

Dra. D^a. Patricia Gatón Hernández

7 DE FEBRERO DE 2008

Extracción o pulpectomía en dientes temporales.

Fundamentos para la decisión terapéutica y procedimientos clínicos.

La dentición temporal juega un papel determinante en el desarrollo y crecimiento de los niños, en aspectos como la fonación, masticación, apariencia, prevención de malos hábitos y guía de la erupción.¹ Debido a la importancia actual de la estética, los niños son cada día más conscientes de las repercusiones de la apariencia. Así, la pérdida de dientes temporales en sector anterior puede afectar la confianza y el desarrollo normal de su personalidad.² El mantenedor de espacio ideal, además de cumplir esa función principal, debe, a ser posible, reponer la estética, evitar la aparición de malos hábitos y permitir la función masticatoria, impidiendo la sobreerupción del antagonista.³ Por lo tanto, siempre y cuando sea posible mantener los dientes temporales, estos son los mejores mantenedores de espacio.

El tratamiento endodóntico en dientes temporales se ha preconizado desde 1932⁴, utilizándose una amplia variedad de materiales y técnicas. Si bien es

cierto que la pulpotomía es un tratamiento rutinario en la consulta de los odontopediatras, la pulpectomía (eliminación completa del tejido pulpar de la corona y la raíz), a pesar de estar indicada en muchos casos, y quizás, por ser considerado un tratamiento más complejo, no se realiza con tanta frecuencia y, en muchas ocasiones, se opta por la extracción a pesar de disponer de piezas dentarias que pueden ser restauradas en pacientes en los que no existe contraindicación sistémica o local.

Indicaciones de la pulpectomía:

1. Hemorragia excesiva en el muñón pulpar, al intentar hacer pulpotomía.
2. Necrosis pulpar.
3. Afectación ósea interradicular sin pérdida de sostén.
4. Reabsorción interna que no perfora la raíz.
5. Fracaso de la técnica de pulpotomía.

Contraindicaciones de la pulpectomía:

1. Corona no restaurable.
2. Afección periapical extensa o movilidad.
3. Reabsorción radicular extensa del diente temporal.
4. Reabsorción interna avanzada y que perfora la bifurcación.
5. Pacientes con infecciones recurrentes.
6. Dificultad en el control de la conducta.
7. Poca experiencia en endodoncia.

Conceptualmente, un diente con lesión periapical se caracteriza, en general, por sufrir un proceso de larga duración en el que se da un desequilibrio entre la resistencia orgánica y el número y/o la virulencia de los microorganismos.⁵ A diferencia de las lesiones en dientes permanentes, cuya localización mayoritaria es en el ápice, en molares temporales la localización de las lesiones es inter-radicular, y esto se debe a la presencia de canales accesorios entre la cámara y el área inter-radicular.⁶ (Figura 1).

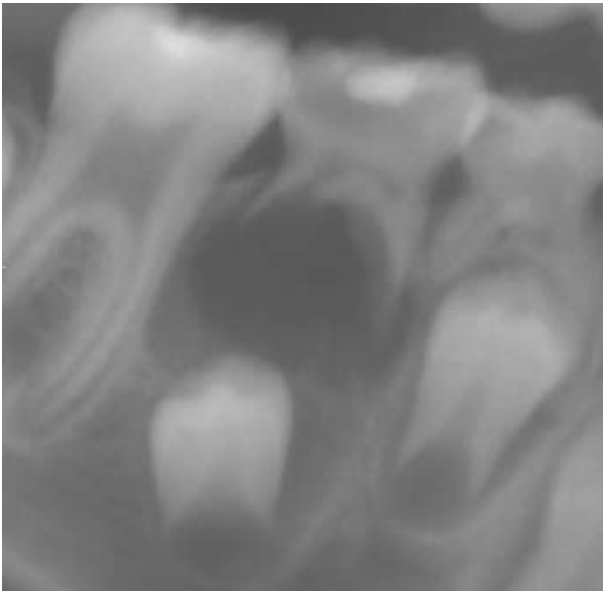


Figura 1.

Actualmente se considera que el éxito del tratamiento endodóntico depende de múltiples factores, siendo el más importante la reducción o eliminación de la infección bacteriana. La microbiota de los canales radiculares de dientes temporales está compuesta predominantemente por microorganismos anaeróbicos, particularmente gran negativos, siendo similar a la de los dientes permanentes, por lo cual la técnica endodóntica a grandes rasgos no difiere. De todas formas, existen ciertas particulari-

dades de los dientes temporales que debemos tener en cuenta, como son:

- Existe un menor grosor de esmalte y dentina y una mayor amplitud de la cámara pulpar, lo que implica que la apertura coronaria de estos dientes ha de ser más amplia.
- La ausencia de grandes curvaturas radiculares permite que el desgaste anticurvatura no tenga que ser muy acentuado.
- El límite apical de neutralización bacteriana del conducto necrótico, así como el límite apical de la instrumentación, deben respetar los límites de la reabsorción.
- El material de obturación de los dientes temporales debe ser reabsorbible.

Procedimiento clínico en pulpectomías:

- Radiografía de diagnóstico.
- Enjuague con clorhexidina al 0,12%.
- Anestesia.
- Aislamiento.
- Eliminación de la caries y desinfección de la cavidad.
- Apertura y acceso a los conductos.
- Irrigación/aspiración.
- Desgaste compensatorio.
- Instrumentación manual o mecánica.
- Irrigación/aspiración.
- Obturación de los canales con materiales antibacterianos y reabsorbibles.

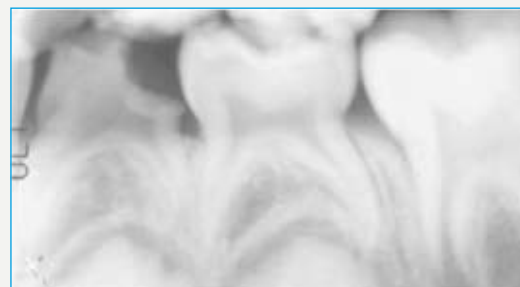


Figura 2.



Figura 3.

La evidencia de la eficacia de los tratamientos pulpaes puede evitar la extracción temprana de muchos molares temporales eliminando algunas de las complicaciones y costes asociados. Sin embargo, a pesar de no haber estudios clínicos que reúnan los requisitos para permitir evaluar esa evidencia, las pulpectomías realizadas en condiciones adecuadas por profesionales competentes en los casos en los que están indicadas tienen un alto porcentaje de éxito.

La toma de la decisión terapéutica en Odontología, como en otras áreas del campo de la salud, implica un conocimiento profundo de la patología a tratar, una actualización y entrenamiento constantes en nuevas técnicas y también ser conscientes en todo momento de nuestras habilidades y limitaciones a la hora de realizar los tratamientos. Debemos tener en cuenta que en odontopediatría son muchos los factores que influyen a la hora de valorar la posibilidad de extracción o de realizar un tratamiento pulpar complejo, como es la pulpectomía.

Bibliografía

- 1 Barberia L E; Lucavechi T; Cárdenas D; Maroto M. Free-end Space Maintainers: Design, Utilization and Advantages. J Clin Pediatr Dent 31(1):5-8, 2006
- 2 Kapur A., Chawla HS, Goyal A., GUaba K. An esthetic point of view in very young children. J Clin Pediatr Dent 30(2): 99-104, 2005.
- 3 González M, García I, Méndez M. Descripción y aplicación del mantenedor de espacio de Mayne. Odontostomatología & Implantoprotesi. 1993; 3: 132-40
- 4 Gerlach E. Root canal therapeutics in deciduous teeth. Dent sury, 1932;8:68-74
- 5 Becerra Da Silva. LE; Leonardo MR.; Nelson Philo P. Tratamiento endodóntico de dientes deciduos portadores de necrose pulpar e lesion periapical crónica. Cap. 19
- 6 Wrbas KT. Keilbassa AM. Hellwig E. Microscopic studies of accessory canals in primary molar furcations. J Dent. Child 1997 9:118-22

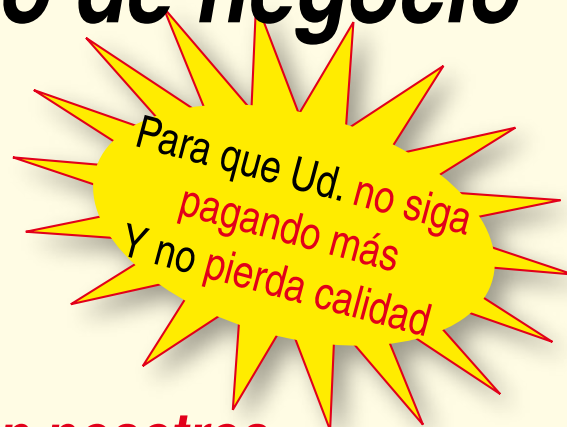
CEDEN INTERNATIONAL BUSINESS S.L.

“El nuevo concepto de negocio”

CORONA METAL PORCELA 27 €

PRÓTESIS COMPLETA 50 €

ESQUELÉTICO 40 €



No podrá dejar de trabajar con nosotros

C.I.B. Madrid: 91 640 74 10

Si no se lo cree... ¡¡¡PRUEBE!!!

Dr. D. Gary M. Heir

27 DE MARZO DE 2008

“Neuralgias post-implantes”

Los implantes dentales reemplazan las raíces de las piezas dentarias ausentes. Fabricados con titanio, se colocan en el maxilar superior e inferior inmediatamente después de la extracción dentaria o tras un período de cicatrización. En el plazo de unos meses el implante se integra en el hueso y sirve de anclaje para una restauración protésica.

La complicación más frecuente tras la colocación de los implantes es el daño a estructuras nerviosas adyacentes. El daño puede ser por lesión traumática directa o por una respuesta inflamatoria de los tejidos periimplantarios. La limitación anatómica para la colocación de los implantes es muy importante para prevenir la lesión del nervio mentoniano o el nervio dentario inferior, de la fosa nasal o del seno Maxilar, inervados por la segunda rama del trigémino. Es por ello muy importante hacer un correcto plan de tratamiento previo a la colocación de los implantes, asegurándose de que existe una cierta distancia de seguridad entre el ápice del implante y el techo del conducto dentario inferior o el suelo del seno maxilar.

La lesión nerviosa puede provocar cambios en la percepción sensorial. La invasión del seno maxilar puede a su vez causar una comunicación orosinusal e inflamación crónica. Los implantes colocados excesivamente cerca del seno pueden servir de vía de diseminación de infecciones de la cavidad oral en situaciones de mala higiene oral. Cuando se infecta un implante en el maxilar superior es muy fácil que la infección llegue a provocar una sinusitis.

Los nervios o la transmisión nerviosa sensorial se pueden ver afectados por procesos inflamatorios de vecindad, no necesariamente por lesión nerviosa directa. Por lo tanto, aunque la reacción inflamatoria es un paso esencial para la curación, la inflamación en la zona cercana a los implantes puede causar efectos negativos en los nervios adyacentes.

La inflamación provoca la aparición de dolor agudo y además puede ser el desencadenante de mecanismos fisiopatológicos que provoquen situaciones de percepción sensorial alterada y estados de dolor crónico. La inflamación perineural a lo largo del tronco nervioso sin daño axonal objetivable es suficiente para causar dolor en el órgano o estructura inervada por dicho nervio.

El conocimiento de las entidades que pueden provocar dolor y la comprensión de los mecanismos del dolor es la llave para el desarrollo de estrategias terapéuticas específicamente orientadas a la causa del dolor en lugar de al síntoma únicamente.

El primer paso para comprender los mecanismos consiste en entender la queja del paciente. Una breve lista de los términos descritos por los pacientes con neuralgia postimplante incluye:

- Alodinia: Dolor debido a un estímulo que normalmente no es doloroso.
- Hiperalgia: Respuesta dolorosa exagerada ante un estímulo normalmente doloroso.

- Parestesia: Sensación anormal, bien sea espontánea o provocada.
- Disestesia: Sensación anormal desagradable, espontánea o provocada.

El dolor puede originarse en un punto (source of pain, origen del dolor) y sentirse en otro (site of pain, localización del dolor), puede producirse por un estímulo táctil, asociarse a limitaciones del movimiento así como presentarse como sensación dolorosa sin que haya una evidencia clara de un estímulo nociceptivo y con frecuencia no responde a las medidas farmacológicas.

IMPLANTES

El plan de tratamiento es esencial para determinar de forma lo más precisa posible la ubicación del implante en relación con el resto de estructuras anatómicas. La mayoría de los autores aconsejan mantener una distancia de 2 mm entre el ápice del implante y el techo del conducto dentario.

La colocación de implantes osteointegrados tiene limitaciones anatómicas que deben ser respetadas para prevenir el daño neuronal. Los nervios y estructuras que con más frecuencia se lesionan son:

- N. dentario inferior y mentoniano.
- N. dentario superior y sus ramas.
- Seno maxilar y fosa nasal.

Con cierta frecuencia la compresión o lesión directa de estas estructuras produce una irritación o excitación de los nervios adyacentes por agresión mecánica directa o reacción inflamatoria en los tejidos de vecindad, afectando a la función neuronal.

El daño al tejido nervioso da lugar a:

- Cambios en la percepción sensorial.
- Perforación del seno maxilar que provoca una comunicación orosinusal y una reacción inflamatoria crónica.
- La afectación neuronal no requiere lesión nerviosa directa necesariamente sino que puede originarse por reacción inflamatoria de vecindad.

Inflamación:

Aunque la reacción inflamatoria es un paso fundamental en la regeneración tisular, la inflamación en la vecindad del implante puede afectar a éste y a los nervios adyacentes. La inflamación provoca la aparición de dolor agudo y puede dar lugar a fenómenos de alteración sensorial persistente y cuadros de dolor crónico.

Lesión nerviosa:

Las alteraciones neurales postoperatorias pueden deberse a trauma directo, hemorragia, inflamación, infección y formación de tejido fibroso cicatricial.

Si el paciente presenta síntomas o signos de lesión postimplante, es importante evaluar la situación lo antes posible. El pronóstico es mejor cuanto más precoz sea la actuación.

Prevención:

La prevención comienza comentando con el paciente los posibles riesgos del tratamiento con implantes de forma que pueda decidir si opta por este tipo de restauración protésica o por alguna otra alternativa.

Entre las medidas preventivas más útiles está un correcto estudio radiográfico.

¿Qué es lo que va mal?

El sistema del dolor. Todos los tejidos del organismo están inervados por unas células nerviosas especializadas llamadas nociceptores que responden de forma selectiva al daño tisular y a los estímulos nociceptivos dolorosos. La inflamación que sigue al daño tisular sensibiliza a los nociceptores dando lugar a una sensibilización de la región afectada (sensibilización periférica). Los cambios en la sensibilidad de los receptores después de la lesión nerviosa pueden hacerse persistentes si hay lesión nerviosa directa o respuesta inflamatoria que afecte a dicho nervio.

Las alteraciones sensoriales pueden dar lugar a fenómenos de neuroplasticidad o a cambios en el SNC (sensibilización central) que se manifiestan como dolor de tipo central persistente. El "recableado" de las astas dorsales de la médula espinal, las alteraciones desinhibitorias del control de la puerta de entrada y la hiperexcitación de las segundas neuronas, entre otros cambios, son los responsables del dolor crónico y están implicados en la hiperalgesia, alodinia, diseminación del dolor y efectos centrales.

RESUMEN

La clave para controlar el dolor subsiguiente a la colocación de implantes es la comprensión de los mecanismos del dolor y los lugares en que la terapia puede ser efectiva. No todos los implantes que duelen deben ser retirados. De hecho, en ocasiones, la retirada del implante puede dar lugar a un aumento de los síntomas. Las opciones terapéuticas orientadas a modular la actividad nerviosa dolorosa deben conocerse y emplearse adecuadamente.