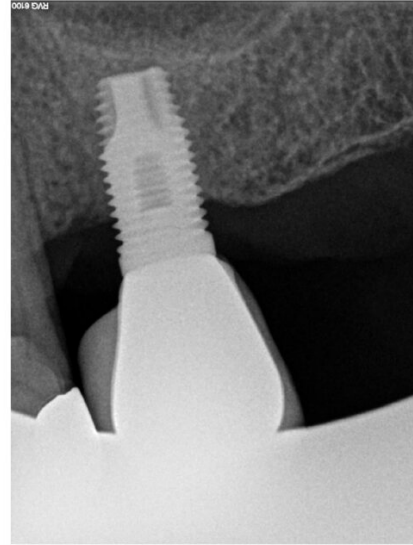




**Figura 9a.** Imagen preoperatoria.



**Figura 9b.** Rx. preoperatoria.

## B. II FASE: CIRUGÍA RESECTIVA ATRAUMÁTICA

a. Esta técnica propuesta es una variante de la técnica convencional resectiva con colgajo mucoperiostico de espesor total y reposición apical con desbridamiento quirúrgico del tejido de granulación.

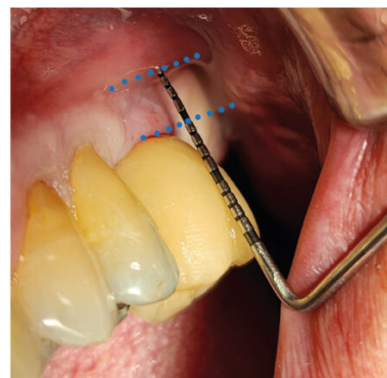
b. Con esta variante, se trata de evitar la cirugía tan agresiva y el post operatorio tan complejo de la técnica convencional, logrando los mismos objetivos de remisión de la periimplantitis.

c. La primera acción es la calibración del sondaje y la cuantificación de la profundidad de bolsa para establecer la longitud de trabajo. La sonda, en condiciones normales, marcará el fondo de surco o la posición crestal que habitualmente, debe coincidir (fig. 10).



**Figura 10.**

d. Se posiciona la sonda externamente con la medida resultante (fig. 11).



**Figura 11.**

### 3. RESOLUCIÓN DE LA ALVEOLITIS EN UNA SESIÓN

Es conveniente tranquilizar al paciente porque es importante su colaboración.

Una vez diagnosticada la alveolitis observando el típico aspecto de alveolo sin tejido de reparación y contaminado en su interior, lo primero es informarlo de la causa del problema y transmitirle que, por la razón que sea, el alvéolo no ha formado un coágulo de sangre con función de tapón y protección y explicarle que esa ausencia de sellado alveolar natural era necesaria para que no se contaminase con restos alimenticios y la consecuencia inmediata es un gran dolor por la colonización de bacterias y detritus tóxicos.



**Figura 8.** Es absolutamente imprescindible la remoción completa de todo el contenido putrefacto del interior de un alveolo post extracción.

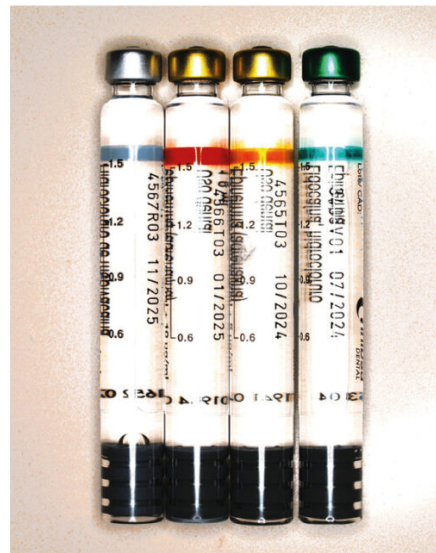
El paciente debe saber que esta sintomatología tan intrincada y dolorosa, sin embargo, no es de gravedad y que en 30 minutos de intervención odontológica toda la sintomatología remitirá de manera total y definitiva y sin necesidad de ninguna medicación. Por lo que su colaboración es importante en caso de notar

alguna leve y pasajera molestia y así se le debe informar.

Este es el protocolo:

#### I. Aplicación de anestesia troncular o infiltrativa sin vasoconstrictor

Esta técnica anestésica evita el dolor en la zona inflamada y es más fácil obtener un bloqueo completo de la zona. Pero si optamos por una anestesia infiltrativa, al menos que sea sin vasoconstrictor (habitualmente epinefrina o felipresina) y garantizar un aporte de sangre suficiente. Pero, también, habrá que estar atentos porque los tiempos de trabajo se reducen.

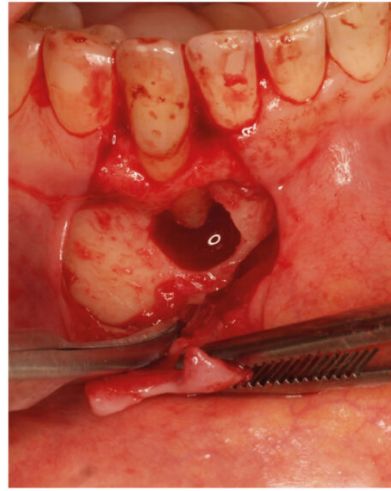


**Figura 9.**

#### II. Limpieza del alvéolo

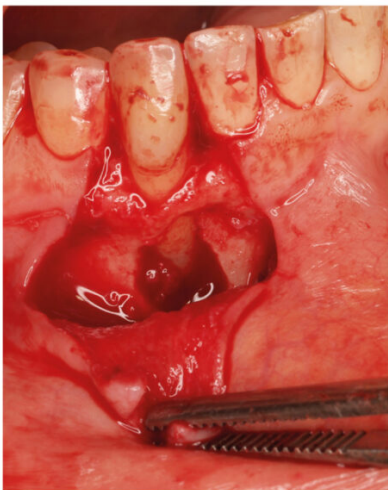
Casi todos los casos de alveolitis seca y húmeda, por no decir todos, están contaminados de comida, ya que el alvéolo hueco, y sin sangre, ha permitido la intrusión de restos y detritus contaminados en su interior. El dolor primario de las alveolitis





**Figura 5 a y b.** Quistectomía, legrado y curetaje de la cavidad quística hasta la remoción total de los restos de tejido, incluidos los que quedan adheridos a la mucosa interna vestibular. Estos deben ser cortados con tijera quirúrgica con cuidado de no fenestrar la mucosa.

Es importante incidir con la cureta en toda la circunferencia del ápice, pero especialmente en la zona posterior al punto de vista del operador, ya que suele ser el que presenta mayor dificultad, al ser un punto ciego.



**Figura 6 a y b.** Presentación de la pared bucal de la mucosa, libre de tejido quístico e inflamatorio. Una vez terminada la limpieza de la cavidad, se procede a reinstrumentar el conducto traspasando el ápice.

Desde la privilegiada visión directa de la anatomía del conducto en su punto apical, podemos controlar el nivel de instrumentación, la longitud de trabajo y la calibración de las limas. Los detritus se lavan con suero para dejar la cavidad expedita.

CAPÍTULO  
**15**

## CASOS PRÁCTICOS

La única dificultad que puede entrañar la supresión de interferencias oclusales es que el paciente no realice correctamente el movimiento que debe hacer con su mandíbula para poder observar y apreciar con precisión en dónde están esos contactos prematuros y cuáles son las cúspides que

tropiezan entre sí y que impiden que haya una guía canina-incisal eficiente y funcional. Sin embargo, son casos puntuales, que con el tiempo se aprende a manejar.

### 1. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA



**Figuras 1 y 2.** El fundamento del tallado oclusal selectivo es la obtención de la guía canina (en la imagen) e incisal, porque representan unos contactos que la naturaleza establece con una función de protección de la ATM en sobrecargas excéntricas y movimientos excursivos de lateroprotusión.

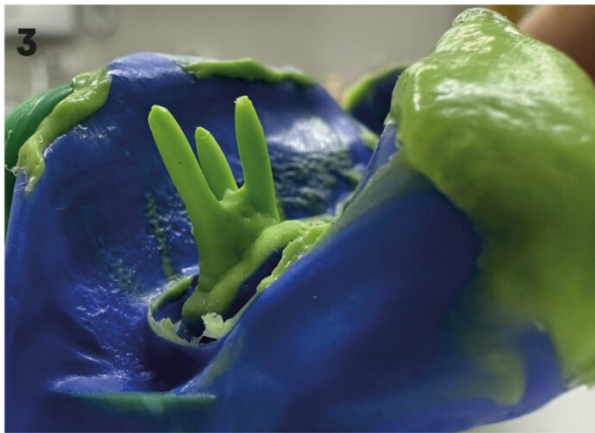
A. Al paciente, primero hay que enseñarle, en un dentoformo preferentemente, los movimientos que debe hacer. Explicarle qué es lo que queremos ver, que no es otra cosa que detectar donde contactan las cúspides en los molares. Explicarle esto al paciente es de una importancia vital para que haga correctamente los movimientos excéntricos de lateralidad y protrusión.

B. Es importante deslizar los dientes a un lado primero y sin levantar la mordida. La definición es “arrastrar y deslizar los dientes” a un lado y el secreto es hacerlo de una manera lo más apretada posible pero lo suficientemente suave para poder deslizar.

C. Hay que ir arrastrando y deslizando los dientes lo más lento posible



**9. SECUENCIA DE CORONA SOBRE PERNO MULTIRRADICULAR**



*Una corona totalmente destruida, se recupera de manera sólida, estable y tan segura a largo plazo como los molares adyacentes. Es un tratamiento que puede mantenerse a lo largo de la vida del paciente por su gran predictibilidad. Se ha labrado una caja retentiva suplementaria en la cámara para proporcionar mayor retención y estabilidad primaria (imágenes y caso cedido por la Dra. González Dobalo).*