

355
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

T E R A P E U T I C A P U L P A R
EN DIENTES JOVENES PERMANENTES.

T E S I N A P R O F E S I O N A L

G E N O V E V A R O J A S R A M I R E Z

FALLA DE ORIGEN

"SEMINARIO DE TITULACION"

1989.

DRA. ANGELES MONDRAGON

DRA. MARIA ELENA NIETO



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.

I N D I C E

INTRODUCCION

Capítulo I

- 1.1 Recubrimiento pulpar
- 1.1.1 Recubrimiento Directo
- 1.1.2 Recubrimiento Indirecto

Capítulo II

APEXIFICACION ó APICIFORMACION

- 2.1 Definición
- 2.1.2 Técnica

Capítulo III

PULPOTOMIAS

- 3.1 Definición
- 3.1.2 Técnica

Capítulo IV

PULPECTOMIAS

- 4.1 Definición
- 4.1.2 Técnica

Conclusiones

Bibliografía

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

En la actualidad el uso de la terapéutica pulpar, en los dientes primarios y en los dientes permanentes juvenes.

El objetivo de la terapéutica pulpar es cuidar de la salud del niño y conservar las piezas temporales para que puedan permanecer en la boca en condiciones saludables y cumplir su cometido de mantener el espacio para la dentadura permanente, aunado a esto, se controla la ausencia de afección, la fonación y la prevención de hábitos aberrantes.

Las dificultades de la terapéutica pulpar se deben a la anatomía de las piezas temporales, como se ve en las raíces de los molares que son largas y delgadas y los canales estrechos, aplanados. Los canales auxiliares y la constante resorción de las raíces aumentan más el problema.

Para la elección del tratamiento eficaz de cualquier enfermedad hay que hacer un diagnóstico acertado de la afección existente, debiéndose tomar en cuenta que los tratamientos tienen sus limitaciones, pues hasta la fecha no se han establecido tratamientos que sean eficaces al 100%.

Para poder elegir el tratamiento adecuado tendran que tomarse en cuenta diferentes factores, además de la afección que sufre la pulpa dental, por ejemplo: tiempo que permaneciera la pieza en la boca, salud general del paciente (pacientes con hemofilia, leucemia y cualquier tipo de discrasia sanguínea, así como los susceptibles a bacteremias, endocarditis bacteriana, serán considerados como malos candidatos para terapéuticas pulpares ya que representan un riesgo), estado de la dentadura, tipo de restauración que habrá de emplearse para devolver a la pieza su estado normal, uso a que se-

rá sometida la pieza, tiempo que requiera el tratamiento, cooperación del paciente y costo del tratamiento.

Para el tratamiento de la pulpa dental se conocen diversos tipos - de procedimientos y técnicas, especialmente en el caso de niños, - Es importante efectuar técnicas indoloras, lo cual se logra a través de los anestésicos locales. Las inyecciones bucales longitudinales e inferiores alveolares lograrán los resultados deseados en el arco mandibular. La bucal longitudinal evitará cualquier molestia en la aplicación de grapas del dique de goma o de hule. Las piezas maxilares se anestesian bien y de mejor manera con inyecciones bajo el periostio en bucal y labial. Con demasiada frecuencia se omiten las inyecciones longitudinales y diminutas fibras nerviosas permanecen sencibles, especialmente las que entran en la raíz lingual de los molares maxilares.

El dique de hule es otro gran auxiliar en la terapéutica pulpar de piezas primarias, proporciona un campo estéril aislando la pieza - afectada y también controla actos inadvertidos de la lengua y labios. Es elemental mantener la mayor higiene y condiciones estériles al operar dentro de la cámara pulpar.

R E C U B R I M I E N N T O P U L P A R

1.1.1 DEFINICION:

Se llama recubrimiento pulpar a la protección de una pulpa sana, + ligeramente expuesta por medio de una sustancia anticeptica, que permite su recuperación mantenimiento normal y su función vital.

1.1.2 INDICACIONES:

Indica en los dientes primarios y permanentes juvenes, son aquellas piezas cuyas pulpas dentales han sido expuestas mecanicamente con un instrumento cortante, al principio de la cavidad.

1.1.3 MATERIALES:

El uso del material de elección en el recubrimiento pulpar.

- 1) Hidróxido de calcio
- 2) Oxido de cinc y eugenol.

RECUBRIMIENTO DIRECTO

1.1.1.1

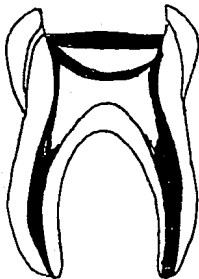
Es la protección directa, que consiste en colocar una capa de material protector sobre una pulpa que ha sufrido una pequeña exposición debido a razones mecánicas o por caries.

El material adecuado para el recubrimiento pulpar directo es el Hidróxido de Calcio, es un medicamento que favorece la curación estimulando el desarrollo de dentina secundaria, sin embargo puede sobre estimular la actividad odontoclástica llegando a producir reabsorción interna de la dentina.

1.1.1.2 TECNICA

Pasos a seguir:

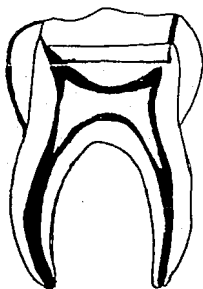
- 1.- Aislamiento con dique de goma.
- 2.- Lavar la cavidad con suero fisiológico tibio, cloramina T o agua, para eliminar restos de sangre.
- 3.- En caso de hemorragia, ésta se detendra con una ligera presión con torundas de algodón esterilizadas.
- 4.- Se aplica el hidróxido de Calcio en pequeñas cantidades sobre la lesión pulpar evitando la presión fuerte que haría que este se introdujera en la cámara pulpar.



5.- Se coloca una base de Oxido de Zinc-Eugenol o Cemento de Fosfato de Zinc. Tomando en cuenta que el Hidróxido de Calcio no se fija en consistencia dura, se hace fluir entonces sobre el material recubridor una capa de cemento de Fosfato de Zinc; -- aunque éste puede ser extremadamente irritante para la pulpa.

Otros materiales que se utilizan para el recubrimiento pulpar directo son:

- A) Los que contienen formol, por ejemplo: Formocresol; se coloca sobre pulpas temporales cariadas y mecánicamente expuestas durante dos minutos, seguido por una mezcla de Oxido de Zinc-Eugenol.
- B) Los cementos con corticoesteroides y antibióticos. Se utilizan también para el mismo fin, debido a que se cree que suprimen la respuesta inflamatoria y restablecen las condiciones para la reparación pulpar.



6.- Se coloca una obturación, ya que los resultados se obtienen -- después de doce meses en dientes temporales.

1.1.2.3 INDICACIONES:

1.- En exposiciones mecánicas de menos de 1 mm^2 , rodeado de dentina sana en dientes temporales vivos asintomáticos.

2.- En exposiciones mecánicas o por caries de menos de 1 mm^2 , en dientes permanentes jóvenes con vitalidad y asintomáticos.

3.- En pulpa vital en estado patológico reversible.

Debido a que tiene menos éxito el recubrimiento pulpar directo en dientes temporales por la rápida difusión inflamatoria de la pulpa coronaria, deberá utilizarse esta técnica sólo para exposiciones mecánicas limpias y no para las causadas por caries.

Los datos clínicos indican que el éxito del recubrimiento pulpar directo es mucho menor que el tratamiento pulpar indirecto o la pulpotomía con formocresol en dientes tempoles.

1.1.2.4 CONTRAINDICACIONES:

1.- Dolor espontáneo

2.- Edema

- 3.- Fístula.
- 4.- Sensibilidad dolorosa a la percusión.
- 5.- Movilidad patológica.
- 6.- Reabsorción radicular externa o interna.
- 7.- Reabsorción radicular extensa en dientes temporales.
- 8.- Radiotransparencia periapical o interradicular.
- 9.- Compromiso de bifurcación o trifurcaciones.
- 10.- Calcificaciones pulpares.
- 11.- Exposiciones mecánicas por haber llevado inadvertidamente un —
instrumento hasta la pulpa.
- 12.- Pus o exudado en el sitio de exposición.

El éxito de este tratamiento depende de efectuar una evaluación preo-
peratoria correcta, de prevenir que las bacterias lleguen a la pulpa-
y evitar hacer presión sobre la pulpa expuesta.

RECUBRIMIENTO INDIRECTO

1.1.2.1 DEFINICION:

Esta técnica consiste en eliminar el tejido cariado sin provocar la exposición pulpar y proteger la pulpa, para que pueda reconstituirse.

Este tratamiento se aplica tanto en dientes temporales como en los dientes permanentes jóvenes con vitalidad que presentan grandes lesiones de caries próximas a la pulpa.

Su objetivo es el de buscar la remineralización dentinal y/o la producción de dentina reparativa para conservar la vitalidad pulpar y, en consecuencia, la integridad del diente.

1.1.2.2 TECNICA:

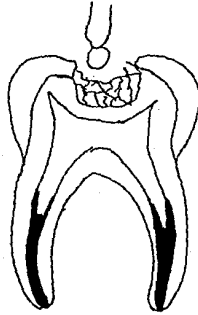
Se realiza en una o dos sesiones dependiendo de la experiencia del odontólogo en este tratamiento.

Pasos a seguir:

- 1.- Se anestesia la región del diente a tratar.
- 2.- Se aísla la pieza con dique de goma.

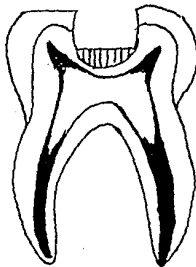
3.-

- 3.- Se elimina toda la caries periférica con una fresa redonda o cucharilla afilada, no debe quedar material blando o manchas aunque éstas sean firmes.

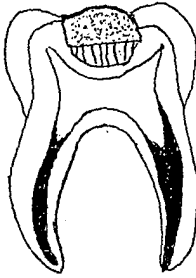


- 4.- Se lava la cavidad con agua y se seca.

- 5.- Se coloca una base protectora como el Oxido de Zinc-Eugenol o el Hidróxido de Calcio-Metil Celulosa (Q.P.) la cual estimula la formación de la dentina secundaria.



6.- Se obtura ya sea temporallo permanente, dependiendo de las se-
siones en que se realice.



7.- Se termina la restauración.

1.1.2.2 INDICACIONES:

- 1.- En lesiones profundas asintomáticas que radiográficamente se encuentran próximas a la pulpa.
- 2.- En dientes normales en cuanto a la percusión y movilidad.
- 3.- Cuando el diente no presente cambios radiográficos patológicos a nivel periapical.

- 4.- El dolor que relata el paciente debe ser provocado (nunca espontáneo), localizado, agudo y de corta duración y debe desaparecer al suprimir el estímulo (dolor dentinal).
- 5.- En dientes temporales o permanentes jóvenes con vitalidad.
- 6.- En signos de bocas descuidadas incluyendo caries de avance rápido, pues detiene el proceso de deterioro en cada diente por tratar, o por lo menos retarda dicho proceso dando oportunidad de que se repare la pulpa.

1.1.2.3 CONTRAINDICACIONES:

- 1.- El dolor espontáneo - dolor nocturno.
- 2.- Edema
- 2.- Edema
- 3.- Fístula
- 4.- Sensibilidad dolorosa a la percusión.
- 5.- Movilidad patológica.
- 6.- Reabsorción radicular externa o interna.

- 7.- En 2/3 ó más de reabsorción radicular (en dientes temporales).
- 8.- Radiotrasparencia periapical o interradicular.
- 9.- Calificaciones pulpares.
- 10.- Compromiso de difurcación (en dientes temporales).

El éxito de este tratamiento se evalua por la ausencia de signos y síntomas, por la evidencia radiográfica de formación de dentina secundaria (zona radiopaca), por la detención de la lesión.

A P E X I F I C A C I O N O A P I C O F O R M A C I O N

2.1.1.1 DEFINICION

La terapéutica está encaminada a lograr la apicoformación por medio de un estímulo o introducción que actúe sobre la pulpa (en procesos reversibles) o sobre los tejidos apicales y periapicales (en procesos irreversibles).

Traumatología en dientes permanentes con ápice inmaduro.

En lesiones de la clase II o clase III, o sea, cuando la fractura de la corona involucra la pulpa o la dentina prepulpar y siempre que la fractura sea reciente y la pulpa esté viva y no infectada, el tratamiento de elección es la biopulpectomía parcial, cuya técnica ha sido descrita en el correspondiente capítulo.

Con esta técnica, en el mayor número de los casos tratados se obtendrá un puente de dentina reparativa, y la pulpa residual, con su función dentificadora, logrará en poco tiempo la total apicoformación.

2.1.1.2 TECNICA DE LA APICIFORMACION-SEGUN FRANK.

Sesión inicial:

1.- Aislamiento con dique de goma y grapa.

- 2.- Apertura y acceso pulpar, proporcionados al diámetro del conducto, permitiendo la ulterior preparación del conducto.
- 3.- Conductometría.
- 4.- Preparación biomecánica hasta el ápice roentgenográfico. Limar las paredes con presión lateral, pues, dado el lumen del conducto, los instrumentos mas anchos pueden parecer insuficientes. - Irrigar abundantemente con hipoclorito de sodio.
- 5.- Secar el conducto con conos de papel, de calibre apropiado.
- 6.- Preparar una pasta espesa, mezclando hidróxido cálcico con paraclorofenol alcanforado, dándole una gran consistencia, casi seca.
- 7.- Llevar la pasta al conducto, mediante un atacador largo, evitando que pase un gran exceso más allá del ápice.
- 8.- Colocar una torunda seca y sellar a doble sello con Cavit o Eugenato de cinc, primero, y fosfato de cinc después. Es imperativo que la cura sellada quede intacta hasta la siguiente cita.

Sesiones siguientes (cuatro a seis meses después de la sesión inicial) :

- 1.- Tomar un roentgenograma para evaluar la apicoformación. Si el ápice no se ha cerrado lo suficiente, repetir la sesión -- inicial.
- 2.- Nueva conductometria para observar la ocasional diferencia de la nueva longitud del diente.
- 3.- Control del paciente con intervalos de cuatro a seis meses -- hasta comprobar la apicoformación. Este cierre apical se verificará y ratificará por medio de la instrumentación, al encontrar un impedimento apical.

No existe un tiempo específico para evidenciar el cierre apical, que puede ser desde seis meses a dos años.

No es necesario lograr un cierre completo apical para obturar definitivamente el diente; basta con conseguir un mejor diseño apical que permita una correcta obturación con conos de gu tapercha, la cual se hará con la técnica de Condensación lateral.

2.1.3.3 COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.

- 1.- Si se presentan síntomas de reagudización, eliminar la cura-

y dejar el diente abierto, y repetir la sesión inicial una semana después.

2.- Si existía una fístula y todavía persiste al cabo de dos semanas o reaparece antes de la siguiente cita, repetir la sesión inicial.

P U L P O T O M I A

3.1.1. DEFINICION:

La pulpotomía es la eliminación total de la pulpa coronaria parcialmente inflamada y seguida de la colocación de un medicamento adecuado sobre los muñones pulpares amputados, que ayuda a la pieza a curar y preservar su vitalidad.

3.1.1.2 PULPOTOMIA CON FORMOCRESOL

Esta técnica se realiza generalmente en una sola sesión, en caso de que exista dificultad para contener la hemorragia se debe prolongar a dos sesiones.

Pasos a seguir:

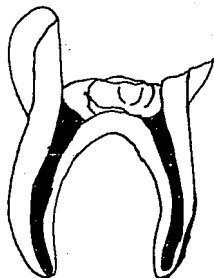
- 1.- Se anestesia la región del diente a tratar.
- 2.- Se aísla la pieza con dique de goma.
- 3.- Se limpia los desechos superficiales de la pieza y el área circundante pasando una torunda de algodón impregnada con solución de clo₂uro, zephiran o algún germicida similar.
- 4.- Se elimina toda la caries periférica antes de abrir la cavida -

pulpar.

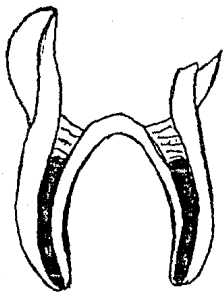
- 5.- Se retira el techo de la cámara pulpar con una fresa de fisura pequeña de alta velocidad con refrigerante de agua.
- 6.- Se extrae la pulpa coronaria con un excavador afilado o una fresa redonda grande del número seis de baja velocidad, no debiéndose intentar detener la hemorragia en este momento. Se requiere amputaciones limpias hasta los orificios de los conductos radiculares.

La hemorragia posamputación se controla humedeciendo torundas de algodón en una solución no irritante, como solución fisiológica o agua, colocandolas sobre los muñones durante tres o cinco minutos, siendo de gran importancia "no" colocar sobre ellos ninguna sustancia que altere la éstasis de la hemorragia en el caso de que esta persista se considerará que el diente no se presta a la pulpotomía en una sola sesión y se procederá a la pulpotomía en dos sesiones.

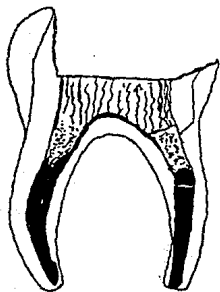
7.- Con una pequeña torunda de algodón saturada de formocresol, la cuál se comprime entre gasas para eliminar el exceso de líquido, se coloca en los orificios de los conductos radiculares durante cinco minutos. Cuando la pulpotomía se realiza en dos sesiones se deja la torunda de algodón en contacto con la pulpa en un período de tres a cinco días y se sella temporalmente con Cemento de Oxido de Zinc-Eugenol.



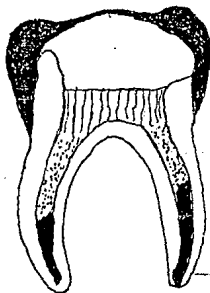
8.- Se retira la torunda de algodón apareciendo los muñones de color castaño oscuro o negro como resultado de la fijación provocada por la droga.



9.- Se coloca sobre los muñones una mezcla cremosa de polvo de Oxi
do de Zinc y partes iguales de Eugenol y formocresol.



10.- Ya realizada la pulpotomía se aconseja restaurar la pieza con corona de acero, pues ocurre frecuentemente que piezas que han sido sometidas a tratamientos pulpares se fracturén sus -
cuspides en fechas posteriores.



- 1) Corona de acero inoxidable.
- 2) Cemento.
- 3) Mezcla formocresol - óxido de zinc.
- 4) Fijación.
- 5) Necrosis de coagulación.

6.- Tejido vivo.

3.1.3.3 INDICACIONES

- 1.- En pulpas expuestas por caries o por un trauma mecánico, en --
dientes primarios y permanentes jóvenes con vitalidad.
- 2.- En pulpas libres de supuración y de otros tipos de evidencias
necróticas.
- 3.- En patologías como hiperemia mixta, pulpitis incipiente came--
ral, etc. .

3.1.4 CONTRAINDICACIONES

- 1.- En pacientes con antecedentes de fiebre reumática, ya que rep~~r~~
presentan riesgos considerables de necrosis pulpar e infeccio-
nes.
- 2.- En caso de dolor espontáneo o dolor nocturno.
- 3.- Sensibilidad dolorosa a la percusión.
- 4.- Edema-

- 5.- Movilidad patológica.
- 6.- Fístula.
- 7.- Reabsorción radicular externa ó interna.
- 8.- Calcificaciones pulpares (glóbulos calcáreos).
- 9.- Pus o exudado seroso en el sitio de exposición.
- 10.- Hemorragia incontrolable de los muñones amputados.
- 11.- Zonas radiolucidas bifurcales.
- 12.- Zonas radiolucidas bifurcales.

PULPOTOMIAS CON HIDROXIDO
DE CALCIO

3.1.51 TECNICA

En esta técnica se utiliza el Hidróxido de Calcio como medicamento pulpar en piezas primarias y permanentes jóvenes, el cual estimula el desarrollo de una nueva capa odontoblástica en el lugar de la herida.

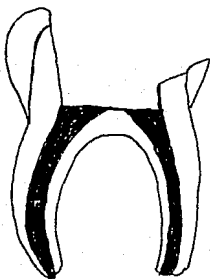
Pasos a seguir:

- 1.- Se anestesia la pieza a tratar.
- 2.- Se aísla con dique de goma.
- 3.- Se limpian las piezas expuestas y el área circundante con solución de zephiran u otro germicida adecuado.
- 4.- Se descubre el techo de la cámara pulpar con una fresa de fisura del número 557 esterilizada, con enfriamiento de agua.
- 5.- Se extirpa la pulpa tratando de lograrlo en una pieza utilizando una cucharilla excavadora afiladora y esterilizada.

6.- Se limpia la cámara pulpar con agua esterilizada y algodón.

7.- Si hay hemorragia postamputación se presiona con una torunda _
de algodón impregnada con Hidróxido de Calcio y si ésta persist
te el pronóstico es malo, pues frecuentemente indica cambios -
degenerativos avanzados.

8.- Se aplica una pasta de Hidróxido de Calcio sobre los muñones a
amputados.



9.- Se coloca una base de cemento de Oxido de zinc-Eugenol sobre el
Hidrócido de Calcio para sellar la corona.

10.- Se restaura la pieza con corona de acero, ya que la dentina y el esmalte se deshidratan y se vuelven quebradizos.

3.1.6.2 INDICACIONES

- 1.- En pulpas expuestas por caries o trauma mecánico, en dientes primarios y permanentes juvenes con vitalidad.
- 2.- En patologías con hiperemia mixta, pulpitis incipiente cameral.

3.1.7.3 CONTRAINDICACIONES

- 1.- En pacientes con antecedentes de fiebre reumática, ya que representan riesgos considerables de necrosis pulpar e infecciones.
- 2.- Dolor espontaneo o dolor nocturno.
- 3.- Sensibilidad dolorosa a la percusión.
- 4.- Edema.
- 5.- Movilidad patológica.

7.- Reabsorción radicular externa o interna.

8.- Calcificaciones pulpares.

9.- Pus o exudado seroso en el sitio de exposición.

10.- Hemorragia incontrolable de los muñones amputados.

Esta curación tiene mayor éxito en piezas permanentes jóvenes que en las piezas primarias, ya que la exposición de estas últimas no ha reaccionado tan favorablemente.

El inconveniente o desventaja de este tratamiento es que generalmente le siguen resorciones internas con destrucción de raíz, principalmente en piezas primarias.

El hidróxido de calcio estimula la producción de dentina reparativa sellando la pulpa del medio ambiente externo.

El alto pH de este medicamento irrita la pulpa de modo que las células mesenquimatosas se transforman en odontoblastos los cuales inician el depósito de dentina reparativa.

En estudios comparativos recientes del uso de estos dos medicamen-

tos formocresol e hidróxido de calcio, se llegó a la conclusión -- que el hidróxido de calcio resultó inferior al formocresol ya que revela fracasos del 51 al 69% de los casos, mientras que la aplicación del formocresol ha resultado exitosa en un 82%.

3.1.8.1 PULPOTOMIA DESVITALIZANTE EN DOS SESIONES.

En esta técnica se utiliza como agente momificante latriopasta del profesor Gysi, la pasta de paraformaldehído de Easlick o la pasta desvitalizante de paraformaldehído (modificación de Easlick).

Estos medicamentos desvitalizantes son similares entre sí, porque contiene algo de formol o paraformaldehído.

Esta droga tiene una acción desvitalizante, momificante y bactericida.

Este método clínico difiere de la pulpotomía con formocresol en que no debe extraerse totalmente la pulpa coronaria en la primera visita.

Pasos a seguir:

- 1.- Se cubre la pulpa parcialmente expuesta con pasta desvitalizante sosteniéndola con una torunda de algodón.
- 2.- Se llena la cavidad con un cemento temporario y se cita al niño para 7 ó 10 días más adelante. Para entonces la pulpa coronaria estará desvitalizada, aunque quedará vitalidad en los tejidos de los conductos radiculares. No debe haber signos ni síntomas en el diente en la segunda visita.

3.- Se extrae la pulpa coronaria desvitalizada, sin que para esto_ haga falta anestesia local, siempre y cuando la desvitalización haya sido total.

4.- Se limpia la cámara pulpar.

5.- Se cubre los muñones radiculares con una sub-base de Oxido de Zinc Formocresolizado-Eugenol, como en la pulpotomía con formocresol.

6.- Se restaura la pieza con una corona de acero en la segunda visita.

3.1.9. INDICACIONES

1.- Los criterios en cuanto a su conveniencia son similares a los mencionados para la pulpotomía con formocresol.

2.- Se recomienda para el tratamiento de dientes temporales con vitalidad cuya inflamación se extiende a los filamentos radiculares.

3.- Se sugiere cuando el factor tiempo o la falta de cooperación - del niño hacen difícil terminar una pulpotomía en una sola se-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

sión.

4.- Cuando se encuentra una exposición al término de una sesión -- prolongada, en un niño pequeño que se muestra inquieto.

5.- Cuando el niño no acepta la anestesia local.

En el caso de que la pasta desvitalizante ejerciera demasiada presión sobre la pulpa expuesta causando dolor, se administrará al niño algún analgésico.

Si la pulpa coronaria no quedará completamente desvitalizada, el odontólogo debe elegir entre administrar un anestésico local y proceder a la pulpotomía con formocresol o volver a sellar con pasta desvitalizante y completar la amputación en una tercera visita.

P U L P E C T O M I A

4.1. . . . DEFINICION

Es la eliminación o extirpación de todo el tejido pulpar, tanto de los canales como de la raíz, seguido de la obturación de los canales radiculares y la corona. Este tratamiento es similar al que se lleva a cabo en piezas permanentes.

Se debe tomar en cuenta varios factores importantes al realizar -- tratamientos endodónticos en piezas primarias, como son:

- 1.- Se deberá evaluar el éxito del tratamiento, tomando en cuenta la forma estrecha, tortuosa y acordonada de los canales, ya que esto hace que el tratamiento sea muy delicado en el mejor de los casos.
- 2.- Se debe tener cuidado de no penetrar más allá de las puntas -- apicales al alargar los canales, pues se puede dañar el brote de la pieza permanente en desarrollo.
- 3.- Se debe usar un compuesto resorbible como material de obturación, como el Oxido de Zinc-Eugenol.
- 4.- Deberá introducirse el material de obturación con presiones ligeras, de manera que nada o casi nada atravesase el ápice de la raíz.

5.- La eliminación quirúrgica del final (apicectomía) no deberá llevarse a cabo, excepto en casos que no exista pieza permanentes en proceso de desarrollo.

En dientes con vitalidad o desvitalizados la técnica de la pulpectomía puede efectuarse en una o dos sesiones.

4.1.2 PULPECTOMIA EN UNA SESION.

Pasos a seguir:

1.- Se toma una radiografía periapical preoperatoria.

2.- Se anestesia la región de la pieza a tratar.

3.- Se coloca el dique de goma.

4.- Desinfección del campo operatoria.

5.- Apertura y acceso de la cámara pulpar, y preparación de la misma.

6.- Localización del o de los conductos (conductometría)

7.- Extirpación de la pulpa radicular, evitando llegar con el ins-

trumento más allá del ápice.

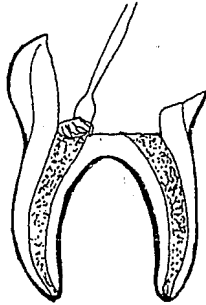
8.- Se liman los conductos para agrandarlos lo que permitirá la --
condensación del material de obturación, no debe intentarse ~~pre-~~
preparar mecánicamente un tercio apical circular como en la pr
preparación mecánica de dientes permanentes pues puede dar lu-
gar a la perforación lateral del conducto. No hace falta las_
radiografías diagnósticas, la comparación visual de la lima y
el largo del conducto radicular en la radiografía preoperatoria
será suficiente. Se recomienda limas de Hedstrom que re--
mueven los tejidos duros sólo al ser retiradas, lo que impide_
la entrada del material infectado a través de los ápices, (D.B.
Kennedy).

9.- Se irrigan los conductos con solución fisiológica ó cloramina_
T (zonite) y se secan con torundas de algodón o puntas de pa--
pel.

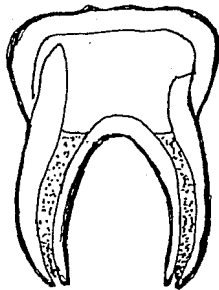
10.- Se obturan los canales con Oxido de Zinc formocresolizado, --
pasta Oxypara ó alguna pasta resorbible.

Con una lima se puede pasar una mezcla cremosa de la pasta de
obturación alrededor de las paredes de los conductos, postero-
riamente se presiona una pasta más firme con un condensador de_
amalgama sobre una torunda de algodón a la entrada del conduc

to, o también se puede inyectar la pasta en los conductos con una jeringa a presión.



11.- Restauración de las piezas con corona de acero inoxidable.



INDICACIONES

1.- Es aplicable esta técnica a dientes con vitalidad cuando la hemorragia de los muñones radiculares amputados es incontrolable.

2.- Pulpitis incipiente.

3.- Hiperemia pulpar.

4.1.3 CONTRAINDICACIONES

1.- Necrosis pulpar parcial.

4.1.4 POST-OPERATORIO

En intervalos de seis meses se llevará a cabo la evaluación de los signos y síntomas mediante radiografías periapicales u observación clínica, ya que la movilidad patológica, la presencia de fístula y dolor en casos raros (por lo general a la percusión) son evidencias clínicas de fracaso. En los casos de reabsorción radicular interna o externa, pérdida osea de la bifurcación y no en los ápices, son evidencias radiográficas de un fracaso.

El éxito del tratamiento se manifiesta por la ausencia de signos y síntomas o cuando se observa radiográficamente la reparación osea.

Los dientes que no muestran aumento ni disminución en las radiotransparencias también pueden considerarse como éxito del tratamiento.

4.1. .5 DESVENTAJAS DE LA PULPECTOMIA

- a) En ocasiones, el diente permanente en erupción al encontrarse - con el material de obturación de los conductos puede sufrir una ligera desviación, debido a que este material no tiene la misma -- textura o dureza de la pulpa viva o del diente.

- b) Hay mayor posibilidad de reabsorción en la pulpectomía comparada con la pulpotomía.

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

Es de suma importancia que el Cirujano Dentista realice un cuidado so estudio clínico del paciente, para poder efectuar un buen diagnóstico y por lo tanto un tratamiento adecuado.

El objetivo fundamental de la terapéutica de los dientes de ápices inmaduros, es realizar la técnica de apicoformación para después - continuar el tratamiento de condensación lateral.

Muchos dientes jóvenes han sido salvados gracias a la respuesta de ésta técnica, ya que resulta muy eficaz en el manejo del diente - inmaduro.

Estos procedimientos se hacen para conservar los dientes permanen tes jóvenes, afectados. Evitando la extracción por medio de los - procedimientos terapéuticos que ya hablamos en esté tema.

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

- 1.- "ODONTOPEDIATRIA"
BENGT. O. MAGNUSSON
Editorial Salvat

- 2.- "CAMINOS DE LA PULPA"
COHEN STEPHEN
Editorial: Interamericana

- 3.- "ENDODONCIA"
INGLE JOHNIDE
Editorial: Interamericana

- 4.- "ENDODONCIA"
LASALA ANGEL
Editorial: Salvat

- 5.- "ODONTOPEDIATRIA"
FINN SIDNEY B.
Editorial: Interamericana

- 6.- "ODONTOPEDIATRIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE"
MAC. DONALD RALPH
Editorial Mundi 1971.