

146
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CONSIDERACIONES ENDODONTICAS
EN EL DISEÑO PROTESICO

Orlando Tréjola Solís

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
OLIVIA HERNANDEZ FRANCO

ASESOR: C.D. ORLANDO TRÉJOLA SOLÍS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

*Revisión y firma
en la
de
Orlando Tréjola Solís*

MEXICO, D. F.

1994





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 está 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.

CON HUMILDAD:

A DIOS TODO PODEROSO
QUIEN ME HA DADO
TODO CUANTO POSEO

**"CONSIDERACIONES ENDODONTICAS EN EL
DISEÑO PROTESICO"**

INDICE

Pág.

Introducción.	1
-----------------------	---

CAPITULO I

FACTORES IMPORTANTES EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Factores Sistémicos.	4
Factores Locales.	6
Fracturas radiculares	7
Fracturas radiculares de origen traumático.	7
Fracturas radiculares de orientación restauradora	8
Fracturas radiculares espontáneas.	10
Reabsorción radicular externa	11

CAPITULO II

PROCEDIMIENTOS ENDODONTICOS NO QUIRURGICOS EN LA REHABILITACION PROTESICA

Procedimientos endodónticos no quirúrgicos en la rehabilitación protésica. . .	18
--	----

CAPITULO III

INTERVENCIONES ENDODONTICAS DE SESION UNICA

Intervenciones endodónticas de sesión única.	22
--	----

CAPITULO IV

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ENDODONTICOS SIMPLES EN LA REHABILITACION PROTESICA

Acceso quirúrgico.	27
Extensión de la destrucción ósea y la cantidad de tejido de soporte.	29
Endodoncia intraquirúrgico	30

CAPITULO V

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ENDODONTICOS COMPLEJOS EN LA REHABILITACION PROTESICA

Apicectomía	34
Amputación radicular.	36
Hemisección y extracción	38

CAPITULO VI

CONTRAINDICACIONES DE LA ENDODONCIA QUIRURGICA

Contraindicaciones de la endodoncia quirúrgico.	43
---	----

CONCLUSIONES	44
------------------------	----

BIBLIOGRAFIA	45
------------------------	----

INTRODUCCION

A lo largo de este trabajo se describirá la integración del tratamiento endodóntico y protésico. Trata principalmente de las distintas variantes de procedimientos endodónticos usadas y el tiempo más adecuado para intercalarlos en el plan de tratamiento protésico.

El análisis del caso y la preparación del plan de tratamiento han de tener en cuenta los dientes que requieren tratamiento endodóntico y que forman parte integral de la prótesis. Aunque el porcentaje de éxito de los dientes que reciben ese tipo de tratamiento es generalmente bastante elevado, no todos los dientes en esta situación responden favorablemente al tratamiento. La pérdida de todo diente integrado en una prótesis, puede obviamente hacerla fracasar, y se prestará especial atención del tratamiento. El pronóstico exitoso de un determinado tratamiento debe ser cuidadosamente valorado contra la importancia relativa del diente para el tipo especial del diseño protésico que se tiene en vista. No es conveniente utilizar un diente con un pronóstico endodóntico malo o reservado en una ubicación estratégico, puesto que la extracción futura requeriría una revisión del diseño protésico y plantearía inconvenientes personales y expensas adicionales para el paciente y pérdida del aparato protésico,

Tales problemas pueden ser evitados si se toman precauciones debidas al comienzo del tratamiento.

La actitud general en odontología restauradora es que los incidentes pulpares pueden ser evitados si se pone bastante cuidado, con lo cual se puede inferir que los problemas pulpares se producen por falta de cuidado del profesional. Por cierto, esta es una simplificación excesiva de un problema

muy complejo: no toma en cuenta la condición e historia pasado de los dientes por restaurar o por preparación para pilares de puente. El odontólogo general, en virtud de su adiestramiento y experiencia clínica, y cuando estime necesario en consulta con el endodoncista, debe ser capaz de evaluar y distinguir los dientes que probablemente no sobrevivirán a nuevos traumatismos operatorios. Este esfuerzo de colaboración debe reducir considerablemente los incidentes pulpares postoperatorios y descubrir las infecciones pulpares crónicas moderadas consecutivas a necrosis pulpar y proteger la odontología restauradora de una mutilación.

Los dientes con endodoncia incompleta constituyen un riesgo grande ya sea para restauración como una sola unidad, ya sea para su inclusión como parte de una extensa restauración, sobre todo si son quirúrgicamente inaccesibles.

Si estos dientes no se prestan para un tratamiento nuevo y no tienen valor estratégico, la extracción debe ser considerada como tratamiento conservador.

CAPITULO PRIMERO

FACTORES IMPORTANTES EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

- 1. FACTORES SISTEMICOS**
- 2. FACTORES LOCALES**
 - 2.1. FRACTURAS RADICULARES**
 - 2.1.1. FRACTURAS RADICULARES DE ORIGEN
TRAUMATICO**
 - 2.1.2. FRACTURAS RADICULARES DE ORIENTACION
RESTAURADORA**
 - 2.1.3. FRACTURAS RADICULARES ESPONTANEAS**
 - 2.2. REABSORCION RADICULAR EXTERNA**

CAPITULO PRIMERO

FACTORES IMPORTANTES EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

1.- FACTORES SISTEMICOS

Previo tratamiento endodóntico el odontólogo evaluará atentamente al paciente en cuanto a su estado sistémico y local con el objeto de establecer un pronóstico aproximado en cuanto al éxito del tratamiento por emprender. Si un paciente sufre de un trastorno sistémico que afecte desfavorablemente la reparación del tejido conectivo se considera un riesgo endodóntico mas elevado que otro que requiere un tratamiento parecido pero es normal en todos los aspectos. Aunque hay muchas entidades nasológicas que encuadran en esta categoría, en lineamientos amplios se los refiere a uno de los tres grupos siguientes:

- a) Aquellas relacionadas con una enfermedad crónica existente.
- b) Las que corresponden a deficiencias nutricionales.
- c) y las correspondientes a desequilibrios hormonales.

Si bien la edad en si no afecta significativamente el pronóstico general del éxito endodóntico, hay evidentemente un aumento en la incidencia de alteraciones sistémicas en pacientes de edad avanzada. Esto significa que los pacientes de edad mayor como grupo representan un riesgo endodóntico mayor que los más jóvenes que requieran el mismo tipo de atención endodóntica. Al ser la edad media de los pacientes que recurren a la atención protésica mayor que la de aquellos que buscan otro tipo de servicio dental, el grupo, como un

todo representa que el riesgo endodóntico es mayor que el de la población dental general.

Las enfermedades crónicas que reducen significativamente las probabilidades de una reparación adecuada después del tratamiento endodóntico son las discrasias sanguíneas (anemias, leucemias) problemas de coagulación, trastornos hepáticos y renales, afecciones gastrointestinales (úlceras, colitis e ileitis) y enfermedades infecciosas generalizadas debilitantes tales como tuberculosis y sífilis. Las deficiencias nutricionales que afectan la reparación endodóntica suelen ser causadas ya sea por una insuficiencia dietética debido a una selección deficiente o inadecuada de alimentos o a una absorción defectuosa por una enfermedad crónica preexistente. Las dos carencias vitamínicas o proteicas del organismo, lo cual puede reducir la capacidad de reparación de los tejidos lesionados. Así mismo el desequilibrio hormonal es un impedimento de la probabilidad de reparación. La diabetes mellitus e irregularidades en la producción de esteroides produce una mayor susceptibilidad a la infección y la disminución de la capacidad reparadora. Esto es particularmente cuando pacientes que sufren de estas afecciones se hallan sujetos a fluctuaciones amplias en la cantidad de hormonas circulares.

2.- FACTORES LOCALES

Los factores locales que afectan un pronóstico endodóntico favorable son más fácil de identificar que los sistémicos y son clínicamente significativos porque desempeñan un papel más inmediato y predecible. Estos factores involucran variaciones y anomalías anatómicas en la forma dentaria y conductos radiculares, calcificación distrófica de la pulpa dentaria, reabsorción extensa de la porción interna o externa de la raíz, pérdida marcado del tejido periodontal de soporte y fracturas radiculares verticales.

Es riesgosa la inclusión de tales dientes tratados endodónticamente en un plan de tratamiento protésico y simplemente no es aconsejable utilizarlos como pilares protésicos únicos si su pronóstico endodóntico no es excelente. En casos como éstos se asegurará la integridad de otros dientes pilares no tratados endodónticamente de modo que puedan sostener la prótesis de por sí solo si así se requiriera. Esto no significa que se deban instaurar reglas rígidas para el uso de dientes endodónticamente tratados en los diseños protésicos. Por lo contrario, cada caso se evalúa individualmente, se tendrá presente sin embargo que es menester importancia valorar el riesgo que implica cada situación endodóntica particular contra la importancia del papel desempeñado por el diente en el tipo de prótesis considerada por el intento de conservar el diente contra el riesgo que se corre, con distintos formas de encarar el tratamiento como alternativa.

2.1.- FRACTURAS RADICULARES

Es especialmente importante la presencia de fracturas radiculares verticales que merecen una atención especial. Esto es así a causa de las dificultades clínicas existentes al diagnosticarlas y por la virtual imposibilidad de repararlas una vez diagnosticadas. La gran mayoría de las raíces que presentan tales fracturas deben ser extraídas, para después rever el diseño de tal o protésico.

Las fracturas radiculares verticales se clasifican en tres grupos de acuerdo con su causa:

- a) Fracturas radiculares por causa traumática
- b) Fracturas radiculares de orientación restauradora
- c) Fracturas radiculares espontáneas

Esta clasificación, en ciertos aspectos es académica, puesto que todos las fracturas de ese tipo parecen seguir el mismo patrón clínico y están sujetas al mismo pronóstico desfavorable.

2.1.1.- FRACTURAS RADICULARES DE ORIGEN TRAUMÁTICO

El traumatismo agudo, tal como lesión accidental o trauma crónico como sucede en hiperfunción oclusal suelen producir fracturas radiculares verticales. Antes de la manifestación de una enfermedad pulpar avanzada de estos dientes, presentan una serie de síntomas clínicos rotulados como "síndrome de diente partido o fracturado".

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes y varía entre una pequeña molestia, al morder a un dolor agudo, persistente, espasmódico, inducido por la función. Así mismo los dientes con fractura radicular pueden causar hipersensibilidad a cambios térmicos, particularmente en respuesta al frío. Algunas veces la fractura es descubierta clínicamente, otras, particularmente en los periodos iniciales los cambios no son evidentes. Con la instalación de una pulpitis avanzada en el diente fracturado, se suele presentar un dolor irradiado espontáneo, acompañado el patrón de dolor de origen localizado con la muerte pulpar y la extensión de la inflamación hacia los tejidos dentales de soporte, se localizan los síntomas clínicos y se asemejan a aquellos que se observan en las fracturas de origen restaurador y espontáneo. Se recordará no obstante, que no todas las fracturas verticales involucran la raíz, y por lo tanto, no todas se encuentran sujetas a este diagnóstico desfavorable.

2.1.2.- FRACTURAS RADICULARES DE ORIENTACION RESTAURADORA

En muchos aspectos los factores etiológicos referentes a este grupo de fracturas radiculares verticales son semejantes a los relacionados con el anterior, puesto que se observa que la disfunción oclusal representa un papel coadyuvante significativo. Las caras oclusales de los dientes con restauración extensas tienden a fracturarse con mayor facilidad que los que no las tienen. Si la línea de divaje se encuentra en la porción media del diente, suele producir una fractura vertical de la raíz. Esto es sobre todo así en dientes tratados endodónticamente en los cuales fue realizado ensanchamiento durante la apertura, o cuando la restauración postendodóntico de la corona dentaria no

haya provisto una protección adecuada a la dentina y esmalte socavados. Así mismo suelen producirse fracturas verticales de la raíz como resultado por la forma inadecuada de pernos y "pins" particularmente cuando éstos son gruesos y cortos y no ofrecen suficiente resistencia a la torsión lateral. En consecuencia se prestará particular atención a esos dientes al evaluarlos para un probable tratamiento endodóntico o causa de la presencia clínica o radiográfica de la enfermedad inflamatoria en los tejidos dentarios de soporte y cuando se considera incorporarlos en su forma existente en una prótesis fija o removible por confeccionar.

El tratamiento endodóntico de dientes con fractura vestibulares radiculares, con excepción de dientes seccionados quirúrgicamente y separación de la raíz fracturada de la corona tienen pocas posibilidades de duración prolongada.

Esto significa que la extracción de piezas con presunción de fractura radicular previa la inserción de la prótesis a veces constituye una forma conservadora de encarar el tratamiento para buenos resultados protésicos, aunque el uso de un diente tratado endodónticamente y restaurado mediante un perno involucrado en una prótesis no plantea indefectiblemente un problema, cabe considerarlo como un riesgo potencial. Cuando el diseño del perno es adecuado y donde son favorables el hueso de soporte así como la estructura radicular, hasta cabe usar ese diente como pilar único, si bien se considera más favorable un doble pilar. Se prestará atención, sin embargo a la normalidad de la relación funcional de los dientes restaurados con "pins" o pernos, y que no reciben cargas sobrecargadas sobre las porciones externas de la raíz. Con el fin de obviar inconvenientes futuros, y cuando así se requiera, se efectuaran movimientos ortodónticos para la corrección de desarmonias

oclusales junto con la ferulización del diente o otras piezas sanas. El principio que se sigue es que se debe buscar la distribución de fuerzas oclusales locales a lo largo de los ejes mayores de los dientes y la distribución de fuerzas oclusales generales sobre la mayor cantidad de dientes que sea factible.

2.1.3.- FRACTURAS RADICULARES ESPONTANEAS

La fractura radicular espontánea representa el problema más serio del grupo de fracturas radiculares verticales a causa de impredecible de su producción. No se ha establecido la etiología de este tipo particular de fractura, (presión latente de la obturación radicular contra las paredes de la obturación radicular contra las paredes del conducto, deshidratación parcial de la dentina radicular y fuerzas oclusales fisiológicas). Distinta de los dos tipos previamente descritos de fracturas verticales, la fractura espontánea se inicia en la porción radicular del diente y se extiende oclusalmente.

Así como con las otras variedades de fracturas verticales, es inevitable la extracción de la raíz fracturada. Puesto que actualmente no se cuenta con procedimientos para evitar ese tipo de fractura, no se puede recomendar precauciones especiales referentes al diseño protésico para evitar su incidencia. No obstante todo señala hacia la conveniencia de recurrir a anclajes dobles cada vez que sea factible en casos de ser usados dientes endodónticamente tratados para aumentar su capacidad de resistencia.

2.2.- REABSORCION RADICULAR EXTERNA

La reabsorción radicular externa es otro factor local, que si no se controla oportunamente, llega a comprometer la integridad de un diente y llevarlo a su claudicación. Aunque la reabsorción externa se observa a menudo como secuela de la periodontitis apical crónica su presencia bajo esas circunstancias no es una cuestión que afecte específicamente al diseño protésico. Sin embargo, hay veces cuando este tipo de reabsorción sí tiene una relación importante y definida con la rehabilitación protésica, y esto se da cuando la reabsorción radicular es consecuencia de una lesión dental traumática.

El contacto físico entre varias personas ya sea transitorio o un poco más prolongado como pueden ser distintos deportes, pueden ocasionar el aumento del número de pacientes que recurren a la atención protésica pos traumática, como consecuencia es mayor el número de dientes que han sufrido lesiones traumáticas que se toman como pilares.

El Odontólogo que emprende el tratamiento en esas condiciones deberá tener cierto conocimiento del pronóstico endodóntico tanto de una perspectiva de corto como largo plazo. Es difícil el determinar clinicamente el estado preciso de la pulpa dentaria después de sufrido el traumatismo. Ciertamente el registro de una respuesta positiva al probador pulpar inmediatamente después de tal traumatismo es una señal más favorable de la vitalidad pulpar que una respuesta negativa. Sin embargo es posible la recuperación en cuanto a la vitalidad (Magnusson y Holm, 1969) comunicaron que 84 dientes de respuesta inicial negativa al probador pulpar acusaron una reacción positiva, y 25 dientes de respuesta inicial positivo dieron una respuesta negativa más

adelante. Si bien en este estudio se tomó un periodo postraumático que alcanzó a dos años, la mayoría de las reversiones tuvieron lugar durante los seis primeros meses, lo cual indica que el pronóstico de la vitalidad pulpar en la mayoría de los casos puede determinarse en el transcurso de este periodo. La significación protésica de esta reabsorción se encuentra relacionada no solamente por su frecuencia sino también con su naturaleza clínica. Una reabsorción inflamatoria de reemplazo en la superficie radicular, habiendo un tratamiento endodóntico correcto, suele ser pronóstico favorable. La conservación de tales dientes, por supuesto, será influida por la magnitud de las fuerzas que inciden sobre ellos y por la porción favorable corono-radicular. Dientes como esos fueron utilizados exitosamente como pilares durante tiempo prolongado. La reabsorción radicular inflamatoria generalmente indica que es escasa la probabilidad de conservación de esos dientes mismo por pocos años. En estos casos es aconsejable la extracción del diente y su reemplazo protésico.

No obstante, hay excepciones, en aquellos dientes que tienen reabsorción inflamatoria, ésta cede al tratamiento endodóntico y se produce la reparación y los dientes con reabsorción de reemplazo a veces se reabsorben y se pierden muy rápidamente, aunque no haya inflamación. Previa la iniciación de un plan de tratamiento protésico es menester poner en consideración cada situación y cada paciente individualmente. En algunos traumatismos, sobre todo en aquellos que desfiguran tienen preponderancia los efectos psicológicos en la determinación, cuáles son los dientes que se conservarán y cuáles se extraerán y si en el curso de la reconstrucción protésica se usaron dientes dudosos como soporte o anclaje.

Un diente vivo en funcionamiento es mucho más de desear que lo mejor de la endodoncia. La región periapical de un diente desvitalizado es un área de resistencia disminuida y es vulnerable. Es imposible eliminar por completo las alteraciones degenerativas de la pulpa. No obstante, es posible observar algunas precauciones básicas que pueden reducir considerablemente la frecuencia y gravedad del daño pulpar; a continuación se mencionaran:

a) Color y velocidad. De todos los irritantes, se reconoce al calor como el más dañoso para la pulpa durante las técnicas operatorias con alta velocidad. En fracciones de segundo, se puede generar calor por fricción que ocasione quemaduras visibles, y a veces hasta chispas, por la interrupción inadvertida del chorro de agua. Todas las piezas de mano deben tener su chorro de agua complementado con una fuente adicional de agua dirigida hacia el diente y el instrumento.

b) Presión sobre la pieza de mano. Cuanto mayor sea la presión tanto más difícil será para el agua meterse entre la piedra y el diente. Es importante utilizar presión intermitente leve y rápida para que el refrescante pueda disipar fácilmente el calor resultante.

c) Características del elemento cortante. Las características físicas de la superficie del dispositivo cortante afectan la cantidad de contacto en superficie con el diente. Cuanto más toscas sean las partículas desgastantes de la piedra, tanto menos superficie de contacto habrá y tanto menor el calor friccional resultante, mientras que los granos finos y la piedras gastadas ofrecen un contacto máximo cuidado y con abundancia de agua.

d) Dirección del chorro de agua y posición del evacuador. La dirección del chorro de agua auxiliar es más eficaz cuando se proyecta en dirección de la rotación de la piedra, con el evacuador sostenido del otro lado

del chorro. En esta posición, el refrescante es forzado entre la superficies de la piedra y el diente (fig. 1). Cuando se sostiene el evacuador del mismo lado del chorro complementario de agua (fig. 2) el refrescante es alejado de la superficie de trabajo.

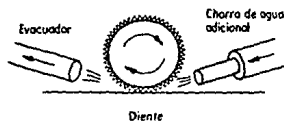


Fig. 1. Posición correcta del aporte adicional del agua y posición del evacuador.

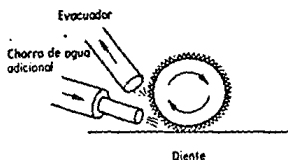


Fig. 2 Posición incorrecta del evacuador que trabaja contra la dirección de rotación del instrumento cortante.

e) Profundidad del corte. Cuando más profundo el corte, tanto más difícil resulta imponer agua entre el diente y la piedra (fig. 3). Aquí es donde se debe insistir con presión intermitente rápida para que el líquido pueda pasar entre las superficies activas, con aumentos en el tiempo de preparación del diente.

f) Tiempo de preparación. El desgaste del esmalte con exposición total de la dentina es una experiencia muy traumática para la pulpa. Terminar una preparación en tiempo record puede producir una desvitalización rápida de este órgano.

Se recomienda interrumpir la preparación después de eliminado el esmalte y cubrir inmediatamente la dentina expuesta con una corona provisional bien adaptada y llena con cemento abundante, dándole tiempo a la pulpa para

que se recupere del choque del procedimiento operatorio antes de intentar la terminación de la preparación. Acortar estas recomendaciones permite reducir considerablemente las reacciones pulpares.

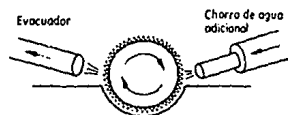


Fig. 3 Es importante ejercer una presión intermitente leve para que el refrescante pose entre las superficies activas en contacto. Cuanto más profundo el corte, más difícil es interponer el agua entre el diente y la piedra.

CAPITULO SEGUNDO

PROCEDIMIENTOS ENDODONTICOS NO QUIRURGICOS EN LA REHABILITACION PROTESICA

CAPITULO SEGUNDO

PROCEDIMIENTOS ENDODONTICOS NO QUIRURGICOS EN LA REHABILITACION PROTESICA

La gran mayoría de dientes tratados endodónticamente que se utilizan en la rehabilitación protésica son tratados por medios no quirúrgicos. Los procedimientos involucrados consisten del vaciamiento y preparación mecánica de los conductos radiculares y la obturación del espacio preparado en forma tal que haya sellado efectivo del espacio que lo aisle de los elementos irritantes externos, pero que al mismo tiempo no interfiera con la reparación de los tejidos lesionados del parodonto o la restauración proyectada para la corona. Este último se refiere principalmente a las variaciones de la técnica con "pins" o pernos.

La evaluación o consulta endodóntica se programa generalmente, inmediatamente después de la consulta protésica. Esto lo capacita al odontólogo o al protesista a informarse del pronóstico endodóntico para los dientes elegidos para el tratamiento previo al establecimiento del diseño protésico definitivo. Entonces cabe considerar distintos diseños protésicos o sus variaciones para adecuar la probable pérdida o presencia de los dientes en cuestión.

En términos de integración de la atención endodóntica con otros aspectos del tratamiento del paciente, se recomienda encararlo de la siguiente manera.

Cuando así se requiera se someterá al paciente a un programa de control de caries y placa previa a la iniciación del tratamiento endodóntico. Se ha de restaurar todas las lesiones cariosas en forma definitiva y temporal y se

complementará la fase sanitaria del tratamiento paradontal. Cuando el paciente es parcialmente desdentado es factible colocar una prótesis provisional para establecer un plano de oclusión y facilitar al paciente una función adecuada. Se examinará la oclusión y se eliminara las interferencias más marcadas, particularmente en los dientes que serán tratados endodónticamente. Entonces se procederá y se incluirá la endodoncia. Donde haya evidencia preoperatoria de enfermedad periapical y pulpar, se dejará un periodo postoperatorio de por lo menos seis meses para poder valorar el éxito de; tratamiento endodóntico. No todas las lesiones periapicales curan en ese lapso, ni tampoco todos los tejidos periapicales normales siguen siendo normales pasado ese tiempo, sin embargo, es factible establecer un patrón de restablecimiento o reparación de la mayoría de los dientes tratados endodónticamente dado el clinico cierta certeza respecto de si seguir con la fase definitiva de la reconstrucción protética o considerar la adopción de un plan de tratamiento diferente.

Si bien la presencia de un periodoncio normal y una historia clínica asintomática son los criterios principales usados para evaluar el éxito del tratamiento endodóntico, también es preciso considerar otros factores. ¿Se elimino el tejido necrosado e infectado del sistema de los conductos radiculares? ¿El sistema de los conductos radiculares fue adecuadamente obturado para evitar la penetración de irritantes salivares en la región periapical? ¿Es el material de obturación radicular compatible con el tipo de restauración contemplado para la restauración coronaria? Cuando estas preguntas reciben una respuesta afirmativa y si hay reparación ósea comparable radiográficamente, son favorable las probabilidades de la respuesta reparadora del diente al tratamiento endodóntico.

Entonces puede ser iniciado el tratamiento protésico como se había planeado. Si existe alguna duda sobre la probabilidad de éxito, se pospondrá el tratamiento definitivo.

CAPITULO TERCERO

INTERVENCIONES ENDODONTICAS DE SESION UNICA

CAPITULO TERCERO

INTERVENCIONES ENDODONTICAS DE SESION UNICA

Está en boga el tratamiento endodóntico no quirúrgico realizado en una sesión única para el manejo de ciertos problemas endodónticos.

Si bien puede haber distintos casos endodónticos que es posible tratar mediante este procedimiento, el uso de la técnica endodóntica de sesión única se aplica sobre todo en tratamientos endodónticos seleccionados para dientes que requieren la remoción pulpar en forma tal que una porción del espacio pulpar pueda ser utilizado para la retención de una corona, o para dientes cuya preparación exige una reducción coronaria. Este procedimiento así mismo es muy adecuado para el tratamiento endodóntico de raíces que se desea conservar con el propósito de mantener la altura del hueso alveolar. En tales casos, los dientes primeros son tratados endodónticamente para ser después desgastados hasta la altura de la encía. La zona protésica es diseñada para proteger y cubrir las raíces conservadas y el reborde alveolar. En ciertos casos es factible preparar las raíces para recibir un dispositivo de retención interno que pueda integrarse a la prótesis.

Otras veces, las raíces que se conservan desgastadas a nivel de la cresta alveolar y se recubren después con la mucosa alveolar suturada en un esfuerzo de proveer una cresta alveolar de forma adecuada y resistente a la reabsorción alveolar.

El éxito del tratamiento endodóntico es una sesión única parece depender de los mismos factores que influyen sobre el éxito del tratamiento endodóntico dentario en general.

Estos son la eliminación adecuada del sistema de los conductos radiculares hasta el nivel que se desee obtener la preparación del espacio y a obturación radicular correcta, que es indispensable para evitar el ingreso de nuevos irritantes en los tejidos periapicales. Para asegurar el porcentaje lo más alto factible de éxito con tratamientos de sesión única y disminuir la incidencia de secuelas postoperatorias indeseables, se tomarán determinadas precauciones al ser realizado el tratamiento del diente. El diente elegido para el tratamiento no quirúrgico en sesión única ha de ser clínicamente vital, o sea una pieza en la cual hay tejidos viables por lo menos en el tercio apical radicular. No debe haber indicios ni clínicos ni radiográficos de inflamación periapical. En el curso del tratamiento se tomará la precaución de establecer la adecuada longitud o medida de trabajo 1 o 2 mm. por debajo del ápice radiográfico del diente.

Todo instrumentación radicular ha de restringirse a la medida dada por la conductometría. Así mismo se evitará empujar los restos pulpaes y destinarios más allá del foramen apical hacia el parodonto. La instrumentación que sobrepase ese punto producirá la necrosis de la pulpa residual una parodontitis periapical.

Por esta misma razón se evitará la utilización de soluciones irritantes como líquidos de lavado durante la preparación del conducto radicular. Spangberg y col. sugieren una solución salina estéril o una solución modificada de hipoclorito de sodio al 6% y 9 partes de solución de bicarbonato de sodio (1973) que se usarán para la irrigación de conductos con escaso riesgo de irritación química. Finalmente, la obturación del conducto radicular se realizará en forma tal que se reduzca la posibilidad de extrusión del material de obturación más allá del nivel preparado.

Cuando el sellado de los conductos radiculares o el cono de obturación protuye más allá del tope apical, aumenta el riesgo de producción de una reacción periapical es favorable. La irritación es causada tanto por la presencia física del material de obturación como por sus cualidades químicas. Cuanto más irritantes sean los componentes químicos mayor es la posibilidad de la lesión periapical. Por lo tanto, los materiales cuyos componentes es el formaldehído son menos recomendables como materiales de obturación que aquellos que no lo contienen.

Si no hay respuesta clínica postoperatoria desfavorable, puede iniciarse de inmediato la restauración de dientes tratados en sesión única.

Cuando se presentan una complicación postoperatoria, se espera varios días hasta que disminuya la inflamación periapical y desaparezca los síntomas clínicos. Como con todos los dientes tratados endodónticamente se controlará el estado periapical seis meses después de la terminación del tratamiento.

CAPITULO CUARTO

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ENDODONTICOS SIMPLES EN LA REHABILITACION PROTESICA

- 1. ACCESO QUIRURGICO**
- 2. EXTENSION DE LA DESTRUCCION OSEA Y LA
CANTIDAD DE TEJIDO DE SOPORTE**
- 3. ENDODONCIA INTRAQUIRURGICA**

CAPITULO CUARTO

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ENDODONTICOS SIMPLES EN LA REHABILITACION PROTESICA.

La expresión procedimientos quirúrgicos endodónticos simples se utiliza para describir procedimientos quirúrgicos que no cambian radicalmente la forma coronaria o la configuración radicular. Se hallan involucradas en las técnicas, el curetaje apical, la resección radicular acompañada por el sellado apical o reparación radicular externa.

La técnica de procedimientos intrarradiculares o de conductos que se realiza en estos dientes excepto tratados únicamente mediante sellado apical es idéntica o la utilizado en Procedimientos no quirúrgicos endodónticos y no corresponden consideraciones adicionales a ese respecto.

Los factores endodónticos que han de considerarse a causa de su importancia protésica son el acceso quirúrgico o diseño del colgajo por usar, la magnitud o cantidad de hueso periapical que se piensa eliminar o será destruido, particularmente en los que puede afectar la posibilidad de lesionar la inervación de los dientes sanos vecinos, y hasta dónde comprometerá el tratamiento el soporte radicular, donde se realizar el sellado del ápice y cuándo constituye el único sellado del conducto, se tendrá en cuenta la presencia de conductos accesorios no obturados o que haya una fractura vertical postoperatoria.

1.- ACCESO QUIRURGICO

Después de que un caso fue seleccionado cuidadosamente para cirugía, deberá centrarse la atención en el diseño del colgajo. Deberán evaluar las siguientes situaciones:

- a. Cantidad de dientes involucrados
- b. Longitud y forma de las raíces involucradas
- c. Presencia o ausencia de patología periapical
- d. Extensión de la/s lesión/es periapical/es
- e. Profundidad del surco
- f. Ubicación y tamaño del frenillo y de las fijaciones musculares
- g. Estructuras anatómicas próximas
- h. Espesor del hueso en el sitio de la cirugía
- i. Altura y profundidad del vestibulo
- j. Acceso necesario
- k. Tipo de restauraciones en el área quirúrgica

Cuando se haya evaluado estas condiciones, el cirujano bucal deberá diseñar el colgajo que cumpla con estos objetivos; con pequeños modificaciones, los diseños de colgajos que a continuación se mencionan son los más empleados.

- I. Semilunar
- II. Luebke-Ochsenbein
- III. Triangular
- IV. Trapezoidal
- V. Gingival

Si el colgajo quirúrgico es levantado a partir del margen gingival, existe la posibilidad de que sobrevengan cambios postoperatorios en la forma del borde de la encía. Tales cambios pueden comprometer la estética de restauración mediante coronas enteras cuando hay dientes con restauraciones de ese tipo en la zona quirúrgica endodóntica. Esto es de importancia especial en cuadrantes anteriores donde ya puede haber una prótesis, y así mismo recalca la importancia de emprender el tratamiento endodóntico quirúrgico varios meses antes que termine el protésico. En la eventualidad que surgo una emergencia endodóntica que requiera cirugía una vez terminado la rehabilitación protésico, se tratará de evitar en lo posible los colgajos verticales extensos, cabe sustituirlos por colgajos de diferentes diseño tales como el colgajo semilunar o en media luna, o el colgajo de media luna modificado o el colgajo cuyo resultado es igualmente adecuado.

Si no es factible esa sustitución, se informará al paciente de las posibles secuelas postquirúrgicas y advertirlo de cualquier alteración estética que pueda darse.

Cuando los dientes son reemplazados mediante una prótesis removible con encía vestibular, se procederá con precaución en la región del frenillo. Si bien son infrecuentes las secuelas posquirúrgicas, puede producirse ocasionalmente una fibrosis y presencia de cicatrices en esa zona, con un sitio doloroso donde va el flanco protésico. Cuando el diseño de una prótesis se encuentra involucrado. La incisión se hará en forma tal que la totalidad del frenillo quede involucrado en la porción del colgajo que es rebatido. Una vez terminada la cirugía todo el frenillo y su inserción fibrosa son recolocados y suturados en su porción habitual.

2.- EXTENSION DE LA DESTRUCCION OSEA Y LA CANTIDAD DE TEJIDO DE SOPORTE

Aquellos dientes en los cuales ha sido destruida la mayor parte de tejidos de soporte por causas patológicas o menudo no se recuperaron suficientemente como para soportar una prótesis después de la intervención quirúrgica endodóntica. Esto es sobre todo cierto en dientes en cuyo hueso de la cara lingual o vestibular haya sido desgastado o eliminado en su totalidad.

Cuando se presentan tales emergencias es preciso reevaluar postquirúrgicamente el diente previa su inclusión en el diseño protésico, otras veces la reparación de un diente sometido a la cirugía es interferida por la carga (funcional o parafuncional) previo el restablecimiento de soporte óseo adecuado. Se contemplara un periodo de reposo mantenido con un aparato protésico temporal si el diente por ser utilizado como pilar ha sufrido una considerable pérdida de hueso de soporte. Una vez que se haya producido la regeneración del hueso de soporte, se reevaluó el diente. Si existiera alguna duda respecto a su integridad, se lo mantendrá en la misma u otra prótesis provisional. Una vez satisfactoriamente curado el diente, se lo incorporará en la prótesis definitiva.

La probabilidad de desvitalización de los dientes normales vecinos cuando se emprende la remoción quirúrgica de una lesión apical extensa requiere así mismo un periodo de observación postoperatorio extenso. Las pruebas de vitalidad pulpar con electricidad que se toman de los dientes vecinos inmediatamente después de la cirugía son a menudo poco seguros o inexactos dando una respuesta negativa cuando la pulpa ha permanecido vital o una positiva cuando es inminente la necrosis pulpar. La manera más segura

para el establecimiento de la vitalidad clínica es el combinar una serie de pruebas pulpares a lo largo de un periodo extenso con reexaminación radiográfica.

Si las pruebas de los dientes vecinos dan respuesta vitales al probador pulpar en las visitas postoperatorias sucesivas y la radiografías postoperatorias revelan que ha producido la regeneración ósea alrededor de los ápices de los dientes adyacentes, existe una fuerte probabilidad de que los dientes no tratados se recuperen favorablemente a la cirugía.

3.- ENDODONCIA INTRAQUIRURGICA

Ya en 1880 se describió una técnica que proponía la exposición del ápice radicular y la eliminación de todos los tejidos patológicos presentes antes de iniciar el tratamiento de conducto radicular. Esta técnica aún es popular entre los cirujanos bucales pero con el correr de los años perdió el favor de los endodoncistas, este procedimiento requiere tres fases de tratamiento.

a. Fase de exposición: Incluye la preparación para la operación del doctor, el paciente y el diente, el diseño del colgajo, la incisión, el levantamiento del colgajo, separación y osteotomía y el curetaje. El propósito de esta fase es exponer el ápice radicular eliminar todo tejido patológico para su biopsia y cuando sea posible eliminar toda obstrucción en el conducto.

b. Fase endodóntica: Incluye la limpieza, modelado y si es posible, el relleno del conducto con gutapercha y un sellador hasta el ápice. Cuando el foramen apical u otras aperturas de la raíz no pueden ser sellados convencionalmente debe ponerse un sellado apical mientras el ápice esta expuesto.

c. Fase de cierre: Incluye la limpieza del campo quirúrgico de todo exceso de material para el relleno de los conductos, cera para hueso, gasas, sangre, la reposición y sutura del colgajo. Se dan instrucciones postoperatorias al paciente y las recetas necesarias para el dolor y la infección.

Puesto que no se tóca la corona dentaria al usarse esta técnica es especialmente práctica para el tratamiento o la repetición del tratamiento de aquellos dientes en los que se halla obstruido el acceso coronario del conducto radicular debido a la presencia de una obturación radicular irremovible o una restauración a perno. Así mismo cabe aplicar la técnica en dientes con coronas enteras de porcelana o coronas con frentes de porcelana que se fracturaria o debilitarian si se le practicara una abertura para lograr el acceso a la cámara pulpar. Tales situaciones surgen cuando dientes pequeños tales como incisivos inferiores o incisivos laterales superiores son preparados para coronas enteras o cuando un diente preparado se ve comprometido estructuralmente a causa de obturaciones extensas ya existentes. Así mismo aumenta el riesgo de la fractura coronaria con la cantidad de fuerzas a que es sometido un diente.

Consecuentemente los dientes que son anclajes terminales únicos corren un mayor riesgo de fracturarse en esa forma que aquellos que se desempeñan como anclajes terminales internos o dobles. Por lo tanto el procedimiento de obturación por vía apical se indicara con mayor frecuencia en dientes que servirán como anclajes terminales que en otros. Esta técnica, sin embargo, no carece de riesgos, y estos han de valorarse atentamente contra las ventajas que se ganan antes de adoptar ese procedimiento.

CAPTULO QUINTO

PROCEDIMIENTOS ENDODONTICOS QUIRURGICOS COMPLEJOS EN LA REHABILITACION PROTESICA

- 1. APICECTOMIA**
- 2. AMPUTACION RADICULAR**
- 3. HEMISECCION Y EXTRACCION**

CAPITULO QUINTO

PROCEDIMIENTOS ENDODONTICOS QUIRURGICOS COMPLEJOS EN LA REHABILITACION PROTESICA

Los procedimientos quirúrgicos complejos involucran aquellas intervenciones cuyo resultado es una alteración sustancial de la corona y de la raíz de un diente. Comprende la apicectomía, amputación radicular o la radiectomía, hemisección y extracción.

Estos procedimientos suelen acompañar programas de terapia paradontal extensa en los cuales se refleja principalmente una fase de tratamiento paradontal ante un método de tratamiento endodóntico, o puede representar una variedad de tratamiento endodóntico como medio para solucionar una obstrucción del conducto radicular mediante la remoción de una o más raíces obstruidas.

Cuando se encuentran integrados en un programa de extensa terapia paradontal y no existen síntomas clínicos dolorosos, el parodontista suele determinar la secuencia de las intervenciones o por el odontólogo que realiza la parodontia. Generalmente se programa después de la fase higiénica del tratamiento paradontal y previo a las citas reservadas para la cirugía ósea y gingival de ese cuadrante particularmente en el cual se hallan.

Puesto que la remoción quirúrgica de una raíz y la reducción y la alteración de la corona son pasos que pueden ser realizados tanto por el endodoncista como por el parodontista, la decisión respecto de cuándo y dónde se han de realizar es tomada después de la consulta de los dos partes en cuestión. Cuando el tratamiento es llevado a cabo por el especialista esto

generalmente significa después de la consulta entre el endodoncista, el parodontista y el protésista.

Cuando no hay enfermedad parodontal preexistente y no se observan complicaciones después del tratamiento endodóntico o parodóntico, la reconstrucción prostodóntica definitiva puede comenzar una vez cicatrizados los tejidos gingivales. Si llegase a presentar alguna complicación del tratamiento, si es factible se procederá a un período de seis meses de observación; si bien es comprensible que es posible la pérdida de cualquier diente debido a circunstancias imprevistas, es más fácil evaluar el pronóstico para la conservación dentaria a largo plazo si éstos reciben un tratamiento combinado protésico-parodontal-endodóntico una vez restaurados provisionalmente y después de habérselos dejado funcionar por un período de seis meses.

1.- APICECTOMIA

La apicectomía es una intervención que consiste en amputar el ápice radicular y curetear los tejidos periapicales adyacentes. Puede realizarse en una o en dos etapas.

En el segundo caso, se hace la preparación biomecánica del conducto radicular en la sesión inicial y se sella de la manera usual con un postlo poliantibiótica (primera etapa). En la sesión siguiente, se obtura el conducto y se hace la apicectomía (segunda etapa), la intervención en dos etapas está más indicada cuando debe realizarse apicectomías en dos o más dientes, cuando el dentista no practica la endodoncia o cirugía.

Para realizar la operación en una etapa o "apicectomía inmediata" se hará primero la preparación biomecánica, la esterilización con medicación

electrolítica y la obturación del conducto e inmediatamente después la amputación radicular. Los dientes más indicados para la apicectomía son los unirradiculares superiores e inferiores. Los premolares superiores pueden intervenir siempre que sus raíces no estén próximas al seno, los inferiores cuando el ápice no se encuentre cerca del agujero mentoniano o del conducto dentario inferior. Al planear una apicectomía en los premolares o molares superiores, debe estudiarse detenidamente la radiografía para determinar la proximidad de los ápices con relación al seno maxilar. Aún cuando no es frecuente, éste puede extenderse hasta el canino y aún hasta el incisivo lateral. En los premolares inferiores se debe considerar la proximidad del agujero mentoniano y del conducto dentario inferior. En muchos casos en el primer premolar inferior es preferible obtener el acceso quirúrgico desde mesial, mientras que el segundo premolar inferior, el acceso debe hacerse desde distal, afin de evitar el agujero mentoniano y el paquete vascular. Al operar en premolares inferiores se corre poco o ningún riesgo, si el nervio mentoniano está a la vista del operador y puede ser evitado durante la intervención. Sin embargo, el nervio algunas veces no está expuesto y queda directamente en la zona operatoria, pudiendo resultar traumatizado.

Actualmente se emplean varias técnicas para realizar una apicectomía, que difieren sólo en detalles. Unos prefieren obturar el conducto inmediatamente antes de la operación, mientras que otros lo obturan durante la intervención misma, una vez expuesto y removido el ápice: hay quienes prefieren un tipo del colgajo y quienes prefieren otro, unos eliminan la tabla ósea con cincel, otros emplean la fresa, algunos aplican nitrato de plata en el ápice, otros no lo aplican; unos aplican sulfonamida o un antibiótico en la

herida y otros no; algunos son partidarios de la sutura y otros no la consideran necesaria, etc. Cualquiera que sea la técnica empleada, si se la realiza con conocimiento y habilidad dará buenos resultados.

2.- AMPUTACION RADICULAR

Las técnicas de amputación radicular fue comunicada en la literatura hace ya más de cien años. El éxito de estos casos depende de la meticulosa atención a los detalles endodónticos, parodontales y restaurativos. La ejecución deficientes de una fase puede llevar al fracaso final.

La amputación radicular se refiere a la remoción quirúrgica de una o más raíces de un diente multirradicular sin que haya una alteración sustancial del tamaño y la forma coronaria. Se lleva a cabo cuando tales raíces son endodónticamente inoperables o cuando se hallan afectadas por una afección parodontal que no responderá a una forma de cirugía menor. Se recurre a este procedimiento en casos en que la corona del diente que requiera tratamiento se encuentre restaurada permanentemente y cuando cualquier alteración de la misma tendría por resultado una reforma importante de la prótesis en uso.

Todo vez que sea factible se realizará el tratamiento endodóntico del diente y se lo terminara previa la amputación radicular. Esto reduce la probabilidades de contaminación del conducto radicular a través de la porción del conducto una vez cortado la raíz. Mientras se preparan y vacian el o los conductos para su obturación, asimismo se limpiará el tercio cervical del conducto de la raíz o raíces por amputar y se los ensanchará para posibilitar un adecuado sellado interno al obturar la cámara pulpar del diente. Esto evita

la necesidad de obturar exteriormente esta porción del conducto radicular al efectuarse la cirugía. Una vez obturado el conducto se eliminará el material de obturación de las raíces que se conservarán hasta el nivel de la cámara pulpar, y ésta se obturará con un material duro, insoluble y que posea cualidades selladoras adecuadas como la amalgama y el cemento de policarboxilato de zinc o preparaciones de óxido de zinc eugenol, dependiendo la selección del material del tipo de restauración coronaria que se proponga.

La estabilidad postquirúrgico del diente tiene que ver de la disposición y longitud de las raíces remanentes, la integridad de sus tejidos de soporte, y del desempeño del diente en la prótesis ya existente o planeada.

Aunque se tomen precauciones durante la amputación, o menudo se forma una cornisa por sobre el margen gingival en el sitio en que se cortan la o las raíces. Si los restos y la placa se acumulan en esta zona a causa de higiene inadecuada, es probable que se presente una alteración de tipo paradontal, por lo cual podría comprometer seriamente la estabilidad del diente, tomándose en cuenta que ya de alguna manera podría estar comprometido si la pieza dentaria está incapacitada para disipar las fuerzas oclusales a lo largo del eje principal mayor de las raíces remanentes durante la función.

Como podemos darnos cuenta la definición y la técnica es muy general y es debido a que nuestro objetivo no es su explicación detallada sino la englobación o conjugación de esto en la práctica restaurativa. Para poder dar cuenta una vez más que ninguna especialidad odontológica está aislada de los demás, y que en gran parte de los casos uno complementa el trabajo de la otra.

3.- HEMISECCION Y EXTRACCION

La frase hemisección y extracción significa literalmente la división quirúrgica de la corona y la porción radicular del diente en dos segmentos iguales y la extracción de uno de ellos. Si bien muchos de los dientes tratados mediante hemisección y extracción representa exactamente eso, la expresión se extendió así mismo para hablar de dientes tratados mediante amputación radicular cuando la corona es fundamentalmente alterada, aunque no necesariamente dividida, para adaptarlos a una relación funcional y gingival diferente. Estas alteraciones de la corona evita la formación de la cornisa o escalón y la carga axial irregular de la raíz.

La alteración de la corona dentaria se emprende generalmente simultáneamente con la radiectomía y se asemeja a la preparación de una corona entera así mismo de lugar a la restauración provisional de diente tratado durante el periodo postoperatorio. En los dientes inferiores la técnica consiste en tratar el diente endodónticamente (el sector que se conservará) y luego separar quirúrgicamente el diente en la porción media de la corona y zona de furcación, para extraer finalmente el segmento dentario no tratado. La cámara pulpar será obturado en su totalidad con un material de restauración duro y durable que evite la filtración marginal.

El ubicar o inclinar incorrectamente la línea de separación puede dar por resultado el corte accidental de la raíz que se desea conservar o la formación de retenciones o escalones en el segmento remanente. Un corte accidental de la raíz asimismo compromete la integridad estructural del segmento remanente, haciéndolo menos adecuado para pilar de una prótesis fijo o removible. Para terminar el diente es preparado como para una

restauración de corona entera que se adecuará al nuevo contorno parodontal y el nuevo patrón de la cara oclusal.

Cuando se secciona un molar inferior, se reduce la corona inicialmente 2 a 4 mm para sacar al diente oclusión. La reducción de la mitad coronaria condenada se continuará hasta que quede 2 mm por encima de la cresta gingival. Esto eliminará toda la estructura coronaria debilitada por encima del cuello y permite la toma correcta de la estructura radicular por los bocados del fórceps durante la extracción. Cuando los surcos vestibulares y lingual están presentes, se usa como guía para la división de la corona. Se toma radiografía para orientar la etapa vertical de la división radicular hasta la furcación. Toda la división de la corona y de la raíz puede efectuarse con una fresa no. 700 a la velocidad con abundante rocío de agua y un aspirador de alto volumen.

Una vez orientados hacia la furcación se hace un único corte vertical vestibulo lingual, de 2 a 4 mm de profundidad y no más grueso que la fresa. Se toma otra radiografía de orientación. Se hace todo ajuste direccional necesario y se continúa el corte vertical hasta que la separación sea completa. Esta separación puede advertirse por:

- a. La sensación táctil. Debe haber menor resistencia a la fresa una vez que se alcanza el hueso.
- b. Radiografías. Debe observarse el corte completo
- c. Movilidad. La mitad destinada a la extracción podrá ser levantada sin ningún movimiento del otro segmento.

Cuando la separación esté confirmada, la elevación podrá continuar hasta obtener al menos una movilidad de clase III. El hueso circundante debe

proveer el apoyo para el elevador o la pinza para raíces. No debe aplicarse ningún instrumento entre los dos segmentos, ni para la elevación ni para confirmar o provocar la separación. Cuando la mitad condenada haya sido liberada del alvéolo, los bocados de la pinza para extracción se ubican sobre la raíz y se aplican fuerzas mínimas hasta retirarlo del alvéolo. Si durante la extracción la raíz ofrece resistencia o se rompe, deberá hacerse un colgajo triangular; el hueso por vestibular se elimina de frente a la raíz condenada y luego entonces se podrá extraer la raíz. Todos los borde filosos del segmento radicular conservado se reduce y cuando sea necesario, puede ponerse una corona provisional para protección. Se toma una radiografía final para examinar el alvéolo en busca de fragmentos radiculares antes de despedir al paciente.

La resección de raíces en el maxilar superior requiere un colgajo mucoperiostico para proveer acceso suficiente, aumentar la visibilidad y evitar daños a las raíces remanentes y a la furcación. La eliminación de raíces vestibulares de los molares superiores es relativamente fácil a menos que el paciente tenga una boca pequeña; después de terminado el tratamiento de conductos, se rellena la corona con amalgama y se reduce la altura oclusal.

Se incide la mucosa y se levanta el colgajo; se elimina hueso cortical de la superficie vestibular de la raíz. Cuando la raíz causal fue ubicada e identificada, se corta con fresa troncocónica de fisura desde la unión del cemento con el esmalte, pasando en dirección central y apical desde la superficie lateral de la raíz hasta la furcación. La visibilidad deberá ser buena para mantener la orientación; pero si se duda de la dirección seguida, se tomará una radiografía.

Cuando nos aproximamos a la furcación, se extremará la atención para evitar lesionar las raíces adyacentes. Después de confirmar la separación de la raíz desconectada se elevará de su alvéolo. Puede requerirse mayor reducción de hueso, raíz o de la superficie vestibular de la corona para suministrar espacio para la extracción de la raíz. Se limpia el área, se toma una radiografía y se sutura el colgajo.

Al diseñar la prótesis es así mismo aconsejable reducir la dimensión vestibulolingual oclusal con el fin de disminuir la magnitud general de las fuerzas oclusales. Según el número y la ubicación de las raíces que se deseen quitar y el grado de su separación la reducción coronaria necesaria para realizarlo puede ser poco extensa.

CAPITULO SEXTO

CONTRAINDICACIONES EN LA ENDODONCIA QUIRURGICA

CAPITULO SEXTO

CONTRAINDICACIONES DE LA ENDODONCIA QUIRURGICA

La restaurabilidad y el pronóstico paradontal de una pieza dentaria son importantes para decidir un tratamiento; no obstante, el estado general del paciente es fundamental. Debido a que el acceso quirúrgico requiere obviamente la incisión de tejidos blandos y la eliminación de hueso, el paciente debe ser capaz física y mentalmente de soportar el procedimiento y lo suficientemente sano fisiológicamente como para permitir la apuración sin problemas.

Por eso, una historia médica integral deberá ser registrada, revisada y discutida con el paciente para determinar si existe algún riesgo potencial para su salud.

Cuando surge alguna duda al realizar la evaluación de la historia esta indicada la consulta con el médico del paciente o de su familia. Dado que el bienestar del paciente se convierte en responsabilidad del profesional una vez que el tratamiento comienza todas las preguntas deberán ser respondidas antes del acto quirúrgico. La omisión de contraindicaciones médicas existentes podría constituirse en malpraxis. Debe prestarse atención a la ingesta de medicamentos cotidiana del paciente. Para evitar sinergismo o antagonismo farmacológico, toda medicación deberá ser evaluada y se adoptará las precauciones que correspondan, no debe modificar o interrumpir la medicación habitual del paciente sin consultar con el médico que lo receto.

CONCLUSIONES

La Odontología ha tenido grandes avances en todas sus especialidades, a superado obstáculos que jamás se hubieran podido pensar.

Todas estas especialidades como la Parodontia, Endodoncia, Cirugía, Prótesis, Ortodoncia, etc. Se han asociado para lograr más y mejores beneficios para la buena salud oral del paciente. Esto es particularmente cierto en el campo de la Endodoncia que no puede ser disociada de la Odontología restaurativa. Ya que no solo les devuelve la salud a los órganos dentarios, sino que la prótesis se encarga de brindarles función y en gran parte de las ocasiones la estética.

Este tratamiento restaurativo se desempeña mejor conociendo todas las consideraciones endodónticas para determinar el tratamiento protésico más adecuado. Ya que un diente con tratamiento endodóntico no debe valorarse ligeramente y menos aún si es pilar sino por el contrario se debe tomar más precauciones de las tomadas convencionalmente en un órgano dentario sin tratamiento endodóntico, ya que pueden presentar complicaciones no consideradas y muy serias tanto para el paciente como para el odontólogo, si el tratamiento endodóntico no fue plenamente satisfactorio, si se tuviera alguna duda no pasarlo por alto, sino considerarla plenamente ya que en varias ocasiones son el principio del fracaso del tratamiento restaurativo aun cuando este se haya hecho con la mejor técnica y habilidad.

Por lo anterior, un buen tratamiento endodóntico nos va a dar la pauta para un exitoso tratamiento protésico.

BIBLIOGRAFIA

- Rosenstiel Stephen F. Prótesis fija procedimientos Clínicos y de laboratorio. Salvat. Barcelona España 1991
- Shillingburg Herbert T. Fundamentos de protodoncia fija. La Prensa Médica Mexicana. México D. F. 1990
- Tylman Stanley D. Teoría y Práctica de la protodoncia fija. Interamericana. Buenos Aires Argentina 1981
- Zarb. A. George Tratamiento protodóntico para el parcialmente desdentado. Mundi. Buenos Aires Argentina 1985
- Crossman Práctica Endodóntica Mundi. Buenos Aires 1981.
- Cohen Burns Los caminos de la pulpa. Panamericana. Buenos Aires Argentina 1991.
- Dowson John Endodoncia Clínica. Interamericana. México D. F. 1970
- Ingle John Ide Endodoncia. Interamericana. México D. F. 1985