

31441

**CONDICIONES DE LOS TRATAMIENTOS DE
CONDUCTOS EN LA CLÍNICA DE
ENDOPERIODONTOLOGÍA Y SU CONTROL A
DISTANCIA.**

ELABORADO POR:

**C.D. ANA PATRICIA OLIVARES ROA.
C.D. KARLA SÁNCHEZ ALAVEZ.**

ASESOR.

Dr. EDUARDO LLAMOSAS H.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

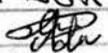
ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ÍNDICE

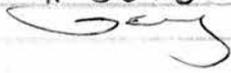
PAG

Resumen	2
Introducción	3
Marco Teórico	3
Planteamiento del Problema	7
Objetivos	7
Justificación	8
Metodología	8
Recolección de Datos	10
Resultados	11
Gráficos	11
Discusión	23
Conclusiones	24
Referencias	25

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Ana Patricia
Oliveros Rod.
FECHA: 11 Junio 2004.
FIRMA: 

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Karla Sánchez
Alavez
FECHA: 11. Junio. 2004
FIRMA: 

RESUMEN.

El presente trabajo tuvo como objetivo conocer las características de los tratamientos de conductos que se efectúan en la clínica de Endoperiodontología y analizar los factores que influyen en el éxito a distancia de estos, así como iniciar su seguimiento a distancia.

En los resultados obtenidos encontramos que las dos terceras partes de los pacientes que acuden a esta clínica son mujeres entre 30 y 50 años de edad; de los tratamientos efectuados casi la mitad son tratamientos complejos tanto en lo referente a las características anatómicas de los conductos como en el estado pulpar previo que fue en más de la mitad de los casos necrótico con evidencia radiográfica de lesión periapical previa. Además se encontró que los procedimientos utilizados en su mayoría fueron la técnica telescópica para instrumentación y técnica de obturación lateral.

Se concluye que los tratamientos endodónticos efectuados en la clínica son eficientes ya que tres cuartas partes de los tratamientos fueron realizados en un máximo de tres citas, en donde el límite apical de la obturación se encontraba a 1 y 2 mm del ápice radiográfico y en la mayoría de los casos la condensación de la obturación fue buena.

Respecto al inicio de la evaluación a distancia los resultados obtenidos fueron pocos lo que no permite hacer conclusiones importantes, aunque es bueno resaltar que éstos tenían una evolución de un año de haber sido realizados y en tres cuartas partes de estos había disminuido o desaparecido la evidencia radiográfica de lesión periapical y los dientes se encontraban asintomáticos, lo que evidencia adecuados tratamientos de conductos.

INTRODUCCIÓN.

El tratamiento de conductos evita la pérdida de dientes y el pronóstico a distancia depende de varios factores, entre ellos, el correcto diagnóstico y la realización escrupulosa de los diversos procedimientos clínicos, como el acceso, la adecuada preparación biomecánica y la obturación tridimensional de los conductos radiculares. Entonces, es importante revisar periódicamente los tratamientos, una vez que se han concluido éstos, para tener conocimiento de la evolución y posible éxito a distancia de los mismos.

MARCO TEÓRICO

El éxito en el tratamiento de conductos, repercute directamente en el bienestar de los pacientes, por lo que deberemos de cuidar todos los aspectos involucrados en su logro, mediante el establecimiento de un diagnóstico correcto, así como el completo desbridamiento del sistema de conductos de tejido pulpar infectado o necrótico, con la eliminación de la mayor cantidad posible de microorganismos y el completo sellado del espacio de los conductos.

El pronóstico de los conductos radiculares tratados, depende de muchos factores que interactúan y que son acumulativos, entre ellos:

1. Factores relacionados al paciente
 - ◆ sexo, edad
2. Factores anatómicos del diente
 - ◆ dientes uniradicales o multirradicales
 - ◆ morfología de conductos
 - ◆ conductos laterales y accesorios
3. Estados patológicos previos de la pulpa
 - ◆ estado pulpar
 - ◆ estado periapical
 - ◆ presencia imagen radiolúcida apical
4. Factores en el nivel apical y calidad del tratamiento de conductos
 - ◆ técnicas y materiales
 - ◆ número de citas
 - ◆ extensión de la preparación y obturación
5. Accidentes relacionados con la preparación
 - ◆ perforaciones
6. Restauración posterior al tratamiento^{15,16,18}

El éxito del tratamiento endodóntico es generalmente evaluado por el análisis de radiografías de seguimiento después de terminado el tratamiento y la presencia o ausencia de signos y/o síntomas clínicos.¹³

A continuación se desglosan los diferentes factores asociados al éxito o fracaso de los tratamientos de conductos.

- Factores anatómicos del diente.

Se podría pensar que los resultados serían mejores en los dientes anteriores que en los molares, sin embargo, varios estudios han demostrado resultados opuestos, encontrando que, el tratamiento endodóntico tiene más éxito en los dientes con 3 raíces (90%) que en aquellos con 2 raíces (80%) y mejor que en los dientes unirradiculares (70%). Esto es probable que se deba al hecho de que los conductos relativamente estrechos de los dientes multirradiculares se instrumentan con más cuidado que los conductos más anchos de los unirradiculares.¹⁷

- Factores relacionados al paciente y estados patológicos previos de la pulpa.

Barbakow y cols. encontraron que el éxito del tratamiento no es influenciado por la edad del paciente. Sin embargo Stridberg reportó menor éxito en pacientes seniles.²

BarbaKow, Cleaton Jones y Friedman estudiaron el éxito del tratamiento en dientes vitales y no vitales, concluyendo que no había diferencia significativa relacionada a la condición previa de la pulpa.²

Sjogren, Hagglund, Sundqvist y Wing evaluaron pulpectomías en un período de 8-10 años. Los resultados del estudio mostraron que las condiciones pulpares y periapicales previas si están directamente relacionadas con el éxito del tratamiento.²¹

Ashkenaz realizó 359 tratamientos de conductos en dientes unirradiculares con pulpa vital, realizados en una sesión; se evaluaron durante un periodo de dos años y encontró un 97% de éxito.⁵

Pekruhn evaluó la incidencia del fracaso endodóntico en los tratamientos realizados en una sesión, entre estos se encontraban dientes vitales, necróticos, con o sin sintomatología, necrosis pulpar con o sin emergencia previa, necrosis pulpar con patología apical, retratamientos y expuestos al medio bucal. En un año la proporción de fracasos fue de 5,2%. Encontró un porcentaje mayor de fracaso, en los dientes con necrosis pulpar sin emergencia previa, en casos de necrosis pulpar con patología apical y en los casos de retratamientos.⁹

Rudner y Oliet realizaron tratamientos de conductos en 98 dientes con pulpa vital y necrótica en una sesión, excluyeron del estudio dientes no vitales con características clínicas de exacerbación. La cicatrización periapical en un periodo de 2 años, fue de un 90%.⁶

Por su parte Oliet realizó un estudio para comparar la reparación periapical en dientes tratados en una y dos sesiones. Utilizó 348 dientes con pulpas vitales y necróticas, realizó 153 tratamientos en una sesión y 185 casos en dos sesiones. Se evaluaron a los 18 meses. Los tratamientos en una cita obtuvieron un 88,8% de éxito y los de dos citas un 88,6%.⁷

Friedman y cols. realizaron un estudio utilizando un cemento sellador coronal de ionómero de vidrio, encontrando un 10% mayor de éxito en los casos realizados en una sesión que en los realizados en varias sesiones. Los casos con pulpa necrótica obtuvieron un 9% más de éxito en una sesión, que cuando se realizaron en varias sesiones, sin embargo la diferencia no fue estadísticamente significativa.¹²

Con respecto a las pulpectomías que se realizan sin la presencia de imagen periapical radiolúcida, Tronstad indica que los resultados reflejan un 96% de éxitos, con independencia de que la vitalidad pulpar sea positiva o negativa al inicio del tratamiento. En las pulpectomías que se realizan en dientes con imagen periapical radiolúcida, los resultados del estudio reflejan un 86 % de éxitos; en los tratamientos de conductos que se realizan en dientes con imagen periapical radiolúcida asociada a un tratamiento previo, los resultados mostraron un 62% de éxito para el nuevo tratamiento de endodoncia. Las razones para este porcentaje tan bajo de éxitos son todavía desconocidas. Si bien, las limitaciones propias de la técnica y la complejidad anatómica del sistema de conductos pueden tener cierta influencia, los últimos conocimientos sobre la presencia de infecciones extrarradiculares quizás pueden contribuir a estas cifras tan bajas.¹⁹

Existe un renovado interés acerca del papel que los microorganismos, presentes en la región periapical, pueden jugar en relación con el éxito de los tratamientos de endodoncia, Langeland estudió histológicamente las lesiones periapicales pero no desarrolló un cultivo bacteriano debido a la creencia de que estos tejidos periapicales son estériles.⁵

En otros estudios Louis Lin y cols. demostraron que la persistencia o presencia de bacterias en el conducto radicular y en el ápice radicular, contribuye al fracaso del tratamiento en un estudio donde se relacionaron las evidencias radiográficas, signos y/o síntomas clínicos y hallazgos bacteriológicos.¹

Sin embargo, estudios posteriores revelan la presencia de los gérmenes fuera del conducto radicular y que, por añadidura, las bacterias anaerobias son capaces de sobrevivir y mantener el proceso infeccioso periapical.⁶⁻⁷

En cualquier caso, si bien la enfermedad pulpo periapical es una alteración directamente relacionada con la presencia de microorganismos en el sistema pulpar, en la actualidad no parece bien definido si la presencia de bacterias fuera del conducto es la causa o la consecuencia del fracaso del tratamiento de conductos.

Finalmente, y con relación al tamaño de la lesión periapical, Bystrom, Happonen, Sjogren y Sundqvist, mencionan que la cicatrización periapical esta condicionada por el tamaño inicial de la lesión y necesita un periodo de observación de cinco años, para poder confirmar la cicatrización periapical completa. Estos resultados se encuentran en consonancia con los trabajos de Strindberg en los que se manifiesta que la desaparición de la imagen radiolúcida puede tardar hasta 9 años.²⁰

Southard y Rooney evaluaron la cicatrización en 19 pacientes que presentaron absceso periapical agudo con imagen radiolúcida y fiebre, donde se le realizó incisión, drenaje y tratamiento endodóntico en la misma sesión. Encontró que 11 pacientes que regresaron a un control al año todos estaban asintomáticos y con evidencia radiográfica de reparación de la lesión preexistente.⁸

- Factores en el nivel apical y calidad del tratamiento de conductos.

En este sentido y respecto al nivel apical de la obturación, Sjogren, Hagglund, Sundqvist y Wing encontraron que en dientes con necrosis pulpar y lesión periapical, el mejor pronóstico, con 94% de éxitos, sucede en los dientes en los que el material de relleno se halla dentro de los 0-2mm apicales; un 76% para las sobreobturaciones; y un 68% para las obturaciones más cortas de 2mm del ápice. En el mismo trabajo, con respecto a aquellos dientes que presentan un tratamiento de conductos previo junto a una lesión periapical, el nivel de la obturación apical del nuevo tratamiento de endodoncia influye en el éxito de la terapéutica en la siguiente forma: 67% de éxitos cuando el material de obturación apical se encuentra entre 0-2mm del ápice; 65% de éxitos cuando el material de obturación apical se encuentra corto en más de 2mm; y un 50% para las situaciones de sobreobturación de material.²¹

Louise Lin y cols señalan que la sobreobturación, obturación corta y al nivel del ápice radiográfico, parecen no tener relación con los fracasos endodónticos.¹

Storms indica que el éxito del tratamiento de conductos, no está influenciado por el número de sesiones en que se realizan los tratamientos.³

Soltanoff revisó en un estudio, 80 dientes vitales y necróticos, tratados endodónticamente, en una o varias sesiones; se evaluaron entre 6 meses y dos años, encontrando que los tratamientos realizados en una sesión presentaron un 85% de éxito.⁴

Stamos y cols. describen dos casos de completa reparación después de un año de realizado el tratamiento endodóntico en una sesión, donde utilizaron hipoclorito de sodio al 2.6%, ultrasonido e instrumentación manual.¹⁰

- Restauración posterior al tratamiento.

La condición de restauración o no después del tratamiento de conductos es un factor que influye en el éxito o fracaso de este.

El sellado coronal del conducto adquiere una importante relevancia. Los irritantes de la cavidad oral pueden filtrar coronalmente la obturación del conducto y producir irritación de los tejidos periapicales. Así mismo, la saliva y los irritantes químicos de los alimentos pueden ser factores determinantes en la calidad del sellado coronal de la obturación del conducto radicular. Se ha demostrado experimentalmente que el sellado producido por el cemento radicular y gutapercha puede verse alterado por su constante exposición a la saliva. De esta forma, la exposición prolongada a la saliva por pérdida de la restauración, caries recurrente o márgenes abiertos

requieren repetir el tratamiento de endodoncia para retirar la obturación existente, reinstrumentar el conducto y colocar una nueva obturación radicular.¹⁸⁻¹⁹

Como se puede apreciar en la revisión anterior, son varios los factores que se analizan para evaluar el éxito-fracaso de los tratamientos de conductos. Entre estos están las condiciones generales como género y la edad, las condiciones particulares como el nivel de obturación de los conductos, presencia de lesión periapical, si son realizados en una o varias citas, la condición pulpar previa, y la presencia o ausencia de restauración posterior al tratamiento.

Por tanto los criterios que se tomaron en cuenta en esta investigación son los siguientes:

- Que si existe evidencia radiográfica de lesión periapical previa, ésta haya disminuido o desaparecido.
- Que si no existe lesión en los tejidos periapicales, éstos se mantengan sin cambios clínicos ni radiográficos.
- Que no existan signos ni síntomas clínicos.
- Que el diente se encuentre en función.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El éxito de los tratamientos de conductos es determinante para la conservación del diente con enfermedad pulpar irreversible o necrótica. Para poder lograrlo es importante determinar que factores son significativos en su obtención y conocer cuál es el éxito a distancia que se logra en los tratamientos efectuados en nuestra práctica cotidiana.

Es importante conocer que factores han determinado el éxito-fracaso en la clínica de Endoperiodontología, para poder tener así un seguimiento de la realización de los tratamientos efectuados.

OBJETIVOS.

- Conocer las características generales de los tratamientos de conductos que se efectúan en la clínica de Endoperiodontología.
- Analizar los factores que influyen en el éxito a distancia de los tratamientos de conductos realizados en la clínica de Endoperiodontología.
- Iniciar el seguimiento a distancia en la clínica de Endoperiodontología.

PREGUNTAS.

1. ¿Cuáles son las técnicas de instrumentación y obturación más empleadas en la clínica?
2. ¿Cuáles son los factores que influyen en el éxito a distancia en los tratamientos de conductos realizados en la clínica de Endoperiodontología?
3. ¿Qué tan determinante es el nivel de obturación para obtener éxito a distancia?
4. ¿Difiere el pronóstico si se trata de un diente vital o necrótico?
5. ¿El éxito dependerá de la presencia o ausencia de lesión periapical?
6. ¿Cuándo se observa mayor éxito, en dientes tratados en una cita o en varias citas?
7. ¿La edad y género del paciente influirán en el éxito obtenido?

JUSTIFICACIÓN.

Al realizar un tratamiento de conductos radiculares deben tomarse en cuenta diferentes factores que influyen en el éxito o fracaso del tratamiento. En este seguimiento se estableció cuales de estos factores son determinantes en el éxito o fracaso del mismo, usando la revisión clínica y radiográfica.

METODOLOGIA.

TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

La presente investigación consistió de dos partes:

Primera parte: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, con un diseño transeccional descriptivo, con el siguiente procedimiento:

De los expedientes del archivo de la Clínica de la Especialización en Endoperiodontología, se revisaron los correspondientes a los años 2000, 2001 y 2002. De éstos, se seleccionaron aquellos cuyo expediente estaba completo y que contenía la información de tratamientos de conductos terminados, no importando la edad ni el género del paciente.

Se excluyeron los expedientes que no contaban con la información completa del HC4, que no tenían las radiografías del tratamiento o que carecían de teléfono para poder ser localizados.

La información recopilada de los tratamientos de conductos es la siguiente:

No. De Expediente. Dato obtenido de acuerdo al registro individual de la Clínica.

Nombre, edad y género del paciente.

Diente. Nomenclatura empleada para definir al órgano dental.

Diagnóstico. Se refiere a la condición pulpar previa, asentado en el HC4.

No. de citas. Se refiere a la cantidad de citas en las que fue efectuado el tratamiento.

Técnica de instrumentación. Se aplica a la técnica que fue empleada para la instrumentación biomecánica del o los conductos

Técnica de obturación. Se refiere a la forma en la que se efectuó la condensación para lograr la obturación.

Calidad de obturación. Se refiere a:

- 1) nivel longitudinal de la obturación, de la siguiente forma:
 - 1.1) en el ápice radiográfico: ápice rx
 - 1.2) a un milímetro del ápice radiográfico: ideal
 - 1.3) a dos milímetros del ápice radiográfico: corta
 - 1.4) a más de dos milímetros del ápice radiográfico: sobreextensión
- 2) calidad de la condensación:
 - 2.1) buena: cuando se aprecie una condensación homogénea, sin espacios
 - 2.2) mala: cuando se aprecien pequeños espacios sin material de obturación

Segunda parte: Se realizó un estudio prospectivo, correlacional, con un diseño longitudinal no experimental,²² con el siguiente procedimiento:

A todos los pacientes de los tratamientos seleccionados, se les llamó, vía telefónica, para que acudieran a la Clínica de Endoperiodontología para realizar un control a distancia y poder recopilar la siguiente información:

Fecha de evaluación a distancia. Fecha de referencia para determinar el tiempo que lleva de realizado el tratamiento.

Presencia del diente tratado. Se refiere a la permanencia del diente en su alvéolo.

Evolución de la lesión periapical. Se refiere a la presencia o ausencia de lesión periapical, evaluado a través de un seguimiento radiográfico, que determine los cambios en el tiempo de la condición periapical debidos al tratamiento de conductos, de acuerdo a los siguientes criterios:

- 1) aumento del tamaño de la lesión
- 2) la lesión se mantiene del mismo tamaño
- 3) la lesión ha disminuido, pero no ha desaparecido
- 4) sin presencia de lesión

Condición de la corona clínica. Se refiere a presencia y tipo de restauración de la corona.

Examen clínico. Se evaluó la sintomatología clínica del diente tratado, así como la de los tejidos blandos circundantes.

RECOLECCIÓN DE DATOS

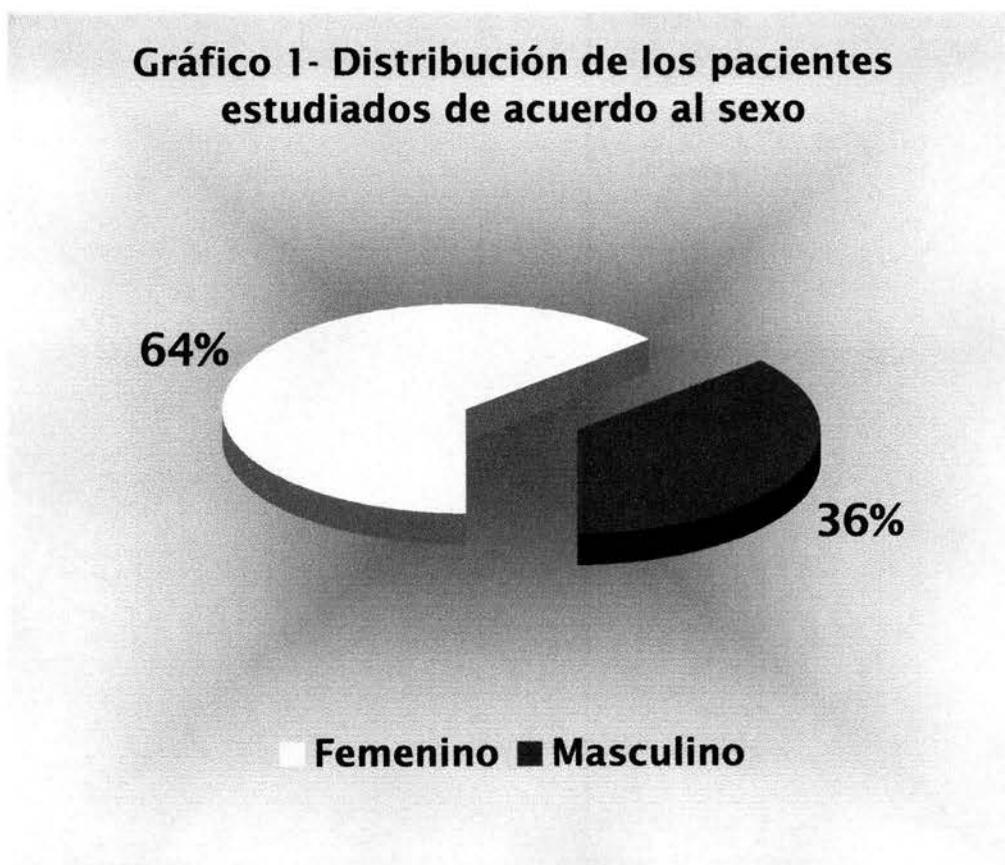
Los datos obtenidos fueron vaciados en el formato que se presenta .

SEXO	_____	EDAD	_____	DIENTE	_____
FECHA DE REALIZACIÓN	_____	EXPEDIENTE No.	_____		
DIAGNOSTICO		Vital	<input type="checkbox"/>	Necrotico	<input type="checkbox"/>
LESION PERIAPICAL		Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
				mm	<input type="checkbox"/>
No.CITAS	_____	FECHA TERMINADO	_____		
TÉC. DE INSTRUMENTACIÓN		Telescopica	<input type="checkbox"/>	Crown Down	<input type="checkbox"/>
				F. Balanceadas	<input type="checkbox"/>
				Rotatorios	<input type="checkbox"/>
TÉC. DE OBTURACIÓN		Lateral	<input type="checkbox"/>	Vertical	<input type="checkbox"/>
CALIDAD DE OBTURACIÓN	NIVEL	Apice rx	<input type="checkbox"/>	1mm	<input type="checkbox"/>
				2mm	<input type="checkbox"/>
				más 2 mm	<input type="checkbox"/>
	CONDENSACIÓN	Buena	<input type="checkbox"/>	Mala	<input type="checkbox"/>
FECHA DE EVALUACIÓN A DISTANCIA	_____	Diente Presente	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
				No	<input type="checkbox"/>
EVOLUCIÓN DE LA LESIÓN PERIAPICAL		Aumento	<input type="checkbox"/>	Igual	<input type="checkbox"/>
				Disminución	<input type="checkbox"/>
				Desaparecio	<input type="checkbox"/>
RESTAURACIÓN		Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
				Con qué	<input type="checkbox"/>
EXAMEN CLÍNICO	EXAMEN CLÍNICO	Percusión	<input type="checkbox"/>	Palpación	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIÓN	_____				

RESULTADOS

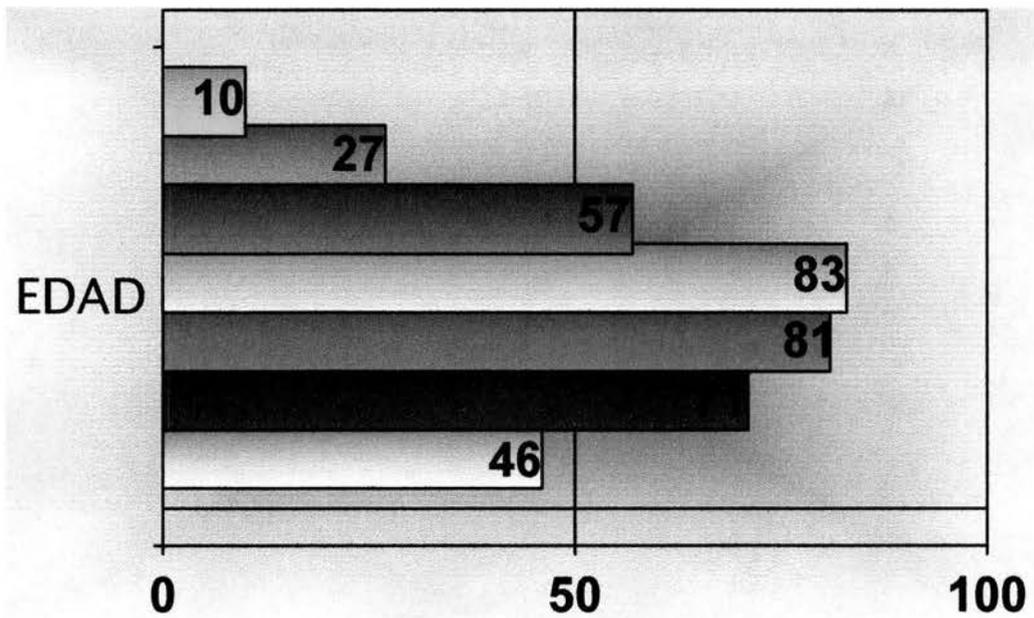
Se revisaron un total de 381 pacientes que tenían uno o varios tratamientos de conductos.

La distribución por sexo se aprecia en el gráfico 1.



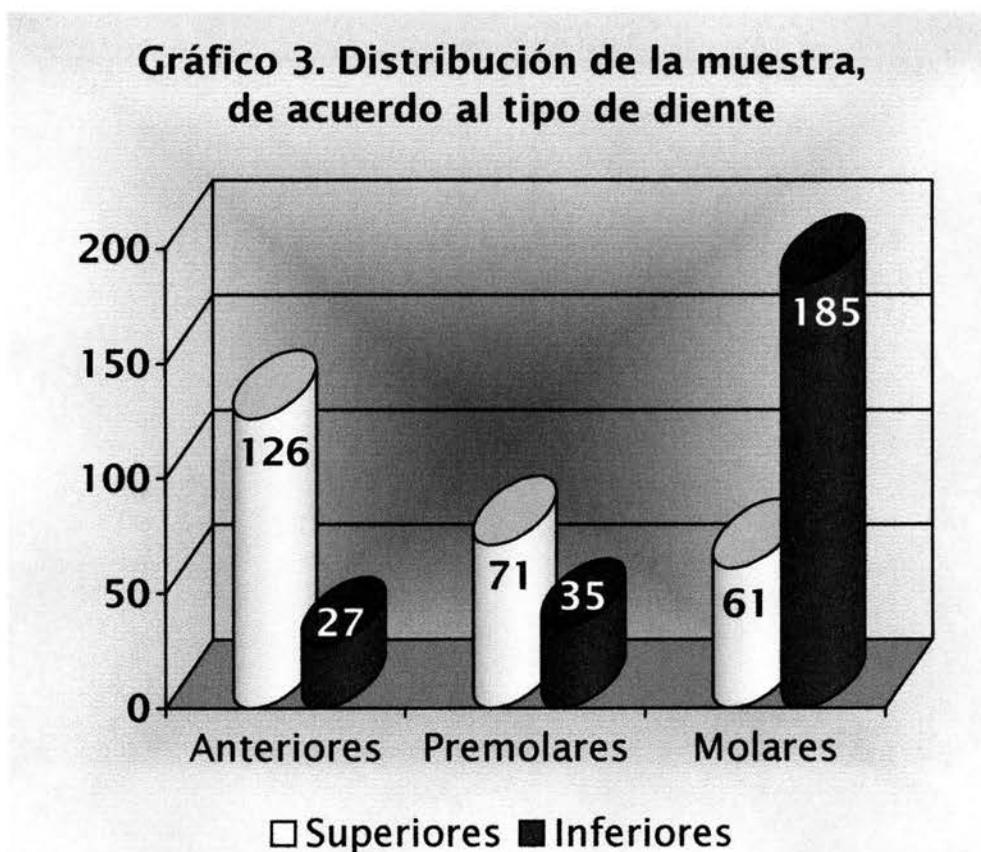
La distribución por edad la apreciamos en el gráfico 2.

Gráfico 2- Distribución de los pacientes revisados de acuerdo a la edad



□ Menos de 20 ■ 21- 30 □ 31 - 40 □ 41- 50 □ 51- 60 □ 61- 70 □ Más de 71

La distribución de la muestra, de acuerdo al tipo de diente se aprecia en el siguiente gráfico:



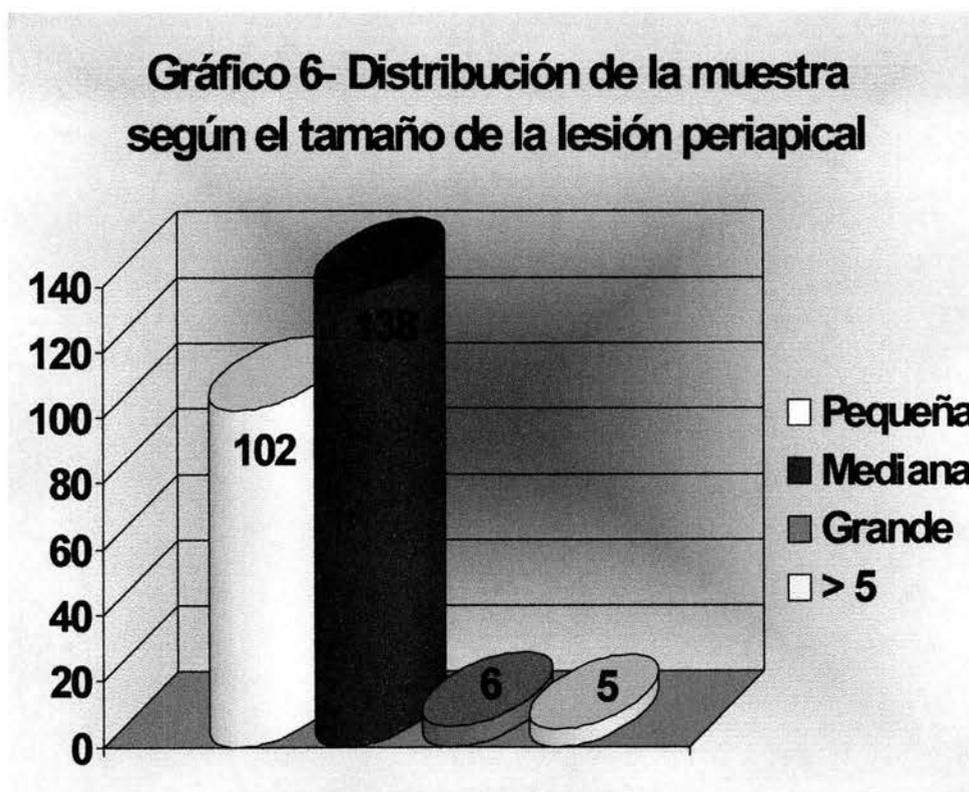
De acuerdo al diagnóstico registrado la muestra se distribuyó de la siguiente manera:



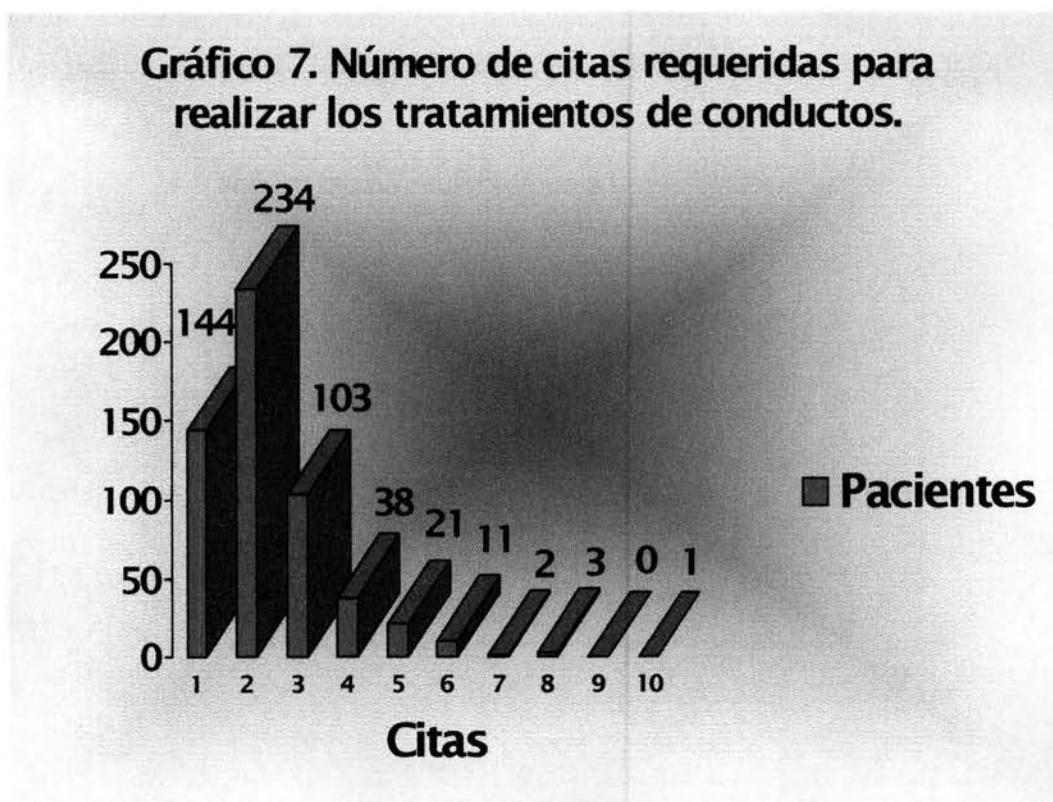
Se registró la presencia o ausencia de lesión periapical:



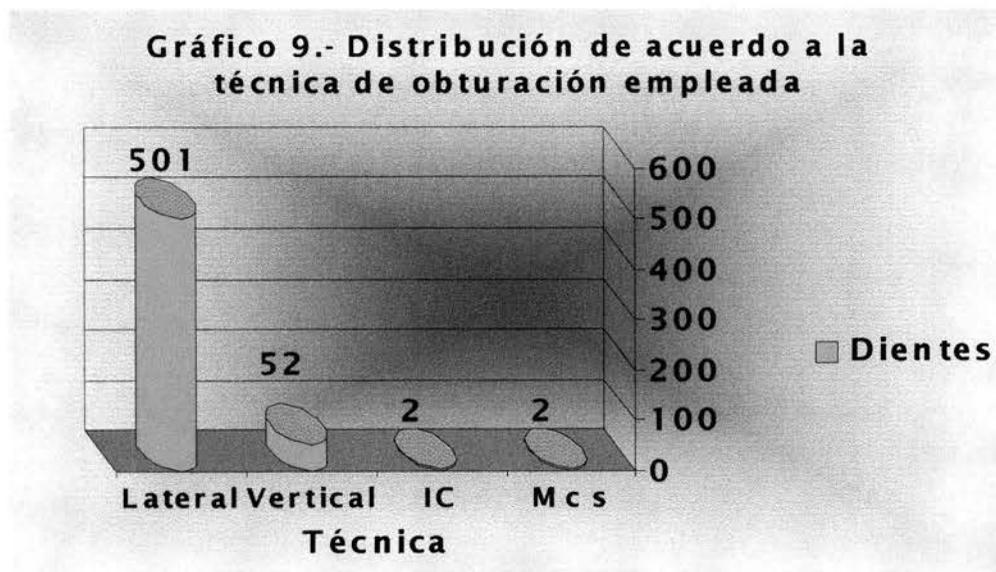
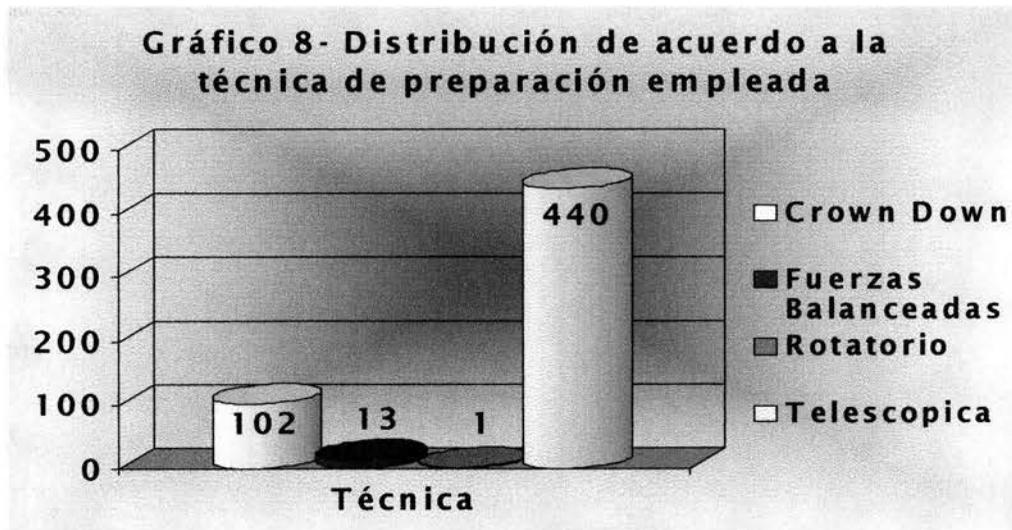
Se registró el tamaño de la lesión periapical, quedando de la siguiente manera:



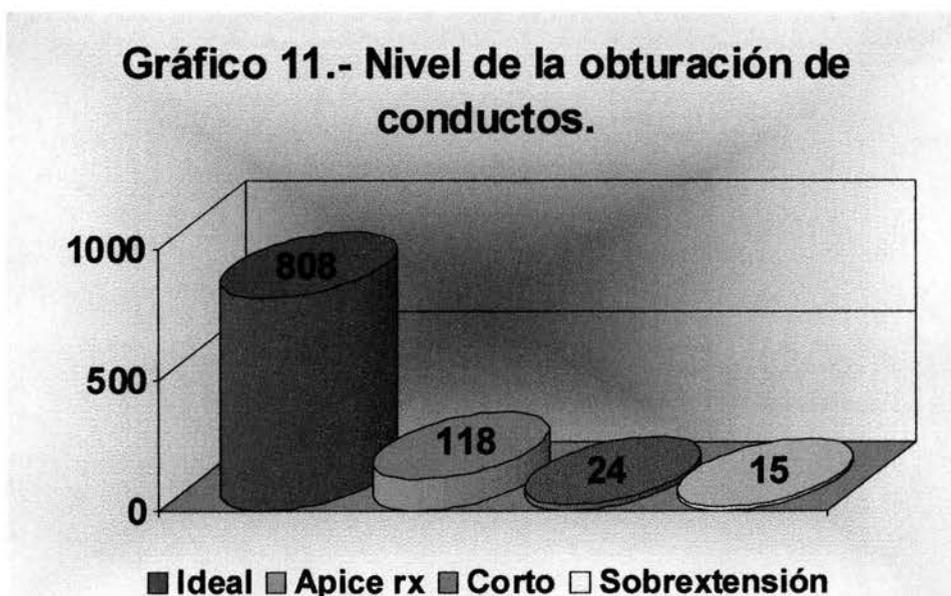
También se recopiló la información de acuerdo al número de citas en que se realizó el tratamiento de conductos.



De acuerdo al tipo de instrumentación y la técnica de obturación empleada, los tratamientos se agruparon de la siguiente manera:

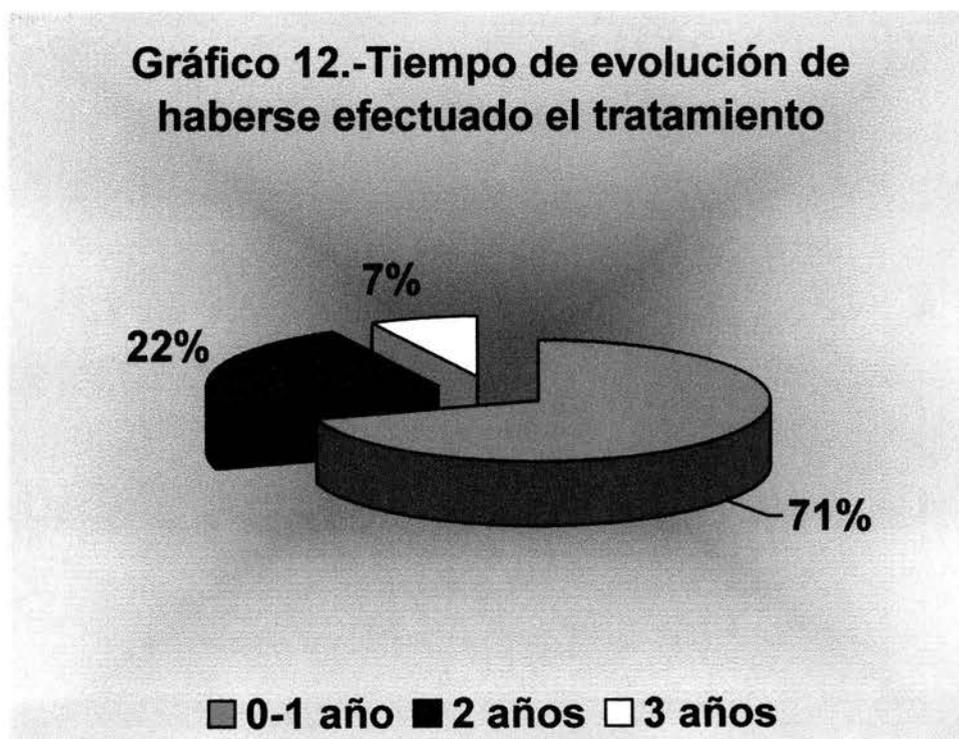


Por último, la calidad y el nivel de obturación se pueden apreciar en los siguientes gráficos:

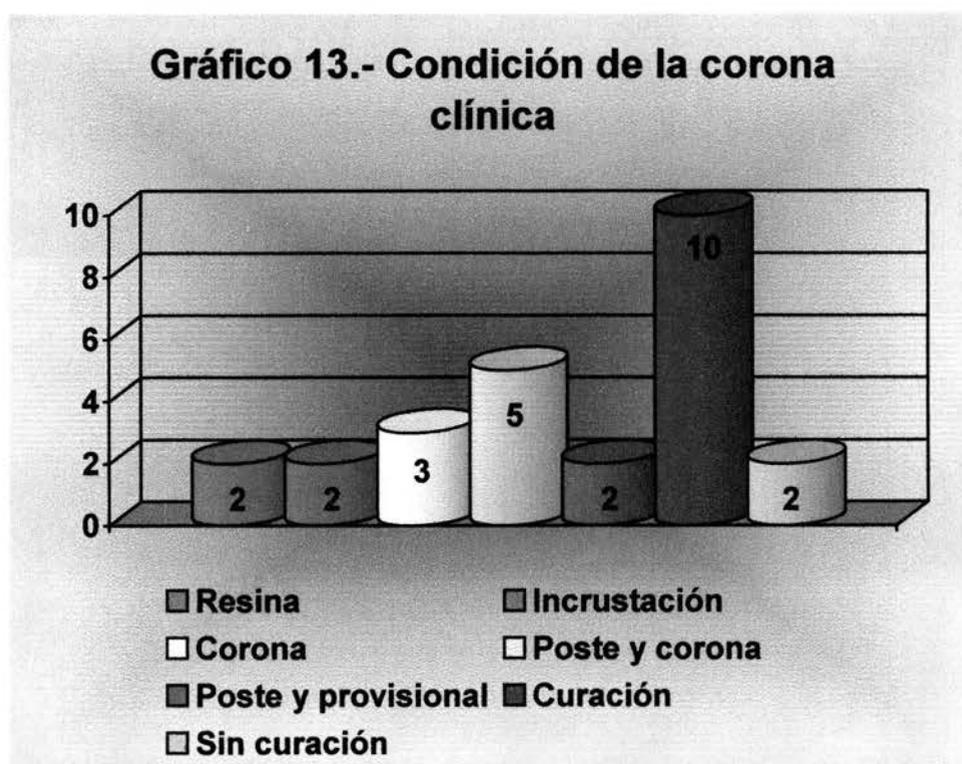


De todos los pacientes que fueron requeridos para hacerles el seguimiento de su tratamiento, acudieron 17 pacientes, a los cuales se les revisan 26 dientes con tratamiento de conductos, uno más fue extraído, debido a una complicación (perforación) durante la restauración. De estos 26 se tiene contemplado 1 para ser extraído por disminución del soporte periodontal.

Con respecto al tiempo de evolución, se pudo apreciar que acudieron en mayor número aquellos pacientes que tenían hasta un año de evolución del tratamiento como se puede apreciar en el siguiente gráfico:

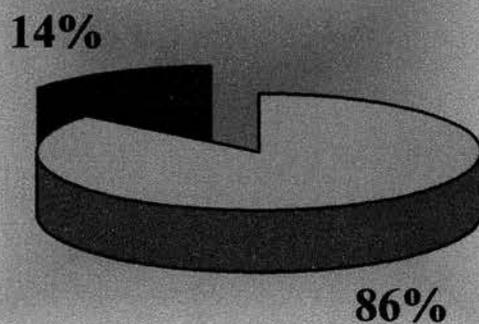


Cuando se realizó la revisión de los dientes se encontró que la corona clínica del diente tratado estaba en las siguientes condiciones como se observa en el gráfico 13.



Catorce dientes tenían lesión periapical cuando se inició el tratamiento de conductos. De éstos, en doce (84%) disminuyó la lesión y sólo en 2 (14%) aumentó el tamaño de la rarefacción. Los doce restantes no presentaron lesión periapical inicial, ni presentaron lesión cuando se evaluaron postratamiento.

Gráfico 14.-Cambios en el tamaño de la lesión



■ Disminuyó ■ Aumentó

DISCUSIÓN.

Una de las intenciones principales del presente estudio es el conocer las características más relevantes de los tratamientos de conductos que se realizan en la Clínica de Especialización en Endoperiodontología, e intentar un seguimiento para observar su evolución a distancia. Al revisar la bibliografía existente no se encontró reporte de estudios similares en nuestro medio, por lo que no hay posibilidad de establecer comparaciones. Sin embargo, los datos recopilados pueden ayudar a conocer ciertos factores asociados al trabajo que se realiza e iniciar los procedimientos propios del seguimiento a distancia de los pacientes.

De acuerdo a los resultados de esta investigación, podemos percibir que la mayoría de los pacientes que acuden a atenderse a la esta clínica son mujeres (2/3 del total), cuya edad fluctúa entre los 30 y 50 años.

Prácticamente la mitad de los tratamientos que realizamos son en molares, y de éstos, el 75% en superiores. Por estos datos sabemos que nuestra clínica se ha convertido en un referente de tratamientos complejos, dado que nos remiten primordialmente casos de molares, en especial superiores, que son los dientes más complejos en el tratamiento endodóntico.

También resaltan los datos del estado pulpar, ya que la mayoría de los dientes se encontraron necróticos (60%), y casi la mitad con lesión periapical evidente en la radiografía (47%), y en más de la mitad (55%) la lesión era de un tamaño medio, es decir de entre 2 y 3 mm. Estos datos refuerzan el hecho de que atendemos casos complejos, con complicaciones, que requieren mayor cuidado para su solución exitosa.

Otro dato relevante, que evidencia la eficiencia de los tratamientos de conductos es el del número de citas requeridas para concluirlos, donde el 85% de los tratamientos se realizan en un máximo de 3 citas, destacando que el 42% de los tratamientos son efectuados en dos citas.

Entre los procedimientos utilizados, casi el 80% fueron preparados con técnica telescópica y el 90% son obturados con técnica lateral, en el 84% el límite apical es entre 1 y 2 milímetros del ápice radiográfico, y el 85% la calidad de la obturación se considero buena, el resto como defectuosa.

De la segunda parte del estudio los resultados son muy raquíticos. Sólo pudieron revisarse 26 dientes lo que no permite hacer conclusiones importantes. Sin embargo, resaltan algunos datos que pueden ser interesantes. Por ejemplo el 71% de los dientes revisados tenían una evolución de un año de haberse realizado el tratamiento, en el 86% disminuyó o desapareció la lesión periapical inicial, y destaca el hecho de que casi la mitad de los dientes (43%) no habían sido restaurados, sino que mantenían el cemento que se puso en la cavidad cuando se concluyó el tratamiento.

CONCLUSIONES.

Por los resultados obtenidos podemos concluir diferentes situaciones, como son:

- 1.- Los tratamientos de conductos realizados en la Clínica de Endoperiodontología, siguen los parámetros tradicionales más reconocidos de la especialidad, en la preparación como en la obturación de ellos, los cuales son resueltos en pocas citas.
- 2.- La especialidad se ha convertido en un lugar donde se envían casos complejos, principalmente dientes multiradicales, que el dentista general no aborda o bien ha intentado tratarlos pero fracasa.
- 3.- Aunque la muestra de pacientes que acudieron a verificar la evolución de los tratamientos es pequeña, se pudo apreciar la eficacia de los tratamientos realizados dada la resolución de las lesiones periapicales preexistentes.
- 4.- Es notoria la falta de atención hacia la restauración final de los dientes tratados endodóticamente. Se requiere hacer énfasis en los pacientes sobre la importancia de esta situación.
- 5.- También sobresale la dificultad de crear conciencia entre los pacientes e incluso los alumnos, acerca de la necesidad de hacer seguimiento a distancia, del resultado de los tratamientos de conductos. Se debe crear un sistema más riguroso para verificar el resultado de los tratamientos de conductos a través del tiempo y así verificar el éxito de los mismos.
- 6.- Se registra una mayor asistencia de pacientes del sexo femenino a la clínica y se observó que la edad del paciente no es un factor determinante para el tratamiento de conductos, ni influye en el éxito del tratamiento.
- 7.- Se observó que la calidad de obturación fue buena en la mayoría de los tratamientos de conductos y es notorio que la mayoría de los tratamientos realizados la obturación está limitada a un milímetro del ápice radiográfico.

REFERENCIAS

1. Louis M. Lin, Joseph E. Skribner and Peter Gaengler. Factors associated with endodontic treatment failures. *J. Endodon* 1992; 18: 625-627.
2. BarbaKow,CleatonJones and Friedman. An evaluation of 566 cases of root canal therapy in general dental practice 2. postoperative observations. *J. Endodon* 1980; 6: 485-489.
3. Storms JL. Factors that influence the success of endodontic treatment. *J. Can Dent Assoc* 1969; 35: 83-97.
4. Soltanoff,W . Effects of single-and multiple visit endodontic procedures. *J. Endodon* 1978; 4: 279-281.
5. Ashkenaz PJ. One-visit endodontics &endash; a preliminary report. *Dent Survey* 1979; 5: 62-9.
6. Rudner W, Oliet S. Single-visit endodontic: a concept and clinical study. *Compend Contin Educ* 1981; 2: 63-8.
7. Oliet S. Single visit endodontics : a Clinical study. *J. Endodon* 1983; 9: 147-52.
8. Southard D, Rooney T. Effective one visit therapy for acute periapical abscess. *J. Endodon* 1984; 10: 580-3.
9. Pekruhn RB. The incidence of failure following single-visit endodontic therapy. *J. Endodon* 1986; 2: 68-72.
- 10.Stamos DE, Squitieri ML, Costas JF, Gerstein H. Use of ultrasonics in single-visit endodontic therapy. *J. Endodon* 1987; 5: 246-9.
- 11.Fernandez R. Efectividad del tratamiento endodóntico de pulpas no vitales en sesión única- estudio clínico. *Universidad Central de Venezuela* 1989; 138-9.
- 12.Friedman S, Löst C, Zarrabian M, Trope M. Evaluation of success and failure after endodontic therapy using a glass ionomer cement sealer. *J. Endodon* 1995; 7: 384-90.
- 13.Benenati,Fred W, Khajotia, Sharukh. A radiographic recal evaluation of 894 endodontic cases treated in dental school setting. *J. Endodon* 2002; 28(5): 391-395.
- 14.Grossman, L.y. *Endodontics*, Philadelphia, 1974; 13: 270-286.
- 15.Cohen S, Burns. *Los caminos de la pulpa*. Ed. Panamericana. México, D.F. 5ta. Edición, pp. 112-187, 592-618, 621-630, 1993.

16. Ingle J. Endodontics. 4 Ed. Williams & Wilkins. 1994.
17. Tronstad L., Masson. Endodoncia Clínica. Ed. científicas y técnicas S.A. Barcelona, 3ª. Edición, pp. 123-136, 1990.
18. Hartz F. J. Endodoncia en la práctica clínica. Ed. El Manual Moderno. México, D.F. 2ª. Edición. pp. 214-229, 1982.
19. Tronstad L, Barnett F, Riso K, Siots J. Extraradicular endodontic infections. Endod Dent. Traumatol 1987; 3: 86-90.
20. Bystrom A, Happonen R-P, Sjogren U, Sundqvist G. Healing of periapical lesions of pulpless teeth after endodontic treatment with controlled asepsis. Endo. Dent. Traumatol 1987; 3: 58-63.
21. Sjogren U, Hagglund B, Sundqvist G and Wing K. Factors affecting the long-term results of Endodontic Treatment. J. Endod 1990; 10: 498-504.
22. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación. 2da. Edición, 1991. Mc Graw Hill.
23. Wu, Min-Kai, Tigas, Emilio and Wessenlink, Paul. An 18 month longitudinal study on a new silicon-based sealer, RSA RoekoSeal: A leakage study in vitro. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002; 94: 499-502.