarios.

Los objetivos de la terapia paradontal tienen una especial importancia ya que el odontólogo debe mejorar las condiciones del tejido de soporte antes de preparar y restaurar un órgano dentario determinado.

El tratamiento busca los siguientes objetivos:

1. Restaurar la capacidad protectora de un órgano dentario y su parodonto al establecer relaciones de salud entre el diente y las estructuras gingivales y óseas adyacentes.

2. **Crear una oclusión fisiológica y armónica que establezca una distribución óptima de las fuerzas de la masticación.**
3. **Mantener la salud de los tejidos parodontales al prevenir, eliminar o disminuir la acumulación de placa bacteriana y material.**

a) AMPUTACION

La amputación radicular se define como la extracción completa de una de las raíces de un diente polirradicado.

1.- PRINCIPIOS QUIRURGICOS

Las hemisecciones y amputaciones radiculares requieren un procedimiento, planificado y adaptado a la anatomía del diente afecto, con los siguientes objetivos:

- **Garantizar la posibilidad de restauración de los segmentos dentarios que se van a conservar.**
- **Creación de moldes preparados que garanticen una curación sin complicaciones y que, además, ofrezcan la posibilidad de un control efectivo**

de la placa del material de relleno. El principiante no está habituado a estas técnicas y, por este motivo se le recomienda que realice prácticas previas.

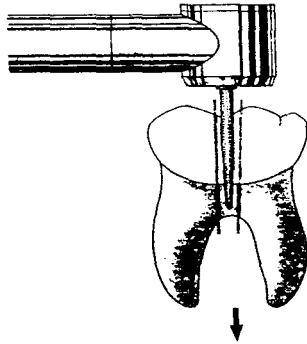
2.- CONTRAINDICACIONES

Deberían evitarse la hemisección o la amputación radicular, cuando:

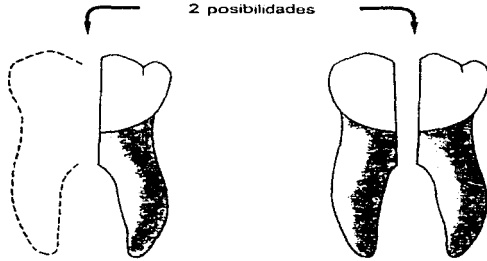
- El paciente padece una enfermedad general grave
- A pesar de la información exhaustiva, el paciente no valorará el sentido de las medidas planeadas o, con una higiene bucal deficiente continuada, compromete el éxito a largo plazo.
- El plan de tratamiento global no mejora sustancialmente con la conservación de segmentos dentarios.

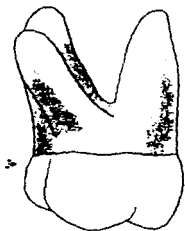
En los molares maxilares que revisten una importancia estratégica, la amputación de la raíz suele ser el método elegido. Tan solo será factible cuando pueda llegar a efectuarse con tratamiento endodóntico directo sin problemas.

Con la amputación, el diente se reduce a las raíces estratégicamente importantes. Las raíces distovestibulares de los molares en el maxilar son delgadas y a menudo curvas por lo que deberán amputarse.

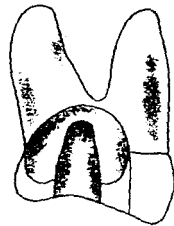
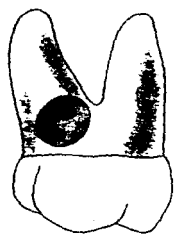


2 posibilidades





2 posibilidades



Las raíces mesiovestibulares en el maxilar únicamente podrán valorarse durante la cirugía a colgajo.

b) TUNERALIZACION.

En raras ocasiones especialmente en dientes resistentes a la caries, también puede tratarse la periodontitis intrarradicular profunda mediante tuneralización, este tratamiento implica una operación a colgajo con osteoplastia para la exposición quirúrgica íntegra del área de la furca.

Una vez efectuado el tratamiento, es imprescindible practicar una higiene bucal óptima con medios auxiliares como el empleo de un cepillo interdental y frecuente aplicación de flúor.

La tuneralización no debe incluirse como un tratamiento de rutina puesto que las raíces se hallan expuestas a presentar caries, lo que fácilmente podría exigir la posterior extracción del diente.

Sin embargo este tratamiento es uno de los menos costosos para el mantenimiento de los molares de la mandíbula con periodontitis intrarradicular profunda.

c) SEPARACION

Siempre que sea posible un tratamiento endodóntico directo, la separaciones y hemisecciones se llevarán a cabo tan solo en el tratamiento de los molares mandibulares con periodontitis interradicular profunda. La separación se elige especialmente cuando el diente en cuestión presenta problemas en furca, es el único diente afecto en una hilera o arcada dental intacta y si con éste tratamiento parece posible evitar una restauración mediante un puente y con ello el correspondiente tallado de los restantes dientes intactos. Se mantiene las dos raíces separadas, incorporándoles una corona individual. La hemisección comprende la extracción de las raíces de riesgo elevado; mientras que la raíz que se conserva, si se restáura mediante una prótesis, puede funcionar como diente pilar.



d) CUIDADOS DEL DIENTE SOMETIDO A TRATAMIENTO RADICULAR

En la mayoría de los casos, el tratamiento radicular obedece a lesiones cariosas y extensas o a efectos traumáticos con pérdida considerable de la estructura dental dura. Luego, se consolida el diente, debilitado de forma adicional por el tratamiento radicular, y se protege frente a las fuerzas funcionales futuras. Los tres elementos constitucionales: raíz, retención o armazón, y el diseño propio de la corona dental deben unirse de forma estable. Los aspectos biológicos, técnicos y funcionales se deben corresponder. Cuando resulta inevitable una restauración protésica costosa con un puente, el odontólogo debe proceder con un método seguro para la restauración de los dientes con mayor grado de destrucción.

Se han propuesto innumerables técnicas de restauración de los dientes sometidos a tratamiento radicular. Sin embargo, no existen datos fiables, basados en una investigación rigurosa. Por este motivo, los principios terapéuticos que se aplican a los dientes sometidos a tratamiento radicular se basan más bien en experiencia clínica y en las consideraciones deductivas que en fundamentos científicos.

La reconstrucción retenida en el conducto radicular se expone a las siguientes fuerzas.

Fuerza de tracción

Fuerza de cizallamiento o flexión.

Fuerzas de torción.

V.- TRACCION FORZADA (ORTODONCIA)

Las medidas de ortodoncia, previas a la prótesis , afectan fundamentalmente movimientos de un solo diente:

- Movimientos dentales sincronizados con el hueso.
- Movimientos dentales a través del hueso.
- Enderezamiento de los dientes versionados.

a) MOVIMIENTOS SINCRONIZADOS CON EL HUESO

Requieren fuerzas ortodónticas dosificadas y relativamente escasas. Dependiendo de la aplicación de la fuerza, se puede mover el diente en la dirección deseada con una mínima inclinación o bien una traslación. De esta manera, se obtiene una buena distribución de los pilares de los puentes, cierres de brechas o disminución de diastemas.

La distribución más favorable de los pilares se asocia a mejores resultados estéticos y funcionales. Si las fuerzas aplicadas son escasas, el hueso alveolar se desplaza con el periodonto y no debe ocurrir, en principio una reabsorción radicular. La inserción periodontal se mantiene al mismo nivel con una buena higiene bucal.

b) MOVIMIENTOS DENTALES ATRAVES DEL HUESO

En general, se requieren fuerzas ortodónticas mayores, con un control exacto de la dirección. En este caso de la extrucción, el diente arrastra totalmente el tejido periodontal y el nivel de inserción periodontal no se modifica, en cambio la neoformación del hueso se retrasa en el tiempo, debido a la rapidez de la extrucción. Se crea así una inserción larga de tejido conjuntivo. En estos casos el movimiento dental a través del hueso suele ser necesaria la prolongación posterior de la corona clínica mediante cirugía, sacrificándose en forma controlada la inserción periodontal. Las terapias ortodónticas como esta permiten conservar los pilares más importantes desde el punto de vista estratégico y evitar una preparación innecesaria de los dientes vecinos. El mayor esfuerzo que se exige a un solo diente merece la pena, ya que no se daña la salud de los demás dientes.



VI.- REGENERACION TISULAR GUIADA PARA CONSERVAR MOLARES DE IMPORTANCIA ESTRATEGICA.

El principio de la regeneración tisular guiada se basa en el conocimiento de que las células del ligamento periodontal poseen la capacidad de regenerar el cemento radicular y fibras de Sharpey.

El tratamiento radicular periodontal con raspado y alisado, así como la cirugía a colgajo, van siempre acompañados de la proliferación apical del epitelio del margen gingival a lo largo de la feración apical del epitelio del margen gingival a lo largo de la superficie de la herida y en estrecho contacto directo con la superficie radicular existe el peligro de reabsorción radicular.

De la misma manera, cuando las células osteogénicas entran en contacto con las superficies radiculares, las consecuencias son reabsorción radicular y anquilosis. Una nueva inserción exige la regeneración del cemento, la inserción de las nuevas fibras periodontales y en ocasiones, La regeneración del hueso alveolar.

Tal objetivo del tratamiento sólo puede alcanzarse cuando se ha creado espacio suficiente para las células periodontales alrededor de la herida y las restantes especies celulares (epiteliales del tejido gingival) quedan excluidas de la carrera por la conquista de la zona herida. Con el empleo de membranas apropiadas puede lograrse, guiar y controlar de tal manera las células desmotomales que

incluso en las furcaciones sería posible obtener una verdadera regeneración con inserción del tejido conjuntivo y ocasionalmente nuevo hueso alveolar.

Un estudio sobre los principios de regeneración tisular guiada en defectos de las furcaciones totales o parciales, demuestra que el cierre parcial o completo del defecto se consigue sólo si la entrada a la furca no sobrepasa los 4 milímetros cuadrados. Las furcas enteramente abiertas con una abertura de entrada menor a 4 milímetros cuadrados siguen manteniéndose abiertas, una vez que a concluido el tratamiento de furcaciones y siguiendo los principios de regeneración tisular guiada

VII- LEY DE ANTE ?

En el tratamiento de pacientes con periodontitis avanzada, la destrucción del periodonto suele ser tan avanzada que deben extraerse algunos dientes. El resultado de un tratamiento periodontal satisfactorio puede ser una dentición reducida, con aun menos dientes pilares, que presentaria una elevada movilidad dental debido a la intensa reducción del periodonto. Dado que éstos dientes, ante fuerzas masticatorias normales, estarán expuestos posiblemente a continuos traumatismos, como dientes individuales no se consideran aptos para desempeñar las funciones masticatorias necesarias. La restauración de este tipo de dientes se llevará a cabo mediante un puente fijo que no sólo distribuirá de forma equitativa las fuerzas funcionales por toda la dentición remanente, sino que neutralizará las fuerzas de vaivén sobre un único pilar. Las prótesis parciales extraíbles, en este casos de denticiones periodontalmente tratadas, con periodonto residual reducido, incidirán desfavorablemente mediante fuerzas de vaivén sobre los dientes individuales. El momento de fuerza podria conducir, con el tiempo a la extracción de algunos dientes.

La restauración fija de una dentición con escasos pilares, cuyo periodonto residual es sano, pero intensamente reducido suele ser descartada por numerosos tratados y escuelas, porque no pueden responder a la ley de Ante.

Este paradigma influyó en la planificación del tratamiento odontológico durante más de medio siglo y pone de manifiesto el pensamiento mecanicista de años pasados.

Trata de la relación corona raíz y la totalidad de las superficies desmodonto de los dientes que recibirán coronas, y dice así: la superficie pericementaria total de los pilares debe ser como mínimo del mismo tamaño que la de los dientes que hay que substituir.

Aparte la demostración de carácter anecdótico del autor, no existe ninguna documentación acerca de la veracidad de esta afirmación. A pesar de ello, se respetó este dogma, de manera que en la planificación del tratamiento cayeron en el olvido los factores biológicos. El resultado fue la ferulización y colocación de coronas en dientes pilares en parte sanos con la intención de poder construir un puente más fuerte. A la luz de las investigaciones biológicas en odontología, este dogma fue examinado de manera crítica. En un análisis retrospectivo, se comparó la superficie total del desmodonto calculado en los pilares con un periodonto en parte muy reducido, pero sano, con una superficie desmodontal calculada normal ficticia, que fue substituida por un pónico con este material compuesto por 332 puentes en 251 pacientes se eligieron 60 puentes al azar, que al finalizar el tratamiento periodontal inicial fueron revisados al menos durante

ocho años más. En el 57 por ciento de los puentes, la superficie total del desmodonto pilar era inferior al 50 por ciento de los dientes que debían ser sustituidos. Cinco puentes o un ocho por ciento del material correspondía a la ley de Ante. En cualquier caso, ninguno de los dientes pilares sufrió pérdida de inserción u ósea a lo largo de los 8-11 años de observación. De ello se desprende que:

La existencia de periodontitis debe ser tratada previamente a la colocación de una restauración con puente, con la total eliminación de todas las acumulaciones bacterianas de los dientes y las superficies radiculares, y el propio paciente deberá considerar evitar por sus propios medios una recidiva

Las fuerzas de vaivén sobre los periodontos residuales deben de evitarse mediante los relieves oclusales configurados según la libertad en centrica, dado que pueden provocar una movilidad dental progresiva.

CONCLUSIONES

El panorama que tenemos al hacer la revisión del tema nos lleva a concluir en que para poder realizar este tipo de tratamiento hay que tener en cuenta el tipo de pacientes que reúna las condiciones periodontales y una raíz favorable para llevarlo a cabo, para esto el odontólogo debe tener los conocimientos amplios sobre el tema que se esta tratando para que con esto pueda realizar una buena historia clínica y exploración dental adecuada que lo lleve a un diagnóstico y así saber de que técnica se puede valer para realizar un tratamiento adecuado, para cada caso. Llevando a cabo los objetivos del tratamiento que es la conservación de la raíz, mejorando las condiciones de soporte, estableciendo así condiciones de salud entre el organo dentario y las estructuras gingivales y oseas adyacentes, empezando con una buena higiene (cepillado y uso de enhebradores e hilo dental) que es la base del éxito de cualquier tratamiento, ya sea desde la amputación de una raíz o la tracción forzada de un diente en la que en ambos casos el fin es lograr un soporte dental para una prótesis que restablezca la función y estética en el paciente. El objetivo principal de ésta tesis está en la recuperación de las estructuras dentarias (raíces) que en muchas ocasiones se consideran perdidas y que sin embargo con tratamiento adecuado y oportuno

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

podemos conservarlas y mantenerlas , dandoles una función específica dentro del aparato masticatorio.

BIBLIOGRAFIA

H. Geering Alfred y Kundert Martin.

Atlas de Protésis total y sobre dentaduras.

Ed .Salvat, 1988. Barcelona España.

P. Lang Niklaus y E. Siegrist Guldener Beatrice

Atlas de Coronas y Puentes.

Ed . Masson Salvat, 1995. Barcelona España.

H.H. Horch Cirugía Estomatognática.

Ed . Salvat, 1992. Barcelona España.

Cohen Sphen y C. Burns Richard.

Endodoncia.

Ed . Panamericana, 1988. Buenos Aires Argentina

P. Casullo Daniel. Preparación y Restauración de dientes multiradicales con lesiones parodontales en sus furcaciones.

Ed. Quintessence books, 1982. Chicago.

Lindhe, Jan Periodontologia Clinica, 2da. Ed

Ed. Medica Panamericana, 1992. Buenos Aires Argentina.

