



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ODONTOLOGA**

TEMA:

“Tratamiento de la mancha rosa en dientes anteriores”

AUTOR:

Gisella Marianela Cadena Uyauri

TUTOR:

Dr. Carlos Echeverría Bonilla

Guayaquil, Junio de 2013

CERTIFICACION DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de investigación:

Nombrados por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontóloga.

El trabajo de graduación se refiere a:

“Tratamiento de la mancha rosa en dientes anteriores”

Presentado por:

Gisella Marianela Cadena Uyauri

0704842467

TUTORES

DR. CARLOS ECHEVERRÍA BONILLA

TUTOR ACADÉMICO

DRA. ELISA LLANOS R. MSc

TUTOR METODOLÓGICO

**DR. WASHINGTON ESCUDERO DOLTZ MSc
DECANO**

Guayaquil, Junio de 2013

AUTORIA

Los criterios y hallazgos del trabajo responden a la propiedad intelectual
del autor

Gisella Marianela Cadena Uyauri

0704842467

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mis padres Herlinda Uyauri y Manuel Cadena, que con su demostración de padres ejemplares me han enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar.

A mi novio Jorge Acosta, por su apoyo incondicional y por demostrarme la gran fe que tiene en mí.

A mi tutor Dr. Carlos Echeverría, por su valiosa guía y asesoramiento a la realización de mi proyecto. A mi tutora metodológica la Dra. Elisa Llanos R. porque sin ella este proyecto no sería posible.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi padre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones. A mi madre, a pesar de nuestra distancia física, siento que estás conmigo siempre, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí. A mis hijos, Noelia Cadena y el bebe hermoso que está en camino a quien quiero con todo mi corazón, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesta a escucharme, ayudarme, y aguantar todos los momentos difíciles que pasamos juntas a lo largo de esta dura carrera.

INDICE GENERAL

Contenidos	pág.
Carátula	
Carta de aceptación de tutores	I
Autoría	II
Agradecimiento	III
Dedicatoria	IV
Índice General	V
Introducción	1
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Preguntas de investigación	3
1.3 Objetivos	4
1.3.1 Objetivo General	4
1.3.2 Objetivos Específicos	4
1.4 Justificación	4
1.5 Viabilidad	5
CAPÍTULO II	
MARCO TEORICO	
Antecedentes	6
2.1 Fundamentos teóricos	6
2.1.1 Mancha Rosa	6
2.1.1.1 Concepto	6
2.1.1.2 Etiología	7
2.1.1.3 Signos y síntomas	7
2.1.1.4 Tratamiento	9
2.1.2 Tipos de reabsorción	9
2.1.2.1 Reabsorción inflamatoria	9
2.1.2.2 Reabsorción por remplazo	10
2.1.2.3 Reintervencion y reabsorción interna	11
2.1.2.4 Reintervencion y blanqueamiento interno	14

INDICE GENERAL

Contenidos	pág.
2.1.3 Resorciones idiopáticas	15
2.1.3.1 Calcificación pulpares	17
2.1.4 Diagnostico	17
2.1.5 Tratamiento	18
2.1.5.1 Cavity de acceso	18
2.1.5.2 Desbridamiento	18
2.1.5.3 Perforación	18
2.1.5.4 Medicación del conducto	19
2.1.5.5 Obturación radicular	19
2.1.5.6 Cirugía	19
2.1.6 Características diagnosticas de la reabsorción radicular externa frente a la interna	20
2.1.6.1 Radiología	20
2.1.6.2 Prueba de vitalidad	21
2.1.6.3 Mancha Rosa	21
2.2 Elaboración de Hipótesis	22
2.3 Identificación de las variables	22
Variable Independiente	22
Variable dependiente	22
2.3 Operacionalización de las Variables	23
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA.	
3.1Lugar de la investigación	24
3.2Periodo de la investigación	24
3.3Recursos Empleados	24
3.3.1 Recursos Humanos	24
3.3.2 Recursos Materiales	24
3.4Universo y muestra	24

INDICE GENERAL

Contenidos	pág.
3.5 Diseño de la investigación	25
3.6 Método de investigación	25
3.7 Tipo de investigación	25
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 Conclusiones	27
4.2 Recomendaciones	27
Bibliografía	28
Anexos	30

INTRODUCCION

Este trabajo está orientado en el análisis de los signos y síntomas de la mancha rosa o también llamada reabsorción dentinaria interna.

La metodología que se explica en esta revisión de literatura será casi experimental permitiendo observar en clínica el tratamiento y las técnicas adecuadas para obtener un mejor tratamiento.

La mancha rosa es una patología de la pulpa dental producida por un proceso inflamatorio del complejo destino pulpar, se detecta por estudios radiográficos, que se encuentran como un aumento en diámetro de la cámara pulpar o conducto radicular. En ocasiones, esta patología presenta comunicación al periodonto en donde se pueden encontrar manifestaciones clínicas, como inflamación de la encía, tracto fistuloso y en ocasiones color rosado en la corona del diente. Por su naturaleza un tratamiento endodóntico aquí puede tornarse un poco complejo.

La mayor parte de los casos de reabsorción dentinaria interna afectan a la corona de los incisivos anteriores y son idiopáticos. Las piezas afectas suelen permanecer asintomáticas y la lesión se detecta inicialmente por un punto rosado bajo la superficie del esmalte.

Para entonces suele existir ya una amplia pérdida de la estructura dental debilitando mucho la pieza dentaria, favoreciendo su rotura. Si consideramos que el conocimiento de la mancha rosa nos puede evitar muchos fracasos en nuestros tratamientos endodónticos, ya que al determinar los métodos y técnicas podremos rehabilitar la pieza dentaria con éxito.

Esta investigación es importante ya que si consideramos que el conocimiento de la mancha rosa nos puede evitar muchos fracasos en nuestros tratamientos endodónticos, ya que podremos dar un diagnóstico exacto y no cometer errores, además que nos ayudara a buscar y aplicar las técnicas adecuada para realizar el tratamiento de esta.

Ya que determinar el tratamiento de la mancha rosa en dientes anteriores nos ayudara con los métodos y técnicas, así podremos rehabilitar la pieza con éxito.

Identificando la causa de la mancha rosa en dientes anteriores, el tratamiento de esta patología tendrá éxito.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen pacientes que se presentan con cambio de color en los dientes anteriores, ya que su patología puede o no presentar signos y síntomas sus causas son variables y sus efectos son muy dañinos en los dientes anteriores, y es así que tenemos que formular el siguiente problema de investigación:

¿Cómo incide el tratamiento de la mancha rosa en dientes anteriores?

Delimitación del problema

Tema: tratamiento de la mancha rosa en dientes anteriores.

Campo de acción: la reabsorción dentinaria interna en dientes anteriores.

Área: Pregrado

Lugar: Facultad Piloto de odontología; Universidad de Guayaquil

Periodo: 2012-2013

1.2 Preguntas de investigación

¿De que se trata esta patología llamada mancha rosa?

¿Cuáles son los nombres comunes que tiene esta patología?

¿Cuáles son las causas principales de la mancha rosa?

¿Cuál es la etiología de la mancha rosa?

¿Cuáles son los principales signos y síntomas de la mancha rosa?

¿Cuáles son las manifestaciones radiográficas de la mancha rosa?

¿Cuáles son los tipos de reabsorción?

¿En que consiste la reabsorción externa?

¿Cuál sería el tratamiento ideal para mancha rosa?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Determinar el tratamiento de la mancha rosa en dientes anteriores

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar las causas que provocan la mancha rosa.

Definir las técnicas que se deben utilizar en el tratamiento de la mancha rosa.

Describir los métodos endodónticos en piezas que posean la mancha rosa.

Presentar los resultados de la investigación en una tesis derivada de los hallazgos en clínica.

1.4 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La presente investigación basa su desarrollo en su valor teórico práctico y metodológico.

Esta investigación nos ayudara a prevenir muchos fracasos en nuestros tratamientos endodónticos, ya que podremos dar un diagnóstico exacto, además que nos ayudara a buscar y aplicar las técnicas adecuadas en el momento adecuado para realizar el tratamiento con éxito.

Los aportes metodológicos son desarrollados en el tercer capítulo de la presente investigación, sus resultados se evidencian en las conclusiones.

Vale resaltar que la presente investigación basa su desarrollo en los aspectos legales que a continuación expresamos.

Los principios legales basan su desarrollo en la constitución de la república del Ecuador sección quinta.

Art.27.- la educación se centrara en el ser humano y deberá garantizar su desarrollo holístico, el respeto a los derechos humanos, a un medio ambiente sustentable y a la democracia; seria laica, democrática, participativa, de calidad y calidez; obligatoria, intercultural.

Art.28.- es derecho y obligación de toda persona y comunidad interactuar entre culturas y participar en una sociedad que aprenda.

Art.29.-La educación potenciara las capacidades y talentos humanos orientados a la convivencia democrática, la emancipación, el respeto a las diversidades y a la naturaleza, la cultura de paz, el conocimiento, el sentido crítico, el arte, y la cultura física. Prepara a las personas para una vida cultural plena, la estimulación de la iniciativa individual y comunitaria, el desarrollo de competencias y capacidades para crear y trabajar.

Esto sería un gran aporte a los odontólogos ya que incrementaría su conocimiento en el estudio de la reabsorción destinaria interna o mancha rosa, ya que gracias al estudio de la misma se pueden encontrar diversas técnicas en el tratamiento de la mancha rosa.

1.5 VIABILIDAD

Esta investigación es viable ya que se llevara a cabo en la clínica de la facultad de odontología contando con todos los recursos humanos, técnicas científicas, bibliográficas y económicas que garantizan su ejecución en un tiempo previsto y con las características de calidad.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

Revisados los archivos de la Facultad Piloto de Odontología no se encontraron archivos similares con este tema.

Carlos Bóveda Z. dice que las reabsorciones internas son una condición patológicas relativamente raras, la cual consiste en la perdida de la estructura dentinaria interna de la cámara y del conducto radicular.

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS

2.1.1 MANCHA ROSA

2.1.1.1 Concepto

Tambien llamada Reabsorcion dentinaria interna

Situación indolora, originada por células osteoclásticas, que producen destrucción de la dentina. Se desconoce su etiología exacta (se consideran los traumatismos, pulpitis crónica persistente...). Suele ser un hallazgo radiográfico casual. Si no se identifica a tiempo puede perforar la raíz. Antes de perforar la corona, la reabsorción se puede detectar como una mancha rosada en la zona. Sólo la necrosis pulpar o el tratamiento endodóntico prevendrán la destrucción del diente, ya que la reabsorción interna cesa una vez que muere el tejido pulpar.

Es un proceso de destrucción progresivo lento o rápido idiopático asociado a trauma que ocurre en la dentina de la cámara pulpar o de los conductos radiculares ocasionado por las células osteoclasticas

La reabsorción dentinaria interna es un tipo de patología pulpar que se manifiesta por el aumento en diámetro de la cámara pulpar o conducto radicular, en donde la pulpa se transforma en un tejido inflamatorio altamente vascularizado con una importante actividad odontoclástica. Es

poco frecuente en dientes permanentes y se asocia a una inflamación crónica con pulpa vital.

Otros autores mencionan que la actividad de la reabsorción es mantenida por la infección del tejido necrótico

Este tipo de lesiones pueden o no presentar comunicación con el periodonto.

2.1.1.2 Etiología

Existen diferentes teorías de origen del tejido de granulación pulpar que aparece en la reabsorción dentinaria interna. La explicación más lógica es que el tejido pulpar está inflamado a causa de la existencia de infección en el espacio pulpar coronal.

Es un fenómeno caracterizado por la reabsorción de la pared interna dentinaria del conducto, causada por células gigantes multinucleadas adyacentes al tejido pulpar de granulación presente en casos de inflamación crónica.

La etiología es bacteriana, traumática o iatrogénica

Para que se dé una reabsorción interna necesita haber ausencia de la capa odontoblástica y predentina.

Las causas de esta condición no están bien definidas pero el traumatismo se considera un factor desencadenante de ella; así como el calor excesivo, la pulpotomía con Ca(OH)₂, las fuerzas excesivas ortodónticas y la pulpitis irreversible.

2.1.1.3 Signos Y Sintomas

En la corona del diente puede manifestarse como un área rojiza denominada punto rosado.

EXAMEN CLINICO:

Esta lesión progresa de forma impredecible en cuestión de meses o años. Generalmente, es asintomática y se descubre accidentalmente en radiografías de rutina; sin embargo, en casos avanzados, puede existir dolor si la lesión perfora la raíz y en ocasiones se puede formar un tracto fistuloso. Cuando la reabsorción se encuentra presente en la corona es posible observar una mancha rosada debido a la presencia de tejido de granulación. También se dan pruebas de sensibilidad positivas

HALLAZGOS RADIOGRAFICOS:

El aspecto radiografico de la reabsorcion interna es tipico. Suele manifestarse por un aumento de tamaño fusiforme de la cavidad pulpar de una o mas piezas dentales, en la cavidad de la pulpa coronal o radicular.

La reabsorción interna se presenta como un ensanchamiento uniforme y radiolú- cido del contorno pulpar ya sea a nivel radicular o coronal.

Se observa una imagen en forma ovalada de márgenes lisos definidos

HISTOPATOLOGÍA

Existe la presencia de odontoclastos o células gigantes multinucleadas ricas en lisosomas que producen las enzimas participantes en la reabsorción como las fosfatasas ácidas (β -glicerofosfatasa), proteasas y sulfatasas.

Cuando la reabsorción alcanza al periodonto se presenta acompañada de la formación de tejido tipo óseo o cementoide amorfo; investigadores han concluido que el tejido pulpar presente en la reabsorción interna es un tejido conectivo similar al del periodonto. Es el resultado de actividad osteoclástica.

Está caracterizado por espacios que pueden llenarse de tejido osteoide que puede ser considerado como intentos de reparación

La pulpa se halla generalmente con inflamación crónica. La metaplasia de la pulpa, es decir, su transformación en otro tipo de tejido como hueso o cemento a veces se presenta.

2.1.1.4 Tratamiento

La solución de primera elección en este tipo de patologías es el tratamiento convencional de endodoncia, mediante una instrumentación del conducto involucrando en lo posible la reabsorción, así como el sellado tridimensional del mismo con una técnica de gutapercha termoplastificada, con la finalidad de que la obturación selle el defecto. Cuando la patología involucre al periodonto, se deberá recurrir al tratamiento quirúrgico, para sellar el defecto radicular, una vez realizado el tratamiento endodóntico.

Endodoncia convencional y obturación con gutapercha termoplastificada

Si la raíz ha sido perforada, se sella con MTA y se termina la obturación

2.1.2 TIPOS DE REABSORCION

Las reabsorciones dentales son un proceso multifactorial y tienen como resultado la pérdida de estructura dental.

Dependiendo de la extensión y del tipo de traumatismo, tendremos dos tipos de reabsorción.

2.1.2.1 Reabsorción inflamatoria

Las reabsorciones inflamatorias están asociadas a eventos traumáticos que provocan lesión del cemento y de los cementoblastos, pérdida tisular dental y lesiones perirradiculares.

La condición pulpar tiene gran importancia en el pronóstico de las reabsorciones dentales incluidas por el traumatismo. La pérdida de la vitalidad pulpar se convierte en una situación complicada. La reabsorción cementaria expone la dentina y establece comunicación de la cavidad

pulpar contaminada con las áreas periodontales afectadas por el traumatismo. Los productos bacterianos y endotoxinas llegan al defecto via tubulos dentinarios, contribuyendo a a persistencia del proceso inflamatorio y, por consiguiente de la reabsorcion dental.

El tratamiento endodontico se ghace imprescindible en estos casos. La remocion de las causa puede ayudar a detener este tipo de reabsorciun de origen inflamatorio, y la preparacion de las areas perdidas se hace por la deposicion de tejido duro cementoide, sin que necesariamente se restablezca la morfologia anterior de las areas afectadas.

A persistencia de una movilidad excesiva por la luxacion y la falta de fijacion del diente en el alveolo contribuyen al mantenimiento del proceso inflamatorio y la consecuente reabsorcion.

2.1.2.2 Reabsorcion por reemplazo

Las reabsorciones por reemplazo generalmente estan asociadas a luxaciones intrusivas, casos de extraccion con reimplantes y transplantes dentales, donde ocurre extensa lesion del ligamento periodontal.

Primero ocurre la anquilosis dental, que conforme a Cosollaro (2005), esta relacionada a la destruccion de los restos epiteliales de Malassez que se disponen en cordones aleatoriamente a lo largo del ligamento periodontal y son responsables de la sintesis y liberacion de peptidos y mantenimiento del espacio del ligamento periodontal.

Una vez establecida la anquilosis, los elementos esenciales para la proteccion de la superficie radicular contra la instalacion de las unidades osteorremodeladoras – cementoblastos, pre-cemento, vaina epitelial de Hertwig y restos epiteliales de Malassez – desaparecen, lo que lleva a la inclusion del diente en el proceso de remodelacion osea.

En periodos de tiempo variables, parte del tejido oseo y tambien estructura dental son reabsorbidos y sustituidos por hueso, pues forma parte del proceso de remodelacion natural del hueso.

A este proceso se le denomina reabsorción por reemplazo. Puede evolucionar lentamente, pero es progresivo, sin que procedimientos terapéuticos puedan revertir definitivamente el cuadro, en casos más favorables, la terapéutica endodóntica puede reducir su ritmo de evolución.

El tiempo de la pérdida del elemento dental puede variar de meses a décadas y el mantenimiento del diente en el arco dental depende de las particularidades de cada caso.

La reintervención endodóntica en dientes con reabsorción externa inflamatoria o de reemplazo debe ser vista con calma, ya que ese tipo de patologías pueden ser consideradas irreversibles, especialmente en casos de fracaso del tratamiento inicial.

Se debe utilizar tomografías volumétricas computarizadas como examen diagnóstico complementario de rutina, con el objetivo de visualizar tridimensionalmente la pérdida de estructura dental y la extensión de la pérdida ósea guiando al clínico en la indicación del momento adecuado para la extracción del elemento dental afectado o si una nueva intervención, generalmente con pasta a base de $\text{Ca}(\text{OH})_2$ puede prorrogar el mantenimiento del diente en la cavidad oral sin más daños a la salud del paciente.

2.1.2.3 Reintervención y reabsorción interna

La reabsorción interna es representada por la destrucción de los tejidos duros del diente a partir de las paredes de la cavidad pulpar y se extiende lateralmente a través de la dentina, pudiendo o no haber comunicación con el periodonto. Las reabsorciones internas tienen como etiología el trauma, caries, inflamaciones pulpares y restauraciones profundas.

La capa de odontoblastos y la predentina protegen las paredes dentinarias de la acción de los clastos. Para que los clastos se instalen en la superficie interna de los dientes, es necesaria la remoción, necrosis o

eliminación de los odontoblastos y predentina en aquel determinado sitio. Los clastos se fijan solamente en tejidos mineralizados.

Es una ocurrencia relativamente rara, puede ser transitoria o progresiva. Las reabsorciones transitorias involucran solamente la pérdida de los odontoblastos y predentina, son autolimitantes y reparadas por nuevo tejido duro.

Las progresivas son evolución de las transitorias, y lo que estimula el proceso es la presencia de bacterias. La estimulación siempre es provocada por tejido pulpar necrótico, generalmente infectado, ubicado coronalmente a la lesión reabsortiva.

Para que la reabsorción progrese, es necesaria la presencia de tejido vital, aunque clínicamente la pulpa coronal contigua al área de reabsorción tenga tejido necrótico, lo restante, incluso el área de reabsorción, contiene tejido pulpar vital. A medida que la reabsorción progresa, puede que ocurra comunicación con el ligamento periodontal y ella solo termina cuando el tejido pulpar necrótico sustituye el tejido vital interrumpiendo el suministro vascular.

Puede que esté ubicada en la corona o en la raíz. Cuando se ubica en la corona, la dentina de la cámara pulpar es destruida y la pulpa puede ser vista a través del esmalte como una mancha rosada, lo que facilita el diagnóstico clínico.

Cuando se ubica en la raíz, el diagnóstico generalmente se hace mediante radiografías de rutina, debido a la ausencia de signos y síntomas clínicos. En las etapas más avanzadas, donde ya ocurrió la comunicación con el ligamento periodontal, puede que haya presencia de fístula.

Se puede clasificar las reabsorciones dentinarias internas en:

Reemplazo: rara, se caracteriza radiográficamente por un aumento de la cámara pulpar e histológicamente el diente presenta la sustitución del tejido pulpar por hueso. Este tipo de reabsorción se observa en el fragmento coronal de fracturas radiculares, pero puede que también

ocurra después de luxaciones. A pesar de los intentos de tratamiento, este tipo de patología tiene pronóstico desfavorable.

Inflamatoria: se caracteriza por un aumento localizado en el conducto o cámara pulpar con forma ovalada. Generalmente, la lesión, es simétrica con márgenes nitidos, regulares y bien definidos con pérdida de la continuidad de la línea del conducto.

Histológicamente, ocurre la sustitución del tejido pulpar por tejido de granulación. El tratamiento consiste en la preparación y limpieza y obturación del defecto y varía conforme a su ubicación y comunicación o no con los tejidos perirradiculares. La remoción del tejido de granulación detiene el proceso.

El pronóstico depende del: tamaño, ubicación, momento del tratamiento, maniobras técnicas, perforación lateral y presencia de infección. Generalmente, las reabsorciones más extensas con perforación y ubicadas, en la región cervical tienen pronóstico más desfavorable.

Se las puede confundir con las reabsorciones externas y uno de los modos de realizar el diagnóstico diferencial es mediante radiografías con variación de la angulación horizontal (técnica de Clark); si es externa, cambiara de posición, si es interna, permanecerá estática.

Otro modo de realizar el diagnóstico diferencial, o incluso de tener una imagen con más detalles de la región del defecto es el uso de las tomografías volumétricas, que pueden ayudar en el correcto diagnóstico y tratamiento de esa patología.

Dadas las dificultades encontradas para la remoción del tejido de granulación y obturación del área del defecto, muchos casos de reabsorción interna están indicados para reintervención y se pueden dividir en dos tipos de casos:

Sin comunicación con el ligamento periodontal:

La remoción del material obturador anterior puede ser realizada con la ayuda de magnificación e iluminación y uso de puntas ultrasonicas, si hay acceso visual a la región de la reabsorción.

El uso de un gran volumen de sustancia irrigante, asociada a la irrigación pasiva con protocolo alternado de hipoclorito de sodio y EDTA, promueve una adecuada limpieza y desinfección de los conductos.

Después de la correcta preparación de los conductos con las técnicas convencionales, se puede realizar la obturación del diente con un adecuado relleno del área del defecto de gutapercha con resultados clínicos satisfactorios.

Con comunicación con el ligamento periodontal:

Los procedimientos para remoción del material obturador y reparación de los conductos siguen los mismos principios técnicos ya descritos.

En los casos de perforaciones extensas, se puede utilizar clorhexidina gel a 2% y suero fisiológico para irrigación de los conductos, evitando accidentes con el hipoclorito de sodio.

Se puede hacer el tratamiento con pasta de hidróxido de calcio y posterior obturación definitiva de los conductos o, cuando haya acceso al defecto vía conducto, se pueden colocar barreras de MTA en la región de la perforación y obturar definitivamente el diente.

2.1.2.4 Reintervención y blanqueamiento interno

El blanqueamiento de dientes tratados endodónticamente representa una alternativa para la resolución de problemas estéticos provocados por la decoloración dental, evitando la instalación de prótesis. Sin embargo, aun en casos de coronas totales en dientes anteriores que serán rehabilitados con prótesis libre de metal, el resultado estético no depende solamente de las características de transmisión de luz de los materiales utilizados en la confección de la corona, sino también del color del diente que será restaurado y en estos casos está indicado el blanqueamiento interno.

2.1.3 RESORCIONES IDIOPATICAS

Resorcion interna es el termino aplicado a una distrofia peculiar de la pulpa y se extiende lateralmente a traves de la dentina. Hasta ahora, solo muy raras veces se podia identificar un ejemplo definido del proceso. Frecuentemente, cuando la resorcion era descubierta, ya habia perforado la superficie externa del diente. Una vez establecida esta situacion, era imposible afirmar con precision que no se trataba de una resorcion externa.

En los años recientes hubo un creciente interes por el estudio de la patologia pulpar y de cortes en serie de muchos dientes durante las etapas tempranas de la enfermedad pulpar.

Como resultado, la resorcion interna ha sido detectada con mayor frecuencia. Ahora se piensa que la resorcion de dentina sobre la pared pulpar suele estar relacionada con la pul'pitis existente.

Aunque no se sabe si toda la resorcion interna comienza como un acompañamiento impredecible de la inflamacion pulpar. En algunos casos hay antecedentes de traumatismos en el diente afectado, pero nunca ha quedado en claro cual es la causa precisa del trastorno pulpar que lleva a la resorcion interna. La resorcion suele avanzar con rapidez a veces al grado de destruir la utilidad del diente. Pero tambien puede disminuir luego de un tiempo y empezar la reparacion.

Es muy probable que la resorcion interna, al igual que otras resorciones de tejidos duros, sea obra de los macrofagos y celulas gigantes multinucleadas. estas ultimas se encuentran en estrecha aposicion sobre la superficie de dentina, frecuentemente dentro de "bahias" elaboradas por ellas mismas. Son indistinguibles de otras celulas osteoclasticas que resorben hueso.

La dentina que se pierde se reemplaza por tejido inflamatorio cronico. como el proceso de resorcion interna es intermitente, en un determinado sitio puede haber reparacion despues de la resorcion.

Durante la etapa de quietamiento de la resorcion, las celulas afines a los odontoblastos o los osteoblastos se diferencian de las celulas mesenquimatosas de pulpa. Se deposita tejido que se asemeja a la dentina y al hueso.

Cuando el proceso de resorcion conduce a la destruccion genaralizada de la dentina, la reparacion incompleta de los tejidos duros esta formada por tejido oseo o tejido parecido a hueso, dispuesto en trabeculas irregulares. Por otro lado, si la resorcion interna se detien una vez que ha eliminado una cantidad relativamente pequeña de dentina, la reparacion suele llevarse a cabo con dentina, que al comienzo es atipica e irregular. Al poco tiempo, este primer deposito es cubierto por dentina. Caractyeristicamente tubular.

En la reparacion de la resorcion del cemento y en el restablecimiento de dentina reparativa luego de la muerte localizada de odontoblastos, se suele observar un deposito similar de tejidos duros en dos etapas. La primera capa es amorfa. El cemento y la dentina tipicos vienen despues, una vez que el mdeio se ha tornado mas "estable"

Resorcion externa: hay una forma de resorcion radicular que comienza en el tejido conectivo periodontal y no en la pulpa. Las innumerables resorciones encontradas en el cemento radicular atestiguan la frecuencia del proceso en su forma limitada habitual.

Dicho de otro modo, las resorciones externas minusculas del cemento son sumamente comunes. A veces, la lesion progresa a tal punto que hay destruccion generalizada de dentina con perforacion que llega hasta la pulpa. Cuando la perforacion llega ala pulpa, se establece patologia pulpar que, generalmente, es indistinguible de la originada por la resorcion interna. La metamorfosis de la pulpa y la consiguiente destruccion de la dentina original se produce como ya hemos señalado.

2.1.3.1 Calcificaciones pulpaes

La calcificación extensa (usualmente en la forma de piedras pulpaes o calcificación difusa) es la condición patológica que ocurre como respuesta al traumatismo, caries dental, o enfermedad periodontal.

Como se describió en el capítulo 2, las células necrosadas, trombos en vasos sanguíneos y las vainas de colágeno alrededor de las paredes de los vasos son posibles nidos para estas calcificaciones.

Otro tipo de calcificación en la extensa formación de tejido duro sobre las paredes de dentina, daño de los odontoblastos. Este proceso es conocido como metamorfosis calcica.

Conforme la irritación aumenta, la cantidad de calcificación también puede aumentar y puede llegar a una parcial o casi completa obliteración radiográfica (pero no histológica) de la cámara pulpar y de los conductos radiculares. Un cambio de color amarillento de la corona es una manifestación clínica de calcificación pulpar extensa.

Dependiendo del grado de calcificación, el umbral de dolor de estos dientes a los estímulos térmicos y eléctricos aumenta o a veces está completamente ausente.

La respuesta a la percusión está dentro de límites normales. En contraste con las enfermedades de tejidos blandos de la pulpa, donde no se muestran signos radiográficos ni síntomas, la calcificación de tejido pulpar está asociado con varios grados de obliteración radiográfico del espacio pulpar.

Una reducción en el espacio de la pulpa coronal seguido de un gradual estrechamiento del conducto radicular es el primer signo de metamorfosis calcica. La metamorfosis calcica no requiere de ningún tratamiento.

2.1.4 DIAGNOSTICO

En la mayoría de los casos el diagnóstico es muy sencillo pero a veces puede resultar difícil diferenciar entre la reabsorción interna y la externa.

En el diagrama y la radiografía se pueden visualizar la reabsorción externa como una zona radiolúcida irregular superpuesta al conducto radicular; la silueta del conducto sigue siendo visible y permanece intacto.

2.1.5 TRATAMIENTO

En todos los casos diagnosticados hay que proceder sin demora al tratamiento endodóncico: la reabsorción cesa tan pronto como se elimina la pulpa inflamada crónicamente.

2.1.5.1 Cuidad de acceso

Se abre una cavidad de acceso mediante el método habitual, aunque no es necesario ampliar dicho acceso para no debilitar el diente.

2.1.5.2 Desbridamiento

Para el desbridamiento hay que emplear grandes cantidades de hipoclorito sódico al 5%, que disuelve el material orgánico que no se puede eliminar con los instrumentos. Se pueden mejorar los resultados mediante la agitación de la solución con ultrasonidos.

La hemorragia es habitual en el tejido de reabsorción interna, y puede ser difícil de controlar. Ledermix o el cloruro de aluminio actúan como hemostáticos, pero solo se conseguirá una hemostasia total una vez eliminado todo el tejido pulpar.

2.1.5.3 Perforación

Se debe comprobar si el conducto presenta alguna perforación. Se pueden explorar las paredes del conducto con un dispositivo electrónico de medición, utilizando para ello una lima con una pequeña curvatura cerca de la punta. Se debe anotar la posición de cualquier perforación que

exista en la pared de la raiz, para poder decidir si se puede acceder quirurgicamente a la misma

2.1.5.4 Medicacion del conducto

Se debe colocar una cura de hidroxido de calcico en el conducto radicular entre las sesiones para que actue como bactericida y ayude a disolver cualquier residuo organico que quede. Si no existe ninguna perforacion (o si es pequeña) se puede obturar la raiz en la segunda sesion, una vez que se haya preparado adecuadamente el conducto.

Si existe una perforacion importante e inaccesible se debe proceder al tratamiento prolongado con hidroxido calcico. (la perforacion no sanara completamente, pero la zona de perdida osea cicatrizará lo bastante como para garantizar que la extrusion de material de obturacion.

2.1.5.5 Obturacion radicular

Para obturar los espacios irregulares de los conductos radiculares se pueden emplear diversas tecnicas; se puede usar la condensacion lateral en caliente, pero se debe poner una inyeccion de gutapercha caliente para garantizar que el defecto queda bien condensado. En el capitulo que se describen ambos metodos.

2.1.5.6 Cirugia

Es preferible optar por una solucion quirurgica si la perforacion es de gran tamaño o si la hemorragia es incontrolable. Se limpia, se prepara y se obtura el conducto radicular y se refleja un colgajo para dejar al descubrimiento el defecto. Seguidamente se sella la perforacion con un material de restauracion adecuado.

El defecto de las figuras estaba situado bucalmente, lo que permitia un acceso quirurgico sin problemas. En ocasiones puede ser mas

conveniente retraer primero el colgajo, efectuar el tratamiento radicular y sellar a continuacion la perforacion.

2.1.6 CARACTERISTICAS DIAGNOSTICAS DE LA REABSORCION RADICULAR EXTERNA FRENTE A LA INTERNA

A menudo es muy dificil diferenciar la reabsorcion radicular externa de la interna, lo que ocasiona tanto un diagnostico como un tratamiento incorrecto. A continuacion se enumeran un conjunto de caracterristicas diagnosticas tipicas de cada tipo de reabsorcion.

2.1.6.1 Radiologia

El cambio de angulacion de las radiografias debe proporcionar una indicacion bastante buena acerca de si el defecto de reabsorcion es de tipo interno o externo. Asi, independientemente del angulo de exposicion de la radiografia, una lesion de origen interno se observa cerca del conducto. Un defecto localizado en la cara externa de la raiz se aleja del conducto a medida que cambia la angulñacion.

Por regla general, mediante la utilizacion de la ley del objeto palatino es posible distinguir si el defecto radicular externo es vestibular o palatolingual.

En la reabsorcion interna, habitualmente el perfil del conducto radicular esta deformado, y; ademas, parece existir contiguidad entre este y el defecto radiolucido de la reabsrocion. Por otro lado, cuando el defecto es externo el perfil del conducto radicular se muestra normal y habitualmente parece "atravesar" el defecto radiolucido de la reabsorcion.

La reabsrocion radicular externa de origen inflamatorio se acompaña siempre de una reabsorcion del hueso ademas de la raiz. En estos casos pueden apreciarse radiolucideces tanto en la raiz como en el hueso adyacente. Asimismo, la reabsorcion radicular interna no afecta al hueso y, como norma, la radiolucidez se limita a afectar a la raiz.

Sin embargo, en raras ocasiones, si el defecto interno perfora la raíz, existe reabsorción en el hueso adyacente y en la radiografía parece una radiolucidez.

2.1.6.2 Prueba de Vitalidad

La reabsorción externa de origen inflamatorio de las zonas apical y lateral de la raíz implica la presencia de una infección pulpar, por lo que para confirmar el diagnóstico las pruebas de sensibilidad han de ser negativas. Por otro lado, puesto que en la reabsorción radicular cervical no está afectada la pulpa dental (se cree que las bacterias se originan en el surco del diente), por regla general este tipo de reabsorción se asocia al hallazgo de pruebas de sensibilidad normales.

Habitualmente, la reabsorción radicular interna aparece en dientes con pulpas vitales y cursa con una respuesta positiva a las pruebas de sensibilidad.

No es raro encontrar una respuesta negativa de estas pruebas en dientes con reabsorción radicular interna, puesto que, a menudo, se ha extirpado la pulpa de la corona o bien esta presenta necrosis y las células de reabsorción activa se encuentran a un nivel más apical del conducto radicular. Además, la necrosis puede haber aparecido en la pulpa después de ocurrir la reabsorción activa.

2.1.6.3 Mancha Rosada

En la reabsorción radicular externa tanto como apical como lateral. La pulpa dental no es vital, por lo que en estos casos no se aprecia el tejido de granulación causante de la denominada "mancha rosada". Para la reabsorción radicular externa subepitelial y la reabsorción radicular interna es posible observar este signo causado por el tejido de granulación que socava el esmalte.

2.2 ELABORACION DE HIPOTESIS

Identificando la causa de la mancha rosa en dientes anteriores, el tratamiento de esta patología tiene éxito.

2.3 IDENTIFICACION DE VARIABLES

Independiente: mancha rosa en dientes anteriores .

Dependiente: tratamiento de la mancha rosa en dientes anteriores.

2. 4 OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ITEMS
mancha rosa en dientes anteriores	Es importante para el odontólogo saber reconocer cuando se presenta la mancha rosa o también llamada reabsorción dentinaria interna, para así saber cuando estamos frente a dicha patología.	Mecanismos Vaciamiento del conducto	Buena – mala - regular Media – alta
tratamiento de la mancha rosa en dientes anteriores	Para el tratamiento de la mancha rosa tendremos que identificar los signos y síntomas de esta patología.	Mecánico Biológico Químico	Efectivo Complicado Prolongado

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACION

La presente investigación se realiza en la Universidad de Guayaquil específicamente en la Facultad Piloto de Odontología

3.2 PERIODO DE INVESTIGACION

Se realizó en el periodo 2012 - 2013

3.3 RECURSOS EMPLEADOS

3.3.1 Recursos humanos

Investigadora: Gisela Marianela Cadena Uyauri

Tutor: Dr. Carlos Echeverría Bonilla

3.3.2 Recursos materiales

Libros de la biblioteca de la facultad piloto de odontología, lápiz, computadora, internet, agenda de apuntes, pieza de mano, fresas redonda, cilíndrica, troncoconica, imas varios tamaños, películas radiográficas. Cemento cilapex, hipoclorito de sodio, conos de gutapercha, conos de papel, lupa, líquidos para revelar, jeringa, vaso dape, regla milimetrada, cámara fotográfica, fotocopias, empastado, cd.

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA

Esta investigación está basada de un tema específico de Endodoncia dental, el presente trabajo es de tipo descriptivo, por lo cual no se desarrolla una muestra, ni existe población, no se realizara experimento, sobre el tratamiento de la mancha rosa en dientes anteriores.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación permite que los pasos del desarrollo del proceso de la investigación. El presente trabajo, es factible por que la propuesta es viable y se espera encontrar respuesta al problema planteado y se aspira a un 25% de investigación, un 25% de bibliografía y un 50% de la propuesta para lograr cumplir los objetivos propuestos.

Según YEPEZ (2006), procesos paso a paso:

En la estructura del proyecto factible, deben constar las siguientes etapas: diagnóstico, planteamiento metodológico, actividades y recursos necesarios para su ejecución; análisis y conclusiones sobre la viabilidad y realización del proyecto; y en caso de su desarrollo, la ejecución de la propuesta y evaluación tanto del proceso como de sus resultados. (pág.:4)

3.6 METODO DE INVESTIGACION

Para la elaboración de la presente investigación, se ha tomado métodos de acuerdo a las características específicas del tema de estudio, por lo que se aplica en forma general el método científico, que se entiende por el perfeccionamiento de manera objetiva y sistemática de forma empírica.

Método científico:

Según Feyle H. (1996) “No es merito ver algo primero sino establecer vínculos sólidos entre lo conocido previamente y lo hasta aquí desconocido, lo cual constituye la esencia del descubrimiento científico” (Pág.:95).

3.7 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva: consiste, fundamentalmente en caracterizar un fenómeno situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores. En la ciencia fáctica, la descripción consiste, según Bunge, en responder a las siguientes cuestiones:

¿Qué es? Es un proceso de destrucción progresivo lento o rápido idiopático asociado a trauma que ocurre en la dentina de la cámara pulpar o de los conductos radiculares ocasionado por las células osteoclasticas

¿Cómo es? Este proceso destruye la dentina interna del diente, provocando así la necrosis de la pulpa dental.

¿Dónde está? Se encuentra en parte interna del todo el diente, incluyendo cámara y conducto pulpar.

CAPITULO IV

4.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

en la presente investigacion se determina las causas por las que se da la mancha rosa, con la investigacion bibliografica hemos identificado como este proceso causa prolemas a los dientes anteriores.

Se cree que la mancha rosa es una patologia que en muy pocas ocaciones presenta signos y sintomas, y cuando los presenta la reabsorcion ya esta muy abanzada, a esta mancha rosa tambien se la llama reabsorcion dentinaria interna. Esta se produce cuando el tejido pulpar esta inflamado a causa de una infeccion en el espacio pulpar.

La presente investigacion se la realizo para que los estudiantes y odontologos tengan una referencia sobre esta patologia.

4.2 Recomendaciones

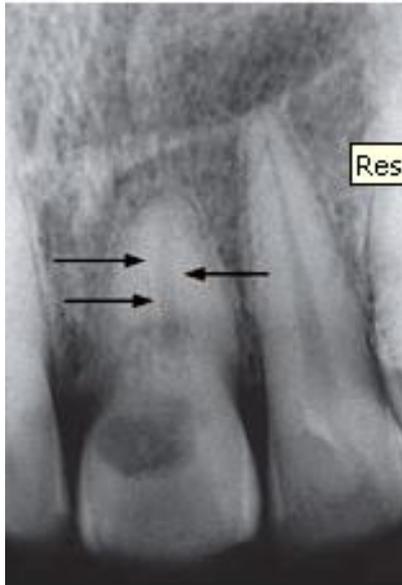
Se recomienda se publique esta investigacion de forma inmediata ya que los resultados fueron efectivos y sera un gran aporte a los odontologos y futuros profesionales

BIBLIOGRAFÍA

- 1) ATLAS en color y texto de endodoncia Segunda edición .
Christopher 1R Stock. Kishor Gulabivala. Richard T. Waker. Janer.
Goodman.Pag 201 - 202
- 2) BARCELONA, 1993: 150-151.
- 3) COHEN S, Burns R. Vías de la pulpa. 7ª Edición. Ed. Harcourt,
:Pag. 556-559.
- 4) DELZANGLES B. Scanning electron microscopic study of apical
and intracanal resorption. JOE 1989; 15(7).
- 5) EDIGRAPHIC.com
- 6) ENDODONCIA, principios y practica clínica. Richard E. Walton y M.
Torabinejad 1991, nueva editorial interamericana, S. A. Pag. 42
- 7) FRANK AL. External internal progressive resorption and its
- 8) FRANK AL. Inflammatory resorption caused by an adjacent necrotic
tooth. Journal of Endodontics 1990; 16(7):
- 9) HARCORERT Brace de España, S.A Juan Alvarez
- 10)HARGREAVAR, Cohen.
- 11)INGLE Beveridge endodoncia Segunda edición 1979 por Nueva
editorial interamericana. S.A. de C. V. Dr. Johnideingle. Dr. Edward
edgerton Pag. 374- 375-380
- 12)INGLE JI, Bakland LK. Endodoncia. 4a Edición. Ed. McGrawHill
Interamericana, México, 1996: Pag. 516-530, 735-737.
- 13)JOE 1987 teeth: a histological, scanning electron microscope and
enzyme histochemical study.; 13: 255.
- 14)LEWIS R. Evarsolle. George P. Wysoki. 1998 Edicion en español
28008 Madrid España.
- 15)NON surgical correction. Journal of Endodontics 1981; 7(10):

- 16) PATOLOGIA oral. Pag 360-361
- 17) PHIP SEPP Patología oral y maxilofacial contemporánea1.
- 18) REINTERVENCIÓN en endodoncia pag 241- 242 – 243- 244
- 19) TRONSTAD L. Endodoncia clínica. Editorial, Masson-Salvat,
- 20) WEDENBERG C, Zetterqvist L. Internal resorption in human
- 21) WWW.slideshare.net/lobitoproxxx/alteraciones-pulpaes-y-periapicales.
- 22) 1998 Edición en español
- 23) 2003.64 Segovia RA y col. Reabsorción dentinaria interna
- 24) 2011 Elsevier España, S. L. Traversero de Garcia, 17, 21 08021
Barcelona (España)

ANEXOS



Anexo# 1. Reabsorción dentinaria interna en conducto radicular

Fuente: http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=85&Itemid=1

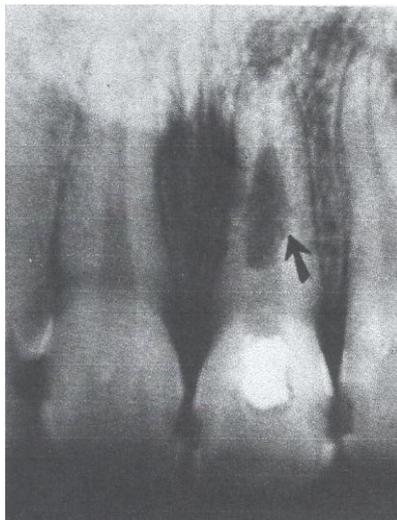


Anexo# 2. Radiografía de reabsorción dentinaria interna

Fuente: odontoayuda.com/wp-content/.../patologa-pulpar-primera-parte.ppt



Anexo# 3. Tratamiento de reabsorcion interna. (A) Esquema del defecto en el tercio medio de la raiz. (B) Diente 12. Rx de nueva lesion inicial (C) Despues de la desobturacion de la gutapercha, limpieza de la region con defecto con inserto de ultrasonido.



Anexo# 4. Resorcion interna en el incisivo central superior, claramente asociada con pulpitis. Hace tiempo se efectuó una pulpectomia parcial como tratamiento de la pulpitis en ese diente. Mas tarde se observó la resorcion interna avanzada de la dentina radicular (flecha) en esta radiografia posoperatoria.

Fuente: Libro patologia pulpar pag 375



Anexo# 5. Reabsorción radicular externa

Fuente: Libro Patología pulpar pag 202



Anexo# 6. Aspecto clinico de un diente con una gran zona de resorcion interna, como pone de manifiesto una “mancha rosa” en el tercio cervical de la corona.

Fuente: Libro Lesiones físicas y químicas pag 360