

879522

34
28



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

IATROGENIAS EN ENDODONCIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

LUCILA GUADALUPE PIÑON FARAH



CHIHUAHUA, CHIH.

TESIS CON
FOLIA DE ORDEN

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

P Á G.

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN+++++ | 5 |
| CAPÍTULO I | |
| IATROGENIAS+++++ | 9 |
| CAPITULO II | |
| ANTES DEL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS+++++ | 21 |
| CAPITULO III | |
| ACCIDENTES DURANTE EL TRATAMIENTO+++++ | 25 |
| CAPITULO IV | |
| ACCIDENTES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO+++++ | 61 |
| CONCLUSIONES+++++ | 67 |
| BIBLIOGRAFÍA+++++ | 68 |

I N T R O D U C C I Ó N

ESTE TRABAJO TESIS LO REALICÉ DEBIDO A QUE ME HE DADO CUENTA DE ALGUNOS ERRORES MÉDICOS QUE CONDUCE A UNA IATROGENIA, POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA, YA SEA POR EL AFÁN DE TERMINAR EN UN CORTO PERÍODO CON TODOS AQUELLOS REQUISITOS IMPUESTOS EN LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS, POR OBTENER UNA MEJOR CALIFICACIÓN DEBIDO A LA CANTIDAD DE TRABAJOS REALIZADOS EN TAN POCO TIEMPO, ETC.

A LOS PASANTES DE ODONTOLOGÍA, LOS CUALES EN SU GRAN MAYORÍA Y DEBIDO A LA PRÁCTICA CLÍNICA REALIZADA DURANTE EL PERÍODO ESCOLAR (AUNQUE ALGO ILUSOS) NOS CREEMOS QUE GRACIAS A ESO YA ESTAMOS APTOS PARA MONTAR UN CONSULTORIO DENTAL, HACIENDO UN ALARDE DE TODAS NUESTRAS PROESAS DURANTE LOS TRATAMIENTOS Y EN CUALQUIER TIPO DE TRATAMIENTO PUES NOS CREEMOS EXODONCISTAS EXPERTOS, ENDODONCISTAS COMO EL MEJOR (PERO SIN EL VALIOSÍSIMO APARATO DE RAYOS X) Y NI QUE DECIR DE LAS CIRUGÍAS, CUANDO EN REALIDAD APENAS VAMOS A ENFRENTARNOS CON LA ODONTOLOGÍA INTEGRAL Y NO CON LA QUE HICIMOS CON LOS POBRES AMIGOS, TÍOS, PRIMOS, ETC., QUE TAN AMABLEMENTE E INCLUSO EN ALGUNAS OCASIONES OBLIGADOS, SE PRESTARON A SERVIRNOS COMO VULGARMENTE DECIMOS DE

"CONEJILLOS DE INDIAS".

A LOS TÉCNICOS DENTALES, LOS CUALES POR HABER ESTUDIADO Y ALGUNOS EMPÍRICOS HEREDITARIOS, CREEN QUE POR EL HECHO DE PODER REALIZAR UN TRABAJO DENTAL COMO LAS PRÓTESIS YA ESTÁN CAPACITADOS PARA TRATAR A UN PACIENTE DIRECTAMENTE SIN LA INTERVENCIÓN DE UN CIRUJANO DENTISTA Y ALGUNOS APROVECHÁNDOSE DE LA IGNORANCIA DE LAS PERSONAS LES REALIZAN TRATAMIENTOS, LOS CUALES EN MUCHOS CASOS VAN AL FRACASO.

Y POR ÚLTIMO, LOS QUE SON PEORES, ALGUNOS ODONTÓLOGOS TITULADOS, LOS CUALES CREEN QUE POR TENER VARIOS AÑOS O TODA UNA VIDA OFRECIDA AL EJERCICIO DE LA ODONTOLOGÍA-- SON LOS AMOS Y SEÑORES, QUE TODO LO PUEDEN REALIZAR, QUE CASI NO EXISTEN BARRERAS QUE NO PUEDAN FRANQUEAR.

TODO ESTO ES DEBIDO A LA IGNORANCIA DE CUALQUIERA DE LOS CUATRO EJEMPLOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE, A LA INEXPERIENCIA, TANTO DE UNOS COMO DE OTROS, A LA EXCESIVA CONFIANZA EN NOSOTROS MISMOS, A LA TORPEZA MANUAL O INSTRUMENTAL OCASIONADA POR LO ANTERIOR.

AL VER TODO ESTO HE QUERIDO REFLEXIONAR, ANALIZARME UNA Y OTRA VEZ, ¿COMO ME PODRÍA AYUDAR Y AYUDAR A LAS DEMÁS PERSONAS QUE DE UNA U OTRA MANERA CONFÍAN EN NOSOTROS? ¿DE COMO SE PODRÍA RESOLVER?, YA NO EN UN 100% SU ÉXITO,-

PERO SI EN UN GRAN PORCENTAJE, A NO SEGUIR REALIZANDO MÁS ERRORES QUE TARDE O TEMPRANO VAN A REPERCUTIR EN NOSOTROS Y LO QUE ES PEOR EN PERSONAS A LAS CUALES QUEREMOS Y APRECIAMOS VIENDO QUE UNA PERSONA DE NUESTRA MISMA PROFESIÓN- REALIZÓ AQUEL TRATAMIENTO QUE DESGRACIADAMENTE TERMINÓ EN UN FRACASO, TANTO PARA EL DENTISTA QUE LO REALIZÓ, PARA EL PACIENTE Y PARA NOSOTROS MISMOS, QUE DE ALGUNA FORMA - NOS INVOLUCRA Y NO HACEMOS NADA POR EVITARLO, EN CAMBIO - HACEMOS MUCHO POR OCULTARLO, POR NEGAR LA REALIDAD TRATAN DO DE QUE EL PACIENTE CREA Y QUERIENDO CONVENCERNOS A NOSOTROS MISMOS DE QUE SE REALIZÓ EL MEJOR TRATAMIENTO, EL MÁS INDICADO, LA TÉCNICA MÁS AVANZADA, LOS MEJORES INSTRU MENTOS DE IMPORTACIÓN, Y LO MÁS TRISTE DE TODO DE QUE EL- PACIENTE CREA QUE ÉL TUVO LA CULPA, PUES NO SIGUIÓ AL PIE DE LA LETRA LAS INSTRUCCIONES VERBALES QUE LE DIMOS CUAN DO LO TRATAMOS, O DE QUE POR SU NATURALEZA FÍSICA, SU OR- GANISMO NO REACCIONÓ COMO DEBERÍA HABERLO HECHO, SALIENDO CON LA EXCUSA DE QUE CADA ORGANISMO ES DIFERENTE Y CADA - TRATAMIENTO REACCIONA DE MANERA DISTINTA, AÚN CUANDO SE-- HAYA HECHO DE IGUAL MANERA.

PERO NO SOLO NOS PODEMOS HECHAR LA CULPA A TODOS LOS QUE INTERVENIMOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE EN ALGÚN TRATA- MIENTO, TAMBIEN HAY MUCHA VERDAD EN LO ANTERIOR AL DECIR- QUE ALGUNOS PACIENTES SON MUY DESCUIDADOS CON SU BOCA Y--

SI NO LES "DUELE", PUES YA ESTÁN CURADOS Y NO NECESITAN -
DE LOS CUIDADOS E INDICACIONES QUE SE LES DIERON AL DEJAR
EL CONSULTORIO DENTAL, AÚN CUANDO ÉSTAS HAYAN SIDO DADAS-
POR ESCRITO OVERBALMENTE Y SOBRE TODO AMPLIAMENTE EXPLICÁ
DAS Y ENTENDIDAS.

EXISTEN PERSONAS QUE MIENTRAS NO SIENTAN MOLESTIAS -
DENTALES, NO LA BOCA SE ENJUAGAN, MUCHO MENOS LAVARLA Y -
NI POR LA MENTE LES PASA QUE ES OTRA PARTE MÁS DEL CUERPO
QUE COMO TODO NECESITA DE UN CUIDADO Y REVISION PERIODICA
PARA QUE EN CASO DE ALGÚN PROBLEMA, ESTE PUEDA SER DETEC-
TADO EN UNA ETAPA TEMPRANA AYUDANDO A UN GRAN PORCENTAJE-
EN EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO.

CAPÍTULO I

I A T R O G E N I A S.

IATROS = MÉDICO

GENIA = ORIGEN.

ORIGINADO EN O POR EL MÉDICO, TANTO EN BENEFICIO COMO EN DAÑO.

CUANDO SE PLANTEAN LOS PROBLEMAS GENERALES DE LOS -- TRASTORNOS IATROGÉNICOS RESULTAN EVIDENTES ALGUNAS CUESTIONES:

- 1.- NO HAY ACUERDO CABAL ACERCA DE QUÉ DEBE ENTENDERSE COMO IATROGENIA, ENFERMEDADES O TRASTORNOS IATROGÉNICOS.
- 2.- LA MAYOR PARTE DE LAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS SE APLICAN A DESCRIBIR LA PATOLOGÍA IATROGÉNICA.
- 3.- SE ENTRA EN ESA DESCRIPCIÓN CASÍ SIEMPRE, DANDO COMO SOBREENTENDIDA LA DEFINICIÓN O CONCEPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA.

4.- EN ESOS CASOS DESCRIPTIVOS DE LA PATOLOGÍA IATROGÉNICA EL ANÁLISIS DE LAS CAUSAS O FACTORES DE LA CONDUCTA MÉDICA IATROGÉNICA ES CASI SIEMPRE EXCLUIDO O SOLO CONSIDERADO DE PASO.

SAMUEL LAJENENSSE DICE: SON LAS ENFERMEDADES PROVOCADAS POR ACTOS O ACTITUDES MÉDICAS INTEMPESTIVAS.

HARRISON LLAMA IATROGÉNICO AL EFECTO INDESEABLE QUE PODRIA HABERSE EVITADO SI EL MÉDICO HUBIERA SIDO MÁS CUIDADOSO Y PRUDENTE Y TUVIERA MAYORES CONOCIMIENTOS.

AMUCHASTEGUI DECE QUE LO IATROGÉNICO SERÍA EL TRASTORNO IMPREVISIBLE, INESPERADO E INIMPUTABLE.

EL ACUERDO SOBRE QUE PUEDE O DEBE SER LLAMADO IATROGENIA O TRASTORNOS IATROGÉNICOS ES DIFICULTADO POR LAS NOCIONES DE IMPUTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD, COMPLICACIÓN Y RIESGO INEVITABLES, ERROR O CORRECCIÓN EN EL ACTO MÉDICO.

ACTO MÉDICO IATROGÉNICO.

UN ACTO MÉDICO SUELE SER IATROGÉNICO TANTO POR "COMETERSE" O HACERSE ALGO MÁS O MENOS INCONVENIENTE, COMO POR "OMITIR" ALGO NECESARIO.

ACTO TERAPÉUTICO IATROGÉNICO.

CONSTITUYE LA GRAN MASA DE SITUACIONES IATROGÉNICAS- Y ESTÁN REFERIDAS A LA ACCIÓN MEDICAMENTOSA CON TANTA --- PRIORIDAD Y A VECES, EXCLUSIVIDAD.

SIN EMBARGO, NUESTRA ACCIÓN TERAPÉUTICA SE REALIZA - CON OTROS AGENTES COMO LOS MEDICAMENTOSOS, INSTRUMENTOS, - RADIACIONES, TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS, ETC., LOS CUALES- PUEDEN SER TAMBIÉN IATROGÉNICOS.

ACTO DIAGNÓSTICO IATROGÉNICO.

AÚN EN EL CONTEXTO DE UNA MAYOR SIMPLEZA INSTRUMEN-- TAL Y FUNCIONAL POR LA ACCIÓN DIRECTA DEL MÉDICO: LA AUS- CULTACIÓN DIRECTA O CON INSTRUMENTOS NO PUEDEN HACER DAÑO A NADIE, PERO UN GESTO OSTENSIBLE DE PREOCUPACIÓN -SINCE- RO O TEATRALIZADO- AL TERMINAR ESA SIMPLE OPERACIÓN SUMER- GE A ENFERMOS Y FAMILIARES EN ANSIEDADES O ANGUSTIAS DE - DIVERSO GRADO DE TRASCENDENCIA.

LA IMPORTANCIA DE DESTACAR LA IATROGENIA EN EL ACTO_ DIAGNÓSTICO SURGE TAMBIÉN DEL HECHO DE QUE POR LAS CARAC- TERÍSTICAS TÉCNICAS DEL INSTRUMENTAL, LA POTENCIALIDAD -- DEL PERJUICIO SE DÁ TANTO A TRAVÉS DEL AUXILIAR, COMO DEL MÉDICO MISMO.

EN SEGUNDO LUGAR EL ACTO DIAGNÓSTICO SE ESTÁ REALIZANDO CADA VEZ MÁS EN UNA ATMÓSFERA DE TECNICISMO FRÍO O DESPERSONALIZADO, POCO ATENTO A LAS VIVENCIAS ANÍMICAS DE QUIENES APLICAN PRECISAMENTE SUS ANSIEDADES MÁS AL DIAGNÓSTICO QUE A LA ACCIÓN TERAPÉUTICA. LA TECNIFICACIÓN CON TODA SU PROMESA DE PRECISIÓN Y DE SEGURIDAD OBJETIVAS LLEVA A DESCUIDAR UN MOMENTO DIAGNÓSTICO QUE CONSERVA TODA SU VIGENCIA, PERO QUE ESTÁ SIENDO CADA VEZ MÁS SUBESTIMADO: LA ANAMNESIS.

EN TODOS LOS SUBMOMENTOS DEL ACTO DIAGNÓSTICO ESTÁN PRESENTES HECHOS TAN REALES COMO LA MISMA INSTRUMENTACIÓN PERO MUCHO MÁS COMPLEJOS, IMPONDERABLES Y EQUIVOCOS: ES LA MULTIFORME CONDUCTA MÉDICA Y DE SU AUXILIAR POR UN LADO, CON ACTITUDES Y GESTOS, LENGUAJE, INFORMES VERBALES Y ESCRITOS, Y POR OTRA PARTE, CON EL ACERVO DE CONOCIMIENTOS, EXPERIENCIA, HABILIDAD INSTRUMENTAL, METODOLOGÍA, LÓGICA FORMAL Y DIALÉCTICA Y ADECUACIÓN EN LA PRUDENCIA Y EN LA NECESARIA DECISIÓN.

DE TODOS LOS FACTORES SURGEN POSIBILIDADES IATROGÉNICAS: EL ERROR O LA OMISIÓN, LA INSINUACIÓN IMPRUDENTE DE UN DIAGNÓSTICO ALARMANTE (CONFIRMADO, PRESUMIDO O SUPUESTO), LA SOBREVALORACIÓN POR DIVERSOS MOTIVOS, NO SIEMPRE HONESTOS DE UN HALLAZGO SEMILÓGICO REALMENTE SIN IMPORTAN

CIA Y LA ORDENACIÓN DE TODO UN PLAN DE TRATAMIENTO.

ACTO DOCENTE IATRÓGENO.

DEBEMOS CONSIDERAR QUE LA FORMACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO DEL PREGRADUADO Y POSTGRADUADO ES TAMBIÉN UN ACTO MÉDICO PUESTO QUE CONSTITUYE UN REQUISITO INHERENTE AL EJERCICIO-- MÉDICO PROFESIONAL.

COMO TAL LOS ERRORES Y ENSAYOS PROPIOS DE CUALQUIER -- APRENDIZAJE, DAN ORIGEN Y OPORTUNIDAD A LA ACCIÓN IATRÓGE-- NA.

AGENTES IATRÓGENOS.

SÓN AQUELLOS FACTORES MÁS O MENOS DIRECTAMENTE CAUSANTES DEL DAÑO INFERIDO AL USARLOS EN EL CURSO DE UNA ACCIÓN-- MÉDICA: FÁRMACOS, INSTRUMENTOS MANIOBRAS, PROCEDIMIENTOS, -- LENGUAJE, RADIACIONES, ETC.

MEDICAMENTOS Y DROGAS.

SE INCLUYEN EN ESTE TIPO DE AGENTE MÉDICO NO SOLO A -- LOS FÁRMACOS DE ORIGEN BIOLÓGICO O SINTÉTICO UTILIZADOS EN-- TERAPIA, DIAGNÓSTICO O INVESTIGACIÓN, SINO TAMBIÉN A LAS -- SUSTANCIAS QUE EN LA MEDICINA MODERNA SE HAN INCORPORADO A--

LA TERAPIA COMO AUTÉNTICOS MEDICAMENTOS: AGUA, OXÍGENO, ETC.

CUANDO QUEDAN SIN RESPUESTA ALGUNAS INTERROGANTES ACERCA DE CÓMO Y POR QUÉ HAN SUCEDIDO CIERTAS REACCIONES A LOS MEDICAMENTOS, HAY QUE PONER LA ATENCIÓN EN EL EQUIPO O MATERIAL QUE CONTIENEN, TRANSPORTAN E INDUCEN A LAS DROGAS EN EL ORGANISMO COMO SON: FRASCOS, TUBOS, DIALIZADORES, ETC.

OGILVIE PROPONE UNA CLASIFICACIÓN DE LOS MECANISMOS GENERALES POR LOS QUE LOS MEDICAMENTOS PUEDEN DAÑAR:

A) REACCIONES DIRECTAS.- POR SOBREDOSIS, POR EFECTO PARALELO Y EFECTO CITOTÓXICO.

B) REACCIONES INDIRECTAS.- POR ASOCIACIÓN DE LOS EFECTOS MEDICAMENTOSOS CON FACTORES PREDISONENTES, POR IDIOSINCRACIA, POR ASOCIACIÓN INCOMPATIBLE Y FACTORES DEL AMBIENTE.

FACTORES INTELECTUALES EN EL ERROR IATRÓGENO.

1.- DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS:

LLÁMESE DESCONOCIMIENTO O IGNORANCIA, PLANTEA UNO DE LOS MOTIVOS MAS FRECUENTES DE POLÉMICA AL DISCUTIRSE LA IA-

TROGENIA; ES OBVIO, POR TRATARSE DE LA CUESTIÓN, EN APARIEN
CIA INSOLUBLE, DE CUANTO CONOCIMIENTO SERÍA POSIBLE ASIMI--
LAR DE ENTRE LA ABUNDANTE ACUMULACIÓN DE NUEVAS INFORMACIO--
NES.

LA RELATIVIDAD ESTÁ PRESENTE EN EL PROBLEMA CON LA ---
CUESTIÓN COMPLEMENTARIA SIGUIENTE: ¿QUÉ CONOCIMIENTOS SE --
PUEDEN EXIGIR Y QUÉ IGNORACIAS PUEDEN ADMITIRSE?

¿ES TODO LO IGNORADO EN VERDAD, CAUSA MAS O MENOS DI--
RECTA DE PERJUICIO IATROGÉNICO?

SI UNA COMPLICACIÓN IATROGÉNICA INVESTIGADA, NO ES EX-
PLICADA O IMPUTABLE, LO ÚNICO QUE PODEMOS Y DEBEMOS AFIRMAR
ES QUE NO HABRÍA ACAECIDO DE NO HABERSE REALIZADO EL ACTO--
MÉDICO.

2.- DÉFICIT DE JUICIO O CRITERIO CLÍNICO.

ESTE SE TRADUCE EN CONCLUSIONES, CRITERIOS Y JUICIOS,-
POR ANALOGÍAS MECÁNICAS CASI SIEMPRE APARENTES Y CIRCUNSTAN
CIALES, POR GENERALIZACIONES APRESURADAS A PARTIR DE UNO O
POCOS CASOS, POR COINCIDENCIAS QUE REEMPLAZAN A LA INDUC---
CIÓN.

EL GRAN ERROR MODERNO ES LA SOBREVALORACIÓN DE LA TEC-
NOLOGÍA Y QUE ÉSTOS SON CAUSADOS POR:

- a) INFERIR REMEDIOS A PARTIR DE UNA TEORÍA, ASUMIENDO-QUE DEBEN SER EFECTIVOS.
- b) DESARROLLAR TEORÍAS ETIOLÓGICAS SIMPLISTAS.
- c) FALLO EN CONSIDERAR LA TOTALIDAD DEL PACIENTE, SOB--BRE TODO EN SITUACIONES CRÓNICAS.

ERROR IATRÓGENO POR NEGLIGENCIA.

LOS DESCUIDOS SON MUCHOS Y TODOS SOMOS ALGUNA QUE OTRA VEZ DESCUIDADOS.

LA NEGLIGENCIA ESTÁ PRESENTE EN LA LIGEREZA Y SUPERFICIALIDAD CON LAS CUALES SE REALIZA EL ESQUEMA MENTAL DE UN-DIAGNÓSTICO O CON LAS QUE SE TOMA UNA DECISIÓN TERAPÉUTICA-TRASCENDENTE.

PUEDE CONSISTIR EN LA OMISIÓN DE UNA VIGILANCIA ADECUA-DA O DE UNA PRECAUCIÓN JUSTIFICADA, EN CUALQUIERA DE LOS MO-MENTOS DE LA ACCIÓN MÉDICA.

LAS NEGLIGENCIAS SE PUEDEN CLASIFICAR EN:

- a) POR OMISIÓN A CAUSA DE EXCESO DE CONFIANZA, FRIVOLI-DAD O MERA DESPREOCCUPACIÓN.

b) POR NEGLIGENCIA SUPERVINIENTE, ES DECIR, POR INCORRECTA TERMINACIÓN DE UNA TAREA QUE HASTA ESE MOMENTO SE HABIA HECHO CON COMPETENCIA.

c) POR DESCUIDO AL HACER DEFECTUOSAMENTE LO NECESARIO.

ERROR IATRÓGENO POR IMPRUDENCIA.

UNA IMPRUDENCIA PUEDE SER CONSCIENTE, Y LA EJECUCIÓN DEL ACTO POTENCIALMENTE IATRÓGENO ES ENTONCES CULPOSA, CUANDO SE OPTA POR AFRONTARLO A PESAR DEL DESEQUILIBRIO EN EL BALANCEO DE BENEFICIO Y RIESGO.

EN LOS MÉDICOS JÓVENES CON MENOS EXPERIENCIA QUE ENTUSIASMO INGENUO, ALGUNAS ACCIONES RESULTAN IMPRUDENTES, NO TANTO POR CONFIANZA EXCESIVA EN SÍ MISMO, SINO POR ACEPTACIÓN INDISCUTIDA DE LAS VIRTUDES BENÉFICAS DE LOS RECURSOS MÁS MODERNOS Y TECNIFICADOS.

SON EN EL FONDO MODOS DE IGNORAR EL PROPIO DESCONOCIMIENTO.

TORPEZA IATRÓGENA.

SE ENTIENDE POR TORPEZA LA INHABILIDAD MANUAL O INTELECTUAL, NO SIEMPRE AUTÓNOMAS O SEPARADAS.

PUEDE PROVENIR DE UN DÉFICIT DE ENTRENAMIENTO Y FORMACIÓN PROFESIONAL.

SE LLAMA TORPEZAS INTELECTUALES A LOS ERRORES EVIDENTES DE JUICIO Y CRITERIO CLÍNICO, LAS MANUALES A CHUPACERÍAS E INHABILIDADES MECÁNICAS, TORPEZAS CONDUCTICIALES A LOS GESTOS, ACTITUDES Y LENGUAJE DEL MÉDICO Y AUXILIARES.

RIESGO Y RESPONSABILIDAD.

CUANDO EL RIESGO DE UNA COMPLICACIÓN ES ELEVADO Y ALMISMO TIEMPO NO ES POSIBLE EVITARLA, PUEDE ACEPTARSE QUE LA RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO Y SU AUXILIAR SE LIMITARÍA AL MÍNIMO.

PERO CUANDO A LA EXPERIENCIA FIDEDIGNA Y CONSIDERABLESE AGREGAN EL CONOCIMIENTO PATOGÉNICO DE LA COMPLICACIÓN Y LA SUPERACIÓN TÉCNICA DE SU PROBABILIDAD, LA PREVISIÓN SE TORNARÁ CORRIENTE Y POR LO TANTO, LA RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO COMENZARÁ A SER MAYOR.

COMPLICACIÓN, RIESGO Y RESPONSABILIDAD.

COMPLICACIÓN.- SE LE LLAMA A LA INCIDENCIA DE PERTURBACIONES EN EL CURSO "NORMAL" DE UN PROCESO CLÍNICO.

RIESGO.- ES UNA CONTINGENCIA, UNA POSIBILIDAD DE QUE SUCEDA ALGO INDESEABLE O INCONVENIENTE, COMO EFECTO COLATERAL Y PARCIAL DE UNA ACCIÓN O PROCESO.

ESTRUCTURA DEL RIESGO IATROGÉNICO.

COMPRENDE:

1.- LA ACCIÓN NOCIVA DEL AGENTE IATRÓGENO.

PUEDE SER:

a) CONOCIDA.- COMO LAS INFECCIONES QUIRÚRGICAS POS OPERATORIAS.

b) INESPERADA O INSÓLITA.

2.- EL FACTOR PERSONAL.- DE QUIEN UTILIZA O INSTRUMENTA EL AGENTE IATRÓGENO SE MANIFIESTA POR DESCONOCIMIENTO O IMPRUDENCIA EN LA DOSIFICACIÓN DE DROGAS, TORPEZA MANUAL POR INEXPERIENCIA, ETC.

3.- FACTORES IMPONDERABLES.- LO CUAL EQUIVALE AL CONCEPTO DE DESCONOCIMIENTO OFICIAL DE LOS MECANISMOS DETERMINANTES DE LA COMPLICACIÓN,-

SEA ÉSTA HABITUAL, RARA O INSÓLITA.

COMPLICACIÓN IATROGÉNICA.

1.- PREVISIBLE.

RIESGO CONOCIDO,
RESPONSABILIDAD
POTENCIAL.

2.- IMPREVISTA.

RESPONSABILIDAD IMPUTABLE O
NO A POSTERIORI DEL ANÁLISIS.

3.- EVITABLE.

4.- INEVITABLE.

5.- NO IMPUTABLE. 6. IMPUTABLE.

7.- CONDICIÓN
DEL ACTO
MÉDICO.

8.- CONDICIÓN
DEL PACIENTE.

9.- AL ACTO. 10.-AL PACIENTE.

MÉDICO, AUXILIARES,
EQUIPO, AMBIENTE, CIRCUNSTANCIAS.

EDAD, PATOLOGÍA.

ACCIDENTES, INCIDENCIAS.

CONDICIONES SUBYACENTES - INESPERADAS.

CAPÍTULO II

ANTES DEL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS

LOS CLASIFICAREMOS EN LIPOTIMIAS Y FRACTURA DE LA CORONA CLÍNICA.

1.- LIPOTIMIAS.- ÉSTAS O LOS PEQUEÑOS DESMAYOS DE ORIGEN PSÍQUICO O NEURÓGENO, INDEPENDIENTEMENTE DE LAS ALTERACIONES TENSIONALES PROVOCADAS POR LOS ANTESTÉSICOS LOCALES O LA MISMA PRESENCIA DEL CIRUJANO DENTISTA DEBEN SER COMBATIDOS INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE SU APARICIÓN O DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS COMO SON: SUDORACIÓN, NÁUSEA, PALIDEZ, NERVIOSISMO, ETC.

ÉSTAS SE DEBEN PRINCIPALMENTE AL "OLOR" QUE FRECUENTEMENTE PRESENTAN O PERCIBIMOS EN EL CONSULTORIO Y POR EL --- "TEMOR" YA SEA AL MISMO CIRUJANO DENTISTA, AL INSTRUMENTAL O BIEN A LO DESCONOCIDO, Y PARA EVITAR ELLO, PRIMERO DEBEMOS GANARNOS LA CONFIANZA DEL PACIENTE, INDICÁNDOLE QUE TRATE DE RELAJARSE, MIENTRAS NOSOTROS TRATAMOS DE EXPLICARLE A MANERA DE QUE NOS ENTIENDAN FÁCILMENTE Y NO HAYA DUDAS ACERCA DE LO QUE TIENE, COMO LO VAMOS A TRATAR, Y EL INSTRUMENTAL

TAL QUE VAMOS A UTILIZAR Y DEJANDO QUE TOQUE AQUELLOS QUE NO ESTÁN ESTÉRILES Y NO LOS UTILIZAREMOS PARA TRATARLOS A ELLOS, PERO QUE SON IGUALES A ÉSTOS.

TODO ESTO NO VA A SERVIR DE NADA SI ANTES NO HEMOS --- APLICADO UNA BUENA ANESTESIA DE LA ZONA A INTERVENIR Y NOS- PRODUCE DOLOR. DEBEMOS TENER LA CERTEZA DE QUE LA HEMOS - APLICADO CORRECTAMENTE ANTES DE COMENZAR NUESTRO TRATAMIENTO.

CUANDO YA TENEMOS PRESENTE LA LIPOTIMIA O EL DESMAYO - EXISTE UNA DISMINUCIÓN EN LA PRESIÓN ARTERIAL, LOS RUIDOS O LATIDOS CARDÍACOS SE HACEN CASI INAUDIBLES A LA AUSCULTA--- CIÓN TORÁCICA, Y DEBEMOS ACOSTAR AL PACIENTE CON LA CABEZA- BAJA EN POSICIÓN DE TRENDELEMBURG Y ESTO EN LA MAYORÍA DE - LOS CASOS ES SUFICIENTE PARA REANIMARLO, ELEVÁNDOLE A LA -- VEZ LAS PIERNAS PARA AYUDAR A LA CIRCULACIÓN.

SI QUEREMOS ESTAR SEGUROS DE LA RECUPERACIÓN Y DE QUE- ÉSTOS TRASTORNOS NO SE VUELVAN A REPETIR, PODEMOS APLICAR-- LES O ADMINISTRARLES ESTIMULANTES CIRCULATORIOS Y VOLVER A- GANAR LA CONFIANZA TRATANDO DE TRANQUILIZARLOS Y SI ESTO NO SE LOGRA TOTALMENTE (TRANQUILIDAD) DEBEREMOS SUSPENDER EL-- TRATAMIENTO HASTA OTRA PRÓXIMA CITA EN LA QUE EL PACIENTE - YA VENGA PREPARADO A LO QUE VA A ENCONTRAR Y NO LE RESULTE- MUY IMPRESIONANTE COMO LA PRIMERA O PRIMERAS VECES.

2.- FRACTURA DE LA CORONA CLÍNICA.- EN OCASIONES ALGUNA PIEZA QUE SE ESTÁ TRATANDO ENDÓNTICAMENTE SE LLEGA A FRACTURAR YA SEA AL ESTAR TRABAJANDO O MASTICANDO ALGÚN ALIMENTO, FRUTAS O GOLOSINAS, ESTO NOS VA A CREAR UNA COMPLICACIÓN COMO PUEDE SER:

a) QUEDAR AL DESCUBIERTO LA CURA OCLUSIVA. ESTE FENÓMENO ES FRECUENTE Y SE SOLUCIONA FÁCILMENTE.

CUANDO LA FRACTURA ES PARCIAL SE CAMBIA LA CURA PARA PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO, PROCURANDO COLOCAR UNA BANDA DE ACERO O ALUMINIO PARA QUE NOS SIRVA DE RETENCIÓN.

b) POSIBILIDAD DE RESTAURACIÓN FINAL.- EN LOS DIENTES-ANTERIORES SE PUEDEN PONER CORONAS DE RETENCIÓN RADICULAR-- CON PERNOS DE TORNILLOS (PERMITIÉNDONOS EN ESTE CASO OBTENER ÚNICAMENTE CON GUTAPERCHA), TAMBIÉN SE PUEDE UTILIZAR-- AMALGAMA ENGLOBANDO LOS PERNOS.

SE PODRÁN PLANEAR CORONAS DE RETENCIÓN RADICULAR RICHMON, LOGAN, DAVIS O INCRUSTACIÓN RADICULAR CON PERNOS CEMENTADOS DE TORNILLO A LOS CORRUGADOS DE FRICCIÓN, PERMITIENDO UNA CORONA DE RETENCIÓN RADICULAR.

CUANDO SEA IMPOSIBLE LA RETENCIÓN DE LA RESTAURACIÓN-- SE RECURRIRÁ A LA EXODONCIA.

3.- IMPOSIBILIDAD DE COLOCAR GRAPA Y DIQUE DE HULE.---
CUANDO ESTO SUCEDE SE COLOCARÁN LAS GRAPAS EN LOS DIENTES -
CONTIGUOS.

SI EXISTE FILTRACIÓN DE SALIVA SE RECOMIENDA INSERTAR-
UNA PUNTA DE PLATA PINCELADA CON UN AISLANTE DENTRO DEL CON
DUCTO, LUEGO SE PONDRÁ Y CONDENSARÁ LA AMALGAMA EN FORMA DE
PROMONTORIO, UNA VEZ QUE HA ENDURECIDO LA AMALGAMA SE SACA-
LA PUNTA DE PLATA Y SE SIGUE CON EL TRATAMIENTO.

SOLAMENTE CUANDO SEA PRACTICAMENTE IMPOSIBLE LA RESTAU
RACIÓN DE LA PIEZA DEBEMOS RECURRIR A LA EXOSONCIA.

CAPÍTULO III

ACCIDENTES DURANTE EL TRATAMIENTO.

- 1.- PERFORACIÓN CERVICAL.
- 2.- PERFORACIÓN INTERRADICULAR.
- 3.- PREPARACIÓN DEL ACCESO SUB Y SOBREEXTENDIDA.
- 4.- FRACTURA DE INSTRUMENTOS.
- 5.- PERFORACIÓN LATERAL DEL CONDUCTO.
- 6.- ENFISEMA Y EDEMA.
- 7.- FRACTURA RADICULAR.
- 8.- FORMACIÓN DE ESCALONES.
- 9.- INSTRUMENTACIÓN POBRE.
- 10.- SUBOBTURACIÓN.
- 11.- SOBROBTURACIÓN.
- 12.- TAPONAMIENTO DEL CONDUCTO.
- 13.- CAÍDA DE INSTRUMENTOS EN VÍAS RESPIRATORIAS.
- 14.- SOBREINSTRUMENTACIÓN.
- 15.- IRRITANTES MECÁNICOS Y QUÍMICOS.

PERFORACIÓN CERVICAL.

SI NO SE TIENE UN CORRECTO CONOCIMIENTO DE LA ANATOMÍA

DE LA PIEZA Y UNA BUENA RADIOGRAFÍA CORREMOS EL RIESGO AL HACER LA BÚSQUEDA DEL ACCESO A LA CÁMARA PULPAR Y A LA ENTRADA DE LOS CONDUCTOS DE DESVIARNOS CON LA FRESA Y LLEGAR AL PERIODONTO POR DEBAJO DEL BORDE LIBRE DE LA ENCÍA.

LOS PREMOLARES SUPERIORES TIENEN LA CÁMARA PULPAR LIGERAMENTE HACIA MESIAL, PRODUCIENDOSE POR ERROR LA PERFORACIÓN EN DISTAL.

DEBIDO A LA INCLINACIÓN HACIA LINGUAL DE LA CORONA DE LOS PREMOLARES INFERIORES PODEMOS PERFORAR LA CORONA VESTIBULAR.

GENERALMENTE CUANDO ESTO SUCEDE, EL PACIENTE REFIERE DOLOR EN LA ENCÍA O LA SENSACIÓN DEL INSTRUMENTO Y UNA PEQUEÑA HEMORRAGIA.

UNA VEZ QUE HEMOS DETECTADO LA PERFORACIÓN, DEBEMOS CORRIGIRLA Y DARLE PROTECCIÓN INMEDIATA.

SI NO HEMOS COLOCADO DIQUE DE HULE EN LA ZONA, SE DEBE PROCEDER A SU COLOCACIÓN Y A UN LAVADO DEL CONDUCTO CON AGUA OXIGENADA E HIPOCLORITO.

DESPUÉS SOBRE LA PERFORACIÓN SE COLOCA UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE PASTA ACUOSA DE HIDRÓXIDO DE CALCIO COMPRIMIENDOLO SUAVEMENTE DE MANERA QUE SE EXTIENDA EN UNA DELGADA CAPA.

SE AISLARÁ LA ENTRADA DE LOS CONDUCTOS RADICULARES PARA NO CUBRIRLOS, DESPUÉS EN LAS PAREDES DE LA CAVIDAD SE COLOCARÁ CEMENTO DE SÍLICO-FÓSFATO HASTA CUBRIR PERFECTAMENTE LA ZONA DE PERFORACIÓN.

PERFORACIÓN INTERRADICULAR.

ES FRECUENTE QUE EN LAS PIEZAS POSTERIORES QUE HAN SIDO INVADIDAS POR LA CARIES, LA CORONA CLÍNICA HA SIDO DES--TRUÍDA Y LA CÁMARA PULPAR SE ENCUENTRA CON CARIES, Y AL ESTAR EFECTUANDO LA REMOSIÓN DE LA DENTINA REBLANDECIDA SE COMUNICA EL PISO DE LA CÁMARA PULPAR CON EL TEJIDO INTERRADICULAR.

EN ESTE CASO SI QUEDA BASTANTE DENTINA POR REMOVER Y LA COMUNICACIÓN ES AMPLIA, OPTAREMOS POR LA EXTRACCIÓN DE LA PIEZA, PERO SI LA DENTINA CARIADA YA HA SIDO ELIMINADA Y LA PERFORACIÓN ES PEQUEÑA, SE PUEDE INTENTAR LA PROTECCIÓN DE BASE DE PASTA ACUOSA DE HIDRÓXIDO DE CALCIO Y DE CEMENTO DE SÍLICO-FÓSFATO.

CUANDO LA PERFORACIÓN YA TIENE TIEMPO Y SE HA ESTIMULADO A LA REABSORCIÓN ÓSEA Y RADICULAR A NIVEL DE CEMENTO, -- NUESTRO TRATAMIENTO TIENE POCAS POSIBILIDADES DE ÉXITO, PERO PUEDE INTENTARSE ELIMINANDO QUIRÚRGICAMENTE EL TEJIDO INFECTADO Y OBTURANDO CON AMALGAMA POR CARA EXTERNA.

PREPARACIÓN DEL ACCESO.

AL ESTAR HACIENDO O PREPARANDO EL ACCESO PODEMOS INCURRIR EN DOS ERRORES:

PREPARACIÓN SUBEXTENDIDA Y SOBREETENDIDA.

PREPARACIÓN SUBEXTENDIDA.

ES CUANDO EL ACCESO A LA ENTRADA DE LOS CONDUCTOS ES MUY PEQUEÑO.

DEBEMOS HACER ACCESO AMPLIO PARA TENER UNA BUENA VISIBILIDAD Y EVITARNOS EL PODER HACER UNA PERFORACIÓN O UNA VÍA FALSA.

PREPARACIÓN SOBREETENDIDA.

ES CUANDO EL ACCESO A LA ENTRADA DE LOS CONDUCTOS ES MUY AMPLIA Y CAUSAMOS DESTRUCCIÓN PARCIAL O TOTAL DE LA CORONA CLÍNICA DEL DIENTE, LO QUE TRAE COMO CONSECUENCIA QUE LA CORONA QUEDE DÉBIL Y CON MAYORES PROBABILIDADES DE FRACTURA.

ESTE TIPO DE PREPARACIONES SE PUEDEN CREAR CON FRESAS CUYAS DIMENSIONES NO SON LAS APROPIADAS.

Y PUEDE HABER PERFORACIÓN CERVICAL Y AL OCURRIR ÉSTO SE RECOMIENDA QUE SE LE COLOQUE HIDRÓXIDO DE CALCIO POR CON

DENSACIÓN.

ESTE TIPO DE ERROR SE PUEDE PROVOCAR POR NO LOCALIZAR--
ADECUADAMENTE EL ORIFICIO DEL CONDUCTO O POR DESCONOCER LA--
ANATOMÍA DE LA PIEZA A TRATAR.

FRACTURA DE INSTRUMENTOS.

ESTE TIPO DE ACCIDENTE SE LE CONSIDERA COMO DESAGRADA--
BLE, DIFÍCIL DE SOLUCIONAR Y NO SIEMPRE SE LE PUEDE EVITAR.

PARA EVITAR ESTO, LO MEJOR ES PREVENIRLO YA SEA DESE--
CHANDO AQUELLAS LIMAS QUE FUERON ANGULADAS A MÁS DE 45°, --
CUANDO EL ESPACIAMIENTO DE LOS BORDES CORTANTES ES IRREGU--
LAR, O QUE LOS INSTRUMENTOS HAN SIDO UTILIZADOS CON BASTAN--
TE FRECUENCIA (YA ESTÁN VIEJOS).

LA GRAVEDAD DE ÉSTE ACCIDENTE DEPENDE DE TRES ERRORES:

- a) LA CLASE, CALIDAD Y ESTADO DE USO DEL INSTRUMENTO.
- b) LA UBICACIÓN DEL INSTRUMENTO FRACTURADO DENTRO DEL--
CONDUCTO O ZONA PERIAPICAL.
- c) Y EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN OPERATORIA EN QUE --
SE PRODUJO EL ACCIDENTE.

UNA VEZ QUE SE HA PRODUCIDO ESTE SE DEBE DE TOMAR UNA--
RADIOGRAFÍA PARA LOCALIZAR EL INSTRUMENTO FRACTURADO, SI --

ESTE APARENTA ESTAR LIBRE DENTRO DEL CONDUCTO, PUEDE INTRODUCIRSE A UN COSTADO DE ESTA UNA LIMA EN COLA DE RATÓN QUE AL GIRARLO ENGANCHE AL INSTRUMENTO Y CON UN MOVIMIENTO DE TRACCIÓN LO DESPLACE HACIA AFUERA.

TAMBIÉN SI EL CONDUCTO ESTÁ ESTÉRILIZADO Y LIBRE DE LESIONES PERIAPICALES SE PUEDE DEJAR EL INSTRUMENTO DENTRO Y OBTURAR EL CONDUCTO CON CEMENTO, PROCURANDO QUE ESTE ENVUELVVA Y REBASE EL INSTRUMENTO FRACTURADO, PERO SI EL DIENTE NO ESTÁ ESTÉRIL Y PRESENTA LESIÓN PERIAPICAL, ES NECESARIO EXTRAER EL INSTRUMENTO.

EXISTE UN PRODUCTO QUÍMICO (EDTAC) CUYA ACCIÓN ES DISOLVER LA SUPERFICIE DE LA DENTINA AYUDANDO A LIBERAR EL INSTRUMENTO.

SE HAN IDEADO MÉTODOS Y APARATOS PARA EXTRAER LOS FRAGMENTOS, PERO SOLAMENTE EN ALGUNOS CASOS HAN DADO RESULTADO, DEBIDO A LAS DIFERENTES FORMAS DE FRACTURARSE EL INSTRUMENTAL Y EL LUGAR DONDE ÉSTOS SE LOCALICEN.

SE UTILIZA UNA SOLUCIÓN DE YODO, LA CUAL ESTÁ COMPUESTA POR 8 grs. DE YODO CRISTALIZADO, 8 grs. DE YODO DE POTASIO Y 12 grs. DE AGUA DESTILADA, HACIENDO QUE EL INSTRUMENTAL SE CORROA Y SE PUEDA ELIMINAR MÁS FÁCILMENTE.

SI LA FRACTURA DEL INSTRUMENTO SE PRODUCE DURANTE LA -
OBTURACIÓN DEL CONDUCTO, EL TROZO QUE SE QUEDA DENTRO DEL--
MISMO INCLUIDO EN LA PASTA MEDICAMENTOSA, FORMARÁ PARTE DE-
LA OBTURACIÓN SIN TRAER TRASTORNO ALGUNO. AÚN EN EL CASO-
QUE EL INSTRUMENTO PORTADOR DE LA PASTA LLEGUE A FRACTURAR-
SE FUERA DEL ÁPICE Y QUEDE EN EL TEJIDO PERIAPICAL, PUEDE--
SER TOLERADO POR ÉSTOS SIEMPRE Y CUANDO EXISTA AUSENCIA DE-
INFECCIÓN.

SI EXISTE LESIÓN INFECCIOSA EN EL ÁPICE Y EL INSTRUMEN
TO FRACTURADO SE ENCUENTRA ATRAVEZANDO EL FORÁMEN SOLO LA--
APICECTOMÍA ES LA INDICADA PARA TRATAR DE RESOLVER ESTE AC-
CIDENTE.

PERFORACIÓN LATERAL DEL CONDUCTO.

ES UNA COMUNICACIÓN DEL CONDUCTO CON EL PERIODONTO Y =
ES PRODUCIDO POR UN EXCESIVO FRESADO Y EL USO INCORRECTO DE
INSTRUMENTOS ROTATIVOS.

PASOS O REGLAS PARA EVITAR LA PERFORACIÓN.

1.- CONOCER LA ANATOMÍA DE LA PIEZA A TRATAR, USAR --
LOS INSTRUMENTOS CORRECTOS, UN BUEN ACCESO A LA CÁMARA PUL-
PAR.

2.- NO EMPLEAR LOS INSTRUMENTOS ROTATIVOS SI NO NOS ENCONTRAMOS CON CONDUCTOS ANCHOS.

3.- TENER UN CUIDADO MUY ESPECIAL EN CONDUCTOS ANGOSTOS O ESTRECHOS.

4.- TENER UNA VISIBILIDAD DEL CAMPO OPERATORIO.

5.- TENER PRUDENCIA AL DESOBTURAR Y EN CASO DE ALGUNA DUDA UTILIZAR LOS RAYOS X.

UN SINTOMA INMEDIATO DE LA PERFORACIÓN ES LA HEMORRAGIA ABUNDANTE EN EL SITIO DONDE SE REALIZÓ UNA PERFORACIÓN, Y SI NO SE ENCUENTRA BIEN ANESTESIADO EL PACIENTE RELATARÁ UN DOLOR VIVO.

PODEMOS CONOCER LA ALTURA EN LA QUE SE ENCUENTRA LA PERFORACIÓN MEDIANTE UNA PUNTA DE PAPEL RETIRÁNDOLA HASTA QUE EL EXTREMO NO ESTÉ MANCHADO, SE MIDE LA DISTANCIA EN LA PUNTA Y ASÍ LOGRAMOS LA ALTURA.

ESTA PERFORACIÓN ES MÁS COMÚN EN LA CURVA INTERNA DE UN CONDUCTO CURVO. TAMBIÉN ES FRECUENTE QUE AL ESTAR ENSANCHANDO Y SI SE UTILIZA UN INSTRUMENTO QUE SOBREPASA EL DIÁMETRO ANCHO DEL CONDUCTO EN SU PARTE MÁS ESTRECHA NOS LLEVA A LA PERFORACIÓN, OCURRIENDO MÁS COMUNMENTE EN LAS RAÍCES MESIALES DE LOS MOLARES INFERIORES O EN LA ZONA DE

LA CONCAVIDAD MESIAL DE LOS PRIMEROS PREMOLARES SUPERIORES.

PARA UNA BUANA OBTURACIÓN DE ESTE TIPO DE PERFORACIÓN-
SE UTILIZA GUTAPERCHA CONDENSADA POR PRESIÓN LATERAL.

ENFISEMA Y EDEMA.

ENFISEMA.- ES LA PENETRACIÓN DE AIRE EN EL TEJIDO CO--
NECTIVO A TRAVÉS DEL CONDUCTO RADICULAR. ESTE ES UN TRAS-
TORNO LOCAL MUY MOLESTO PARA EL PACIENTE PORQUE INMEDIATA--
MENTE SIENTE UNA ZONA HINCHADA.

ESTE AIRE VA DESAPARECIENDO POCO A POCO Y LA INFLAMA--
CIÓN PROVOCADA VA CEDIENDO EN POCAS HORAS, AL OCURRIR ESTO-
ES NECESARIO TRANQUILIZAR AL PACIENTE, PUES NO SABE EL MOTI-
VO DE LA INFLAMACIÓN, POR ELLO DEBEMOS TENER CUIDADO ESPE--
CIAL AL USARLOS.

DEBIDO AL OXÍGENO DEL AGUA OXIGENADA TAMBIÉN SE PUEDE-
PRODUCIR ENFISEMA, ASÍ COMO QUEMADURA QUÍMICA Y EDEMA SOBRE
TODO EN VÍAS FALSAS O PERFORACIONES.

FRACTURA RADICULAR.

AL ESTAR HACIENDO LA CONDENSACIÓN DEL CONDUCTO PODEMOS
OCASIONARLE, SI SE EMPLEA UNA FUERZA EXCESIVA LA FRACTURA -
RADICULAR AL IGUAL QUE SI UTILIZAMOS MATERIAL ENDODÓNTICO -

DE UN GROSOR MAYOR DEL QUE TIENE EL DIÁMETRO DEL CONDUCTO.

ES POR ESTO QUE SE RECOMIENDA NO ENSANCHAR MUCHO, YA--
QUE PODEMOS DEBILITAR LAS PAREDES, SOBRE TODO SI ES UN CON-
DUCTO ESTRECHO.

DESGRACIADAMENTE ESTE ACCIDENTE ES IRREPARABLE, YA QUE
LA SOLUCIÓN ES LA EXTRACCIÓN DE LA PIEZA CUANDO ÉSTA ES MO-
NORRADICULAR, PERO SI ES MULTIRRADICULAR SE HARÁ LA HEMISEC
CIÓN RADICULAR.

AL OCURRIR ESTE TIPO DE FRACTURA PROVOCARÁ UN DOLOR IN
TENSO Y PERSISTENTE.

FORMACIÓN DE ESCALONES.

LA FORMACIÓN DE ESCALONES EN SU MAYORÍA ES DEBIDO A --
QUE NO SE CONOCE LA ANATOMÍA PULPAR DE LA PIEZA, QUE NO SE-
LE PRESTA MUCHA ATENCIÓN O A QUE LA CAVIDAD DE ACCESO NO --
TIENE LA SUFICIENTE AMPLITUD PARA PERMITIR EL PASO DIRECTO-
AL ÁPICE, A LA UTILIZACIÓN DE INSTRUMENTOS RECTOS Y GRANDES
EN CONDUCTOS CURVOS Y ESTRECHOS.

SI SE LLEGA A PRODUCIR UN ESCALÓN, ES NECESARIO RECU--
RRIR A INSTRUMENTOS DE CALIBRE MENOR QUE EL UTILIZADO EN ÚL
TIMO TÉRMINO.

LA FORMACION DE ESCALONES ES EL PASO A LA PERFORACIÓN-

O LA VÍA FALSA. EXISTE LA SOSPECHA DE UN ESCALÓN CUANDO--
LOS INSTRUMENTOS NO PENETRAN HASTA LA PROFUNDIDAD DESEADA--
PARA EL TRABAJO, O QUE AL INTRODUCIR EL INSTRUMENTO EL OPE--
RADOR SIENTA QUE ESTE TOPA EN UNA PARED LISA, Y ANTES DE SE--
GUIR CON NUESTRO TRATAMIENTO DE ENSANCHAMIENTO DEBEMOS TO--
MAR UNA RADIOGRAFÍA PARA VER EXACTAMENTE LA LOCALIZACIÓN --
DEL INSTRUMENTO QUE ESTAMOS UTILIZANDO.

SI SE DIAGNOSTICA EL ESCALÓN PRECOSAMENTE, PODREMOS VOL--
VER A LA VÍA NATURAL DE ACCESO DEL ÁPICE. TAMBIÉN SE PUE--
DE SEGUIR ENSANCHANDO LA PARED OPUESTA A LA DEL ESCALÓN CON
LIMAS NO USADAS, DE BUENA CALIDAD, LUBRICADAS CON GLICERINA
Y QUE SU CALIBRE SEA MUY BAJO.

INSTRUMENTAL POBRE.

CUANDO NO SE UTILIZAN TODOS LOS INSTRUMENTOS NECESA---
RIOS PARA EXTRAER LA TOTALIDAD DE LA PULPA, ENCONTRAMOS QUE
LA ENDODONCIA FRACASA, Y SI NOS PONEMOS A REVISAR LOS CON--
DUCTOS, ENCONTRAREMOS RESTOS DE TEJIDO PULPAR NECRÓTICO O -
INFLAMACIÓN.

SUBOBTURACIÓN.

ESTO ES CUANDO EL MATERIAL PARA OBTURAR CONDUCTOS NO -
LLEGA HASTA LA UNIÓN CEMENTO-DENTINARIA, QUEDANDO UNA PARTE

DEL CONDUCTO SIN OBTURAR.

SI EL CONDUCTO SE ENCUENTRA ESTÉRIL, ES DECIR, LIBRE -
DE RESTOS PULPARES, PUDIERA TENER UN BUEN PRONÓSTICO.

LA SUBOBTURACIÓN SE DEBE A:

- 1.- NO ENSANCHAR DEBIDAMENTE EL CONDUCTO.
- 2.- OBLITERACIÓN DEL CONDUCTO.
- 3.- EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA.
- 4.- CONDUCTOS DEMASIADO ESTRECHOS.
- 5.- POR LA ANATOMÍA DEL CONDUCTO QUE PRESENTA CURVATURAS O ANGULACIONES MUY EXAGERADAS.

SOBROBTURACIÓN.

— ESTA ES CUANDO EL MATERIAL PARA LA OBTURACIÓN DEL CONDUCTO PASA DEL ÁPICE DEBIDO A QUE EXAGERAMOS EN LA PRESIÓN DEL CONDENSADO.

SI ESTA SOBROBTURACIÓN SOLO CONSISTE EN QUE LA GUTA--
PERCHA, O MATERIAL DE OBTURACIÓN SOBREPASA EL ÁPICE, SERÁ--
FÁCIL RETIRARLA, RECORTAR AL NIVEL DESEADO Y OBTURAR CORRECTAMENTE.

SI LA SOBROBTURACIÓN ES CON CEMENTO, ES MÁS DIFÍCIL--
RETIRARLO, Y SE PUEDE DECIDIR RETIRARLO QUIRÚRGICAMENTE O-

DEJARLO AHÍ, SIEMPRE Y CUANDO NO HAYA SINTOMATOLOGÍA POSTO-
PERATORIA.

CUANDO LA SOBREOBTURACIÓN ES CON CEMENTO DE CONDUCTOS-
(EUGENATO DE ZINC, GUTAPERCHA, ETC.), ÉSTOS PUEDEN SER TOLE-
RADOS POR LOS TEJIDOS PERIAPICALES Y EN OCASIONES SON REAB-
SORBIDOS O BIEN ENCAPSULADOS, LO CUAL RARAMENTE PRODUCE MO-
LESTIAS DE CUALQUIER TIPO.

ES FRECUENTE QUE HAYA SOBREOBTURACIÓN AL SENO MAXILAR-
O AL CONDUCTO DENTARIO, LO CUAL RESULTA MÁS GRAVE, YA QUE-
PUEDEN CAUSAR NEURITIS DEBIDO A LA ACCIÓN IRRITANTE DE LOS-
ANTISÉPTICOS, AÚN CUANDO ÉSTOS SE ENCUENTREN VECINOS AL CON-
DUCTO Y NO HAN PENETRADO EN ÉL.

SI EXISTE SOBREOBTURACIÓN NO EXCESIVA EN EL SENO MAXI-
LAR PUEDE NO CAUSAR MOLESTIAS AL PACIENTE Y SER REABSORBIDA
EN UN CORTO PERÍODO. POR LO QUE DEBEMOS UTILIZAR UN MATE-
RIAL DE RÁPIDA ABSORCIÓN Y EVITAR EN LO MÁS POSIBLE LA UTI-
LIZACIÓN DE LÉNTULOS, YA QUE ÉSTOS PUEDEN IMPULSAR EN ALGU-
NOS CASOS EL MATERIAL DE OBTURACIÓN TRASPASANDO EL ÁPICE.

TAPONAMIENTO DEL CONDUCTO.

EN OCASIONES OBSERVAMOS EN EL CONDUCTO VIRUTAS DE DEN-
TINA PROCEDENTES DEL LIMADO EFECTUADO AL CONDUCTO, LOS CUA-

LES FORMAN UNA PASTA ESPECIE DE CEMENTO, DEBIDO A QUE SE --
MEZCLAN CON EL PLASMA O TRASUDADO PROVENIENTE DEL ÁPICE, LO
CUAL RESULTA MUY DIFÍCIL DE ELIMINAR.

POR ELLO DEBEMOS TRATAR DE VACIAR EL CONDUCTO TOTALMEN
TE POR MEDIO DE INSTRUMENTOS DE BAJO CALIBRE AYUDADOS POR -
LA SOLUCIÓN EDTAC, LA CUAL NOS AYUDA A DISOLVER EN PARTE A-
LA DENTINA POR REMOVER.

SI NOS ES IMPOSIBLE HACERLO CON LOS INSTRUMENTOS, OPTA
REMOS DEJARLO ASÍ OBTURANDO EL CONDUCTO HASTA DONDE SE EN--
CUENTRA EL TAPONAMIENTO Y ESPERAR A QUE NO HAYA RESULTADO -
NEGATIVO.

CAÍDA DE INSTRUMENTOS EN VÍAS RESPIRATORIAS Y DIGESTIVAS.

ESTE ES UNO DE LOS ERRORES EN LOS QUE NUNCA DEBERÍAMOS
INCURRIR DEBIDO A QUE PARA HACER UN TRATAMIENTO ENDODÓNTICO
DEBEMOS AISLAR CON DIQUE DE GOMA, GRAPAS, ARCO, ETC., AÚN--
CUANDO LOS DIENTES A TRATAR TENGAN UNA CORONA MUY DESTRUÍDA
YA QUE DEBEMOS INTENTAR LA COLOCACIÓN DE LA GRAPA ESPECIAL-
QUE AJUSTA EN LA RAIZ POR DEBAJO DEL BORDE LIBRE DE LA EN--
CÍA.

Y CUANDO SE TRABAJA SIN DIQUE DEBIDO A QUE EL PACIENTE
NO LO AGUANTA, NO EXISTA LUGAR DE FIJACIÓN DE LA GRAPA, ETC.

DEBEMOS TOMAR TODAS LAS PRECAUCIONES POSIBLES COMO SON:

- a) ATARLES UN HILO A LOS INSTRUMENTOS.
- b) ATARLES UN HILO A LOS INSTRUMENTOS DEJANDO EN EL OTRO EXTREMO DEL HILO UN PESO PEQUEÑO.
- c) ESE MISMO HILO PUEDE SER ATADO AL DEDO MEÑI- QUE O AL QUE MEJOR SE ACOMODE EL OPERADOR Y - EN LA MANO CON QUE ESTÁ TRABAJANDO.

SI LLEGA A OCURRIR ESTE ACCIDENTE, DEBEMOS TRATAR DE ELIMINARLO CON RAPIDEZ Y PIDIENDOLE AL PACIENTE QUE NO SE MUEVA, PERO SI NO PODEMOS ELIMINARLO, DEBEMOS AYUDARNOS -- POR UN MÉDICO ESPECIALIZADO.

CUANDO CAE EN VÍA DIGESTIVA NO HAY TANTO PROBLEMA, -- PUES EN UNAS SEMANAS SERÁ EXPULSADO POR VÍA RECTAL, PERO - SI SE VA A VÍAS RESPIRATORIAS SE TENDRÁ QUE LOCALIZAR CON- RADIOGRAFÍAS Y TRATAR DE SACARLO CON BRONCOSCOPIA.

SOBREINSTRUMENTACIÓN.

CUANDO UTILIZAMOS INSTRUMENTOS DEMASIADO GRUESOS PARA EL CONDUCTO RADICULAR, PODEMOS OCASIONAR QUE SE FRACTURE - EL ÁPICE, Y SI APARECE UNA LESIÓN LA CUAL PERSISTE, TENDRE MOS QUE INTERVENIR QUIRÚRGICAMENTE Y ELIMINAR EL ÁPICE.

LA SOBREENSTRUMENTACIÓN PUEDE PASAR DESAPERCIBIDA CON RADIOGRAFÍA, PERO AL ESTAR HACIENDO LA OBTURACIÓN DE LOS CONDUCTOS EL MATERIAL EMPEZARÁ A SALIR POR EL LUGAR DE LA FRACTURA, LO CUAL PUEDE PROVOCARNOS PERIODONTITIS Y LESIÓN APICAL.

PARA PODER CORREGIR ESTE TIPO DE ACCIDENTES, ES NECESARIO HACER LA APICECTOMÍA Y OBTURAR RETRÓGADAMENTE.

IRRITANTES MECÁNICOS Y QUÍMICOS.

IRRITANTES QUÍMICOS.

CUANDO SE ESTÁ REALIZANDO EL TRATAMIENTO ENDODÓNTICO-SE UTILIZAN VARIOS MEDICAMENTOS CON LA FINALIDAD DE ELIMINAR O REDUCIR LA FLORA MICROBIANA, EVITAR O DISMINUIR LA INFLAMACIÓN, ESTIMULAR LA REPARACIÓN.

PERO MUCHAS DE ÉSTAS DROGAS O MEDICAMENTOS USADOS EN LOS CONDUCTOS RADICULARES SON O ACTÚAN COMO IRRITANTES DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES.

LOS GERMICIDAS USADOS SIN JUICIO TAMBIÉN PUEDEN IRRITAR EL TEJIDO PERIAPICAL.

UNA DROGA QUE MATA BACTERIAS TAMBIEN PUEDE MATAR EL TEJIDO VITAL; ESTA ES UNA CONTRADICCIÓN, YA QUE OCASIONAL-

MENTE EL USO DE ANTIMICROBIANOS FAVORECE LA MULTIPLICACIÓN DE LOS MICROORGANISMOS QUE NO SON SUSCEPTIBLES A LA DROGA.

EN MUCHOS CASOS LA DROGA ES MÁS DAÑINA QUE LOS MICROORGANISMOS (ES PEOR EL REMEDIO QUE LA ENFERMEDAD).

EXISTEN ALGUNOS ANTIBIÓTICOS QUE SON MENOS IRRITANTES A LOS TEJIDOS TISULARES, OTROS QUE TIENEN EFECTOS NEGATIVOS PUEDEN DESENCADENAR REACCIONES ALÉRGICAS EN ALGÚN MOMENTO DEL TRATAMIENTO O EL PACIENTE PUEDE OBSERVAR UNA SENSIBILIDAD A LAS DROGAS Y DE ESTA MANERA PRIVARSE DE LOS BENEFICIOS DE ÉSTOS CUANDO MÁS LOS LLEGUE A NECESITAR.

PARA UNA TERAPIA EXITOSA EN EL TRATAMIENTO ENDODÓNTICO NO SE NECESITA EL EMPLEO DE ALGÚN MEDICAMENTO.

PARA UN BUEN RESULTADO BASTA LA LIMPIEZA MECÁNICA Y DE LA INSTRUMENTACIÓN REMOVIENDO NUMEROSOS MICROORGANISMOS JUNTO CON EL TEJIDO NECRÓTICO E INFLAMADO, Y PARA ESTO ES VITAL LA ESTERILIZACIÓN ADECUADA DE LOS INSTRUMENTOS Y DEL CAMPO OPERATORIO, PARA DEJAR QUE EL ORGANISMO CREE SUS PROPIAS DEFENSAS Y HAYA UNA REPARACIÓN EXITOSA DE LA LESIÓN PERIAPICAL SI ES QUE HABÍA LA EXISTENCIA DE ELLA.

IRRITANTES MECÁNICOS.

LA INSTRUMENTACIÓN UTILIZADA EN EL CONDUCTO RADICULAR

ES MUY IMPORTANTE PARA UNA BUENA TERAPIA. SE DEBE TENER-
UN ESPECIAL CUIDADO EN LA SELECCIÓN DEL INSTRUMENTAL QUE -
SE VA A UTILIZAR EN CADA UNO DE LOS TRATAMIENTOS, VERIFI--
CANDO QUE SEAN LOS ADECUADOS PARA CADA PIEZA.

CANAL PASADO POR ALTO.

PRESENCIA DE UN SEGUNDO CONDUCTO.- AUNQUE RARA, LA --
PRESENCIA DE UN SEGUNDO CONDUCTO NO TRATADO, PUEDE CONDU--
CIR AL FRACASO TERAPÉUTICO.

FALSAS VÍAS INSUPERABLES.

CUANDO UN INSTRUMENTO ESCARIA LA PARED EXTERNA DE UN-
CONDUCTO CURVO, QUIZÁS NO SEA POSIBLE LA INSTRUMENTACIÓN O
EL RELLENO DEL CONDUCTO MÁS ALLÁ DE ESE PUNTO.

PERFORACIONES.

LA PERFORACIÓN DE LA PARED DEL CONDUCTO RADICULAR, --
QUE PROVOCA UNA COMUNICACIÓN CON EL TEJIDO PERIODONTAL PUE
DE DEBERSE A:

- A) NO SEGUIR EL CONDUCTO RADICULAR DURANTE LA INSTRU-
MENTACIÓN.
- B) PREPARACIÓN CON ESPIGA.

C) INTENTO DE PENETRAR UN PUEBTE CALCIFICADO.

D) RELLENO DBL CONDUCTO QUE DEMUESTRA LA PERFORACIÓN.

CONDUCTOS OBLITERADOS.

EL ENVEJECIMIENTO FISIOLÓGICO CON CALCIFICACIÓN PROGRESIVA DEL ESPACIO RADICULAR IMPIDE MUCHAS VECES QUE EL CIRUJANO LOCALICE Y ACTÚE SOBRE LOS CONDUCTOS. UN PROCESO SIMILAR PUEDE SER INICIADO POR TRAUMATISMOS, QUE CONDUCEN A CALCIFICACIÓN RÁPIDA Y DISTRÓFICA. ÉSTAS CALCIFICACIONES-DISTRÓFICAS PUEDEN OBLITERAR EL ESPACIO CANALICULAR. SIEMPRE EXISTE UN VESTIGIO DE CONDUCTO, PERO A VECES ES TAN PEQUEÑO QUE NO PUEDE DETECTARSE, O SU DIÁMETRO NO PERMITE LA INTRODUCCIÓN DE LA LIMA O DEL ESCARIADOR MÁS FINO. LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS CON OBTURACIÓN RETRÓGADA OFRECEN LA ÚNICA ALTERNATIVA O LA EXTRACCIÓN.

FRACTURAS RADICULARES CON NECROSIS DE LA PULPA.

NO TODAS LAS FRACTURAS RADICULARES CONDUCEN A MUERTE PULPAR, PERO CUANDO SE PRODUCE NECROSIS, CON FRECUENCIA EL SEGMENTO CORONARIO SE SEPARA DEL APICAL. EN ESTE CASO EL TRATAMIENTO DEPENDE DEL TIPO Y LOCALIZACIÓN DE LA FRACTURA:

- 1.- SI EL SEGMENTO DESPLAZADO ES RELATIVAMENTE PEQUEÑO Y LA RAIZ RESTANTE PROPORCIONA UNA ACEPTABLE RELACION CORONA

RAIZ SE PROCEDE AL TRATAMIENTO DEL CONDUCTO RADICULAR--
HASTA LA FRACTURA Y SE ELIMINA EL SEGMENTO APICAL.

2.- SI LA RELACIÓN CORONA-RAIZ, ES INADECUADA, PODRÍA CONSI
DERARSE LA UTILIZACIÓN DE UN IMPLANTE ENDODÓNTICO.

AISLACIÓN DEL CAMPO OPERATORIO.

LA AISLACIÓN ADECUADA DEL CAMPO OPERATORIO ES REQUISITO
INDISPENSABLE Y DIRECTAMENTE LIGADO AL ÉXITO DEL CASO.

ES LA UNICA MANERA DE OBTENER UN CAMPO SECO, FÁCIL DE-
DESINFECTAR, CON MEJOR VISIÓN, PROTEGE A LOS TEJIDOS GINGI-
VALES CONTRA LA ACCIÓN CAÚSTICA DE LAS SUSTANCIAS QUÍMICAS,
EVITA LA CAÍDA DE INSTRUMENTOS A VÍAS RESPIRATORIAS Y DIGES
TIVAS, Y ESTO SE LOGRA CON EL USO DEL DIQUE DE GOMA.

CAUSAS DE ORDEN LOCAL QUE PUEDEN DIFICULTAR O IMPOSIBILI-- TAR EL TRATAMIENTO.

ÉSTAS SON: ANOMALÍAS DE DESARROLLO, CALCIFICACIONES, -
ACCIDENTES OPERATORIOS, PERFORACIONES, FRACTURAS DE INSTRU-
MENTOS, AUSENCIA TOTAL O PARCIAL DEL SOPORTE CORONARIO.

VARIACIONES DE LA ANATOMÍA INTERNA.

AL REALIZAR UNA APERTURA CORONARIA PEQUEÑA, SOLO SE --

CONSIGUE PENETRAR Y TRATAR UNA SOLA DE LAS RAMIFICACIONES - DE LAS PIEZAS QUE PRESENTAN VARIAS, Y DEBIDO A ELLO EL MATE- RIAL QUE SE ENCUENTRA EN EL OTRO CONDUCTO SERÁ UNA CONSTAN- TE FUENTE DE IRRIGACIÓN PARA LOS TEJIDOS PERIAPICALES E IN- VARIABLEMENTE EL CASO NOS LLEVARÁ A UN FRACASO.

TRATANDO NUEVAMENTE EL CASO Y AYUDADOS POR LA RADIOGRA- FÍA, SE HARÁ LA AMPLIACIÓN DE LA ABERTURA HASTA EL LÍMITE - NECESARIO PARA PODER TENER UN FÁCIL ACCESO AL SEGUNDO CON- DUCTO NO TRATADO.

CALCIFICACIONES.

SIEMPRE QUE IMPIDAN EL ACCESO DIRECTO Y FRANCO AL CON- DUCTO, CONSTITUYEN UNA DIFICULTAD PARA EL CORRECTO TRATA- MIENTO ENDODÓNTICO.

ÉSTAS CALCIFICACIONES PUEDEN ENCONTRARSE A NIVEL DEL - TERCIO APICAL DEL CONDUCTO RADICULAR Y NO PRESENTAR PROBLE- MAS, PERO EN OTRAS OCASIONES SE ENCUENTRAN OBLITERANDO LA - ENTRADA A LOS CONDUCTOS.

PERFORACIONES APICALES.

PUEDEN PRODUCIRSE COMO UN ACCIDENTE DURANTE LA PREPARA- CIÓN BIOMECÁNICA, EN OCASIONES EL TRATAR DE SOBREPASAR UN -

ESCALÓN, LA INSTRUMENTACIÓN ES EXCESIVA Y NOS SOBREPASAMOS-- Y EL MATERIAL OBTURADOR SE EXTRAVASARÁ POR LA PERFORACIÓN,-- LO CUAL PUEDE PROVOCAR UNA LESIÓN APICAL.

PERFORACIONES LATERALES.

REPRESENTAN SERIAS DIFICULTADES PARA EL TRATAMIENTO EN DODÓNTICO.

GENERALMENTE SE DEBEN A UN ACCIDENTE DURANTE LA APERTU RA DE ESPACIOS PARA LA COLOCACIÓN DE PERNOS. CUANDO ES -- UNA PERFORACIÓN ACCIDENTAL Y NO SE COLOCA UNA PRÓTESIS DEFI NITIVA, SE PUEDE INTENTAR LA OBTURACIÓN DE LA TREPANACIÓN-- CON LA COLOCACIÓN DE UN APÓSITO DE HIDRÓXIDO DE CALCIO Y ES TARLO REEMPLAZANDO CADA DOS MESES APROXIMADAMENTE HASTA QUE SE CONSIGA SU SELLADO BIOLÓGICO.

EN OTRAS OCASIONES SE ENCUENTRA LA PERFORACIÓN Y EL CE MENTADO Y PUEDE PASAR ASINTOMÁTICO DURANTE UN TIEMPO PROLON GADO, PERO CUANDO ES DIAGNOSTICADO YA ES MUY TARDE, PUES -- LAS RAÍCES PUEDEN ESTAR TOTALMENTE PERDIDAS CON EXTENSAS -- ÁREAS DE REABSORCIÓN EXTERNA POR LO QUE EL TRATAR DE RECUP E RARLO RESULTARÁ INÚTIL.

PERFORACIONES DEL PISO.

CONSTITUYEN UN OBSTÁCULO PARA EL ÉXITO DE UN TRATAMIEN

TO ENDODÓNTICO.

CUANDO ÉSTAS PERFORACIONES SON ACCIDENTALES Y DEPEN---
DIENDO DEL TAMAÑO, EL CERRAMIENTO PUEDE CONSEGUIRSE CON ---
AMALGAMA O HIDRÓXIDO DE CALCIO.

PERO SI ÉSTAS PERFORACIONES SON PATOLÓGICAS DEBIDO A -
CARIES EXTENSAS, DONDE YA SE PRODUJO TAMBIÉN UNA REABSOR---
CIÓN EXTERNA, CASI SIEMPRE NOS ENCONTRAMOS CON UNA INDICA---
CIÓN PARA LA EXTRACCIÓN.

PRESENCIA DE CUERPOS EXTRAÑOS (AMALGAMA, FRACTURA DE INSTRU
MENTOS, PERONOS, ETC.) EN EL INTERIOR DE CONDUCTOS QUE NECE
SITAN SER TRATADOS NUEVAMENTE.

ESTO ES UN OBSTÁCULO PARA EL TRATAMIENTO ENDODÓNTICO--
DE LAS PIEZAS, YA QUE EN OCASIONES EL DENTISTA TIENE QUE RE
CURRIR A MANIOBRAS QUIRÚRGICAS PARA TRATAR DE APROVECHAR EL
DIENTE EN SU MAYOR TOTALIDAD, A LA VEZ DE REALIZAR UNA OBTU
RACIÓN RETRÓGADA, LAS CUALES ESTÁN INDICADAS CUANDO EXISTE-
UN PERNO VOLUMINOSO Y SU REMOCIÓN TENGA EL RIESGO DE UNA --
PERFORACIÓN, FRACTURA O DEBILITAMIENTO DE LAS PAREDES DE LA
RAIZ.

RETRATAMIENTOS.

EN MUCHAS OCASIONES AQUELLOS DIENTES CUYOS CONDUCTOS-

YA ESTÁN TRATADOS Y QUE NECESITAN UN NUEVO TRATAMIENTO DEBIDO A LA PRESENCIA DE UNA LESIÓN PERIAPICAL, REPRESENTAN UNA DIFICULTAD PARA EL TRATAMIENTO, YA QUE AL INTENTAR DESOBTURAR LOS CONDUCTOS QUE FUERON TRATADOS Y OBTURADOS ÚNICAMENTE CON ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL Y QUE CARECEN DE LAS PUNTAS DE GUTAPERCHA, SE VUELVEN MÁS DIFÍCILES PORQUE CONFORME VAPASANDO EL TIEMPO EL CEMENTO SE PETRIFICA Y ES MÁS DIFÍCIL RETIRARLO.

DESINFECCIÓN.

LOS ODONTÓLOGOS GENERALES Y LOS ESPECIALISTAS REALIZAN TODOS LOS DÍAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SIN LAVARSE, SIN USAR GUANTES Y SIN AISLAR EL CAMPO OPERATORIO CON PAÑOS ESTÉRILES.

AL IGUAL QUE ES UNA BUENA COSTUMBRE DESINFECTAR EL CAPEZAL Y LOS BRAZOS DEL SILLÓN RUTINARIAMENTE ENTRE LAS DIFERENTES INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, ES RECOMENDABLE HACERLO CON LOS MANGOS DE LAS LÁMPARAS, LOS INSTRUMENTOS DE MANO Y LAS JERINGAS DE AIRE Y AGUA, EL LAVABO, LOS GRIFOS Y BOTO--NES DE AJUSTE DEL SILLÓN ODONTOLÓGICO.

ESTA DESINFECCIÓN SE PUEDE HACER CUANDO SE VA A CERRAR EL CONSULTORIO Y CON UN GERMICIDA POR CONTACTO QUE NO IRRITE NI MANCHE, COMO ES EL CASO DEL CLORURO DE BENZALCONIO --

CON ALCOHOL ISOPROPÍLICO AL 70%, EL CUAL SE APLICA CON FACILIDAD.

INDICACIONES DE OBTURACIÓN.

RETRÓGADA COMPLICACIONES ANATÓMICAS.

COMPLICACIONES ANATÓMICAS.

- a) RAÍCES TORTUOSAS O LACERADAS NO PERMEABLES.
- b) METAMORFOSIS CÁLCICA CON PATOLOGÍA APICAL.
- c) CONDUCTOS LATERALES O AUXILIARES INACCESIBLES.
- d) CÁLCULOS DE LA PULPA INSUPERABLES.

COMPLICACIONES IATROGÉNICAS.

- a) FRACASO DEL TRATAMIENTO DEL CONDUCTO RADICULAR CUANDO NO PUEDE EXTRAERSE EL MATERIAL DE RELLENO.
- b) PERFORACIONES DEL CONDUCTO POR INSTRUMENTACIÓN O PREPARACIÓN.
- c) CONDUCTOS OBSTRUIDOS POR MATERIAL INSOLUBLE (AMALGAMA, CEMENTO, FRAGMENTOS DE INSTRUMENTOS ROTOS).

CONDUCTOS ACCESORIOS Y LATERALES.

LA PRESENCIA DE ÉSTOS CONDUCTOS TIENE CONEXIÓN CON LA TAZA DE ÉXITOS DE LA TERAPÉUTICA RADICULAR, DEBIDO A QUE NO ES POSIBLE INSTRUMENTAR DICHOS CONDUCTOS A TRAVÉS DEL CONDUCTO RADICULAR PRINCIPAL, Y TAMBIEN PORQUE SON DIFÍCILES DE OBTURAR DURANTE EL SELLADO DEL CONDUCTO RADICULAR PRINCIPAL.

ADEMÁS LOS ÚNICOS DOS MÉTODOS POR LOS CUALES TALES CONDUCTOS PUEDEN SER ADECUADAMENTE SELLADOS SON: POR LA TÉCNICA DE CONDENSACIÓN LATERAL A TRAVÉS DEL CONDUCTO RADICULAR O MEDIANTE UNA VÍA QUIRÚRGICA CUANDO EL ORIFICIO ACCESORIO ESTÁ SELLADO DIRECTAMENTE DESDE EL EXTERIOR DE LA RAIZ.

EXISTEN CONDUCTOS LATERALES QUE A MENUDO TIENEN UN DIÁMETRO MAYOR QUE EL ORIFICIO APICAL, Y LOS VASOS SANGUÍNEOS QUE PASAN A TRAVÉS DE LOS CONDUCTOS LATERALES CONTRIBUYEN MÁS AL SISTEMA VASCULAR DEL CONDUCTO RADICULAR QUE LOS VASOS QUE PENETRAN A TRAVÉS DEL ORIFICIO APICAL.

PUEDEN APARECER SITUACIONES EN LAS QUE LOS PRIMEROS MOLARES INFERIORES PRESENTEN UNA BIFURCACIÓN EN SU CONDUCTO GENERAL A LA ALTURA DEL TERCIO MEDIO.

EN TALES SITUACIONES SE VUELVE DIFÍCIL LA PENETRACIÓN PORQUE ESTÁN ATRESIADAS Y LIGERAMENTE CURVADAS, HA--

CIENDO QUE UN PROFESIONAL MENOS AFECTO A LAS TÉCNICAS ENDODÓNCICAS CONSIGA LA PENETRACIÓN SOLAMENTE HASTA DONDE-- TERMINA EL CONDUCTO ÚNICO Y EL CASO SE TRANSFORMA EN UN-- FRACASO.

EN LOS PRIMEROS MOLARES SUPERIORES TAMBIÉN PUEDEN -- APARECER ALTERACIONES EN LA ANATOMÍA INTERNA CON LA APARI-- CIÓN DE TRES CONDUCTOS COMO SI FUESE UN PEQUEÑO MOLAR.

LOS QUE CON MAYOR FRECUENCIA PRESENTAN CONDUCTOS AC-- CESORIOS SON:

- 1.- MOLARES INFERIORES.
- 2.- PRIMEROS MOLARES SUPERIORES.
- 3.- INCISIVO LATERAL INFERIOR.

ACCESO A LAS CAVIDADES.

UN ACCESO A LA CAVIDAD QUE ESTÁ DEMASIADO CERCA DEL-- CÍNGULO CONDUCE A DOBLAMIENTOS AFILADOS EN EL INSTRUMENTO CON ATASCAMIENTO CONTRA LAS PAREDES DE LA CAVIDAD DE ACCE-- CO Y LA POSIBLE FORMACIÓN DE ESCALONES, LA PERFORACIÓN -- APICAL O AMBAS.

FRACTURAS CORONARIAS.

EN ÉSTAS FRACTURAS CON AFECCIÓN DE LA PULPA SE DAN 3 OPCIONES POSIBLES DE TRATAMIENTO COMO SON: RECUBRIMIENTO-PULPAR, PULPOTOMÍA O LA TERAPÉUTICA RADICULAR CONVENCIONAL.

- 1.- EL RECUBRIMIENTO PULPAR RARAMENTE TIENE ÉXITO A MENOS QUE LA EXPOSICIÓN SEA MUY PEQUEÑA.
- 2.- LA PULPOTOMÍA TIENE MÁS ÉXITO QUE LOS RECUBRIMIENTOS-PULPARES Y ES PARTICULARMENTE ÚTIL EN DIENTES QUE PRESENTAN UN DESARROLLO INCOMPLETO DE LOS ÁPICES.
- 3.- LA EXTIRPACIÓN PULPAR ESTÁ INDICADA EN DIENTES EN LOS QUE LA EXPOSICIÓN SEA MAYOR DE 1 mm² EN DONDE HAY HABIDO HISTORIA DE DOLOR O EN LOS ENFERMOS EN LOS QUE LA EXPOSICIÓN OCURRIÓ EN UN TIEMPO MAYOR A 24 HORAS.

PÉRFORACIONES.

POR LO GENERAL SON CAUSADAS POR UNA FRESA O POR UN--ENSANCHADOR MECÁNICO, Y POR LO TANTO, ESTÁN SUJETAS DEBIDO A SU DIRECCIÓN O A INSTRUMENTACIÓN ULTERIOR.

EL FALSO CONDUCTO Y EL ORIFICIO (PERFORACIÓN) DEBE--RÁN SER SELLADOS DE LA MISMA MANERA QUE EL CONDUCTO RADI-

CULAR NATURAL CON SELLADOR Y CON GUTAPERCHA, O SOLO CON SELLADOR, YA SEA AL MISMO TIEMPO QUE SE OBTURA EL CONDUCTO PRINCIPAL O ANTES.

SI TIENEN UNA COLOCACIÓN CORONAL, LA CARA PERIODONTAL DE LA PERFORACIÓN ES TAPONADA DESDE ADENTRO HACIA AFUERA CON UNA HOJA DE ORO (ORO COHESIVO EN ROLLO), Y ÉSTA ES SOSTENIDA EN POSICIÓN EN VEZ DE LA AMALGAMA.

SI LA PERFORACIÓN PRESENTA UNA SUPERFICIE MUY AMPLIA HACIA LOS TEJIDOS PERIODONTALES, SE PODRÁ LOGRAR UN MEJOR SELLADO DESCUBRIENDO LA PERFORACIÓN MEDIANTE VÍA QUIRÚRGICA CORTANDO RETENCIONES EN LA CAVIDAD Y OBTURANDO CON AMALGAMA.

FRACTURAS RADICULARES.

EL TRATAMIENTO ENDODÓNTICO DE LOS DIENTES CON FRACTURAS RADICULARES DEBE SER CONSIDERADO JUNTO CON EL TRATAMIENTO ULTERIOR RESTAURADOR DE LA CORONA. NO EXISTE OBJETO ALGUNO EN SALVAR LA CORONA QUE NO PUEDE SER RESTAURADA POSTERIORMENTE.

a) FRACTURAS VERTICALES.

EN LOS DIENTES UNIRRADICULARES TIENEN UN PRONÓSTICO SIN ESPERANZA, YA QUE NO ES POSIBLE ESTABILIZAR LOS FRAG-

MENTOS NI RETIRAR UNA PARTE QUIRÚRGICAMENTE Y DEJANDO LA OTRA IN SITU.

EL PRONÓSTICO DE LAS FRACTURAS VERTICALES EN LOS DIENTES MULTIRRADICULARES DEPENDERÁ DEL SITIO DE LA FRACTURA. ALGUNAS VECES ES POSIBLE DIVIDIR A LA MITAD AL DIENTE RETENIENDO A LA RAIZ O RAÍCES FUERTES QUE TIENEN QUE SER OBTURADAS POR TÉCNICAS CONVENCIONALES.

b) FRACTURAS HORIZONTALES.

EN EL TERCIO CERVICAL DE LA RAIZ EL TRATAMIENTO DEPENDERÁ DE SI LA LÍNEA DE FRACTURA SE EXTIENDE ARRIBA O ABAJO DE LA CRESTA ALVEOLAR ÓSEA.

SI SE ENCUENTRA ARRIBA, EL CONDUCTO RADICULAR DEBE OBTURARSE EN UN QUINTO APICAL DE LA OBTURACIÓN DEL CONDUCTO RADICULAR Y EL TEJIDO GINGIVAL SOBRE LA LÍNEA DE FRACTURA, SERA EXTIRPADO QUIRURGICAMENTE DE TAL MANERA QUE SEA POSIBLE OBTENER UNA IMPRESIÓN SATISFACTORIA PARA UNA RESTAURACIÓN RETENIDA CON POSTES.

ALGUNAS VECES LOS DOS FRAGMENTOS PERMANECEN EN CONTACTO DESPUÉS DE LA FRACTURA. EN TALES ENFERMOS ES ÚTIL TOMAR UNA IMPRESIÓN DEL ARCO ANTES DE LA EXTRACCIÓN DE LA CORONA PARA QUE ÉSTA PUEDA SER REEMPLAZADA EN LA IMPRESIÓN Y SE FABRIQUE UN MODELO. EL MODELO TENDRÁ UNA RE-

PRODUCCIÓN EXACTA DE LA SUPERFICIE RADICULAR FRACTURADA, PUDIENDO CONSTRUIRSE UNA CORONA TEMPORAL RETENIDA CON POSTES, LA CUAL SERÁ EXACTA Y DISMINUIRÁ LA IRRITACIÓN DE LOS TEJIDOS GINGIVALES ENTRE LA LÍNEA DE LA FRACTURA Y EL MARGEN DE LA ENCÍA.

OBTURACIONES IATRÓGENAS.

INCLUYEN INSTRUMENTOS DE CONDUCTOS RADICULARES ROTOS POSTES, GUTAPERCHA U OBTURACIONES RADICULARES DE CEMENTO-SÓLIDO.

OBJETOS METÁLICOS VISIBLES.

SI EL OBJETO FRACTURADO ES METÁLICO Y VISIBLE SU RECUPERACIÓN ES RELATIVAMENTE SIMPLE.

REPRESENTAN UNA SERIA DIFICULTAD. EL IDEAL ES QUE CUANDO SE CONSIGUE PASAR AL LADO DEL FRAGMENTO FRACTURADO SE LO DESALOJE Y SE LO REMUEVA POR MEDIO DE IRRIGACIÓN Y-ASPIRACIÓN.

LOS OBJETOS MÁS COMUNES SON LIMAS, ENSANCHADORES,---LÉNTULOS, ETC.

SOLO CUANDO UNA PARTE DEL INSTRUMENTO HA QUEDADO VISIBLE EN LA CÁMARA PULPAR, DEBE INTENTARSE TOMARLO POR SU

EXTREMO LIBRE CON PINZAS ESPECIALES.

CUANDO EL INSTRUMENTO APARENTA ESTAR LIBRE DENTRO DEL CONDUCTO RADICULAR, PUEDE PROCURARSE INTRODUCIR AL COSTADO DEL MISMO, UNA LIMA EN COLA DE RATÓN NUEVA, QUE AL GIRAR-- SOBRE UN EJE, ENGANCHE EL TROZO DEL INSTRUMENTO Y CON UN MOVIMIENTO DE TRACCIÓN, LO DESPLACE HACIA EL EXTERIOR.

ALGUNOS AUTORES RECOMIENDAN EL USO DE SOLUCIONES CONCENTRADAS DE YODO, QUE CON SU APLICACIÓN CONTINUA CORROEN- EL INSTRUMENTO, PERMITIENDO SU MÁS FÁCIL REMOSIÓN.

SE RECOMIENDA UNA SOLUCIÓN COMPUESTA POR YODURO DE PO TASIO 8 grs., YODO CRISTALIZADO 8 grs., Y 12 grs., DE AGUA DESTILADA.

FRAGMENTOS METÁLICOS INVISIBLES.

SI EL FRAGMENTO NO ESTÁ VISIBLE, SU RECUPERACIÓN SE - HACE MÁS DIFÍCIL.

LOS INSTRUMENTOS ROTOS CERCANOS AL ÁPICE, PUEDEN EN - OCASIONES SERVIR COMO OBTURACIÓN SECCIONAL RADICULAR Y PUE DEN SER ACEPTADOS SI EL DIENTE PERMANECE ASINTOMÁTICO.

SIN EMBARGO, EL PACIENTE DEBERÁ SER ADVERTIDO DEL --- ACCIDENTE Y SE ARREGLARÁ EL TENER CON ÉL REVISIONES RADIO-

GRÁFICAS ANUALES.

SI EL FRAGMENTO ESTÁ CAUSANDO SÍNTOMAS Y TIENE QUE --
SER RETIRADO, ENTONCES LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS SON PO-
SIBLES Y ÉSTAS DEPENDERÁN DE LA POSICIÓN, TAMAÑO Y TIPO --
DEL INSTRUMENTO ROTO.

SI EL INSTRUMENTO ES DELGADO Y NO SE ENCUENTRA ATASCAD
DO FIRMEAMENTE DENTRO DEL CONDUCTO, ENTONCES SERA POSIBLE--
RETIRARLO, PASANDO TIRANERVIOS BARBADOS O LIMAS A LO LARGO
DE ÉL ENGARZANDO ÉSTOS ALREDEDOR Y LEVANTANDO EL FRAGMENTO
HACIA AFUERA DEL CONDUCTO.

SI EL FRAGMENTO ES MAYOR, ENTONCES SE TIENE QUE COR--
TAR UN CONDUCTO ALREDEDOR DE ÉL.

ALGUNAS VECES NO ES POSIBLE RETIRAR UN FRAGMENTO ROTO
DE UN CONDUCTO, DEBIDO A QUE EL RIESGO DE PERFORACIÓN ES -
MUY GRANDE O PORQUE LA REMOSIÓN IMPLICA LA DESTRUCCIÓN DE-
DEMASIADA SUSTANCIA DENTARIA Y QUE LA RAIZ, LA CORONA REMAD
NENTE O AMBAS QUEDEN DEMASIADO DÉBILES PARA SOPORTAR UNA -
RESTAURACIÓN ADECUADA.

PREVENCIÓN.

GENERALMENTE LOS INSTRUMENTOS SE ROMPEN DEBIDO AL ABUS
SO A QUE HAN SIDO USADOS DEMASIADAS VECES, HAN SIDO SOBRE-

CALENTADOS DURANTE LA ESTERILIZACIÓN O HAN SIDO GIRADOS EXCESIVAMENTE DENTRO DEL CONDUCTO RADICULAR.

LOS ENSANCHADORES Y LIMAS MUY DELGADAS SOLAMENTE DEBEN SER USADOS UNA SOLA VEZ Y SER DESCARTADOS. LOS TAMAÑOS MÁS GRANDES PUEDEN SER ESTERILIZADOS Y USADOS OTRAS VECES DEPENDIENDO DE QUE SEAN EXAMINADOS CUIDADOSAMENTE Y DESCARTADOS SI LAS HOJAS MUESTRAN CUALQUIER IRREGULARIDAD, SIENDO ESTO UNA INDICACIÓN DE USO EXCESIVO.

SI LA FRACTURA DE UN INSTRUMENTO EN UN CONDUCTO ES DESESPERANTE PARA EL PACIENTE, Y SU REMOSIÓN CONSUME MUCHO TIEMPO, SE DEBE HACER EN DOS SESIONES O HACER LA EXTRACCIÓN DE LA PIEZA.

CAÍDA DE INSTRUMENTOS.

ALGUNOS FABRICANTES PRODUCEN LIMAS Y ENSANCHADORES CON MANGOS LARGOS Y ÉSTOS ASEGURAN QUE EL INSTRUMENTO NO SERÁ DEGLUTIDO ACCIDENTALMENTE AUNQUE SE CAIGA EN LA BOCA.

SI A PESAR DE TODAS LAS PRECAUCIONES TOMADAS SE PIERDE UN INSTRUMENTO, EL OPERADOR DEBERÁ ARREGLARSE LAS PARAS QUE SE TOMEN RADIOGRAFÍAS INMEDIATAMENTE DEL PECHO Y DEL ABDOMEN DE TAL MANERA QUE SE ASEGURE LA LOCALIZACIÓN Y POSICIÓN DEL INSTRUMENTO. SI EL INSTRUMENTO SE ENCUENTRA--

EN EL ABDOMEN, SU PASO A TRAVÉS DEL CONDUCTO ALIMENTARIO - DEBERÁ SER VIGILADO DIARIAMENTE HASTA QUE COMO SUCEDE NORMALMENTE ÉSTE SE EXCRETE.

UNA SITUACIÓN MUCHO MÁS GRAVE ES AQUELLA EN LA QUE EL INSTRUMENTO NO HA SIDO EXCRETADO, O ÉSTE HA SIDO INHALADO, EN ÉSTOS CASOS LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ES INEVITABLE.

EN CUALQUIERA DE ÉSTOS CASOS EL OPERADOR DEBE INFORMAR A SU SOCIEDAD DE PROTECCIÓN MÉDICA DE INMEDIATO, DEBIDO A LA DEMANDA LEGAL QUE CASI SEGURAMENTE SEGUIRÁ A DICHO ACCIDENTE TAN FÁCILMENTE PREVISIBLE.

OBTURACIÓN RETRÓGADA.

EL CUIDADOSO EXAMEN RADIOGRÁFICO DEL DIENTE QUE SE VA A TRATAR PRINCIPALMENTE CON MÁS DE UNA TOMA EN DISTINTAS ANGULACIONES PUEDE ALTERARNOS CON RESPECTO A POSIBLES VARIACIONES DE SU ANATOMÍA.

PUEDEN APARECER CIERTAS SITUACIONES EN LAS QUE AÚN OBSERVANDO RADIOGRAFICAMENTE LA PRESENCIA DE OTRA RAZ Y DE OTRO CONDUCTO NO SE CONSIGA PENETRAR EN ELLOS A PESAR DE TODAS LAS TENTATIVAS. EN ESTOS CASOS SE DEBE INTENTAR OBTURAR AL QUE SE CONSIGUIÓ ACCEDER Y RESOLVER QUIRÚRGICAMENTE EL PROBLEMA DE LA OTRA RAZ CON UNA OBTURACIÓN RETRÓGA-

DA, LA CUAL SE HACE POR LA CARA DEL HUESO QUE ESTÉ MÁS CER-
CANA A EL ÁPICE DE LA RAIZ QUE SE VA A OBTURAR RETRÓGADA,-
YA HECHA LA PENETRACIÓN SE LOCALIZA EL ÁPICE Y SE INTRODUCEN
LA LIMA Y EL ENSANCHADOR PARA REMOVER EL RESTO DE LA -
PULPA RADICULAR, SE LIMPIA LA ZONA CON SUERO Y SE PROCEDE-
A OBTURAR CON GUTAPERCHA, LOGRANDO ASÍ UN SELLADO TOTAL EN
EL ÁPICE. TODO ESTO SE HACE AYUDADO DE LAS RADIOGRAFÍAS.

CAPÍTULO IV

ACCIDENTES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.

1.- PERFORACIÓN DEL CONDUCTO CON POSTES.

CUANDO SE HACE ENDODONCIA EN UNA PIEZA QUE CARECE DE LA CORONA CLÍNICA SE HACE INDISPENSABLE LA COLOCACIÓN DE UN POSTE O PIN, PARA OBTENER MAYOR ESTÉTICA Y PODER COLOCAR UNA CORONA DE PORCELANA.

PARA ELLO SE DEBE TENER CUIDADO CON EL FRESADO, YA QUE SI NO SE ORIENTA CORRECTAMENTE LA FRESA, PODEMOS PERFORAR LA CORONA EN SU TERCIO CERVICAL Y TERCIO MEDIO DE LA RAIZ.

UNA VEZ QUE OCURRE LA PERFORACIÓN, ES RECOMENDABLE REPARARLA INMEDIATAMENTE CON HIDRÓXIDO DE CALCIO QUE ES UNA TÉCNICA DE LAS MÁS EFECTIVAS, DE NO HACERLO ASÍ, EN EL SITIO DE LA PERFORACIÓN HABRÁ TRASUDADO DEL TEJIDO CONECTIVO SIENDO ESTO UN PROBLEMA PARA LA REPARACIÓN, YA QUE SE TORNARÁ MAS DIFÍCIL LA CICATRIZACIÓN.

DOLOR POSTOPERATORIO.

EL DOLOR QUE VIENE DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO ENDODÓN-
TICO ES NULO O SU INTENSIDAD ES MUY PEQUEÑA Y CEDE GENERAL-
MENTE CON LA ADMINISTRACIÓN DE SEDANTES O ANALGÉSICOS COMU-
NES.

SE REALIZÓ UN ESTUDIO A 690 PACIENTES A LOS QUE SE --
LES PRACTICÓ ENDODONCIA Y SE ENCONTRÓ QUE UN 40% SOLO UNA-
TERCERA PARTE DURÓ MÁS DE UN DÍA.

A LOS QUE SE LES REALIZÓ UN TRATAMIENTO ENDODÓNTICO--
EN UNA SOLA SESIÓN SE OBSERVÓ QUE EL 90% DE ELLOS TUVIERON
DOLOR ESPONTÁNEO O NINGUNO.

CUANDO SE REALIZA UNA BUENA OBTURACIÓN DE CONDUCTOS,--
RARA VEZ PRODUCE DOLOR, PERO SI ÉSTE SE PRESENTA SE PUEDE--
SUPONER QUE SE REALIZÓ UNA SOBREOBTURACIÓN.

EN LOS CASOS EN LOS QUE AL MOMENTO DE ESTAR OBTURANDO
EL PACIENTE REFIERE CIERTA SENSIBILIDAD O DOLOR, ES ACONSE-
JABLE UTILIZAR UN CEMENTO QUE CONTENGA CORTICOESTEROIDES--
(SEPTODONT) PARA AYUDAR A FACILITAR EL POSTOPERATORIO Y --
QUE ÉSTE SEA INDOLORO Y ASINTOMÁTICO.

EL PACIENTE MAS DIFÍCIL Y DESCONCERTANTE ES AQUEL QUE
SE QUEJA DE DOLOR DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO ENDODÓNTICO,--

POR LO QUE HAY QUE OBSERVAR SI EXISTEN CONDUCTOS CON RAMIFICACIONES MÚLTIPLES Y QUE NO SE TRATARON, LA AFECCIÓN ENDODÓNTICA DE LAS PIEZAS VECINAS, LA INFLAMACIÓN PERIAPICAL DEBIDO A INSTRUMENTOS, MEDICAMENTOS, SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN, ETC.

FRACASO DE TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS PREVIOS.

SUELEN DEBERSE A SELLADO INSUFICIENTE DEL CONDUCTO. LAS PASTAS CREAN UNA ILUSIÓN DE HABER SELLADO CORRECTAMENTE, CUANDO EN REALIDAD SIGUE ABIERTO EL CONDUCTO.

EL EMPLEO DE MATERIAL SOLIDO NO ASEGURA EL SELLADO DEBIDO A QUE LAS PUNTAS SON REDONDAS Y EL CONDUCTO PUEDE TENER FORMA VIARABLE. POR LO QUE SE NECESITA ALGUNA TÉCNICA PARA FORZAR EL MATERIAL A ADAPTARSE A LA FORMA DEL CONDUCTO. CUANDO NO SE LOGRA EL SELLADO HERMÉTICO DEL CONDUCTO, SE RECOMIENDA LA OBTURACIÓN RETRÓGADA.

CASO No.1.

PACIENTE FEMENINA EDAD APROXIMADA ENTRE 45 Y 50 AÑOS, SU HISTORIA CLÍNICA ES MÁS O MENOS BUENA, YA QUE PRESENTA VARIACIONES EN LOS SIGNOS DE LA PRESIÓN ARTERIAL, LO CUAL NO LE HA TRAÍDO MAYORES PROBLEMAS QUE UN DESMAYO MOMENTÁNEO CON DURACIÓN DE APROXIMADAMENTE 10-15 SEGUNDOS.

COMENTA QUE HACE 20 AÑOS INICIARON SUS PROBLEMAS DENTALES COMO SON CARIES Y UNA LIGERA MOVILIDAD DURANTE LOS EMBARAZOS.

OTRA DE LAS OCASIONES QUE CONSULTÓ CON OTRO CIRUJANO-DENTISTA, LE RECOMENDÓ Y PRACTICÓ LA ENDODONCIA EN ALGUNAS PIEZAS PERO SIN LA DEBIDA PRECAUCIÓN DE LAS RADIOGRAFÍAS - NECESARIAS ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ENDO--DONTICO AL IGUAL QUE SU CONTROL POSOPERATORIO DEBIDO A QUE CARECÍA DEL APARATO DE RAYOS X.

POR UN PERÍODO CORTO LAS MOLESTIAS DE DOLOR DESAPARECIERON REINICIÁNDOSE AL POCO TIEMPO, DESCONFIANDO YA DE --ESE CIRUJANO DENTISTA, DECIDIÓ IR CON OTRO AL QUE LE COMENTO SUS MOLESTIAS Y EL TRATAMIENTO QUE LE HABÍAN REALIZADO, ÉSTE DENTISTA TOMÓ LAS RADIOGRAFÍAS CORRESPONDIENTES, EN--CONTRÁNDOSE QUE EL TRATAMIENTO ENDODÓNTICO HABÍA SIDO MAL-REALIZADO, POR LO QUE PROCEDIÓ A DESOBTURAR LOS CONDUCTOS--E INTRODUCIR MEDICAMENTO HASTA LA ZONA PERIAPICAL DONDE SE ENCONTRABA UNA LESIÓN Y ASÍ TRATAR DE ELIMINARLA, PERO LA--PIEZA EMPEZÓ A CAERSE EN PEDAZOS, TERMINANDO POR HACERSE--LA EXTRACCIÓN.

PERO LAS MOLESTIAS SEGUÍAN EN LAS OTRAS PIEZAS OPTAN--DO POR ELLO AL DRÁSTICO TRATAMIENTO QUE CONSISTIÓ EN LAS -EXTRACCIONES MÚLTIPLES PARA LA COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS--TOTAL INMEDIATA.

CASO No.2

PACIENTE FEMENINA DE APROXIMADAMENTE 35-38 AÑOS DE --
EDAD. SU HISTORIA CLÍNICA REVELA QUE GOZA DE BUENA SALUD
EXCEPTO POR UNA AFECCIÓN DENTAL, LA CUAL EMPEZÓ APROXIMADA
MENTE POR EL MES DE NOVIEMBRE DE 1985 CUANDO UN MOLAR SUPE
RIOR SE LE FRACTURÓ MIENTRAS MASTICABA, FUÉ CON EL CIRUJA-
NO DENTISTA, EL CUAL DIJO HABER QUITADO LA CARIES EXISTEN-
TE Y HABER PUESTO UNA OBTURACIÓN CON AMALGAMA DE PLATA, PO
CO TIEMPO DESPUÉS SOBREVINO OTRA FRACTURA EN LA MISMA PIE-
ZA Y REFIRIÓ DOLOR, PERO POR ENCONTRARSE FUERA DE LA CIU--
DAD NO VISITÓ AL DENTISTA Y SOLO SE ADMINISTRABA ANALGÉSIS-
COS, LOS CUALES LE ELIMINABAN EL DOLOR POR UN RATO O POR--
VARIOS DÍAS, PARA DESPUÉS CONTINUAR, CONTINUÓ ASÍ POR UN -
MES.

YA DE REGRESO EN LA CIUDAD VOLVIÓ CON EL CIRUJANO DEN
TISTA QUE LA HABÍA ATENDIDO, EL CUAL AL REVISARLA ENCONTRÓ
QUE HABÍA COMUNICACIÓN CON LA CÁMARA PULPAR, LA CUAL YA SE
ENCONTRABA BASTANTE LASTIMADA, DEBIDO A ESTO LE RECOMENDÓ-
LA ENDODONCIA A LO QUE EL PACIENTE ASINTIÓ, ÉSTE DENTISTA-
REALIZÓ EL TRATAMIENTO SIN TOMAR UNA SOLA RADIOGRAFÍA EN -
NINGÚN MOMENTO, YA FINALIZADA LA ENDODONCIA LA PACIENTE --
VOLVIÓ A SU CASA A SU VIDA NORMAL, PERO SOLO POR UNOS CUAN
TOS DÍAS, YA QUE EL DOLOR VOLVIÓ Y DESCONFIÓ DE SU DENTIS-

TA POR LO QUE FUÉ A CONSULTAR CON OTRO, EL CUAL ANTES DE -
REALIZAR CUALQUIER COSA LE TOMÓ UNA RADIOGRAFÍA DE LA PIE-
ZA PARA VER EL MOTIVO DEL DOLOR Y ENCONTRÓ QUE HABÍA QUEDA
DO UN CONDUCTO SIN OBTURAR Y CON SU CORRESPONDIENTE PAQUE-
TE PULPAR, PERO ADEMÁS DE ESO ENCONTRÓ QUE OTRO DE LOS CON
DUCTOS QUE HABÍAN SIDO OBTURADOS PRESENTABA SU RAIZ FRACTU
RADA EN EL TERCIO MEDIO Y EN LA ZONA APICAL SE ENCONTRABA-
UN PEQUEÑO ABSCESO. UNA VEZ REALIZADA ESTA REVISIÓN SE--
PROCEDIÓ AL DRÁSTICO TRATAMIENTO DE LA EXTRACCIÓN, YA QUE-
LA PACIENTE NO QUERÍA SABER NADA DE OTRO TIPO DE TRATAMIE
NTO Y PREFIRIÓ QUE SE LE COLOCARA UNA PRÓTESIS PARCIAL.

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

NUNCA DEBEMOS DEJARNOS LLEVAR POR EL ÉXITO DE NUESTRO PRIMER TRATAMIENTO, NI EN EL CASO DE HABER REALIZADO CIENTOS DE VECES UN MISMO TRATAMIENTO OBTENIENDO UN BENEFICIO AL PACIENTE Y A NOSOTROS MISMOS, DEBEMOS REPETIR EL TRATAMIENTO CUANTAS VECES SEA NECESARIO COMO SI SE TRATASE DE NUESTRA PERSONA HASTA ESTAR CONVENCIDOS DE QUE ESTUVO BIEN REALIZADO.

TENEMOS QUE ESFORZARNOS CADA DÍA MÁS ESTUDIANDO Y ACTUALIZANDONOS CONSTANTEMENTE Y TRATANDO A CADA UNO DE NUESTROS PACIENTES COMO SI FUESE EL PRIMERO Y ÚNICO, DANDO LO MEJOS DE NOSOTROS DESDE NUESTROS CONOCIMIENTOS HASTA LA PRESENCIA MISMA.

DEBEMOS TENER PACIENCIA Y ESCUCHAR CON ATENCIÓN A NUESTRO PACIENTE, PONER NUESTROS CINCO SENTIDOS A FUNCIONAR Y AYUDAR AL PACIENTE COMO SI FUESE UN FAMILIAR O UN AMIGO -- MUY QUERIDO, A QUE OBTENGÁ UN BIEN EN AQUELLO QUE LO AQUEJA Y NO VERLO COMO A UN BILLETE MÁS QUE IRÁ A PARAR A NUESTRO BOLSO, SINO COMO A UN AMIGO MÁS QUE HEMOS GANADO CON -- SOLO DARLE UN POCO DE ATENCIÓN Y ALIVIO.

B I B L I O G R A F Í A .

- 1.- ARENS ADAMS DE CASTRO
CIRUGÍA EN ENDODONCIA.
EDITORIAL DOYMA
MÉXICO, D.F.
226 PÁGINAS.
- 2.- BEVERIDGE
ENDODONCIA.
EDITORIAL INTERAMERICANA
MÉXICO, D.F.
590 PÁGINAS.
- 3.- J.T. HARTI
ENDODONCIA.
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO
MÉXICO, D.F.,
338 PÁGINAS.
- 4.- LASALA ANGEL
ENDODONCIA.
EDITORIAL SALVAT.
BARCELONA ESPAÑA
624 PÁGINAS.

5.- LEONARD LEAL SIMOER FILHO

TRATAMIENTO DE LOS CONDUCTOS RADICULARES.

EDITORIAL PANAMERICANA

MÉXICO, D.F.,

387 PÁGINAS.

6.- MAISTO OSCAR A.

ENDODONCIA

EDITORIAL MUNDI

MÉXICO, D.F.,

370 PÁGINAS.

7.- OSEALD ROBERT J.

CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS.

EDITORIAL INTERAMERICANA

MÉXICO, D.F.,

650 PÁGINAS.

8.- PRECIADO

MANUAL DE ENDODONCIA.

EDITORIAL CUELLAR

296 PÁGINAS.

9.- SORIN MIGUEL

IATROGENIAS (PROBLEMÁTICA EN GENERAL.)

EDITORIAL EL ATENEO
BUENOS AIRES, ARGENTINA
195 PÁGINAS.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA