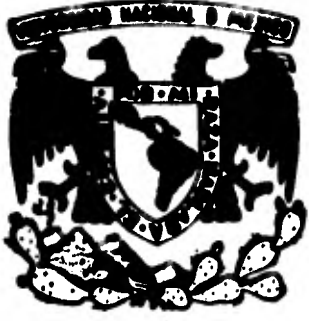


24. 580



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PULPECTOMIA EN UNA SESION OPERATORIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
YOLANDA MONROY BENITEZ

Vº Por J. E. Benitez



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

S U M A R I O

INTRODUCCION

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

INDICACIONES

CONTRAINDICACIONES

MANEJO CLINICO

TECNICA DEL DR. MAISTO

TECNICA DEL DR. ANGELO SARGENTI

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Esta tesis tiene por objeto presentar el estudio de la técnica quirúrgica denominada "Pulpectomía en una sesión operatoria".

Existe la controversia entre diferentes autores que la pulpectomía debe ser realizada en múltiples sesiones; entre otros:

Aurenbach M. B.; Stewart G. G.; Lilly G. F. Particularmente, se insiste en supeditar el número de sesiones operatorias a la obtención de uno o dos controles microbianos negativos, previos a la obturación, Grossman, Zeldow 1960; Coolidge y Kesel 1965.

Las razones para considerar útil la técnica en una sesión operatoria son: que los principios fundamentales establecidos por la generalidad de los autores para obtener resultados positivos en una intervención, se mantienen cualquiera que sea el número de sesiones en que ésta se efectúe.

Considero que se debe estar familiarizado con un método que permita resolver en forma racionalizada los problemas endodónticos que se presenten.

Se estima que el mejor método es el que permite hacer el tratamiento en la mayoría de los casos y no en la excepción. Esta premisa puede no ser válida si aplicamos criterios aislados del contexto integral que forma la concepción del profesional responsable.

Ya desde la presentación de la definición de endodoncia se observa un fenómeno de semántica. Y por considerarla de suma importancia me permito hacer hincapié en este nivel introductorio de los diferentes conceptos de autores que selecciono por ser a los que comúnmente tenemos acceso en la literatura corriente odontológica.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

DEFINICION DE ENDODONCIA

La presentación de las diferentes definiciones, entre otras se hace referencia a la de los autores: Maisto; Lasala; M. Cattoni; Ingle Beveridge; Seltzer.

Endodoncia en su definición más racionalizada es: la parte de la odontología que se ocupa de la etiología, diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de la pulpa y las del diente con pulpa necrótica, con o sin complicaciones apicales (Maisto 1973, Lasala 1971).

M. Cattoni, indica que endodoncia es la parte o rama de la odontología que se ocupa de la etiología, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y traumatismos que afectan a los tejidos pulpaes y periapicales de los dientes humanos.

Es importante considerar que la obturación del conducto — radicular no es lo único que interesa en la preservación de un diente despulpado. Hay que tomar en cuenta las diversas técnicas restauradoras y parodontales para proteger los dientes despulpados o restaurar los dientes fracturados que no fueron tratados adecuadamente.

No considerar la restauración coronaria de los dientes desu-
pados en el momento de hacer el tratamiento endodóntico es limitar la
necesidad de protección coronaria cuando se establezca el diagnóstico
inicial. Se tendrá en cuenta toda técnica disponible para restaurar -
correctamente la función masticatoria, estética y fonética, que en úl-
tima instancia es la finalidad en cualquiera de las técnicas estudia-
das en este trabajo de tesis.

INDICACIONES

Las indicaciones que debemos tomar en consideración para --
efectuar o realizar la pulpectomía en una sesión son:

Es aplicable especialmente en: los dientes anteriores; en -
coronas fracturadas cuya raíz haya o no completado su calcificación y
sólo pueda reconstruirse la corona con un anclaje en el conducto radi-
cular; por desgaste excesivo en la preparación de un muñón en el cual
quede expuesto o semiexpuesto el órgano pulpar; en enfermedades irre-
versibles del órgano pulpar, como pulpitis infiltrativa, hemo:rágica,
abscedosa, ulcerosa, hiperplástica (pólipo pulpar); en caso de reab-
sorción dentinaria interna(5) y en personas en que está contraindica
da la extracción.

CONTRAINDICACIONES

Entre otras consideraciones de orden patológico tenemos:

Un diagnóstico inadecuado: por problemas neurológicos.

En dientes que es imposible el tratamiento, ya sea por malposición dentaria o -- por anatomía topográfica anormal.

En casos de enfermedad parodontal avanzada.

HISTORIA CLINICA

Los datos son aportados por el paciente e incluyen:

Antecedentes:

Estos se refieren a reconstruir la evolución de la enfermedad que nos ocupa, de esta manera preguntaremos: hubo dolor en el diente afectado?, cuál fué su intensidad?, cuándo se presentó?, fué provocado y bajo que estímulo se presentó o fué de manera espontánea?. Las manifestaciones del dolor nos orientan sobre el estado de la enfermedad pulpar en el momento en que el paciente acude a su atención odontológica.

Examen clínico:

Este se lleva a cabo con los procedimientos mínimos exploratorios que tolere el paciente. Ejemplo: remoción de restos alimenticios, exploración de la cavidad, etc. El examen físico debe abarcar todas las estructuras orales tales como: tejidos blandos, color y consistencia de la encía, paladar blando y duro, etc. En el diente a tratar se observaran: estado de la corona; forma y tamaño; — color; intrusión; extrusión; fractura, si presenta giroversión mesial, distal, bucal o lingual; aunando las pruebas fisiométricas. Por lo tanto el examen es un conjunto de maniobras clínicas que nos indican el grado de salud del diente.

Color:

Entre otras consideraciones que modifican el estado normal de un diente encontramos: la coloración anormal de la corona clínica, siendo necesario evaluarlo debido a que el cambio de color es consecuencia de un proceso patológico. Ejemplo: en una corona pigmentada, puede tratarse de un diente previamente obturado o bien con una pulpectomía inconclusa, fractura no visible o la presencia de un proceso de gangrena pulpar.

PROCEDIMIENTOS CLINICOS

PRUEBAS FISIOMETRICAS

La aplicación de las pruebas fisiométricas entre ellas la -
térnica, son útiles como elemento diferencial. La aplicación de frío
o de calor en la corona de un diente aporta datos de interés para de-
terminar la existencia o no de la enfermedad pulpar.

Los dientes con vitalidad normal reaccionan en un tiempo --
determinado; los dientes con pulpa que no presentan un proceso patoló-
gico lo hacen en un tiempo mucho más corto y algunas veces en forma -
inmediata, súbita y dolorosa; en cambio los dientes con pulpitis cró-
nica dan una respuesta tardía y ligera; los dientes sin vitalidad no
dan respuesta alguna a la prueba térmica, pero debe evitarse estimu-
lar el parodonto y confundir respuesta pulpar con parodontal; pero -
dientes con una pulpa normal pueden responder en forma dolorosa, espe-
cialmente si se trata de personas con problemas de conducta.

En todos los casos debe realizarse la prueba en un diente
homólogo, que servirá como testigo para comparar la respuesta con la
del diente enfermo.

Percusión y palpación:

La percusión y palpación nos permitiran obtener datos - -

importantes sobre el estado actual del parodonto en íntima relación — con la enfermedad pulpar.

Debe observarse si existe reacción dolorosa a la percusión horizontal o a la percusión vertical. (Algunos autores no le dan un significado real a esta fase de la exploración, sin embargo en algunos enfermos que no pueden ser manejados con otras pruebas clínicas esto nos da una orientación de su enfermedad).

La palpación permite determinar la reacción inflamatoria de los tejidos que rodean a la raíz y aporta datos útiles para complementar el diagnóstico en las lesiones periapicales de la enfermedad pulpar.

Electrodiagnóstico pulpar o vitalometría:

La utilización de la corriente farádica es un procedimiento útil que nos da una idea del grado de vitalidad pulpar de un diente. El electrodiagnóstico se lleva a cabo mediante el pulpomómetro o el vitalómetro, éste aparato trabaja sobre la base de la corriente alterna o de transistores. La zona por investigar debe aislarse y secarse, el electrodo se aplica sobre la cara labial o vestibular en el tercio incisal u oclusal del diente que nos ocupa, el electrodo dentario debe establecer buen contacto con la superficie del diente. Se humedece ligeramente un algodón, que es el que se aplica al diente, procurando que no gotee, ya aplicado en el borde incisal u oclusal se aumenta

la corriente en forma gradual número por número mientras que se observa el número de la escala a la cual el paciente responde a la primera aplicación de corriente. La corriente debe aumentarse gradualmente, pues de lo contrario el paciente sentiría una sensación desagradable. También se aconseja probar primero un diente en estado aparentemente normal, de preferencia un homólogo.

Transiluminación:

Este método es muy útil para integrar el diagnóstico y realizar una pulpectomía, puesto que por medio de él se puede localizar con facilidad la zona coronaria de la cámara pulpar del conducto radicular y en algunas ocasiones se observarán las lesiones del tejido periapical.

La transiluminación se basa en el principio de: los tejidos blandos normales al ser atravezados por un haz de luz fuerte, se observarán claros y rosados; mientras que los afectados aparecen opacos y más oscuros, debido a que no refractan el haz de luz aplicado.

INTERPRETACION RADIOGRAFICA

El uso de la radiología, ayuda a elaborar un diagnóstico y completar los datos obtenidos mediante los demás métodos de diagnóstico, además de la posibilidad de poder formular un pronóstico del diente.

Para desarrollar esta técnica y orientar debidamente el tratamiento, deben someterse a ciertas normas y emplear ordenadamente los distintos elementos de diagnóstico, utilizando los datos reales y desechando aquéllos que resultan dudosos.

La interpretación radiográfica es la que nos permite decidir realizar o no la pulpectomía en una sesión operatoria, ya que mediante este estudio conoceremos: la anatomía del conducto, la preparación quirúrgica indicada y finalmente la obturación del conducto.

MANEJO PRE-OPERATORIO DEL PACIENTE

La pulpectomía es una sesión operatoria es prolongada, y si bien el bloqueo evita el dolor, la tranquilidad y la cooperación del paciente deben conseguirse con anticipación, mediante la preparación conductual del mismo.

Siempre que sea posible, el paciente deberá ser informado sobre el tratamiento que se le realizará. En algunas ocasiones el paciente exige justificadamente se le aclare que seguridad y fines persigue el hecho de realizar una pulpectomía, de lo cual también debe informársele. Así se evita que acuda al consultorio con dudas acerca de la intervención que se le aplicará. Entre otros, los factores: funcional, estético y fonético deben ser considerados determinantes.

El manejo medicamentoso del paciente es indispensable. Como la administración pre-operatoria de antibióticos, sedantes o anticoagulantes y control de pacientes diabéticos.

El manejo pre-operatorio del enfermo en relación con su estado general siempre tiene marcada importancia, por ejemplo: en el caso de sujetos que estén tomando anticoagulantes, diabéticos no controlados, enfermos con desnutrición y debilidad extrema y alteraciones neurológicas.

Estas entre otras enfermedades deben considerarse para la aceptación y administración terapéutica de las técnicas endodónticas.

No trato de hacer una amplia tesis informativa con referencia a este tema, sin embargo es obligatorio señalarlo y que cada uno de los profesionales tome las decisiones para el manejo de los enfermos.

I N S T R U M E N T A L

CUIDADO Y ORDEN

El cuidado y orden del instrumental son factores de trascendencia en la técnica de la pulpectomía en una sesión operatoria y en cualquier tipo de técnica quirúrgica, debido a que mediante la utilización razonada de estos dos factores dependerá parte de la solución de la enfermedad.

Es exigencia quirúrgica que el instrumental deba mantenerse en óptimas condiciones de uso tomando en cuenta varios procedimientos de esterilización; usaremos la que mejor nos convenga en cada caso, ya sea autoclaves y las técnicas de esterilización para el material endodóntico.

Como urgencia es indispensable mantener cuando menos un -- equipo listo para su uso, éste deberá estar distribuido ya sea en -- cajas o toallas y en el debido orden que requiera la intervención, -- pues como se dijo, el orden forma parte de las normas de la técnica de la pulpectomía en una sesión operatoria.

El orden del instrumental lo podríamos señalar de la siguiente manera:

- Instrumental para el bloqueo o anestesia.
- Instrumental para aislamiento del campo operatorio.
- Instrumental para la preparación quirúrgica.
- Instrumental para la obturación.

Evaluados los problemas quirúrgicos previos a la intervención endodóntica en una sesión y con los antecedentes del enfermo, tomaremos la decisión quirúrgica de elegir cualquiera de las dos técnicas enunciadas en esta tesis; ya sea el método del Dr. Maisto o el método del Dr. Sargenti.

TECNICA OPERATORIA.

METODO DEL DR. MAISTO (10)

La pulpectomía en una sesión operatoria consta de dos tiempos fundamentales:

Primer tiempo:

La eliminación del órgano pulpar, que incluye también la preparación quirúrgica del conducto.

Segundo tiempo:

La obturación del conducto.

Sabemos que antes de llevar a cabo estos dos tiempos fundamentales, tendremos que realizar:

Interpretación radiográfica.

Bloqueo o anestesia general.

Aislamiento del campo operatorio.

INTERPRETACION RADIOGRAFICA

Dentro de los factores de importancia que intervienen para efectuar la pulpectomía en una sesión operatoria, al igual que en todas las intervenciones quirúrgicas, se encuentra la interpretación radiográfica y la adecuada preparación del paciente, entre otras.

Para realizar este estudio nos basaremos en los conceptos universales del manejo radiográfico de los enfermos.

BLOQUEO Y ANESTESIA GENERAL

La insensibilización constituye una ayuda esencial en caso de pulpectomía, pues de lo contrario el odontólogo no podría trabajar en forma conveniente, debido a la falta de cooperación del paciente.

En la actualidad la mayoría de los autores están de acuerdo en realizar la pulpectomía casi exclusivamente bajo bloqueo y en forma inmediata. La pulpectomía se puede realizar bajo los siguientes tipos de bloqueo: bloqueo local o regional y anestesia general.

Bloqueo local y regional.

El bloqueo local es el que se usa comúnmente en casos de pulpectomía y no existen dudas con respecto a las ventajas que ofrece. Sólo en los casos de intolerancia del paciente a los bloqueadores locales o cuando la insensibilización no se logre mediante estos procedimientos, la elección será la anestesia general.

El bloqueo local se puede aplicar por diferentes técnicas - por infiltración o intrapulpar.

En el caso de la pulpectomía en una sesión operatoria, la administración del anestésico por infiltración es la más favorable - debido a que con el empleo de estas técnicas se logra la insensibilización del tejido pulpar y paradental.

El bloqueo local intrapulpar no está indicado en el tratamiento de pulpectomía, debido a que sólo tiene efecto anestésico en el tejido pulpar; por lo tanto causaríamos molestias al paciente en el momento de la extirpación del tejido pulpar, esto se debe a que en el parodonto no existe bloqueo o es parcial.

Bloqueo infiltrativo.

Para ambos métodos de bloqueo es recomendable la desinfección con un antiséptico en la zona de punción y las que limitan al diente por intervenir.

Para que la punción resulte lo menos traumática posible - es conveniente la insensibilización de la mucosa; esta se obtiene - ya sea con anestesia tópica de Xilocaína en aerosol o mediante la - aplicación de una solución de yodo al 10%.

El bloqueo por infiltración consiste en inyectar un bloqueador local en los tejidos blandos a nivel de los nervios y próximos a los ápices dentarios. En los bloqueos por infiltración resulta conveniente depositar la solución anestésica en la región submucosa.

En los incisivos superiores se coloca el bloqueador directamente en el nervio dentario anterior a nivel del ápice radicular del diente. En el canino superior a veces resulta difícil obtener el bloqueo del tejido pulpar por inyección directa a nivel del ápice radicular, debido a que a esa altura la tabla externa es menos porosa y las ramificaciones del nervio dentario anterior penetran profundamente en el diploe. En caso de no obtener la insensibilización, conviene -- bloquear el área palatina. En los premolares superiores el bloqueo se obtiene generalmente con facilidad con la inyección directa a la altura del ápice, por vía vestibular. Los molares superiores se bloquean por vía vestibular a nivel de los ápices del molar por intervenir o bien inyectando la solución anestésica cerca de la tuberosidad, con lo que se consigue la insensibilización simultánea de los tres molares.

En los incisivos inferiores el bloqueo pulpar se consigue por vía regional normalmente y la inyección apical del diente o al nervio mentoniano. En los caninos y premolares inferiores, el bloqueo se aplica en igual forma que con los incisivos. En los molares inferiores es donde el bloqueo infiltrativo fracasa con mayor frecuencia, por lo que se utiliza el bloqueo regional, que a continuación menciono.

El bloqueo regional generalmente es indicado en dientes -
posteriores en los cuales el bloqueo infiltrativo no tuvo éxito de-
bido a la densidad de la tabla ósea externa.

El bloqueo regional se logra en el nervio dentario inferior,
depositando el anestésico a nivel de la espina de Spix, practicada con
cualquiera de las técnicas ya conocidas. Si la inyección ha sido rea-
lizada en forma correcta, el bloqueo regional probablemente es el más
efectivo para las extirpaciones pulpares, particularmente en los dien-
tes inferiores.

Anestesia general.

La anestesia general se usa en circunstancias particulares y bajo precauciones estrictas. Este tipo de anestesia esta indicada en pacientes sensibilizados a los bloqueadores locales o con problemas de conducta. Este tipo de anestesia deberá ser administrada por personal especializado.

La anestesia general suprime toda sensibilidad con pérdida simultánea de la conciencia y podría llegar a constituir un método - ideal en el futuro si su empleo resultara exento de todo riesgo.

Otra técnica de supresión dolorosa es el empleo de agentes desvitalizantes, como el trióxido de arsénico, entre otros, que no han sido probados exhaustivamente, obteniéndose ventajas como: menor incomodidad para el paciente atemorizado ante la perspectiva del -- bloqueo local; en pacientes sensibilizados a bloqueos locales; acción antiséptica de la preparación arsenical efectiva contra las bacterias presentes en el tejido pulpar. Algunos autores indican mejor control de la herida quirúrgica y reacción leve en la zona periapical que -- permitirá posteriormente a su aplicación mejor tolerancia a la extirpación pulpar (3).

AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO

Se debe considerar previo el aislamiento, si existe la necesidad o no de la reconstrucción coronaria y para esto se usarán los métodos convencionales.

Una vez que el paciente se encuentra con el diente por intervenir perfectamente bloqueado, se procede a aislar el campo operatorio.

El tipo de aislamiento que debe utilizarse en pulpectomías en una sesión operatoria, es por medio del dique de hule y un eyector de saliva. Me atrevo a indicar que para este tipo de tratamiento, si no se posee el dique de hule y el eyector de saliva es mejor no practicarla puesto que se requiere de una asepsia ininterrumpida durante el lapso de la intervención. Además el dique de hule correctamente aplicado permite tener un campo seco, amplio, limpio y fácil de desinfectar. También tendremos la ventaja de proteger los tejidos gingivales contra la acción cáustica de los antisépticos y evitar el peligro siempre posible del paso de algún instrumento a las vías respiratorias y digestiva.

Para la colocación del dique se tendrá la precaución de probar antes la grapa elegida, pues en ocasiones aún siendo la grapa indicada no tiene una buena adaptación al cuello del diente y por lo tanto traumatizaría los tejidos blandos, también podría zafarse en el transcurso de la intervención lo cual nos daría como consecuencia la contaminación del campo operatorio, se sugiere sujetar la grapa con hilo, para evitar que accidentalmente sea tragada. Una vez verificado lo anterior se procede a la colocación del dique en forma ya conocida.

PRIMER TIEMPO

Eliminación del tejido pulpar:

Antes de llegar a la amputación del órgano pulpar, se requiere verificar si es necesario la remoción del tejido cariado, que como ya se sabe consiste en la eliminación minuciosa de todo el tejido que se encuentre reblandecido, por medio de los procedimientos comunes para esto, teniendo en cuenta la preparación de la cavidad. La apertura de la cámara pulpar o acceso se hará en forma acostumbrada. En el caso de dientes posteriores se recomienda una precaución extrema en la eliminación del techo pulpar con sus respectivos cuernos pulpares, - por razones de higiene quirúrgica, ya que el conducto pulpar quedará obturado de inmediato.

Aún cuando la radiografía preoperatoria muestre un conducto accesible y normal, se hará una exploración del conducto radicular - con sondas adecuadas para asegurarse de la ausencia de obstáculos.

Después se continúa con la conductometría ya que si no se obtiene ésta no se podrán llevar a cabo correctamente los pasos subsiguientes. Una vez solucionados todos estos requisitos, se procede a la eliminación del tejido pulpar. La extirpación pulpar se hará - con los métodos convencionales para la pulpectomía.

Es necesario evitar que la parte activa del tiranervio introducido en el conducto alcance el foramen apical, (9) pues si se -

llegara a traumatizar el paradonto nos expondríamos a una hemorragia posterior, la cual no nos permitiría proseguir el tratamiento sino - hasta las 48 horas. (7).

Una vez eliminada la pulpa, se controla la hemorragia colocando puntas absorventes y lavando de inmediato con agua de cal, se vuelven a colocar puntas absorventes llevándolas hacia el ápice radicular para impedir que el coágulo se forme en lumen apical, es esperan de 3 a 6 minutos hasta ver que haya cesado la hemorragia. (7)

TRABAJO BIOMECANICO

Una vez que se haya controlado la hemorragia se procede a la preparación quirúrgica del conducto.

La finalidad esencial de la preparación del conducto es el control de la forma; eliminación de restos pulpares; de substancias extrañas que pudieron penetrar en el conducto y de dentina organizada patológicamente que pudiera encontrarse en las paredes del mismo. En caso de que no haya habido infección por medio de las evaluaciones fisiométricas, se ensanchará el conducto para recibir su obturación.

La irrigación del conducto radicular tiene por finalidad remover los restos pulpares; restos de dentina movilizada durante la preparación quirúrgica y en conductos comunicados con la cavidad bucal los restos de substancias extrañas introducidas al conducto.

Las ventajas de la irrigación de los conductos radicales son actualmente reconocidas por la mayoría de los autores, pudiéndose comprobar que, en un elevado porcentaje de enfermos, la disminución de actividad bacteriana contenida en los conductos después de eliminar la dentina reblandecida y de lavar abundantemente las paredes del conducto, permite una recuperación funcional del diente bajo tratamiento. A este concepto debe dársele la validéz de los autores de esta técnica.

La irrigación no ofrece dificultades técnicas y su efectividad depende en gran parte de la correcta preparación quirúrgica del conducto, si este último no pudo ser adecuadamente ensanchado y sus paredes alisadas, la acción del lavado se ejercerá a lo largo de las mismas eliminando los restos adheridos. Si por el contrario el conducto es inaccesible, el lavado no cubrirá la superficie de sus paredes y la acción antiséptica resultará inefectiva.

"La irrigación se hará, entre otros fármacos, con agua oxigenada de 10 volúmenes, pura o diluida con agua destilada (8). La neutralizamos con agua de cal. El empleo abundante y alternado de ambas soluciones y el sucesivo secado del contenido del conducto, cumplen con la finalidad perseguida de remover los restos y desechos del conducto radicular. Es necesario recordar que el último lavado se realizará siempre con agua de cal, para eliminar totalmente el agua oxigenada y dejar en el conducto una alcalinidad incompatible con la vida bacteriana pero favorable para la recuperación periapical".

OBTURACION DEL CONDUCTO.

La función de la obturación radicular es sellar herméticamente y eliminar el acceso a los tejidos periapicales, además la finalidad de la obturación consiste esencialmente en el reemplazo del contenido normal o patológico de los conductos y cámara pulpar por un material inerte, antiséptico y tolerado por los tejidos periapicales.

A continuación mencionaré dos de las diferentes técnicas de obturación indicadas para la pulpectomía en una sesión.

TECNICA DEL CONO UNICO.

(Convencional o estandarizado)

Esta técnica con su nombre lo indica consiste en obturar el conducto radicular con un sólo cono de material sólido, en la actualidad gutarpecha o plata, que idealmente debe llenar la totalidad de su luz, pero en la práctica se cementa con un material blando y adhesivo que luego endurece y anula la solución de continuidad entre el cono y las paredes destinatarias.

Para que el cono de medida convencional se pueda adaptar a lo largo de la pared dentinaria, es necesario preparar quirúrgicamente el conducto en forma cilíndrica o ligeramente cónica y de corte transversal circular.

Cuando se utiliza la técnica estandarizada en la preparación quirúrgica del conducto y se elige el cono correspondiente al último instrumento utilizado, la adaptación de este cono a las paredes de la dentina será lo suficientemente exacta como para lograr la finalidad establecida para esta técnica de obturación (5).

De lo anteriormente expuesto se deduce que sólo podrán ser obturados con la técnica del cono único convencional o estandarizado, algunos incisivos superiores con conductos ligeramente cónicos incisivos inferiores, los premolares de dos conductos, algunos molares inferiores y superiores. En casos en los cuales el conducto sea primitivamente cónico o resulte así luego de su preparación quirúrgica, deberá efectuarse otra técnica de obturación que es la técnica de conos múltiples.

La técnica más sencilla en el caso de obturar con cono de gutapercha, es la formulada por el Dr. Grossman (1965), indicándola de la siguiente manera:

Se coloca un cono de prueba en el conducto después de su preparación quirúrgica, cuya longitud será determinada mediante la conductometría. El cono de gutapercha se corta en su extremo más fino de modo que no atraviese el foramen apical y se nivela en su base con el borde incisal u oclusal.

Colocado en el conducto, se toma una radiografía y se controla su adaptación en longitud y calibre, efectuando las correccio-

nes necesarias o bien reemplazando en caso de necesidad por otro más adecuado que será registrado por medio de una nueva radiografía, ya seleccionado el cono, se prepara el cemento en las condiciones ya conocidas y se le aplica a manera de ferro dentro del conducto con un léntulo flexible. El cono de gutapercha se lleva al conducto con una pinza cubriéndolo previamente con cemento en el nivel de su mitad apical, se desliza dentro del conducto hasta que su base quede a la altura del borde incisal o de la superficie oclusal del diente, hasta la señal de la longitud del registro de la conductometría. Si con un nuevo control radiográfico se verifica que la posición del cono es la correcta, se secciona su base con un instrumento caliente en el piso de la cámara pulpar. El lento endurecimiento del cemento permite realizar las correcciones necesarias posteriormente a la última radiografía. La cámara se obtura con un cemento de acuerdo con el tipo de reconstrucción previamente diseñada para la rehabilitación deseada.

TECNICA DE CONDENSACION LATERAL O DE CONOS MULTIPLES (Convencional o estandarizada)

La técnica de condensación lateral o de conos múltiples - constituye esencialmente un complemento de la técnica del cono único, dado que los detalles operatorios de la obturación hasta llegar al cementado del primer cono son sensiblemente iguales en ambas técnicas.

Esta técnica está indicada en los incisivos superiores, caninos, premolares de un sólo conducto y raíces distales de molares -- inferiores, es decir, en aquellos casos de conductos cónicos donde -- existe marcada diferencia entre el diámetro transversal del tercio -- apical y coronario y en aquellos conductos de corte transversal ovoide, elíptico o achatado.

La preparación quirúrgica del conducto en estos casos se realiza con instrumental convencional o estandarizado, previniendo la necesidad de complementar la obturación de los dos tercios coronarios con conos de gutapercha adicionales, dado que sólo se adapta y ajusta en el tercio apical del conducto.

Ya cementado el primer cono, tal como explico en el desarrollo de la técnica del cono único, procurando desplazarlo lateralmente con un espaciador, apoyándolo sobre la pared contraria a la que está en el conducto. De esta manera, girando el espaciador y retirándolo suavemente, quedará un espacio libre en el que deberá introducirse -- un cono de gutapercha de espesor algo menor que el del instrumento -- utilizado. Se repite la operación anterior tantas veces como sea necesario, comprimiendo uno contra otro los conos de gutapercha hasta que se anule totalmente ese espacio libre en los dos tercios coronarios del conducto con el consiguiente desplazamiento del exceso del cemento utilizado para obturar. El sobrante de los conos de gutapercha fuera de la cámara pulpar se recortan con una espátula caliente y se ataca en la entrada del conducto radicular con el instrumento indicado.

Finalmente, se llena la cámara pulpar con cemento de fosfato de zinc, pero con previa comprobación mediante la radiografía de - que se encuentran los conos perfectamente adaptada al conducto

Como la preparación quirúrgica depende de las condiciones en que se encuentre la dentina y de la particular anatomía radicular, resulta difícil e inconveniente utilizar un sólo material y la misma -- técnica para resolver todos los casos.

METODO DEL DR. SARGENTI.

Otra técnica para efectuar la pulpectomía en una sesión operatoria ha sido elaborada por el Dr. Sargenti.

El método de Sargenti, no es del todo aceptado debido a que en su técnica incluye a menudo el uso de "momificadores" y también por la falta de bases científicas, aunque el Dr. Sargenti nos dice tener muchas experiencias clínicas con los resultados deseados.

El Dr. Sargenti, para llevar a cabo el tratamiento, divide a los dientes según su diagnóstico en dos grupos:

Grupo A.- Dientes con región apical vital.

Grupo B.- Dientes gangrenosos con región apical necrótica.

Dando como indicaciones, que a los dientes del grupo "A" se les tratará en una sesión operatoria y a los del grupo "B" en varias sesiones.

Como el tema que desarrollo, es el de pulpectomía en una sesión, mencionaré a continuación la técnica para los dientes del grupo "A".

Anestesia local o general.

Aislamiento del campo operatorio.

Apertura de la cámara pulpar o acceso.

Corte del conducto, hasta 1 - 2 mm. del

ápice aproximadamente.

Obturación del conducto.

Las indicaciones especiales que da son:

- El uso de un ensanchador en lugar de limas y tiranervios. Este ensanchador debe ser del mismo diámetro que la parte apical del conducto. Se recomienda que con el ensanchador se corte y quite el tejido pulpar, también se -- recomienda limar las paredes del conducto, lo cual nos -- dará el ensanchamiento de la parte oval del tercio coronal.

Para un resultado satisfactorio, es preciso que se respete la integridad de la región apical, ya que formula que:

"La parte apical de la pulpa retiene su estructura y esterilidad aún en casos de severa inflamación crónica del órgano pulpar".

OBTURACION...

El llenado permanente con cemento u obturación del conducto lo efectuamos con el "N2", cuya fórmula es: óxido de zinc, eugenol, - paraformaldehído y otros ingredientes. Este cemento posee las siguientes propiedades.

- En su fase blanda se impregna a las paredes del conducto fijándose y desinfectando los residuos necróticos, que a su vez forman una zona rígida y de anclaje.
- En su fase endurecida posee una adhesión a las paredes del conducto, mediante un sellado hermético, el cual no sufre modificaciones.
- Radiopacidad.
- Desinfección.
- Propiedades anti-inflamatorias.

El cemento es llevado al conducto radicular por medio de un léntulo.

Al poseer el cemento las propiedades anteriormente mencionadas, es utilizado como material de obturación permanente, quedando de esta manera concluido en tratamiento.

CONCLUSIONES

En el análisis bibliográfico de la pulpectomía en una sesión operatoria, pude darme cuenta que para cualquier técnica existen limitaciones.

Si analizamos la técnica descrita por el Dr. Maisto, nos daremos cuenta, que es la misma que se lleva a cabo en los casos de pulpectomía en varias sesiones, sólo que en ésta, el tratamiento será concluido en una sola sesión.

La del Dr. Sargenci, es totalmente diferente, tanto en la preparación quirúrgica como en la obturación.

En mi concepto, el uso de cualquiera de las dos técnicas - llevadas a cabo correctamente y tomando en cuenta sus limitaciones darán el resultado deseado. Ahora por tratarse de una obturación inmediata, en mi opinión, el tratamiento requiere de un poco más de cuidados y exige el cumplimiento estricto de la técnica, aunque considero, que debe de estudiarse cada caso en particular y resolverlo de acuerdo a sus exigencias y a las indicaciones según el caso que se presente.

En general son relativamente escasos los conocimientos referentes a los materiales selladores de conductos radiculares. Particularmente, los estudios publicados contienen poca información - respecto a la reacción tisular provocada por dichos materiales; so-

bre todo desde el punto de vista comparativo. A saber no existe investigación publicada en la cual se considere la totalidad de las propiedades tanto histopatológicas como físicas, y en base a una evaluación completa se formulen recomendaciones globales. (7)

B I B L I O G R A F I A

- 1.- CATTONI MARTIN, D.D.S., M.S.D., University of Texas, Dental Branch, 1970.
- 2.- COOLIDGE, E.D. and KESEL, R.G.: A Text. Book of Endodontology, 2a. Edición, Filadelfia, Lea Fediger 1956. pp. 234 - 41.
- 3.- GROSSMAN, L.I.: Endodontic Practice, Filadelfia Ed. Lea & Fediger. 1960. pp. 290 - 4.
- 4.- GROSSMAN, L.I.: Endodontic Practice, Filadelfia 6a. Edición 1965. pp. 317 - 36; 138 - 40.
- 5.- INGLE, BEVERIDGE, Endodoncia 2a. Edición Ed. Interamericana. pp. 11, 12, 77, 189, 162, 227, 226, 229, 231, 238, 457, 493, 529, 555, 564, 565.
- 6.- INGLE J.I. And ZELDOW, B.J.: J. Amer. Dent. Ass. Oct. 1958. pp. 471 - 6
- 7.- MAISTO OSCAR A.: Endodoncia Ed. Mundi 1970. pp. 270 - 78.

- 8.- MAISTO, O.A.: Estadística sobre 100 Trat. de Cond. Radiculares, realizados consecutivamente en una sesión, 1963.
- 9.- MAISTO, O.A.: Rev. Asoc. Odont. Argentina, Julio 1965, 43: 255 - 62. pp. 270, 271, 277.
- 10.- MAISTO, O.A.: Tratamiento de Conductos Radiculares/Lesiones periapicales en una sesión sin apicectomía, trabajo presentado en la 13ava. Annual Sesión of the American Dental.
- 11.- RAPPATPORT, H.M.; LILLY, G.E. and KAPSIMALIS PETER; Oral Surg., Oral Med., Oral Patology, Dic., 1964, 18: 785 - 802.
- 12.- SAMVEL; BENDER, I.D. And EHRENREICH, JOSEPH: Oral 14: 74 - 82 Jan. 1961.
- 13.- STWART, G.G. y GAUTIERI, J.F.: Rev. Ass. Odont. Argentina 1962, 50: 62 - 7.
- 14.- T.P.: Comparación histopatológica de tres selladores radiculares con división de investigación clínica. Dr. Javier Portilla Roberson.