1ej 929

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ENFERMEDADES DE LA PULPA DENTAL Y TRATAMIENTOS ENDODONTICOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

MARIA GUADALUPE SAINZ CALDERON

MEXICO, D. F. 1979

15317

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION

I.- HISTORIA CLINICA

II.- INFLAMACION

III.- HERIDA PULPAR

IV.- HIPEREMIA

V.- PULPITIS

VI.- DEGENERACION PULPAR

VII.- MUERTE PULPAR

VIII.- TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES PULPARES

A).- RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO

B).- RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO

C).- PULPOTOMIA

D).- PULPOTOMIA CON HIDROXIDO DE CALCIO

E).- PULPOTOMIA CON FORMOCRESOL

F).- PULPECTOMIA

G).- APICECTOMIA

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

Actualmente la odontología a progresado mucho, debido al logro de las diferentes especialidades de la cavidad oral.

La Endodoncia es la parte de la odontología que estudia las enfermedades de la pulpa necrótica, con o sin - -- complicaciones periapicales.

El Cirujano Dentista debe estar capacidado para resolver cualquier problema Endodontico, aunque no este especializado, ya que con mayor frecuencia se le presentara en - el consultorio, y no convertir su Idiologia en la extracción y sustitución de dientes.

Al realizar esta tesis, de ninguna manera trate de elaborar un libro.

I HISTORIA CLINICA

La elaboración de la historia clínica es un proceso ordenado y cronológico en el que se investigan los antecedentes del paciente para ordenar datos que permitan al clínico conocerlo mejor. Con demasiada frecuencia, esta fase de la práctica dental es descuidada. El oyente atento y cuidadoso detectará importantes pistas para el diagnóstico en la narración del paciente. Es evidente que resulta imposible hacer el diagnóstico de alguna afección hasta saber desde un principio que existe, como fue señalado por Osler, por lo que una historia clínica adecuada en si no es suficiente. El conocimiento de los procesos patológicos que puedan presentarse en la cavidad Bucal es muy importante.

En términos generales, la elaboración de la historia clínica y el examen se relacionan con tres situaciones típicas:

1.- El paciente que ha acudido al consultorio para recibir tratamiento repetidos durante años. Se supone que este paciente originalmente fue sometido a una buena revisión histórica, por lo que sólo se requieren ahora datos adicionales pertinentes desde la última visita.

2.- El paciente que llega por primera vez buscando algún procedimiento bucal guirúrgico requerirá un cuidadoso examen, así como un estudio de -- sus antecedentes médicos.

3.- El paciente que se presenta para atención dental en el hospital requiere el mismo estudio - cuidadoso por el dentista, datos que deberán - ser consignados al expediente del paciente además de los datos obtenidos por el médico durante su exámen físico general.

El facultativo debe motivar al paciente para que - éste pueda establecer comunicación. Es su responsabilidad y su oportunidad de crear un ambiente en el que el paciente pueda enfocar sus problemas con facilidad y sin temor.

El facultativo deberá procurar la comodidad del paciente de manera informal aunque profesional. Puede establecerse la comunicación con la pregunta habitual empleada para romper el "hielo", aunque la entrevista deberá ser controlada pidiendo oportunamente al paciente que se dirija al problema real, haciendo esto mediante preguntas eficaces. Las primeras preguntas deberán ser de carácter neutral haciéndose posteriormente más directas.

Las preguntas neutrales establecen un tema ("¿ Por

qué motivo nos visita hoy?"), mientras que la interrogación directa es capaz de provocar una respuesta afirmativa o negativa ("¿Acaso el calor agrava sus males?"), la importancia de las respuestas deberá ser valorada y atendidas según sus méritos en ocaciones, el paciente deberá ser interrumpido y vuelto a dirigir hacia el tema más pertinente si es que se aleja demasiado del mismo. Si el facultativo conserva su vocabulario al nivel de compresión del paciente, se obtendrán respuestas coherentes y el paciente sentirá que se entienden sus experiencias y antecedentes.

Podemos obtener datos valiosos sobre la confianza que siente el paciente hacia el facultativo, su temperamento, punto de vista sobre la vida y su problema si nos fijamos en el tipo de saludo de mano del paciente, su marcha y coordinación, la existencia de temblores y su actitud general hacia las respuestas. Por ejemplo un pasiente que saluda debilmente de marcha lenta y arrastrada, ojos inquietos y una actitud negativa, puede ser pesimista con respecto al pronóstico de su problema, así como de la habilidad del método para mejorarlo.

Los datos o antecedentes históricos deberán ser escritos en forma de apuntes y después pasados aun registro más permanente.

HISTORIA MEDICA Y DENTAL

Nombre.....Sexo.....Edad.....

Dirección.....Teléfono.....

Origen.....Ocupación.....

Estado Civil.....Fecha.....

Nombre del dentista anterior.....Dirección.....

a. ¿ Padece usted dolor de dientes ? ..... Si No

b. ¿ Se incresta alimentos entre los dientes?.... Si No

c. ¿ Sangran sus encías cuando se cepilla los - - dientes?..... Si No

d. ¿ Rechina usted sus dientes durante la noche?. Si No

e. ¿ Padece dolor en los oídos o cerca de ellos?. Si No

f. ¿ Alguna vez ha recibido tratamiento periodontal (piorrea)? ..... Si No

g. ¿ Alguna vez ha recibido instrucciones adecuadas sobre el aseo adecuado de sus dientes en casa?..... Si No

h. ¿ Tiene usted zonas dolorosas o protuberancias en su boca?..... Si No

i. ¿ Desea usted conservar sus dientes?..... Si No

j. Fecha aproximada de su última visita al dentista .....

Nombre del médico..... Dirección.....

Fecha aproximada de su última visita .....

a. ¿ Padece usted en este momento gripe o molestias-
de la garganta?..... SI No

b. ¿ Ha experimentado usted sangrado excesivo algu--
na vez de herida o extracciones?..... Si No

c. ¿ Alguna vez le ha dicho un médico que padece pro
blemas Cardiacos?.....Si No

d. ¿ Se le hinchan con frecuencia los tobillos?.....Si No

e. ¿ Con facilidad padece problemas respiratorias o
falta aire?.....Si No

f. ¿ Se desmaya fácilmente?.....Si No

g. ¿ Se agota con facilidad?.....Si No

h. ¿ Padece probleas estomacales?.....Si No

i. ¿ Alguna vez le ha dicho un médico que padece de-
los riñones o de la vejiga?.....Si No

j. ¿ Se levanta durante la noche para orinar?.....Si No

k. ¿ Padece diarrea con frecuencia?.....Si No

l. ¿ Cuando niño, guardaba cama durante periodo pro-
longados?.....Si No

m. ¿ Recientemente ha subido o bajado de peso?.....Si No

n. ¿ En este momento se encuentra usted tomando al--
gún medicamente?.....Si No

Medicamento.....Para.....

o. ¿ Es usted alérgico a algún medicamento?..... Si No

Cuál?.....

p. Diga si ha padecido:

Asma..... Si No

Fiebre reumática..... Si No

Escarlatina. Si No

Pulmonía.... Si No

Tuberculosis.Si No

Problemas cardiacos.....Si No

Presión alta..... Si No

Anemia..... Si No

Diabetes..... Si No

Problemas renales.... Si No

Alergias..... Si No

nerviosismo..... Si No

q. Diga si ha tomado:

Cortisona... Si No

Esteroides..... Si No

r. Lesiones u operaciones:

Tratamiento.....

Hospital.....

s. Irradiación previa de cuelo o cabeza..... Si No

t. MUJERES: ¿Está usted embarazada?..... Si No

II INFLAMACION

Para comprender las enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales, se requiere tener un concepto de- los principios de la inflamación

Para indicar la inflamación de un órgano o tejido se añade el nombre de éste el sufijo " itis ".

Inflamación (o Flagosis) Es la reacción local - de un tejido a un estímulo (de orden físico, químico, mi-- crobiano o parasitorio). Superior a su índice de tolerancia y por lo tanto, nocivo.

El proce inflamatorio, como fenómeno frecuente y- absolutamente evidente no podía pasar desapercibido al estudio empírico de los médicos antiguos, los cuales observando los síntomas locales de calor y dolor, a veces de tipo - - "urente", se formaron la idea que la inflamación era una especie de combustión, de quemadura del tejido lesionado; de- esta convicción deriva el término de origen latino, de "in- flamación" (flama=llama), así como el de flagosis (del - griego flagos=llama).

SE PRESENTAN VARIOS TIPOS O FASES DE INFLAMACION

1.- LA IRRITACION.- Comprende el conjunto de las alteraciones, sobre todo funcionales, provocados por el estímulo

nocivo, que coloca al organismo en estado de alarma.

2.- LAS MODIFICACIONES CIRCULATORIAS.- Consisten en la dilatación de los vasos sanguíneos locales, con el consiguiente aumento de aflujo sanguíneo (hiperemia activa) en-lugar de la inflamación.

3.- LA EXUDACION.- Es la salida a través de las paredes de-los vasos sanguíneos dilatados y llenos de sangre, de - la parte líquida de ésta (plasma) y de algunos de terminados elementos celulares (como los leucocitos polimorfonucleares) que tiene funciones defensivas contra los microbios agresores de la integridad orgánica.

4.- LOS FENOMENOS REGRESIVOS.- Pueden llegar hasta la necrosis (muerte) del tejido; son debidos, en parte, a la acción lesiva directa del estímulo flogógeno y en parte, a la-reacción defensiva del propio órganismo, el cual para - defenderse eficazmente del agresor debe crear una serie de alteraciones anatomofuncionales locales.

5.- LOS FENOMENOS DE REGENERACION Y REPARACION.- Tienden a-reparar el tejido lesionado mediante la reproducción de un tejido idéntico al destruido o la formación de otro-tejido diferente, es decir, de tejido de " relleno " conectivo (cicatrización).

LOS SINTOMAS CLASICOS DE LA INFLAMACION SON

a).- RUBOR. Está ligado al aumento local del aflujo sanguíneo.

b).- TUMOR. Está provocada por dicho aflujo y por la exudación posterior.

c).- CALOR. Está ligado al aumento de la sangre en los tejidos.

d).- DOLOR. Está provocado por la irritación de los nervios sensitivos locales por parte del estímulo nocivo o por la compresión producida por los vasos sanguíneos dilatados y por el líquido exudado que impregna el tejido inflamado.

e).- LA ALTERACION FUNCIONAL.- Es la consecuencia lógica de los cuatro síntomas presedentes del orden anatómico.

La inflamación puede clasificarse en aguda, subaguda ó crónica, de acuerdo con la duración, gravedad de la alteración y el tipo de reacción tisular.

La inflamación aguda es una reacción repentina.

La inflamación subaguda tiene un comienzo más lento y de menor intensidad que la inflamación aguda.

La inflamación crónica es producida por la acción de un irritante que actúa un largo período.

El exudado puede ser purulento, y entonces se deno-

mina pus, es un liquido grisáceo, amarillento o verdoso, rico en glóbulos blancos y en microbios, cuando el pus se co-- lecciona en una cavidad del interior del tejido inflamado, - se habla de absceso.

Cuando se presenta un paciente con inflamación, ésta no es siempre de origen dental ni constituye por eso un - problema endodóntico, la inflamación de origen pulpar siempre está relacionada con un diente desvitalizado.

Un diente desvitalizado, causante de un absceso - apical agudo, puede deberse a una pulpitis aguda que rápidamente afectó a toda la pulpa y que ahora se extiende hasta - el área periapical. En la radiográfia no se observará des-- trucción ósea pero, debido al proceso inflamatorio agudo, el diente será sensible a la percusión, Frecuentemente, el pa--- ciente nota que el dolor fué más severo antes de aparecer la inflamación y que actualmente es menos intenso.

En otras palabras, el paciente ahora se ve peor, - pero se siente mejor. La reducción o desaparición del dolor se debe a que la presión ha disminuido porque el proceso supurativo ha perforado la tabla cortical ósea y se ha extendido a los tejidos blandos, donde existe más espacio para la - expansión.

Si la inflamación es causada por un quiste o un --

granuloma preexixtente, el proceso será idéntico al producido por una pulpitis, sólo que la radiografía mostrará la lesión.

El tratamiento de urgencia es establecer drenaje, - esta se lleva a cabo haciendo una incisión en los tejidos — blandos o abriendo la cámara pulpar. La abertura se hace en el mismo sitio en la corona que el utilizado para aberturas- normales linguales u oclusales, solamente que en estos casos se deja del mismo tamaño que la fresa utilizada para hacer - la perforación y no se agranda.

A travéz de esta abertura, se introduce una lima -- pequeña (Núm. 10 ó 15) al conducto o conductos y, en la presencia de hipoclorito de sodio, se penetra hasta el área periapical. Debe procurarse establecer un flujo de exudado a- través de la abertura. Si no es posible conseguir un drenaje adecuado a través del diente, y existe una gran masa fluctuante en los tejidos blandos, debe hacerse una incisión en- los mismos para lograr este drenaje. Sí el área inflamada - no fluctúa al palparse, significa que el proceso aún no ha - perforado la tabla ósea, y la incisión no establecerá drenaje ni aliviara el dolor.

El propósito de la incisión es llegar hasta el exudado mediante el corte del periostio hasta el hueso. La hoja del bisturí se hace penetrar en el tejido blando hasta ponerse en contacto con el hueso, al retirar la hoja se hace -

la incisión, deján de un tamaño suficientemente grande para introducir en ella las puntas de unas pinzas hemostáticas.- La incisión debe medir aproximadamente 15 mm y correr en dirección paralela al fondo de saco mucogingival. Las puntas de las pinzas hemostáticas se introducen en la incisión cerradas y una vez adentro se abren. El objeto de esta maniobra es crear una avenida por la cual el exudado puede fluir hacia el exterior. Puede acelerarse el drenaje aplicando - presión digitálica en la periferia del área inflamada.

Si el paciente presenta toxicidad, pueden administrársele antibiótico, aunque la terapéutica a base de antibióticos no substituye al drenaje sino que es suplementaria; sin embargo, la imposibilidad de establecer drenaje adecuado exije tratamiento a base de antibióticos.

PARA LOS PACIENTES CON INFECCION AGUDA, SE PUEDEN USAR.

R

Penicilina fenoximetil potásica 250 mg

20 tabletas

tómese una tableta cada 6 horas.

R

Fritromicina 250 mg

20 tabletas

tómese una tableta cada 6 horas

III HERIDA PULPAR

Se le llama herida pulpar al daño que padece una - pulpa sana cuando por accidente es lacerada y queda en comunicación.

Generalmente, la herida pulpar es accidental y ocurre frecuentemente en la práctica, muchas veces el operador no - se da cuenta de que ha herido la pulpa hasta que ésta ya presenta síntomas de alteración grave.

A).- Existen cuatro mecanismos para provocar herida pulpar.

1.- Al prepar una cavidad o un muñon.

2.- Al remover la dentina cariosa profunda.

3.- Cuando el paciente se fractura un órgano-dentario con lesión de la pulpa.

4.- El dentista, al hacer un movimiento brusco con un instrumento pesado, por ejemplo, con el fórceps en una luxación rápida para extraer un diente, fractura la pieza contigua.

B).- HISTOPATOLOGIA

En la herida pulpar se produce.

1.- Ruptura de la capa dentinoblástica.

2.- Laceración mayor según la profundidad de--

la herida, acompañada de hemorragia.

3.- Ligera reacción defensiva alrededor de la herida.

C).- SINTOMATOLOGIA

El síntoma característico es el dolor agudo al tocar la pulpa o por el aire del ambiente.

D).- DIAGNOSTICO

Primeramente debemos cerciorarnos de que se trata de un órgano dental vital y que nunca mostró antes síntomas pulpiticos.

¿ Cómo llegar al diagnóstico de la herida pulpar ?

a).- Pulpa de color rosaceo.

b).- Pulsación sanguinea.

c).- Franca hemorragia a través de la comunicación, a menos que se haya anestesiado la pulpa.

Por la exploración con el instrumento puntiagudo y éstéril, que al deslizarse por la dentina se introduce ligeramente a la cavidad pulpar y se produce un dolor agudo.

E).- PRONOSTICO.

Es favorable usando el hidróxido de calcio y apegándose a los casos indicados.

F).- TRATAMIENTO.

El tratamiento de la herida pulpar consiste.

Aislar perfectamente el órgano dentario con dique de caucho para evitar la contaminación, después - lavar perfectamente con sustancias no irritantes- suero fisiológico a una temperatura de 36 °C, se-- car perfectamente con torundas de algodón estéri- les y proceder a recubrir la exposición con sus-- tancias regenerativas. Existen casos en que la - hemorragia no permite que se recubra la exposi--- ción y es necesario cohibirla con solución de - - adrenalina o simplemente con torundas de algodón- hasta que se produzca la hemostasis.

El medicamento que más aceptación ha tenido y - mayores resultados a dado, es el polvo de hidróxi do de calcio con agua bidestilada colocado sobre- la herida pulpar, se deja fraguar y se coloca so- bre éste material óxido de Zinc y eugenol y por - último, un cemento de fosfato de Zinc precedido a la abturación definitiva.

IV HIPEREMIA

Es un estado inicial de pulpitis, caracterizada por una excesiva dilatacion y aumento del contenido de los vasos-sanguíneos.

La Hiperemia puede ser:

a).- LA HIPEREMIA ARTERIAL (ACTIVA, FISIOLOGICA O - REVERSIBLE), se caracteriza por un aumento de-sangre hacia la zona afectada y se considera - subpatológica.

La hiperemia arterial puede resultar de dife-- rentes mecanismos, ya sea por obturación mecá- nica o por atonía de los capilares, en este -- último caso, la sangre se acumula en los con-- ductos dilatados y la circulación se hace más lenta.

TRATAMIENTO:

Protección del diente.

c).- LA HIPEREMIA VENOSA, llamada también pasiva, - crónica o irreversible, se caracteriza por ser patológica y existe una disminución de flujo - sanguíneo desde la zona afectada y puede depen der, desde el punto de vista local, de una - -

trombosis, compresión externa de una vena, - obstrucción de un lecho capilar por formaciones fibrosas o por alteraciones en la presión hidrostática, se distingue por un dolor agudo de corta duración, provocado por alimentos, agua fría o caliente, dulces ácidos o - aire frío y que cesa al retirar la causa que lo produce.

DIAGNOSTICO:

Se hará con la ayuda del paciente al indicar que tipo de dolor presenta y qué duración -- tiene.

Al efectuar el test eléctrico y térmico, en- el caso de una pulpa hiperémica, se observará que se necesita un menor estimulo para -- provocar una reacción, radiográficamente no- presenta ningún cambio, no siendo así microscopicamente.

TRATAMIENTO:

Pulpectomia.

V PULPITIS

La pulpitis es la etapa evolutiva de una hiperemia no tratada.

Etiologicamente depende de irritantes como;

a) IRRITANTES ORGANICOS: Como toxinas bacterianas- o bacterias mismas que invaden la pulpa durante -- las alteraciones por ca-- ries dental o por medio - del drenaje linfático de- los tejidos periodontales.

b) IRRITANTES INORGANICOS: El más común es el traumatismo, ya sea leve, originando una inflamación - moderada de la pulpa o intenso (fractura), que generalmente conduce a la - muerte pulpar.

c) IRRITANTES QUIMICOS: Como materiales de obturación o conducción debida- a restauraciones metálicas.

PULPITIS AGUDA

Esta es provocada por los estafilococos, estreptococos y bacilos pequeños, cocos gran positivos que penetran a la pulpa a través de las fibras de Thomes y canaliculos dentinarios dando lugar a un proceso inflamatorio.

La pulpitis aguda se divide en:

1.- PULPITIS AGUDA SEROSA. Se trata de una congestión pulpar intensa (hiperemia) avanzada, se caracteriza por una infiltración de hematíes en el tejido pulpar con vasos trobozados.

Clinicamente, el diente afectado puede doler al frío, al calor siendo estos síntomas espontaneos.

TRATAMIENTO: Se requiere primeramente si es posible hacer una expansión de la pulpa y depositar una torundita con esencia de clavo en el fondo de la cavidad o sobre la pulpa. Expuesta con esto vamos a resolver el problema del dolor, descongestión y desingección. Se cita el paciente a las 24 horas, o a las 48 horas, según se requiera para hacer la extirpación de la pulpa, aunque en ocasiones puede extirparse inmediatamente según sea conveniente.

2.- PULPITIS AGUDA SUPURADA: Existe pasaje de glóbulos blancos y suero sanguíneo a travéz de las paredes de los capilares. En caries pro--

fundas, la extensión del foco infiltrativo - - abarca la mayor parte de la pulpa coronaria antes de llegar a la abscedación.

Clinicamente; se caracteriza por la formación- de dicho absceso y presencia de dolor interno y lancinante.- En caso de evolucionar este estado se puede originar necro-- sis y muerte pulpar.

TRATAMIENTO: Primeramente se procede a drenar- el absceso, se lava la cavidad para quitar la secreción purulenta y sangre, se seca la cavidad y se coloca una curación- y posteriormente se extirpa la pulpa aunque en ocasiones - - puede extirparse inmediatamente y dejar el conducto abierto- para que drene.

PULPITIS CRONICA

La pulpitis cronica se caracteriza por la forma--- ción de una ulceración en la superficie de una pulpa expuesta o existencia de tejido de granulación. Según sea el caso.

ETIOLOGIA: Se presenta por exposición pulpar, seguida de invación microbiana proviniente de la cavidad bucal, ya sea a travéz de una cavidad cariosa o por obturaciones mal adaptadas.

1.- PULPITIS CRONICA ULCEROSA: Se observa en una - pulpa abierta y permanece en esta fase mien--- tras la abertura sea permeable. Si la abertura se cierra se produce una exacerbación. El- tejido trata de disminuir la superficie ulcerada, pero si no lo logra, puede extenderse, -- abarcar todo el tejido pulpar y producir necrosis y muerte pulpar. Si el área ulcerada permanece limitada a la cámara pulpar, hay alteraciones degenerativas en la pulpa radicular.

SINTOMATOLOGIA: Presencia de dolor ligero, sordo o no puede existir a menos que se provoque al hacer pre-- sión en una cavidad u obturación defectuosa.

DIAGNOSTICO: Al descubrir la cavidad, puede -- observarse una capa grisácea compuesta de residuos alimenticios, leucocitos en degeneración y células sanguíneas, por - debajo de esta zona existe infiltración polinuclear y posteriormente congestión que puede extenderse a la mayor parte - del tejido pulpar.

TRATAMIENTO: Pulpotomia.

2.- PULPITIS CRONICA HIPERPLASICA. Se caracteriza- por la formación de tejido granulomatoso que -

que puede manifestarse en dos formas. El pólipo pulpar tiene una abertura que comunica a la cavidad bucal.

Clinicamente, la pulpa es asintomática a menos que el pólipo aumente bastante de tamaño, para ser lastimado durante la masticación provocando dolor, hemorragia y alteraciones ulcerativas.

La segunda forma es la función (diente rosa), que siempre se acompaña de reabsorción interna. La reacción productiva se efectúa en forma de tejido de granulación que llena las áreas de reabsorción de la dentina.

La abundancia de capilares en el tejido dá al diente coloración rosa cuando el tejido de granulación se sitúa cerca de la superficie exterior.

Desde el punto de vista clínico, el diente presenta aspecto normal, excepto que toda la corona tiene color difuso. El diente responde a las pruebas de vitalidad pulpar, dependiendo de ésto, la presencia de pulpitis crónica.

TRATAMIENTO: Pulpectomia.

VI DEGENERACION PULPAR

La degeneración pulpar es un padecimiento que se -- presenta más en dientes de edad avanzada que en dientes jóvenes y es ocasionado por una irritación que ha actuado largamente sobre la pulpa. (tenemos entre las alteraciones que la provocan : Oclusión Traumática, caries de marcha lenta, bolsas parodontales crónicas e irritaciones termicas).

Cuando la degeneración es seguida de una infección- las piezas dentarias se decoloran y la pulpa no responde a -- los estímulos.

CLASIFICACION: Grossman clasificó la degeneración - pulpar de la siguiente manera.

A) DEGENERACION CALCAREA. Cuando en su totalidad - o en parte ha sido reemplazado de material calcareo, y se caracteriza por la formación de nódulos pulpares que pueden ocupar la totalidad de - la cámara pulpar. Se estima que un 60% de personas de edad avanzada tiene este tipo de alteraciones.

B) DEGENERACION FIBROSA: Se caracteriza por el - - reemplazamiento de los elementos celulares por -

tejido fibroso. En pulpas intactas y sin inflamación, son raras o faltan las fibras colágenas de las porciones coronarias de los dientes posteriores libres de caries y sobre los cuales no se hizo operatoria.

Cuando se extirpa estas pulpas del conducto radicular tienen un aspecto oriáseo.

C) DEGENERACION ATROFICA: Aquí la pulpa es más sensensible de lo normal y tiene la apariencia de estar encerradas en redes fibrosas. Se presenta aumento de líquido intercelular y menos número de células estrelladas y generalmente se presenta en dientes adultos.

D) DEGENERACION GRASA. Se presenta frecuentemente en pulpas expuestas o que han sufrido un proceso inflamatorio con predominio de alteraciones regresivas.

La grasa aparece en la pulpa en forma de pequeñas gotitas en el interior de las células adiposas, cuya dirección es la misma que la de los vasos y nervios. En algunos casos esta degeneración se asocia con otra alteración de

generativa y con infiltraciones de tipo bacteriano.

Microscópicamente el diagnóstico de la degeneración grasa es difícil, ya que puede confundirse con pulpitis supurada. En los dos procesos, la pulpa pierde consistencia, se opaca y cambia su coloración rosada normal por un tinte amarillento que aumenta al avanzar el proceso.

VII MUERTE PULPAR

La muerte pulpar se considera el final de la patología de una pulpa que no pudo reintegrarse a su normalidad funcional.

Necrosis muerte pulpar resultante de coagulación o ligoefacción.

La necrosis por Coagulación se caracteriza por la transformación del tejido pulpar en una masa semilíquida debido a la acción de las enzimas proteolíticas.

Este tipo de necrosis es frecuente después de un abceso alveolar agudo.

GRANGRENA

La grangrena se presenta de una manera aséptica, como fase final, consecuencia o complicación de alguna alteración pulpar.

En la gangrena existe descomposición y putrefacción de las proteinas, debido a la acción de las bacterias sobre el tejido pulpar necrótico.

Su caracteristico olor fétido es explicado por la presencia de productos que intervienen en la putrefacción.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: A la Inspección se encuentra alteración de color y opacidad en el diente. La pulpa -

puede ser de color rosado pálido en la necrobiosis, amarillento en la necrosis y negruzco en la gangrena.

Al efectuar la exploración, se observan caries penetrantes, cambios de consistencia en la pulpa, siendo fibrosa-en la necrosis y necrobiosis y cuagulada, licuada y aún gra--seosa en la gangrena.

A la percusión puede oirse un sonido mate y en caso de existir dolor, se presumirá de una complicación parodontal.

Las pruebas de vitalidad pulpar, tanto térmicas como eléctricas son negativas en la necrosis y grangrena, en el caso de la necrobiosis puede ser algo positiva.

La necrosis se puede diferenciar si existe el antecedente de trauma en el diente, con integridad de la corona,-además de la consistencia fibrosa de la pulpa y ausencia del-olor fétido.

En el caso de una gangrena seca, la pulpa está calsificada, en una cavidad pulpar cerrada y olor poco fétido, a diferencia de una gangrena pulpar húmeda, caracterizada por - su excesiva fetidez que emana de una cavidad abierta y el color obscuro de su contenido.

TRATAMIENTO:

Pulpectomia

VIII TRATAMIENTOS DE LAS ALTERACIONES PULPARES

RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO

Es la intervención endodóntica que tiene por objeto mantener la función de la pulpa accidentada o intencionalmente expuesta y lograr una cicatrización mediante el cierre de la brecha con tejido calcificado.

INDICACIONES:

1.- En caso de exposiciones pulpares pequeñas y -- limpias, provocadas mecanicamente o por algún traumatismo.

2.- Cuando hay una fractura con pulpa expuesta.

3.- Cuando al preparar una cavidad o muñon se comunica accidentalmente.

4.- Ausencia de dentina infectada.

5.- Si la pulpa se encuentra hiperemica pero no infectada.

CONTRAINDICACION:

1.- En caso de que exista posibilidad de contaminación bacteriana.

2.- En exposiciones cariosas o exposiciones mayo-- res en un campo no esteril.

Se deberá considerar en cada caso el tamaño de la-

exposición y la posibilidad de colocar un apósito protector que puede ser debidamente retenido y no entorpezca la res-- tauración de la corona clínica. La calcificación incomplete ta del ápice radicular y por tanto, la excesiva amplitud -- del foramen en los dientes jóvenes, exige agotar los recursos para mantener la función pulpar.

El mejor material del que disponemos para lograrla cicatrización de la pulpa expuesta es, el Hidroxido de - Calcio. La acción bactericida de este material esta limitada a la zona de contacto con las bacterias o con el tejido- infectado, pués la vida bacteriana es incompatible con un - PH tan elevado. El Hidróxido de calcio provoca hemolisis - y coagula las albúminas en la zona superficial del tejido - pulpar sobre el que se aplica, necrozandolo, por debajo de- la zona necrótica la pulpa cicatriza formando una nueva capa de dentina.

TECNICA OPERATORIA:

Esta intervención debe ser en una sesión operatoria y siempre que sea posible en el momento en que se produce la exposición pulpar, cuando ya se ha decidido el tratamiento, la contaminación que haya sufrido la pulpa después- de haber quedado expuesta al medio bucal, no interfiere en- la técnica operatoria. En todos los casos debe respetarse-

el tejido vivo y no actuar con antisépticos potentes que pueden destruir las bacterias presentes en la superficie de la pulpa, pero también la lesionan, lo cual entorpece la reparación.

Debe aislarse el campo operatorio con dique de hule inmediatamente. Para el lavado de la cavidad y el control de la hemorragia se emplea agua oxigenada al 3% o agua de cal. La irrigación debe ser abundante y luego de aspirado el líquido se seca el campo operatorio y la cavidad con algodón sin traumatizar la superficie expuesta de la pulpa se cubre con una capa de hidróxido de calcio, comprimiéndolo suavemente sobre la pulpa, luego se eliminan los restos de hidróxido que quedan en las paredes de la dentina. El exceso de agua del hidróxido de calcio se absorve con algodón. Sobre el material de protección se coloca una capa de óxido de zinc-eugenol y otra de cemento de fosfato de zínc que sirve de base para la obturación definitiva.

La aparición de síntomas clínicos de pulpitis, indica el fracaso del tratamiento y la necesidad de una intervención inmediata para eliminar parcial o totalmente la pulpa.

RESULTADOS DE RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO:

Si el examen del órgano dentario con pulpa recubier

ta no presenta datos negativos, durante un mes, tiene muchas posibilidades de ser normal, por lo que puede obturarse definitivamente después de este tiempo y considerar al tratamiento como un éxito, pero debido al pequeño porcentaje que acaba en fracasos meses después, conviene, (cuando se puede dejar las cubiertas provisionales el mayor tiempo posible, - - siempre que no corra peligro la pulpa tratada).

RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO.

Consiste en una intervención endodóntica que tiene como finalidad preservar la salud de la pulpa cubierta por - una capa de dentina de espesor variable.

Esta dentina puede estar sana o bien descalcificada o contaminada.

INDICACION:

1.- En caries profundas.

2.- Que no exista dolor.

3.- Que no exista patología periapical.

4.- En cavidades profundas con dentina, ya sea sana, descalcificada o contaminada.

CONTRAINDICACION:

1.- Sensibilidad anormal al calor.

2.- Datos radiográficos de patología o dolor a la-

percusión.

Los materiales empleados actualmente para la pro-- tección pulpar, se aplican de acuerdo a la profundidad y el- estado de dentina remanente.

Anteriormente se usaban antisepticos, antibióticos, preparados cálcicos y petrificantes de la dentina cariada, - que pretendían preservar la vitalidad pulpar evitando el progreso de la enfermedad.

Actualmente, las investigaciones más serias se - - orientan al estudio de la aplicación de gluco-corticoides, - agentes anti-inflamatorios que combinados con antibióticos - de amplio espectro, podrían actuar sobre la inflamación e -- infecciones pulpares.

TECNICA OPERATORIA.

El recubrimiento pulpar indirecto es una intervención endodóntica que se realiza en una sola sesión, se administra anestesia cuando corresponda, el aislamiento del - -- campo operatorio se hace con dique de caucho, se establece - el contorno de la cavidad. La capa superficial necrosada e- infectada de dentina se retira cuidadosamente con una cucharilla o con fresa redonda grande.

Eliminando el tejido enfermo y resuelta la pro---- tección pulpar indirecta, se efectua el lavado de la cavidad con agua hervida y tibia o agua de cal y el secado con torun

da de algodón, sin deshidratar la dentina sana, colocaremos- una capa de oxido de zinc y eugenol o una pasta de hidroxido de calcio mezclado con cresatin.

La cavidad es entonces sellada con un material - - impermeable tal como IRM o una restauración permanente de -- amalgama.

En este momento, el dentista deberá tomar una decisión respecto a si debe penetrar en la cavidad nuevamente y- excavar otra vez después de un período de reparación de 6 a- 8 semanas ya que en este tiempo se estaría formando dentina- secundaria.

Se le deberan tomar radiografías posoperatorias inmediatas al paciente y radiografías de control periódicas -- posteriormente.

PULPOTOMIA.

La pulpotomia: es la extirpación aseptica de la -- porción coronaria de una pulpa viva. Su objetivo es elimi-- nar la zona de infección e inflamación cercana al sitio de - la exposición pulpar, permitiendo que la pulpa viva de los - conductos radiculares sane y recupere su función normal.

Las pulpotomías en los dientes primarios se realizan cuando la retención de un diente con posición resulta --

más ventajosa que la extracción y la construcción de un mantenedor de espacio. El diente deberá poder ser restaurado y debemos preveer que este funcione durante un período de - -- tiempo razonable, antes de ser exfoliado.

TIPOS DE PULPOTOMIA.

a).- Pulpotomia Vital (Hidróxido de calcio).

b).- Pulpotomía terapéutica (con formocresol).

PULPOTOMIA VITAL

Pulpotomia vital es la exéresis o remoción parcial de la pulpa viva (generalmente la parte coronaria o cameral), bajo anestecia local, complementada con la aplicación de fármacos que protegiendo y estimulando la pulpa residua, favorecen la cicatrización de la misma y la formación de una barrera calcificada de neodentina, permitiendo la conservación de la vitalidad pulpar.

La pulpotomia vital recibe también el nombre de -- Biopulpectomia parcial y de amputación vital de la pulpa.

INDICACIONES:

1.- Dientes jovenes (hasta 5 ó 6 años después de - la erupción).

2.- En pulpas Hiperemicas.

3.- Exposición pulpar por fracturas.

4.- En pulpas sanas con necesidad protesica.

5.- Que no exista dolor expontáneo, si lo hay que-sea provocado y que cese al retirar el estimulo; que exista-cuando menos 2/3 de la raíz de la pieza.

6.- En dientes seniles calcificados.

7.- Que no exista movilidad.

8.- Que no exista involucración a nivel de la bifurcación radicular.

9.- En caso de premolares y molares en contacto directo con el seno maxilar, siempre que el estado de la pulpa admita el tratamiento.

10.- En pacientes enfermos.

CONTRAINDICACION:

1.- En dientes con conductos estrechos y ápices - calcificados.

2.- Cuando hay diagnóstico diferencial inseguro en la pulpitis incipiente.

3.- Ante toda patología pulpar.

4.- Cuando el paciente tiene mala salud.

5.- Presentación de hemorragia excesiva.

6.- Cuando hay problemas parodontales.

FARMACOLOGIA:

La historia de la pulpotomía vital está vinculada-

a la de hidróxido cálcico.

Es un polvo blanco que se obtiene por la calcina-- ción del carbonato cálcico.

Actualmente permite tener el mayor número de éxi-- tos a distancia del tratamiento.

TECNICA OPERATORIA

La biopulpotomía parcial, como la protección indi- recta y la protección directa, se realiza generalmente en -- una sesión operatoria. La amputación coronaria de la pulpa- bajo anestesia y la protección inmediata del muñón radicular remanente, brindan el mayor número de éxitos a distancia de- esta intervención.

Seleccionado el diagnóstico clínico radiográfico - y decidida la operación.

Los pasos a seguir son los siguientes:

a).- Anestecia local con Xilocaína, Carbocaína u - otro anestésico local.

b).- Aislamiento y esterilización del campo con -- alcohol timolado o mertiolato incoloro.

c).- Apertura de la cavidad o remoción del cemento o eugenato de Zinc si lo hubiera.

d).- Remoción de la pulpa.

e).- Amputación de la pulpa cameral, que se hace - por medio de cucharillas bien afiladas, la pulpa debe sangrar.

f).- Lavado de la cavidad con suero fisiológico o-agua de cal (solución o saturación de Hidróxido Cálcico en.-agua). Sin hacer presión.

g).- Secado de la cavidad con torundas de algodón-estéril (nunca emplearemos aire a presión).

h).- En caso de haber hemorragía y no ceder en breves minutos, tratar de cohibirla con torundas de algodón humedecida con solución al milésimo de adrenalina, o bién de -solución anestesica.

i).- Cohibida la hemorragía cerciorarse de que la-herida pulpar es nítida y no presenta Zonas esfaceladas.

j).- Colocación de una pasta de hidróxido cálcico-con agua estéril o suero fisiológico y de consistencia cremosa, sobre el muñón pulpar, presionando ligeramente para que-quede bien adaptada.

k).- Lavado de las paredes, colocación de una capa de eugenato de Zinc y luego otra de fosfato de zinc (hasta -el ángulo cabo superficial) cuidando la oclusión.

l).- Radiografías de control clínico.

POS-OPERATORIO:

En los primeros días se puede presentar dolor leve después de la intervención que cede fácilmente con los análgesicos habituales.

Al cabo de tres o cuatro semanas puede iniciarse la formación del puente neodentina visible a los rayos coentgen. A veces puede demorar de 1 a 3 meses en su formación que son-suficientes para calificar a la intervención como un éxito.

PULPOTOMIA CON FORMOCRESOL.

La pulpotomia terapéutica se realiza esterilizando-los muñones pulpares y momificando la pulpa subyacente.

La pulpa momificada es inerte, fija incapaz de de--sintegración por acción bacteriana o por autólisis.

El grado de momificación de la pulpa en los conductos radiculares dependerá de la concentración del medicamento y del tiempo que este se encuentre en contacto con la pulpa.

El formocresol, es el farmaco empleado para la pulpotomías terapéuticas en piezas primarias, inicialmente se le considera desinfectante para canales radiculares en tratamientos endodonticos de piezas permanentes.

Formula.

Formaldehido	- al 19%
Cresol	- al 35%
gliserina	- al 15%
Agua	- al 31%

INDICACIONES:

a).- Solo para piezas primarias, ya que exista estu

dios científicos de naturaleza clínica e histológia sobre la acción del formocresol en piezas permanentes.

b).- En todas las exposiciones por caries.

c).- En todas las exposiciones accidentales en incisivos y molares primarios. Etc.

TECNICA OPERATORIA.

Dependiendo del estado de salud de la pulpa, la -- pulpotomia terapéutica podrá realizarce en una visita ó dos.

Antes de empezar a operar debemos asegurarnos de - la anestecia adecuada.

Después de colocar el dique de caucho a un diente- anesteciado, se esteriliza la zona pasando una esponja - - - impregnada con solución de cloruro, Zephiran o algún germicida similar.

Se establece el contorno de la cavidad de acceso,- se retira toda la caries y se esteriliza nuevamente la cavidad antes de retirar todo el techo de la cámara pulpar. Se- examina la pulpa; si esta se encuentra firme, de color rosa- y de consistencia carnosa blanda, podrá realizarce el tratamiento en una visita. La pulpa es amputada hasta el nivel - de los orificios de los conductos radiculares y el sangrado- se elimina limpiando la cámara pulpar con peróxido de hidrógeno y secando con algodón. Un torunda de algodón, humedeci

da en formocresol, se colocara en contacto con los muñones - pulpares y se cubrirá con otra torunda de algodón seca.

Después de 5 mínutos se retira el algodón de la -- cámara pulpar se observan las entradas de los muñones negruscos y es porque el formocresol es: Cauterizante, germicida,- mamificante e irritante; nos da una zona de inflamación que- provoca que los odontoblastos produzcan dentina secundaria. Por lo tanto nos va a formar tres capas.

1.- Capa quemada (cicatriz)

2.- Capa de irritación (células fogocitarias)

3.- Zona de recuperación (puente dentinario).

Después de retirar la torunda se utilizará una - - mezcla de óxido de Zinc y Eugenol, con o sin una gota de formocresol, para obturar la cámara pulpar, condensándola suavemente hasta que haya contacto con los muñones de la pulpa.

Deberá colocarse inmediatamente una restauración - permanente de amalgama o una corona de acero inoxidable.

PULPECTOMIA DE DIENTES TEMPORALES

Esta indicada en dientes con necrosis pulpar o - - cualquier tipo de degeneración del tejido.

1o.- Se penetra a la cámara pulpar hasta observar- los conductos y se coloca una torunda de algodón humedecida en formocresol. A la cual se-

le quita el excedente de medicamento por medio de preción con una gasa. Ya que este excedente puede probocar transtornos en los tejidos periapicales o en el foliculo dentario en desarrollo.

La cavidad se sella con cemento temporal.

2o.- Después de 72 horas se aisla la pieza y el éxito del paso anterior se comprueba si el dolor desapareció, si no existe movilidad y si no existe fistula (en caso de que se presentara); En caso de que algún síntoma de los anteriores se presentara se realiza nuevamente el primer paso.

Cuando el tratamiento con medicamentos dentro de los conductos sea venturoso, el procedimiento endodóntico deberá ser terminado con un material de obturación radicular resorbible. Se aplica el dique de caucho y se retiran los sellos temporales y el algodón. Los conductos son irrigados, secados y obturados con pasta resorbible de óxiso de zinc y eugenol, sola o mezclada con una gota de formocresol. La obturación del conducto radicular se realiza llevando la pasta lo más profundamente posible en los conductos con una sonda lisa o un condensador, y colocando posteriormente más pasta dentro de la cámara pulpar.

Para completar el procedimiento colocaremos una -- restauración permanente, tal como corona de acero inoxidable.

Deberán hacerse radiografías psoperatorias inmediatamente para verificar el progreso de la salud del diente.

PULPECTOMIA

Es la eliminación o exéresis de toda la Cámara pulpar, tanto coronaria como radicular, complementada.

Con la preparación o rectificación de los conductos radiculares y la medicación antiséptica.

INDICACIONES.

1.- Cuando las pulpas degeneradas no sean sucepti-- bles de pulpotomia.

2.- Pulpitis crónica parcial con necrosis parcial.

3.- Pulpitis crónica total.

4.- Pulpitis crónica agudizada.

5.- Reabsorción dentinaria Interna.

CONTRAINDICACION.

1.- En dientes primarios no estrategicos funcional- o estéticamente.

2.- Cuyo pronóstico sea malo o dudoso.

3.- Factor económico.

TERAPEUTICA DE URGENCIA.

Si el cuadro doloroso, aunque muy intenso se le con

ceptúa como de una pulpitis crónica agudizada o como la iniciación de un foco de necrosis parcial.

Los pasos a seguir terapéuticamente son:

1.- Eliminación de los restos alimenticios y de la dentina muy reblandecida, con instrumentos afilados y evitar presión sobre el fondo de la cavidad. Secado de la cavidad.

2.- Aplicación de eugenolato de Zinc.

3.- Prescribir la medicación analgésica.

4.- Citar al paciente para practicarle la pulpectomia.

La pulpectomia generalmente se hace con anestesia local.

Un anestésico local en Endodoncia necesita los mismos requisitos que en Operatoria y en coronas y puentes, son los siguientes.

1.- Período de inducción corto para poder intervenir sin pérdida de tiempo.

2.- Duración prolongada.

3.- Ser profunda e intensa.

4.- lograr campo Esquémico

5.- No ser tóxico ni sensibilizar al paciente. Las dosis empleadas deben ser bien toleradas y no producir reacciones desagradables.

6.- No ser irritante.

TECNICA OPERATORIA

Para realizar una pulpectomia, el diente deberá ser anestesiado, si fuera necesario, aplicando después el dique - de Caucho. Se establece la forma de calidad, se retira todo- el tejido carioso y se penetra a la Cámara pulpar. El contenido de la Cámara pulpar y de los conductos radiculares se -- limpia cuidadosamente utilizando ensanchadores, limas y son-- das.

La mayor parte de la limpieza podrá realizarse me-- diante la irrigación con hipoclorito de sodio y peróxido de - Hidrógeno, terminando siempre con Hipoclorito de sodio.

Para que este tratamiento se realice, es necesario- seguir estrictamente ciertas normas:

1.- Asepsia absoluta: Deben de hacerse todas las - intervenciones sobre la pulpa con aislamiento de grapa y di-- que de Caucho, así como utilizando instrumentos y material -- estériles, correctamente dispuestos en la mesilla aseptica y- recordando que la parte inactiva de cada instrumento (mangos- de espejos, cucharillas, pinzas, instrumentos de conductos, - etc), es lo único que puede ser contaminado por las yemas de- los dedos del profesional, admitiendo lógicamente que es la - única parte que no entrara al contacto con la pulpa a los - - conductos jamás, mientras que la etapa activa instrumental y- material (fresas, torundas, conos absorventes, puntas de - -

obturación, etc.), no deberá ser en ningún momento tocadas y por lo tanto contaminada con los dedos de la mano del Odontólogo y enfermera.

2.- Control bacteriológico.- Si se opta por hacer siempre una siembra en medio de cultivo, el obtener 2 cultivos negativos consecutivos se interpretará como que los conductos están estériles. De no seguir esta técnica bacteriologica, la falta de exudado o humedad en los conductos, la ausencia de síntomas y la buena evolución podrán ser interpretados como que la desinfección o logra aseptizar los conductos.

3.- No sobrepasar la unión cemento-dentinaria durante la preparación y obturación de los conductos.

4.- Lograr una obturación de conductos bien condensada, compacta y homogenea. Que el material de obturación quede en contacto con lo que fué herida pulpar sin dejar burbujas de aire exudados o los llamados "espacios muertos", es condición indispensable para una buena reparación.

APICETOMIA

La apicectomia o resección apical: Es la intervención quirurgica más frecuentemente realizada como tratamiento complementario de la endodoncia.

En el siguiente cuadro sinóptico podrán apreciarse, las indicaciones y la intervención operatoria que corresponde en cada caso.

Conductos infectados inccesibles por caocificación, curvas pronunciadas o escalones operatorias.	Intervención inmediata.
Conductos con instrumentos fracturados, conos metalicos o pernos de prótesis fijas que no pueden retirarse.	Apiceptomia y obturación del conducto por vía retrógada.
Quiste apicales voluminosos.	
Pequeños granulomas localizados en el extremos apical, con cápsula fibrosa y osteoesclerosis.	Tratamiento y obturación previa del conducto.
Reabsorción radicular con infección cemento dentinaria y	Apicectomía

granuloma periapical. Hipercementosis apical y granuloma periapical. Persistencia de un delta apical infectado y granuloma periapical a distancia de un tratamiento endodóntico correcto. Perforaciones radiculares infectadas en el extremo apical de la raíz.	El conducto deberá obturarse posteriormente a la apicectomía, cuando el líquido quístico o el pus de un abceso puedan penetrar en el conducto durante su obturación.

CONTRAINDICACIONES.

Cuando exista movilidad del diente o un proceso periodontal avanzado, con reabsorción alveolar.

La apicectomía implica cortar o resecar una porción del ápice de la raíz. La eliminación del ápice está indicada cuando .

1) Un instrumento fracturado impide ensanchar y obturar hasta el ápice.

2) No puede sortearse una raíz curva con las limas.

3) Se requiere una obturación del extremo de la raíz.

La anestesia de la arcada inferior se obtiene por-infiltración en las superficies vestibular y lingual. Un -- bloqueo regional inferior anestesia los dientes inferiores,- así como las mucosas vestibulares y linguales.

Una vez que se haya logrado la anestesia, le levanta un colgajo curvo semilunar que debe extenderse, por lo menos, hasta un diente a cada lado del que se va a tratar. La curvatura del colgajo se hace de tal manera que el centro de la incisión quede más cerca del margen gingival, a una dis-- tancia mínima de 4 o 5 mm del borde libre de la encia. La - incisión se realiza apoyando el bisturí firmemente contra el hueso, de manera que también se corta el periostio. Con una legra se retraen y sostienen la mucosa y el periostio. Se - revisa el hueso expuesto, buscando una abertura a través de- la tabla cortical. Si se descubre una abertura, se puede -- agrandar usando una fresa núm. 701 o 702, colocada en un - - instrumento de alta velocidad y usando agua para enfriar, -- también se puede agrandar con cinceles de mano. Los márge-- nes deben quedar sobre tejido sano.

Si no existe abertura en la tabla cortical, debe - calcularse la posición del ápice con la ayuda de una radio-- grafía, para así determinar la longitud y situación de la -- raíz. Hecho esto, se realiza una abertura con un instrumento de alta velocidad, procurando no tocar la raíz.

Se localiza el extremo de la raíz y se agranda la perforación para ganar acceso. Debe rasparse el tejido blando que se encuentra en el ápice, irrigarse y secarse con gasa estéril o por aspiración. Si se encuentra material de obturación extruido a través del agujero apical se elimina con cureta; antes de suturar el colgajo, debe tomarse una radiografía para averiguar si existe algún cuerpo extraño en el área.

Si se va a resecar una porción del extremo de la raíz, debe obtenerse buen acceso, para así poder observar claramente la raíz. Es extremo radicular se corta con una fresa núm. 701, colocada en un instrumento de alta velocidad, usando agua para el enfriamiento . La amputación se hace con una inclinación vestibular-lingual, de tal manera que la superficie vestibular quede más corta que la superficie lingual. Esta inclinación proporciona mejor acceso al conducto de la raíz restante, el conducto debe revisarse para determinar si está debidamente sellado a nivel de la amputación.

OBTURACION RETROGADA CON AMALGAMA

Consiste en una variante de la apiceptomia, en la cual la sección apical residual es obturada con amalgama de plata, con el objetivo de obtener un mejor sellado del conducto y así lograr una rápida cicatrización.

INDICACIONES:

I.- Dientes con ápices inaccesibles por la vía pulpar, bien debido a procesos de dentinificación o calcificación o por la presencia de instrumentos rotos y enclavados en la luz del conducto u obturación incorecta difícil de desobturar, a los que hay que hacer una apicectomía.

2.- Dientes en los cuales ha fracasado el tratamiento quirurgico anterior.

3.- Dientes con reabsorción cementaria, falsa vía o facturas apicales.

4.- En dientes reimplantados accidental o intencionalmente.

5.- En cualquier caso, en que se estime que la obturación de amalgama retrógada resolverá mejor el caso y provocará una correcta reparación.

La técnica quirúrgica hasta el momento de la apicectomía es similar a la del legrado periapical, a la que se

guirán los siguientes pasos.

a) La sección apical se hará oblícuamente, de tal-manera que la superficie radicular quede en forma elipsoidal. Luego se hará el legrado periapical.

b) Se secará el campo en caso de hemorragia se aplicará en el fondo de la cavidad una torunda humedecida en solución al milésimo de adrenalina.

c) Con una fresa núm. 33 ó 34 de cono invertido, - se presentará una cavidad retentiva en el centro del con---- ducto. Se lavará con suero isotónico salino para eliminar - los restos de virutas de gutapercha y dentina.

d) Se colocará en el fondo de la cavidad quirúrgica un trozo de gasa.

e) Se procederá a obturar la cavidad preparada en-el conducto con amalgama de plata sin Zinc, dejándola plana-o bien en forma de concavidad o cúpula.

g) Se retirará la gasa con los fragmentos de amalgama que haya retenido. Se provocará ligera hemorragía para lograr buen cuágulo y se suturará por los procedimientos.

C O N C L U S I O N E S

Por todo lo descrito anteriormente podemos con---- cluir:

A medida que se avanza en el terreno de la investigación, se proporciona una mayor facilidad para poder llegar a lograr el objetivo que tanto deseamos y que es la conservación de la integridad anatómica y funcional de la pulpa dentaria.

El Cirujano Dentista debe tratar de prevenir la -- destrucción parcial o total del tejido dentario para poder - mantener en completa salud el aparato masticatorio.

Los tratamientos de endodoncia son una forma de -- evitar la amputación de un componente natural en nuestra cavidad oral, como son los dientes.

Con este tipo de tratamiento evitaremos problemas- mayores al paciente como sería un punto focal provocado por- un abceso dentario.

Todo lo anterior no quere decir que cuálquier - -- diente pueda ser tratado endodonticamente, sino que debemos- conocer la forma de llegar a un diagnóstico correcto para lograr el tratamiento adecuado para cada caso.

BIBLIOGRAFIA

ENDODONCIA
Angel Lazala
segunda edición, agosto de 1971
Impreso por cromotip. C.A.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA
Dr. Sidney B. Finn
Cuarta edición
Editorial interamericana S.A. de C.V.

CIRUGIA BUCAL
Daniel. E. Waite, D.D.S., M.S.
Compañía Editorial continental, S.A.
Primera Edición en español.

DICCIONARIO ODONTOLOGICO
Ciro Durante Avellanal
Editorial Mund.
Segunda Edición.

DICCIONARIO MEDICO
Taide

ENDODONCIA PRACTICA
Kutter Yuri

PROTESIS PERIODONTAL
Arthur Grieder
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
Tomo I

CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA
Editorial, Interamericana, S.A.
julio - 1973

BIBLIOGRAFIA

ENDODONCIA
Angel Lazala
segunda edición, agosto de 1971
Impreso por cromotip. C.A.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA
Dr. Sidney B. Finn
Cuarta edición
Editorial interamericana S.A. de C.V.

CIRUGIA BUCAL
Daniel. E. Waite, D.D.S., M.S.
Compañía Editorial continental, S.A.
Primera Edición en español.

DICCIONARIO ODONTOLOGICO
Ciro Durante Avellanal
Editorial Mund.
Segunda Edición.

DICCIONARIO MEDICO
Taide

ENDODONCIA PRACTICA
Kutter Yuri

PROTESIS PERIODONTAL
Arthur Grieder
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
Tomo I

CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA
Editorial, Interamericana, S.A.
julio - 1973

APUNTES DE LA CATEDRA DE ODONTOPEDIATRIA
Dra: Cristina Barrera

ENDODONCIA CLINICA
Dr: John Dowson
Dr: Frederick N. Garber
Editorial Interamericana, S.A. 1970
Primera edición,

ENDODONCIA
Oscar A. Maisto
Tercera Edición
Editorial Mundi S.A.