



**CONSEJO
DENTISTAS**
ORGANIZACIÓN COLEGIAL
DE DENTISTAS
DE ESPAÑA

Información clínica para pacientes: Tratamientos

Página 1



**CONSEJO
DENTISTAS**
ORGANIZACIÓN COLEGIAL
DE DENTISTAS
DE ESPAÑA

INFORMACIÓN CLÍNICA PARA PACIENTES: TRATAMIENTOS

Información clínica para pacientes sobre los tratamientos más destacados.

CONSEJO DENTISTAS

Organización Colegial de Dentistas de España

Calle de Alcalá, 79 - 2º - 28009 Madrid

Teléfono 914 264 410 | Fax 915 770 639

info@consejodentistas.es | www.consejodentistas.es

Indice

Información sobre la Anestesia Local	6
La anestesia bucodental es un tipo de anestesia local que:.....	6
Los inconvenientes más frecuentes son:	6
Las complicaciones más graves son excepcionales:.....	7
Información sobre el Tratamiento Periodontal básico	8
Finalidad de la fase básica.....	8
Objetivos de la fase básica	8
Naturaleza del tratamiento «fase básica» y limitaciones del mismo.....	8
Contraindicaciones y advertencias importantes.....	9
Consecuencias relevantes o de importancia que el tratamiento origina con seguridad	9
Riesgos probables en condiciones normales.....	10
Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas.....	10
Circunstancias particulares	11
Información sobre la Cirugía periodontal	13
Finalidad.....	13
Objetivos	13
Naturaleza del tratamiento y limitaciones.....	13
Contraindicaciones y advertencias importantes.....	14
Consecuencias relevantes o de importancia que el tratamiento origina con seguridad	15
Riesgos probables en condiciones normales:	15
Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas. Parte I.....	16
Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas. Parte II.....	16
Información sobre la Extracción dentaria.....	18
Finalidad.....	18
Naturaleza del tratamiento.....	18
Dificultades.....	18

Contraindicaciones y advertencias importantes.....	19
Consecuencias relevantes o de importancia que el tratamiento origina con seguridad	20
Riesgos probables en condiciones normales.....	20
Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas.....	21
Información sobre la Cirugía bucal	23
Los procedimientos quirúrgicos orales pueden tener múltiples propósitos:.....	23
Naturaleza del tratamiento.....	23
Contraindicaciones y advertencias importantes.....	24
Riesgos probables en condiciones normales.....	24
Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas.....	25
Información sobre Endodoncia.....	26
Concepto de Endodoncia	26
Finalidad.....	26
Naturaleza de la endodoncia (conductoterapia).....	26
Limitaciones	27
Expectativas infundadas frecuentes.....	27
Contraindicaciones y Advertencias importantes.....	28
Consecuencias relevantes o de importancia que el tratamiento origina con seguridad	29
Riesgos probables en condiciones normales.....	29
Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas.....	30
Información sobre la Cirugía periapical	31
Finalidad.....	31
Naturaleza del tratamiento.....	31
Limitaciones	32
Contraindicaciones y advertencias importantes.....	32
Consecuencias relevantes o de importancia que el tratamiento origina con seguridad	33
Riesgos probables en condiciones normales.....	33
Existen otro riesgos propios de este procedimiento:.....	33

Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas.....	34
Información sobre Restauraciones	35
Según su amplitud o extensión, las restauraciones también se dividen en:.....	35
Tipos de restauraciones	35
Finalidad	36
Objetivos	36
Naturaleza del tratamiento.....	36
Materiales de las obturaciones	37
Advertencias sobre los materiales de obturación.....	38
Limitaciones	38
Contraindicaciones y advertencias importantes.....	39
Consecuencias relevantes o de importancia que el tratamiento origina con seguridad	40
Riesgos probables en condiciones normales.....	40
Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas.....	41
Información sobre Ortodoncia.....	42
Finalidad	42
Objetivos	42
Naturaleza del tratamiento.....	42
Limitaciones	43
Contraindicaciones y advertencias importantes.....	43
Consecuencias relevantes o de importancia que el tratamiento origina con seguridad	44
Riesgos probables en condiciones normales.....	44
Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas.....	45
Información sobre Prótesis	46
Necesidad de reponer protéticamente los dientes perdidos.....	46
De ello pueden derivarse, con el tiempo:	46
Naturaleza del tratamiento rehabilitador mediante prótesis	46
Existen dos tipos:	47

Finalidad	47
Limitaciones	48
Contraindicaciones y advertencias importantes	49
Consecuencias relevantes o de importancia que el tratamiento origina con seguridad	50
Riesgos probables en condiciones normales.....	50
En las rehabilitaciones con prótesis fija:	51
Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas.....	53
Información sobre Implantes	54
¿Qué es un implante?	54
Finalidad	54
Naturaleza del tratamiento.....	54
Limitaciones	55
Contraindicaciones y advertencias importantes	56
Consecuencias relevantes o de importancia que el tratamiento origina con seguridad	57
Riesgos probables en condiciones normales.....	57
La colocación de implantes, en particular, comporta otros riesgos específicos:	57
Existen riesgos de complicaciones inherentes a la zona anatómica:	58
Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas.....	59

Información sobre la Anestesia Local

La anestesia bucodental es un tipo de anestesia local que:

- Persigue anular o minimizar cualquier posible dolor por la intervención terapéutica.
- Realiza mediante la inyección de una sustancia con ese efecto (anestésico local) en la zona tratada o en la proximidad de los nervios que reciben la sensibilidad de dicha zona.

La insensibilización es pasajera (de 30 minutos a 3 horas, según el lugar, la técnica y el anestésico utilizado) y se percibe como «hormigueo» o hinchazón (aunque ésta no exista) que puede afectar a zonas vecinas. Al mismo tiempo que la insensibilización, se produce una paralización temporal de los músculos periorales (de los alrededores de la boca) alcanzados por la anestesia, por lo que se puede provocar una pequeña asimetría facial, también transitoria.

La anestesia bucodental es un procedimiento muy seguro con las soluciones anestésicas modernas. Sin embargo, para prever y prevenir efectos indeseados, es fundamental que nos advierta :

- De cualquier alergia que tenga o sospeche tener.
- De cualquier enfermedad que usted padezca (hipertensión, diabetes, etc.).
- Si experimenta mareos frecuentemente.
- De los medicamentos que esté tomando (incluidos analgésicos y otros de uso común).

Los inconvenientes más frecuentes son:

- Heridas por mordedura de las zonas insensibilizadas (lengua, labios, mejillas). Para prevenirlas, evite masticar y mordisquearse en la zona hasta que haya pasado el efecto de la anestesia.
- Daños por la aguja en vasos sanguíneos, nervios, músculos, etc . durante el proceso de inyección. Suelen ser leves y como mucho provocar pequeños hematomas («moratones»), un ligero dolorimiento en el lugar de la inyección, o anestesia o parestesias (sensaciones extrañas) en la zona inervada por el nervio herido durante algunas semanas.
- Son relativamente frecuentes los mareos , bien por la ansiedad (casi siempre inevitable), bien por disminución de la tensión arterial. Si le ocurren, debe comunicárnoslo tan pronto

se produzca para adoptar las medidas correctoras oportunas y evitarle tan incómoda sensación.

- Más rara es la producción de una parálisis facial transitoria (de unas horas de duración), por infiltración con el anestésico de la glándula parótida (que está atravesada por el nervio facial), que puede ocurrir durante la anestesia de los dientes inferiores en personas con una mandíbula corta.

Las complicaciones más graves son excepcionales:

- Algunas personas pueden tener hipersensibilidad (alergia) al anestésico o a alguna otra sustancia presente en la solución anestésica sin saberlo. En este caso la intervención del profesional podría tener que ser agresiva e incluso requerir ingreso hospitalario.
- Aunque es absolutamente excepcional, debe saber que un movimiento brusco de la cabeza podría producir una rotura de la aguja, que no siempre puede retirarse sin causar daños colaterales por las heridas que hay que infligir en la zona hasta localizar el fragmento (aunque dejarlo sin extraer suele ser perfectamente tolerado): Por ello interesa especialmente que procure no moverse, por lo menos bruscamente, durante la inyección.

Información sobre el Tratamiento Periodontal básico

Finalidad de la fase básica

Aliviar o detener la evolución de la enfermedad periodontal.

Objetivos de la fase básica

- Eliminar los contaminantes (el cálculo , la placa bacteriana y el cemento –un tejido dentario que envuelve las raíces– contaminado) adheridos a la superficie de las raíces dentarias.
- Alisar las superficies de dichas raíces para facilitar la adhesión de la encía al diente.
- Reducir las bolsas periodontales a una profundidad fisiológica o normal para que Vd. pueda mantener con una correcta técnica de cepillado el surco crevicular –«rendija» entre la encía y el diente– libre de microbios (si no se logra, estará indicada la repetición de la fase básica o el tratamiento quirúrgico).

Naturaleza del tratamiento «fase básica» y limitaciones del mismo

- Generalmente previa anestesia, se raspan meticulosamente las superficies de las raíces de los dientes por debajo de la encía mediante unos instrumentos de mano adecuados (curetas).
- El raspado-alisado radicular no garantiza la remisión o reducción suficiente de las bolsas, por lo que puede ser necesaria su repetición o el recurso a procedimientos quirúrgicos.
- La regeneración de los tejidos dañados o perdidos anteriormente es excepcional y en todo caso muy limitada (nunca completa).
- **Importante:** Le recordamos que el tratamiento de la enfermedad periodontal no es curativo definitivamente , por lo que Vd. necesitará un tratamiento de mantenimiento crónico a base de:
 - I. profilaxis (limpiezas) periódicas en la consulta (habitualmente cada dos a seis meses, aunque variará según su riesgo personal de experimentar una recidiva o reactivación, lo que depende fundamentalmente de su técnica de cepillado y de si es Vd. fumador)

- II. ocasionales repeticiones del tratamiento (mediante fases básicas –raspado-alisado radicular– y, más raramente, cirugía).

Contraindicaciones y advertencias importantes

- Si tiene, o cree tener, alergia al látex debe advertirnoslo porque la mayoría de los guantes lo contienen.
- Si ha tenido, o cree tener, alergia o algún tipo de intolerancia o reacción anormal a los anestésicos locales o a los vasoconstrictores, debe hacérselo saber inmediatamente.
- Si tiene hipertensión o diabetes , no se olvide de indicárnoslo, ya que determinados componentes de los anestésicos locales (vasoconstrictores) pueden exacerbarla.
- Si tienen problemas de coagulación o está tomando anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, aspirina o antiinflamatorios, debe advertirnoslo para adoptar las precauciones y medidas específicas.
- Advértanos si tiene Vd. alguna enfermedad cardíaca que aconseje hacer profilaxis frente a la endocarditis bacteriana (fiebre reumática, válvulas cardíacas artificiales, etc.).
- Si es Vd. portador de marcapasos cardíaco , advértanoslo, porque está contraindicado el uso los aparatos de ultrasonidos utilizados en las profilaxis.

Consecuencias relevantes o de importancia que el tratamiento origina con seguridad

- Reducción de la altura de las encías , por desinflamación y cicatrización de las mismas, que, especialmente si se realizó alguna resección con las curetas, comporta un cierto alargamiento de los dientes (en realidad, de las coronas clínicas , que es la parte visible de los dientes) . Según la zona y la anatomía y movilidad de sus labios puede tener una cierta repercusión inestética (aunque sea más saludable que el mantenimiento de la enfermedad).
- Con la repetición de raspados puede producirse un adelgazamiento paulatino de las zonas de las raíces tratadas.

Riesgos probables en condiciones normales

- En primer lugar, recordaremos los derivados de la anestesia local , ya comentados.
- Es muy frecuente la aparición (o empeoramiento temporal, si ya existía) de hiperestesia (sensibilidad excesiva, a veces dolorosa, que erróneamente suele llamarse «hipersensibilidad» -porque la verdadera hipersensibilidad es un tipo de alergia -) con el frío, y ocasionalmente con ácidos y azúcares (p.ej., zumos de frutas), que puede tardar en recuperarse varios meses (algunas veces de manera incompleta).
- Como en todos los tratamientos mecánicos en la boca se pueden producir pequeños daños en los tejidos blandos adyacentes e inflamación en la zona , que a su vez puede aumentar la sensación o la amplitud de la movilidad de sus dientes. Todo ello suele curar o mejorar en unos pocos días.
- También se pueden producir pequeñas hemorragias localizadas , que suelen ceder en unas horas.
- Puede notar molestias al cepillarse en la zona tratada, durante dos o tres días.

Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas

- Dada la mala higiene actual, se debe realizar un entrenamiento cuidadoso y esmerado en controlar la placa bacteriana, sin la cual su enfermedad periodontal no podrá ser controlada, por mucho que acuda al dentista, y al cabo de un tiempo se anularán los efectos beneficiosos del raspado alisado radicular.
- Si consume Vd. fármacos psicotrópicos, dado que producen sequedad de boca, tendrá especial propensión a padecer enfermedad periodontal en forma particularmente grave, por lo que, al objeto de aminorar su impacto, deberá esmerarse en la higiene de su boca y en el uso de colutorios antibacterianos, así como, en el mantenimiento de la humedad bucal: procurar no respirar por la boca, beber sorbos de agua de vez en cuando y utilizar medicamentos productores o excretorios de saliva (sialeréticos y sialogogos , respectivamente) y saliva artificial.
- Si tiene antecedentes personales de diabetes mellitus, Vd posee en particular un riesgo específico de retardo de cicatrización y evolución de la enfermedad desfavorable o menos favorable al tratamiento que lo que lo es normalmente. Si tiene antecedentes personales

de tratamiento con anticoagulantes, posee Vd. en particular un mayor riesgo específico de sangrado, que requerirá, de producirse, tratamiento expreso.

- Ciertas particularidades anatómicas labiales conllevan en particular un mayor riesgo de quedar con un longitud exagerada y visible de sus dientes, con efecto inestético para su sonrisa, para cuya corrección podría convenir posteriormente un tratamiento odontológico con finalidad estética, de perspectivas impredecibles en este momento.
- Si es Vd. fumador debe saber que el riesgo de fracaso del tratamiento periodontal es varias veces mayor que el de una persona no fumadora. Insistimos en recomendarle que deje de fumar , para lo que le ofrecemos expreso apoyo y ayuda a deshabituarse.

Circunstancias particulares

- En caso de mala higiene, se debe realizar un entrenamiento cuidadoso y esmerado en controlar la placa bacteriana, sin la cual la enfermedad periodontal no podrá ser controlada, por mucho que acuda al dentista, y al cabo de un tiempo se anularán los efectos beneficiosos del raspado alisado radicular.
- En caso de ser fumador debe saber que el riesgo de fracaso del tratamiento periodontal es varias veces mayor que el de una persona no fumadora. Insistimos en recomendarle que deje de fumar , para lo que los dentistas le ofrecen expreso apoyo y ayuda a deshabituarse.
- El consumo de fármacos psicotropos produce sequedad de boca , lo que predispone a padecer infección en sus heridas bucales . Si este es su caso, al objeto de aminorar el impacto, se debe esmerar en la higiene de su boca y en el uso de colutorios antibacterianos y fluorurados , así como, en el mantenimiento de la humedad bucal: procurar no respirar por la boca , beber sorbos de agua de vez en cuando y utilizar medicamentos productores o excretores de saliva (sialeréticos y sialogogos , respectivamente) y saliva artificial.
- La diabetes mellitus comporta un riesgo específico de evolución desfavorable o menos favorable de lo que lo es normalmente, tanto de la enfermedad como del tratamiento.
- El tratamiento con anticoagulantes tiene en particular un mayor riesgo específico de sangrado, que requerirá, de producirse, tratamiento expreso.
- Ciertas particularidades anatómicas labiales y maxilares, como las conducentes a sonrisa gingival (exposición excesiva de encía al reír) tienen en particular un mayor riesgo de

estética deficiente, cuya corrección (no predecible al ciento por ciento) debería ser quirúrgica.

- En caso de imitaciones en la apertura bucal, la instrumentación de sus raíces está dificultada, de lo que puede derivarse un raspado imperfecto y de ejecución más lenta, que puede tener que repetirse al cabo de unos pocos meses.

Información sobre la Cirugía periodontal

Finalidad

Aliviar o detener la evolución de la enfermedad periodontal.

Objetivos

Exponer las raíces en la parte profunda de las bolsas para permitir o facilitar su raspado y alisado «a cielo abierto» en los lugares inaccesibles mediante el raspado-alisado convencional.

Reducir la profundidad de las bolsas, mediante escisión de hipertrofias o reinserción (recolocación) de la encía a su nivel apropiado.

Regularizar la superficie de las raíces, para facilitar la adhesión de la encía.

Crear una morfología ósea y gingival favorable, alrededor y entre las raíces.

Regenerar el hueso especialmente en cráteres situados alrededor de algunas raíces dentarias.

Naturaleza del tratamiento y limitaciones

Previa anestesia, se realiza una incisión y despegamiento de la encía para poder acceder al hueso y a la parte más baja de las raíces. Se raspan y alisan la totalidad de las superficies de las raíces, ahora, a cielo abierto, completamente visibles. Si fuera necesario, se realiza la regularización de la forma del hueso y de la encía.

En las técnicas quirúrgicas resectivas se eliminan o corrigen, según el caso, los engrosamientos e hipertrofias de los tejidos blandos no remisibles previsiblemente de manera espontánea, y las irregularidades óseas que dificulten una morfología de la encía cicatrizada adecuadamente para realizar una correcta higiene oral.

En las técnicas quirúrgicas regenerativas se colocan injertos, biomateriales o materiales aloplásticos con el propósito de lograr un cierto grado de recuperación de estructuras que sin tratamiento quedarían irreversiblemente perdidas o dañadas, aunque actualmente todavía no existe seguridad de éxito ni manera de predecir su posible rechazo.

Importante: La cirugía periodontal carece de predictibilidad de resultados estéticos. Si su única finalidad es la estética, debe saber que existe una inevitable posibilidad de desencanto con el resultado.

Importante: Le recordamos que la cirugía periodontal no es tratamiento resolutivo de la enfermedad periodontal, por lo que en todo caso, al igual que en el tratamiento mediante la llamada fase básica , también necesitará un tratamiento de mantenimiento crónico a base de:

- I. profilaxis (limpiezas) periódicas en la consulta (habitualmente cada 2 - 6 meses, aunque variará según su riesgo personal de experimentar una recidiva o reactivación, lo que depende fundamentalmente de su técnica de cepillado y de si es Vd. fumador) y
- II. ocasionales repeticiones del tratamiento (mediante fases básicas – raspado-alisado radicular – y, más raramente, cirugía). Debe usted comprender que su colaboración es la parte más importante del tratamiento.

Contraindicaciones y advertencias importantes

El tratamiento quirúrgico de la enfermedad periodontal no está indicado en pacientes descuidados en su higiene oral o en la preocupación por su salud , en grandes fumadores , en diabéticos descompensados (especialmente las técnicas regenerativas), corticoprivos (enfermedad y síndrome de Addison) inmunodeprimidos , agranulocitosis , leucosis , infecciones sistémicas , coagulación deficiente y defectos de cicatrización.

Si tiene, o cree tener , alergia al látex debe advertirnoslo porque tanto la mayoría de los guantes como los diques lo contienen.

Si ha tenido, o cree tener, alergia o algún tipo de intolerancia o reacción anormal a los anestésicos locales o a los vasoconstrictores , debe hacérselo saber inmediatamente.

Si tiene hipertensión o diabetes no se olvide de indicárnoslo, ya que determinados componentes de los anestésicos locales (vasoconstrictores) pueden exacerbarla.

Si tiene, o cree tener algún problema que afecta a su coagulación , debe advertirnoslo, para adoptar precauciones y medidas específicas.

Si está tomando anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, aspirina o antiinflamatorios , debe advertirnoslo para adoptar las precauciones y medidas específicas.

Adviértanos si tiene Vd. alguna enfermedad cardíaca que aconseje hacer profilaxis frente a la endocarditis bacteriana (fiebre reumática, válvulas cardíacas artificiales, etc.).

Si es Vd. portador de marcapasos cardiaco , adviértanoslo, porque está contraindicado el uso de los aparatos de ultrasonidos utilizados frecuentemente en este tratamiento.

Consecuencias relevantes o de importancia que el tratamiento origina con seguridad

Reducción de la altura de las encías , por desinflamación y cicatrización de las mismas, que, especialmente en la cirugía resectiva, conlleva reducción de las encías y alargamiento de los dientes. Según la zona y la anatomía y movilidad de sus labios puede tener repercusión inestética (aunque sea más saludable que el mantenimiento de la enfermedad), y ser indicación de posteriores procedimientos odontológicos de finalidad estética, impredecibles en este momento .

Riesgos probables en condiciones normales:

En primer lugar, recordaremos los derivados de la anestesia local , ya comentados.

Es muy frecuente la aparición (o empeoramiento temporal, si ya existía) de hiperestesia (sensibilidad excesiva, a veces dolorosa) con el frío, y ocasionalmente con ácidos y azúcares (p.ej., zumos de frutas), que puede tardar en recuperarse varios meses (algunas veces de manera incompleta).

La eliminación de tejidos también provocará en muchas ocasiones la sensación de aumento de movilidad dentaria, que en algunas ocasiones puede ser real durante algunas semanas.

Como en todos los tratamientos mecánicos en la boca se pueden producir pequeños daños en los tejidos blandos adyacentes e inflamación en la zona , que a su vez puede aumentar la sensación o la amplitud de la movilidad de sus dientes. Todo ello suele curar o mejorar en unos pocos días.

También se pueden producir pequeñas hemorragias localizadas , que suelen ceder en unas horas.

Puede notar molestias en la zona tratada , durante tres o cuatro días.

Se puede producir un pequeño hematoma , que se resolverá espontáneamente al cabo de unos días.

Si se han utilizado materiales exógenos (injerto de hueso, mallas, etc), como ocurre con las técnicas regenerativas, también existe la posibilidad imprevisible e impredecible de que sean rechazados. Será Vd. informado del eventual uso de tales materiales que se le haya realizado.

Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas. Parte I

Si tiene Vd. mala higiene oral, debe realizar un entrenamiento cuidadoso y esmerado en controlar la placa bacteriana, sin la cual su enfermedad periodontal no podrá ser controlada, por mucho que acuda al dentista, y al cabo de un tiempo se anularán los efectos beneficiosos de la cirugía periodontal.

Si consume Vd. fármacos psicótopos, dado que producen de boca, deberá tener especial propensión a padecer infección de sus heridas bucales , por lo que, al objeto de aminorar su impacto, deberá esmerarse en la higiene de su boca y en el uso de colutorios antibacterianos , así como, en el mantenimiento de la humedad bucal: procurar no respirar por la boca , beber sorbos de agua de vez en cuando y utilizar medicamentos productores o excretorios de saliva (sialeréticos y sialogogos , respectivamente) y saliva artificial.

Si tiene antecedentes personales de diabetes mellitus padece Vd. en particular un riesgo específico de retardo de cicatrización y evolución de la enfermedad desfavorable o menos favorable al tratamiento que lo que lo es normalmente.

Ciertas anatómicas labiales comportan en particular un mayor riesgo de quedar con un longitud exagerada y visible de sus dientes, con efecto inestético para su sonrisa, para cuya corrección podría convenir posteriormente un tratamiento odontológico con finalidad estética, de perspectivas impredecibles en este momento.

Si fuma, debe saber que el riesgo de fracaso del tratamiento periodontal es varias veces mayor que el de una persona no fumadora. Insistimos en recomendarle que deje de fumar , para lo que le ofrecemos expreso apoyo y ayuda a deshabitarse.

Si sufre de limitaciones en la apertura bucal, la instrumentación de sus raíces está dificultada, de lo que se puede derivar una intervención más prolongada y una resolución imperfecta.

Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas. Parte II

En caso de mala higiene actual, se debe realizar un entrenamiento cuidadoso y esmerado en controlar la placa bacteriana, sin la cual su enfermedad periodontal no podrá ser controlada, por mucho que acuda al dentista, y al cabo de un tiempo se anularán los efectos beneficiosos de la cirugía periodontal.

En caso de ser fumador debe saber que el riesgo de fracaso del tratamiento periodontal es varias veces mayor que el de una persona no fumadora. Insistimos en recomendarle que deje de fumar, para lo que los dentistas le ofrecerán expreso apoyo y ayuda a deshabituarse.

El consumo de fármacos psicótopos produce sequedad de boca , lo que predispone a padecer infección en sus heridas bucales . Si este es su caso, al objeto de aminorar el impacto, se debe esmerar en la higiene de su boca y en el uso de colutorios antibacterianos y fluorurados , así como, en el mantenimiento de la humedad bucal: procurar no respirar por la boca , beber sorbos de agua de vez en cuando y utilizar medicamentos productores o excretores de saliva (sialeréticos y sialogogos , respectivamente) y saliva artificial.

La diabetes mellitus comporta un riesgo específico de evolución desfavorable o menos favorable de lo que lo es normalmente, tanto de la enfermedad como del tratamiento, y produce un retardo en la cicatrización.

El tratamiento con anticoagulantes tiene en particular un mayor riesgo específico de sangrado, que requerirá, de producirse, tratamiento expreso.

Ciertas particularidades anatómicas labiales y maxilares, como las conducentes a sonrisa gingival (exposición excesiva de encía al reír) tienen en particular un mayor riesgo de estética deficiente, cuya corrección (no predecible al ciento por ciento) debería ser quirúrgica.

En caso de limitaciones en la apertura bucal, la instrumentación está dificultada, de lo que puede dificultar y enlentecer el procedimiento quirúrgico., y dar lugar a un dolor postoperatorio en las articulaciones témporo-mandibulares (delante de las orejas) y empeoramiento de la limitación de dicha apertura durante una a dos semanas.

Información sobre la Extracción dentaria

Finalidad

- Extirpar un diente que es irrecuperable desde el punto de vista odontológico, o es perjudicial para la salud del aparato masticador.
- En el caso de los dientes incluidos , como genéricamente se denominan a los dientes que no han erupcionado y han quedado anclados en el interior del hueso (algo frecuente en los cordales o muelas del juicio, menos frecuente en los caninos superiores y excepcional en otros dientes) la extracción puede estar justificada por infecciones frecuentes en la zona (pericoronaritis), por dolor irradiado hacia la oreja o la cabeza, por aparición de áreas de alopecia («pelada»), por caries en las raíces de algún diente adyacente, por apiñamiento de los dientes, por debilitamiento peligroso de la mandíbula (con riesgo de fractura ante traumatismos menores), etc.

Naturaleza del tratamiento

- En primer lugar, se pone la anestesia.
- Después, se corta o rompe la unión del diente con el hueso (llamada ligamento periodontal o desmodonto mediante algún instrumental apropiado (forceps, elevador o botador, bisturí , etc.), y una vez suelto (luxado), se retira de la cavidad ósea donde se alojaba (alvéolo).
- Posteriormente se aproximan los bordes de la herida entre sí mediante compresión de las paredes del alveolo (alveolotripsia), para facilitar la coagulación y cicatrización, que se ayuda mordiendo sobre un apósito estéril durante unos minutos. Si hay desgarramiento de la encía o si ésta da de sí lo suficiente, se puede suturar («coser»).

Dificultades

- Existen diferentes grados de dificultad, según distintos factores, facilidad de acceso, posibilidad de agarre, grado de unión de la raíz al hueso, dirección de las raíces, etc. Son muchos los factores que pueden influir en la complejidad y, lógicamente, en la duración de este acto odontológico.

- En ocasiones, es necesario cortar el diente y separarle las raíces , que cuando son muy divergentes o confluyen en la punta dificultan o imposibilitan la extracción. Para ello se utilizan turbinas o micromotores (“tornos”).
- También puede ocurrir que se fracturen accidentalmente las raíces más o menos profundamente. En este caso es necesario, por lo general, levantar un colgajo de encía (es decir, cortarla y despegarla) e incluso trepanar el hueso, para poder abordar el fragmento. Si la extracción del fragmento fracturado fuese muy compleja podría ser necesario programar otra cita para hacerla. En caso de que resulte necesaria una extirpación tan importante de hueso que pueda comprometer el soporte óseo de las raíces de los dientes vecinos, o pueda dificultar la reposición protética del diente extraído, es aceptable dejar el resto dentario, siempre que no esté luxado y no existan signos de inflamación o de quiste en el ápice I (punta de la raíz).
- El procedimiento quirúrgico habitual para la extracción de dientes incluidos consiste en la incisión de la encía y su despegamiento, la apertura de una ventana en el hueso que nos permite un acceso cómodo al diente, la extracción de éste, que en ocasiones tiene que ser previamente seccionado, el legrado (raspado) del hueso donde se encontraba alojado y la sutura posterior de la herida.

Contraindicaciones y advertencias importantes

- Si tiene, o cree tener, alergia al látex debe advertirnoslo, porque la mayoría de los guantes lo contienen.
- Si ha tenido, o cree tener, alergia o algún tipo de intolerancia o reacción anormal a los anestésicos locales o a los vasoconstrictores, debe hacérselo saber inmediatamente.
- Si tiene hipertensión o diabetes no se olvide de indicárnoslo, ya que determinados componentes de los anestésicos locales (vasoconstrictores) pueden exacerbarla.
- Si tiene, o cree tener algún problema que afecta a su coagulación, debe advertirnoslo, para adoptar precauciones y medidas específicas.
- Si está tomando anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, aspirina o antiinflamatorios no esteroideos (aínes), debe advertirnoslo para adoptar las precauciones y medidas específicas.
- Advértanos si tiene Ud. alguna enfermedad cardíaca que aconseje hacer profilaxis frente a la endocarditis bacteriana (fiebre reumática, válvulas cardíacas artificiales, etc.).

Consecuencias relevantes o de importancia que el tratamiento origina con seguridad

- La exodoncia o extracción dentaria conlleva la pérdida definitiva e irreversible del diente.
- Secundariamente, el hueso donde se anclaba un diente extraído va perdiendo altura y anchura (atrofia ósea alveolar). Esta pérdida es más rápida durante los 3 primeros meses, pero prosigue lentamente durante toda la vida, por lo que con el paso de los años pueden surgir dificultades para la reposición protética.

Riesgos probables en condiciones normales

- En primer lugar, recordaremos los derivados de la anestesia local, ya comentados.
- Existe un cierto riesgo de sangrado continuado. Para prevenirlo le facilitamos unas instrucciones preventivas. Si estas medidas no le cohiben la hemorragia, debe ponerse inmediatamente en contacto con nosotros.
- Complicaciones frecuentes, generalmente con muy poca trascendencia, son: dolor e inflamación de la zona, aparición de hematomas , pequeños daños en los tejidos blandos de la zona afectada, infección de la herida , etc.
- Una complicación relativamente frecuente (2 a 5 % de las extracciones) es la alveolitis, consistente en una infección en el alvéolo (es decir de la cavidad ósea donde se alojaba el diente) que produce un dolor muy intenso y es rebelde a los tratamientos. Se produce por despegamiento o pérdida prematura del coágulo de sangre que debería ocupar el alveolo, lo que permite la entrada de saliva en el mismo y su colonización por microbios. Es más frecuente y severa en fumadores . En general, se resuelve espontáneamente en unas dos semanas, aunque conviene que lo consulte para ayudarle mediante tratamiento.
- En los dientes superiores situados detrás del canino puede producirse la penetración de la raíz, empujada por los instrumentos, en el seno maxilar, que es una cavidad neumática o aérea situada en el espesor del hueso maxilar. En estos casos, si existe sinusitis o ésta se produce después de tal penetración, puede resultar necesaria una cirugía del seno (intervención de Caldwell-Luc) para rescatar y eliminar el resto dentario.
- Otro riesgo específico de la extracción de dientes sinusales es el establecimiento de una comunicación oro-antral u oro-sinusal , que se traduce en una comunicación entre la boca y las fosas nasales. Si persiste, su cierre puede requerir una pequeña intervención quirúrgica específica.

- En los dientes inferiores, especialmente en los cordales o molares del juicio , puede producirse una lesión del nervio dentario inferior , que se encuentra dentro del hueso en una cercanía inevitable de las raíces de los molares . Esta lesión conlleva disminución de la sensibilidad (hipoestesia) o pérdida total de la misma (anestesia) en la mitad correspondiente del labio a veces acompañada de sensaciones extrañas, del tipo del hormigueo (parestesias) que pueden remitir al cabo de varios meses o ser irreversibles (según que la naturaleza de la lesión nerviosa sea una neuroapraxia, una axonotmesis o una neurotmesis)
- En los dientes inferiores, especialmente en los cordales o molares del juicio, puede producirse una lesión del nervio lingual , que también se encuentra muy próximo en la cara interna de la mandíbula. La lesión cursa también con hipoestesia o anestesia y parestesias en el borde de la lengua que pueden remitir al cabo de unos meses o ser irreversibles (según el tipo de la lesión nerviosa).
- En los dientes inferiores máxime incluidos, también se puede producir accidentalmente una fractura de la mandíbula , por resistencia insuficiente del hueso.

Si fuera necesario un colgajo (exodoncia quirúrgica) , bien porque el diente estuviera incluido o porque hubiera que extraer un resto radicular situado profundamente por debajo de la encía, debe tener en cuenta que:

- Existen unos riesgos quirúrgicos generales, generalmente leves y reversibles, a saber, posibilidad de dolor , inflamación , hemorragia , hematomas , sobreinfección de la herida y pequeños daños en los tejidos blandos adyacentes debido a la manipulación quirúrgica de la zona.
- Son, además, riesgos específicos de esta cirugía: una limitación o imposibilidad de abrir la boca durante un riesgo variable (trismo), debido a la inflamación postquirúrgica, y molestias en la articulación témporo-mandibular , por la posición de boca abierta forzosamente que se debe adoptar durante la cirugía.

Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas

- En caso de ser fumador, debe saber que el riesgo alveolitis es varias veces mayor que el de una persona no fumadora. Insistimos en recomendarle que deje de fumar , para lo que los dentistas le ofrecemos expreso apoyo y ayuda a deshabituarse.

- El consumo de fármacos psicotrópicos produce sequedad de boca , y propensión a padecer infección en sus heridas bucales , por lo que, al objeto de aminorar su impacto, se deberá esmerar la higiene de su boca y conviene el uso de colutorios antibacterianos y fluorurados , así como el mantenimiento de la humedad bucal: procurar no respirar por la boca , beber sorbos de agua de vez en cuando y utilizar medicamentos productores o excretores de saliva (sialeréticos y sialogogos , respectivamente) y saliva artificial.
- La diabetes mellitus comporta particular un riesgo específico de retardo de cicatrización.
- El tratamiento con anticoagulantes tiene en particular un mayor riesgo específico de sangrado, que requerirá, de producirse, tratamiento expreso.
- En caso de limitaciones en la apertura bucal, la instrumentación está dificultada, de lo que puede derivarse una ejecución más lenta y un dolor postoperatorio en las articulaciones témporo-mandibulares (delante de las orejas) y empeoramiento de la limitación de dicha apertura durante una a dos semanas.

Información sobre la Cirugía bucal

Los procedimientos quirúrgicos orales pueden tener múltiples propósitos:

- La extracción de dientes incluidos en el espesor del hueso o semiincluidos.
- La extracción de restos de raíces fracturadas.
- La eliminación de granulomas (inflamaciones crónicas) o de quistes en zonas periapicales (es decir, en las inmediaciones de la punta de alguna o algunas raíces dentarias).
- La extirpación de quistes maxilares.
- La conformación del hueso y de la encía para recibir adecuadamente prótesis dentarias (cirugía preprotésica).
- La eliminación de frenillos labiales o del frenillo lingual, que producen alteraciones en la posición de los dientes y/o en el habla.
- La extirpación de glándulas salivales menores.
- La toma de tejidos para analizarlos, etc.

Naturaleza del tratamiento

Aunque la finalidad puede variar, las técnicas empleadas serán muy semejantes, e implican, previa anestesia, la incisión de la encía, su despegamiento en mayor o menor grado, la extirpación de los tejidos patológicos o sobrantes (con legrado, en su caso, del lecho óseo, si lo hubiera) y, por último, la sutura la herida.

Si la finalidad de la maniobra fuese la obtención de tejidos para su análisis histopatológico (biopsia), hay que obtener dicha muestra.

Contraindicaciones y advertencias importantes

- Si tiene, o cree tener, alergia al látex debe advertirnoslo porque la mayoría de los guantes lo contienen.
- Si ha tenido, o cree tener, alergia o algún tipo de intolerancia o reacción anormal a los anestésicos locales o a los vasoconstrictores , debe hacérselo saber inmediatamente.
- Si tiene hipertensión o diabetes no se olvide de indicárnoslo, ya que determinados componentes de los anestésicos locales (vasoconstrictores) pueden exacerbarla.
- Si tiene, o cree tener algún problema que afecta a su coagulación , debe advertirnoslo, para adoptar precauciones y medidas específicas.
- Si está tomando anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, aspirina o antiinflamatorios, debe advertirnoslo para adoptar las precauciones y medidas específicas.
- Advértanos si tiene Vd. alguna enfermedad cardíaca que aconseje hacer profilaxis frente a la endocarditis bacteriana (fiebre reumática, válvulas cardíacas artificiales, etc.).

Riesgos probables en condiciones normales

Todas las intervenciones quirúrgicas implican una serie de riesgos e inconvenientes que son inevitables y hay que asumir . Aunque relativamente frecuentes, no suelen tener mayores repercusiones y se curan al cabo de pocos días, pero deberá consultarlos para que podamos procurarles rápida resolución. Son:

- Los derivados de la anestesia local, ya comentados.
- La aparición de dolor o inflamación en la zona tratada.
- Pequeñas hemorragias o hematomas.
- Dehiscencia de suturas.
- Sobreinfección de las heridas por gérmenes de la boca.
- Pequeños daños en los tejidos blandos que rodean a la zona quirúrgica.

Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas

- El consumo de fármacos psicotropos produce sequedad de boca , lo que predispone a padecer infección en sus heridas bucales . Si este es su caso, al objeto de aminorar el impacto, se debe esmerar en la higiene de su boca y en el uso de colutorios antibacterianos y fluorurados, así como, en el mantenimiento de la humedad bucal: procurar no respirar por la boca, beber sorbos de agua de vez en cuando y utilizar medicamentos productores o excretores de saliva (sialeréticos y sialogogos, respectivamente) y saliva artificial.
- La diabetes mellitus comporta particular un riesgo específico de retardo de cicatrización.
- El tratamiento con anticoagulantes tiene en particular un mayor riesgo específico de sangrado, que requerirá, de producirse, tratamiento expreso.
- En caso de limitaciones en la apertura bucal, la instrumentación está dificultada, de lo que puede dificultar y enlentecer el procedimiento quirúrgico., y dar lugar a un dolor postoperatorio en las articulaciones témporo-mandibulares (delante de las orejas) y empeoramiento de la limitación de dicha apertura durante una a dos semanas.

Información sobre Endodoncia

Concepto de Endodoncia

Endodoncia es el conjunto de posibles tratamientos de la patología de la pulpa o “nervio” de los dientes. Estos tratamientos pueden ser:

- Protección pulpar (una especie de obturación o “empaste” provisional que pretende la recuperación conservadora de los daños pulpares todavía no irreversibles).
- Recubrimiento pulpar (un aislamiento medicamentoso debajo de las obturaciones o empastes cuando la pulpa o “nervio” ha quedado expuesto al aire durante la eliminación de la caries).
- Pulpotomía (eliminación parcial superficial de la pulpa, seguida de una cobertura de la herida a la entrada de la raíz con sustancias medicamentosas).
- Pulpectomía (eliminación total de dicha pulpa, tanto si es vital – biopulpectomía – como si está gangrenada – necropulpectomía –), seguida por una desinfección, instrumentación y relleno u obturación del sistema cavitario intradentario donde se encontraba dicha pulpa (conductoterapia). Por costumbre, aunque impropia, suele llamarse “endodoncia” a la conductoterapia (cuya realización supone una previa pulpectomía), y así lo haremos a lo largo de esta información. Puede ser realizada mediante distintos procedimientos (manuales y/o mecánicos) y diversos materiales y técnicas de sellado o relleno.

Finalidad

La finalidad del tratamiento conductoterápico es poder conservar funcionalmente un diente cuya pulpa está irreversiblemente dañada; de otro modo, debería ser extraído para eliminar el dolor y/o la infección del diente, del hueso y de los tejidos perirradiculares.

Naturaleza de la endodoncia (conductoterapia)

Casi siempre bajo anestesia (salvo cuando la pulpa está gangrenada) y con controles radiográficos sucesivos, se abre acceso a la cavidad donde se aloja la pulpa o «nervio» mediante fresado del diente. Luego se cateterizan los conductillos de las raíces, se vacían de contenidos orgánicos y de restos podridos, se dilatan mediante instrumentos apropiados (limas , escariadores), se desinfectan y se rellenan con un material especial (gutapercha) hasta un lugar situado junto al extremo de las raíces .

Limitaciones

La conductoterapia constituye un tratamiento parcialmente mutilador del diente, que, aun logrando salvarlo y evitar su extracción, siempre deja unas ciertas secuelas irreversibles; viene a ser como la amputación de una pierna gangrenada, que permite salvar la vida, pero también deja irremisiblemente una mutilación. Estas secuelas son, principalmente:

- Fragilidad y mayor riesgo de fractura.
- Un cierto cambio en la tonalidad y traslucidez del diente.
- En ocasiones, una pequeña fibrosis periapical (cicatriz radiotransparente en la punta de la raíz), que asemejando radiográficamente la existencia de una periodontitis apical crónica (inflamación permanente en la punta de la raíz).

También hay circunstancias y complicaciones para la ejecución del tratamiento que, sin ser responsabilidad del dentista, pueden imposibilitar la finalidad perseguida, como:

- La existencia de calcificaciones dentro de los conductos o de anatomía complejas de los mismos (bifurcaciones, grandes curvaturas, estrechez ínfima), que a veces impiden su adecuada instrumentación, desinfección y relleno. En caso de producirse cualquiera de estas situaciones sería usted convenientemente informado.
- La existencia de conductos situados en posición anormal y tan estrechos que podrían pasar inadvertidos y quedar sin tratar (en este caso suelen continuar las molestias, que nos debe Vd. consultar para intentar buscar y solucionar la causa).
- Siempre que se endodancia un diente con una infección alrededor de la raíz, cabe la posibilidad de que no produzca su curación total y la infección cronifique debido a causas variadas que pueden no llegar a conocerse. En estos casos se puede precisar la realización de una apicectomía (técnica quirúrgica para llegar a la infección desde la encía).

Expectativas infundadas frecuentes

- En la endodoncia, como en cualquier tratamiento odontológico, no existe «garantía de por vida». En condiciones normales, el éxito es del orden del 95 % (algo menor en los dientes infectados o en los que tienen anormalidades anatómicas).
- Si la endodoncia no produce la curación deseada, puede estar indicada la repetición del tratamiento conductoterápico o complementarlo con un tratamiento quirúrgico (

apicectomía). En estos casos, las expectativas de éxito descienden a dos tercios de los casos. De no lograrse tampoco la curación, la indicación odontológica es la extracción (exodoncia).

- Los implantes están permitiendo restituir con prótesis fija muchos dientes que hasta hace poco tiempo no se podían reemplazar de esta manera, pero la endodoncia persigue la conservación del diente natural y mantenerlo funcionalmente.

Contraindicaciones y Advertencias importantes

- Si tiene, o cree tener, alergia al látex debe advertirnoslo porque tanto la mayoría de los guantes como los diques de goma (unas membranas para aislar el campo operatorio y proteger las partes blandas de la boca) lo contienen.
- Si ha tenido, o cree tener, alergia o algún tipo de intolerancia o reacción anormal a los anestésicos locales o a los vasoconstrictores , debe hacérselo saber inmediatamente.
- Si tiene hipertensión o diabetes , no se olvide de indicárnoslo, ya que determinados componentes de los anestésicos locales (vasoconstrictores) pueden exacerbarla.
- Adviértanos si tiene Vd. alguna enfermedad cardíaca que aconseje hacer profilaxis frente a la endocarditis bacteriana (fiebre reumática, válvulas cardíacas artificiales, etc.).
- Si es Vd. portador de marcapasos cardiaco, adviértanoslo, porque está contraindicado el uso los aparatos de ultrasonidos utilizados a veces en este tratamiento.
- Las diversas modalidades de tratamiento endodóntico no incluyen la reconstrucción o restauración del diente, que deberá realizarse posteriormente, como tratamiento aparte; admite diversas alternativas (principalmente, obturación –empaste–, o refuerzos intrarradiculares y corona protésica), con ofrecen diferente resistencia a las fuerzas masticatorias.
- La existencia de una endodoncia no previene que ese diente padezca caries, enfermedad periodontal, o cualquier otra afección dentaria , que son patología distinta y ajena a la conductoterapia.

Consecuencias relevantes o de importancia que el tratamiento origina con seguridad

Los dientes endodonciados son más débiles, porque al faltarles la sangre de su interior, se deshidratan y tornan quebradizos, por lo que pueden generarse grietas inicialmente imperceptibles en la corona y/o en la raíz por donde finalmente surge una fractura. A este debilitamiento contribuye también la cavidad que hay que hacer en él para endodonciarlo.

Riesgos probables en condiciones normales

- En primer lugar, recordaremos los derivados de la anestesia local , ya comentados.
- Con frecuencia los materiales de corte y sujeción del dique de goma pueden provocar pequeñas lesiones en la zona del diente tratado . Suelen ser leves y se resuelven en unos días.
- Es posible, aunque poco frecuente, que en conductos muy irregulares y estrechos se fracture accidentalmente algún instrumento , que a veces no se puede retirar de su interior e impide la correcta obturación de la raíz. En tal caso sería Vd. informado del suceso.
- Con mucha frecuencia, tras una endodoncia correcta se producen molestias en la zona tratada. A veces se tiene la sensación de que el diente ha “aumentado de altura”; en ocasiones hay dolor espontáneo e incluso se puede producir una inflamación de la zona. También puede ocurrir una sensación de hormigueo o adormecimiento temporal, que por lo común se resuelven espontáneamente . Todos estos hechos se producen por la manipulación mecánica en tejidos vivos que implica la endodoncia y no está en relación con la calidad técnica del tratamiento realizado. Le indicaremos qué medidas debe adoptar y qué medicación tomar según su caso concreto.

Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas

- En caso de limitaciones en la apertura bucal, la instrumentación está dificultada, de lo que puede dificultar y enlentecer el procedimiento, y dar lugar a un dolor postoperatorio en las articulaciones témporo-mandibulares (delante de las orejas) y empeoramiento de la limitación de dicha apertura durante una a dos semanas.
- En caso de padecer dificultades respiratorias nasales o una gran aprensión psicológica que imposibilite el uso del el dique de goma, se corre cierto riesgo de tragar o aspirar los pequeños instrumentos o materiales que pudieran caerle en la boca.
- En la endodoncia de un diente que lleva una corona protésica de porcelana, al tener que perforarla para acceder a la cavidad pulpar puede ocurrir que dicho material se fracture o descascarille.

Información sobre la Cirugía periapical

Finalidad

Las técnicas de cirugía periapical tienen como finalidad la limpieza quirúrgica del ápice dentario (extremo de la raíz) y la eliminación de cualquier tipo de tejido de origen infeccioso y/o inflamatorio crónico presente en la zona, para procurar su curación por medio de tejidos sanos y cicatriciales.

La existencia de estos tejidos inflamatorios o quísticos crónicos no implica que la endodoncia previa, en caso de existir, esté defectuosamente realizada, ya que pueden tener naturaleza residual de la patología previa a la endodoncia, o deberse a anomalías anatómicas en el sistema de conductos de la raíz (que puede ser tortuosos, múltiples e instrumentables), o tener naturaleza quística (que requiere extirpación quirúrgica).

Naturaleza del tratamiento

Básicamente la técnica consta de los siguientes pasos:

- Anestesia.
- Incisión y despegamiento de la encía.
- Apertura de una ventana en el hueso, para acceder a la punta de la raíz dentaria afectada.
- Exploración de la zona, sección y extirpación del ápice de la raíz (apicectomía), legrado quirúrgico y eliminación de los tejidos inflamatorios de la oquedad.
- Sellado del conducto o conductos radicular(es) en la superficie cortada de la raíz (obturación “a retro”).
- Eventualmente, relleno de la cavidad ósea con materiales naturales o aloplásticos apropiados.
- Reposición y sutura de la encía.

En ocasiones se requiere, además, la re-endodoncia o retratamiento de la conductoterapia del diente afectado.

Cuando a juicio del profesional el tejido inflamatorio presente sea llamativo por su cantidad o calidad, se enviará para análisis histológico y descartar otras patologías.

Limitaciones

Existe un importante riesgo de fracaso de este procedimiento en su finalidad de resolver el proceso patológico periapical, que se puede estimar, a priori en un 30 o 35 % de los casos.

Aunque se puede intentar un retratamiento quirúrgico periapical, la pérdida de longitud de la raíz (que tiene que volver a ser recortada) y, por consiguiente, de la sujeción del diente, puede hacerlo desaconsejable, con la que único recurso sería la exodoncia (extracción del diente) y legrado del alvéolo (lecho óseo donde se alojaba la raíz dentaria).

Aunque los implantes están permitiendo restituir con prótesis fija muchos dientes que hasta hace poco tiempo no se podían reemplazar de esta manera y pueden ser una alternativa juiciosa a la patología periapical, este tipo de cirugía persigue la conservación del diente natural y mantenerlo funcionalmente, y puede ser igualmente necesaria antes de la colocación de un implante, si, por ejemplo, existe un quiste importante.

Contraindicaciones y advertencias importantes

- Si tiene, o cree tener, alergia al látex debe advertirnoslo porque la mayoría de los guantes lo contienen.
- Si ha tenido, o cree tener, alergia o algún tipo de intolerancia o reacción anormal a los anestésicos locales o a los vasoconstrictores, debe hacérselo saber inmediatamente.
- Si tiene hipertensión o diabetes , no se olvide de indicárnoslo, ya que determinados componentes de los anestésicos locales (vasoconstrictores) pueden exacerbarla.
- Si tiene, o cree tener algún problema que afecta a su coagulación, debe advertirnoslo, para adoptar precauciones y medidas específicas.
- Si está tomando anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, aspirina o antiinflamatorios, debe advertirnoslo para adoptar las precauciones y medidas específicas.
- Adviértanos si tiene Vd. alguna enfermedad cardíaca que aconseje hacer profilaxis frente a la endocarditis bacteriana (fiebre reumática, válvulas cardíacas artificiales, etc.).
- Si es Vd. portador de marcapasos cardíaco , adviértanoslo, porque está contraindicado el uso los aparatos de ultrasonidos utilizados a veces en este tratamiento.

Consecuencias relevantes o de importancia que el tratamiento origina con seguridad

La eliminación del extremo de la raíz y consiguiente acortamiento de la misma conlleva inevitablemente una reducción del anclaje del diente y riesgo de movilidad.

Riesgos probables en condiciones normales

Todas las intervenciones quirúrgicas implican una serie de riesgos e inconvenientes que son inevitables y hay que asumir . Aunque relativamente frecuentes, no suelen tener mayores repercusiones, pero deberá consultarlos para que podamos procurarles rápida resolución. Son:

- En primer lugar, recordaremos los derivados de la anestesia local , ya comentados.
- La aparición de dolor o inflamación en la zona tratada.
- Pequeñas hemorragias o hematomas.
- Dehiscencia de la suturas.
- Sobreinfección de las heridas por gérmenes de la boca.
- Pequeños daños en los tejidos blandos que rodean a la zona quirúrgica.
- Pequeñas pérdidas de sensibilidad transitorias.
- Etc.

Existen otro riesgos propios de este procedimiento:

- Aumento de la movilidad del diente afectado (que suele mejorar con el paso del tiempo).
- Aumento de la fragilidad del diente (que hace más probable una fractura radicular).
- Que queden restos de material de obturación en la cavidad quirúrgica (difíciles de eliminar y sin repercusión biológica, aunque son claramente visibles, bien como tatuajes, bien en radiografías).
- Etc.

Existe un tercer tipo de riesgos propios de la zona quirúrgica afectada, como la eventual afectación de:

- El seno maxilar (que puede sufrir sinusitis crónica y precisar posteriormente una cirugía resectiva de su mucosa, o intervención de Caldwell-Luc), cuando trabajamos sobre premolares y molares superiores.
- Los nervios: dentario inferior, o mentoniano (que pueden producir pérdida o disminución de la sensibilidad de la mitad correspondiente del labio inferior – anestesia o hipoestesia, respectivamente–, o sensaciones anómalas–parestesias–) cuando trabajamos sobre premolares o molares inferiores.

Por último, existe la posibilidad de un fracaso en los resultados del tratamiento (a pesar de utilizar la técnica correcta), bien porque no se pueda controlar la infección o porque exista algún tipo de fractura o fisura imperceptible. Suele significar la pérdida del diente.

Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas

- El consumo de fármacos psicotropos produce sequedad de boca , lo que predispone a padecer infección en sus heridas bucales . Si este es su caso, al objeto de aminorar el impacto, se debe esmerar en la higiene de su boca y en el uso de colutorios antibacterianos y fluorurados , así como, en el mantenimiento de la humedad bucal: procurar no respirar por la boca , beber sorbos de agua de vez en cuando y utilizar medicamentos productores o excretores de saliva (sialeréticos y sialogogos , respectivamente) y saliva artificial.
- La diabetes mellitus comporta particular un riesgo específico de retardo de cicatrización y evolución de la enfermedad desfavorable o menos favorable al tratamiento que lo que lo es normalmente.
- El tratamiento con anticoagulantes tiene en particular un mayor riesgo específico de sangrado, que requerirá, de producirse, tratamiento expreso.
- En caso de limitaciones en la apertura bucal, la instrumentación está dificultada, de lo que puede derivarse una ejecución más lenta y un dolor postoperatorio en las articulaciones témporo-mandibulares (delante de las orejas) y empeoramiento de la limitación de dicha apertura durante una a dos semanas.

Información sobre Restauraciones

Restauración es una reconstrucción de una porción de diente, destruida, fracturada, desgastada o afectada irreversiblemente por patología, previa terapéutica de la misma y preparación dentaria apropiada.

Según su amplitud o extensión, las restauraciones también se dividen en:

- Simples, cuando sólo interesan a una superficie.
- Compuestas, si afectan a dos superficies.
- Complejas, en el caso de extenderse por tres superficies.
- Grandes restauraciones, si afectan a cuatro o más superficies.

Tipos de restauraciones

Atendiendo al procedimiento de realización y otras características, la restauraciones se dividen en:

- Obturaciones (popularmente, «empastes») realizados con distintos materiales y procedimientos, en los que los materiales se colocan en el diente en estado blando y se endurecen y conforman en la boca; pueden ser de amalgama (metálicas) de resina compuesta o «composite» (un material estético) o de algún tipo de cemento (principalmente, ionómero de vidrio).
- Orificaciones, ya casi en desuso; son reconstrucciones a base de oro cohesivo que se va prensando y cohesionado en la propia cavidad del diente.
- Incrustaciones, consistentes en pequeñas piezas rígidas (metálicas, de porcelana o de resina compuesta) sustitutivas de las partes perdidas, prefabricadas a medida y cementadas o adheridas a los tejidos dentarios remanentes; se clasifican en inlays, onlays y overlays, según su situación y extensión.
- Frentes laminados (o carillas) estéticos: son unas láminas muy delgadas de porcelana o de resina, bien prefabricadas o bien fabricadas a medida, que se adhieren a la superficie labial o anterior de los dientes para restaurar sus defectos anatómicos o estéticos.

- Coronas o fundas coronarias; son coberturas completas o parciales de la superficie de los dientes. Se fabrican a medida, después de que el dentista talle o desgaste los dientes y obtenga un molde del muñón o eje dentario de sujeción, al que finalmente las cementan o adhieren. Pueden ser de metal, porcelana, metal-porcelana, resina o metal-resina.
- También se consideran restauraciones, diversos medios accesorios o complementarios de retención (pernos, pins , etc), que tienen por función reforzar el diente debilitado y ayudar a la sujeción de la parte reconstruida del diente.

Finalidad

- Restaurar la integridad anatómica y funcional de los tejidos duros dentarios perdidos o dañados irreversiblemente.
- En ocasiones, la finalidad es estética.

Objetivos

- Detener la progresión de la enfermedad cariosa y evitar que siga la destrucción del diente hasta su definitiva pérdida.
- Devolverle al diente su forma natural (anatómica), su función y, si es posible, su estética, mediante el reemplazamiento de los tejidos perdidos o enfermos e irrecuperables, por materiales «aloplásticos» (artificiales) adecuados. Estos materiales pueden ser metálicos (como la amalgama dental o el oro) o de coloración similar (aunque no siempre idéntica) a los dientes (como las resinas compuestas o composites, los ionómeros o la porcelana): son las llamadas restauraciones dentocoloreadas.

Naturaleza del tratamiento

- Bajo anestesia local, se extirpan los tejidos dentarios dañados por caries, los tejidos contaminados que no admiten recuperación y las partes sanas pero débiles, que podrían romperse fácilmente. Con ello se crea una oquedad llamada cavidad terapéutica , que posteriormente se rellena con materiales especiales.
- Si los materiales se colocan en estado plástico (es decir, «blandos») y se les da forma y endurecen una vez colocados en los dientes, estas restauraciones se llaman obturaciones (vulgarmente «empastes»). Son las restauraciones más frecuentes y sencillas.

- Si los materiales se endurecen y se les da la forma adecuada fuera de la boca (generalmente en el laboratorio de prótesis) se llaman incrustaciones (que, según su forma, pueden ser inlays, onlays y overlays).
- Cuando el grado de destrucción es muy amplio y el pronóstico de las restauraciones antedichas no es favorable, se puede cubrir todo el exterior del diente, previa eliminación de una capa de 1 o 1,5 mm, mediante una corona protética (coloquialmente, «funda»). En ocasiones, la debilidad de los tejidos remanentes es tal que se necesita insertar algún refuerzo en la raíz (como postes , tornillos o espigas coladas), lo que requiere la previa realización de una conductoterapia (endodoncia).
- Con fines expresamente estéticos existen dos tipos de restauraciones que permiten reconstruir una forma nueva a los dientes en una amplia gama de colores: las carillas o frentes laminados , que reconstruyen las caras visibles de los dientes, y las coronas o «fundas» con materiales estéticos apropiados, como las porcelanas de última generación.

Materiales de las obturaciones

- La amalgama de plata es un magnífico material de obturación; restaura extraordinariamente bien la forma y la función del diente, es muy resistente y duradera y brinda una excelente relación coste/efectividad, pero es de color metálico plateado y, por lo tanto, es poco estética. No presenta ningún riesgo apreciable, salvo en caso de alergia (absolutamente excepcional) y aún hoy se utilizan mucho y están perfectamente indicadas en los molares y en las zonas no visibles.
- Las resinas compuestas o composites actuales consiguen restablecer, además, la apariencia natural del diente. Presentan ciertos problemas derivados de la propia composición del material y requieren una técnica clínica depurada. También necesitan habitualmente mayor tiempo de colocación y terminación, por lo que en general son más costosos. Por razones de estética son imprescindibles en los dientes anteriores y preferibles en las zonas más visibles de los dientes posteriores. La duración de este material es notablemente menor que la amalgama.
- El ionómero de vidrio tiene peor estética que los composites y mejor que la amalgama. Sus indicaciones son muy concretas. Adhieren al marfil o dentina por lo que sirven como refuerzo del diente. Para aprovechar estas propiedades, se usan a veces como fondo de las cavidades, bajo las obturaciones.

Advertencias sobre los materiales de obturación

- Han aparecido ciertas informaciones sobre presunta toxicidad y efectos secundarios de las amalgamas de plata. No hay evidencia científica alguna de ello, y todos los estudios serios lo demuestran, por lo que no merecen otra categoría que bulos, como confirma el informe conjunto emitido por la Organización Mundial de la Salud y la Federación Dental Internacional.. No está justificado el reemplazo de las obturaciones metálicas por otras de «color del diente», excepto si están deterioradas por el uso, si hay un problema estético serio o estamos ante un rarísimo caso de alergia. De hecho, se desprende e inhala más vapor de mercurio al retirar las obturaciones de amalgama que portándola en la boca toda la vida. También se produce más contaminación ambiental al quitarlas que al ponerlas.
- Se ha descrito un efecto feminizante de algún componente de los composites en renacuajos. No existe dato alguno que sugiera peligro en los humanos, no solo por su distinta naturaleza de los anfibios afectados, sino porque la dosis relativa a la masa corporal de una obturación es insignificante.

Limitaciones

Los trabajos de Odontología conservadora se deterioran con el paso del tiempo debido a las fuerzas continuas que soportan. Por ello es recomendable realizar revisiones periódicas para detectar los daños que se vayan produciendo (pequeñas fracturas y despegamientos, fisuras, etc). Estas revisiones periódicas no deben espaciarse más de un año (salvo especificación del profesional), y siempre que tenga alguna molestia o duda sobre el tratamiento.

Las obturaciones con composites tienen una duración media de cinco a siete años, dependiendo de su extensión y situación. Las amalgamas tienen una duración mayor, pudiendo sobrepasar, si no son muy grandes, los quince años.

Las incrustaciones de oro o de cerámica tienen la máxima longevidad, pero tampoco son eternas.

En caso de caries muy profundas o de fracturas que lleguen a la pulpa o «nervio» es necesario realizar una endodoncia o conductoterapia («matar el nervio») previamente a la restauración.

Cuando la destrucción del diente es muy grande hay que recurrir a restauraciones protéticas, mediante coronas («fundas») que, aunque se deterioran poco, suelen necesitar su sustitución por el estado de sus tejidos y por razones estéticas en un periodo de unos diez a quince años.

Cuando las restauraciones son muy grandes, y especialmente si el diente ha sido endodonciado, los dientes restaurados pueden quedar debilitados, por lo que pueden romperse parcial o totalmente, con el tiempo. La colocación de refuerzos internos en la raíz (espigas , postes o

pernos , tornillos), que pueden ser imprescindibles en grandes debilitaciones, no impiden que con el tiempo se pueda producir un estallido de la raíz , que obligaría a la extracción del diente.

Importante: En el caso de tratamientos con un componente estético existe siempre el riesgo de no cumplir con las expectativas del paciente por motivos difícilmente evitables: inexistencia de los tonos exactos de color, tinciones o decoloraciones no corregibles, etc. Es importante que si pretende conseguir algún resultado estético se lo exponga al profesional previamente y que éste le informe de su viabilidad.

Contraindicaciones y advertencias importantes

- Si tiene, o cree tener, alergia al látex debe advertirnoslo porque tanto la mayoría de los guantes como los diques (membranas que se colocan en los dientes para aislar el campo operatorio y proteger las partes blandas) lo contienen.
- Si ha tenido, o cree tener, alergia o algún tipo de intolerancia o reacción anormal a los anestésicos locales o a los vasoconstrictores, debe hacérselo saber inmediatamente.
- Si tiene hipertensión o diabetes, no se olvide de indicárnoslo, ya que determinados componentes de los anestésicos locales (vasoconstrictores) pueden exacerbarla.
- Adviértanos si tiene Vd. alguna enfermedad cardíaca que aconseje hacer profilaxis frente a la endocarditis bacteriana (fiebre reumática, válvulas cardíacas artificiales, etc.).
- Si es Vd. portador de marcapasos cardíaco , adviértanoslo, porque está contraindicado el uso los aparatos de ultrasonidos utilizados a veces en este tratamiento.
- Las diversas modalidades de tratamiento endodóntico no incluyen la reconstrucción o restauración del diente, que deberá realizarse posteriormente, como tratamiento aparte; admite diversas alternativas (principalmente, obturación –empaste–, o refuerzos intrarradiculares y corona protésica), con ofrecen diferente resistencia a las fuerzas masticatorias.
- La existencia de una endodoncia no previene que ese diente padezca caries, enfermedad periodontal, o cualquier otra afección dentaria , que son patología distinta y ajena a la conductoterapia.

Consecuencias relevantes o de importancia que el tratamiento origina con seguridad

- Los tejidos dentarios eliminados, tanto si lo fueron necesariamente por enfermedad, o por conveniencia técnica, no son regenerables.
- En caso de retirada de la restauración es inexcusable colocar otra equivalente o mayor.

Riesgos probables en condiciones normales

- El hecho de utilizar instrumental cortante, implica el riesgo de pequeños daños en las zonas que rodean al área de trabajo . No tienen mayor repercusión habitualmente.
- A veces se producen pequeñas molestias al masticar , generalmente debidas a pequeños contactos previos o excesivos de la restauración con el diente antagonista (el que muerde contra él), que puede pasar inadvertido tras la colocación por el efecto de la anestesia. Habitualmente desaparecen espontáneamente o se solucionan con muy pequeños retoques o ajustes en la clínica.
- En ocasiones la preparación del diente tiene que ser tan profunda que acaba afectando a la pulpa dentaria (lo que popularmente se conoce como «nervio») y provocar sensibilidad exagerada a los estímulos fríos, incluso dolor del diente. Esta sintomatología, que podía no existir antes del tratamiento, suele ser reversible o no.
- Sin embargo, en ocasiones, sobre todo en dientes ya restaurados o con lesiones profundas, la afectación de la pulpa puede evolucionar hacia una pulpitis , es decir, una inflamación de la pulpa o «nervio» del diente, que en su fase avanzada o terminal se caracteriza fundamentalmente por dolor con las cosas calientes y en la cama. En tal caso, deberá realizar endodoncia (eliminación del «nervio») o extracción.
- En restauraciones muy subgingivales (es decir, que su hundan debajo de la encía) puede resultar difícil la higiene oral diaria y producirse una cierta inflamación crónica de la encía . La única solución es quirúrgica: consiste en quitar encía y algo de hueso para alargar la corona o parte visible del diente y dejar expuesto (y abordable al cepillado) el margen de la restauración.
- En obturaciones («empastes») metálicos pueden producir, a la larga, alteraciones en el color del diente, y, a veces, tinciones de la encía (tatuajes) en las zonas adyacentes a la restauración.

- En obturaciones («empastes») dentocoloreados (del color de los dientes) también suelen sufrir cambios de color con el tiempo, aparte de su tendencia a mancharse más que los dientes naturales (excepto la cerámica).

Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas

- En caso de limitaciones en la apertura bucal, la instrumentación está dificultada, de lo que puede derivarse una ejecución más lenta y un dolor postoperatorio en las articulaciones témporo-mandibulares (delante de las orejas) y empeoramiento de la limitación de dicha apertura durante una a dos semanas.
- En caso de padecer dificultades respiratorias nasales o una gran aprensión psicológica que imposibilite el uso del el dique de goma, se corre cierto riesgo de tragar o aspirar los pequeños instrumentos o materiales que pudieran caerle en la boca.

Información sobre Ortodoncia

Finalidad

Los tratamientos ortodóncicos tienen como finalidad:

- La recolocación dentaria.
- En algunos casos, influir sobre el desarrollo de los maxilares (ortopedia dentofacial) para conseguir en el paciente una mejoría de la función y, en lo posible, de la estética.
- A veces, un alineamiento de los dientes para facilitar la colocación de una prótesis o la higiene dental.
- En ocasiones persigue un propósito estético.

Objetivos

- Nivelar los dientes.
- Optimizar su recíproca intercuspidadación.
- Evitar disarmonías oclusales funcionales.
- Durante el periodo de crecimiento facial, modelar el desarrollo de los maxilares.
- Mejorar la estética hasta donde los procedimientos ortopédicos u ortodóncicos lo permitan (a veces se requiere, además, cirugía ortognática y/o cirugía estética).

Naturaleza del tratamiento

Para conseguir estos fines existen muchas alternativas técnicas de tratamiento:

- La más habitual es la ortodoncia fija (también con distintas submodalidades).
- Se puede emplear, para casos concretos, ortodoncia removible : placas móviles activas, aparatos ortopédicos bucofaciales, dispositivos flexibles, etc.
- En muchas ocasiones hay que combinar varios de estos tratamientos.

Previamente a decidir el plan de tratamiento el paciente deberá someterse a una serie de pruebas previas entre las que se incluyen varias radiografías, y puede ser necesario repetirlas a lo largo del tratamiento.

El plan de tratamiento y su duración varía notablemente de un caso a otro. Además, puesto que el tratamiento transcurre durante un tiempo largo y en ese periodo puede ocurrir que una variación imprevisible del crecimiento óseo facial o alguna modificación en la erupción dentaria, en ocasiones puede ser necesario cambiar el plan de tratamiento . Esto puede suponer su mayor duración o incluso requerir en ocasiones la extracción de dientes definitivos para conseguir más espacio o de dientes temporales para controlar la erupción dentaria.

Limitaciones

El alcance de la ortodoncia no es ilimitado.

Así, los aparatos ortodóncicos removibles no permiten trasladar los dientes dentro de la arcada óseas, sino sólo inclinarlos. Para trasladarlos hace falta la ortodoncia fija , mediante una serie de pasos sucesivos, y en todo caso no suele conseguirse donde se hayan realizado extracciones antiguas y las corticales óseas se hayan fusionado .

Debido a la gran cantidad de factores «poco controlables» que actúan sobre el tratamiento ortodóncico, existe la posibilidad de que el resultado no alcance las expectativas estéticas del paciente. Por ello debería exponerle al dentista, antes de realizar el tratamiento, cuáles son sus expectativas estéticas, a fin de aclarar cuáles son factibles y cuáles no.

Una vez finalizado el tratamiento activo, podrían producirse pequeñas modificaciones en el resultado esperado, o una pequeña recidiva del defecto inicial, debido a factores de desarrollo de los huesos maxilares o de la erupción dentaria. Esta posibilidad es difícilmente previsible pero será menos probable que suceda si se utiliza la aparatología de mantenimiento recomendada y se visite regularmente al profesional.

Contraindicaciones y advertencias importantes

- Si tiene, o cree tener alergia al látex debe advertírnoslo porque la mayoría de los guantes lo contienen.

Consecuencias relevantes o de importancia que el tratamiento origina con seguridad

- Dificultades fonatorias, por la ocupación de los aparatos y su interferencia con los labios y/o la lengua.

Riesgos probables en condiciones normales

- La aparatología empleada puede implicar pequeñas rozaduras y molestias en la boca, sobre todo al activarla. Se requerirá un tiempo para habituarse a llevar la aparatología y comer, hablar y limpiarse los dientes con ella. Por las propias fuerzas masticatorias algún elemento se podría despegar y tendría que acudir a su dentista. Es muy importante que siga las indicaciones respecto a hábitos, etc.
- Los aparatos removibles pueden obstaculizar el habla y dificultar la pronunciación de algunos fonemas (sonidos).
- Los aparatos fijos linguales (ortodoncia lingual) también pueden producir rozaduras en la lengua y dificultar el habla .

En el curso del tratamiento pueden aparecer complicaciones más serias que usted debe conocer:

- Si la higiene es deficiente podrían aparecer caries dentales o gingivitis . Por eso, la falta continuada de colaboración por el paciente en este extremo justifica profesionalmente la interrupción unilateral del tratamiento por parte del dentista.
- En muy raras ocasiones, puede ocasionar una reabsorción radicular y obligar a cambiar el plan de tratamiento o a suspenderlo.
- También, aunque raramente, pueden aparecen problemas en la articulación temporomandibular (chasquidos , bloqueos de apertura o del cierre de la boca, dolor delante de la oreja , etc.) coincidentes con el tratamiento ortodóncico, sobre todo si hay patología articular previa o determinados patrones de crecimiento craneofaciales.

Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas

- En caso de mala higiene, se debe realizar un entrenamiento cuidadoso y esmerado en controlar la placa bacteriana, sin la cual no se le podrá mantener el tratamiento ortodóncico, porque se potenciaría su ya elevado riesgo de policaries y/o de enfermedad periodontal.
- El consumo de fármacos psicotropos produce sequedad de boca y comporta propensión a padecer caries, desgastes de los dientes y enfermedad periodontal . Si este es su caso, al objeto de aminorar el impacto (incrementado por la aparatología ortodóncica), deberá esmerarse en la higiene de su boca y en el uso de colutorios antibacterianos y fluorurados , así como, en el mantenimiento de la humedad bucal: procurar no respirar por la boca , beber sorbos de agua de vez en cuando y utilizar medicamentos productores o excretores de saliva (sialeréticos y sialogogos , respectivamente) y saliva artificial . De lo contrario, se deberá interrumpir el tratamiento y retirar la aparatología ortodóncica.
- Si es Vd. fumador, debe saber que producirá menos saliva y presentará mayor riesgo de caries y, sobre todo, de enfermedad periodontal. Le insistimos en recomendarle que deje de fumar, para lo que le ofrecemos expreso apoyo y ayuda a deshabituarse.

Información sobre Prótesis

Necesidad de reponer protéticamente los dientes perdidos

Recuerde que si no se reponen protéticamente los dientes extraídos, se suele producir una migración de los dientes adyacentes hacia el espacio libre (sobre todo, de los situados posteriormente) y un crecimiento o extrusión del (o de los) antagonista(s) que mordía(n) contra el extraído.

De ello pueden derivarse, con el tiempo:

Defectos de la intercuspidación o «engranaje» de los dientes que pueden limitar la masticación y provocar dolencias de las articulaciones de la mandíbula (articulaciones témporo-mandibulares o articulación cráneo-mandibular).

- Si el espacio estrechado no llega a cerrarse del todo, puede resultar imposible una adecuada reposición protética.
- Lo mismo ocurre cuando algún diente de la arcada contraria, extruido, se inmiscuye y ocupa parte de la altura del espacio correspondiente al diente extraído.
- Además, pueden producirse caries entre los dientes vecinos al extraído y entre el antagonista y sus adyacentes, debido a la desadaptación de los puntos de contacto, que permiten el empaquetamiento y retención de alimentos entre ellos.

Naturaleza del tratamiento rehabilitador mediante prótesis

La rehabilitación protésica removible o tratamiento mediante prótesis removible es un procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante unos aparatos o productos sanitarios a medida «no fijos», es decir, susceptibles de ser retirados de la boca a voluntad del propio paciente y en cualquier momento, sin necesidad de intervención del dentista.

Esta aparatología removible consta de dientes artificiales que se sujetan sobre una base acrílica y/o metálica. Dicha estructura base, a su vez, se apoya sobre la encía y se sujeta a dientes remanentes, si es que existen, mediante retenedores (vulgarmente conocidos como «ganchos»), o a implantes (sobredentaduras implantorretenidas) mediante unos mecanismos de sujeción en forma de bolas o de barras ancladas a los implantes y unas abrazaderas específicas, situadas en el interior de la prótesis.

El aparato protético puede sustituir a todos los dientes de una arcada (prótesis completa) o de sólo parte de ellos (prótesis parcial).

Los aparatos de prótesis completa son de acrílico, aunque en caso de alergia pueden fabricarse en titanio, un metal muy ligero. Se sujetan por una especie de efecto «ventosa», aunque las inferiores se desplazan inevitablemente, casi siempre, con los movimientos de los labios y la lengua, es decir, al hablar, además de al masticar.

Los aparatos parciales, es decir, los que sustituyen a una parte de los dientes (y no a la totalidad) pueden ser:

- Metálicos (generalmente de cromo-cobalto, aunque en casos de alergia pueden ser de oro): prótesis esqueléticas o acrílicos (prótesis parcial removible).

La rehabilitación protésica fija o tratamiento mediante prótesis fija es un procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante una aparatología fija, unida permanentemente a algún/-os dientes naturales que quedan en la boca o a implantes óseointegrados. A diferencia de la prótesis removible, esta aparatología no puede ser retirada por el paciente por sus propios medios.

Existen dos tipos:

- Prótesis fija convencional o dentosoportada (es decir, sujeta a dientes), en la que es necesario desgastar (tallar) los dientes que sirven de sujeción, quitándole una capa de aproximadamente 1 mm o 1,5 mm de espesor.
- Prótesis fija implantosoportada (es decir, sujeta a implantes), en la que la estructura protésica puede ir atornillada o cementada sobre unos vástagos (pilares) atornillados, a su vez, a los implantes.

Finalidad

- La finalidad de la rehabilitación protésica removible es reemplazar los dientes ausentes mediante aparatos a medida susceptibles de ser retirados de la boca por el propio paciente, llamados prótesis removibles , para así reparar la pérdida o disminución de las funciones de masticación y fonación, y limitar el defecto estético.
- La finalidad de la rehabilitación protésica fija es reponer los dientes ausentes mediante una aparatología protética que queda sujeta permanentemente en la boca (es decir, sin que el paciente pueda retirarla por sus propios medios), bien unida a dientes remanentes (prótesis fija convencional), bien unida a implantes (prótesis implantosoportada), para así reparar

la pérdida o disminución de las funciones masticadora y fonatoria, y limitar el defecto estético .

Limitaciones

La recuperación de la función de los dientes naturales ausentes mediante prótesis removible es, necesariamente, limitada:

- Respecto a la masticación, estas estructuras móviles nunca podrán sustituir a los dientes originales. Su capacidad de corte y trituración es menor y la fuerza que podemos ejercer sobre este tipo de prótesis también es menor que la que podíamos ejercer sobre nuestros dientes.
- Además, el hecho de no ser fijos implica que al masticar notaremos un movimiento de balanceo, sobre todo con cierto tipo de alimentos que se fragmenten en partículas pequeñas y duras (como galletas o frutos secos), que se pueden introducir por debajo de la dentadura.
- Los movimientos pueden ser muy marcados en las prótesis completas , sobre todo las inferiores, y más aún cuando los rebordes están muy reabsorbidos.

Estéticas

- Aunque ha mejorado mucho , los dientes artificiales prefabricados no pueden reproducir el tono y brillo exactos de los dientes naturales originales del paciente.
- Además, en el caso de las prótesis parciales, los retenedores o «ganchos» pueden generar aspectos inestéticos en zonas visibles de la boca.
- Aunque la prótesis fija es una de las más cómodas y que mejor sustituyen la función de los dientes perdido, tiene, pese a todo, limitaciones.
- Aunque los materiales cerámicos modernos tienen una apariencia muy natural, en ocasiones es imposible reproducir el brillo y tono exacto de los dientes originales.
- Además la reabsorción del hueso que sostenía al diente habitual perdido, con la consiguiente merma de encía, provocará que el diente artificial parezca más largo y sobresaliente que el resto de la dentición
- En particular, las prótesis implantosoportadas tienen importantes limitaciones estéticas, por lo que es muy importante que le diga a su dentista qué expectativas estéticas tiene Vd. , para valorar si se puede llegar o no a satisfacerlas completamente.

- Como ya mencionamos antes, los espacios higiénicos que hay que dejar pueden afectar a la estética a nivel gingival dejando “espacios oscuros” que podrían ser visibles en algunas circunstancias.
- La anchura dentaria vendrá determinada (sobre todo en la parte próxima a la encía) por el diámetro del implante que se haya podido utilizar y el ángulo de éste.
- Además es importante destacar que la pérdida de hueso (reabsorción) que se produce después de la pérdida del diente propio no se recupera cuando se colocan los implantes y la prótesis fija implantosoportada. El hundimiento que a veces se aprecia en el labio superior, en la zona canina o en otras localizaciones debido a la pérdida de hueso, no se solucionará completamente de esta forma.

En la función masticatoria

Los dientes artificiales suelen tener una capacidad menor debido a su tamaño (habitualmente algo menor) y su cara masticatoria (generalmente más suavizada que la de los dientes naturales).

En la higiene

Los dientes artificiales que sustituyen a los naturales deben respetar unos espacios inferiores entre el propio diente artificial y la encía (de ahí su nombre de pónico) . Aunque son absolutamente imprescindibles para garantizar una correcta higiene futura, estos espacios que pueden llegar a ser antiestéticos. Además, en ocasiones los pacientes se quejan de que por ellos se introduce la saliva e incluso fragmentos de alimentos que, a veces, son difíciles de eliminar.

Contraindicaciones y advertencias importantes

- Si tiene, o cree tener, alergia al látex debe advertirnoslo porque la mayoría de los guantes lo contienen.
- Si ha tenido, o cree tener, alergia o algún tipo de intolerancia o reacción anormal a los anestésicos locales o a los vasoconstrictores , debe hacérselo saber inmediatamente.
- Si tiene hipertensión o diabetes no se olvide de indicárnoslo, ya que determinados componentes de los anestésicos locales (vasoconstrictores) pueden exacerbarla.
- Las alergias e intolerancias a los materiales son de muy difícil solución. Cuando se desconoce su padecimiento, son impredecibles. Si cree o sabe que tiene alergia o intolerancia a algún material ¡no olvide advertirlo al dentista!

- Debe usted ser consciente de la importancia del mantenimiento de un alto grado de higiene oral alrededor de los implantes y de la prótesis, según la técnica y frecuencia que se le haya recomendado. También debe acudir a la consulta odontológica con la periodicidad que estipulen y siempre que note alguna molestia o tenga alguna duda.

Consecuencias relevantes o de importancia que el tratamiento origina con seguridad

- En general, el uso de las prótesis completas requiere un cambio de patrón de masticación: con ellas deberá masticar simultáneamente por los dos lados a la vez, en vez de alternar un lado y el otro, porque en tal caso las prótesis completas tienden a levantarse del lado contrario y desprenderse. Además, no podrá morder bocadillos o con la parte anterior, ya que las prótesis completas tenderán a elevarse en su parte posterior y desprenderse.
- Las prótesis completas inferiores se mueven siempre, tanto al masticar como al hablar, salvo raras y felices excepciones, y más aún cuando los rebordes están muy reabsorbidos.
- Al cabo de algún tiempo, que varía de una persona a otra (muchas veces, a partir del primer año), las prótesis removibles se desajustan, por lo que deben ser corregidas mediante el añadido de material (rebase). Esta desadaptación reduce la funcionalidad de las prótesis, si bien por ser de lenta evolución puede pasar inadvertida hasta que llega a ser muy manifiesta. Esta es una de las razones que aconsejan una revisión anual.
- El tallado o desgaste de los dientes es irreversible, por lo que en caso de tener que retirar la prótesis fija, es necesario colocar otra en su lugar, o al menos fundas coronarias (o extracción).
- Siempre cabe la rara posibilidad de que exista algún tipo de intolerancia o alergia a los materiales empleados.

Riesgos probables en condiciones normales

Con cualquier tipo de prótesis, siempre pueden aparecer problemas de adaptación a la aparatología, como mordeduras ocasionales en lengua y carrillo, rozaduras, producción elevada de saliva, etc.). Todas estas circunstancias son habituales y suelen remitir con el tiempo.

Los aparatos de prótesis removible nuevos requieren un periodo de adaptación de una a tres semanas (rara vez más), durante el que:

- Notará sensación de un cuerpo extraño.

- Aumentará su salivación.
- Se puede morder la lengua y las mejillas.
- Puede tener dificultades para hablar.
- Puede sentir molestias al masticar , e incluso dolor al morder sobre ellas o al ponerlas y quitarlas, bien por falta de «encallecimiento» de la encía, bien por la aparición de heridas o rozaduras (úlceras por decúbito) que requieren pequeñas correcciones de la prótesis por el dentista.
- Puede notar temporalmente una cierta disminución del sentido del gusto e incluso náuseas.

A largo plazo, los retenedores pueden dar lugar a caries y desgastes . Para minimizar este riesgo se debe realizar un cuidadoso mantenimiento higiénico diario de la prótesis, especialmente de las zonas cóncavas de los retenedores, según se le instruirá al darle de alta.

Debajo de los aparatos de prótesis removible se pueden introducir restos alimenticios, que deben ser retirados mediante un enjuague bucal después d e cada comida.

En las rehabilitaciones con prótesis fija:

- Si se trata de una prótesis fija convencional o dentosoportada, aunque se intenta conservar al máximo la estructura de los dientes que permanecen en la boca, es necesario tallar (desgastar o rebajar) los dientes pilares, es decir, los dientes naturales que sirven para la sujeción de la prótesis. Este tallado, en ocasiones, debido a una posición o inclinación desfavorable de los dientes, alcanza la pulpa o su inmediata vecindad, lo que obliga a realizar la endodoncia o conductoterapia (vulgarmente conocido como «desvitalización» o «matar el nervio») de los dientes afectados.
- Durante el periodo de fabricación de las prótesis fijas dentosoportadas (en el que los dientes tallados estarán protegidos con prótesis provisionales), es frecuente que se experimente una sensibilidad exagerada (hiperestesia) con determinados estímulos, como los cambios de temperatura, dulces, ácidos, fríos, etc., debido a inevitables imperfecciones en el ajuste de dichos provisionales. Una vez cementada la prótesis definitiva, el único estímulo que puede resultar molesto es el frío, y suele remitir en poco tiempo. A veces, sin embargo, la molestia se torna más intensa o se genera también con el calor; en este caso, impredecible e inevitable, es necesaria.

- La conductoterapia (endodoncia), que debe ser entendida como una tratamiento añadido al inicialmente previsto.
- Los aparatos de prótesis fija nuevos requieren un periodo de adaptación de una a tres semanas (rara vez más), durante el que podrá aumentar su salivación y se puede morder la lengua y los carrillos.
- Se puede producir una ligera inflamación de la encía alrededor de los dientes tallados, debido a que la imperceptible rendija entre el diente y la corona puede acumular microbios, sobre todo si está profunda bajo la encía y no se es muy meticuloso con la higiene. Deberá acudir a la consulta para corregirlo, generalmente mediante profilaxis («limpieza»). Debajo de los pónicos se pueden introducir restos alimenticios, que podrían causar mal olor de aliento (halitosis). Por este motivo deberá esmerarse en su higiene oral.
- Debido a las potentes fuerzas masticatorias, tanto en las prótesis fijas implantosoportadas cementadas, como en las dentosoportadas el cemento puede experimentar pequeñas fracturas con el paso del tiempo y producir despegamiento de la prótesis. Deberá consultar inmediatamente la percepción de movimiento en la misma, a fin de proceder a su recementado.
- No debe olvidar que la prótesis fija requiere un mantenimiento periódico en clínica (habitualmente, anual), para realizar controles y profilaxis («limpieza»).

Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas

- La diabetes mellitus comporta un riesgo específico de sufrir hongos (candidiasis) en las mucosas situadas debajo de la prótesis, por lo que deberá revisar su boca con periodicidad mayor de la normal.
- Si posee ciertas particularidades anatómicas labiales y maxilares, tiene un mayor riesgo de mostrar la falsa encía de sus prótesis, que puede ser una estética deficiente, cuya corrección (no predecible al ciento por ciento) debería ser quirúrgica.
- En ciertas particularidades anatómicas labiales y maxilares, existe un mayor riesgo de mostrar la unión entre diente y corona protéticas, por lo que con la natural recesión de la encía a lo largo de la vida, el inestético margen oscuro resultará visible al cabo de poco tiempo y puede indicar la sustitución de la prótesis por una nueva.
- Si el color de sus dientes no coincide con el de los materiales de restauración, a veces no se puede disimular suficientemente su existencia.

Información sobre Implantes

¿Qué es un implante?

Un implante (o fijación) es una pequeña pieza alargada con forma de tornillo (también puede ser cilíndrica) de un material biocompatible especial (generalmente, titanio), que, instalado en los huesos maxilares, se «fusiona» con éstos al cabo de unas cuantas semanas (lo que se conoce como oseointegración).

Los implantes se comportan, de este modo, como raíces de dientes ausentes que permiten brindar anclaje a prótesis sustitutivas del diente o de los dientes perdidos. Esta prótesis puede ser fija o removible (retirable a voluntad) y no necesita apoyarse o sujetarse a dientes naturales remanentes en la boca.

Finalidad

Reemplazar, en la medida de lo posible, la función de las raíces de alguno o algunos de los dientes perdidos mediante una estructura intraósea, biocompatible (implante o fijación), apta para sujetar algún tipo de prótesis dental.

Naturaleza del tratamiento

En general, aunque hay variaciones, la técnica consiste en lo siguiente:

- Previo estudio radiográfico (preferiblemente calibrado) y planificación sobre los modelos, y siempre bajo anestesia local, se practica una incisión y despegamiento de la encía (aunque en ocasiones puede evitarse y basta con penetrar a través de ella hasta el hueso con un perforador – punch – o con una fresa; son las llamadas colocaciones transmucosas, cuyo postoperatorio es magnífico).
- Se prepara, mediante instrumentos rotatorios o manuales, un lecho de dirección, diámetro y profundidad apropiados, para que el implante pueda ser introducido en él: (i) sin dañar estructuras anatómicas vecinas (raíces adyacentes, nervio dentario, seno maxilar, etc.) y (ii) contra una cierta resistencia, que garantice su estabilidad inmediata (estabilidad primaria).
- Se coloca el implante roscado o a presión, en el lecho, hasta la profundidad adecuada.

- Se sutura la encía, bien dejando los implantes totalmente enterrados debajo de ella (en cuyo caso deben descubrirse al cabo de un tiempo por medio de otra pequeña incisión quirúrgica), bien dejándolos aflorar al exterior a través de una abertura. En este caso, según las conveniencias y las circunstancias, podrían ser conectados inmediatamente a la prótesis (carga inmediata).

En ocasiones, cuando el hueso es insuficiente, se puede utilizar algún material de relleno o recrecido óseo (hueso autólogo , del propio paciente; hueso liofilizado de bovino; materiales aloplásticos mineralizados; etc.) y procedimientos de fijación u osteosíntesis (como membranas poliméricas, mallas metálicas, minitornillos o minichinchetas).

Por su parte, las prótesis conectadas a implantes pueden ser:

- Prótesis removibles (retirables de su sitio a voluntad) o implantorretenidas , que se sujetan en los implantes, pero no se soportan totalmente en ellos, sino en las encías edéntulas.
- Prótesis fijas (inamovibles), o implantosoportadas , en las que la fuerza de la masticación se transporta al hueso a través de los implantes.
- Una variante de estas últimas son las llamadas prótesis híbridas , que compensan con una falsa encía la atrofia existente en el hueso, pero utilizan un anclaje poco natural para asegurar su adecuada higiene, que resultaría inestético si se expusiera a la vista.

La elección de un tipo u otro de implante depende de diversos factores, que deben ser analizados en cada caso: hueso y otros tejidos remanentes, factores estéticos, tipo de oclusión, presupuesto, etc., de modo que no siempre es posible la opción inicialmente deseable.

Limitaciones

- Por causas no conocidas e impredecibles, puede fallar la oseointegración , con lo que el implante se desprende o moviliza y debe ser retirado. La probabilidad de ocurrencia a cinco años es menor del 1 % en la arcada inferior, y de cerca de un 10 % en la arcada superior, especialmente en casos de osteoporosis.

En caso de perderse el implante, puede colocarse inmediatamente uno nuevo algo más grueso en su mismo lugar, o bien uno idéntico al cabo de unas semanas (tiempo necesario para que la quiedad dejada se rellene de hueso).

Si ya estuviera realizada la prótesis, se cambiará o modificará de la manera conveniente para mantener la funcionalidad adecuada.

- El hecho de que el implante se hubiera integrado en un primer momento no implica que no pueda desprenderse posteriormente. Las causas del fracaso de la oseointegración son múltiples (y muchas todavía desconocidas); por ejemplo: factores relacionados con la oclusión (intercuspidación de los dientes), con las higiene defectuosa, con la falta de revisiones periódicas, factores intrínsecos a la propia biología del paciente, etc.

Contraindicaciones y advertencias importantes

- Si tiene, o cree tener, alergia al látex debe advertirnoslo porque la mayoría de los guantes lo contienen.
- Si ha tenido, o cree tener, alergia o algún tipo de intolerancia o reacción anormal a los anestésicos locales o a los vasoconstrictores, debe hacérselo saber inmediatamente.
- Si tiene hipertensión o diabetes no se olvide de indicárnoslo, ya que determinados componentes de los anestésicos locales (vasoconstrictores) pueden exacerbarla.
- Si tiene o cree tener alergia al titanio (extraordinariamente infrecuente) o a algún otro metal, también debe advertirnoslo, porque es causa de fracaso de la integración.
- Si tiene, o cree tener algún problema que afecta a su coagulación, debe advertirnoslo, para adoptar precauciones y medidas específicas.
- Si está tomando anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, aspirina o antiinflamatorios, debe advertirnoslo para adoptar las precauciones y medidas específicas.
- Adviértanos si tiene Vd. alguna enfermedad cardíaca que aconseje hacer profilaxis frente a la endocarditis bacteriana (fiebre reumática, válvulas cardíacas artificiales, etc.).
- Debe indicarnos si padece de diabetes, ya que, cuando no está debidamente compensada mediante tratamiento, es causa de fracaso de la oseointegración.
- Igualmente debe advertirnos de la existencia de antecedentes de radiación en los maxilares, por el riesgo de osteorradionecrosis.
- El hábito tabáquico es altamente desfavorable para la oseointegración de los implantes y para la prevención de periimplantitis (infección alrededor de los implantes que puede conducir a la pérdida de los implantes).
- Es fundamental recalcar que su higiene oral jugará un papel crucial para el éxito de los implantes. Por ello deberá seguir el plan de revisiones mantenimiento que se le prescriba en las sucesivas visitas.

Consecuencias relevantes o de importancia que el tratamiento origina con seguridad

No hay ningún efecto desfavorable que se produzca con seguridad.

Riesgos probables en condiciones normales

Como todo procedimiento quirúrgico bucal, la colocación de implantes conlleva una serie de molestias y riesgos menores, pero frecuentes; por ejemplo:

- En primer lugar, recordaremos los derivados de la anestesia local , ya comentados.
- Hemorragias (fáciles de cohibir mediante compresión sobre una gasa humedecida).
- Hematoma facial y cervical (por extravasación de sangre, que se previene razonablemente bien con la aplicación local de frío inmediatamente después de la colocación de los implantes).
- Dolor e inflamación de la zona durante unos días.
- Pequeños daños en los tejidos blandos vecinos.
- Dehiscencia de la sutura.
- Sobreinfección de la herida.

La colocación de implantes, en particular, comporta otros riesgos específicos:

- Rotura de la cortical ósea (que rara vez necesita colocación de osteosíntesis).
- Daño de las raíces adyacentes , si son alcanzadas accidentalmente durante el fresado del lecho óseo.
- Aspiración o ingestión de pequeños aparatos o instrumentos rotos o desprendidos (para cuya prevención debe observar atentamente nuestras indicaciones durante la intervención).

Existen riesgos de complicaciones inherentes a la zona anatómica:

- En implantes sobre la zona de premolares y molares se puede producir una penetración en el seno maxilar , que puede provocar: (i) una pequeña hemorragia por la nariz, (ii) una comunicación orosinusal (que podría requerir procedimientos de osteosíntesis o sutura para su cierre) o (iii) una sinusitis crónica.
- En implantes en la región de los premolares y molares inferiores se puede producir una lesión del nervio dentario inferior o del nervio mentoniano (extremo final del anterior), bien por la manipulación directa (como en el caso de las lateralizaciones o transposiciones del citado nervio), o por invasión accidental del conducto óseo en que se aloja, bien por una reacción inflamatoria postoperatoria que puede comprimir el nervio dentro de dicho conducto.

Existe algún riesgo de intolerancias, rechazos o alergias a los materiales utilizados (implante, sutura, mallas, tornillos, membranas, etc.), pese a su máxima biocompatibilidad, que podrían obligar a su retirada. Estas reacciones idiosincrásicas individuales son impredecibles: no siempre se pueden detectar y las pruebas para investigarlas, además de no ser siempre válidas, tienen un coste desproporcionado.

Cuando hay que colocar injertos de hueso del propio paciente, puede existir dolor importante durante varios días en la zona donante (mentón, rama de la mandíbula, calota craneal o pelvis) y producirse un hematoma . Además, el injerto puede no resultar debidamente integrado y precisar su retirada y una nueva reposición.

El fracaso de algún implante supone tener que modificar o, en ocasiones, cambiar completamente la prótesis apoyada sobre ellos.

Circunstancias particulares del paciente y riesgos relacionados con ellas

- Si tiene antecedentes personales de diabetes mellitus tiene Vd. en particular un riesgo específico de retardo de cicatrización.
- Si tiene antecedentes personales de tratamiento con anticoagulantes tiene Vd. en particular un mayor riesgo específico de sangrado, que requerirá, de producirse, tratamiento expreso.
- Por sus limitaciones en la apertura bucal, la accesibilidad al campo operatorio estará restringida, lo que puede dificultar y enlentecer el procedimiento quirúrgico.
- Si fuma, debe saber que la cicatrización resulta perjudicada y retrasada. Insistimos en recomendarle que deje de fumar, para lo que le ofrecemos expreso apoyo y ayuda a deshabituarse.