



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. Acceso

Ed. Leg. N. 105 1987

Compra

Canje

Donación

Editorial

Solicitado por

Fecha

Precio

M
105
1987

00228

IATROGENESIS EN ODONTOLOGIA

ERNESTO PERDOMO PERDOMO

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

BOGOTA, D.E., MAYO DE 1987



COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE NOROCCIDENTAL

1292

T.O.
949

/ IATROGENESIS EN ODONTOLOGIA /

ERNESTO PERDOMO PERDOMO

CODIGO No. 822256

Monografía de Grado presentada
como requisito para optar al
Título de Odontólogo General.

Asesor: Dra. ROSALBA ROCHA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

BOGOTA, D.E., MAYO, 1987

16-2-01-111

A la Dra. Rosalba Rocha que ha aportado su tiempo, talento y conocimientos para dirigirme acertadamente en este trabajo.

Así mismo a mis compañeros de clínica que me facilitaron material clínico y radiográfico para ser estudiado y presentado.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

1.	IATROGENESIS EN OPERATORIA DENTAL.....	1
1.1.	USO INDEBIDO O DEMASIADO PROLONGADO DE ELEMENTOS COM- PLEMENTARIOS EN LA TAREA OPERATORIA.....	1
1.2.	USO INADECUADO DEL DIQUE DE GOMA.....	1
1.3.	PROBLEMAS CAUSADOS POR LA MALA SELECCION Y COLOCA- CION DE LAS GRAPAS.....	2
1.4.	COLOCACION INADECUADA DE SEPARADORES.....	3
1.5.	COLOCACION INADECUADA DE CUÑAS.....	3
1.6.	USO INADECUADO DE MATRICES.....	4
1.7.	PROBLEMAS CAUSADOS EN LOS TEJIDOS BLANDOS.....	5
2.	PROBLEMAS EN LA OBTURACION PROPIAMENTE DICHA.....	7
2.1.	PROBLEMAS CAUSADOS POR NO TENER PRECAUCIONES AL REA- LIZAR UNA OBTURACION.....	7
2.2.	FALLAS POR EXCESO Y DESBORDE DEL MATERIAL DE RESTAU- RACION.....	8
2.3.	FALLA POR INSUFICIENCIA DEL MATERIAL DE OBTURACION..	9

2.4.	PROBLEMAS CAUSADOS POR COLOCACION INCORRECTA DE BASES INTERMEDIAS.....	9
3.	OTROS FACTORES IATROGENICOS.....	11
3.1.	BORDES DE LAS RESTAURACIONES.....	11
3.2.	MATERIAL DE OBTURACION DENTRO DEL SURCO GINGIVAL....	11
3.3.	REACCION DE LOS TEJIDOS GINGIVALES A LAS RESTAURACIONES TEMPORALES EN ACRILICO AUTOPOLIMERIZANTE.....	12
3.4.	CONTORNO INADECUADO DE LAS RESTAURACIONES.....	13
3.5.	AREAS DE CONTACTO DEMASIADO GRANDES Y PLANAS.....	13
3.6.	LAS UNIONES SOLDADAS DE LAS RESTAURACIONES.....	14
4.	IATROGENESIS EN ENDODONCIA.....	15
4.1.	PERCOLACION APICAL.....	15
4.2.	ERRORES DE LA PREPARACION CAVITORIA Y EL CONDUCTO...	16
4.3.	PERFORACION MECANICA DE LA RAIZ.....	16
4.4.	FRACTURA DE INSTRUMENTOS DENTRO DEL CONDUCTO.....	16
4.5.	CONDUCTOS EXCESIVAMENTE OBTURADOS.....	17
4.4.	CONDUCTOS CON OBTURACION INCOMPLETA.....	18
5.	IATROGENESIS EN CIRUGIA:EXODONCIA.....	19
5.1.	ERRORES DE CRITERIO.....	19
5.2.	MAL USO DE INSTRUMENTOS.....	19
5.3.	EJERCICIO DE FUERZAS EXTREMAS EN LA EXODONCIA.....	20

6.	IATROGENESIS PROTESICA.....	21
6.1.	ULCERAS TRAUMATICAS POR PROTESIS MAL ADAPTADAS, BORDES O FLANCOS CORTANTES.....	21
6.2.	HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA.....	21
7.	IATROGENESIS QUIMICAS Y POR CONTACTO.....	23
7.1.	ULCERAS POR MAL MANEJO DE SUSTANCIAS QUIMICAS.....	23
7.2.	ESTOMATITIS POR CONTACTO CON ALGODON.....	24
8.	IATROGENESIS ORTODONCICA.....	25
8.1.	RESORCION RADICULAR Y MOVILIDAD.....	25

DIPOSITIVAS

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La Odontología con suma rapidez, está alcanzando un papel preponderante en la profesión médica debido, a gran parte a las mayores y crecientes responsabilidades en la atención del paciente. La intención, en esta monografía, es dar una visión clara y concreta de las iatrogenesis más comunes en odontología.

Intenta destacar los procesos patológicos derivados de la mala odontología, que se presentan con mayor frecuencia en la práctica clínica; o que ilustran un aspecto patológico importante.

También se ha puesto gran cuidado en la selección bibliográfica, se han tenido en cuenta, como consideración especial recalcar los principios básicos que con frecuencia son pasados por alto en la práctica diaria.

1. IATROGENESIS EN OPERATORIA DENTAL

Las restauraciones defectuosas, con márgenes desadaptadas, sin relación de contacto, forma incorrecta, superficie áspera y otros factores favorecen la retención de placa y dificultan la adecuada higiene bucal. De ahí de que si la operatoria dental es deficiente puede resultar un factor etiológico de la enfermedad periodontal y por otra parte cuando está correctamente realizada, constituye un factor preponderante en la rápida reparación y el mantenimiento del estado de salud de los tejidos blandos que rodean el diente.

1.1. USO INDEBIDO O DEMASIADO PROLONGADO DE ELEMENTOS COMPLEMENTARIOS EN LA TAREA OPERATORIA.

1.2. USO INADECUADO DEL DIQUE DE GOMA

Permite mantener un campo operatoria seco, aislado, con buena visibilidad, facilitando las tareas del profesional. Separa y protege las estructuras periodontales. Se lo debe co-

locar con el suficiente cuidado para no dañar las papilas o el margen gingival, pasando previamente un hilo dental para verificar las relaciones de contacto dentarias.

Algunas veces se puede usar ligaduras de caucho para sostener el dique de goma, las cuales mal colocadas pueden ser dañinas, produciendo una lesión en la papila gingival normal. (Véase Diapositiva No. 1).

1.3. PROBLEMAS CAUSADOS POR LA MALA SELECCION Y COLOCACION DE LAS GRAPAS.

La grapa es una abrazadera de acero con mordientes afilados, debe utilizarse con cuidado de no agarrar el margen gingival o la papila.

En primer lugar se debe elegir la grapa adecuada al diente y probarla para asegurarse de que no tienda a deslizarse apicalmente profundizando el surco y desgarrando la inserción epitelial. Al finalizar el acto operatorio es aconsejable masajear los tejidos blandos para activar su circulación y volverlas rápidamente a su estado normal. (Véase Diapositiva).

1.4. COLOCACION INADECUADA DE SEPARADORES.

Son instrumentos mecánicos basados en el principio de la cuña; constan generalmente de dos mordientes triangulares que se aproximan entre sí, impulsados por un tornillo.

El separador debe colocarse con sumo cuidado entre ambos dientes, observando que los mordientes no lesionen, aplasten o estrangulen la papila gingival.

La separación debe realizarse con suma lentitud, para permitir el estiramiento gradual de las fibras y el flujo del líquido periodontal. Una separación excesiva, demasiado prolongada o con mordientes del separador lesionando la papila gingival dejaría como secuela una alteración del periodonto.

La papila gingival suele ser la más afectada por el empleo de separador mecánico, ya que sobre ella se apoyan los mordientes. (Véase Diapositiva No. 3).

1.5. COLOCACION INADECUADA DE CUÑAS

La cuña tiene una forma de pirámide triangular alargada y

se coloca en el espacio interdentario , dentro de la tronera donde está ubicada la papila gingival. Se utiliza : para separar parcialmente los dientes, para sostener la banda de la matriz, sostener el dique de goma, proteger la papila gingival.

Cuando se coloca una cuña se debe tener la precaución de dirigir su parte plano hacia la papila gingival para deprimirla suavemente , sin lacerarla. Una cuña mal colocada puede penetrar en los tejidos gingivales y desplazar la adherencia epitelial y deja como secuela una retracción de la papila y la desocupación parcial de la tronera correspondiente, permitiendo el empaquetamiento alimentario y la acumulación de placa bacteriana. (Véase Diapositiva No.4).

1.6. USO INADECUADO DE MATRICES

Las matrices son bandas o láminas metálicas de acero, bronce u otros materiales que se colocan sobre el diente o entre los dientes para sostener el material de obturación.

La parte cervical de la banda, deberá ubicarse en la zona cervical de la cavidad, bien apoyada en la pared dentaria,

perfectamente adosada al diente, con ayuda de la cuña, para evitar que el material de obturación exceda o sobrepase sus límites pueda penetrar en el espacio interdentario; constituyéndose así en un factor irritativo para los tejidos periodontales.

Las matrices que no se recortan correctamente, ni se adaptan al espacio interdental, trae como resultado superficies proximales de contacto incorrectas o insuficientes, que más adelante permiten el empaquetamiento de alimentos. También una matriz mal adosada a la superficie del diente puede cortar la encía. (Véase Diapositivo No. 5).

1.7. PROBLEMAS CAUSADOS EN LOS TEJIDOS BLANDOS

Por falta de visibilidad y el manejo inadecuado de instrumental cortante y rotatorio.

Cuando se utiliza instrumental de mano cortante y no se toma un punto de apoyo firme sobre los dientes; puede ocurrir un brusco desplazamiento del sistema, produciendo una herida en la encía o penetrar al ligamento periodontal.

Muchos son los problemas causados también por falta de un buen apoyo digital firme y seguro, lo mismo que falta de buena visibilidad cuando trabajamos con instrumental rotatorio cortante, con los cuales es fácil lacerar lengua, tejidos blandos o carrillos. (Véase Diapositiva No. 6).

2. PROBLEMAS EN LA OBTURACION PROPIAMENTE

DICHA

2.1. PROBLEMAS CAUSADOS POR NO TENER PRECAUCIONES AL REALIZAR UNA OBTURACION.

Cuando se utiliza amalgama como material de obturación es habitual efectuar una gran presión al condensarla. Esta presión puede forzar el material fuera de los límites cavitarios y hacer que esta invada las zonas periodontales, aún cuando se usa matriz y cuña. Los excesos de amalgama se endurecen y, si no se retiran inmediatamente, se transforman en factores de irritación permanente del periodonto al permitir la acumulación de placa y dificulta la correcta higiene bucal. (Véase Diapositiva No. 7).

Cuando se emplean resinas o cementos de silicato, materiales que endurecen totalmente en pocos minutos, deb en eliminarse los excesos. Dada la dificultad que presenta la eliminación de esos excesos, es conveniente dedicar el mayor

tiempo posible a la colocación de una buena matriz y una cuña para evitar en lo posible este problema. Un modo de controlar si el contorno proximal de una restauración ha quedado correcto consiste en el uso del hilo dental; se pasa sobre la superficie dentaria, y si se desgarran la seda dental es que hay exceso de obturación. El procedimiento indicado es pulirla. (Véase Diapositiva No. 8).

2.2. FALLAS POR EXCESO Y DESBORDE DEL MATERIAL DE RESTAURACION.

Es la más común y frecuente de las fallas, y se debe en la mayoría de los casos a no haber usado matriz y cuña para contener el material durante su endurecimiento. Otras veces la matriz estaba colocada de manera incorrecta, floja, desadaptada, se movió durante el fraguado o se retiró antes de tiempo.

Todo exceso de material obturador, ubicado en las cercanías del margen gingival, actúa como factor irritante y da lugar a una gingivitis marginal por acumulación de placa.

Cuando el exceso de material queda en el espacio interdentario, permitiendo la acumulación de placa y restos

alimentarios, esto produce irritación de la papila gingival, que sangra espontáneamente con la consiguiente secuela de halitosis y dolor; el espacio interdentario se atrofia y desaparece la papila y finalmente se forma la bolsa periodontal. (Véase Diapositiva No. 9).

2.3. FALLA POR INSUFICIENCIA DEL MATERIAL DE OBTURACION

Cuando una cavidad no queda totalmente obturada, las irregularidades de la superficie van a ser ocupadas rápidamente por la placa bacteriana. Si la cavidad se halla en zona cervical o en contacto con la papila gingival, la presencia de placa, se difícil remoción, dará lugar al comienzo de una inflamación gingival. Cuando no existe un contacto proximal firme y adecuado se facilita la impactación de alimentos. (Véase Diapositiva No. 10).

2.4. PROBLEMAS CAUSADOS POR COLOCACION INCORRECTA DE BASES INTERMEDIAS.

La base intermedia es una capa de cemento comúnmente usada debajo de una restauración dental permanente para inducir a la recuperación de la pulpa lesionada o para protegerla

contra las lesiones que pueden afectar la pulpa dental.

Las funciones de la base intermedia son:

Agente bacteriostático, aislamiento térmico, aislamiento eléctrico, impedir el cambio de color de la estructura dental adyacente a ciertos tipos de materiales de restauración, impedir la penetración de componentes dañinos de materiales de restauración hacia la dentina y pulpa.

Cuando una base intermedia llega hasta el margen de la cavidad para amalgama o resina; esta se puede fracturar o desintegrar por acción de fluidos orales lo cual ocasiona una percolación marginal, con la consiguiente afección pulpar. (Véase Diapositiva No. 11).

3. OTROS FACTORES IATROGENICOS

3.1. BORDES DE LAS RESTAURACIONES

La extensión excesiva del borde gingival de una restauración, tipo coronas causa lesiones de tipo mecánico en los tejidos.

Facilita la acumulación de restos alimenticios, especialmente si la superficie es áspera. La extensión excesiva de amalgama de plata es corriente. La extensión insuficiente del borde gingival de una restauración tipo incrustación origina una hendidura donde se acumulan las bacterias y los residuos alimenticios y puede convertirse en una causa de irritación más intensa que los bordes demasiado largos, porque el medio cementante se disuelve y crea una percolación marginal.

3.2. MATERIAL DE OBTURACION DENTRO DEL SURCO GINGIVAL.

Constituye un irritante mecánico más potente que la restauración metálica demasiado grande.

Es un agente irritante, mecánico y químico simultáneamente y debido a su porosidad proporciona un excelente refugio a los microorganismos. Incluso los bordes exactamente adaptados de las coronas, apoyos de puentes que se extienden dentro del surco gingival producen irritación que, a menudo, determina el engrosamiento de la encía marginal.

En un estudio histológico de la reacción al cemento de silicato y a la amalgama se observó una reacción inflamatoria similar a la causada por el cálculo subgingival.

3.3. REACCION DE LOS TEJIDOS GINGIVALES A LAS RESTAURACIONES TEMPORALES EN ACRILICO AUTOPOLIMERIZANTE.

Se ha llegado a la conclusión de que producen una reacción inflamatoria crónica en el margen gingival adyacente. La reacción está provocada por el material de placa contenido en la hendidura situada entre la restauración de resina y la cavidad del diente. La superficie de resina que está en contacto con el epitelio del surco también retiene fácilmente

la placa. (Véase Diapositiva No. 12).

3.4. CONTORNO INADECUADO DE LAS RESTAURACIONES

La restauración inadecuada de la anatomía de la corona puede ser un factor etiológico en la enfermedad periodontal. Los contornos exagerados proporcionan un refugio a los restos alimenticios y a la materia alba y los contornos incorrectos permiten el trauma directo sobre la encía libre a la cual dejan sin protección. Los contornos coronales vestibular y lingual sólo tienen importancia si la encía marginal ocupa casi su posición normal en el cuello del diente. Si la encía ha retrocedido hasta una posición apical extrema a consecuencia de la enfermedad periodontal no será necesaria la restauración del contorno para su protección durante la masticación. La masa marginal que ha retrocedido , pero la fuerza se disipa antes de que el alimento llegue a la encía. (Véase Diapositiva No.13).

3.5. AREAS DE CONTACTO DEMASIADO GRANDES Y PLANAS.

Crean una papila gingival cóncava con un pico en las caras bucales y linguales y una depresión de tejido blando entre

ambos.

Las áreas de contacto demasiado pequeñas no llegan a formar un techo protector para las papilas . Cuando no existe un contacto proximal firme y adecuado se facilita la impactación de alimento. Los espacios interproximales y los contactos proximales han de albergar y proteger a las papilas gingivales. (Véase Diapositiva No. 14).

3.6. LAS UNIONES SOLDADAS DE LAS RESTAURACIONES.

Las uniones soldadas de las restauraciones dentales que penetran en la tronera desalojan a las papilas gingivales interproximales en vez de protegerlas.

Si las crestas marginales adyacentes no concuerdan correctamente se crea un paso que favorece la retención de alimentos. Los surcos de salida de alimentos también constituyen rasgos importantes de la anatomía oclusal, ya que permiten el estrujamiento del alimento bajo presión. (Véase Diapositiva No. 15).

4. IATROGENESIS EN ENDODONCIA

4.1. PERCOLACION APICAL

Se presenta cuando no hay un sellado hermético del cono principal en el tercio apical y se produce el intercambio de bacterias, toxinas y exudado del conducto al tejido o zona periapical y de esta al conducto del diente; lo cual va a producir un proceso infeccioso en la zona perioapical. Se puede presentar como resultado de:

Obturación incompleta, como resultado de una instrumentación incompleta.

Conductos sin obturar: se realizan procedimientos en los cuales dientes desvitalizados, se procede a colocarles obturación definitivas, y también raíces que se les colocan núcleos sin hacer tratamiento convencional de conductos.

(Véase Diapositiva No. 16).

Conos de plata retirados inadvertidamente durante los procesos restauradores cuando estos son enganchados por una fresa el tallarse una cavidad y empujados fuera de su asiento en el conducto. El odontólogo no nota el error o desconoce sus consecuencias.

4.2. ERRORES DE LA PREPARACION CAVITARIA Y EL CONDUCTO.

La categoría integrada por errores en la preparación cavitaria y del conducto, comprende un gran número de fracasos endodónticos de los cuales muchos conllevan a la extracción de los dientes afectados.

4.3. PERFORACION MECANICA DE LA RAIZ

No hay duda de que la perforación mecánica de la raíz durante el tratamiento de conductos condenará ciertos dientes a la extracción. Algunas perforaciones son demasiado grandes o están en Mesial o distal, factores que excluyen todo intento de salvar el diente lesionado. (Véase Diapositiva No.17).

4.4. FRACTURA DE INSTRUMENTOS DENTRO DEL CONDUCTO.

Puede ocurrir por la utilización de instrumentos en mal

estado o por mal manejo de estos. El número de fracasos debido a fractura de instrumentos es depreciable. El instrumento fracturado puede servir como obturación adecuada del conducto si quedó trabajado en la dentina al desenroscarlo. Sino se puede retirar el instrumento o sobrepasarlo es necesario hacer la obturación por el ápice. (Véase Diapositiva No. 18).

4.5. CONDUCTOS EXCESIVAMENTE OBTURADOS

La apertura amplia del foramen apical durante la instrumentación es una forma de perforación y conduce a la sobreobtención excesiva. Así mismo la selección del cono principal para obturar un conducto es importante; si colocamos un cono de diámetro menor que el diámetro de la preparación del conducto, éste va a ser fácilmente desplazado durante la condensación hacia la zona periapical produciendo una obturación excesiva.

La fractura de instrumentos es tan desfavorable como la sobreobtención, pero a veces se producen los accidentes. Por lo común el tratamiento quirúrgico periapical es lo único que enmienda estos errores. Todos estos errores pueden evitarse mediante la cuidadosa preparación de la cavidad, con-

ducto y obturación del conducto. (Véase Diapositiva No. 19).

4.6. CONDUCTOS CON OBTURACION INCOMPLETA

El fresado o instrumentación manual de una raíz curva durante la preparación de un conducto para ser obturado, conduce finalmente a una instrumentación incompleta y obturación también incompleta.

El aumento brusco de la dimensión, al pasar de un tamaño de instrumento a otro, suele originar la traba del instrumento en el conducto, lo cual produce un escalón con la disminución de la longitud de la preparación del conducto; lo cual también conlleva a una obturación incompleta.

En análisis, final, los errores de la preparación y obturación se pueden evitar con más paciencia, cuidados y conocimientos. (Véase Diapositiva No. 20).

5. IATROGENESIS EN CIRUGIA: EXODONCIA

5.1. ERRORES DE CRITERIO

En la elevación de terceros molares o restos radiculares de terceros molares y en la extracción de molares superiores hay que tener cuidado de no desplazarlos hacia otras, ya que pueden irse a el espacio infratemporal donde transcurren muchas estructuras neurovasculares.

5.2. MAL USO DE INSTRUMENTOS

En algunas ocasiones puede ocurrir que las raíces vestibulares de premolares y molares son empujadas lateralmente a través de la pared del maxilar superior y quedan por encima de la inserción del músculo buccinador; esto ocurre por no tener un apoyo sobre la cortical externa cuando se usan elevadores y así pueda darse cuenta de cualquier movimiento de la raíz en esa dirección.

5.3. EJERCICIO DE FUERZAS EXTREMAS EN LA EXODONCIA.

Las fuerzas extremas aplicadas o molares superiores puede traer como resultado la extracción del molar junto con toda la apófisis alveolar superior y el piso del antro. El primero , el segundo y el tercer molar junto con la tuberosidad, han sido extraídos en una pieza debido al uso de fuerzas inadecuadas sobre el maxilar superior.

También por fuerzas exagerados puede irse un ápice radicular en el conducto dentario inferior es, principalmente un problema de acceso y visión.

En la extracción con Forcep cuando son aplicadas fuerzas extremas y se desconoce los principios básicos de este medio, lo mismo que de la anatomía se pueden producir fracturas dentales. (Véase Diapositiva No. 21).

6. IATROGENESIS PROTÉSICA

6.1. ULCERAS TRAUMÁTICAS POR PROTÉSIS MAL ADAPTADAS, BORDES O FLANCOS CORTANTES .

Puede ser el resultado de la sobre-extensión de los flancos, presencia de sequestros o espículas de hueso debajo de la prótesis o una zona áspera o alta en la superficie interna del aparato. Estas úlceras son pequeñas , dolorosas y de forma irregular, cubierta de una delicada membrana necrótica gris y rodeada por un halo inflamatorio.

(Véase Diapositiva No. 22).

6.2. HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA

Una de las reacciones más comunes a los prótesis mal adaptadas es la hiperplasia del tejido que está en contacto con los bordes del aparato.

Se caracteriza por formación de agrandamientos alargados de tejido en la zona del flanco de la prótesis. Esta prolifera-

ración de tejido suele ser lenta y, probablemente, es tanto producto de la resorción del reborde alveolar como el traumatismo engendrado por la prótesis floja.

Puede haber irritación y úlceras en la base del pliegue dentro del cual se adopta el flanco del aparato.

El tratamiento es necesario eliminar por cirugía la hiperplasia fibrosa inflamatoria y confeccionar una prótesis o rebasarla. (Véase Diapositiva No. 23).

7. IATROGENESIS QUIMICAS Y POR CONTACTO

7.1. ULCERAS POR MAL MANEJO DE SUSTANCIAS QUIMICAS.

Todo ácido y alcali fuerte, sustancias germicidas o aún ciertos irritantes de origen vegetal son capaces de producir diferentes clases de lesiones como quemaduras en mucosa bucal y piel que cicatrizan lentamente.

Una cantidad de aceites volátiles como el de clavo (eugenol) eucalipto y salicilato de metilo pueden también producir quemaduras en la mucosa.

Medicamentos que son utilizados en endodoncia por lo general son cáusticos o sumamente irritantes, los cuales mal empleados producen quemaduras en la mucosa bucal; entre ellas tenemos: paramonoclorofenol alcanforado. Los farmacos más irritantes son los derivados del fenol y el formaldehido, como el formocresol el cual en uso indiscriminado puede llegar a producir una osteomielitis maxilar.

7.2. ESTOMATITIS POR CONTACTO CON ALGODON

La lesión con rollo de algodón, es iatrogénica, es una reacción común cuando el rollo seco colocado por el odontólogo es retirado con brusquedad y la mucosa que se encuentra adherida se irrita y se desgarrar. (Véase Diapositiva No. 24).

8. IATROGENESIS ORTODONCICA

8.1. RESORCION RADICULAR Y MOVILIDAD.

Con fuerzas que sobrepasan el nivel de presión capilar, la membrana periodontal es comprimida de tal forma que en el sitio de la presión se produce hemorragia, la cual va seguida de una necrosis. El ligamento periodontal sufre daños en el lado de tensión cuando las fibras son partidas en la zona intermedia. Junto a la zona de presión y necrosis la circulación aumenta y se forman osteoclastos. Los osteoclastos suben por el hueso alveolar para eliminar el hueso por detrás, en un asalto a los flancos o "resorción socavadora".

Con presiones más intensas existe mayor posibilidad de resorción del cemento y la dentina.

Con frecuencia se nota que la membrana periodontal ha engrosado, debido al movimiento de los dientes causado por la

fuerza a que ha sido sometido, es una posición que no suele estar en equilibrio con las fuerzas del medio ambiente , que aplican presión en dirección opuesta. Este vaivén provoca resorción y deposición en forma alternada , y como resultado los dientes presentan movilidad. (Véase Diapositiva No. 25).

BIBLIOGRAFIA

- BARRANDOS MOONEY, Julio. Operatoria Dental Atlas-técnica y clínica. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires 1981.
- SHAFER, William G., Hine, Maynard K y Levi, Barnet M. Tratado de Patología Bucal. Editorial Interamericana. México 1977.
- INGLE, John Ide, BEVERIDGE, Edward. Endodoncia. Editorial Interamericana México 1984.
- KRUGER, Gustav O. Cirugía Bucal y Maxilofacial. Editorial Panamericana. México 1983.
- GRABER, T.M. Ortodoncia teoría y práctica. Editorial Interamericana. México 1972.
- PRICHARD, John F. Enfermedad periodontal avanzada. Editorial Labor, S.A. Barcelona 1977.
- STAFNE, Eduard c. GIBILISCO, Joseph A. Diagnóstico Radiológico en odontología. Editorial Panamericana. México 1978.