

A
2 ej.



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TÉCNICA DECOLORANTE PARA TRATAMIENTOS DE
RECROMÍA EN DIENTES NO VITALES

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A.

ELIZABETH ALCÁNTARA SÉPTIMO

DIRECTOR. C.D. PORFIRIO NIETO CRUZ



Vo. B.
[Firma]

275748

México D.F. junio de 1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

DEDICATORIAS:

Gracias Señor por darme esta vida, por haber concluido un periodo mas en mi carrera profesional.

Que siempre estas en mi mente en los triunfos y fracasos. Te pido señor que no cambie mi forma de ser con la gente que me rodea, que por el hecho de obtener un titulo desprecie a los pobres.

Gracias a mi Padre, mis Hermanos en especial a mi Madre e Hija, porque son mi mayor tesoro y porque tuvieron un papel muy importante especial durante todo este tiempo, con su ayuda en varios aspectos, con el apoyo constante y la tolerancia que han brindado en mi carrera universitaria.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología, Instituciones de las que me siento orgullosa de haber pertenecido durante mi formación Profesional.

Gracias a todos los profesores que estuvieron presentes durante toda mi vida estudiantil de igual forma a todos los doctores por el tiempo que me dedicaron por sus valiosas enseñanzas en especial sus consejos

DEDICATORIAS:

Gracias a todos mis compañeros que me brindaron su amistad incondicional en especial a xochitl, Alejandro, Ana Rosa y Martín.

Gracias a todas las personas que me ayudaron durante este largo camino que apenas comienza y que, no por falta de memoria, sino porque es una lista interminable no agradezco individualmente.

Gracias porque pocas cosas en el mundo son más poderosas que dar un empujón positivo, una sonrisa una esperanza una palabra de optimismo y un “Tu Puedes Hacerlo o Lograrlo “ cuando las cosas se ponen difíciles.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	
2. CAUSAS DEL OSCURECIMIENTO	1
Coloración Extrínseca	1
Coloración Intrínseca	1
Ingestas Excesivas de Flúor	2
Flourosis Simple	3
Flourosis Opoca	3
Defectos de Superficie	3
Consumo de Tetraciclina	4
Tinción de Primer Grado	4
Tinción de Segundo Grado	5
Tinción de Tercer Grado	5
Tinción de Cuarto Grado	5
Materiales Dentales	5
Traumatismos	6
3. HISTORIA CLÍNICA	7
Investigación de los Hábitos	7
Cuestionario de Coloración Anormal	7
4. DIAGNÓSTICO DEL OSCURECIMIENTO Y PLAN DE TRATAMIENTO	9
Fotografías	9
Eliminación de manchas superficiales	10
Comprobación de Caries	10
Observación de Restauraciones Deficientes	10
Examinación del Esmalte	11
Exploración de la Encía	11
Examen Radiográfico	11
Comprobación de Fluorencia	12
Transluminación	12

	<i>Pág</i>
5. LIMPIEZA DENTAL	12
6. COLORACIÓN DE DIENTES NO VITALES CAUSADAS POR DEGENERACIÓN PULPAR	13
7. ALTERACIONES DE LAS ESTRUCTURAS INTERNAS DE DIENTES NO VITALES	13
8. TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS INCOMPLETOS	15
9. BLANQUEAMIENTO	15
Prevencción de la Decoloración	16
10. TÉCNICAS DE BLANQUEAMIENTO	16
11. TÉCNICA DECOLORANTE	17
12. AGENTES BLANQUEADORES	19
13. INDICACIONES	21
14. CONTRAINDICACIONES	22
15. ARTICULOS	23
16. CONCLUSIONES	34
17. BIBLIOGRAFIA	35

INTRODUCCIÓN:

El paciente acude con mucha frecuencia al consultorio dental por irregularidades o un problema en el color de sus dientes. Cuando no existen otros problemas que exigirán restauración, como alteraciones de forma o tamaño, la primera posibilidad que debemos considerar es la modificación del color.

Los agentes que se utilizan con mayor frecuencia para modificar el color emplean peróxido de hidrógeno o una forma estabilizada de éste, el peróxido de carbamida, perborato de sodio, superoxol (periodrol) y pirozona. Son algunos materiales que se emplean para devolver el color de los dientes.

Los procedimientos del blanqueamiento se dividen en dos categorías: el blanqueamiento ambulatorio o domiciliario que es aplicado por el propio paciente siguiendo siempre las indicaciones del Odontólogo y el blanqueamiento que es realizado dentro del consultorio, este es aplicado por el *Odontólogo y los miembros de su equipo*. En ocasiones se pueden distinguir entre el blanqueamiento externo e interno. El primero es aplicado el blanqueante en la superficie externa de los dientes y el segundo se aplica en la superficie interna de los dientes no vitales o con pulpas calcificadas, de modo que el blanqueamiento pueda colocarse dentro del diente

En este contexto se mencionara exclusivamente a dientes no vitales que han sufrido decoloraciones manifestadas cambios de color en los tratamientos radiculares incompletos

La siguiente recopilación bibliográfica, pretende brindar a todos los Cirujanos Dentistas un punto de referencia con respecto a futuros tratamientos de decoloración que lleguen a presentarse en la practica privada profesional.

CAUSAS DEL OSCURECIMIENTO DENTAL

Existen varios tipos de coloraciones anormales producidas por diversas razones de las cuales solo se mencionaran algunas de ellas.

COLORACIÓN EXTRÍNSECA

Es aquella en la cual solamente el agente tiñe o lesiona la superficie del esmalte dental que es provocada por las siguientes causas:

- El hábito de fumar cigarros
- Fumar en pipas
- Mascar cáscara de nuez y tabaco
- Ingesta de café o té
- Comidas muy pigmentadas

COLORACIÓN INTRÍNSECA

Es producida cuando cualquier estructura dental es penetrada por algún agente colorante de los cuales se mencionarán algunos:

- Ingestas de fluoruro
- Consumo de tetraciclina
- Traumatismos.
- Descomposición del tejido pulpar.
- Cambio de color por necrosis pulpar.
- Hemorragias intensas después de una extirpación pulpar
- Cambios de color por materiales de obturación.
- Accesos impropios.
- Malas obturaciones.

- Materiales de restauración
- Residuos de Medicamentos.

INGESTAS EXCESIVAS DE FLÚOR

El exceso de flúor ingerido durante la formación del esmalte y su calcificación, subproductos orgánicos durante una enfermedad (como bilirubina en la ictericia, principalmente por la degradación de la hemoglobina) o pigmentación escapada de los medicamentos y de los materias usados en la reparación dental o del diente.

La hipoplasia proceso bajo una superficie mineralizada del esmalte por fluoruro (flurosis) o esmalte veteado, que se origina por una interferencia en el proceso de calcificación de la matriz, que ocasiona una maduración incompleta, acompañada opacidad o ambas.

Cuando el contenido de flúor en el agua es inferior de 0.9 - 1.0 partes por millón, apenas se producen moteados de importancia clínica; a partir de este nivel, la alteración se hace más evidente.

La gravedad de este trastorno es muy variable y puede ir desde alteraciones leves, que se manifiestan simplemente por pequeñas estrías blancas intermitentes o por manchitas en el esmalte hasta manifestaciones graves con orificios más profundos y tinciones marrones en la superficie que solo afecta a la capa superficial del esmalte.

Coloración oscura por fluorosis. Este oscurecimiento por fluorosis se manifiesta por manchas pardas oscuras sobre zonas blanquecinas a largo plazo ya que después de 1 año no se observa signos de regresión

La ingesta de fluoruro solo puede ser afectados a ciertos dientes, durante el desarrollo calcificación del esmalte, en los períodos comprendidos entre el tercer mes de gestación hasta los ocho años de edad es permanente. Los adultos, aunque consuman cantidades equivalentes de flúor a la de los niños, no se ven afectados. La mayoría de los efectos del fluorosis se puede producir en denticiones permanentes, los premolares son los afectados, seguidos de los segundos molares e incisivos maxilares.

Los caninos, incisivos y primeros molares mandibulares son los que resultan menos dañados.

En lugares donde la concentración de fluoruros es muy alta, pueden ser dañados también los dientes temporales.

Existen 3 tipos de tinciones:

FLUOROSIS SIMPLE: Presenta una pigmentación marrón sobre una superficie del esmalte lisa. Si responde al blanqueamiento.

FLUOROSIS OPACA: Podemos observar estrías grises o blancas planas sobre la superficie del esmalte. No responde al blanqueamiento.

DEFECTOS DE SUPERFICIE: Muestra una pigmentación oscura pero, además defectos de superficie. Si responde al blanqueamiento.

CONSUMO DE TETRACICLINA

Niños que padecen este tipo de enfermedades como bronquitis crónica o fibrosis quística, las infecciones secundarias del sistema respiratorio son controladas con este tipo de medicamentos.

Los pacientes que recibieron estos medicamentos en un período de 3 días se veían enfrentados a una vida entera con dientes manchados. Debido a que los dientes son más susceptibles a la coloración con tetraciclina durante su formación, desde el segundo trimestre en útero hasta los ocho años.

El diente adopta un color del tejido mineralizado, esto significa que la coloración con tetraciclina involucra solamente a la dentina, donde la matriz se forma durante el período en que se tomó el tipo de medicamento y dosis de esta

La molécula de tetraciclina produce quelación del calcio y queda incorporado dentro de los cristales de hidroxiapatita en el frente de mineralización. La severidad de las manchas depende del tiempo y duración de la administración del antibiótico, tipo de tetraciclina administrada (se han empleado más de 2.000 variantes) y la dosis. Debido a estos factores, la tinción es extremadamente variable en su extensión, coloración profunda y localización

Existen 4 tipos de tinciones

TINCIÓN DE PRIMER GRADO.

Adopta un color a tono levemente amarillo marrón o grisáceo claro se distribuye de manera uniforme por la corona, sin formación de bandas o concentraciones locales

TINCIÓN DE SEGUNDO GRADO:

Representa un tono más oscuro en amarillo o gris las manchas son más amplias, son no obstante uniformes y no muestran bandas

TINCIÓN DE TERCER GRADO:

Se observa un color gris oscura o azul y formación marcadas de bandas con una concentración de color en la región cervico gingival.

TINCIÓN DE CUARTO GRADO:

Se representa por medio de un color que es demasiado oscuro, no es favorable al blanqueamiento debido al pronóstico extremadamente malo.

MATERIALES DENTALES

Existen algunas restauraciones dentales donde causan pigmentación como son los acrílicos, cementos de silicato hace que el diente parezca más grisáceo y coloreado

Las amalgamas de oro y plata producen o transmiten coloraciones a través del esmalte causa una tinción gris o negra.

Los aceites como el yoduro, nitrato, selladores de conductos radiculares y otros materiales usados en restauraciones dentales provocan coloraciones

Las caries dentales son una causa principal de pigmentación degradables, que pueden verse como un halo blanco opaca o como coloraciones grisáceas.

La degradación de bacteria de restos alimenticios, en áreas de caries o de obturaciones en descomposición, pueden producirse una pigmentación todavía más oscura, parda o negra.

TRAUMATISMOS

Se considera intrínseco, el cambio que se da en el interior de los túbulos dentinarios.

Un traumatismo severo puede causar hemorragias cuando los vasos sanguíneos se rompen en la cámara pulpar. Esta sangre es transportada hidráulicamente hacia los túbulos dentinarios.

Allí, los hematíes sufren hemólisis, desprendiendo hemoglobina esta es liberada se degrada y libera hierro que forma un compuesto negro al combinarse con sulfuro de hidrógeno, convirtiéndose en sulfuro de hierro.

Un traumatismo causa hemorragia y con consiguiente una coloración anormal. La coloración adopta un color o tono, la sangre se va metabolizando, el diente muestra un color naranja y seguidamente marrón, azul o negro.

Una degradación pulpar sin hemorragia tiene como resultado la aparición del tejido necrosado en la cual contiene diversos productos degradados de las proteínas. Estos productos producen una coloración anormal, marrón grisácea en la corona, no están proporcionadas como en la hemorragia.

En cuanto al grado de coloración de estos dientes dependerá el tiempo que transcurrió entre la necrosis pulpar y el tratamiento, esté o no relacionada la hemorragia. Cuando más largo es el período de coloración anormal han estado en la cámara, más profundo es la penetración en los túbulos dentinarios, mayor es la coloración anormal será más difícil el proceso de blanqueamiento.

Una coloración anormal yatrógena, se considera intrínseca porque afecta la estructura del diente en su parte (interna), es un efecto colateral negativo de algunos procedimientos dentales.

El traumatismo es causado durante la extirpación pulpar en el curso de un tratamiento endodóntico puede a su vez causar productos metabólicos de la hemoglobina semejante a los previamente descritos

HISTORIA CLÍNICA

Es una evaluación que debe incluir preguntas sobre todas las enfermedades médicas que se mencionaron y cualquier medicamento que la madre del paciente hubiera ingerido durante la gestación.

INVESTIGACION DE LOS HABITOS

Hacer una historia completa sobre la conducta que pudo haber causado tinción y coloración anormal. En forma muy específica, si el paciente en el pasado era fumador, mascarador de tabaco, bebedor de café o té o ha ingerido alimentos que pudieran producir tinción.

CUESTIONARIO DE COLORACIÓN ANORMAL

¿ Ha sido usted consumidor de tabaco durante más de un mes?

Si

No

Si la respuesta es afirmativa, responda lo siguiente:

Tipo de tabaco..... CigarrillosPipa..... . Tabaco de mascar

Duración: Se inició en Se abandonó en Número de años. . . .

Si sigue consumiendo tabaco ¿ Qué cantidad al día?

Cigarros Horas con pipa... .. Horas de mascado... ..

¿ Fuma usted alguna otra sustancia que pueda causar coloración anormal?

Número de tazas de café consumidas por día

Número de tazas de té consumidas por día

Número de bebidas refrescantes con colorantes tomadas por día

¿ Existe algún alimento que usted consuma frecuentemente, como dulces o algún platillo preferido?

Si es así, efectúe una lista indicando la frecuencia y la cantidad que consume
.....

¿ Con qué frecuencia consume cualquiera de los siguientes alimentos?

Si es así, por favor, proporcione información de la frecuencia de la ingesta y la cantidad que consume:

Salsa de soya.....

Regaliz.

Chocolate.

Frutos secos, como pistaches o nuez de betel, cerezas, moras, uvas o zumo de uva, otras frutas de color brillante

¿Consume usted alimentos y bebidas muy calientes o muy fríos?

Si.

No.

¿Muestra sensibilidad?

Si.

No.

¿Los alterna muy rápidamente, como comer helados y beber café caliente al mismo tiempo?

Si.

No.

¿Mastica Hielo?

Si.

No.

¿Alguna vez se muerde las uñas o se introduce objetos en la boca como lápices o palillos?

Nota: Estos comportamientos pueden ocasionar microgrietas en el esmalte, que a su vez causan una mayor capacitación del agente colorante.

¿Existe algún otro factor que considere contribuyente a la coloración anormal de sus dientes, la cual se llevó a consultarnos?

DIAGNÓSTICO DEL OSCURECIMIENTO

El diagnóstico es una serie de acontecimientos para detectar las causas de la decoloración anormal del diente, como se hizo mención en los párrafos anteriores.

Es de suma importancia informar al paciente cuales son las expectativas y determinar lo que espera del blanqueamiento, tanto en términos de cambio del color basal como en el cambio de la calidad de vida.

FOTOGRAFÍAS

Es de suma importancia tomar fotografías para observar el tipo de tinción que el paciente presenta en su boca

Además estas nos proporcionan un excelente base de datos sobre la cual se empieza a tratar, a la vez son un registro del estado previo al tratamiento. Algunos pacientes pueden llegar a olvidar el aspecto que tenían sus dientes antes del tratamiento, si el cambio es gradual.

Se toma una serie completa de fotografías para registrar los cambios durante el curso del tratamiento, que consiste en una secuencia de seis blanqueamientos o en tratamiento global que incluye otros métodos. Es

importante estar tomando fotografías durante el período de seguimiento, para tomar series sobre los mismos pacientes y poder seguir el procedimiento.

Es conveniente tener una cámara 35mm capaz de producir diapositivas en color de alta calidad del cual es un excelente instrumento adicional para cualquier consulta en la que el color y la estética son parte vital.

ELIMINAR MANCHAS SUPERFICIALES

El emplear la piedra pómez extragruesa de profilaxis con nebulizador de bicarbonato sódico (Prophy - jet de Dentsply, Milfor, Del.) Tiene buenos resultados el cual deja los dientes libres de todas las manchas de superficie, así como de placa.

Esta limpieza restaura el tono claro en los dientes del paciente de forma aceptable. Permite visualizar claramente la extensión de la tinción profunda y preparar mejor el diente para el tratamiento.

COMPROBACIÓN DE CARIES

Es necesario observar la presencia de caries en dientes y sus efectos sobre la coloración de estos.

OBSERVACIÓN DE RESTAURACIONES DEFICIENTES

Los acrílicos, los cementos o resinas al igual que las amalgamas y restauraciones de color metal adquieren una pigmentación anormal con el paso del tiempo a través del esmalte

EXAMINAR EL ESMALTE

Se observa calidad y superficie del esmalte. (Si es mate o tiene un brillo intenso) la presencia de cambios del esmalte puede sugerir fluorosis. Si es suficiente esmalte, o se observa una delgada capa de este se visualiza a través de la dentina, si es lisa y erosionada.

EXPLORACIÓN DE LA ENCIAS

Es necesario observar el tejido gingival la relación que existe con los dientes, Cuando la encía es retraída entre los dientes los espacios interdentes parecen oscuros. Si los dientes son translúcidos, estos espacios pueden dar una tonalidad gris azulada a los dientes.

EXAMEN RADIOGRAFICO

Es preciso ver la posible existencia de patología periapical para tratarla antes de iniciar los procedimientos de blanqueamiento

Hay que justificar la presencia de contracción pulpar o la resolución completa de la cámara pulpar y el canal

Debemos asegurarnos que las cámaras pulpares no deben ser demasiado grandes, ya que podría traernos problemas en cuanto a su sensibilidad al proceso del blanqueamiento.

También debemos determinar el grosor del diente en su relación al tamaño de la pulpa, estos factores pueden ser de suma importancia que la edad para el éxito de blanqueamiento

Se necesita encontrar evidencias de caries o restauraciones defectuosas que pudieran contribuir a la coloración anormal que deben ser reemplazadas por una restauración con un buen sellado antes del tratamiento.

COMPROBAR LA FLUORESCENCIA

Se utiliza la luz ultravioleta en la cual determinaremos si los dientes desprenden fluorescencia, que nos muestra el depósito de tetraciclinas en el interior del diente. Ya que por medio de esta prueba se llega a un diagnóstico definitivo de la tinción por tetraciclinas

TRASLUMINACIÓN

Nos permite observar las piezas dentales en diferentes ángulos y observamos la opacidad, profundida y capas de cualquier tinción. Este metodo puede revelar caries, descalsificadas o hipocalcificadas. La cual aportara información para diagnosticar la etiología de su anormalidad.

LIMPIEZA DENTAL

Las pastas profilácticas normales incluso las muy buenas sencillamente no tienen la fuerza suficiente como para eliminar profundamente implantadas. Una buena profilaxis integral usando una pasta profilactica (prophy-jet) nos ayuda a liberar el diente o dientes a blanquear de toda mancha superficial y también de la placa. A veces esta profilaxis superficial restaura una blancura aceptable en los dientes. Nos sirve, y permite al Dentista ver con claridad la extensión de la coloración profunda y prepara mejor el diente o dientes para el tratamiento.

COLORACIÓN DE DIENTES NO VITALES CAUSADAS POR DEGENERACIÓN PULPAR

La coloración más común causados por los dientes desvitalizados es la hemorragia en la cámara pulpar después de un traumatismo severo. La sangre de los vasos rotos es impulsado por fuerzas hidráulicas a los túbulos dentinarios, donde ocurre la hemólisis de los eritrocitos, con liberación de hemoglobina. Ésta se degrada interiormente para dejar hierro libre, que forma un compuesto negro al combinarse con sulfuro de hidrógeno, para convertirse en sulfuro de hierro. La coloración pardo grisácea resultante de los productos de degradación contenidos en la pulpa necrótica es familiar para todo odontólogo.

La degradación pulpar sin hemorragia también produce tejido necrótico, que contiene productos de la degradación de proteínas.

ALTERACIONES DE LAS ESTRUCTURAS INTERNAS DE DIENTES NO VITALES

La mayoría de las coloraciones endodónticas se debe a que el Cirujano Dentista no ha eliminado por completo la sangre u otras materias orgánicas de la cámara pulpar durante el tratamiento. Si el acceso a la cámara pulpar es insuficiente, quedan fragmentos de la dentina que dificultan la eliminación de los dentritos de los cuernos pulpares y del área lingual de cámara pulpar. Por eso es esencial asegurar un buen acceso para la completa debridación de dicha zona.

Tenemos que eliminar los medicamentos y pastas selladoras de la cámara pulpar, una vez completado el tratamiento de los conductos radiculares.

Varios de estos agentes contienen plata que, si se deja en la corona, producen alteraciones del color.

El óxido de cinc-eugenol, es un material inocuo, el cual tiñe la estructura del diente, si es mantenido durante un tiempo prolongado en contacto con la dentina. Esos medicamentos producen tinciones que por lo general son más intensas en la región cervical del diente y se indentifica por su tono gris azulado.

Aunque los dientes no vitales con alteraciones cromáticas grandes hay que valorar con mucho cuidado la situación clínica del caso antes de considerar este tipo de tratamiento.

Hay que llenar o sellar de manera adecuada el conducto para evitar la percolación de los agentes blanqueadores en los tejidos periapicales. Por ello, si los conductos radiculares se han sellado con gutapercha poco condensada o presenta algún defecto, hay que repetir el tratamiento de los conductos antes de intentar el blanqueamiento. La corona debe encontrarse relativamente intacta, ya que cuando presenta lesiones de caries o restauraciones importantes, lo más indicado es un perno muñón colado y un recubrimiento total.

Se limpia la cámara pulpar con un disolvente orgánico como el éter, alcohol, acetona xilenio o el cloroformo, aplicado en una toruna de algodón.

Se moja con otra toruna de algodón en ácido fosforico al 30-40% y se introduce en la cámara pulpar durante 15 a 20 segundos al mismo tiempo se coloca otro algodón mayor, mojado en ácido fosfórico, sobre al superficie externa del esmalte y deja actuar del mismo modo durante 15-20 segundos más tarde, se realiza un lavado con agua durante 30 segundos y se seca el campo de manera minusiosa con aire

Como consecuencia de los procedimientos de grabado "interno y externo" con ácido fosforico, los túbulos dentinarios se ensanchan muchos (internamente), el esmalte presente externamente una superficie microporosa

de modo que aumenta la permeabilidad del blanqueamiento a través de los tejidos

TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS INCOMPLETOS

Es otra causa de la existencia de un tratamiento de conductos incompletos, en el cual se dejaron restos pulpares (o se producen filtraciones en la cámara) y no hay una restauración coronaria adecuada. En todas estas situaciones, el grado de coloración del diente está directamente relacionado con el tiempo que transcurre entre la muerte de la pulpa y el tratamiento. Cuanto más tiempo permanezcan los compuestos colorantes en la cámara, más profunda será la penetración en los túbulos dentinarios y mayor la pigmentación, por lo tanto, más difícil la tarea de decoloración. La pigmentación de larga duración representa el mayor obstáculo para tratar con éxito dientes desvitalizados y se convierte en factor principal para decir si un procedimiento habrá de ser suficiente o si el paciente requiera la exposición más sostenida de la técnica del blanqueamiento.

BLANQUEAMIENTO

El blanqueamiento de los dientes decolorados está indicado en los casos de dientes que se han vuelto oscuro después de necrosis pulpar seguida de la liberación de hematíes y sus productos de lisis (hemoglobina----sulfato de hierro) en los túbulos dentinarios. La acción del agente blanqueador, el sulfato férrico, que es negro e insoluble, se convierte en óxido ferroso que es blanco y soluble.

Los cambios causados por los productos químicos utilizados en los tratamientos endodónticos, como el yodo y las sales de plata, resisten a las tentativas de blanqueamiento por lo cual sólo se puede tener una mejoría parcial.

PREVENCIÓN DE LA DECOLORACIÓN

Es importante señalar las medidas para evitar la decoloración. Después de un tratamiento endodóntico en la cual se hayan tomado todos los cuidados para impedir la contaminación de la dentina coronal con sangre y productos de degradación pulpar, es infrecuente que tengan lugar cambios significativos en el color del diente.

Cuando los cambios son mínimos el blanqueamiento puede consistir solamente en la aplicación de la mezcla de peróxido de hidrógeno de 20 vl. en pasta o en crema hasta obtener el color deseado.

TÉCNICAS DE BLANQUEAMIENTO

- 1.- Ambulatoria (Se utiliza perborato de sodio en combinación con el peróxido de hidrógeno al 30 o 50 %).
- 2.- Termocatalítica (Utilizando peróxido de hidrógeno al 30 y 50%)
- 3.- Alternativas (Aplicaciones alternadas de superoxol y una solución de hipoclorito de sodio al 2-4 por 100
($H_2O_2 + NaOCl + H_2O + O_2$).
- 4.- Combinadas (Blanqueamiento en marcha) Peróxido de hidrógeno al 30-35% y perborato de sodio.

5.- Decolorante (Super azul en polvo) y peróxido de hidrógeno de 20 vl en pasta o en crema

Nota.- Estas técnicas son las más comúnmente utilizadas en la parte interna del diente.

TÉCNICA DECOLORANTE

1. - Aíste, proteja con dique y repita las medidas protectoras descritas para dientes vitales tomando en cuenta las precauciones.
- 2 - Como parte del diagnóstico habrá limpiado totalmente el exterior del diente, a los efectos de diferenciar de coloraciones sobre agregadas y preparar los dientes o diente para el blanqueamiento. Ahora, con el diente a blanquear aislado límpielo cuidadosamente en su interior. Si existe caries en toda la corona debe de ser eliminada, las restauraciones deterioradas o con filtración serán reemplazadas.
- 3 - Por igual habrá un orificio de tamaño suficiente como para asegurarse un acceso correcto a toda la cámara pulpar y la entrada al conducto radicular. Todas las áreas de la cámara pulpar y los cuernos pulpares deben de ser accesibles a los agentes blanqueadores
- 4 - Removemos todos los restos más una capa superficial de dentina de la cámara pulpar, por medio de una fresa redonda. La dentina así avivada permite la penetración más fácil del material blanqueador.
5. - En dientes con tratamientos endodónticos debemos eliminar el material obturado del conducto hasta una distancia de 2 - 3mm hacia apical de la línea cervical. Volver a obturar con cemento de oxifosfato o equivalente, hasta 1 a 2 mm a nivel coronario de la unión cementoadamantina. Esta distancia puede ampliarse y modificarse si la recesión gingival fue severa. Si

la obturación era con cono de plata y no puede volverse a tratar, sellar con 2mm de cemento de oxifosfato de cinc.

6.- Eliminar con una fresa las manchas superficiales visibles en el interior de la preparación. En esta instancia se prueba y se asegura el sellado.

7.- Limpiar toda la preparación con alcohol isopropílico al 70% para disolver cualquier material grasa y facilitar la penetración del agente blanqueador en los túbulos. Luego se seca la cámara con aire.

NOTA: Nunca se debe intentar el blanqueamiento en un diente que no tenga su conducto o conductos radiculares bien obturados.

El agente podría escapar a través de una obturación de conducto porosa y causar grandes molestias al paciente, requiriéndose en tal caso la remoción del agente blanqueador y de la obturación del *conducto radicular*.

8.- Llene la cámara pulpar con la mezcla del polvo del super azul (decolorante) y peróxido de hidrógeno de 20 vl en pasta crema hasta obtener la *consistencia deseada para su manipulación*

9. - Aplicar o colocar un instrumento tibio en la cara vestibular del diente.

10.- El instrumento para blanquear a un solo diente puede ser controlado hasta una temperatura de 74° C si se aplica en la cámara con intervalos de 5 minutos (hasta un total de 20 a 30 minutos).

11.- Se limpia la cámara pulpar con una torunda de algodón y se repite la operación colorando más mezcla de super azul y colocando el instrumento tibio por vestibular

12.- Se puede repetir este secuencia de dos o tres veces, por un total de 20-30 minutos en la misma sesión, hasta obtener el color deseado

13 - Si en la primera sesión no se obtiene el color deseado, se deja en la cámara pulpar la mezcla de super azul y peróxido de hidrógeno en una

torunda de algodón, se sella con cavít y se cita al paciente para realizar una segunda sesión.

14.- Retirar la obturación provisional con una fresa de carbono N.2-4

15.- Retirar el algodón o pasta blanqueadora y limpie bien la preparación con cloroformo, una vez obtenido el color deseado.

16.- Seque con aire, limpie, lave y distribuya la resina sin relleno por todo el interior de la corona, para sellar los túbulos dentinarios. Use varias capas y polimerice, para evitar la recurrente de la coloración coronaria.

17.- Grabe las paredes marginales con ácido fosforico al 35% para asegurar una buena unión mecánica. Toda la restauración se aplica de una sola vez y se acaba correctamente, para asegurar buena adaptación marginal.

18 - Obture la cavidad con resina composite de tono más claro que sea compatible estéticamente con el diente.

AGENTES BLANQUEADORES

Las sustancias blanqueadoras son agentes oxidantes que liberan oxígeno, este desempeña un doble mecanismo con efecto blanqueador. por desalojo mecánico y por reducción química del conducto radicular

En la actualidad existen sustancias blanqueadoras de uso más generalizado:

- Superoxol (peridrol) Peróxido de hidrógeno acuoso a 30% equivalente a 100 volúmenes de oxígeno gaseoso por 100 ml de solución.
- Perborato de sodio Sal oxidante en forma de polvo cristalino blanco, inodoro y soluble al agua al 2.5%.
- Pirozona Peróxido de hidrógeno al 30% solubilizado en éter.

Las características acuosas del peridrol, la Pirozona y el perborato de sodio, además de su ejemplo individualizados, tanto el peridrol como la Pirozona puede utilizarse combinados con el perborato de sodio. En la última

hipótesis, la reacción química entre estas 2 sustancias podemos obtener los siguientes resultados.



(Perborato de sodio + Peróxido de hidrógeno-----Metaborato de sodio+ Agua+Oxígeno naciente).

Existen otros materiales utilizados para devolver a los tejidos dentarios a su color normal, son sustancias que tienen como acción la liberación de oxígeno naciente, por ejemplo:

Peróxido de hidrógeno de 20 vol en crema o pasta.

Peróxido de hidrógeno al 25% en éter (Pirozono).

Peróxido de hidrógeno al 30% en agua (Superoxol).

Peróxido de hidrógeno al 50%.

Mencionamos otras sustancias utilizadas como son: Hipoclorito de sodio, dióxido de sodio, peroxiborato de sodio monohidratado (Amosan) y super azul (polvo decolorante)

Las sustancias blanqueadoras están constituidas fundamentalmente por peróxido de carbamida 10-15%. El resto de los componentes son glicerina, o propilenglicol en concentraciones del 85% o superiores, estaño sódico y saborizantes.

- **El agente de blanqueamiento primario.-** Esta solución contiene peróxido de hidrógeno al 35% (Superoxol). Se emplea en dosis individuales para proporcionar a cada paciente una eficacia máxima en cada sesión de blanqueamiento. Si es adquirida en botellas de 500 ml, las soluciones se puede transferir a recipientes más pequeños por la misma razón. El peróxido de hidrógeno pierde eficacia en cuanto se expone al aire. Una vez abierto el envase, la solución continúa deteriorándose en el

recipiente. Es importante emplear la dosis preenvasado de 10 ml, y desechar cualquier solución que quede de una sesión de blanqueamiento

- **El éter de grado anestésico.**- Se mezcla con peróxido de hidrógeno para tratamiento de dientes teñidos por fluorosis. Las proporciones son una parte de éter por 5 partes de peróxido de hidrógeno al 35%. Se cree que el éter reduce la tensión superficial del esmalte y aumenta su permeabilidad al agente blanqueador.
- **Se emplea ácido clorhídrico (36%).**- Elimina el esmalte superficial en problemas de fluorosis con coloración muy intensas. También se puede emplear ácido fosfórico para eliminar parte de la tinción, aunque a menudo se utiliza para aumentar la permeabilidad durante el proceso de grabado.
- **Puede mezclarse monohidrato de peroxiborato (Amosan).**- Con la solución de blanqueamiento para formar una pasta blanda gruesa que se empleará en el blanqueamiento de dientes no vitales.

Puede utilizar cementos de fosfato de cinc de óxido de cinc eugenol para cerrar el área de diente no vital que se ha rellenado de agente blanqueador, como la mezcla de monohidrato de peroxiborato- peróxido de hidrógeno.

INDICACIONES

Existen tipos de colorantes de dientes no vitales que pueden removerse con un blanqueamiento de superficie, ya que los dientes desvitalizados también están sometidos a coloración externa, como los dientes vivos, y éstas fuentes de coloración pueden complicar el problema específico de los dientes desvitalizados.

Por cierto, los dientes desvitalizados que se consideren para el blanqueamiento deben recibir la misma profilaxis integral que se describió para los dientes vitales y las restauraciones defectuosas tienen que ser sustituidas

Como es probable la colocación del diente proviene del interior de su propia cámara pulpar, el blanqueamiento también debe incluir esa parte. Si anteriormente se realizó el tratamiento de conducto, nos dará como resultado la oportunidad de blanquear dentro de la cámara pulpar.

CONTRAINDICACIONES

Las contraindicaciones para este tipo de blanqueamiento en dientes desvitalizados incluyen.

Estas restauraciones como son resina composite no pueden ser blanqueadas.

Las grietas del esmalte cuarteado, hipoplásico o severa socavado.

Coloración por sales metálicas, en especial por amalgama de plata. (Los túbulos dentinarios se saturan virtualmente por estas aleaciones y pueden producir coloración que ninguna cantidad de blanqueamiento podrá solucionar)

Si el diente con coloración anormal es un premolar, en primer lugar se sustituye siempre la amalgama defectuosa con una resina composite posterior. Se retira la amalgama antigua y se inspecciona el color del diente; si el diente es claro, una resina composite posterior puede ser lo suficientemente clara para aclarar el diente. Si sigue siendo oscura, se considera la posibilidad del blanqueamiento desde la cámara pulpar de forma ambulatoria

ARTÍCULOS

ART. 1

SISTEMA DE BLANQUEAMIENTO DE DIENTES

NOTA: Antes de usar cualquier procedimiento de ADHA recomienda que primero debe evaluarte un Cirujano Dentista para determinar cual es aplicación del mejor programa para ti.

¿ PORQUE MIS DIENTES TIENEN COLORACIONES Y DESCOLORACIONES?

La mayoría de las coloraciones son causadas por edad, el tabaco, el café o el té. Otros tipos de coloraciones y descoloraciones pueden ser causadas por antibióticos, como sustancia de tetraciclinas o demasiado fluoruro.

¿QUÉ TRATAMIENTOS SON USADOS PARA LOS DIENTES COLORADOS?

Debes preguntar a tu Dentista acerca de las opiniones del blanqueamiento. Ellos incluyen un número de sistemas del blanqueamiento, pastas blanqueadoras y la última opción de la tecnología del blanqueamiento láser. Para un máximo blanqueamiento los expertos acuerdan que el período es generalmente el camino usual a seguir.

Blanqueamiento de productos supervisados que son realizados en la oficina y en el hogar se han convertido en las opciones de tratamientos más casuales. En algunos casos el tratamiento es realizado en el consultorio.

usando fuentes de luz o color para aumentar la velocidad de luz en el blanqueamiento

Procedimientos en casa, algunas vías llamadas guardas nocturnas del blanqueamiento vital consiste en la aplicación de una solución blanqueadora usualmente con una mezcla de peróxido en una impresión colocada en el aparato o guarda nocturna que ha sido diseñada o ajustada para tu boca por un Dentista las soluciones blanqueadoras pueden variar en potencia y pueden trabajar por horas a través de la noche. Tú Dentista te puede dirigir en el apropiado tipo de aplicación y tiempo de duración necesario para el blanqueamiento de los dientes basado en la severidad de la decoloración de tus dientes y tus necesidades específicas.

¿ COMO ES TAN EFECTIVO EL SISTEMA DE BLANQUEAMIENTO?

El blanqueamiento es efectivo en la mayoría de las coloraciones causadas por edad, tabaco, café y té.

Basados en estudios clínicos el 96% de pacientes con estas clases de coloraciones han experimentando algún efecto de aclarecimiento otros tipos de coloraciones y como las producidas Por uso de tetraciclina o fluorosis responden al blanqueamiento más confiable y unos productos de cosmeticos dentales son que los sistemas de blanqueamiento no son completamente predecible.

Si tu tienes dientes con obturaciones dentales de color. Cuando tus dientes son blanqueados, la obturación se vuelve amarilla las restauraciones dentales no cambian de color cuando el blanqueado es aplicado

¿HAY ALGUNOS EFECTOS COLORANTES AL BLANQUEAMIENTO DENTAL?

En algunos estudios, los pacientes han experimentado efectos incómodos de colorantes de corto tiempo cuando tienen su blanqueamiento dental el

peróxido de hidrógeno puede incrementar sensibilidad térmica en los dientes particularmente en otras concentraciones y guardas nocturnas causan algunas irritaciones en la encía.

ART.- 2

La combinación del blanqueamiento intracoronario y extracoronario representa un tratamiento conservativo que restaura la estética, oscurecimiento o coloración no vital los riesgos eventuales y las dificultades acompañadas tal como la técnica no vital a menudo puede ser exitosamente aclarada. Este artículo representa unas alternativas para el blanqueamiento no vital también como en el caso clínico ilustrado y el protocolo clínico para la técnica

Clínica-protocolo:Dental-pulpa/Gangrena/complicaciones.

Cuidado del paciente, selección de este:(conducto) terapia: raíz-resorción-etilología-efectos adversos-blanqueamiento dental: Diente decolorado-etilología.

Este artículo menciona que la liberación del uso de peróxido de hidrógeno en las tres técnicas del blanqueamiento administradas por el profesional la cual se realiza una historia clínica y que técnica desde el punto de vista es más seguro

Seguridad sobre todo relativamente del blanqueador de los dientes no vitales y vitales, por oficina, ventajas en seguridad nocturna y desventajas en diferentes opciones del blanqueamiento también como indicaciones, para el uso individual o combinado en las técnicas, son discutidas en suma, indicaciones especificadas para el uso del blanqueamiento no vital en seguridad nocturna presentada.

Aunque el blanqueamiento dental ha sido conocido por el profesional dental hace más de 100 años, el nuevo conocimiento por el profesional dental está continuamente poniendo superficies

Este repaso discute la literatura 1990 a 1999 en dos técnicas blanqueadoras no vital (termocatalítico) y tres clases de técnicas blanqueadoras vitales (de oficina: prescripción dental, aplicación en el hogar; estuches). La elección del blanqueador no vital es el medio para blanquear, con el uso de perborato de sodio teniendo menos potencial para resorción cervical. La opción las técnicas blanqueadoras vital son aun prescritas por el dentista, técnicas de aplicación para el hogar, la técnica de oficina, o una combinación de los dos, la unión debería ser restaurado en dos semanas despues del tratamiento (blanqueamiento) microabrasión es una segunda opción para ciertas decoloraciones. Estas técnicas de blanqueamiento es acogidas, cuando se usan de una manera profesional apropiada, parecen tan seguras como otros tratamientos comunmente usados.

MESM=Boratos: Aparatos Dentales. cuidado en el hogar-Esmalte Dental-Efectos farmaceuticos: Peróxido de Hidrógeno: Peroxidos: Tetraciclinas-efectos adversos; Química Descoloración Dental: Urea-análogos y derivados. RED: Métodos de blanqueamiento en el diente.

Técnicas del blanqueamiento dental vital y no vital son revisados. Técnicas comunes y sus orígenes son investigados y los apropiados por varios métodos examinados. La investigación común muestra que el blanqueamiento, mientras es altamente efectivo debe ser con precaución. El proceso de blanqueamiento no puede ser examinado enteramente benigna. La entrada de flujo de agentes prescrita para administración para el hogar usado por el odontólogo es particularmente deficiente en la cantidad de independiente investigación referida en sus efectos largo en los tejidos orales.

Red. Desvitalización de la pulpa dental. rehabilitación del esmalte moteada dental. decoloración dental inducida químicamente. Dientes decolorados terapia.

ART.- 3

El blanqueamiento de dientes no vitales que está descrito en este artículo ha demostrado dar un buen resultado clínico, y porque es una forma fácil de aplicar nosotros creemos que es la opción para el tratamiento del diente, así tenemos un diagnóstico real considerando que los resultados que nosotros podemos obtener. La selección ha sido hecha para que procedamos al blanqueamiento. Las sustancias que usamos son fácilmente obtenidas, superoxol y perborato de sodio, la preparación del diente empieza con removimiento de cualquier restauración, o tejido decaído que puede ser presentado después de este material removido de la cámara pulpar 1mm de bajo de margen gingival, entonces se limpia perfectamente la cámara, después deshidratamos el conducto, luego ponemos una torunda de algodón en la parte vestibular de la corona se coloca una torunda de algodón con superoxol, colocando un instrumento (caliente), se remueve el algodón con perborato de sodio y pasta de peróxido de hidrógeno en la cámara y se sella con cavit esperando los resultados en 3 a 7 días

RED. Boratos. Desvitalización de la cámara pulpar. Abstracto-ingles Peróxido de Hidrógeno, Terapia de Decoloración Dental.

RED: Métodos de Blanqueamiento.

Blanqueamiento en dientes vitales: la técnica blanca y brillante es un nuevo sistema de blanqueamiento vital y no vital en dientes en la cual es un cosmético y un método conservativo de tratamiento en la detención de la decoloración por sustancias ingeridas, traumas y otras causas. El sistema también permite las detenciones individuales con un rango de detención a la blancura de sus dientes para conocer las demandas de los cosméticos Este artículo revisa la literatura examina los efectos de blanqueamiento convencional presenta un nuevo método para el blanqueamiento de dientes vitales y no vitales

ART.- 4

¿ QUÈ ESTÀ INVOLUCRANDO?

El dentista determinará si eres un candidato para el blanqueamiento y qué tipo de sistema proveerá los mejores resultados.

Si tienes prisa para tener dientes más blancos, puedes decidir tener aclaramiento en tus dientes inmediatamente. Tu dentista usará uno y otro sistema de blanqueamiento en oficina o blanqueamiento láser. Sin embargo, la mayoría de pacientes elige el método de blanqueamiento que el Dentista va a supervisar, la cual es más económica y posee los mismo resultados.

En la siguiente cita si no elige el blanqueamiento por láser, el Dentista tomara impresión de sus dientes para fabricar un aparato bucal especialmente para el

El aparato bucal esta hecho a la medida para que pueda ser usado confortablemente mientras estas despierto o dormido el aparato bucal guarda nocturna es delgada que podrá hablar y trabajar mientras los uses Junto con el aparato bucal recibirás los materiales de blanqueamiento, el Dentista dará instrucciones de cómo aplicar y como usar el aparato bucal.

Algunos sistemas de blanqueamiento recomiendan blanquear tus dientes de 2 a 4 horas al día generalmente este tipos de sistemas mejora en pacientes con dientes sensibles. Otros sistemas recomiendan blanqueamiento en la noche mientras duermen Este tipo de sistema requiere generalmente y únicamente de 10 a 14 días para completar.

¿ CUÁNTO DURA?

El aclaramiento deberá durar 1 a 5 años dependiendo en los hábitos personales tales como fumar, beber café y té. En este punto puedes elegir y

obtener un retoque, este procedimiento puede no ser tan constante por que todavía puedes utilizar el mismo aparato bucal

Por años nuestra practica dental opuesta al blanqueamiento de material que no estamos seguros de su seguridad y eficacia.

Hace 3 años descubrimos el sistema platium de colgate Este producto esta aprobado por la ADA y certificada, se utiliza en las noches mientras un paciente usa un aparato nocturno suave y especial.

TIEMPO DE TRATAMEINTO

¿ CÓMO TRABAJA?

El ingrediente activo en la mayoría de los agentes blanqueadores es del 10% de peróxido de carbamida (CH₄N₂O₂), también conocido como peróxido urea, cuando el agua toca este cristal blanco la liberación de peróxido de hidrógeno a través de los dientes.

¿ES SEGURO? ¿AFECTA ALGUN BORDE?

Varios estudios, que se hicieron los pasados 5 años, han aprobado que el blanqueamiento es seguro y efectivo La ADA ha otorgado su sello de validez algunos productos blanqueadores dentales Algunos pacientes pueden presentar una irritación en las encías o dientes sensibles, las cuales volverán su estado normal cuando el tratamiento haya terminado

¿CUÁLES SON LAS ESPECTATIVAS?

Nadie puede predecir realmente en cuanto el aclaramiento será obtenido Cada caso es diferente, típicamente hay un desarrollo de dos sombras como vista en la guía del Dentista

El éxito del porcentaje depende en el tipo de manchas envueltas en tu cambio de color de gris a un matiz más claro de gris por ejemplo. El blanqueamiento no aclarece materiales artificiales tales como resinas, silicatos o porcelanas.

ART.- 5

UNA COMPARACIÓN TRADICIONAL Y AGENTES BLANQUEADORES SIN PERÓXIDO.

Premolares únicos en raizados, manchados con sangre utilizando la técnica ideada por Freccia Peters (1981) fueron sometidos al tradicional y agentes blanqueadores sin peróxido. Los cambios de color fueron recorridos por un período de 7 días usando un acelerador R75- CP Reflexión Densitometro. El más eficiente eliminador en manchas aparecidas después de la aplicación del 30% de peróxido de hidrógeno con perborato de sodio empezando con un 75% de efectividad. Todos agentes blanqueadores realizan su eficacia óptima sin los 3 primeros días. Una combinación de las 3 encimas (amilasa, lipasa y tripsina).

No fue efectivo con los agentes blanqueadores rutinarios; sin embargo, la combinación si tuvo un efecto modificador en las manchas de sangre. Se sugiere que los otros agentes sin peróxido deberían ser investigados para determinar su eficacia al remover manchas de dientes manchados por sangre experimentalmente incluidos.

Desde que el primer informe usa agentes para blanquear los dientes decolorados que fueron publicados en 1877 por Chapple (1) muchos agentes diferentes han estado usando con variado éxito. Estos agentes nuevos incluyeron ácido oxálico e hipoclorito de calcio (2), peróxido de hidrógeno (3), peridrol (30% solución de peróxido de hidrógeno en agua) (4) y clorino (5) El primer uso registrado de una solución de perborato en peróxido de

hidrógeno, el cual fue activado por una fuente clara delineada por Prinz (6) en 1924. Pearzon (7) uso la mezcla volátil del 25% de peróxido de hidrógeno, y 75% de éter el cual fue activado por una lámpara fotopolimerización produciendo calor y luz para liberar las cualidades de los solventes del éter. Un método involucra el lugar de un algodón saturado Pellet "superoxol" (30% de peróxido de hidrógeno) dentro de la cámara pulpar y colocando un instrumento caliente que fue ideado por Stewart (8) y ha sido referido como el "termocatalíticamente" activado en la técnica blanqueadora. Una técnica blanqueadora más simple se usa en la mezcla de perborato de sodio y agua la cual es sellada en la cámara pulpar, fue propuesta por Spaseer (9) y ha llegado a ser conocida como el método "blanqueador caminante" (ambulatorio) una versión modificada de esta técnica, propuesta por Nutting Poe (10), en la cual 30% de peróxido de hidrógeno fue sustituido por agua, ha sido referido como el método de combinación del blanqueamiento en marcha.

ART.-6

BLANQUEAMIENTO SIMULTANEO EN DIENTE VITAL Y EN UN DIENTE NO VITAL EN LA CAMARA PULPAR 10% DE PERÓXIDO DE CARBAMIDA

Objetivo :

El propósito de este estudio fue evaluar la efectividad del blanqueamiento de diente no vital con una cámara pulpar o conducto radicular abierto mientras el blanqueamiento simultaneo del otro diente vital con 10% de peróxido de carbamida

Métodos y Materiales:

Diez dientes descoloridos sin vida fueron tratados. Cada diente no vital fue preparado con la técnica convencional "blanqueamiento en marcha " así que la gutapercha fue sellada dentro del conducto de la cámara pulpar. El 10% de peróxido de carbamida fue inyectado en el conducto del diente no vital y cargado al bendaje a la medida para todos los dientes no vitales fueron blanqueados de la parte externa e interna se colocó en el conducto un algodón de pellet durante el día y lo cambio después de las comidas. El paciente aplica solución fresca cada noche.

Resultados:

Todos los dientes fueron exitosamente aclarados, el tiempo requerido para aclarar el diente no vital fue relacionado a la duración de la decoloración.

Conclusiones:

Con la selección adecuada del paciente e instrucción, esta técnica puede proveer una forma efectiva para blanquear simultáneamente los dientes vitales y no vitales, especialmente donde el tratamiento se extiende en el tiempo que puede ser requerido para las decoloraciones difíciles (quinta esencia int 1998).

Formula:

Peróxido de carbamida, guarda nocturna blanqueamiento vital y no vital método empleado blanqueamiento en marcha.

Análisis Clínico:

El uso del 10% de peróxido de carbamida en una cámara pulpar o conducto radicular abierto la técnica aplicada por bendaje para blanquear dientes no vitales puede ser una opción en el tratamiento blanqueador más simple y más eficiente en su costo, especialmente para que muchos que típicamente requerirán de varias visitas al consultorio

CONCLUSIONES

El blanqueamiento es un tratamiento importante hoy en día, para los pacientes ya que esto mejora su apariencia personal, o haciéndolos más jóvenes, simpáticos y sanos.

Es necesario contar con este tipo de técnicas en la cual se puede valorar la permanencia de los efectos del blanqueamiento para comprobar que dientes están indicados, y contraindicados para este tipo de procedimientos.

El primer paso necesario para la acumulación de una serie de acontecimientos sería realizar como se mencionó en los capítulos anteriores una buena historia clínica con la cual podemos llegar a un diagnóstico y tratamiento eficaz que consiste en la valoración, cuantificación y descripción de las decoloraciones antes y después del mismo tratamiento.

Un segundo paso sería investigar el mecanismo por el que se opera el blanqueamiento, lo cual permite predecir mejor qué pacientes, son candidatos a los mejores beneficios, comprender porque es variable y predecible la duración de estos procedimientos de blanqueamientos.

La mayor parte de los blanqueamientos en dientes vitales y no vitales requieren retoque de un plazo de 1 a 3 años.

Debemos darle a los futuros pacientes y a los clínicos un entendimiento más amplio, con respecto a las posibilidades del blanqueamiento y de sus limitaciones

BIBLIOGRAFIA.

- ENDODONCIA "LOS CAMINOS DE LA PULPA"
AUTOR: COHEN/BURNS
- ACCESO 1
AUTOR: PEDRO ARDIN
- BLANQUEAMIENTO DENTAL
AUTOR. J.J MESSING
- TEXTO Y ATLAS DE TECNICAS CLINICAS ENDODONTICAS
AUTOR ROMANE
- ENDODONCIA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTOS
AUTOR. PETER H A. GULDENER
- BASES PRACTICAS DE LA ODONTOLOGIA ESTETICA
AUTOR BRUCE J. CRISPIN
- GRABADO COMPUESTO ESTETICO
AUTOR RONALD E. JORDAN
- PRACTICA ENDODONTICA
AUTOR. GROSSMAR
- ENDODONCIA
AUTOR INGLE
- ENDODONCIA
AUTOR ANGEL LASALA

- ENDODONCIA VOLUMEN 12 No 2 ABRIL-JUNIO –94
AUTOR: J.L. COUCE VIGO
- ENDODONCIA VOLUMEN 11 No 1 ENERO-MARZO-93
AUTOR: M. SOTO FIGUERIAS/A RODRIGUEZ PONCE
- ENDODONTICS DENTAL TRAUMATOLOGY 1997
- ENDODONTICS DENTAL TRAUMATOLOGY 1998