

REIMPLANTE DE DIENTES ANTERIORES TRAUMATIZADOS

Por los Drs. DAVID ZUTELMAN y NISIM PINTO

La reimplantación de dientes traumatizados es un método terapéutico que consiste en reinsertar en su propio alvéolo dientes accidentalmente expulsados, que de otro modo se hubieran perdido indefectiblemente.

Queremos dejar establecido que es un recurso que está al alcance del odontólogo general y que debe intentarlo en los casos de emergencia que se le presenten, puesto que siendo de fácil aplicación, permite conservar piezas dentarias de incuestionable valor. Este procedimiento, que bajo determinadas circunstancias puede prestar excelentes servicios, está aconsejado efectuarlo en personas jóvenes, teniendo siempre presente que debe haber suficiente hueso alveolar para retenerlo firmemente cuando el diente se consolide, y muy en especial en niños, que por efectos de un traumatismo han avulsionado sus dientes, permitiéndonos solucionar así un grave problema estético y funcional. Si bien no suelen mantenerse de manera indefinida y caen al cabo de algunos años por reabsorción de sus raíces, ofrece las ventajas de mantener el espacio hasta una edad en que se han desarrollado los maxilares, erupcionado los dientes vecinos y completado su calcificación para utilizarlos como pilares de puente para su reemplazo.

Si la reimplantación se va a efectuar en dientes eliminados accidentalmente y con forámenes amplios, pueden ser recolocados inmediatamente en el alvéolo, con posibilidades de un normal desarrollo de la raíz; en cambio, si la misma está completamente formada y con su ápice estrecho, la pulpa incuestionablemente debe ser extraída. Se explica esto porque en dientes adultos, el paquete vásculo-nervioso ocupa la totalidad del foramen apical, impidiendo la normal circulación por el éstasis que se produce en la pulpa, mientras que en los de foramen amplio se puede suponer que el tejido pulpar puede revascularizar, a menos que por el tiempo transcurrido se hayan originado lesiones irreversibles.

Al pensar en la posibilidad de efectuar una reimplantación, debemos tener presente el tiempo que la pieza dentaria ha permanecido fuera de la boca, ya que el éxito es más dudoso cuanto mayor sea el lapso transcurrido entre el accidente y su colocación en el alvéolo.

Con respecto al problema de la fijación (que es imprescindible en este tipo de tratamiento), no somos partidarios del método de estabilizar los dientes sólo mediante alambres, por creerlo insatisfactorio, ya que además de no realizar la inmovilización total, no puede eliminar la presión apical durante la masticación. Preferimos usar el arco tipo agrafe o arco de peine (que se emplean para las fracturas de los maxilares), puesto que abarcando los dientes vecinos forma un bloque de contención; además se adapta y retira con facilidad y es de poco volumen, reuniendo así los requisitos necesarios para una buena ferulización. Consecuentemente a la misma, debemos tener presente la relación ocluso-articular de la pieza reimplantada para liberarla de todo impacto, que además de ocasionar dolor, evitaría el reposo que es indispensable para una buena reparación; por eso debe eliminarse, con cuidadoso desgaste, toda interferencia con los antagonistas a expensas de estos últimos.

La radiografía es un elemento de valor diagnóstico innegable, dado que el estudio detenido de la misma nos permitirá predeterminar el éxito o fracaso; en efecto, nos revelará la presencia o ausencia de focos apicales, fracturas de las crestas alveolares, efecto del trauma sobre los dientes vecinos, etc.

Como contraindicación debemos señalar que no se debe efectuar en dientes con malformaciones, con caries amplias, con fracturas radiculares que no estén en el 1/3 apical, con procesos apicales extensos, y en los casos que el estado general no permite este procedimiento.

HISTORIA CLINICA

La pequeña paciente M. A. A., de nueve años de edad, se presenta a la consulta manifestando que la noche anterior, mientras jugaba, dióse un golpe contra una pared, aflojándosele el incisivo central superior izquierdo. Al enjuagarse, sintió que la pieza dentaria había sido expulsada de su alvéolo, trayéndola en la mano envuelta en un papel. Se toma una radiografía endobucal para observar las condiciones del hueso y de los dientes vecinos, y como la misma no revelaba nada anormal, se le propuso la reimplantación, previa explicación a los padres sobre las limitaciones respecto al pronóstico.

Dado el consentimiento, lavamos el diente en abundante suero fisiológico, y lo esterilizamos en una solución de partes iguales de espadol y alcohol. Se protegió la superficie radicular con una gasa bien humedecida en dicha solución, y procedimos al tratamiento del conducto, efectuando la obturación con pasta

no reabsorbible y conos de guta. Luego seccionamos el delta apical, sellando herméticamente el cono con un bruñidor caliente sobre los bordes del corte efectuado, y sumergimos el diente en solución fisiológica. Bajo anestesia periapical, limpiamos el alvéolo, eliminando los coágulos que ocupaban el mismo, procurando rozar lo menos posible con la cureta las paredes alveolares. Se enjuagó el alvéolo con gasa, llevamos el diente a su posición y con fuerte presión de los dedos lo ubicamos correctamente, expulsando así restos de coágulo, y colocamos el arco de fijación previamente adaptado.

Al ligar el incisivo central vecino, que también había recibido el impacto traumático, se desprendió, lo forzamos en su alvéolo, fijándolo, y terminamos de ligar todas las piezas que debían ajustarse a dicho arco. De inmediato hicimos ocluir al paciente a fin de asegurarnos que el diente había llegado a su sitio; se controló la articulación, comprimimos en seguida la encía contra el diente para su perfecta adaptación, eliminamos cualquier resto de coágulo que la impidiera y colocamos cemento quirúrgico en esa zona durante diez días.

Inmediatamente se tomó una radiografía para referencia de los exámenes posteriores. El incisivo central derecho no fue despulpado en ese momento.

Habían transcurrido doce horas desde el accidente. Se prescribió régimen líquido durante cuarenta y ocho horas. Colutorios con un antiséptico suave, tabletas analgésicas, antibióticos. La convalecencia fue sin novedades.

Seis días después se procedió al tratamiento *in situ*.

A los treinta y cinco días se removió el arco. Los dientes estaban firmes y confortables, no presentaban dolor a la presión ni había cambio de coloración, y se encontraban ubicados correctamente.

Se nota una reabsorción en el ápice del I.C. mayor que la del derecho, que era muy poco visible; asimismo notamos que la pieza reimplantada iba instruyéndose en el arco. Se aprecia que la reabsorción de dicho I. C. I. es mucho mayor, mientras que la del derecho sigue siendo poca y la intrusión se hace más acentuada. Por último vemos que la raíz ha sido completamente reabsorbida y reemplazada por hueso, siendo interesante destacar que la corona ha entrado a formar parte de la dinámica resortiva, notando una intrusión ya muy notable. El I.C.D. sufrió también un proceso de reabsorción, pero en una medida muy pequeña comprado con el vecino.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El propósito de este artículo es el de presentar la historia de un caso de reimplantación dentaria, la cual ha sido cuidadosamente controlada desde el punto de vista clínico radiográfico por un período de cinco años aproximadamente.

Se ha efectuado la reimplantación de un incisivo central, previa esterilización y tratamiento pulpar, y la correspondiente fijación doce horas después de haber sido desalojado. Al tratar de fijar el diente reimplantado, se desprende el vecino, sin haber sido expulsado totalmente de su alvéolo. Se saca el arco de fijación a los treinta y cinco días, presentando dichas piezas una firmeza extraordinaria, así como falta de dolor y coloración normal. En la secuencia radiográfica notamos cómo se fue produciendo la reabsorción de la pieza reimplantada, la que terminó por reemplazar su raíz por hueso, al mismo tiempo que se instruía en forma manifiesta. La corona estaba involucrada, observándose que el proceso destructivo incluía también el esmalte. El cono, aunque seccionado en el cuello, quedaba como única prueba visible de la existencia radicular, siendo perfectamente tolerado y sin reacción ósea periférica.

El central vecino no sufrió en la misma proporción (limitándose la reabsorción a una pequeña parte de su ápice), porque, además de ser recolocado en forma inmediata, suponemos que el periodonto se encontraba en mejores condiciones de integridad, por lo que la *restitutio ad integrum* resultó más exitosa.

Preferimos el uso de pastas no reabsorbibles y sustancias inertes para la obturación del conducto, porque las pastas reabsorbibles al eliminarse más rápidamente, dan lugar a un espacio que podría infectarse más fácilmente.

La explicación de los resultados puede sintetizarse así: "El organismo prohija al diente reimplantado; pero habiendo sido destruido el periodonto por lo menos en algunos sitios, allí la médula ósea se pone directamente en contacto con el diente, calcificando hueso sobre el cemento. El diente se anquilosa. Su solidez es extraordinaria. Pero desde ese momento entra a formar parte de los procesos de remoción general del esqueleto, y las reabsorciones y recalcificaciones sucesivas van destruyendo poco a poco la raíz, reemplazándola por hueso nuevo.

En esta forma, el éxito dura lo que tarde el organismo en reabsorber la raíz hasta que el diente se movilice (que pueden ser pocos o muchos años, según los casos)". E. Gietz, *Cirugía Oral Menor*, 345, 1946.

Resumiendo: cuanto más inmediata es la reimplantación y el periodonto conserva mejor su integridad, el tratamiento es más exitoso.

(per Rev. Od. Ecuador., 31, X y Odtrria.)

B I B L I O G R A F I A

1. THOMA, K. H.: *Cirugía bucal*. Tomo I; 300. Editada por Unión Tipográfica. Editorial Hispanoamericana de México, 1955.
2. OLECH, ELI: *Replanted upper central incisor*. *Oral Surg. Oral Med., Oral Path.* Vol. 9; 106. 1956.

3. ALEXANDER, P. C.: *Replantation of teeth*. Oral Surg., Oral Med., Oral Path. Vol. 9; 110, 1956.

4. ERAUSQUIN, R.: *El periodonto, guardián de la soberanía dental*. Revista Odontológica, 1944.

5. GROSSMAN, L. I.: *Terapéutica de los conductos radicales*; 405. Distribuidor Editorial Mundi, 1957.

Señor Director: Por si es de interés para su publicación, le envío detalle del siguiente caso:

"Tres de mis hijos, de quince, catorce y cinco años, jugaban en una habitación asolada con baldosín. El más pequeño de ellos cayó con tan mala fortuna que el diente central superior izquierdo fue expulsado íntegro de su alvéolo. Cuando yo le vi diez minutos después del golpe sangraba del labio, sin que nadie advirtiera nada más de anormal.

Al examinarle la boca para cerciorarnos de la procedencia de la sangre advertimos la ausencia del central dicho. Volvimos a la habitación, y buscando el diente, lo hallamos intacto en el suelo.

Lo lavamos con agua oxigenada, que es lo que teníamos más mano y emplazándolo en su alvéolo vacío lo impulsamos hasta colocarlo de manera que su borde incisivo alcanzara el mismo nivel que el del lado derecho. Para esta maniobra sólo utilizamos la yema del dedo índice de la mano derecha, mientras sosteníamos al niño, que continuaba lloriqueando en nuestro regazo.

Como se trataba de un hijo, y de un accidente en el propio hogar, tuvimos tiempo y paciencia para sostener al niño y al diente en su posición durante casi una hora. Al cabo de la cual fuimos poco a poco cejando en la presión hasta liberar al niño de nosotros completamente. Luego embadurnamos la zona con ácido crómico.

Dos días tuvimos al niño con alimentación líquida, y poco a poco, conforme iba molestándole menos, el mismo niño fue normalizándose hasta que a los ocho o diez días olvidó casi completamente su golpe.

Un mes después le hicimos una radiografía de la zona, sin que se apreciara nada anormal. Ciertamente que el diente había adquirido un semitono más oscuro, pero ningún otro síntoma podía hacer recordar el accidente. Dos años y pico más tarde comenzó a moverse, por lo que, con objeto de evitar una exodoncia y su consiguiente anestesia, se le instruyó al niño para que fuera, día tras día, él mismo removiendo su diente. Así al

poco tiempo se le pudo concluir la extracción sin anestesia ninguna y sin casi sangre.

El diente aparecía con su porción radicular reabsorbida exactamente lo mismo que en un diente que no hubiera sufrido accidente alguno.

A las pocas semanas el central permanente hacía su normal aparición, y hoy, cuatro años después del suceso, la normalidad es absoluta.

Siempre su afmo. colega,

G. A."

Febrero 1965.

EL AZUCAR COMO FACTOR PATOGENICO

Por el Dr. W. BRUCKER

Resulta inadmisibile la habitual equiparación del azúcar aislado puro en cuanto a su efecto fisiológico con los hidratos de carbono o productos alimenticios, que contienen azúcar o hidratos de carbono. Pero el azúcar terciado y el azúcar blando industrial se diferencian de los productos alimenticios ricos en hidratos de carbono por la falta de minerales y vitaminas; además, debe añadirse que el catabolismo del azúcar tiene lugar sólo en presencia del aneurina, riboflavina, ácido pantoténico, niacina y biotina, vitaminas del complejo B, por lo que el azúcar ha de ser considerado como un consumidor de vitaminas. Los trastornos de la salud producidos por el consumo de azúcar se manifiestan en el cuadro clínico, por lo tanto, en forma de una hipovitaminosis B mixta, la cual toma el aspecto de una disminución general del rendimiento, trastornos vegetativos y circulatorios, es decir, los llamados "trastornos de la civilización". Habida cuenta que en la actualidad la población de las ciudades y zonas industriales escoge en su absoluta mayoría una dieta relativamente pobre en aneurina, resulta que el abundante aporte en azúcar aumenta aún más considerablemente las necesidades de vitamina B. Debido a que las exigencias de vitaminas del complejo B se incrementan todavía en medida muy considerable en todos los procesos fisiológicos y patológicos que aumentan el metabolismo basal, existe la posibilidad en tales circunstancias y tanto siendo el déficit de aneurina relativo como también absoluto, de que aparezcan manifiestos síntomas carenciales de vitamina B. El azúcar posee un significado especial en la presentación de la caries dental, trastornos patológicos de los huesos y en diferentes enfermedades del aparato digestivo (gastritis, colecistopatía, estreñimiento), para cuyo tratamiento diabético resulta de especial importancia la eliminación pasajera del azúcar industrial de la alimentación si se quiere que los alimentos crudos ricos en vitaminas y el pan de trigo vuelvan a ser valorados; de esta forma puede ser estimulada decisivamente la curación. — R. MORENO, 18.895 B. M. I.)

(*Heilkunst*, 75, 383; 1963.)