



27
4/5
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**LESIONES TRAUMATICAS EN
DIENTES INFANTILES**

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:**

AREOPAJITA VALADEZ PINEDA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F. 1989



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E.

INTRODUCCION.

I.-	HISTORIA CLINICA	3
	1.- Historia médica.	
	2.- Historia odontológica.	
	3.- Examen radiográfico.	
	4.- Historia del accidente.	
	5.- Forma para lesiones dentales.	
II.-	CLASIFICACION Y TRATAMIENTO DE FRACTURAS CORONA - RIAS.....	8
	1.- Clase 1.	
	2.- Clase 2.	
	3.- Clase 3.	
	4.- Clase 4.	
III.-	TRATAMIENTO DE PERDIDAS DENTALES	23
	1.- Clase 5.	
	2.- Reimplantes.	
	3.- Substitutos protodénticos.	
IV.-	FRACTURAS RADICULARES	29
	1.- Clase 6.	
	2.- Clasificación y tratamiento.	
V.-	DESPLAZAMIENTO DE LOS DIENTES	33
	1.- Clase 7.	
	2.- Clasificación	
	3.- Tratamiento.	
VI.-	FRACTURA MASIVA DE LA CORONA	37
	1.- Clase 8.	

2.- Tratamiento.

VII.- ESTABILIZACION DE DIENTES LESIONADOS 39

- 1.- Técnica de ferulización con grabado al ácido y alambre de estabilización.
- 2.- Técnica con sistema adhesivo únicamente.
- 3.- Técnica con hilos metálicos.
- 4.- Técnica con alambrado a barras de arco quirúrgicas.
- 5.- Técnica con banda y férula de alambre.
- 6.- Técnica de férula acrílica.

VIII.- PREVENCIÓN DE LESIONES DENTALES 48

- 1.- Corrección ortodéntica.
- 2.- Protectores bucales.

CONCLUSIONES 52

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

La pérdida o fractura de dientes anteriores infantiles es tal vez el problema dental que tiene mayor impacto psicológico en los niños, a continuación se describirá como diagnosticarlas, hacer el tratamiento y dirigir la conducta del niño durante el tratamiento.

Es responsabilidad del odontólogo preservar la vitalidad de los dientes lesionados cuando sea posible y restaurarlos hábilmente su aspecto original, sin producir traumatismos adicionales y sin dañar la integridad del diente. Las extracciones injustificadas de dientes lesionados, sin haber considerado previa y cuidadosamente la posibilidad de salvarlos, nunca deberá tener lugar en buenos consultorios dentales.

Teniendo en cuenta que el tiempo, en el tratamiento de fracturas o desplazamientos, es un elemento de gran importancia, deberá tratarse de ver al paciente en el consultorio de inmediato.

Con la ayuda de los materiales de restauración que existen hoy en día, pueden restaurarse los dientes fracturados y lograrse un estado funcional y estético aceptable.

Es muy importante en las fracturas de dientes un estudio radiológico del diente por tratar pues nos ayudará para ver si existen fracturas alveolares, fracturas radiculares o cualquier patología periapical.

En cuanto a la estabilización de los dientes fracturados o desplazados, se fijarán por medio de férulas con hilos metálicos, alambre o barras de arco quirúrgicas, banda y férula de alambre o férulas acrílicas.

Es muy importante la prevención de las lesiones dentales por medio de protectores bucales para practicar deportes de contacto y corrección ortodéutica. Hacer tomar conciencia a los padres y a los niños de cuáles son las causas de las lesiones dentales y cómo prevenirlas.

I.- HISTORIA CLINICA.

1.- HISTORIA MEDICA:

El tratamiento se puede complicar si el niño tiene sensibilidad a ciertos medicamentos, problemas cardíacos que requieran protección antibiótica durante el tratamiento, o cualquier otro problema médico importante, - por ejemplo, hemofilia o diabetes. Establezca estos - problemas médicos por medio de una historia sinuosa antes de empezar el tratamiento.

No se altere por la presencia de sangre. La sangre de las heridas de los labios y otros tejidos blandos - con frecuencia atraen la atención y pueden causar una - demora innecesaria en el tratamiento de la lesión dental. Esto no implica, sin embargo, que las heridas masivas de la cara en las que arterias mayores se puedan haber roto no reciban atención inmediata. Suavemente - limpie la zona, trate el problema dental y luego envíe al paciente a tratamiento médico si es necesario.

2.- HISTORIA ODONTOLOGICA:

- a) Observación visual: para determinar tipo y extensión de la lesión, ver si las piezas están desplazadas o avulsionadas, si las piezas están fracturadas con o sin exposición pulpar, si se presenta laceración o hemorragia en los tejidos blandos.
- b) Manipulación: para determinar la movilidad o relativa firmeza de las piezas lesionadas.
- c) Pruebas de vitalidad: con vitalómetro o calor y -

frío para determinar la reacción relativa de la piezas afectadas. Estos métodos se han utilizado tradicionalmente como ayuda para establecer el plan de tratamiento. Sin embargo, los estudios clínicos e histológicos-correlacionados, no han logrado establecer una relación constante entre el estado biológico de la pulpa y las reacciones clínicas observadas en las pruebas. Deberán registrarse las pruebas de vitalidad en el examen inicial, y deberán utilizarse principalmente como modelo de comparación para pruebas hechas en visitas periódicas y para pruebas realizadas en piezas adyacentes.

d) Percusión: Debera utilizarse percusión, porque la sensibilidad al golpe puede indicar lesión en la membrana periodontal y otras estructuras de sostén.

3.- EXAMEN RADIOGRAFICO:

- a) Evalúe el tamaño de la pulpa y su proximidad a la fractura coronal.
- b) Calcule el desarrollo de la raíz.
- c) Observe si hay fracturas alveolares.
- d) Observe si hay fracturas radiculares.
- e) Observe cualquier patología periapical.
- f) Observe cualquier restauración o tratamiento endodóntico anterior.

Si no se encuentra el fragmento del diente roto y hay heridas en los tejidos blandos, se deben tomar radiografías de dichos tejidos.

Muy frecuentemente tales fragmentos pueden estar alojados en el tejido lesionado.

La prognosis de las piezas lesionadas dependera en gran parte del estado histológico de la pulpa. Habrá que ver si es vital o necrótica, moderada o gravemente inflamada. Para determinar el estado de la pulpa, el odontólogo evalúa los datos obtenidos en el examen clínico y de la historia, específicamente las quejas subjetivas del paciente y la reacción de la pieza a pruebas de vitalidad y percusión.

Se aconseja, por lo tanto, tratar de interpretar con discreción los resultados de la historia clínica y los exámenes iniciales al evaluar el estado pulpar de las piezas recientemente traumatizadas, y una respuesta negativa al probador de pulpa no deberá considerarse como prueba a primera vista de pérdida de vitalidad.

4.- HISTORIA DEL ACCIDENTE:

Obtenga una historia detallada del accidente haciendo las siguientes preguntas.

- a) ¿Cómo ocurrió? Esto dará información respecto a la magnitud del accidente y ayudará a determinar el pronóstico para el diente lesionado.
- b) ¿Cuándo ocurrió? Si la pulpa está expuesta o el diente avulsionado, el tiempo transcurrido desde el accidente es importante y el tratamiento puede variar de acuerdo con esto.
- c) ¿Dónde ocurrió? Si el diente se ha perdido o se ha roto, hay que encontrarlo. El lugar donde ocurrió el accidente también es importante, habida cuenta -

de la protección contra el tétanos. Si el diente no se puede encontrar en el lugar del accidente, habrá que examinar cuidadosamente los tejidos blandos - heridos, tanto visual como radiográficamente.

- d) ¿Hubo lesión anterior en esta zona? Si es así, el diente puede haberse en el proceso de degeneración pulpar y el potencial de curación queda disminuido.
- e) ¿Hubo tratamiento dental anterior en el diente lesionado? Si la pulpa había sido manipulada anteriormente por un tratamiento restaurador extenso o tratamiento pulpar, el potencial de curación queda disminuido.

5.- FORMA PARA LESIONES DENTALES

Fecha del examen-----

Nombre del paciente----- Edad-----

Dirección----- No.de teléfono-----

Nombre de los padres-----

HISTORIA DE LA LESION:

Día en que se lesionó-----

Hora en que se lesionó-----

Lugar donde se lesionó-----

¿Cómo ocurrió la lesión?-----

¿Existe historia de lesiones? si--- no---

en caso afirmativo, descrívalas-----

SEÑALES

SINTOMAS

Piezas afectadas----- Se presenta dolor al masticar

Tipo de fractura----- si--- no---

Exposición pulpar----- Reacción a la percusión

Movilidad----- si--- no---

Desplazamiento----- Reacción al calor

Color----- si--- no---

Pruebas radiográficas----- Reacción al frío

----- si--- no---

Lectura del vitalómetro

7 8 9 10

26 25 24 23

Tratamiento de urgencia-----

Examen posterior-----

II.- CLASIFICACION Y TRATAMIENTO DE FRACTURAS CORONARIAS.

1.- CLASE 1

Fractura sencilla de la corona; dentina no afectada o muy poco afectada.

Las fracturas que afectan solo al esmalte son aisladas de la porción central del borde incisal de la pieza, o fracturas mucho más comunes de ángulos incisivos proximales. El gran peligro en estas fracturas aparentemente benignas, radica en menospreciar los posibles efectos perjudiciales de conmociones en la pulpa.

TRATAMIENTO

Si se examina al paciente poco tiempo después del accidente, puede cubrirse el borde fracturado con algún adhesivo comercial para proteger la pulpa contra mayores irritaciones. Si la fractura es ya antigua cuando la examina el odontólogo, y la pulpa está vital y asintomática, puede no ser necesaria cubrir alguna parte para proteger o mitigar.

Si la pieza ha sido recientemente fracturada, deberá citarse al paciente para seis u ocho semanas después. En esta visita, se tomarán radiografías periapicales y se registrará cualquier cambio de color en el diente. El cambio de color de una pieza permanente trau-

matizada generalmente indica pérdida de vitalidad pulpar. Deberán llevarse a cabo en este momento pruebas de vitalidad, y deberán compararse las tomadas en el examen inicial.

Todos los resultados de estas pruebas posteriores son más seguros que los tomados inmediatamente después de la lesión. Deberá advertirse a los padres del niño que la pieza puede volverse no vital y requerir terapéutica de canal radicular.

En fracturas donde se pierde un mínimo de sustancia dental, a menudo se pueden obtener resultados de buen efecto estético remodelando el borde incisal con un disco de diamante, en cuyo caso no sería necesario re-
taurar.

La pieza que es anatómicamente similar en el cuadrante adyacente puede redondearse de manera similar para lograr aspecto simétrico.

Rebajar el borde incisal deberá siempre empezarse - tan solo después de estar completamente seguros de que la pulpa se recuperó totalmente del impacto de la lesión.

2.- CLASE 2.

Fractura extensa de la corona, afectando a considerable cantidad de dentina, sin exposición de pulpa.

Estas fracturas pueden ser horizontales, afectando a la superficie incisiva completa, o pueden ser diagonales, en cuyo caso se pueden perder una gran porción del ángulo incisoproximal.

TRATAMIENTO.

Como en todos los casos de lesión, después de estudiar cuidadosamente la historia completa y evaluar los resultados del examen clínico, se comienza el tratamiento de urgencia.

Aunque en esta categoría de fractura el tejido pulpar no está visiblemente expuesto, es necesario tratamiento de urgencia para proteger la pulpa ya traumatizada contra más insulto de estímulos térmicos, bacterianos y químicos, y para acelerar la formación de una capa de dentina secundaria en el área fracturada.

Muchas fracturas dentinales, especialmente las de tipo horizontal, pueden estar tan próximas a la pulpa que será visible un color rosado por la delgada dentina de la pared pulpar. En el tipo de fractura diagonal que afecta a un ángulo incisoproximal, a menudo ocurren diminutas fracturas en la cámara pulpar, pero pueden ser tan pequeñas que escapen a la inspección. En cualquier caso, se aplica sobre la dentina una capa de hidróxido de calcio, estimulante para la dentina, sobre la línea de fractura. Deberá utilizarse un preparado comercial de hidróxido de calcio de fijación dura, que no se desplace hacia la pulpa al asentar la restauración.

ón temporal en caso de existir exposiciones diminutas.

Para asegurar la retención de la curación de hidróxido de calcio hasta que la pulpa se retire de la proximidad de la fractura y se haya formado una capa adecuada de dentina secundaria, deberá emplearse un retenedor temporal adecuado. Pueden emplearse a este efecto un adhesivo comercial, una banda ortodóntica, una forma de corona de celuloide obturada con material restaurativo de resina compuesta, o una corona de acero inoxidable.

SELLADO ADHESIVO.

Después de recubrir la dentina con capa de hidróxido de calcio, se puede sellar el lugar de la fractura con un adhesivo comercial.

La técnica de sellado adhesivo es rápida y no requiere rebajado de la estructura dental. Aunque no restituye la forma de la pieza, el material no ejerce efecto estético desagradable.

PROCEDIMIENTO

- a) Aplicar capas de hidróxido de calcio sobre la dentina expuesta.
- b) Grabar durante 1 minuto, con solución de ácido fosfórico al 50 por 100.

- c) Lavar y secar minuciosamente con la jeringa triple.
- d) Se aplica con un picel adhesivo líquido en el lugar de la fractura y se pinta sobre aproximadamente 2mm de esmalte labial y lingual adyacente a la fractura, se aplica luz ultravioleta, durante aproximadamente 30-45 segundos para endurecer el adhesivo.

BANDA ORTODONTICA.

Para retener la preparación de hidróxido de calcio, pueden utilizarse bandas ortodónticas preformadas o - bandas hechas a la medida.

Bandas hechas a la medida.- Se adapta al diente con presión manual una banda de acero inoxidable, de aproximadamente un cuarto de pulgada de largo (30mm) colocando lingualmente los bordes libres. Las dos extremidades de la banda se acercan entre sí en lingual, acomodándolas con pinzas How. Sin aflojar las pinzas, se extrae la banda de la pieza. Se puntea la banda y se corta el exceso de material hasta 1 mm de la banda. Se vuelve a asentar la banda en la pieza, y el sobrante de 1 mm se dobla contra la banda y se bruñe. Se extrae la banda de la pieza y el exedente bruñido se puntea.

Luego se contornea la banda, utilizando pinza de abombear, se vuelve a asentar con un aplicador de banda, y se comprueba su oclusión y retención, se puede obtener protección adicional para la curación paliativa en

briendo el borde incisivo con una banda pintada de c-
cero inoxidable ligada al aspecto labial y ligual de -
la banda. Después de lijar ligeramente la pieza, se ce-
menta la banda con un cemento comercial de óxido de -
zinc-eugenol y ácido etóxico-benzoico. La banda rodea
el lugar de la fractura y el cemento cubre y protege -
capa de hidróxido de calcio.

A pesar de que la banda ortodóntica es un instrumen-
to excelente para retener la curación, posee la gran
desventaja de ser antiestética, especialmente si se u-
tiliza en incisivos superiores permanentes.

CORONAS DE CELULOIDE.

Las formas de las coronas de celuloide se seleccio-
nan utilizando como guía para tamaño y forma de la pie-
za correspondiente en el cuadrante adyacente. Se recor-
ta cuidadosamente el margen gingival con tijeras curvas
para ajustarse aproximadamente 1 mm abajo del margen -
gingival libre. Se hacen dos orificios en el tercio in-
cisivo de la superficie lingual para que sirvan de sa-
lida a excesos de resina compuesta o aire atrapado.

Se mezcla el material de resina compuesta siguiendo
las instrucciones del fabricante y se va aplicando a
la forma de la corona con un instrumento de plástico -
en pequeñas porciones para evitar bolsas de aire. Se a-
sienta suave y lentamente la forma de la corona y el -

contenido de la pieza, cuidándose de evitar desalojar el hidróxido de calcio que cubre la dentina expuesta y dejar escapar el aire.

Se mantiene la corona en su lugar de tres a cinco minutos, hasta que se haya asentado el material. Cuando se haya completado la polimerización, se recortan los excesos de dentina de los orificios linguales y de los márgenes cervicales.

Se elimina la forma de la corona cortando en tiras el aspecto lingual con escalpelo y extrayendo la forma de celulosa así dividida. Se comprueba cuidadosamente la mordida para determinar si no hay puntos altos. Se utilizan discos abrasivos y piedras blancas de pulir y puntiagudas para el recortado y pulido final.

CORONAS DE ACERO INOXIDABLE.

Las coronas de acero inoxidable pueden recortarse, y adaptarse fácilmente a piezas anteriores fracturadas. Generalmente, no se requiere preparación del diente, - excepto eliminación del contacto proximal y extracción de pequeñas cantidades de esmalte en las áreas incisivas y del cíngulo.

En los nuevos tipos de coronas generalmente puede omitirse el abonado y distendido de la corona tan necesario en las coronas de tipo antiguo.

Ocasionalmente pueden ser necesarias pinzas de centerno número 112 para dar más fuerza al centerno proximal. El tipo de pinza número 114 (ancho), el número 115 (de anchura media) o el 007-118 (muy delgado) pueden utilizarse para centernear las puntas gingivales o para hacer más exacto el ajuste de la corona.

Cuando la corona se ajusta en su lugar y tiene ajuste gingival adecuado (luz abajo del tejido sin que exista blanqueo gingival excesivo) se comprueba la oclusión con papel de articular. Si se valancea o parece morcer muy alto se recenternea la corona.

Una vez ajustada, se lava y se seca a fondo, y se aplica una capa bastante espesa de cemento de corona, al diente y la corona. La corona se asienta firmemente con los dedos y se pide al niño que muerda.

Puesto que el aspecto estético es a menudo elemento importante, puede cortarse una "ventana" en la superficie labial de la corona y obturarse con material de resina compuesta de tono adecuado, después de cementar la corona.

La restauración temporal deberá permanecer en su lugar un mínimo de 8 semanas, lo que, según observaciones clínicas, se considera el período crítico para que la pulpa se normalice. Si el diente aparece sano clínicamente y en radiografía, se aplica una restauración intermedia o temporal-permanente, como una fundida de acrílico. Esta deberá ser conservada hasta que el niño

tenga edad suficiente para recibir un restauración per
manente, como una corona de porcelana.

3.- CLASE 3.

Fractura extensa de la corona, afectando a conside-
rable cantidad de dentina, con exposición de pulpa -
dental.

Si la fractura coronaria incluye exposición pulpar,
deberá tratarse para conservar la vitalidad de la pul-
pa. Si la pulpa queda expuesta, se contaminará. Es im-
perativo lograr tratamiento de urgencia para minimizar
contaminaciones bacterianas y de esta forma favorecer
la recuperación de la pulpa dental.

TRATAMIENTO.

El odontólogo puede tomar cuatro caminos: 1) recu -
brimiento pulpar, 2) pulpotomía, 3) pulpectomía con o
sin apicectomía, y 4) extracción del diente. La eleccí
ón dependerá del grado de exposición, del estado de la
pulpa y del grado de desarrollo del agujero apical, y
del grado de lesión de la raíz y tejido de soporte.

RECUBRIMIENTO PULPAR. Puede emplearse si la exposi-
ción es mínima y no tiene más de 24 horas. La fractura
puede estar cerca del cuerno pulpar, se puede observar
un color rosado a través de la delgada pared de denti-
na, o tal vez solo la punta misma del cuerno pulpar me
sial o distal puede verse expuesta a los líquidos buca

les. Un factor adicional que favorece este tratamiento es la presencia de un ápice ancho de formación incompleta.

a) Se administra anestesia local y se aísla el diente con un dique de caucho.

b) Se lleva a cabo el recubrimiento pulpar aplicando una preparación comercial de hidróxido de calcio con fuerza de compresión relativamente alta, sobre el tejido pulpar expuesto y las paredes circundantes de dentina.

Se coloca una banda ortodóntica, corona de celulosa de conteniendo resina compuesta, o de preferencia, una corona de acero inoxidable, para proteger la curación de hidróxido de calcio y el lugar de exposición.

Debemos subrayar que el recubrimiento pulpar deberá emplearse solo en dientes que presenten exposiciones muy pequeñas y muy recientes, en donde la pulpa aparezca saludable a pesar del traumatismo sufrido.

PULPOTOMIA. Cuando existe hemorragia moderada con exposición relativamente amplia, y se examina al paciente durante las 72 horas. Los incisivos con ápices anchos y formación radicular incompleta son considerados buenos candidatos para esta técnica, por la mejor capacidad de recuperación de la pulpa joven y por la difi-

cultad que existe para intentar los procedimientos endodónticos ordinarios.

a) Deberá administrarse anestesia local y aislar con dique de caucho.

b) Se expone la cámara pulpar completa, utilizando una fresa de pieza de mano de alta velocidad. Se lleva a cabo la amputación del tejido pulpar coronario con fresa redonda esterilizada (rotando en dirección contraria a las manecillas del reloj), en pieza de mano de baja velocidad, o con excavador de cucharilla afilado y esterilizado.

c) Después de controlar la hemorragia, se aplica una capa de hidróxido de calcio sobre el muñón pulpar y se aplica sobre esto una preparación de óxido de zinc y eugenol. Se coloca entonces una restauración temporal protectora.

Deberá examinarse clínica y radiográficamente el diente traumatizado que sufrió recubrimiento pulpar o pulpotomía. Criterios para juzgar el éxito del tratamiento: curso clínico asintomático, desarrollo apical normal continuado, y ausencia de resorción interna, resorción externa e infecciones periapicales.

Después de aproximadamente 6 meses, puede construirse una restauración de duración intermedia si la pieza permanece vital y sintomática.

PULPECTOMIA. O eliminación completa de la pulpa, se aconseja si la pulpa está degenerada, putrefacta o muestra vitalidad dudosa. Si la pulpa está expuesta más de 72 horas, generalmente estará infectada y sin salvación posible.

Piezas fracturadas con ápices radiculares totalmente desarrollados soportan bien los procedimientos endodónticos de instrumentación biomecánica y obturación - radicular.

El tratamiento de piezas anteriores jóvenes y traumatizadas, con agujero apical ancho y de desarrollo incompleto, requiere procedimientos especiales para lograr sellado apical completo. Las técnicas para buena obturación de piezas con desarrollo apical incompleto comprenden: 1) ensanchamiento invertido con conos de gutapercha, y 2) obturación radicular junto con intervención quirúrgica (apicectomía) y amalgama retrógrada.

Para el tratamiento de piezas inmaduras con ápices radiculares anchos, se ha descrito recientemente un tercer tratamiento alternativo. Este procedimiento permite la continuación del desarrollo apical en piezas permanentes no vitales hasta que la punta radicular pueda permitir procedimientos endodónticos corrientes.

Comprende tres etapas:

PRIMERO. Se limpia biomecánicamente el canal y se ensancha hasta el ápice.

SEGUNDO. Se empaca en el canal ensanchado, con el ápice de la pieza temporalmente sellado, una pasta - de un material resorbible tal como hidróxido de calcio y p-clorofenol alcanforado.

TERCERO. Se sigue el curso posoperatorio hasta demostrar radiográficamente el cerrado del ápice. Cuando se ha cerrado lo suficiente, se retira la pasta medicada y se aplica una obturación de gutapercha de la manera acostumbrada.

4.- CLASE 4.

Diente traumatizado que pierde la vitalidad con o - sin pérdida de estructura coronaria.

TRATAMIENTO.

1.- Raíz inmadura: técnica de apexificación completa. La apexificación de dientes permanentes jóvenes no vitales con raíz ápice divergentes es una técnica que induce al cierre apical ayuda a facilitar el tratamiento endodónticoconvencional por medio de la obliteración del conducto y sellado del ápice. La apexificación tiene una ventaja definitiva sobre el tratamiento convencional del conducto radicular en este estadio de desarrollo de la raíz.

TECNICA

- a) Administre anestesia local.
- b) Aísle los dientes con dique de goma.

c) Con una fresa en forma de pera o de fisura a alta velocidad, penetre en la cámara pulpar.

d) Con una fresa redonda estéril de mango largo número 4 o 6 relativamente gastada, o con un excavador afilado en forma de cuchara de los empleados en endodencia, extirpe el tejido coronario hasta los muñones pulpares en los orificios de los conductos (tenga cuidado de no perforar el suelo pulpar en los dientes multirradiculares) e irrigue los residuos.

e) Tome radiografías para determinar la longitud y el número de conductos presentes.

f) Extirpe el tejido pulpar remanente de los conductos. Evite llevar apicalmente el tejido infeccioso - pues se puede forzar hasta la región periapical. - Conserve siempre los conductos húmedos e irriguelos ocasionalmente para disolver los residuos de tejido orgánico, elimine las limaduras dentinales y esterilice los conductos. Use jeringa hipodérmica llena de solución de cloramina-T para irrigar.

g) coloque una torunda de algodón humedecida con resol acetato (Cresatina) e incruste en el orificio del conducto, luego selle con óxido de zinc y eugenol.

h) Después de dos semanas, si el diente está sin síntomas, retire la curación. Un diente con un foramen abierto puede estar húmedo.

i) Repita la preparación quimicomecánica como en la primera cita.

j) Prepare una mezcla de hidróxido de calcio en polvo de reacción química con uno de los siguientes medicamentos: clorofenol alcanforado, cresil acetato o metilcelulosa. Añada sulfato de bario para que el material no pueda detectar en la radiografía.

k) Coloque la pasta en el conducto y use un empujador de endodencia para meterle hasta la región apical. Es necesario una radiografía para determinar la longitud.

m) Coloque un algodón en la cámara para proteger el medicamento, selle con óxido de cinc eugenol y cubra con cemento temporal de fosfato de cinc.

Evaluación.- Cite al paciente para una visita de revisión a los 6 meses. Cuando se obtiene una prueba radiográfica de cierre de la pared apical confírmelo retirando la curación y probando con un instrumento endodéutico. Si hay apexificación, proceda a una obliteración del conducto radicular por medio de métodos endodéuticos convencionales.

Raíz madura: Tratamiento convencional del conducto radicular.

III.- TRATAMIENTO DE PERDIDAS DENTALES.

1.- CLASE 5.

Pérdida de uno o más dientes como resultado de traumatismo.

2.- REIMPLANTES.

La reimplantación es un término usado para describir la reposición del diente que se ha salido del alveolo-intencional o accidentalmente. Es una técnica valiedera aunque el pronóstico a largo plazo no sea muy favorable en muchos casos.

El espacio de tiempo en que el diente está fuera de la boca es crítico. Un diente que ha estado fuera de la boca durante más de 30 minutos tiene poca posibilidad de sobrevivir permanentemente. La mayoría de las veces actuará como un cuerpo extraño y será rechazado por los mecanismos de defensa del cuerpo, como es evidente por la continua reabsorción radicular y la pérdida y la pérdida final del diente. En los dientes temporales, la reabsorción prematura de la raíz y la pérdida del diente ocurre más frecuentemente. Por este un diente avulsionado debe encontrarse y reimplantarse lo más pronto posible.

Cuando una persona llama al consultorio e informa de un diente avulsionado, infórmele de la importancia

de la reimplantación inmediata e instrúyale en el siguiente proceso:

1. Encontrar el diente perdido.
2. Limpiar el diente con agua corriente.
3. Observar la raíz del diente para observar posibles fracturas.
4. Observar la boca del niño, los dientes y las encías, para ver posibles problemas que puedan dificultar la manipulación con una persona poco experta.
 - a. Dientes contiguos desplazados o muy móviles.
 - b. Heridas e inflamación de las encías y labios.
 - c. Dolor fuerte.
5. Reimplante el diente inmediatamente si las condiciones son favorables y el que lo va a efectuar es capaz de hacerlo. Manténgalo presionando, durante 5 a 10 minutos.

6. Traiga al niño inmediatamente al consultorio para una cita de emergencia, en la cual:

- a. Se revisará la historia médica y dental y se comprobará la protección contra el tétanos.
- b. Se efectuará un examen visual. Obsérvese si los tejidos blandos tienen otras lesiones.
- c. Obsérvese la posición del diente reimplantado. Si el diente ha sido reimplantado hacia atrás o en mala posición, rectifíquela.
- d. Efectúese un examen radiográfico. Obsérvese si hay fracturas alveolares, si hay otras posibles dientes lesionados y el estado del diente reimplantado y

tejidos vecinos.

e. Estabilícese, si es necesario, el diénte reimplantado tal como se describirá más adelante en el capítulo VII y recomiéndese al paciente una dieta de alimentos blandos durante una semana. La dieta es más crítica cuando la estabilización no es obligatoria, como en los casos siguientes.

1) Díentes que se sostienen en su lugar por los diéntes contiguos y en buena alimentación.

2) Díentes que se resisten a la removición por presión de los aces.

3) Cuando el alvéolo no está afectado hasta el punto de que el diente pueda ser fácilmente desplazado labial o lingualmente.

4) Pacientes y padres dignos de confianza.

En estos casos póngale al niño una dieta de líquidos durante tres días, seguida por una dieta de alimentos blandos durante dos semanas.

f. Examine al niño semanalmente hasta que la reimplantación está definitivamente fija.

g. Si está indicado, efectúe un tratamiento del conducto radicular.

h. Compruebe la vitalidad de la pulpa en las citas siguientes, o si se ha hecho el tratamiento del conducto radicular, haga una revisión periódica para asegurarse de que la curación es total.

Si la persona responsable del niño es incapaz de re

implantar el diente avulsionado con éxito, debe instru-
ciarse para:

1. Encontrar el diente.
2. Limpiar el diente con agua corriente.
3. Envolver el diente en hielo picado o colocarlo -
en una solución de agua salina (una cucharadita de sal
en un vaso de agua tibia).
4. Traer al diente y al niño lo más pronto posible -
al consultorio para hacer la reimplantación:
 - a. Revise la historia médica y dental y asegúrese de la protección contra el tétanos.
 - b. Haga un examen visual. Observe otras lesiones de los dientes y tejidos blandos.
 - c. Examine el diente avulsionado para ver si hay fracturas radiculares.
 - d. Haga un examen radiográfico. Revise la extensión del daño del alveolo y observe otras posibles lesiones de los dientes.
 - e. Haga un raspado de la zona para eliminar cualquier coágulo de sangre de manera que el diente pueda ser asentado en la posición apropiada.
 - f. Reimplante el diente avulsionado y manténgalo en su sitio de 5 a 10 minutos con la presión de los dedos.

Si el diente ha estado fuera de la boca más de 30 -
minutos se puede efectuar un tratamiento endodéutico -
extraoral de la siguiente manera:

1. Mantenga el diente en gasa de algodón empapada -
en una solución salina normal.

2. Prepare el acceso al diente. Lime el conducto al tamaño apropiado.

3. Obture el conducto con una pasta reabsorbible como, por ejemplo, partes iguales de formocresol y éxido de cinc y eugenol.

Es cierto que los dientes que permanecen fuera de la boca por más de 30 minutos, tanto si se trata de dientes temporales como permanentes, se reabsorberán. Esto a veces tarda años en suceder, pero un material reabsorbible permitirá una reabsorción total sin dejar puntos de gutapercha en el hueso cuando la raíz del diente se reabsorbe a su alrededor. El tratamiento convencional del conducto radicular siempre es posible hacerlo años más tarde si el diente mantiene su integridad y el dentista piensa que se justifica.

4. Desgaste aproximadamente 2mm del ápice de la raíz con una fresa de alta velocidad de manera que la presión dentro del alveolo no desplace al diente reimplantado y reimplante el diente tal como se ha descrito anteriormente.

5. Estabilice.

NOTA: Si el diente avulsionado necesita una restauración y el paciente es de difícil manejo, la restauración también se puede llevar a cabo mientras se sostiene el diente en la mano antes de reimplantarlo.

3.- SUBSTITUTOS PROSTODONTICOS.

Un diente permanente anterior, perdido a causa de -

los efectos directos de un episodio traumatizante, o porque fallé en reaccionar a terapéuticas, puede requerir substitución protodéntica. La substitución deberá ser estética, funcionar al hablar y masticar, y evitar la inclinación de los dientes adyacentes.

En pacientes jóvenes, se construyen instrumentos temporales removibles, y se dejan hasta que todos los dientes alveolares han hecho erupción, hayan disminuido los cambios de hueso alveolar y las cámaras pulpares hayan retrocedido para permitir la preparación de substitutes fijos.

Al construir el aparato temporal, habrá que tomar en consideración las áreas donde harán erupción próximamente los dientes, y deberá preverse dejar las áreas de erupción fuera del área de la dentadura, o poder retirar fácilmente la dentadura en el área de erupción dental. Si se dejan brotar los dientes debajo de la dentadura, puede ocurrir una rápida descalcificación, en particular si los dientes no se cepillan frecuentemente.

El aparato removable puede construirse con acrílica, o con acrílico y metal. La elección del material dependerá de la permanencia deseada, la función a que se le destine y el diseño del aparato.

IV.- FRACTURAS RADICULARES.

1.- CLASE 6.

Fractura de la raíz, con o sin pérdida de estructura coronaria.

La mayoría de las fracturas ocurren en dientes con raíces plenamente formadas que están incrustadas en el hueso alveolar ya maduro.

2.- CLASIFICACION Y TRATAMIENTO.

Las fracturas pueden ocurrir:

- a. En el tercio cervical.
- b. En el tercio medio.
- c. En el tercio apical de la raíz.

Las fracturas radiculares son frecuentes y más difíciles de tratar son las que ocurren en el tercio medio.

El lugar de la fractura aparecerá radiotransparente - te en exámenes radiográficos y se pueden formular diagnósticos al hallar una línea radiotransparente que rompa la continuidad normal de la raíz.

En casos clínicos reales en los que haya dudas sobre la existencia de fracturas radiculares, se sugiere tomar radiografías en diferentes angulaciones para poder observar la raíz dental en cuestión desde diferentes perspectivas.

Cuando un paciente presenta fractura radicular los segmentos pueden estar en gran proximidad o pueden estar separados. Si están separados deberán tratarse con manipulación digital del segmento coronario, y, bajo anestesia local, llevar las extremidades a aposición - próxima.

a) TRATAMIENTO PARA FRACTURAS DEL TERCIO CERVICAL.

1. Administre anestesia local.
2. Elimine el segmento coronal del diente.
3. Retraiga el tejido gingival alrededor del diente y reduzca el hueso alveolar suficientemente para exponer la parte cervical de la fractura radicular.
4. Efectúe un tratamiento convencional del conducto radicular y prepare una restauración con endoprótesis y corona.

NOTA: La prognosis de fracturas de tercio cervical es mala por la dificultad que existe para estabilizar el segmento coronario y a causa de la facilidad de infección en el área de la fractura por bacterias de la fosa gingival y la saliva, pero un desplazamiento mínimo de la corona, reducción óptima y fijación inmediata son factores que llevan a pronósticos favorables.

b) TRATAMIENTO PARA FRACTURAS DEL TERCIO MEDIO.

1. Reponga el diente si ha sido desplazado.
2. Estabilice el diente si está móvil

3. Revise periódicamente la vitalidad de la y la estabilidad del diente.

Si el diente se desvitaliza:

1. Estabilice el diente si está móvil.
2. Administre anestesia local y coloque el dique de hule.
3. Prepare el conducto radicular en las dos - segmentos si es posible.
4. Con un perno de aleación de cobalto, obture el conducto radicular en forma convencional. En los dientes temporales use una pasta reabsorbible.
5. Revise con radiografías en las citas de seguimiento para asegurar el éxito del tratamiento.

Si la parte apical no puede ser preparada:

1. Prepare y obture el conducto en la parte coronal.
2. Deje la parte apical sola y revise periódicamente para ver si hay cambios patológicos.
3. Retire quirúrgicamente la porción apical si hay desarrollo patológico. La implantación endósea puede ser necesaria para restablecer la relación original corona-raíz si se retira la porción apical.

NOTA: En el diente temporal la parte apical puede reabsorberse por la erupción continua del diente permanente.

c) TRATAMIENTO PARA FRACTURAS DEL TERCIO APICAL.

Trátelo como se ha descrito previamente para la -
fractura del tercio medio. Si el diente se desvitaliza:

1. Prepare abnco segmentos para tratamiento de con -
ducto radicular y trátelo como se ha descrito en la -
fractura de tercio medio.

2. Si no se puede preparar el segmento apical, efec -
túe un tratamiento convencional de conducto radicular -
en el segmento coronal y deje la parte apical sola.

3. Si es necesaria la remoción quirúrgica del tercio
apical (apicectomía) debido a que existe patología, ha
ga una retromplatación para lograr un sellado correcto
del extremo de la raíz.

Estudios histológicos han mostrado que si se mezcla
tejido granuloso entre los segmentos radiculares, no -
se produce curación. Por lo contrario, se agranda la -
línea de fractura. Clínicamente pueden existir fístu -
las, y los dientes se presentan móviles y no vitales.
Radiográficamente, el hueso asociado con la fractura -
es radiotransparente. Estos casos se consideran frac -
sos.

V.- DESPLAZAMIENTO DE LOS DIENTES.

1.- CLASE 7.

Desplazamiento del diente con o sin fractura de la corona o de la raíz.

2.- CLASIFICACION.

Los dientes pueden desplazarse en varias direcciones:

1. Labialmente.
2. Lingualmente.
3. Intrusivos.
4. Extrusivos.
5. Avulsiones (estudiadas anteriormente).

3.- TRATAMIENTO.

a) Tratamiento para dientes con desplazamiento labial o lingual:

1. Al tratar dientes desarticulados o desplazados en dirección lateral o labiolingual, deberá reducirse el desplazamiento y volver a alinear los dientes en su posición inicial en cuanto sea posible. Si el desplazamiento no es demasiado pronunciado y se examina al paciente poco tiempo después del accidente, en algunos casos puede llevarse a cabo la reducción sin -

anestesia, colocando una esponja con gasa sobre los dientes desplazados y llevándoles a su posición con la mano, guiándose por los dientes adyacentes sanos.

2. Si el desplazamiento es considerable y doloroso al tacto, se puede realizar la reducción con anestesia local. En todas las reducciones dentales, el dentista deberá asegurarse siempre de que la alineación es normal y que no existe interferencia de mordida. Pueden hacerse aplicaciones calientes para reducir cualquier molestia inherente.

3. Estabilice el diente de 4 a 12 semanas, según el carácter del desplazamiento.

4. Observe el diente radiográficamente a las 2 - 3 semanas para ver si hay cambios patológicos o movilidad clínica, cambio de color etc.

5. Efectúe radiografías en las citas de seguimiento para revisar posibles cambios patológicos.

b) Tratamiento para dientes extruísos:

1. Los dientes deberán colocarse cuidadosamente, con la mano, en sus respectivos alveolos.

2. Deberán ferulizarse.

3. Efectúe radiografías en las citas de seguimiento para revisar posibles cambios patológicos, o movilidad clínica, cambios de color, etc.

c) Tratamiento para dientes intruídos:

1. Examine los otros dientes y las tejidas blandas.

2. Realice un examen radiográfico. Observe el diente lesionado, los demás dientes y el hueso alveolar por si hubiera fractura.

3. Espere, pues el diente puede hacer una nueva erupción espontáneamente.

4. Si el diente no hace erupción de nuevo, vuelva a poner el diente en posición.

5. Si el diente está profundamente intruído con la corona incrustada en el alveolo y la parte apical de la raíz en la cavidad nasal:

a. Vuelva a colocar el diente intruído con férulas.

b. Estabilice.

c. Revise a los 2 meses y retire la férula si el diente ya está fijo.

d. Observe al paciente periódicamente para ver si hay cambios patológicos y evaluar la vitalidad de la pulpa.

Se aconseja realizar pruebas pulpares repetidas en dientes desplazados durante un periodo de meses. Cuando ocurre intrusión o extrusión, la pulpa tiende a sufrir lesiones más graves. Por lo tanto, existe mayor -

porcentaje de pulpas no vitales, lo que resulta en mayor probabilidad de cese de formación radicular. La resorción radicular puede ser una consecuencia adicional. La prueba radiográfica de resorción radicular interna o externa es una indicación para realizar pulpectomía.

VI.- FRACTURA MASIVA DE LA CORONA.

1.- CLASE 8.

Fractura de toda la corona.

2.- TRATAMIENTO.

1. Trate de manera similar a las fracturas radiculares del tercio cervical.

2. Siga el resultado del tratamiento en citas de revisión.

3. En dientes temporales, si fuera necesario quitar la raíz, el diente ha de ser reemplazado protésicamente.

a. En la dentición temporal es mejor un aparato fijo porque el pequeño paciente no ofrece la seguridad de usar aparatos removibles. Se construye abundantemente los primeros o segundos molares temporales y haciendo un aparato de arco lingual. Se añade entonces una pequeña cantidad de acrílico en la zona del diente perdido, y se usa un diente de plástico para reemplazarlo.

b. En la dentición en desarrollo se usa para prótesis removable debido a los cambios de la dentición por la erupción y exfoliación de los dientes.

c. En la dentición permanente joven lo mejor es una restauración temporal-permanente con enésiste y corona de acrílico.

No se aconsejan las coronas de funda de porcelana - para restauraciones temporales-permanentes, porque para este tipo de preparaciones se necesita extensa eliminación de estructura dental. Como los predecesores - son quienes sufren con mayor frecuencia incisivos - fracturados, el traumatismo adicional debido a los procedimientos de rebajado en pulpas grandes y ya afectadas por cheque puede causar daño irreversible. Aunque se recomiendan las coronas de acero inoxidable y se utilizan como restauraciones temporales-permanentes, existen substitutos disponibles más estéticos y más compatibles con los tejidos gingivales.

VII.- ESTABILIZACION DE DIENTES LESIONADOS.

Los dientes severamente aflojados, desplazados o con fracturas radiculares requieren estabilización. Existen varios tipos de ferulización y cualquiera se puede emplear dependiendo del grado de movilidad de los dientes.

1.- TECNICA DE FERULIZACION CON GRABADO AL ACIDO Y ALAMBRE DE ESTABILIZACION.

a. Centersee alambre rectangular del calibre grueso (028) (el alambre redondo servirá en caso de que no se tenga el rectangular) para contactar las superficies labiales de los dientes.

b. Limpie las superficies labiales de los dientes.

c. Grave las superficies labiales de los dientes de acuerdo con las instrucciones que vienen con el sistema adhesivo que se ha de utilizar (generalmente, 1 a 2 minutos).

d. Alinee el alambre en los dientes y manténgalo con una cera blanda flexible.

e. Mezcle el adhesivo y aplíquelo al diente lesionado y a uno o más dientes a cada lado. Asegúrese de que el alambre está incorporado al acrílico.

f. Retire la cera cuando el acrílico se fragüe y su

la cualquier zona áspera.

g. Para retirar la férula:

1. Remueva el acrílico que cubre el alambre con la pieza de mano de alta velocidad y cualquier tipo de fresa recta. Libere el alambre y retírelo.

2. Retire el acrílico restante de las superficies del diente con un excavador.

3. Limpie el diente con una pasta fluorizada.

2.- TECNICA CON SISTEMA ADHESIVO UNICAMENTE.

a. Coleque de nuevo el diente apropiadamente.

b. Limpie todo el diente incluyendo las zonas interproximales y aquellos dientes que se usarán en la ferulización.

c. Grabe la zona interproximal y una pequeña parte de las superficies labial y lingual.

d. Mezcle el sistema adhesivo e irrigue abundantemente la zona grabada.

e. Mezcle el acrílico y aplíquelo al diente lesionado y a uno más dientes de cada lado.

f. Para retirar la férula:

1. Retire la masa de acrílico con una fresa pequeña recta en una pieza de mano de alta velocidad.

2. Fracture el acrílico interproximal colocando

la punta de un excavador entre la parte cervical de los dientes y haciendo una suave presión.

3. Raspe el remanente de acrílico con el excavador.

4. Si es necesario, pula las superficies interproximales con tiras finas de lija.

Esta técnica funciona bien para dientes que no están muy desplazados y en los que se requiere una estabilización mínima.

NOTA: Para grabar los dientes temporales o bien retire la capa exterior sin prisma del esmalte o traté con ácido dos veces más que en los dientes permanentes.

3.- TECNICA CON HILOS METALICOS.

a. Para ligar un diente anterior lesionado al incisivo y los caninos adyacentes, se puede utilizar 15 cm de hilo metálico de acero inoxidable de .020 pulgada de diámetro. Se impregna el hilo con solución esterilizante y se corta la extremidad en bisel para que, en caso necesario, atraviese el tejido.

b. Se aplica el hilo metálico por labial del diente anterior. Una extremidad está a varios milímetros más allá de la superficie distal del canino. El otro extremo se pasa de labial a lingual por el espacio interproximal entre el canino opuesto y el premolar adyacente

Se pasa este extremo alrededor del lado lingual del ca
nino, hacia el espacio mesial interproximal, y emerge,
por el hilo labial. Se dobla sobre el alambre labial y
hacia atrás, hacia el lado lingual, a través del mismo
espacio interproximal.

c. Se repite este proceso con cada diente anterior-
hasta que pasa entre el canino y el primer premolar -
del cuadrante adyacente.

d. Cada vez que el hilo emerge labialmente, se esti-
ra con unas pinzas; se utiliza un disco de rebajar pa-
ra colocar el hilo metálico apical a la altura de cen-
tro del lado lingual del diente.

e. Cuando se ha alambrado el segmento, se cruzan -
los dos extremos a 10 mm aproximadamente del canino. -
Los extremos cruzados se engrapan con un mango para a-
guja y se retuercen de izquierda a derecha hasta que -
casi se entran en contacto con el diente.

d. Se recorta el extremo libre y se vuelve hacia la
abertura interproximal.

c. Para lograr mejor estabilización, se pueden re-
forzar los hilos con acrílico.

4.- TECNICA CON ALAMBRADO A BARRAS DE ARCO QUIRURGICO.

Cuando uno o varios dientes están fracturados, pue-

den emplearse barras arqueadas quirúrgicas para lograr mejor estabilización.

a. Se ajusta la barra a los dientes de soporte, se hace que rodee al diente individual fracturado y se ajusta a la barra de arco horizontal.

b. Se ligan con hilo metálico cada diente a la barra.

Aunque este método se puede utilizar para raíces fracturadas, se utiliza más para inmovilizar dientes arrancados o dientes parcialmente desplazados.

5.- TECNICA CON BANDA Y FERULA DE ALAMBRE.

a. Se ajustan con bandas los dientes que se han de ferulizar y los adyacentes en ambos lados.

b. Se adapta un hilo ortodéntico de .030 pulgada - (0.75 mm) o de .036 pulgada (0.9 mm) al aspecto labial de las bandas.

c. Se retiran las bandas y se solda o puntea el hilo a las bandas.

d. Si el diente fracturado es demasiado sensitivo para unir con banda, se bandean los dientes adyacentes, y dos barras, una en labial y otra en lingual se soldan o puntean a las bandas que rodean a los dientes adya -

cantes.

6.- TECNICA DE FERULA ACRILICA.

- a. Se toma una impresión.
- b. Siguiendo las técnicas de aspersión o de pincelada, colocar el acrílico sobre el modelo.
- c. La férula deberá cubrir las dos tercias incisivas de las superficies labiales de los dientes, extenderse sobre las bordes incisivos y continuar 3 ó 4 mm cervicalmente a lo largo de las superficies linguales.
- d. Recortar y pulir la férula.
- e. Se cementa en su lugar la férula.

Las férulas acrílicas pueden modificarse para abrir la mordida, y de esta forma aliviar la fuerza de mordida sobre los dientes traumatizados.



Fig. 1. Férulización utilizando solamente un sistema adhesivo.

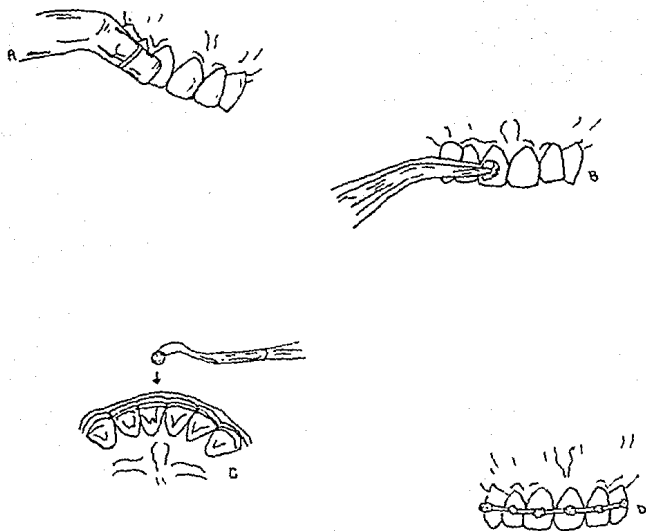


Fig. 2. Ferulización con gravado al ácido y alambre de estabilización. A, Limpie el diente traumatizado y los dientes que van a servir de estabilización. B, Trate los dientes con ácido. C, Coloque el alambre de estabilización y el adhesivo. D, Aparato de estabilización terminado.

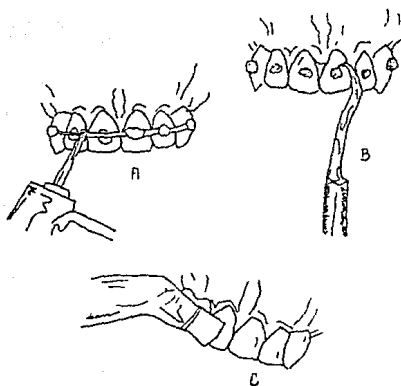
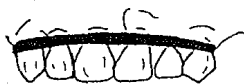


Fig. 3. Remoción de la férula. A, Retire el adhesivo - que recubre la férula de alambre con la turbina de alta velocidad. B, Retire el adhesivo restante con un excavador de mano. C, Limpie los dientes con pasta fluorada.



A



B



C

Fig. 4. Técnicas de estabilización. A, Barra de arco - quirúrgica. B, Alambre múltiple. C, Acrílico aplicado sobre el hilo metálico.

VIII.- PREVENCIÓN DE LESIONES DENTALES.

1.- CORRECCIÓN ORTODONTICA.

A medida que aumenta la sobre mordida horizontal, aumenta también la propensión de incurrir en fracturas de dientes anteriores. El niño con sobremordida horizontal de 1 a 5 mm, tiene una probabilidad entre 18 de sufrir una lesión en los dientes anteriores, el niño con sobre mordida horizontal de 10 o más tiene una probabilidad entre 6.

El niño particularmente si es varón, y entre 9 y 10 años, que muestre maloclusión de segunda clase, primera división, está prácticamente en la lista de los pacientes con fractura en los dientes permanentes.

Reconocer estos perfiles propensos a traumatismos y proceder a corregirlos será muy buena medida de prevención.

2.- PROTECTORES BUCALES.

El uso de protectores bucales debería ser una regla que obligue a todos los estudiantes escolares a usarlos cuando se hacen deportes de contacto.

Aunque los beneficios protectores derivados del uso de protectores bucales solos no pueden separarse del uso combinado de protectores faciales y bucales, puede comprenderse el valor de estos últimos para reducir la

siones dentales. También existe la impresión, apoyada por historias de casos y datos de laboratorio que los protectores bucales también pueden ser eficaces para reducir la frecuencia de concusión craneal.

Existen tres tipos de protectores bucales:

1. Los prefabricados.
2. Los formados directamente en la boca.
3. Los hechos a la medida basándose en un molde de arco dental maxilar.

Construcción de un protector bucal hecho a la medida con resina polivinílica termoplástica:

1. Se toma una impresión del arco superior, y se vierte un molde de la manera habitual.

2. Se recorta el área vestibular para permitir fácil acceso a la región del pliegue mucobucal.

3. Se recorta la base del molde para que la porción palatina posea un espesor máximo de 0.25 pulgada (6.25 mm); mayor espesor disminuiría la eficacia de la técnica de vacío que va a emplearse.

4. Se marca en el molde la periferia deseada del protector bucal. Se dibuja una línea en cervical al margen gingival del diente al rededor del paladar. En aspecto facial del molde se dibuja una línea a 3.1 mm del pliegue mucobucal y la inserción del frenillo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Se conectan las dos líneas en el área de la tuberosidad. Los contornos facial y palatino se cortan con una fresa redonda número 4, y se rocía el molde con un agente separador.

La resina de polivinilo se puede adquirir en láminas y para construir protectores bucales se requieren aparatos de vacío y calor.

5. Se ablanda al calor la lámina de polivinilo, y por aspiración se imprime en el molde preparado. Después de adaptar la lámina de polivinilo al molde, se da fin al vacío, y se deja enfriar el protector bucal adaptado.

6. Se retira del molde el protector bucal adaptado y se recorta por los márgenes cerados con la ayuda de tijeras. Se liman suavemente los márgenes con un disco de tela seca. Los bordes afilados creados al recortar a las áreas turbias creadas al limar, pueden eliminarse aplicando cuidadosamente la llama de un mechero de alcohol.

7. Si se va a poner un nombre al protector, se escribe en un pedazo de papel delgado y se sella contra el protector, cuando este está en el molde, utilizando una partícula de polivinilo y un instrumento caliente de punta aplanada. Después, se aplica llama al área.

8. Se inspecciona el protector bucal en el molde -

para comprobar la precisión del ajuste y la extensión adecuada de los bordes. Se corrigen las interferencias oclusales flameando la región causante y pidiendo al paciente que cierre sobre el material reblandecido.

Los protectores bucales de polivinilo se lavan con agua y jabón después de usarse, y se secan al aire. Antes de insertarlos en la boca, se humedecen con agua.

CONCLUSIONES.

Se desconoce el número exacto de niños que, cada año, - sufren lesiones en los dientes anteriores; sin embargo, la frecuencia, a juzgar por el número de estas lesiones que - se observan en clínicas y consultorios particulares es ele - vada.

Los dientes que más frecuentemente se ven lesionados en un episodio traumatizante son los incisivos centrales supe - rieres. Los niños presentan con más frecuencia fracturas - de dientes permanentes anteriores que las niñas, y la rela - ción es de aproximadamente 2 a 1. Los niños de 9 a 10 años son el grupo más susceptible a sufrir este tipo de lesio - nes en la dentadura permanente.

Se reconoce la existencia de "perfiles propensos a acci - dentes", se trata de niños que presentan dientes anterior - es en protrusión con maloclusiones de primera clase, tipo - segundo o segunda clase, primera división. Los niños con - el perfil que acabamos de mencionar presentan frecuencia - de lesiones en los dientes anteriores permanentes des va - ces mayor que los niños con otros tipos de maloclusiones.

Una lesión traumática que ocasione desfiguración en los dientes anteriores de un niño puede tener efectos psicoló - gicos importantes tanto en éste como en los padres, por e - se deben de ser tratadas inmediatamente. Al gunas lesiones necesitan poco o ningún tratamiento; sin embargo, la maye -

ría requiere técnicas de larga duración para proteger y estabilizar los dientes lesionados. Todas las emergencias requieren atención inmediata.

Las lesiones traumáticas tienen dos componentes: la parte clínica, que requiere habilidad, experiencia y buen juicio clínico, y la parte psicológica, en la que la paciencia y comprensión de niños y padres es necesaria.

BIBLIOGRAFIA.

Kenneth D. Snawier. MANUAL DE ODONTOFEDIATRIA CLINICA.

Editorial Labor, S. A.

Dr. Sidney B. Finn. ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

Quarta edición 1982, Editorial Interamericana.

Simon Katz, James L. Mcdenal, George K. Steekey. ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION.

Tercera edición, Editorial Panamericana.

Dr. H. William Gilmore, Dr. Melvin R. Lund. ODONTOLOGIA OPERATORIA.

Segunda edición 1983, Editorial Interamericana.

Spiro J. Chacanas. ORTODONCIA.

Editorial El manual moderno, S. A. de C. V.