

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TRASPLANTE EN CIRUGIA BUCAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a n

Candido Alfaro Pulido
María del Rosario Hernández Rojano
Lorena de la Concepción Valverde Meléndez

MEXICO, D. F.

14413

1979



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.

INDICE

Pág.

TEMA I

- | | |
|--|---|
| 1). - DEFINICION DE TRASPLANTE E HISTORIA..... | 1 |
| a). - DEFINICION. | |
| b). - TERMINOLOGIA DE LOS TRASPLANTES. | |
| c). - HISTORIA. | |

TEMA II

- | | |
|---|----|
| 2). - REPLANTE, IMPLANTE, TRASPLANTE..... | 10 |
| a). - REACCION ALOGRAFA. | |
| b). - QUE ES TRASPLANTE HETEROLOGO. | |
| c). - QUE ES TRASPLANTE HOMOLOGO. | |
| d). - QUE ES TRASPLANTE AUTOGENO. | |

TEMA III

- | | |
|--|----|
| 3). - CUIDADOS PREOPERATORIOS..... | 19 |
| a). - HISTORIA CLINICA. | |
| b). - EXPLORACION FISICA. | |
| c). - EXAMENES DE LABORATORIO. | |
| d). - EXAMENES DE GABINETE. | |
| e). - INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES. | |

TEMA IV

- 4). - TECNICA QUIRURGICA 34

TEMA V

- 5). - CUIDADOS POSTOPERATORIOS 39
- a). - TRATAMIENTO LOCAL POSTOPERATORIO.
 - b). - TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE.
 - c). - FISIOTERAPIA.
 - d). - COMPLICACIONES LOCALES.
 - e). - COMPLICACIONES GENERALES.

TEMA VI

- 6). - EL TRASPLANTE EN RELACION CON LA
ENDODONCIA Y CON LA ORTODONCIA 51

TEMA VII

- 7). - CASO CLINICO 60
- a). - HISTORIA CLINICA.
 - b). - UBICACION DE LA REGION TOPOGRAFICA.
 - c). - TIPO DE ANESTESIA Y TECNICA EMPLEADA.
 - d). - TIEMPO QUIRURGICO Y TECNICA EMPLEADA
EN LA OPERACION.
 - e). - CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

f). - NOTAS DE EVOLUCION.

CONCLUSIONES..... 71

BIBLIOGRAFIA..... 73

TEMA I

DEFINICION DE TRASPLANTE E HISTORIA .

a). - DEFINICION:

Sobre los trasplantes existen una nueva terminología la cual, ha sido consecuencia de confusión acerca de la palabra homoinjerto. El prefijo "homo" y el adjetivo homólogo se ha empleado en la inmunología clásica para denotar semejanza y aceptabilidad (v. gr., suero homólogo).

"Homoinjerto" en cambio, en término de trasplantes, significa un injerto de otro individuo, un injerto que no es aceptable. Para corregir esto el término aloinjerto ("allos" en griego significa otro) ha reemplazado al de homoinjerto. El sufijo "génico" se emplea ahora con adjetivos para denotar el origen genético del injerto.

Un trasplante de una posición a otra dentro del mismo individuo se denomina autógrafo. Los injertos entre gemelos idénticos o entre individuos de una especie altamente afín se llaman isoinjertos. Un aloinjerto es un injerto de un individuo a otro de la misma especie; un heteroinjerto es un injerto entre miembros de diferentes especies. Los autoinjertos y los isoinjertos verdaderos sobreviven permanentemente, aunque presentan algún problema quirúrgico y fisiológico. Los aloinjertos y los heteroinjertos son universalmente rechazados. Los problemas quirúrgicos que se presentan en los trasplantes han sido muy bien estudiados.

b). - TERMINOLOGIA DE LOS TRASPLANTES.

Término nuevo	Adjetivo nuevo	Término viejo	Definición
Autógrafo	Autólogo	Autógrafo	Injerto de una posición a otra dentro del mismo individuo.
Isógrafo	Isogénico	Isógrafo	Injerto entre individuos idénticos en antígenos - histocompatibles.
Alógrafo	Alogénico	Homógrafo	Injerto entre miembros de la misma especie genéticamente diferentes.
Xenógrafo	Xenogénico	Heterógrafo	Injerto entre especies.

El trasplante de tejidos suele ocupar un lugar bastante elevado en el campo de la investigación clínica y experimental.

Los dientes se han trasplantado de un lugar a otro de la misma boca con gran número de éxitos. Los trasplantes dentarios entre distintos individuos, aunque se han mantenido durante cierto tiempo, han acabado siempre por ser rechazados debido a una resorción progresiva de las raíces. Para poder comprender de una forma lo más completa posible las bases de los diferentes comportamientos frente a los implantes debemos revisar las leyes fundamentales, de la Implantología y su inmunidad.

c). - HISTORIA.

El historiador GUERINI, mencionó una reimplantación en el año 1510 D.C., realizado por un árabe llamado ABULCASSIS; esta es la primera información de que disponemos en que se indica los trasplantes dentarios de experimentación.

El primer trasplante que se conoce fué realizado en 1517 por AMBROISE PARE en Francia.

La reposición quirúrgica de los dientes fué practicada por FAUCHARD, el cual describió un método de enderezamiento forzado, en su texto TRAITE DESCHIRUGUIE en el año de 1728 .

En 1770 SIR JOHN HUNTER, describió e hizo popular la práctica de remover dientes de los pobres y colocarlos en las bocas de los ricos, el conservaba el diente colocándolo en una cresta de gallo, hasta que tenía un sujeto apropiado para el trasplante.

En 1875 FLAGG de BOSTON, informó al público que entre otros procedimientos dentales él había trasplantado dientes vitales y no vitales. En años más recientes, la habilidad para trasplantar los gérmenes dentarios en la fase de capa o campana ha sido demostrada en animales de experimentación.

LAPCHINSKY Y MALINOVSKY, removieron gérmenes dentarios de perritos pequeños y trasplantaron estos gérmenes a perros adultos con bastantes buenos resultados. Unos de los aspectos poco comunes en ese trabajo, es el hecho de que el animal donante era sacrificado an-

tes del trasplante y sus maxilares colocados en un refrigerador, por una noche lo cual no inhibía el crecimiento y el desarrollo del diente. Esto — parece ser muy posible cuando se consideran los resultados obtenidos — por los bancos de ojos actualmente.

SHAPIRO Y MARCLEAN, trabajando con gatos, remobieron los caninos e incisivos de animales donantes pequeños y los trasplantaron a — una posición similar en los animales receptores con buenos resultados, — los animales que recibieron los dientes eran de la misma edad o mayores que los animales donantes.

Estos investigadores encontraron que si el gérmen dentario y su saco estaban intactos, el trasplante crecía pero si se lesionaba alguna de sus estructuras el diente sufría una recesión gradual.

En un estudio llevado a cabo por ALLEY en hamsters, se usaron los segundos y terceros molares mandibulares, los animales tenían entre 14 y 24 días de edad o sea en el tiempo en que se ha completado el desarrollo y calcificación de las coronas de estos dientes pero apenas se inició el desarrollo de sus raíces, se extrajeron los cuatro molares mandibulares cuidadosamente y se trasplantaron a los alveolos de sus homólogos sin haber sufrido contaminación.

Los animales fueron sacrificados de los 5 a 30 días después, se aislaron las mandíbulas y se hicieron cortes histológicos de los especímenes. En un corte de un trasplante de segundo molar, a los 30 días se — muestra un tejido pulpar, con odontoblastos normales; los vasos apare—

cen más grandes que lo normal, pero esto se debe a que son dientes con foramen apical muy amplio. Hay dentina neoformada presente y fibras parodontales adheridas al nuevo cemento, la capa de cemento se muestra bastante gruesa.

Las conclusiones de este estudio son: la cicatrización normal — del hamster, requiere aproximadamente la mitad del tiempo que la requiere por el hombre.

Los tejidos, pulpaes pueden soportar los procedimientos traumáticos del trasplante y pueden reparar los elementos blandos del diente.

Es posible trasplantar los dientes con foramen apical amplio si la vaina radicular no es destruida.

FLEMING, en su artículo sobre trasplantes intraoculares homogéneos y heterogéneos, describe los resultados de trasplantar del hombre a animales inferiores, gérmenes dentarios colocados en la cámara anterior del ojo de conejos y otros animales de laboratorio habiendo observado el crecimiento y desarrollo del diente.

FLANAGAN Y MYERS, efectuaron en treinta hamsters, trasplantes de los segundos molares mandibulares y durante los tres días siguientes a la intervención, fueron sometidos a una dieta rigurosa de líquidos. El éxito de los trasplantes subió el 56 % comparados a los trasplantes en los hamsters eran sometidos en el postoperatorio a dietas blandas y duras.

SORG, inició una investigación para demostrar la regeneración-

nerviosa en los dientes trasplantados. En la investigación uso los segundos molares mandibulares en 10 hamsters, parejas de ambos sexos; después de anesteciados los animales con nembutal sódico, se hicieron las extracciones en ambos lados y los molares se transplantaron de un lado a otro, la edad de los animales oscilaba de los 18 a los 30 días. Los dientes fueron trasplantados inmediatamente.

Los animales fueron sacrificados de los 16 a los 36 días después de la intervención. 16 de los 20 dientes fueron observados en su posición, 12 de los 16 dientes retenidos parecían clínicamente normales y no mostraban evidencias de trasplantación a excepción de una erupción incompleta.

La apariencia histológica de las fibras parodontales recientemente formadas, era completamente normal. En la mayoría de los dientes, se observó una pulpa normal histológicamente, otras contenían algún material pulpar normal con el área restante ocupada por material ostioide, mostraban tejido nervioso regenerado.

La ampliación de los estudios experimentados de SPEIDEL, puede ayudar a explicar la formación secundaria de ostiodentina en unos dientes trasplantados si el odontoblasto es considerado como un órgano especial sensorial del diente mientras que la presencia de un aporte nervioso específico al odontoblasto puede ser necesario para su origen, crecimiento, maduración y regeneración.

Tal órgano denervado puede de acuerdo con SPEIDEL, ser espe

rado que sufra una deterioración estructural.

La deterioración puede manifestarse como de diferenciación, de generación y atrofia. Este investigador remarco que un soporte nervioso sensorial específico, es esencial para la larga salud de un órgano de sentido especial. En el caso de un odontoblasto que ha sido privado de un aporte nervioso adecuado, la diferenciación puede manifestarse como la pérdida de habilidad para producir dentina normal, con la resultante de producir ostiodentina. Los trasplantes con osteodentina pueden indicar cambios regresivos y degenerativos en los órganos sensoriales periféricos.

En general, los trasplantes estudiados experimentalmente de SORG mostraron una relación inversa entre la abundancia de nervios demostrable y la cantidad de producción de osteodentina. Ninguno de los trasplantes con cantidad abundantes de tejido nervioso regenerado, mostró formación de osteodentina.

Un trasplante con una capa de dentina reparativa en evidencia puede haber indicado un período en el cual las conexiones nerviosas periféricas fueron pocas y la capa odontoblástica sufrió una pérdida temporal en su capacidad especializada para la producción de dentina primaria normal.

En Hungría, SAVEPFLOVI, ensayó 16 trasplantes en pacientes de diferentes edades y estableció que el trasplante de germen dentario puede ser llevado a cabo con éxito. Estos provenían de germen super-

fluos eliminados en extracciones de dientes deciduales en el mismo paciente o de otros pacientes. SAVEPFLOVI, determinó que los germenodontarios apropiadamente conservados se trasplantan y ellos mismos se adaptan a su mismo ambiente.

VILLASECA, en Chile, efectuó 20 casos de trasplantes autógenos de terceros molares inferiores, con completo éxito, basado en esta experiencia, este mismo autor, realizó un trasplante similar en una niña de 10 años; el canino superior derecho estaba impactado y los ortodoncistas consideraron que no podía ser corregido por medio ortodóntico. Este diente estaba haciendo presión sobre el incisivo lateral, lo cual provocaba un deslizamiento distal de su corona; el primer premolar tenía caries de segundo grado. La operación consistió en la remoción de la lamina alveolar labial y luxación del canino; después se extrajo el premolar y el alvéolo ampliado, en donde se colocó el canino. Se usó una férula para inmovilizar el trasplante, la cual fue removida a los 15 días. Nueve meses después un roentgenograma mostró una osificación satisfactoria, especialmente en el lado distal del diente. El canino estaba firme clínicamente y daba reacciones pulpares positivas. La mucosa tenía un contorno y apariencia normal.

En la Universidad de Praga, Checoslovaquia, KAMINEK Y KAMINEKOVA, realizaron trasplantes homogéneos y autógenos en 57 pacientes adolescentes y niños, con buenos resultados en el 50 % de los casos con los conceptos actuales de requerimiento dietético métodos de fijación

y terapia antibiótica, la posibilidad de los trasplantes dentales vitales -
desafían a las técnicas quirúrgicas y habilidad del cirujano.

TEMA II

REPLANTE, IMPLANTE, TRASPLANTE.

REPLANTE. Incorrectamente llamado reimplantación o reimplante, consiste en la inserción de un diente en su alvéolo después de su completa avulsión, como consecuencia de un traumatismo. La luxación total de los dientes se trata mediante el replante.

La reimplantación de dientes arrancados por traumatismo es un procedimiento aceptado y no presenta peligro para el paciente si se dan los pasos adecuados para prevenir infección y tétanos.

Aún cuando el éxito no pueda garantizarse, cuando existe una esperanza razonable de que el diente reimplantado vuelva a ser funcional.

Replante es la maniobra quirúrgica, que tiene por objeto, volver a colocar un diente en el alvéolo que le corresponda y del cual fue eliminado quirúrgicamente o a causa de un traumatismo.

El replante intencional consiste en la remoción deliberada de un diente y su reinserción en el alvéolo después de efectuarse la apicectomía y la obturación de conductos, esta intervención debe limitarse a dientes posteriores.

IMPLANTE. Se conoce con este nombre a la maniobra quirúrgica que consiste en introducir en un alvéolo vacío o en un alvéolo quirúrgicamente preparado, un cuerpo extraño, con fines proteicos, la mayor parte de las veces.

El implante dentario consiste en una infraestructura metálica, --

de diversos materiales tales como hueso, marfil, resina acrílica, plomo, hierro, oro, platino, acero inoxidable, porcelana fundida, vitalium; pueden servir para remplazar dientes o ser transformados en dispositivos para adherir coronas y puentes.

La forma de la implantación varía por adaptar la forma de la raíz dental o tubos huecos, redes, tornillos o placas delgadas planas (hojas). También se denomina implante subperióstico o dentaduras implantadas.

TRASPLANTE. Consiste ésta operación en transferir un diente al lugar de otro. Esta manobra quirúrgica tiene variantes y distintas denominaciones de acuerdo al tipo de acto a realizarse, puede efectuarse con dientes del mismo individuo o de otro sujeto. El trasplante consiste en la remoción de un diente del alvéolo de una persona y su inserción en el alvéolo de otra, o bien la remoción de un germén dentario de un alvéolo y su trasplante a otro de la misma persona.

a). - REACCION ALOGRAFA.

Los problemas quirúrgicos que se presentan en los trasplantes han sido muy bien estudiados; sin embargo, la naturaleza de la reacción y respuesta alógrafa es muy compleja y no está completamente dilucidada.

Nuestros conocimientos en cuanto a la reacción de los implantes y su inmunidad se basa en las experiencias llevadas a cabo por MEDA --- WAR en 1945. Empleo conejos como animales de experimentación definió las características de la reacción alógrafa y la consideró como una -

respuesta de inmunidad. Demostró en sus experiencias que cuando se --- práctica un injerto cutáneo de un animal a otro, existe un período de la -- tencia de 24 a 48 horas durante las cuales los controles y las reacciones -- de los aloinjertos no pueden distinguirse de los autoinjertos. Después de -- este período de latencia durante el cual ocurre diversos cambios de re -- vascularización, los injertos alógrafos desarrollan una serie de modifica -- ciones inflamatorias que culminan a los 10 días con la lesión cutánea y el rechazo del injerto. Esta respuesta primaria del huésped se denomina -- reacción alógrafa.

El hecho de que la reacción alógrafa es una respuesta inmune -- activamente adquirida viene demostrado por:

- 1). - El período de latencia antes de la primera parte del rechazo alógrafa.
- 2). - La especialidad y el "secundarismo" o carácter anamnésico de la segunda serie de respuesta.
- 3). - La segunda serie de reacciones se puede transmitir pasivamente con células inmunológicas competente.
- 4). - La tolerancia de los alógrafos se pueden producir mediante manipulación inmunológica.
- 5). - La reacción alógrafa es general y tiene respuesta a los tratamientos conocidos para suprimir a otras respuestas y --- reacciones inmunológicas (rayos X, cortisona y drogas linfolíticas).

Un animal reacciona frente al injerto de cualquier otro animal -- como un extraño y lo rechaza; a partir de entonces se queda sensibilizado a cualquier otro injerto del mismo donante.

Todos los tejidos de un individuo dado tiene en común ciertos antígenos específicos trasplantarios para cada individuo. Se ha demostrado que los riñones, el tejido pulmonar, los leucocitos, las células esplénicas y los dientes pueden sensibilizar a un animal hacia la piel del mismo donante y viceversa.

La reacción alógrafa es específica del individuo, pero no específica del tejido. Este mecanismo inmune se extiende a toda la superficie -- del cuerpo.

Las células linfáticas, más que los anticuerpos humorales son -- las que juegan el papel más importante en el mecanismo del rechazo de -- los injertos.

Mecanismo de la reacción alógrafa.

Se ha demostrado que los ganglios linfáticos de la zona de drenaje alógrafa elaboran las células linfáticas específicamente activadas, que son las responsables de la reacción alógrafa.

Se puede obtener una transferencia pasiva de la inmunidad del -- trasplante mediante células esplénicas sensibilizadas. Además se ha encontrado que la revascularización del injerto o de la zona del injerto es -- obligada para que se produzca la reacción de rechazo.

Es conveniente pensar en la reacción alógrafa en el sentido de un

camino aferente linfático y eferente vascular hacia y desde los centros — linfáticos del huésped.

La reacción se inicia por el paso de los antígenos del trasplante desde el injerto, a través de los linfáticos de drenaje hasta los ganglios — linfáticos regionales. Aquí los antígenos estimulan la producción de las — células de tipo linfocito inmunológicamente y específicamente sensibiliza— das. Estas células linfáticas activadas transmiten esta actividad inmunoló— gicas a otras células linfoides como las esplénicas y vuelven a través de la corriente sanguínea a infiltrar el injerto alógrafa destruyendolo hasta el momento no se conoce si la alteración de las células activadas radican en el interior de su estructura o simplemente en la superficie del anti— cuerpo.

Determinantes de las características de la reacción alógrafa.

La duración, intensidad y cualidad de la reacción alógrafa esta — determinada por muchos factores: la diferencia antigénica entre el dador y el receptor, la cantidad de injerto, la naturaleza del tejido, la zona de — recepción, las experiencias previas del receptor con tejidos del mismo — donante y otras interferencias externas con la reacción alógrafa.

Diferencias antigénicas entre dador y receptor.

Casi el más decisivo determinante del carácter de la reacción — alógrafa es la diversidad entre los tejidos del dador y del receptor. Las — diferencias en la composición antigénica sólo puede ser responsables en las diferencias del tiempo de caída de los injertos cutáneos, con muchos

entre 5 y 80 días. Esto contrarresta el efecto del tamaño del injerto.

Existen aproximadamente 30 genes en los seres humanos que determinan la composición antigénica y, por lo tanto, la compatibilidad relativa de sus tejidos. Cada gen puede adoptar formas variadas (alelos). Llamados genes "histocompatibles" son heredados predominantemente y pueden ser "fuertes" o "débiles" dependiendo de la habilidad relativa para influir la comparatibilidad de sus tejidos.

Dosis del injerto.

Manteniéndose igual los otros factores, es la cantidad total de dosis de injerto y no del tamaño la que gobierna la intensidad y rapidez de la reacción alógrafa. La dosis antigénica no depende sólo de la antigenicidad intrínseca de la materia inyectada, si no de su forma física y de su vía de penetración. Estos factores pueden afectar a la cualidad de la respuesta y al acceso de la materia antigénica a los centros linfáticos del huésped.

Naturaleza del tejido injertado.

El carácter de la reacción alógrafa varía según el tipo de tejido que ha sido trasplantado. La piel humana, cuando actúa como alógrafa, sobrevive solamente dos semanas.

El cartilago y los dientes resistirán durante años. La supervivencia prolongada de estas últimas sustancias se atribuyen a que poseen una densa sustancia intercelular (mucopolisacárido) que inhiben la acción de las células linfáticas activadas y al mismo tiempo retarda los fe-

nómenos de resorción. Los tejidos embrionarios, a diferencia de los tejidos adultos, parecen sobrevivir a la trasplantación si se injerta antes del quinto mes de gestación, en el hombre y en un período análogo en otras especies. Los gérmenes dentarios antes de su calcificación e indiferente---mente de la edad del donante, entran dentro de esta misma categoría y --- cuando son trasplantados alógenicamente en una zona subcutánea, conti---núa su desarrollo.

Zona de recepción.

El lugar del trasplante es también muy importante. El tejido conectivo de las diferentes regiones del organismo varía en cuanto a su res-puesta proliferativa frente a los implantes autógrafos o alógrafos. El tejido conectivo de los espacios subcutáneos presenta menos respuesta, mi---entras que la respuesta que presenta el tejido conectivo del cerebro es ---mucho mayor. Esta reaccionabilidad del tejido conectivo es un fenómeno independiente de la respuesta inmunológica de la zona del trasplante. Para los aloinjertos la respuesta inmunológica de la zona del trasplante es superior. Esto se comprende mejor, considerando cierta zona que son ---inmunológicamente sin respuesta o "privilegiadas" con respecto a la su---pervivencia de los aloinjertos. El cerebro, a pesar de su tejido conecti---vo, tiene una falta de linfáticos y viene a constituir una rotura del sende---ro de estimulación antigénica o aferente de la reacción alógrafa.

El cerebro acepta los aloinjertos durante un período muy prolongado e incluso indefinido. El alvéolo dental, rico en vasos sanguíneos y -

linfáticos, podría constituir difilmente una zona de privilegio. Los carri-
llos de hamster dorado parecen tener algunos atributos como zona previ-
legiada para los injertos alógrafos.

Experiencias previas en los injertos e interferencias externas - con la reacción alógrafa.

Las experiencias previas de un individuo con los tejidos del mis-
mo donante o las interferencias externas con el sistema inmune de recep-
ción puede afectar de una forma significativa al proceso e intensidad de -
las reacciones alógrafas.

Modificación de la reacción alógrafa.

Todos los métodos clínicos ideados para modificar las reaccio-
nes alógrafas incluyen una supresión general de la capacidad de respues-
ta inmune e incluye tratamientos a base de cortisona ACTH, irradiación-
corporal total, drogas citotóxicas para los tejidos con destrucciones se-
lectivas del sistema de inmunidad.

Conclusiones.

Parece evidente que los principios básicos de los implantes se -
pueden aplicar a los trasplantes dentarios, pero la naturaleza del diente-
en sí mismo e indudablemente del periodonto altera bastante significativa-
mente el factor del tiempo de supervivencia de los dientes alógrafos. Con
excepción de la córnea, los dientes sobreviven más tiempo que cualquier-
otro órgano o tejido alogénico trasplantado.

b). - QUE ES TRASPLANTE HETEROLOGO.

El trasplante se denomina heterólogo, cuando se transfiere un diente de un individuo a otro de especie distinta; no tiene aplicación en nuestra cirugía.

c). - QUE ES TRASPLANTE HOMOLOGO.

El trasplante se denomina homólogo, cuando la transferencia de un diente se realiza de una persona a otra.

d). - QUE ES TRASPLANTE AUTOGENO.

El trasplante se denomina autógeno, si el diente (adulto o en formación) es trasladado por medios quirúrgicos en la misma persona, de un alvéolo a otro alvéolo. Este trasplante autógeno lo realizan autores -- llevando el gérmen de un tercer molar, al lugar del segundo o del primero, cuando estos dientes deban ser extraídos por procesos apicales de -- cualquier índole.

Es menester que la extracción de los dos dientes (el diente a -- eliminarse y el que irá a ocupar su lugar) sea realizada en las mejores -- asépticas y atraumáticas. El diente recibido al fijarse se pone en aquiescencia.

TEMA III

CUIDADOS PREOPERATORIO.

El conjunto de circunstancias bajo las cuales se efectúa una intervención obrará como factor determinante en el éxito de ésta por lo tanto, deberá presentarse particular atención a los cuidados encaminados a rodear al paciente de las mejores condiciones posibles para la feliz realización del acto quirúrgico y su evolución favorable.

Estos cuidados podemos clasificarlos en dos grupos:

- 1). - Corresponde propiamente al paciente, a su estado general- condiciones físicas y preparación de la región sobre la cual se actuará.
- 2). - El medio en que se tendrá que desarrollar la intervención.

Al primer grupo de atenciones suministradas al paciente se acostumbra llamarlo cuidados preoperatorios y al segundo lo llamaremos condicionalismo quirúrgico.

Los cuidados preoperatorios en realidad comienzan en el momento mismo en que tenemos el primer contacto con el paciente; el estudio y exploración de éste, para hacer un diagnóstico que clasifique su padecimiento dentro de la patología quirúrgica es el primer paso encaminado a proporcionar seguridad en el tratamiento.

Es necesario también llevar al paciente al acto operatorio en las mejores condiciones posibles de estado general, modificando todo de

sequilibrio que pudiera ser causado de contraindicación.

Las medidas preoperatorias pueden clasificarse en generales -- que son las que se refieren al organismo en total, por ejemplo serie de - análisis, la antibioterapia como medida preventiva, antes del tratamiento quirúrgico es una útil medida precautoria que se emplea en la actualidad.

Los locales son los que se realizan en el campo operatorio, antes de nuestra intervención; tratan de disminuir o desaparecer todos los factores ascensorios o patógenos que pudieran existir en el organismo.

a). - HISTORIA CLINICA.

Llamamos historia clínica a la narración de los acontecimientos relativos al estado que se encuentra la salud de una persona. Esta narración debe ser hecha siguiendo un orden cronológico estricto.

NOMBRE DE LA PERSONA. - Cuando vaya a servir para el archivo del clínico deberá asentar el nombre completo del paciente.

SEXO. -

EDAD. - Hay padecimiento que son privativos de los niños, otros lo son de adultos y algunos de los ancianos.

PESO. - Se anota las variaciones que haya sufrido ya sea en exceso o en defecto, en relación con la edad del paciente.

El exceso de peso permanente constituye la obesidad, cuando es muy exagerada, y es por sí mismo, una causa predisponente a otros padecimientos como diabetes, como alteraciones cardiovasculares.

ESTADO CIVIL. - Más que saber si el paciente es casado o solteu

ro interesa al clínico conocer si la persona explorada, mujer principalmente, ha tenido ya relaciones sexuales, pues suele haber padecimientos que derivan de la actividad sexual. Esta inquisición deberá ser hecha con la mayor discreción.

OCUPACION HABITUAL. - Hay ocupaciones que predisponen a -- ciertos padecimientos (inhalación de polvos, fátigas musculares excesivas, intoxicaciones crónicas, lugares en que haya residido el paciente).

COSTUMBRES. - Trastornos que puede causar el hábito de fumar, el de ingerir bebidas alcohólicas, el de drogas estupefacientes.

CONDICIONES GENERALES DE VIDA. -

Alimentación. - Tanto las deficiencias en alimentación que causa hiponutrición como los excesos en el comer son motivos de trastornos de la salud, (obesidad, diabetes) .

Habitación. - La habitación insalubre causa problemas de salud.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS. - Enfermedades padecidas con anterioridad pueden dejar secuelas que son capaces de provocar otros es tados patológicos.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES. - Hay enfermedades que pueden ser trasmitidas por herencia, como la hemofilia, dia betes, etc.

ASPECTO GENERAL DE ENFERMO O HABITO EXTERIOR. - Se deben registrar en la historia clínica datos relativos al aspecto general - que tengan importancia para la edificación de un criterio acerca del en--

fermo.

ESTATURA. - La separación marcada del promedio de la talla normal (enanismo o gigantismo) hacen pensar en disfunción de glándulas endocrinas.

CONSTITUCION. - Cuando es débil predisponen a la adquisición de padecimientos. Cuando es debilitada es una consecuencia de la alteración de la salud.

CONFORMACION. - La conformación defectuosa puede ser motivo para que la salud sea alterada. Se refiere a las proporciones, brazos largos, piernas cortas etc. Pueden hacer la función respiratoria este --- comprometida y esto a su vez repercute sobre el funcionamiento del corazón.

LA ACTITUD. - La actitud del paciente puede ser local y general. Libremente escogida o forzada. También puede ser ilustrativa --- como en el derrame pleural unilateral, los enfermos adoptan instintivamente el decúbito lateral del lado del derrame para poder respirar mejor.

LA FACIES. - Deberá ser cuidadosamente anotado en la historia clínica cuando tenga carácter especial (palida, sianótica, vultuosa).

MOVIMIENTOS ANORMALES. - Son datos muy ilustrativos, se refieren a los movimientos compulsivos, temblores, los tics nerviosos, movimientos coreicos.

LA MARCHA. - Adquiere importancia en padecimientos del sistema nervioso y del músculo-esquelético. Ver la manera de entrada de nues

tro paciente al consultorio.

ADAPTACION DE LA CONDUCTA. - Siendo la conducta resultante del funcionamiento intelectual, adquiere importancia capital en el estudio neuropsíquico del paciente; debiéndose fijar en caso de que este alterada, si es un acontecimiento episódico o si constituye una manifestación aparecida desde larga fecha.

INDUMENTARIA. - A veces puede ser muy significativa ya sea para juzgar acerca del funcionamiento neuropsíquico o bien para sospechar algún otro trastorno (zapatos desatados en caso de edema maleolar).

RUIDOS Y OLORES. - Algunos ruidos que se presentan en el paciente adquieren importancia como son la tos, respiración estertorosa, quejidos.

Otro tanto cabe decir de los olores que pueden desprenderse de la persona (bronquitis fétida y gangrena) .

INTERROGATORIO. - El interrogatorio es un procedimiento de exploración clínica por medio del lenguaje en el que el paciente tiene una gran intervención.

El interrogatorio puede dividirse en directo e indirecto: el directo, es el que se hace al enfermo mismo. El indirecto es el que por causa cualesquiera se dirige a otras personas que puedan al particular.

Las dotes de observación del enfermo y su capacidad retentiva son factores que estan fuera del dominio del explorador. El explorador debe cuidar que sus preguntas sean precisas y emplear un lenguaje sencillo

llo. La mayoría de los clínicos aconsejan que este exámen empiece por el órgano, aparato o sistema en que el enfermo haya localizado los trastornos principales.

APARATO DIGESTIVO. - **Apetito:** (Aumentado, disminuido, pervertido) . **Secresión salival** (Aumentada, disminuida) . **Sensaciones dolorosas en la cavidad bucal** (Dolor, continuo o intermitente) .

Sensaciones anormales motivadas por la llegada de los alimentos al estómago: sensación de peso, plenitud, nauseas, vómitos, sus caracteres (tiempo de aparición, olor, color, cantidad, frecuencia, restos de alimentos) . **Dolor y sus caracteres** (Intensidad, tiempo de aparición inmediatamente después de comer o pasadas tres o cuatro horas, fijeza, irradiaciones y variaciones con la postura, eructos, regurgitaciones) .

¿ Qué sensación producen en el enfermo ? .

Hematemesis (abundancia y coloración de la sangre) .

Funcionamiento intestinal: Hay estreñimiento, diarrea, dolores en forma de cólico, retortijón o tenesmo, meteorismo (tiempo de aparición, causa que lo provoca, cuanto tiempo dura) .

Caracteres de las evacuaciones intestinales: color, olor, número, cantidad, consistencia, presencia de elementos extraños, parásitos, alimentos sin digerir, moco, sangre, pus, etc.. En caso de haber sangre - investigar si es roja o negra, si se presenta separada o intimamente mezclada con las materias, y en que abundancia.

APARATO RESPIRATORIO. - **Tos,** (seca o flemosa), se presen

ta por accesos, ¿ qué caracteres tienen éstos ?, ¿ qué tiempo hace que comenzó ? evolución que a tenido. Caracteres de la espectoración, ¿ fácil o difícil ? cantidad, color, olor, consistencia, aereación, y si contiene sangre. ¿ Hay hemoptisia ? su abundancia, frecuencia, si viene con tos y si persisten esputos hemoptoicos durante los días que siguen. Sensación de operación, dificultad para respirar, dolor torácico, fiebre ¿ de qué tipo ? sudores vespertinos.

APARATO CIRCULATORIO. - Palpitaciones, vértigos, desvanecimientos, lipotimias, hemorragias, angustia precordial, disnea con los esfuerzos, hinchazones, (edema) bochornos.

APARATO GENITOURINARIO. - Emisión de orina: número de micciones, repartición de ellas en el día y en la noche. Dificultad en la micción. Tenesmo vesical. Dolor en los lomos. Cantidad de orina, olor, color, transparencia, sedimentos (su color) .

Presencia de sangre. ¿ al principio de la micción ? ¿ al fin de ella o mezclada íntimamente con la orina ? ¿ hay coágulos ? . Presencia de arenillas. Función genital del hombre.

En la mujer. - Estado de menstruación, periodisidad, cantidad, color, duración, presencia de coágulo, dolor, embarazos, abortos, flujo (sus carateres, color, olor, abundancia, consistencia).

SISTEMA NERVIOSO. - Insomnio (su causa), cambio de carácter, precepción de las sensaciones, estado de la sensibilidad (disestesias, parentesias, hormigueos, calambres, adormecimientos, etc.). Ce-

falalgias, vertigos, lipotimias, movilidad, memoria.

EXPLORACION DE LA EXTREMIDAD CEFALICA .

Anotar los movimientos anormales que pudiera tener asiento en la extremidad cefálica en conjunto. Modificación en la forma y volúmen normal. Abundancia o escasez y coloración del pelo. Configuración general de la cara. Anomalias que se pueden apreciar en la frente, los globos oculares, pupilas, etc..

En la nariz anomalías de forma y volúmen. Tamaño, implantación y forma de los pabellones de las orejas. Agudesa auditiva.

En la boca apreciamos el desarrollo de los labios, dirección de la hendidura labial, anomalías que se encuentren como movimientos, cicatrices, pérdida de sustancia, coloración de ellos. Al igual que mucosa gingival y de las mejillas.

Lengua (humedad, color, movilidad, cicatrices) .

Estado de la dentadura. Velo del paladar (color, movilidad, úvula etc .) .

TORAX.- Aparato respiratorio. Puntos dolorosos, sonoridad en la percusión, tos.

REGION PRECORDIAL.- Abultamiento de ella, Movimientos generalizados, ruidos del corazón (intensidad relativa de cada uno de ellos, ritmo, frecuencia, modificaciones de timbre) . Aumento en el número de ruidos del corazón. Exploración del pulso.

VIENTRE.- Movimientos del intestino, zonas dolorosas, sonori

dad a la percusión.

SISTEMA NERVIOSO. - Exploración de la sensibilidad general, - de los reflejos, de la sensibilidad especial, de la deambulaci3n, del lenguaje, etc. Ver si el paciente es emocional, si tiene alguna parálisis en alguna parte del cuerpo (parestesia), si tiene sensaci3n de hormigueo - en alguna poseci3n en particular.

EXPLORACION DE LOS MIEMBROS. - Movilidad, desarrollo --- muscular y sus anomalías, presencia de varices en los miembros inferiores, etc.

Exploraci3n termométrica.

b). - EXPLORACION FISICA. -

Los métodos generales de exploraci3n clínica, son los recursos de que el médico se vale para averiguar el estado anatómico funcional -- del organismo.

Los métodos generales de exploraci3n clínica son: el interrogatorio, la inspecci3n, la palpaci3n, la percusi3n, la auscultaci3n, la medici3n, la punsi3n exploradora y los procedimientos de laboratorio.

c). - EXAMENES DE LABORATORIO. -

Son maniobras de investigaci3n clínica que por su complicaci3n exigen destreza especial de parte del que la ejecuta. Ayudan a confirmar la opini3n del médico.

Pueden ser orden químico, físico, o bien bacteriológico. El es-

tudio de laboratorio preoperatorio deberá incluir sistemáticamente una — hematimetría completa con valoración de los índices de hematócrito y de hemoglobina, fórmula blanca completa, con cuenta diferencial y valoración de plaquetas circulantes, prueba parcial del tiempo de trombo-plastina (PTT) . Trastornos hemorrágicos antes de la operación.

Entre las pruebas especiales de laboratorio, se encuentra, la — batería de selección, SMA-12/60 (analizador múltiple en serie) .

Deberá hacerse en una muestra de sangre tomada en ayunas .

Bajo este nombre suele ordenarse pruebas hematológicas espe— ciales relacionadas con factores de coagulación .

No sólo las plaquetas intervienen en el fenómeno de la coagula— ción del coágulo .

El fibrinógeno es transformado por la trombina en fibrina, y desempeña un papel importante en la formación del coágulo .

Con relación a la hemostásis es de vital importancia la determi— nación de los tiempos de protombina que es entre tres y siete minutos .

Para el tiempo de sangrado se toma como cifra normal de 3 y 5— minutos, en cuanto a la retracción del coágulo, es perceptible después — de la primera hora, notable a las 18 horas y total a las 24 horas .

Landsteiner, dividió la sangre humana en cuatro grupos mayo— res designados con letras O, A, B, AB, según la naturaleza antigénica de sus respectivos hematíes .

El análisis de orina debe ser microscópico y general de serolo—

gía.

Se calcula que la cantidad de filtrado glomerular en el adulto — puede alcanzar de 75 a 100 litros en 24 horas, pero 97 a 98 por ciento de esta cantidad se reabsorbe a nivel de los tubos y la cantidad de orina eliminada oscila entre los 1000 y 1600 mililitros en 24 horas. Generalmente 40 a 60 % del total de líquidos ingeridos se excretan por vía renal.

La presencia de acetona en la orina tiene íntima relación con la existencia de glucosa en ella y la asociación de estas dos sustancias es un dato de gran valor clínico, sobre todo cuando se trata de practicar una intervención quirúrgica que requiere anestesia general.

MEDICACIONES. - El uso apropiado de los antibióticos puede reducir la frecuencia de infección. El uso sensato de cantidades apropiadas de glucocorticoides para suprimir las reacciones inflamatorias de dolor y edema después de traumatismos encabeza y atrógeno o de otro tipo es práctico en cirugía cuando la cirugía comprende la eliminación de molares implantados, especialmente si están involucrados el paquete vasculo-nervioso dental inferior, se justifica usar en preoperatorio corticosteroides y antibióticos de amplio espectro. Los corticosteroides también son útiles para reducir el edema y contra la molestia postoperatoria en caso de corrección quirúrgica de deformidades maxilares.

Los fármacos que habrán de administrar la noche antes del día de la operación deberá elegirse con cuidado siguiendo una historia clínica de fármacos adecuada al paciente.

El paciente con antecedentes de empleo excesivo de fármacos, -- deberán administrar dosis de mantenimiento de sedantes y deberán evitarse barbitúricos en pacientes muy jóvenes ó ancianos.

d). - EXAMENES DE GABINETE.

Las investigaciones con rayos X son de esencial importancia. Se debe ser específico al ordenar estudios radiológicos y estar seguros de la manera que se puedan lograr un diagnóstico radiográfico definido.

El estudio de forma y dirección radicular y de la disposición y relación del alvéolo son fundamentales.

Puntos de interés en el examen radiográfico.

- 1). - Estados de la corona del donador. Integridad de la cara mesial.
- 2). - Forma, disposición y números de las raíces de la pieza donada.
- 3). - Forma, espesor, altura y disposición del tabique óseo interdentario.
- 4). - Grado de contacto de la pieza donada y la receptora.
- 5). - Forma y disposición de las raíces de la pieza por extraerse.

En el punto número uno se estudiará previamente la corona del diente donador a extraerse es necesario para fijar la forma y estado del organo y sus relaciones.

La forma y estudio de la pieza dental se referirá al grado de caries, al estado de la corona, a la integridad de sus paredes y a la soli—

dez con que el diente está implantado en su alvéolo.

a). - Forma de la corona.

La corona de la pieza retenida puede tener distintas formas apartando en grado variable de la normal forma anatómica.

b). - Tamaño de la corona.

El tamaño de la corona donada puede ser variable.

Existen piezas dentales con gran corona o corona muy pequeña; - entre los dos tipos extremos caben todos los intermedios.

c). - Estado de la corona.

La corona puede estar atacada por caries o procesos patológicos que haga variar la resistencia y solidez del órgano dentario.

d). - Caries de la corona.

Si la corona esta afectada por la fuerza que se aplica puede estar disminuida; en tal caso, la corona se fractura originando una complicación para la extracción.

Integridad de la cara mesial. - Sobre de esta cara debe aplicarse la fuerza a elevar el diente por lo tanto la existencia y la solidez de esta cara son necesarias, en el caso contrario que esta cara esté destruída por la caries, otra será la técnica a emplearse para la extracción de este diente.

Punto número dos; el donador presenta sus raíces con extraordinarias variaciones en su número, tamaño y dirección:

a). - El donador puede variar en el número de sus raíces.

b). - Tamaño: el donador presenta la más grande variedad respecto al tamaño de sus raíces y de su corona. Ambas porciones no están siempre correlacionadas; coronas grandes pueden presentar raíces pequeñas y viceversa.

e). - INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

De la misma forma que en cualquier procedimiento clínico, la selección cuidadosa de los casos favorecerá el pronóstico. El paciente deberá de tener un estado de salud bueno, una dentición adecuada y ser altamente cooperador.

Las celulitis locales deben resolverse antes del trasplante, pero la infección periapical no presenta ningún problema, ni contraindica la operación.

El diente que debe ocupar el lugar de recepción debe estar en buen estado, así como también ha de haber un espacio adecuado para el diente donante.

Un diente para ser trasplantado, debe tener la formación radicular sin haberse llegado a completar el ápice. Con la formación y desarrollo de la mayor parte de la raíz, no se necesita que posteriormente se desarrolle el resto de la formación radicular, para que haya una estabilización adecuada.

Si se trasplantan dientes con un desarrollo radicular mínimo, existe una superficie insuficiente para la reinserción y son muy inestables.

Estas piezas poco maduras deben ser enterradas subgingival---
mente, de modo que posteriormente erupcionen en su propio espacio.

El tiempo ideal para el trasplante del diente, depende del estado
de desarrollo del diente donante más que de la edad del enfermo.

TEMA IV

TECNICA QUIRURGICA.

Se han establecido tres grandes postulados de la Cirugía:

- 1). - Evitar el dolor.
- 2). - Prevenir la infección.
- 3). - Cohibir la hemorragia.

La enseñanza de estos principios es del dominio de la técnica -- quirúrgica, que proporciona un conjunto de reglas y conocimiento necesario para realizar una buena intervención quirúrgica.

La técnica quirúrgica proporciona la habilidad requerida para -- efectuar una operación en el menor tiempo posible, sin dolor con poca o ninguna hemorragia y sin infección consecutiva. Estos requisitos tienen como principal objetivo restablecer el equilibrio fisiológico, pues si intervenimos en tejido vivo, no podemos de ninguna manera apartarnos de las condiciones propias de dicho elemento, así como tampoco de la función característica de cada uno de ellos.

La Cirugía en sus principios se caracterizaba por ser principalmente mutiladora pero día a día ha ido tomando un aspecto conservador y reconstructivo, pues de lo contrario, el cirujano sólo sería un individuo amputador de órganos y nunca un médico destinado a curar por medios -- manuales.

Es obvio que la técnica quirúrgica tiene gran importancia como capítulo de la terapéutica; por medio de ella tendremos la preparación y-

la práctica indispensable para ejercer la cirugía.

Se acostumbra en técnica quirúrgica, describir las intervenciones por tiempos los que se enumeran:

Primer Tiempo Diéresis (Incisión) .

Segundo Tiempo Operación propiamente dicha (eliminar la causa patológica) .

Tercer Tiempo Sinéresis (cierre o sutura) .

En toda intervención quirúrgica el primer tiempo o (Diéresis)—consiste generalmente, en practicar la incisión para lo cual deben seguirse ciertas reglas. Una buena incisión debe ser de un sólo trazo, perpendicular a los tegumentos, por deslizamiento y no por presión, con la amplitud, dirección y forma necesaria, a la profundidad requerida y de ser posible que tenga apoyo óseo. Antes de practicar una incisión se recordarán las relaciones tegumentarias para planear su dirección forma y amplitud, pues estos tres factores obligan a tomar el bisturí de distinta manera para cada clase de incisión, el bisturí puede emplearse como pluma de escribir para practicar pequeños trazos, como garfio, cuando se tiene que hacer una pequeña incisión en la que se requiere, controlar la profundidad, puede ser tomado como cuchillo de mesa para incisiones amplias. La incisión tiene por objeto practicar el corte y separación de los tegumentos y planos blandos.

Las incisiones pueden ser realizadas por cualquier instrumento—como (bisturí, tijeras, sondas y bisturí eléctrico) . Pero siempre deben

sujetarse a las reglas dadas.

El planeamiento de una incisión se debe decidir su forma: recta, curva o mixta, esto es un trazo recto con un complemento curvo o viceversa; su topografía de acuerdo con su intervención por realizar; su amplitud debe ser lo suficientemente grande, para no sacrificar comodidad quirúrgica su profundidad se relaciona con los planos anatómicos de la región.

La dirección en que generalmente se hace la incisión es de la izquierda del operador hacia la derecha, o de arriba hacia abajo, en esta forma se facilita el trazo y hay visibilidad suficiente.

El segundo tiempo o la operación propiamente dicha, consiste en la eliminación de la causa patológica, que es un procedimiento quirúrgico no complejo, pero requiere mucho esmero y debe realizarse con un mínimo de trauma para la superficie radicular del trasplante y del alvéolo receptor.

Para el trasplante de un órgano dentario a la zona receptora se deben considerar ciertas técnicas específicas de procedimiento propias de esta zona.

Se practica una incisión marginal evitando las incisiones verticales. El donador se exterioriza antes de que el receptor sea extraído. La extracción de la pieza receptora debe ser atraumática respetando el hueso alveolar bucal y el mucoperiostico. El receptor se hendirá antes de su extracción, si se considera necesario para preservar la lámina bucal.

Después de la extracción se elimina el tabique interradicular por debajo en profundidad y lateralmente hacia las paredes bucales y linguales del alvéolo. Entonces se limpia el alvéolo cuidadosamente. La corona del diente donador se sujeta mediante una pinza roma, se separa de su cripta de impactación y se sitúa en la zona del receptor en ligera infraoclusión, sin ejercer presión sobre los ápices ni sobre los bordes óseos. Si vemos que el trasplante no puede penetrar en forma apropiada, se vuelve a su cripta original para esperar la obrección de una cripta alvéolar lo suficiente ancha. La trasplantación del órgano dentario al alvéolo de la pieza extraída si se realiza de forma adecuada, no requiere posterior ferulización. El factor más importante relacionado con el éxito del trasplante es la reinserción periodontal y el punto crítico o la llave del éxito para que la reinserción sea apropiada, es la situación del trasplante en su nueva base de forma que se evite cualquier trauma oclusal desde el principio. La oclusión traumática es el factor de detrimento más importante en el fracaso de las reinserciones después de los trasplantes. El nuevo trasplante debe estar libre de cualquier traumatismo oclusal es decir en aquilencia si deseamos que se establezca una nueva membrana periodontal sana, así como el cemento y el hueso alvéolar.

Tercer Tiempo, sutura ó cierre; cada plano por reconstruir requiere una puntada adecuada hecha con el material, en este caso utilizaremos el método de sutura a puntos separados que es el mas usado en cirugía bucal. Consiste como su nombre lo indica, en realizar puntos inde-

pendientes uno de otro. Con la aguja enebrada por el material de sutura (hilo, seda, excepcionalmente cartgut) y manejada por el porta agujas o a mano, se perfora la fibra mucosa del lado lingual, a una distancia aproximada de medio centímetro del borde de la incisión. La aguja recorre su trayecto y aparece en el colgajo bucal, a una misma distancia del borde libre y frente a la perforación lingual. Se retira la aguja y el hilo corre todo el trayecto que necesita hasta quedar tenso: se toman ambas extremidades, se afrontan los labios de la incisión y se anuda el hilo. Así se harán sucesivos pases de aguja siguiendo las mismas indicaciones que completarán el procedimiento. Cada punto estará colocado a una distancia de un centímetro. Ciertos tipos de sutura se pueden realizar con espacios mayores o más aproximadas.

El material de sutura con el cual se han afrontado los labios de la herida ha de ser asegurado por medio de nudos.

Estos nudos pueden ser de dos clases:

- a). - Nudos simples y
- b). - Nudos de cirujano.

El alto índice de éxitos actuales en los dientes auto-trasplantados, es indudablemente debido a una mejor selección de los pacientes, a la mejora de las técnicas quirúrgicas y al empleo de antibióticos para eliminar las infecciones iniciales.

TEMA V

CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

Se entiende por cuidados postoperatorios, el conjunto de manobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan como motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud, ó bien los cuidados que se le brinda al paciente hasta darle de alta.

El tratamiento postoperatorio es la fase más importante de nuestro trabajo. Tanto es así, que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente, una vez terminada la operación, puede modificarse y aún mejorar los inconvenientes, surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

Los cuidados postoperatorios deben referirse a la herida misma y al campo operatorio que es la cavidad bucal, y al estado general del paciente la asistencia postoperatoria de los pacientes en cirugía bucal es muy importante. A diferencia de heridas de la piel las heridas intrabucales no pueden mantenerse secas, y el hecho de que el paciente tiene que comer, dificulta más aún mantener la herida limpia, el abundante aporte sanguíneo de los tejidos bucales es una gran ayuda en el proceso de curación. El dentista debe considerar al paciente en su totalidad, bienestar, nutrición, descanso y actividades. Pero la asistencia postoperatoria suele ser la misma para todo tipo de cirugía intrabucal.

a). - TRATAMIENTO LOCAL POSTOPERATORIO.

1). - Higiene de la cavidad bucal. - Terminada la operación se lava la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente con una gasa mojada de agua oxigenada. El paciente no debe escupir ni enjuagarse la boca durante las doce primeras horas, doce horas después de la operación, la lengua y los dientes que quedan no afectados por la operación deben cepillarse a la hora de acostarse, esto limpia la boca de sangre y proporciona una sensación de frescura y limpieza que hará que el paciente se sienta más cómodo. El cepillo suave no lesiona los tejidos y así puede el paciente hacer una limpieza a fondo. Al día siguiente puede el paciente empezar a enjuagarse la boca, empleando cualquier enjuague que él mismo escoga, o la cuarta parte de una cucharada para té de sal en aproximadamente 190 ml. de agua caliente. El enjuague no debe ser vigoroso.

El paciente debe dejar los apósitos en su sitio durante 30 a 45 minutos después de abandonar el consultorio. Si el escurrimiento continúa aún después de quitar los apósitos, deben colocarse nuevos apósitos húmedos durante otros 30 o 45 minutos. Esto puede repetirse cuatro veces, pero si el sangrado aún continúa, debe consultarse al dentista. Debe informarse al paciente, antes de despedirlo que muchas heridas intrabucales, en forma semejante a los cortes en los nudillos, pueden abrirse debido al movimiento periódicamente, pero que este escurrimiento no es grave.

Después del segundo día, la herida (nos referimos específica— mente a las heridas mayores que las alveolares), será suavemente irri— gada con suero fisiológico tibio o con una solución alcohólica defenol alcanforado (fenol alcanforado, 30 gotas; alcohol, 3cc.; agua, 200c.c.) . - Si hay que extraer los puntos de sutura esto se hará al cuarto o quinto día (hacer excepción las suturas sobre el alvéolo de las piezas posteriores; - en estos sitios, después del segundo día estas suturas actúan como cuer— po extraño, provocando inflamaciones localizadas y supuraciones; estos - puntos, por lo tanto, serán retirados a las 24 o 48 horas después de la -- operación.

b). - TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE.

Este tratamiento debe ser practicado por el clínico que vigila al paciente, en colaboración con el odontólogo. Dicho tratamiento se refiere al mantenimiento del pulso, de la tensión arterial, del tratamiento gene— ral de las complicaciones postoperatorias (vacunoterápia, sulfamidoterá— pia, tratamiento de las hemorragias, sueros, transfusiones sanguíneas, - tratamiento del shok).

1). - INSTRUCCIONES PARA LOS PACIENTES. Una operación — realizada en la cavidad bucal requiere una serie de cuidados postoperato— rios.

Parte de estos debe realizar el paciente; otros los realiza el pro— fessional. La colaboración entre el odontólogo y el enfermo llevará a un - buen éxito la intervención.

Antes de despedir al paciente debe darsele instrucciones precisas respecto al cuidado que ha de tener en su domicilio, cuando llegue a su casa después de la operación (aún siendo una simple extracción dentaria) conviene guardar reposo por algunas horas, con la cabeza en alto.

El tratamiento médico debe ser a base de antibióticos, corticoides y quimioterápicos.

Los antibióticos pueden recetarse como medicación sistemática en el período postoperatorio de algunos procedimientos quirúrgicos bucales y en pacientes en los cuales sea aconsejable la profilaxia. Los corticoides tienen fuerte poder antiinflamatorio, se van a secretar en la corteza suprarrenal y como efecto secundario presentan alopecia.

2).- DIETA. La extensión del área quirúrgica afectará la capacidad del paciente para comer tanto como su tolerancia a la operación. La tolerancia es variable y le afecta la edad, sexo, educación, experiencia previa y muchos otros factores. Puede sugerirle al paciente que varias comidas pequeñas son más agradables al paladar que unas pocas más grandes. La ingestión de bebidas alcohólicas no se recomiendan. El alcohol es vasodilatador, de modo aunque su valor calórico sea alto y a pesar de que es líquido y tranquiliza, es un sustituto deficiente de los alimentos.

La primera comida la hará a las seis horas después de operado puede consistir en una tasa de té o leche tibia. El paciente puede volver a su dieta normal tan rápidamente como le sea posible. Los adultos son-

generalmente precavidos en su paso de líquidos y alimentos blandos a dieta normal. Pero los niños progresan rápidamente a pesar de la precaución de sus padres el factor importante que deben tener en mente y recalcar al paciente es que debe mantener ingestión adecuada de líquidos y alimentos de acuerdo con su edad, peso, estatura y actividad.

3). - SUEÑO. - El paciente debe dormir sobre dos almohadas cubiertas con una toalla o alguna otra cosa de altura equivalente que le mantenga la cabeza elevada en un ángulo de aproximadamente 30 grados. - La herida puede producir un pequeño exudado durante la noche y, debido a que las heridas intrabucales estimulan la salivación con frecuencia, puede haber escurrimiento de saliva teñida de sangre durante la noche. Con la cabeza elevada pueden deglutirse las secreciones. Esto ayuda a reducir la pérdida de líquidos, ya que es posible perder hasta 500 ml de líquido por escurrimiento durante la noche.

4). - ACTIVIDAD FISICA. No hay duda de que el paciente se recupere y regrese más rápidamente a sus niveles de actividad normal si se le aconseja que descanse durante uno ó más días después de la operación según la extensión de la cirugía. Debe evitarse el trabajo físico extenuante y los deportes.

c). - FISIOTERAPIA POSTOPERATORIA.

Se ha preconizado el empleo de agentes físicos, como elementos postoperatorios para mejorar y modificar las condiciones de las heridas en la cavidad bucal. Se refiere al empleo de calor, frío e irradiaciones -

ultravioleta.

1). - Frío. - Empleamos con gran frecuencia el frío, como tratamiento postoperatorio lo aconsejamos bajo la forma de hielo o toallas — afelpados mojados en agua helada, que se coloca sobre la cara frente al sitio de la intervención. El papel del frío es múltiple; evita la congestión y el dolor postoperatorio.

Previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y concreta los edemas postoperatorios, reduce la inflamación. El frío se usa durante 15 minutos 3 ó 4 veces al día en las primeras 24 horas siguientes a la operación. El hielo debe aplicarse en forma alterada. La acción del — frío puede ser complementada con el empleo de una solución de sulfato de magnesio (100 gr. en medio litro de agua), esta solución se usa fría en lugar del agua, empapando una pequeña toalla y aplicada en el lugar indicado; el resto de la solución se guarda en la nevera, para mantenerla refrigerada, el sulfato de magnesio tiene una acción terapéutica para reducir los edemas.

2). - Calor. - Solo lo empleamos con el objeto de madurar los procesos flogísticos y ayudar a la formación de pus, después del tercer día, puede aplicarse para disminuir las alveolalgias y dolores postoperatorios. El calor aumenta la circulación esta terapéutica consiste en buches calientes y compresas frías al exterior o viceversa.

3). - Lámpara Solux; rayos infrarrojos. - Son fuentes de calor interesantes. Se emplea después de las apicectomía o de extracciones labo-

riosas. Se usa también en el tratamiento de las alveolitis. Se usan 15 mi nutos a una distancia de 50 a 200 cm.

4). - Rayos ultravioleta. - Preconizados por algunos autores para el tratamiento de los dolores postoperatorios. No tenemos experiencias -- sobre esta terapéutica. No existen pruebas que corroboren ninguno de estos procedimientos consagrados por el tiempo y aparentemente no causan daño. Cualesquiera de ellos pueden proporcionar bienestar al paciente y -- con toda seguridad le sirve de terapéutica ocupacional.

d). - COMPLICACIONES LOCALES.

1). - Hemorragia o sangrado postoperatorio. - En ocasiones, un paciente experimentará sangrado grave dentro de las 24 horas siguientes a la operación. El sangrado puede tener su origen en restos de tejido de granulación por el movimiento de tegumentos de hueso alvéolar fracturas o por roturas del coágulo a causa de unjuagarse, escupir o masticar vigorosamente. También es posible que el edema pueda distender los tejidos y romper un vaso sanguíneo pequeño que haya sido lesionado durante la -- operación. Si el paciente describe la cantidad de sangre perdida en tazas o escudillas, debe investigarse si era sangre con coágulos grandes. Si la estimación del volúmen de sangre en coágulo es grande y el paciente está palido , sudoroso, aprensivo con pulso débil y presión arterial baja, entonces debe de localizarse el sitio de sangrado rápidamente; aplicarse -- presión haciendo que el paciente muerda compresas y empezar la perfu-- sión intravenosa. Debe examinarse cuidadosamente el área de sangrado-

bajo buena iluminación, retrayendo suavemente las mejillas y la lengua, y aspirando cuidadosamente. Esto se hace antes de administrar cualquier anestésico local, ya que el vasoconstrictor y la presión del volumen de solución inyectado podría detener el sangrado antes de que se haya podido localizar el punto sangrante. Si el paciente está muy aprensivo, puede administrarse sedación intravenosa.

Una vez que se ha localizado el punto sangrante puede administrarse el anestésico y se toman las medidas adecuadas para controlar el sangrado y evitar su reaparición. Si el sangrado ha tenido su origen en hueso, puede ser necesario cauterizar el agujero de un canal nutriente o quitar un fragmento de hueso fracturado con adhesión periostica mínima, o ajustar las suturas del tejido blando para asegurar que hay suave presión sobre la superficie ó sea proporcionada por el tejido blando mediante la colocación, cuidadosa de las suturas. Si el sangrado se origina en los bordes de tejido blando puede ser necesario colocar puntos de suturas adicionales para mantener al tejido en su lugar. A menudo puede controlarse ejerciendo presión cuidadosamente en la base del alvéolo. Si esto no es eficaz, puede colocarse en el fondo del alvéolo un material hemostático como una compresa de gelatina, y sobre ella una compresa de gasa para mantenerla en su sitio. Después de algunos minutos, puede quitarse la gasa cuidadosamente y se deja la gelatina en posición.

2). - Hematoma. - Accidente frecuente, que escapa la mayor parte de las veces a nuestras mejores previsiones, consiste en la entrada, -

difusión y depósito de sangre en los tejidos vecinos, al sitio de la operación. El "tumor sanguíneo", puede adquirir un volumen considerable, con el consiguiente cambio de coloración del lugar de la operación, la piel y sus vecindades.

La encaja que cubre la región operatoria se pone turgente y dolorosa. Las regiones vecinas acompañan la tumefacción sanguínea y en todo adquiere un aspecto inflamatorio.

El hematoma puede llegar a superar, dando en estas condiciones repercusiones ganglionar, escalofríos y fiebre.

La conducta en semejantes casos debe ser expectante. Después de un tiempo variable y con suma lentitud el hematoma se reabsorbe cuando supuran se trata como un absceso, incidiéndolo a bisturí o galvanocauterío. Algunas veces puede intentarse disminuir la tensión absorbiendo con una jeringa la sangre, todavía líquida, del hematoma.

El hematoma puede originarse también por desgarró o roptura de un vaso en las maniobras de anestesia (inyección a nivel del agujero infraorbitario).

3). - Inflamación, trismo e infección. - El grado de incapacidad postoperatoria es variable y a veces inesperada. Inflamación y trismo durante las primeras 48 horas después de la operación suele atribuirse a traumatismo asociado con la cirugía. Retractores y separadores bucales empleados durante la operación pueden causar escoraciones de las comisuras bucales y a veces se producen ulceraciones de la mucosa bucal

con instrumentos o compresas. El paciente puede notar que su temperatura corporal se eleva a 37.8 grados centígrados. Esto es habitual después de la cirugía y puede reflejar también un cierto grado de deshidratación.

Si los signos y síntomas empeoran a las 48 horas, debe considerarse la posibilidad de infección. El aumento de la temperatura y la inflamación que estira el tejido y es muy suave a la palpación son pruebas de inflamación. El proceso infeccioso postoperatorio más común es la alveolitis.

4). - Dolor. - El dolor postoperatorio, que se presenta a causa del tratamiento operatorio, debe ser calmado por medicamentos preconizados para tal objeto: antipirina, piramidon; excepcionalmente morfina. - El frío colocado a intervalos sobre la región operada, calma en las primeras horas los dolores postoperatorios.

Debido a náuseas postanestésicas, o dolor a la deglución que impidan medicar al paciente por vía oral, pueden administrarse los analgésicos por vía rectal, en forma de supositorios.

La receta debe ser para una cantidad de droga que baste para 48 horas. El dolor que persiste más allá de este tiempo y hace necesario un medicamento más fuerte justifica la valoración por parte del dentista. Antes de escribir la receta el dentista debe volver a revisar el expediente del paciente respecto a hipersensibilidad a las drogas.

e). - COMPLICACIONES GÉNERALES.

1). - Shock. - Es la complicación más inmediata que puede presentarse. Suele ser debido a la anestesia, o tratarse de un shock quirúrgico.

El primero es el más frecuente cuando no se trata de un shock neurogésico; el shock quirúrgico es raro en nuestra especialidad.

Por lo común se trata lipotimias de intensidad variable, originadas en la mayor parte de los casos, por el miedo a la operación. El cuadro es clásico: el paciente empieza a empaldecer su frente se cubre de gotas de sudor, la respiración se hace ansiosa, los ojos miran hacia un punto fijo, la nariz se torna afilada, el pulso disminuye de frecuencia. — Esta situación se mantiene por breves minutos.

El tratamiento de esta lipotimia se realiza de la siguiente manera: se suspende la intervención; se coloca al paciente horizontalmente, — con la cabeza más baja que el cuerpo, para combatir la anemia cerebral; es útil la administración de oxígeno al 100 por ciento, con la careta para la anestesia general o directamente con una goma sino se tiene aquel elemento se inyectará por vía intramuscular vasoconstrictores del tipo de la metedrina, veritol, u otros sintéticos derivados de la efedrina (productos que deben tenerse siempre a mano en el consultorio dental, junto con la jeringa esterilizada lista para ser usada) .

2).- Infección, septicemia y bacteremia. - La extracción dentaria o la eliminación de focos sépticos (granulomas y quistes infectados) puede ser seguida del paso de microorganismos a la sangre. Esta complicación tiene importancia en los cardíacos y reumáticos, porque puede originarse endocarditis bacteriémica grave. A los pacientes con lesiones reumáticas o cardíacas es menester administrar penicilina a grandes dosis,-

antes, durante y después del tratamiento (1, 200, 000 U. diarias) .

TEMA VI

EL TRASPLANTE EN RELACION CON LA ENDODONCIA.

Un diente, para ser trasplantado, debería tener completa la formación radicular sin haberse llegado a completar el ápice. Con la formación y desarrollo de la mayor parte de la raíz no se necesita que posteriormente se desarrolle el resto de la formación radicular para que exista una adecuada estabilización. Además, las raíces más largas ofrecen una superficie de cemento más extensa para la reinsertión, al mismo tiempo que proporcionan una unión más firme en el momento de la operación. Los ápices ampliamente abiertos permiten una revascularización - pulpar postoperatoria, la cual es importante para prevenir la inflamación periapical, que podría ser un factor influyente en la resorción radicular.

La endodoncia complementa el trasplante cuando se obtura el conducto radicular del diente que va a ser colocado en otro alvéolo. Actualmente se investiga la probabilidad de trasplantar dientes con pulpa sana con la esperanza de mantener la vitalidad de la misma en el nuevo alvéolo. La historia de estas intervenciones odontoplásticas se remonta, a la propia historia de la odontología. Desde los orígenes de su aplicación hasta el momento actual, estas intervenciones estuvieron siempre regidas por dos factores fundamentales que suelen conducir a su fracaso:

- a). - Infección, que puede ocasionar el fracaso inmediato o a corto plazo.
- b). - La anquilosis alveolodentarias y posterior reabsorción radi

cular, que casi sistemáticamente provoca el fracaso a distancia.

La infección puede ser controlada actualmente en un elevado número de casos con el advenimiento de nuevos antisépticos y antibióticos. Además, una técnica operatoria realizada con pulcritud y asepsia, tanto en el orden quirúrgico como en la preparación y obturación de los conductos radiculares, disminuye sensiblemente las posibilidades de complicaciones postoperatorias.

Pasos a seguir en la Endodoncia.

- 1). - Se enjuagará el diente con solución salina normal; todo resto de suciedad que quede sobre el diente puede quitarse con cuidado con un cepillo de cerdas suaves.
- 2). - Se envuelve cuidadosamente la pieza dentaria con una gasa empapada en suero fisiológico y se le toma entre los dedos de la mano izquierda; debe mantenerse la asepsia durante el tratamiento, cuidando de dañar lo menos posible los restos del periodonto que se trata de conservar.
- 3). - El abordaje a través de la cámara pulpar ofrece ventajas, siempre que resulte factible, porque anula la luz de los conductos y permite el ajuste de la obturación en el ápice radicular.
- 4). - Se emplean conos de plata y cemento de fosfato de cinc timo lado.

Los conos de plata son forzados a través de los forámenes hasta poder tomarlos por sus extremos apicales con alicates especiales.

Al traccionarlos hacia fuera de las raíces, se logra un buen ajuste de los conos a las paredes de la dentina. Se corta el excedente de los mismos y se pulen cuidadosamente los ápices radiculares procurando no destruir la dentina.

- 5). - Se aconseja también cortar los ápices radiculares para evitar la persistencia de un ápice reabsorbido a una delta apical infectada y facilitar el trasplante. En estos casos, como en los inaccesibilidad de los conductos, conviene efectuar, después del corte de los ápices radiculares, a obturación retrógrada con amalgama, previa preparación de la cavidad adecuada. Esto demorará la resorción de la raíz, porque evita la resorción desde la superficie de la pulpa de la dentina radicular.
- 6). - Trasplantar el diente.
- 7). - Estabilizar el diente con alambre de acero inoxidable del No. 25 .

TRASPLANTE EN RELACION CON LA ORTODONCIA .

Los dientes retenidos, en especial caninos superiores y terceros molares superiores e inferiores, pueden cuando así lo indiquen ser ubicados correctamente en la arcada dentaria, en el sitio en que corresponde-

o en otro lugar vecino; del mismo modo, dientes que se han eliminado, generalmente por traumatismo del lugar de su natural ubicación, pueden volver a colocarse en el alvéolo que le correspondía, mediante las manobras quirúrgicas como lo es el trasplante.

El diente eliminado por un traumatismo, se somete al tratamiento de conductos, amputación del ápice y esterilización (sumergiendolo en antibióticos; no usado alcohol, mertiolate u otras sustancias químicas que puedan dañar el periodonto y cemento), y se lo introduce de nuevo en el alvéolo, donde se lo fija por los métodos comunes; es importante conservar el diente en aquiescencia, desgastando con piedras parte de su carolingual.

El mejor momento para efectuar la operación es cuando el paciente es joven, en el cual la fuerza eruptiva del diente es todavía activa y el hueso alveolar está aún en desarrollo.

El tratamiento quirúrgico debe ser eminentemente conservador; conservar la mayor cantidad de mucosa o fibromucosa, de tejido óseo, respetar los dientes vecinos y no interesar, siempre que sea posible, el anillo circular y las lenguetas interdenarias de los mismos.

Los dientes en mala posición a consecuencia de un traumatismo, si no existe fractura de su raíz, se pueden volver a colocar en su posición normal en la arcada, ferulizándolos y restaurandose su función.

Los dientes con un retardo muy acentuado de su erupción o con una erupción mala también pueden muchas veces ser ayudados para co-

rregir su situación. Estos pequeños movimientos dentarios se pueden — realizar con un pronóstico muy favorable, no obstante, no se deben reali— zar como un sustitutivo del tratamiento ortodóntico que será siempre el de elección.

La pieza trasplantada muestra más firmeza en el momento de la operación que unas semanas más tarde, debido al movimiento ortodónti— co de los dientes vecinos sometidos a una presión.

En algunos casos ortodónticos, la resorción radicular es un re— sultado directo de la fuerza de la presión del tratamiento ortodóntico. De— be existir una diferencia cualitativa entre la pequeña y retenida resor— ción radicular en los tratamientos ortodónticos y la resorción severa y — progresiva de los trasplantes sugiere la existencia de algunos cambios — irreversibles en el cemento o en algún otro tejido del periodonto.

Desgraciadamente en algunos casos la falla en hacer erupción — un diente, no es determinada precozmente para poder iniciar un trata— miento ortodóntico. Una vez que el diente esta totalmente formado e im— pactado, el tratamiento ortodóntico es difícil y suele no ser aceptable pa— ra el paciente adulto. Sin embargo, la ortodóncia es el método de elec— ción, puesto que los resultados son más previsibles.

La exposición de la corona de la pieza dentaria y colocación de— un alfiler roscado en la corona o una lazada de alambre alrededor del cue— llo del diente proporcionan un punto de tracción para el ortodoncista. La— lazada de alambre es difícil de colocar y esto debe de hacerlo un cirujano

bucal.

Cuando se puede dar un tratamiento ortodóntico, la reposición quirúrgica es el segundo método de elección. Pero la edad es un factor de importancia y se obtiene mejor éxito si se hace antes de los 20 años, ya que la regeneración ósea parece ser más completa en pacientes jóvenes.

El trasplante de dientes autólogo no es un sustituto de la terapéutica ortodóntica; pero en algunos casos en que los primeros y los terceros molares deban ser extraídos, podemos hacer un reemplazamiento dentario natural sin ningún riesgo ni pérdida alguna para el paciente. En estos casos, se ha tenido considerables oportunidades para utilizar el equipo quirúrgico y ortodóntico para la reposición. Se ha tenido un alto grado de éxito para el proceso de enderezamiento tanto de segundos como de terceros molares.

En términos generales los dientes son inclinados, conservando el movimiento apical al mínimo y trastornado lo menos posible el "cordón umbilical", o sea, los vasos y nervios aferentes. El tiempo óptimo para el enderezamiento parece que es inmediatamente después de haberse formado dos terceras partes de la raíz, aunque puede hacerse posteriormente. Si esto se realiza demasiado pronto, la formación radicular no prosigue hasta terminar. Las técnicas empleadas con mayor frecuencia en los molares mandibulares no suele requerir férulas.

El diente enderezado generalmente se encaja entre el diente mesial y el hueso alveolar distal. Con frecuencia, se requiere ajuste oclu-

sal y alivio de los tejidos blandos para evitar presión oclusal, así como molestias e infección postoperatorias.

Las contraindicaciones son aquellos dientes con inclusiones horizontales exageradas o raíces muy divergentes. Los dientes totalmente formados, con crecimiento vertical del hueso alveolar terminado, ofrecen menos posibilidades de éxito.

El autotrasplante se convierte cada vez más en un procedimiento ortodóntico frecuente y venturoso, especialmente en los segmentos molares.

Al igual que con el enderezamiento quirúrgico descrito anteriormente, la obturación radicular puede no ser necesaria.

En un informe sobre 26 casos, las piezas trasplantadas aún permanecen en su lugar e hicieron erupción rápidamente.

La formación radicular continuó en todos los dientes trasplantados hasta alcanzar una longitud satisfactoria. Las condiciones periodontales eran normales, con una cresta alveolar de altura normal.

En el lado negativo se observaron anomalías en el esmalte, caracterizadas por una apariencia blanca en dientes trasplantados en una etapa en que la formación radicular apenas había comenzado.

Las radiografías mostraron el cierre progresivo de la pulpa en la parte formada antes e inmediatamente después de la operación.

Las pruebas de vitalidad dieron resultados mínimos con ninguna reacción. Esto se interpretó como un impedimento para que el estímulo-

llegará hasta la pulpa normal restante.

En casos en que está indicado trasplantar un órgano dentario maxilar al otro, por ejemplo en casos de falta congénita.

Sin embargo la resorción radicular en algunos casos ortodónti—cos, es un resultado directo de la fuerza de la presión pero ocurre concomitante con el tratamiento y cesa cuando termina la presión del trata—miento ortodóntico.

Hay ocasiones en que se tiene que estabilizar el diente con alambre de acero inoxidable número 25 y cubrir a veces la superficie labial - o vestibular con resina acrílica dependiendo del caso.

Aunque en ocasiones solo procedemos a ferulizar nuestra pieza una vez hecho nuestro tratamiento. Es de hacer mención en que consiste una férula y utilidad y función.

FERULA. - Es un aparato que une los dientes o más para propor—cionar soporte. Las férulas como los puentes pueden ser fijas, removi—bles o combinadas. Son temporales provisionales o permanentes según -- sea el material y el tiempo de uso.

Los objetos teóricos de la ferulización son los siguientes:

1). - Crear reposo para los tejidos de soporte donde es un medio favorable para la reparación del trauma.

2). - Reducir la movilidad inmediatamente y si fuera posible per—manentemente. En particular reducir o eliminar los movimientos de vai—ven .

3). - Distribuir las fuerzas que se ejercen sobre un diente entre algunos dientes.

4). - Estabilizar los contactos proximales y prevenir el acufamiento de alimentos.

5). - Prevenir la migración y la extrusión.

6). - Mejorar la función masticatoria, y eliminar las molestias y el dolor.

TEMA VII
CASO CLINICO..

a). - HISTORIA CLINICA.

NOMBRE. Catalina López Jaimes.

EDAD. 15 años.

SEXO. Femenino.

OCUPACION. Empleada doméstica.

ESTADO CIVIL. Soltera.

DIRECCION. Cruz Blanca # 21 Col. Peña Pobre. Z.P. 22.

ORIGEN. Iguala, Guerrero.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS FAMILIARES.

El padre, falleció accidentalmente por arma de fuego.

La abuela paterna, padeció diabetes.

Madre y hermanos presentaron buen estado de salud.

Referente a los abuelos maternos no se obtuvieron datos.

Ordenología: la paciente ocupa el quinto lugar.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

¿ Ha presentado diabetes ? . No .

¿ Ha sido alérgico a algún medicamento ? . No .

¿ Ha padecido tuberculosis ? . (Fímicos) No .

¿ Ha padecido Sifilis ? . (Luéticos) No .

GRUPO SANGUINEO. No lo sabe .

¿ Ha tenido alguna transfusión sanguínea ? . No .

¿ Ha tenido fracturas ? . No .

FIEBRES ERUPTIVAS:

¿ Ha padecido sarampión ? . Si .

¿ Ha padecido viruela ? . No .

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS .

Tabaquismo: Negativo . Etillismo: Negativo .

Condiciones de la Habitación.

Dormitorio personal con buena ventilación.

Alimentación:

DESA YUNO: pan, jugo de naranja y huevo.

COMIDA: carne, verduras, frutas y tortilla.

CENA: vaso de leche y pan.

Su dieta es balanceada en calidad y cantidad.

VACUNAS APLICADAS: DTP y la DGG .

HIGIENE PERSONAL:

Baño cada tercer día.

Higiene dental regular.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Padece dolor intenso del oído, referido desde hace algunos días.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

APARATO DIGESTIVO.

Cavidad oral regular presenta caries, tejidos duros y blandos sa
nos. Salivación normal. Alitosis no presenta. Sialorrea: no pre
sentó. El sentido del gusto es normal.

¿ Presenta dificultad al hacer deglución ? No .

¿ Presenta sensación de agruras antes o después de cada comi-
da ? No .

Su defecación es normal. Si ¿Refleja pujo o dolor ? No .

¿ Presenta dificultad al orinar ? No .

APARATOS CARDIOVASCULAR.

¿ Presenta dificultad para respirar ? No .

¿ Presenta inflamación de los ojos por la mañana ? No .

¿ Presenta inflamación de los pies por la mañana ? No .

Pulsaciones 70 por minuto.

APARATO RESPIRATORIO.

¿ Presenta tos ? No .

¿ Presenta sianosis ? No .

SISTEMA NERVIOSO.

La paciente refiere nerviosismo manifestado por sudoración de
las manos.

¿ Presenta sensación de hormigueo en alguna posición en parti-

cular ?. No .

La paciente no refiere parestesia.

APARATO GENITOURINARIO.

¿ Cuántas micciones presenta al día ?. Cinco micciones.

Su orina es normal de color y olor característico. No presenta tenesmo.

La menarca se presentó a los 12 años.

La menstruación es de 5 x 30 días. Esta es regular sin dolor.

¿ Ha presentado embarazo ?. No .

¿ Ha tenido algún aborto ?. No .

CONFORMACIONES DEL PACIENTE.

Bien conformado, su estatura es de 1.50 mts. peso 48 kgs.

Presión arterial. 100/90 .

Actitud del paciente: Local forzada referida.

Forma del paciente al entrar al consultorio: Marcha no característica (tímida).

Movimientos coreicos. No presenta.

¿ Presenta algún tic nervioso ?. No .

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO.

En el exámen radiográfico de los molares inferiores derecho podemos observar que en el segundo molar se presenta una intensa destrucción de la corona por proceso patológico irreversible, caries de cuarto-

grado, y destrucción del piso de la cámara pulpar.

Se observa que el tercer molar muestra una retención normal - o vertical y reúne todas las cualidades necesarias para efectuar un trasplante al alvéolo receptor del segundo molar.

PLAN DE TRATAMIENTO.

Cirugía menor (trasplante del tercer molar al alvéolo del segundo molar).

PRONOSTICO: Bueno.

b).- UBICACION DE LA REGION TOPOGRAFICA.

1). - El conducto dentario inferior, se inicia en la cara inferior de la rama ascendente del maxilar inferior, a nivel de la espina de spix, que es una lámina ósea, de altura variable, la cual presta inserción al ligamento esfenomaxilar.

Por debajo del orificio del conducto dentario, el hueso presenta rugosidades, en las cuales va a insertarse el músculo pterigoideo interno.

El conducto dentario inferior esta ocupado en estado fresco, por el nervio dentario inferior; rama del maxilar inferior, por la arteria dentaria inferior, rama colateral descendente de la arteria maxilar interna y las venas satélites.

Este conducto puede estar muy próximo al tercer molar o contraer con este diente relaciones distintas que serán muy importantes.

El conducto esta formado por dos líneas paralelas. Se dirige hacia adelante hasta las proximidades del tercer molar. Corre horizontalmente por debajo de los molares siguientes, para hacerse ascendentes a nivel del segundo premolar, y va a terminar en una imagen circular que corresponde al agujero mentoniano.

2). - LINEA OBLICUA EXTERNA.

Es la prolongación del borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior. Esta línea cruza en diagonal la cara externa del maxilar inferior y va a terminar en forma de penacho a nivel del primer molar.

3). - LINEA MILOHIODEA.

La cara interna del cuerpo del maxilar inferior esta cruzada en diagonal por una cresta rugosa, prominente y bien visible, la línea milohiodea, que es inserción del músculo del mismo nombre, para nosotros esta línea no es prolongación de la cresta temporal, sino una entidad aparte e individualizada; la prolongación de esta cresta temporal forma, el borde interno de la arcada alveolar.

La línea milohiodea esta situada por debajo de los ápices del segundo y tercer molar y cruza los ápices del tercero. En algunas ocasiones puede coincidir con el límite superior del conducto dentario inferior.

c). - TIPO DE ANESTESIA Y LA TECNICA EMPLEADA.

El anestésico empleado en nuestro paciente fue xylocaína inyección. Se aplicaron cuatro cartuchos por vía intraoral, en el curso de la -

operación.

TECNICA DIRECTA.

En el índice del pliegue muco-bucal; localizamos la línea oblicua-externa, desde el agujero mentoniano hasta palpar el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula.

Habiendo localizado el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula, cruzamos con el dedo el borde retromolar, y encontramos la línea oblicua interna y la aguja se introduce, y debe de llegar hasta un milímetro antes de tocar el hueso. Se deposita la solución. El cuerpo de la jeringa descansa sobre los premolares.

Al introducir la aguja tenemos una inclinación de 45 grados, en relación al plano oclusal de los dientes. Así obtuvimos la analgesia del nervio dentario inferior.

También se aplicaron puntos locales en la región a operar.

d). - TIEMPOS QUIRURGICOS Y TECNICA EMPLEADA EN LA OPERACION.

Se practicó una insisión, partiendo desde la rama ascendente sobre el reborde alveolar hasta la rama distal del segundo molar.

Debridamos hasta el primer molar en su parte mesial, se levanta el colgajo, mucosa, submucosa, y periostio, con legra. Se luxa la pieza con botador recto, se hizo la extracción lo menos traumática, del tercer molar inferior derecho. Posteriormente el diente se envolvió en una gasa empapada de suero fisiológico, y se procedió a realizar la endodon

cia de los conductos, obturándolos con gutapercha y cemento kerr y se efectuó la obturación del foramen apical con amalgama y después se efectuó la obturación de la cavidad oclusal.

Simultaneamente, se extrajo el segundo molar inferior derecho. Se preparó el alvéolo de este y se procedió a realizar el trasplante del tercer molar al lugar del segundo. Se lavó la región a presión con suero fisiológico se seco con gasa, y se procedió a afrontar los colgajos y a suturar la región operada con puntos aislados.

Después procedimos a ferulizar nuestra pieza trasplantada con los dientes vecinos con ligaduras de alambre ortodóntico dejando nuestra pieza trasplantada en aquinesia.

e). - CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

Cuando se efectúa un trasplante, debe procurarse de que el paciente se encuentre en condiciones físicas óptimas, para tener la seguridad de un mayor éxito, lo cual puede lograrse por medio de un postoperatorio adecuado. La medicación antibiótica y la alcalinización del medio bucal, ayudaran a evitar la infección, lo que debe tenerse siempre en cuenta, ya que un proceso infeccioso provocaría la pérdida del trasplante.

En el postoperatorio, se decidió administrar:

Rx .

1). - Antibióticos, se administró por vía I.M.

Ampicilina 500 mgs. una ampollita cada 6 horas, durante -

cinco días.

2). - Analgésicos.

a). - Neomelubrina I.M. 5 ml. durante un día.

b). - Prodolina oral, 1 cada 5 hrs. P.R.N.

3). - Desinflamatorio.

Tanderil, 1 capsula cada 6 hrs; durante cinco días.

4). - Vitaminas.

Ascorvisin oral, 2 grs. diarios durante diez días.

Osofán, una cucharada después de cada comida, durante un mes.

5). - Termoterapia, las primeras 24 horas después de la operación.

Aplicación de hielo 3 o 4 veces al día durante 15 minutos, en forma alternada.

6). - La dieta será líquida durante las primeras 9 hrs. después de la operación y dieta blanda durante los 10 días siguientes.

f). - NOTAS DE EVOLUCION.

23/V/78. - Nota de evolución.

El trasplante se efectuó siguiendo las indicaciones preoperatorias y procedimientos quirúrgicos, se indico al paciente las medidas posoperatorias a seguir, las cuales ya se mencionaron. Figura # 1.

30/V/78. - Nota de evolución.

Se presentó el paciente asintomático, el cual refiere haber mostrado inflamación en la región operada y molestias después de la intervención las primeras 24 horas, su temperatura había sido normal.

En esta cita se retiraron los puntos de sutura y se lavo la región operada con suero fisiológico.

20/VI/78. - Nota de evolución.

Se presentó el paciente asintomático, se observo que la inflamación había cedido completamente y el dolor había desaparecido; la herida se encontraba cicatrizada, el trasplante presentaba moderada movilidad.

El exámen radiográfico mostró cierta neoformación ósea. Figura # 2.

25/VII/78. - Nota de evolución.

Se presentó el paciente asintomático, y se le retiro la férula, se observó firmeza del diente y movilidad mínima. Se dejó el trasplante aldescubierto definitivamente. Figura # 3 .

Se dió de alta al paciente, para posteriormente controlarlo por medio de exámenes radiográficos efectuados cada mes. Esto no fue posible ya que la paciente tuvo que regresar a su estado de procedencia.

Este trasplante se consideró un éxito debido que hasta el momento que estuvo bajo control se encontró reaccionando positivamente.



Figura No. 1

Figura No. 2



Figura No. 3

CONCLUSIONES.

Trasplante y reimplantación de dientes e implantación de dispositivos artificiales no son procedimientos que se realicen frecuentemente.

El trasplante debe considerarse como procedimiento experimental. El trasplante dental autólogo (reposición quirúrgica de un diente o un primordio dental de un sitio a otro en la boca de un mismo paciente) es un procedimiento en que el éxito parece depender de tantos factores conocidos y desconocidos, que no se pueden proporcionar datos confiables acerca de los éxitos de la supervivencia.

El trasplante alógeno de dientes (trasplante de un diente de un individuo a otro) presenta aún más inseguridad. Pero un factor muy importante es la condición antigénica de los dientes no ha sido aún definida claramente, en especial en el caso de los dientes humanos.

La reimplantación de dientes arrancados por traumatismos es un procedimiento aceptado y no representa peligro para el paciente si se dan los pasos adecuados para prevenir infección y tetanos. Aún cuando el éxito no puede garantizarse, cuando menos existe una esperanza razonable de que el diente reimplantado vuelva a ser funcional.

La implantación de dientes artificiales o dispositivos para empotrar tales dientes se ha practicado desde hace muchos años. Sin embargo, la falta de informes publicados acerca de resultados de estudios a plazo largo en un gran número de pacientes hacen posible dar una opinión bien fundada acerca de cualquiera de los métodos de implantación.

Trasplante, reimplantación e implantación en la actualidad tienen un papel limitado en la preservación de la salud dental, pero futuras investigaciones pueden llevar a un aumento de su utilización.

BIBLIOGRAFIA

- COSTICH - WHITE., Cirugía Bucal, Nueva Editorial Interamericana, S. A. de C. V. 1974.
- CUEVAS FRANCISCO., Manual de Técnica Médica Propedeutica, Edit. Francisco Mendez Cervantes.
- CROSSMAN I. LOUIS., Práctica Endodóntica, Editorial Mundi, S. A. I. C. y F., Buenos Aires, 1973.
- GURALNICK WALTER C., DMD, Tratado de Cirugía Oral, Salvat Editores, S. A. Barcelona, 1971.
- GRABER T.M., Ortodoncia Teoría y Práctica, Nueva Editorial Interamericana, S. A. de C. V. México, 1974
- KRUGER O, GUSTAV., Cirugía Bucal, Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. México, 1978.
- MAISTOR A. OSCAR., Endodoncia, Gráficos Editor, S. A. Buenos Aires, 1975.
- Mc. GRACKEN., Prótesis Parcial Removible, Editorial Mundi, S. A.I.C. y F, Buenos Aires, 1970.
- RIES CENTENO A. GUILLERMO., Cirugía Bucal, Editorial "El Ateneo", Buenos Aires, 1968.
- SOMMER, RALPH FREDERICK, Endodoncia Clínica, Editorial Labor, S. A. Barcelona, 1975.