

Abierto

Nº 7 ASES 2007

Canal

Microscopio Operativo
Dr. Carlos Ferrelra M.

Entrevista
Dr. Carlos Bóveda Z.
Venezuela

Abierto

Nº 7 AÑO 2003

Sociedad de Endodoncia de Chile



Comité Editorial

Directora

Dra. Yelena Salinas M.

Comité Editorial

Dra. Concepción Lobato J.

Dra. Gaby Queyrie H.

Dra. Ursula Tilly E.

Dra. Claudia Urrutia M.

Diseño e Impresión

Apel Ediciones



Directorio

Presidenta :	Dra. Ursula Tilly Bensperger
Vice Presidenta :	Dra. Gaby Queyrie Henry
Secretaría :	Dra. Magdalena Durana Bungalaz
Pro Secretario :	Dr. Eduardo D'Acuña Ugarte
Tesorero :	Dr. Enrique Cuadrado Morales
Pro Tesorero :	Dr. Arturo Guastavino Yaras
Directores :	Dra. Marcia Antolín Riveros
	Dra. Concepción Lobato Jiménez
	Dra. Yelena Salinas Milos
	Dra. Claudia Urrutia Manríquez
Past President :	Dra. Ana María Abarca Villaseca

Asesores

• Coordinación de Grupos de Estudio de Provincias	: Dr. Claudio Vera M.
• Página Web	: Dr. Andrei Bertichevsky

Nuevos miembros SECH

Segundo Semestre 2002 :	Dr. David Oliva Sepúlveda
Año 2003 :	Dr. Marcelo Navia Rubilar
:	Dra. Pilar Araya Cumilla

Cartas al Director, preguntas, aportes a "Por un mundo mejor...", inquietudes o sugerencias pueden dirigirse a Cailla 10021, Correo 10 - Las Condes

• Secretaría SECH. Srta. Susana Muñoz R. *Fono-Fax 274 01 34

• Página Web: www.socendochile.cl *e-mail: susanamunoz@hotmail.com

Este ya es la séptima edición de «Canal Abierto», desde hace tres años que nuestra revista se ha publicado periódicamente y éste es el último número que estará a cargo del actual comité editorial. Todas las etapas tienen un comienzo y un fin, el haber asumido la responsabilidad de hacer cargo del principal órgano difusor de la Sociedad de Endodoncia de Chile, fue un gran desafío y nos sentimos orgullosos de haber cumplido con uno de los sueños que tuvimos durante tanto tiempo.

En el desarrollo de los diferentes números hemos contado con los mejores especialistas tanto chilenos como extranjeros, quienes nos dieron su tiempo, dedicación y corazón en los diferentes artículos. Hemos cometido errores, los que nos han ayudado a superarnos, aún es largo el camino, pero confiamos y tenemos la certeza que cada vez será mejor.

Las grandes empresas perduran a lo largo del tiempo cuando son tan sólidas que tienen fuerza propia y persisten indistintamente de las personas que lo dirigen. Ahora asumirá un nuevo equipo, al cual le deseamos éxito, ellos siempre tendrán en nosotros un apoyo y orientación incondicional para seguir adelante, y le darán nuevos bríos a esta gran revista, nuestra revista.

Es nuestro deseo continuar con este canal de comunicación tan necesario en los tiempos actuales, los invitamos cordialmente a participar en forma activa en el desarrollo de las próximas publicaciones y que disfruten este nuevo número.



SUMARIO

Ventana abierta <i>Memorias Operativas para el Odontólogo</i> Dr. Carlos Alberto Pargel	2
Endo gente Dr. Carlos Bévola Z. Venecia	4
Endo preguntas <i>¿Qué opción le merece la línea de paraje?</i> <i>¿A Sene incorporada a su asistencia clínica?</i>	6
Desde el ápice Dra. Ursula Vly S. Presidenta Sociedad de Endodoncia de Chile	8
Eliales Dr. Claudio Vera	9
Curso Internacional de Endodoncia <i>"Principios Biológicos y Recursos Tecnológicos"</i> Itega, Chile	10
Endo eventos Programación Científica SECH - Eventos Internacionales	11
Resúmenes de trabajos Presentados en la Sociedad de Endodoncia de Chile	12
Casos clínicos Tratamiento Canavicular de Endo Extracanal, Asistida en Segundo Premolar Superior con Dens Esguinosa / Dr. Luisito Davamulin Molar Inferior con Tres Curvaduras Mesiales / Dr. Andres Benichoumy	16
Endo web	20
Por un mundo mejor	24

Microscopio Operativo para el Odontólogo General:

Una Panacea o una Solución Definitiva para la Clínica Odontológica y la Educación.

Traducción: Dra. Ursula Tilly B.

Le Microscopio Operativo vino para quedarse, pues los beneficios clínicos y educacionales son enormes

r. Carlos A.



Murgel

El Cirujano Dentista es constante e insistentemente bombardeado por la industria con nuevos productos y equipamiento "milagroso" con las más variadas características y atribuciones. Esta cantidad de ofertas y "novedades revolucionarias", la mayoría de las veces, más confunden que ayudan a los Cirujanos Dentistas, dificultando así el correcto camino para la calidad total. En la mayoría de las veces, el Cirujano Dentista invierte una suma considerable de su ya limitado rendimiento con la esperanza de diferenciarse y acaba frustrándose con los resultados obtenidos, aumentando así su arsenal de materiales y/o equipamiento en sus armarios del consultorio (que luego pasan a ser utensilios inútiles).

Dentro de las innumerables innovaciones presentadas a los odontólogos, podemos destacar y clasificar como las más importantes los equipos para aumentar o magnificar la visión del Cirujano Dentista, los cuales consideramos esenciales para la realización de una Odontología de calidad. Tal afirmación puede ser falsa o

engañosa, por lo que tenemos algunos instantes. ¿Cuál es el sentido más importante para el Cirujano Dentista? Ciertamente, algunos de los más experimentados responderán que es el tacto debido a la gran experiencia clínica acumulada con la ya deteriorada agudeza visual (lucha contra los más experimentados), por otro lado, los más jóvenes responderán que es la visión, "confiando ciegamente en su juventud" y agudeza visual.

Esta simple pregunta podría ser debatida por colegas durante horas, días, meses, por lo que salgámonos un poco de la Odontología y pensemos en la medicina.

Supongamos que usted, o uno de sus familiares queridos se va a someter a una cirugía de cerebro o de ojos y existe la opción de ser tratado por dos médicos muy famosos y respetados y la diferencia básica entre ellos es que uno posee una décima experiencia clínica, pero opera sin la ayuda de microscopio operativo o lupas, por confiar "demasiado" en su tacto y conocimiento. El otro también con décima experiencia clínica y renombre, pero opera con ayuda del microscopio operativo para visualizar mejor las estructuras anatómicas. Sinceramente, responda, ¿con cuál cirujano se operaría usted? Algunos lectores pueden hasta preconcebidamente argumentar que la odontología no se compara con otras especialidades del área médica debido al grado de complejidad de las mismas. ¡Es esto una verdad incontestable o apenas un acierto complejo de inferioridad disfrazado?

entana
Abierta

El Cirujano Dentista tiene hoy a su disposición el Microscopio Operativo y un conjunto de nuevas técnicas y tecnologías que proporcionan ergonomía, visualización, iluminación y comunicación, revolucionando la práctica odontológica



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 4

¿Será que la confección de una "simple cavidad", restauración, pieza protética, tratamiento endodóntico, etc., más o menos complejo, son menos importantes o difíciles que una cirugía médica general, oftalmológica, ginecológica, etc.), ya será que la complejidad de un procedimiento y los recursos técnicos en él empleado son directamente proporcionales a las secuelas causadas por una eventual falla o dificultad técnica ocurrida durante el acto operatorio? Ciertamente a las puertas del siglo XXI, donde la calidad total orienta la prestación de servicios, este raciocinio es inadmisibile.

El Cirujano Dentista tiene hoy a su disposición el Microscopio Operativo y un conjunto de nuevas técnicas y tecnologías que proporcionan ergonomía, visualización, iluminación, documentación y comunicación (Fig. 1), revolucionando la práctica odontológica. La vieja "aceptada" y "perpetuada" postura de trabajo, donde nuestras tradicionales y conocidas dolencias ocupacionales (lordosis, bursitis, conjuntivitis, vértigos, etc.), estaban siempre presentes, ya no es

válida y tampoco debe ser aceptada o enseñada (Fig. 2).

La enseñanza de la Odontología también sufrirá un enorme avance con la incorporación del Microscopio Operativo en la rutina educacional (Fig. 3), una vez que cada alumno tenga a su disposición un equipamiento propicio para desenvolver sus habilidades con el acompañamiento directo del profesor.

Por primera vez, en el sistema educacional odontológico, alumno y profesor tendrán la misma visión del campo operatorio (Fig. 4), facilitando mucho la incorporación de nuevos conceptos y tecnología.

La Microscopía Operatoria en Chile como en el resto del mundo, vino para quedarse, pues los beneficios clínicos y educacionales son enormes, además de ser extremadamente práctico. El equipamiento es accesible al profesional chileno, sólo se necesita que el Cirujano Dentista reciba un entrenamiento previo para que se familiarice con el equipamiento y con la nueva realidad

dimensional. En una sociedad que busca incunablemente la calidad total de todos sus segmentos, es inadmisibile que los Cirujanos Dentistas aún nos contentemos con nuestro tacto, experiencia clínica y casualidad.

Acuérdense: Lo que no puede ser visto no puede ser tratado.

Dirección Postal:

Dr. Carlos Alberto Ferreira Murgil
Rue Dr. Sampaio Pereira 208 Campinas
S.P.
Cep 13026-420 Tel-Fax 019-3285-8743

Dr. CARLOS Bóveda

VENEZUELA

**nuestra especialidad
tiene una obligación
clara en ser parte del
equipo multidisciplinario
que evalúa, diagnostica
y trata casos de
complejo abordaje**



¿Cree usted que muchos odontólogos olvidan o postergan, el "manejo pulpar" en la odontología restauradora, ortopédica y estética?

Es un fenómeno común el considerar la patología endodóntica exclusivamente desde un punto de vista ortomédico, y ante esta actitud son muchas las situaciones donde la enfermedad pulpar y perirradicular de origen endodóntico pasa desapercibida.

Por una parte, el no contar con un medio diagnóstico endodóntico único, infalible y no invasivo, que nos simplifique la identificación de las patologías pulpares y periradiculares, y por otra, la falsa percepción de que la ausencia de síntomas es sinónimo de salud hace que, en el ejercicio de todas las especialidades odontológicas, sean escasas las ejecuciones de, o de referencias para, evaluaciones endodónticas adecuadas que nos lleven a una apreciación diagnóstica más certera.

Nuestra especialidad tiene una obligación clara en ser parte del equipo multidisciplinario que evalúa, diagnostica y trata casos de complejo abordaje. En este sentido debemos orientar nuestro esfuerzo a permitir reconocer la necesidad de nuestra participación en todo el proceso de toma de decisiones clínicas. Y en situaciones más simples, es nuestro deber concientizar y promover los conocimientos adecuados para evitar que tantas patologías endodónticas como las situaciones de riesgo pulpar no sean correctamente identificadas y tratadas.

La industria odontológica de los últimos años ha orientado sus objetivos hacia la adhesión, ¿qué piensa de la odontología adhesiva en relación al órgano pulpar?

La tecnología adhesiva es sin lugar a dudas una de las avances más notables que ha tenido la odontología en los años recientes. Es muy significativo el hecho de no tener que extender las preparaciones dentarias tan solo por la necesidad de retención mecánica de las restauraciones, con el consiguiente daño estructural y pulpar que ello significa. Y no es menos significativo que en la medida en que se logran interfaces restaurador-diente más estables y menos amplias, los microorganismos, principales agentes etiológicos de la enfermedad pulpar, pueden mantenerse alejados de las áreas donde resultan agresivos a este órgano.

Ahora bien, esta pregunta tiene una íntima relación a la anterior. Es sumamente importante el conocer el estado de salud pulpar y periradicular del diente a ser restaurado. Ese conocimiento dirigiendo la pauta diagnóstica y terapéutica, en el sentido de reconocer la condición diagnóstica endodóntica, y actuar en consecuencia. Hay que tener cuidado en relación a algunos reportes con controversias que han aparecido en la literatura en relación a adhesión directa sobre el órgano pulpar: que de bien ser muy bien analizados antes de ser propuestos por sobre el conocimiento establecido. Y debemos reconocer que ese conocimiento diagnóstico es muy relevante desde la perspectiva de reconocer que, en términos ideales, la oportunidad de actuar endodónticamente, en caso de ser necesario, es previo a la ejecución de procedimientos restauradores.

Por otra parte, considero muy probable que eventualmente los avances en adhesión tengan su reflejo en los procedimientos inherentes a nuestra especialidad, particularmente en lo que a obturación se refiere. Ya conocemos el papel de las resinas en la formulación de selladores endodónticos. Pienso que es una vía factible el aprovechar el conocimiento que se tiene de adhesión para evolucionar en estos materiales, y no deberá sorprendernos mucho un cambio importante en como se llaman el interior del espacio radicular. Por nuestra parte tenemos ya algunos años combinando esta tecnología en el segmento coronal de nuestros tratamientos de conductas, en el sentido de establecer una interfase estable entre nuestros procedimientos y el medio clínico.

¿Considera usted que deben haber límites claros en las acciones endodónticas para el odontólogo en general, considerando que vivimos en un país en vías de desarrollo, en que no toda la población tiene acceso a una odontología ideal?



Toda escalaría tiene sus ventajas y desventajas. Odontólogos generales con límites en las especialidades y muchos especialistas que pueden superar esos límites, u Odontólogos generales muy bien preparados en todas las especialidades que hagan la necesidad de especialistas mínima. ¿Cuál es el punto como siempre!

Un mundo tan heterogéneo como el que vivimos hace extremadamente difícil dar una respuesta única a esta pregunta. Las condiciones sociales cambian notablemente de un país a otro, de una ciudad a otra incluso en el mismo país. Las mismas escuelas difieren enormemente en su manejo del tema, por no hablar del nivel de formación académica de cada una.

En este entorno, no se hace sencillo limitar procedimientos. En un mundo ideal cada persona sabe qué puede hacer bien y qué no. Para qué está preparado y capacitado. Existe una máxima en salud y es esa de instaurar sólo procedimientos de los cuales estamos absolutamente seguros les vayan a proveer un bien al paciente, y para los cuales estamos suficientemente entrenados. Ser un profesional de la salud implica una responsabilidad personal y social enorme. La ética es parte primordial de esta formación. Si se es honesto con el prójimo, esos límites van a ser necesarios. Quizás este problema se simplificará enormemente si logra profundizar en la enseñanza de estos valores y principios.

¿Le parece a usted importante para el éxito del tratamiento la incorporación de nueva tecnología en la Endodoncia?

Sin duda. Nuestra especialidad cuenta hoy día con diversos recursos que disminuyen mucho el margen de incertidumbre que hemos tenido en épocas anteriores. El adecuado uso de estudio, entrenamiento y manejo de estos recursos hace que nuestro ejercicio pueda ser más predecible.

Está en cada profesional la obligación de analizar cada uno de estos elementos y decidir cuál o cuáles pueden ser de ayuda en su práctica individual, para así estudiar la posibilidad de incorporarlos a su ejercicio en beneficio de sus pacientes y propio.

¿Qué piensa usted de la odontología masiva; bajos precios, rápida y sin compromiso del profesional sino de una institución con muchos recursos?



No tengo ninguna experiencia con este tipo de esquema. Por definición es un ejercicio de la profesión muy diferente al que nuestras escuelas se han esforzado en prepararnos. Y no me resulta fácil entender cómo al conjugar esas variables necesariamente surge una odontología de calidad y beneficios duraderos para el paciente. Sería interesante conocerlo.

En nuestro país han surgido y surgido nuevas "oleadas" de odontólogos por la creación masiva y simultánea de nuevas facultades de odontología y por la inversión de colegas extranjeros, ¿qué piensa al respecto?

La creación de nuevas escuelas de Odontología es un fenómeno que está ocurriendo en

eventualmente los avances en odontología se reflejan en los procedimientos inherentes a nuestra especialidad, particularmente en la referente a obturación

recursos como bibliotecas por ejemplo alcanzan el nivel deseado. ¿Son necesarias estas nuevas escuelas? Cada zona conoce su demanda de profesionales en Odontología.

Por otra parte, los movimientos migratorios hacen que distintos profesionales se desplacen y establezcan en nuevos países. Suele ser una excelente oportunidad de intercambiar cultura y profesionalmente, tomando en cuenta que la formación de ese profesional no ha sido a cuenta de nuestro estado. Tan sólo resta por saber si el nivel cumple con lo exigido localmente.

¿Qué sabe de la odontología chilena?

He tenido excelentes referencias de los profesionales chilenos, por amigos que han visitado nuestro país. Y, ¿qué en nuestra especialidad no tiene referencias o ha leído trabajos del Dr. Juan Hugo Gutiérrez! Con un embajador así poco resta por decir.

¿Qué expectativas tiene de su visita que nos hará el 4 y 5 de julio de este año?

Muchas. En lo personal no conozco Chile, y es muy interesante lo bueno que se refleja en el



muchas partes del mundo, y la misma no está necesariamente asociada al desarrollo de un profesional acorde a las necesidades de nuestra sociedad y al nivel de conocimiento actual de la profesión. Generalmente pasan varios años hasta que las escuelas superan las dificultades iniciales, se hacen de docentes idóneos en todos los áreas de la enseñanza, y sus instalaciones físicas y

exteriores su gente y sus vinos, entre otros. No sólo desde el punto de vista docente y clínico, sino personal en particular. Tener la oportunidad de visitar cada país es una experiencia única que nos permite vivir la realidad local, para valorar la nuestra y la nuestra en su justa medida.

Espero que esos días sean de valor mutuo, y que podamos establecer vínculos duraderos.

Dra. Marcela Alcota R.
Docente Asignatura de Endodoncia
Facultad de Odontología, Universidad de Chile

Existen diferentes opiniones respecto al uso de las limas de pasaje. Algunas escuelas promueven su uso, sobre todo cuando hay lesiones apicales con la finalidad de desinfectar el conducto en su totalidad (conducto dentinario y cementario) para evitar la perpetuación de la infección.

Por otro lado, los que están en contra de su uso, plantean que la utilización de la lima fina

lima de pasaje deforma el foramen apical, pudiendo incluso fracturar el domo apical (demostrado por el Dr. Gutiérrez en diversas investigaciones con MGE). Esto imposibilitaría una buena adaptación del cono principal y un sellado hermético en la zona apical resultando un fracaso el tratamiento.

Personalmente, limito el uso de las limas de pasaje a casos muy específicos: dientes con

necrosis total, con lesiones crónicas (sobretudo en etapas de agudización) y una anatomía muy compleja (conductos muy finos y curvos) para asegurar que llegue irrigación a todas las paredes del conducto en apical.

En la gran mayoría de los casos una correcta instrumentación, irrigación y medicación con Hidróxido de Calcio cuando sea necesario, es suficiente para lograr un tratamiento exitoso.

Endo

LIMAS DE PERMEABILIDAD APICAL

¿Qué opinión le merece la Lima de Pasaje?
¿La tiene incorporada a su accionar clínico?

Dra. Pilar Araya Cumsille
Docente Asignatura de Endodoncia
Facultad de Odontología, Universidad de Chile

Personalmente utilizo las limas de pasaje como complemento a la técnica de instrumentación adecuada a cada caso clínico en las siguientes situaciones: en dientes con necrosis séptica, en retratamientos, en nequidizaciones infecciosas, y en dientes en que la calidad pulpar ha estado expuesta al medio bucal.

La terapia comenzará con la desinfección química del tercio cervical de manera de ir reduciendo el contenido séptico antes de

llegar a la porción apical del conducto radicular. En esta acción debemos ser lo más cuidadosos posible para evitar la proyección de dentina contaminada hacia la región apical o aumentar la ya existente. Por eso utilizo limas de pasaje de pequeño calibre a la longitud real del diente, de manera de eliminar la dentina contaminada y compactada en el tercio apical, permitiéndome obtener un mejor pronóstico del tratamiento al minimizar la flora microbiana, culpable del 90% de los fracasos

endodónticos, siendo el principal culpable el enterococo fecal.

Sin embargo, en el uso de la lima de pasaje debemos ser cuidadosos para no modificar el foramen apical, por eso es recomendable el uso de limas de la serie extráfina durante toda la instrumentación de la región apical del conducto, de manera de no alterar la conformación del tope apical para nuestra obturación y así lograr un sellado lo más hermético posible.

Existe consenso entre la mayoría de los endodentistas sobre el respeto de las estructuras y tejidos apicales durante la preparación instrumental de los dientes con pulpa vital, pero se mantiene la discusión con respecto al límite de máxima penetración instrumental en los dientes con pulpa necrosada.

Hay investigadores y clínicos que en estos casos realizan una instrumentación corta de 2 a 4 milímetros del foramen, seguida de una obturación hasta la longitud de trabajo. Otros precizan la instrumentación apical hasta una longitud de trabajo limitada a 1 milímetro antes del foramen, sin mayor penetración. Más audaces aún, hay quienes llegan instrumentando hasta este punto, pero utilizan una lima fina sobrepasada un milímetro del límite apical de su lima maestra. También se han ideado técnicas manuales y rotatorias que dilatan el foramen apical.

Fundamentalmente primeramente mi preferencia dejando establecido que mi concepción del tratamiento endodóntico es de una estrategia terapéutica, que selecciona para cada caso los mejores recursos instrumentales, medicamentosos o de procedimientos que la situación nos aconseje. En este predicamento, habitualmente somos conservadores, de modo que cuando adoptamos una acción invasiva es porque pensamos que al omitirla existe un riesgo potencial mayor que el que puede darse al ejecutarla.

Las bacterias que quedan después de instrumentar los conductos necróticos infectados, sin deformar el tejido apical, se pueden localizar principalmente en tres zonas: en las deltas apicales, en las paredes dentinarias y en forma de un tapón apical.

Los deltas apicales no son instrumentables, por lo que para eliminar los gérmenes allí contenidos sólo tenemos a nuestro favor la limitada acción química de soluciones de irrigación. En segundo lugar tenemos el barro dentinario residual en las paredes del conducto apical, compuesto entre otros elementos de sales, linillas dentinarias, restos pulpares necróticos y bacterias; este barro se comporta como una interfase que impide el contacto entre la dentina y el material obturador (Gutmann J., Lloyd A.)

constituyendo una vía potencial para la microfiltración. Hoy se recomienda eliminarlo con quemantes y otras soluciones irrigadoras.

Tercero, un tapón apical potencialmente séptico ubicado entre la longitud de trabajo y el foramen, con parientes constituyentes a los del barro parietal. Como no tenemos seguridad que este tapón esté formado sólo por linillas de dentina sin gérmenes, su permanencia es un peligro (Goldberg F.), capaz de mantener bacterias en un espacio difícilmente colonizable por tejidos vivos.

Existe mayor propensión a formar este tapón cuando el conducto se lima con repetidos movimientos de ingreso y retroceso.

Para su eliminación se ha preconizado la depuración instrumental del foramen, ampliándolo en la forma propuesta por West y Roane. También se ha propuesto pasar el foramen de dientes necróticos con limas finas para destrucción del conducto apical. Este recurso lo propuso Pucci F. en 1944, técnica que hoy actualizada por Buchanan, es conocida como de lima de pasaje. La indicación de Buchanan -galency file- es de mantener permeable el conducto en toda su longitud.

En nuestra experiencia, frente a casos de pulpa mortificada asintomática con o sin lesión radicular, usamos limas para eliminar el tapón apical y mantener la permeabilidad del conducto. Para ello es preciso que se den las siguientes condiciones: toda vez que los conductos estén instrumentados hasta considerarnos limpios de acuerdo a parámetros clínicos, avanzando sólo un milímetro más de la longitud de trabajo con limas finas y con abundante solución irrigadora limpia.

El propósito de nuestra maniobra es remover y disolver el tapón apical séptico dentro del conducto, no de proyectarlo al perirapio, porque no nos parece biológico lanzar fuera del foramen todos aquellos elementos peligrosos. En todo caso es imprescindible extremar los cuidados para no deformar el foramen, ni tampoco afectar



el domo apical como lo defiende Gutiérrez I.

Un valioso aliado para la realización traumática de esta maniobra la constituyen los localizadores apicales de última generación, que permiten medir el conducto más exactamente que la conductometría radiográfica.

Una reflexión polémica es el destino del tapón apical cuando se produce una sobreproyección apical de material de obturación, lo que es bastante frecuente al emplear las nuevas técnicas de obturación asociadas a instrumentación mecanizada. En estos casos también se produce el depósito apical, pero la obturación lo fuerza al perirapio y su lugar queda ocupado por cemento.

Desde el ápice

Presidenta de la Sociedad de
Endodoncia de Chile

ra. Ursula



Tilly

Ser profesional es un logro y una responsabilidad. Ser profesional de la salud es una doble responsabilidad. Se acabó la época en que bastaba el estudio universitario; hoy eso es recién el comienzo, el punto de partida hacia un largo camino de perfeccionamiento y especialización.

En épocas actuales, en que los nuevos conocimientos irrumpen en forma tan rápida y exigente, se hace indispensable el estudio constante y la especialización. Existe un gran número de entidades que imparten la carrera de Odontología y que ofrecen cursos de especialidad. Frente a esta realidad se hace muy necesario el perfeccionamiento y la autoexigencia, ya que tan sólo los muy bien preparados logran sobresalir.

Lo anterior, implica dedicar un esfuerzo importante en tiempo y economía, que debemos proteger y defender. También debemos tener presente que no somos una "especialidad" aislada, sino que debemos trabajar en forma conjunta e integrada a las otras áreas de la salud oral. (Si no se rehabilita correctamente un diente tratado endodónticamente, también nuestro tratamiento fracasará, y, generalmente, se tiende a responsabilizar en primera línea a los endodoncistas).

Hoy en día, en que los pacientes están cada vez más informados y más exigentes, las demandas de responsabilidad civil se empiezan a ver con mayor frecuencia. Esto nos impulsa a querer velar por el prestigio de la Endodoncia y de sus especialistas, a pedir que estamos muy atentos a la enorme variedad de cursos que se ofrecen, para saber elegir y elegir; tener siempre presente la responsabilidad y ética que debemos a nuestros pacientes y al equipo con que trabajamos.

Tales requerimientos hacen muy importante mantenernos unidos en torno a nuestra Sociedad científica para trabajar en conjunto por el buen nombre de la Endodoncia chilena y de sus profesionales.

En estos primeros meses de estar en el "ápice" de nuestra Sociedad, para mí ha sido una experiencia exigente y demandante, pero también me ha dado la satisfacción de haber conocido a mucha gente, he hecho nuevos amigos y sobre todo, hemos formado un maravilloso equipo de trabajo, muy emprendedor y positivo, cuya primera prioridad es situar la Endodoncia en el lugar que se merece.

Quiero agradecer esta desinteresada labor e invitar a todos los socios a participar más activamente en ésta, nuestra Sociedad.

FLUORTERAPIA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO DE CARIES

Contiene Fluoruro de Sodio Neutral al 1,1%, equivalente a 5.000 partes por millón de ión fluor biodisponible.

Indicaciones Clínicas:



Caries dental asociada con niveles gingivitis



Xerostomía - Caries Parapeto



Decalcificación asociada a tratamientos de Ortodoncia



Caries asociadas en restauraciones y coronas



Distribuidor
BUHOS

FONO: 222.8882

GRUPOS DE ESTUDIO



Claudio
Vera

Filial REGIONES

Comenzamos este nuevo año con la enorme satisfacción de ver como los grupos de estudio ya nos han hecho llegar toda la programación de sus actividades científicas, en las que se destacan, como es habitual, las charlas mensuales dictadas por cada uno de sus integrantes, como también interesantes novedades organizativas que, comprendiendo lo que ello significa, es tan sólo destacar y apoyar como Sociedad de Endodancia de Chile.

Cabe mencionar, por ejemplo:

- El curso organizado por la Filial Antofagasta en conjunto con la Facultad de Odontología de dicha ciudad dictado por el prof. Dr. Juan Hugo Gutiérrez.
- Curso teórico para odontólogos generales programado por la Filial La Serena en que se abordará temas como urgencia endodóntica, trepanaciones, diagnóstico, etc., y el curso para los socios del grupo de estudio, abocándose a temas tales como traumatología dental/avulsión; tratamientos en una sola visita, síndromes rotatorios; raíz sucos y abscesos; tratamientos endodónticos con dificultades anatómicas, etc.
- La reunión preparada por la Filial Fíutbe a realizarse en el mes de Abril en la ciudad de Concepción, para rendir un homenaje al prof. Dr. Juan Hugo Gutiérrez.

Como ven, nuestros grupos de estudio siguen dando muestras de superación y entusiasmo, por lo que la Sociedad de Endodancia de Chile decidió otorgar un cupo en las charlas mensuales de Santiago para que un representante de ellas venga este año 2003 a exponernos un tema, privilegio que se le entregó a la Filial Antofagasta y cuyo dictante y coordinador, Dr. Enrique Galleguillos, aceptó encantado.

Así, espero que en el futuro todos los años puedan venir en lo posible de cada grupo un representante a entregarnos su investigación y trabajo.

Mis cordiales felicitaciones por este entusiasmo, por enriquecernos cada vez más en bien de una mejor Odontología y por rendir un mejor servicio a la comunidad.



REUNIÓN ALMORZOS DE LA DIRECTIVA Y DE LA SECH CON LOS COORDINADORES DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO. HOTEL CROWNE PLAZA, 01 DE OCTUBRE 2003.
Sentados de izquierda a derecha: Dr. Enrique Galleguillos (Hematología), Dra. Ana María Latorre (Historia de la Farmacia) y los Grupos de Estudio: Dr. Claudio Vera (Endodancia General), Dra. Graciela Mery (Prostodoncia), Dra. Isabel Alvarado (Parodontología).
De pie de izquierda a derecha: Dra. Mariana Ríos (Endodancia), Dr. Fernando Rojas (La Serena), Dra. Graciela Capelli (Chile), Dr. Claudio Huenesman (Pto. Montt), Dra. Ana María Mena (Pto. Montt), Dra. Kelly Weyman (Pto. Arenas), Dr. Juan Huenesman (Pto. Arenas).

PRINCIPIOS BIOLÓGICOS Y RECURSOS TECNOLÓGICOS

Curso Internacional



Durante los días 4 y 5 de Octubre de 2002 en el Hotel Crowne Plaza, contamos con la grata presencia de la Dra. Liliana Sierra y el Dr. Carlos García Puente, cuya forma certera y amena de impartir dicho curso mantuvo el interés de la concurrencia reflejado en el intercambio de conocimientos y activa participación de nuestros colegas.

La presentación de los temas fue de alta calidad, entrelazando conceptos biológicos con los avances tecnológicos, actualizando, una vez más, el quehacer de la odontología, y particularmente de nuestra especialidad.

Para finalizar el encuentro la Sociedad invitó a los expositores a compartir una comida junto a colegas y auspiciadores, destacándose un distendido ambiente de camaradería. Esto confirma, una vez más, que este tipo de encuentros es de gran beneficio para el desarrollo de la comunidad endodóntica; lo que nos compromete a buscar el aporte de contactos profesionales.

EndoVENTOS

Programa SECH

Año 2003



Miércoles 19 de Marzo

Dra. Paola Barrientos F.

Tema: Miscelánea de Casos Clínicos Complejos



Miércoles 16 de Abril

Dr. Luis Gosca G.

Tema: Responsabilidad Legal y Ejercicio de la Odontología en las Diferentes Especialidades



Jueves 22 de Mayo

Dra. Teresa Pilevski

Tema: Avances en el Tratamiento del Dolor Agudo y Crónico Oro-Facial



Miércoles 18 de Junio

Dr. Andrei Bendishewsky A.

Tema: Aplicación de Ultrasonido en Microscopio



Miércoles 16 de Julio

Dr. Rodrigo Gil

Tema: Efectos del Hipoclorito de Sodio al 5,25% en la Formación de Capa Híbrida y TIGS de Resina en Peces Tratados Endodónticamente



Miércoles 20 de Agosto

Dra. Pilar Ariaga

Tema: Aspectos Inmunológicos

Relacionados a Endodencia

Dra. Marcela Alonta

Tema: Obturación Corónica en Peces Dentarios Instrumentados Microscópicamente



8-9-10 Octubre

Congreso Mundial de Traumatología Dental. Hotel Hyatt, Santiago.

www.ucl/vebi

inscripciones: 274 01 24

Eventos Internacionales

15 al 18 Mayo

IV Congreso Odontológico Metropolitano y del Caribe
Caracas - Venezuela
www.congresoecv.com



18 al 21 Junio 2003

Pacific Summit III California - USA
www.pacificsummit.com



4 y 5 julio

Curso Internacional Sech

Dr. Carlos B. Urdía
Estado Manuelhué, Santiago
www.sechendochile.cl



4 al 6 Septiembre

II Congreso ALRE y II Congreso Asunción - Paraguay



18-19-20 Septiembre

VI Jornadas Internacionales
Círculo Odontológico de Mar del Plata
Mar del Plata, Argentina
www.codonta.org.com.ar



Resúmenes de Trabajos Presentados SECH

Microscopio Clínico en Endodencia

El microscopio quirúrgico se ha convertido en un elemento fundamental para el desarrollo de las nuevas técnicas en todas las especialidades de la Odontología y, especialmente, en Endodencia, porque el éxito está directamente relacionado con la localización de la entrada del sistema de conductos radiculares para que puedan ser instrumentados y obturados.

Incorporar el microscopio quirúrgico al trabajo clínico de rutina proporciona múltiples ventajas al Odontólogo que, al ver la imagen magnificada, aumenta extraordinariamente la visibilidad lo que, por supuesto, permite un diagnóstico más certero. También se requiere una mayor precisión en el trabajo clínico, por lo tanto, mejora notablemente la destreza (motricidad) lo que se traduce finalmente en mayor éxito terapéutico y calidad profesional. Además es muy importante que el trabajo con microscopio permite al Odontólogo un hábito postural sano.

Existen elementos anexos al microscopio quirúrgico que se pueden incorporar, como una cámara fotográfica digital o una cámara de video digital. La capacidad de **capturar imágenes** nos facilita la comunicación con el paciente (educación e información). También nos permite una adecuada documentación de los casos clínicos. Apoyo importante para la docencia: preparación de clases, audiovisuales, monitores, etc. Y muy importante desde el punto de vista legal ya que nos permite registrar evidencias de los casos clínicos.

Yelena
Salinas



Arturo
Arrau

La magnificación e iluminación del campo operatorio:

- Facilita el diagnóstico de: caries, furcas (foto1), malformaciones, dientes furados (crack)(foto2), fracturas radiculares, etc.
- Permite el estudio y eliminación precisa de caries.
- Permite la preparación de accesos más precisos, trepanaciones conservadoras (ahorro biológico), eliminación correcta de cuernos pulpaes, lo que impide tinciones posteriores de los dientes.
- Permite realizar un examen pulpar con magnificación.



- Detecta la cantidad de conductos que realmente existen y su anatomía (visibilidad y dirección de los conductos). Especialmente la alta incidencia de cuatro conductos tanto en primeros (foto3) y segundos molares superiores y primeros molares inferiores como la presencia de istmos.
- Descubre la anatomía de conductos aberrantes o de conductos con morfología atípica.
- Diferencia fácilmente obstrucciones o calcificaciones camerales (foto4).
- Es vital para el tratamiento de conductos calcificados (foto5).
- Facilita notablemente la desobstrucción total y parcial de conductos, fundamental apoyo en retratamientos.
- Es indispensable para el tratamiento de falsas vías y perforaciones.
- Fundamental en el retiro de instrumentos fracturados.
- Facilita retiro de pernos y coronas.



- Mejora todos los aspectos de la cirugía periapical, especialmente la capacidad del cirujano para explorar y sellar las ramificaciones radiculares. La microcirugía está absolutamente indicada en este tipo de intervenciones. La presencia de estructuras anatómicas como paquetes vasculonerviosos, seno maxilar y pico de fosas nasales, pueden ser visualizados de tal forma que estos son respetados, logrando precisión y evitando una injuria quirúrgica. La visualización de los tejidos apicales y periapicales permite evaluar y decidir el tipo de acción sobre ellos, además de la extensión adecuada de la osteotomía o curetaje que se realice al periápice. La técnica microquirúrgica necesita de instrumental especial y un adecuado entrenamiento en el manejo del microscopio quirúrgico.

Debido a sus múltiples aportes, el microscopio quirúrgico marca la próxima era de la Endodencia, en la que profesionales perfectamente entrenados resolverán con gran eficiencia casos antes intratables para el mayor beneficio de nuestros pacientes.

Endodoncia y Oclusión

Hoy en día está demostrado el efecto activo de las fuerzas oclusales sobre el complejo pulpodentinario

El Dr. Posselt en 1958 ya hablaba de la «Oclusión como un principio básico en Odontología. Por lo tanto, como principio básico que es, debe ser considerado durante el diagnóstico y los tratamientos endodónticos para así mejorar el pronóstico de nuestras piezas dentarias tratadas.

No podemos hacer una correcta y ágil evaluación oclusal de un diente a tratar sin antes conocer a cabalidad la anatomía, histología y fisiología de las estructuras adyacentes al complejo pulpodentinario. Cómo es el periodontio de protección, de inserción, músculos, articulaciones y relación cráneo columna cervical.

El Dr. Williams Mc Harris, quien fuera brillante odontólogo, nos decía «la Odontología más sofisticada del mundo no es sino un ejercicio en los fundamentos (...) sólo las técnicas y los materiales han cambiado».

Es muy importante también entender la fisiología oclusal y para lograr esto necesitamos conocer y entender la fisiología muscular, del sistema nervioso y mandibular (huesos y articulaciones), en donde toma gran relevancia entender la compleja generación de sistemas de palancas que se pueden producir en una oclusión patológica.

Los efectos del Bruxismo sobre el complejo dentinopulpar científicamente comprobados van, dependiendo de la duración, intensidad y dirección de la fuerza traumática generada sobre la pieza dentaria, desde una hiperemia pulpar pasando por toda la gama de pulpitis y llegando hasta la necrosis pulpar que puede estar acompañada o no por una lesión periapical endodóntica o endoperiodontal, también por calcificaciones de diferente morfología, por hipercementosis o por reabsorciones internas, externas o mixtas, como también de fracturas, cracks o fracturas coronarias, radiculares o combinadas.

Por esta razón para que el pronóstico de nuestros tratamientos sea lo más favorable posible es de vital importancia para el endodoncista no sólo saber diagnosticar y tratar las patologías que afectan al complejo pulpo dentinario, sino que también conocer cómo diagnosticar y tratar lo antes posible al agente traumático involucrado en alguna de las patologías antes mencionadas.

La oclusión patológica generada por discrepancias anatómicas interoculares heredadas o adquiridas, a veces lamentablemente las pasamos por alto debido a la gran capacidad de adaptación que tiene nuestro organismo mientras no estamos expuestos a un desequilibrio en el funcionamiento bioquímico del cerebro. En el momento en que este se produce, ya sea en forma temporal o permanente, se generará la parafunción llamada Bruxismo, que en un principio puede pasar totalmente desapercibida ya que siempre comienza en forma inconsciente y tienen que presentarse alteraciones macroscópicas visibles generalmente relacionadas con un dolor crónico o agudo en las estructuras afectadas para que el paciente recurra a nosotros.

Otro inconveniente en la detección de este problema es la gran cantidad de poliativos que encubren o aminoran temporalmente la parafunción permitiendo que el paciente no tome la determinación de un tratamiento oportuno volviéndose cada vez más crónico y más difícil de controlar.

Hoy día en el siglo XXI tenemos inmejorables materiales, instrumentos y equipos tecnológicos como la microscopía. Esta nos permite encontrar interferencias oclusales que antes, aunque las imaginábamos, no podíamos interceptarlas ya que no la veíamos. De esta forma hoy logramos realizar ajustes más exactos de nuestras obturaciones y alteramos menos la normalidad de este sistema que presenta una sensibilidad exquisita y que hoy más que nunca se ve alterado por el factor psicológico debido a que el mundo nos exige cada vez una más rápida adaptación.

Es por eso que si queremos tener éxito en nuestros tratamientos debemos trabajar en equipo y entendiendo cómo funciona el sistema e integrando cada vez más nuestros conocimientos.



Diseño en Tejidos Dentarios. Espigas Preformadas y Morfología Radicular en P.D. Endodónticamente Tratadas

A sí como el diseño de los instrumentos endodónticos determina su acción, la conformación tridimensional de la dentina determina sus propiedades mecánicas y, por lo tanto, su comportamiento en boca.

Si comparamos la hidroxiapatita con las apatitas geológicas, éstas son cristalográficamente más puras y compactas, lo que las hace más duras superficialmente pero menos resistentes a las fuerzas flexocompresivas. Si comparamos dentina grabada versus dentina grabada y desproteinizada, ésta tiene mayor dureza superficial pero es menos resistente a las fuerzas flexocompresivas. Como las piezas dentarias están sometidas a cargas intermitentes y de variada dirección, es su resistencia flexocompresiva la que le permitirá resistir los requerimientos mecánicos a los que será sometida.

La dentina posee estrés residual producto de su mineralización que proviene de una matriz orgánica. El estrés residual es el responsable de la propiedad de lámina pre tensionada y la orientación tubular de la anisotropía, lo que le confiere a la dentina independencia del espesor tisular como un factor determinante en la solidez estructural del tejido remanente y su capacidad para resistir fuerzas. Esto nos permite conservar todo el tejido remanente sano para la conservación de los muelles. La propiedad hidrofílica de la dentina es independiente del órgano pulpar y la posibilidad de anclaje adhesivo de la matriz colágena dependerá, entre otros factores, de mantener la conformación estructural del sustrato y de evitar fenómenos oxidativos en su superficie.

Diseño de las espigas preformadas

En la evolución de estos dispositivos de anclaje, en cuanto a considerar, es su escala o tamaño, adaptable prácticamente a cualquier lumen del conducto tratado sin remover tejido sano. Pero lo más importante es el desarrollo de espigas preformadas pre tensionadas, que al igual que en la dentina, las hace capaces de absorber y distribuir fuerzas independientes del grosor del dispositivo. Esta característica es particularmente deseable en la P.D. endodónticamente tratada anormalmente ensanchada, ya sea por falta de maduración apical o parietal, o por recurrencia de caries en piezas adultas coronadas. Una espiga pre tensionada cementada adhesivamente, provee a la pieza dentaria de una zona buffer y recupera el módulo de elasticidad perdido.

Por último, del diseño radicular a la evaluación fotoelástica podemos observar cómo la distribución de tensiones se produce con cada cambio de concavidad radicular, situación que también se produce en las espigas, siendo en ambos casos una situación deseable, ya que evita la concentración de tensión. Pero en ambos casos, espigas preformadas y morfología radicular, podemos observar que la intensidad de la tensión transmitida al remanente dentinario radicular o al tejido sano es mayor cuando utilizamos dispositivos colados. Esto representa una condición no deseada para la preservación de la P.D. endodónticamente tratada, ya que a mayor intensidad de tensión transmitida, mayor incidencia de fractura radicular, situación que dependerá de nosotros el poder evitar con el conocimiento y manejo de las propiedades adhesivas del tejido dentinario y de los protocolos clínicos adhesivos intraradicales.

Eric
Dreyer



Tratamiento Conservador de Endo-Exorizálisis Avanzada en Segundo Premolar Superior con Dens Evaginatus

INTRODUCCION

Ludovic



Doussoulin

A diferencia de los dientes temporales, los dientes permanentes no experimentan reabsorción radicular fisiológica, sino patológica. En forma normal las raíces dentarias se encuentran protegidas inmanente por predentina y odontoblastos y externamente por cemento y cementoblastos. Sin embargo, la reabsorción puede llegar a ocurrir tanto desde el interior del conducto radicular y/o clínica pulpar (fiorizálisis o reabsorción interna), como desde el exterior de la raíz (exorizálisis o reabsorción externa), dando por resultado la pérdida de dentina y/o cemento radicular.

Se ha postulado, entre otras causas, que la reabsorción interna se podría originar a partir de una pulpitis crónica (fisiológica) mantenida por traumatismos e idiopática (además de factores asociados), que dan paso a la formación de un tejido de granulación, con células típicas de una inflamación crónica más demineralizadora (respuesta blanda de la reabsorción de dentina)^{1,2}. El proceso de reabsorción exige tejido vital, aunque en la porción coronaria si mismo pueda existir tejido necrótico, por tanto la reabsorción progresa, demineralizándose cuando el proceso necrótico alcanza todo el espacio pulpar. Se puede llegar a perforar la superficie radicular y establecer comunicación con el tejido periodontal^{3,4}.

La reabsorción externa, por su parte, puede tener causas múltiples, pudiendo clasificarse en términos muy generales en reabsorciones traumáticas (trauma occlusal, trat. ortodóncicos, TDA, etc.) y reabsorciones infecciosas (periodontitis apicales y laterales crónicas), idiopática, y puede incluso ser la consecuencia de una endorizálisis perforada^{5,6,7,8,9}.

En general, el tratamiento de las reabsorciones consiste en detener dicho proceso y lo gran sellar perforaciones, comunicaciones o tejido dentario perdido, habiéndose puesto en práctica variados tratamientos (dependiendo del caso, ubicación, extensión, patologías asociadas, entre otros) desde tratamientos expectantes y controlados (por ej. reabsorciones por presión) hasta tratamientos vía conducto radicular en base a una terapia endodóntica convencional asociada a medicación tóxica (actualmente hidróxido de calcio), barreras de sellados intraconducto, cirugía apical y/o periradicular (selladora y resectiva), llegando a la exodoncia dentaria en casos avanzados^{1,4,7,12,13}.

El dens evaginatus es una malformación del desarrollo, que se caracteriza por la presencia de una cúspide extra, que toma forma de tubérculo desde la superficie occlusal o lingual de las coronas dentarias, que incluye esmalte, dentina y pulpa dentaria. Se ha reportado una prevalencia entre el 1 al 8%, siendo más frecuente en la raza asiática. La importancia clínica radica en que su fractura y/o desgaste puede dar paso a una pulpitis y consecuentemente necrosis pulpar^{1,3,14}.

A continuación presentaré el caso de un premolar superior (diente 25), en el cual se evidencia la presencia de las patologías mencionadas, existiendo un estado avanzado de reabsorción radicular interna y externa con gran pérdida de tejido dentario en el tercio apical y medio de la raíz, cuya causa inicial se logra identificar a partir de un dens evaginatus desgastado.

CASO CLINICO



Fig.1

Antecedentes

El paciente llega con un aumento de volumen ubicado en el vestibulo en relación a la pieza 2.5 NI, doloroso sólo a la palpación, de consistencia blanda fluctuante, color rosado intenso. La coronas de las piezas dentarias de la región se observan clínicamente indemnes, sin antecedentes de trauma; test de vitalidad dientes 2.5 negativo, 2.4 y 2.6 positivo, test de percusión positivo (leve) en pieza 2.5. En el

examen radiográfico se observa una edenta reabsorción radicular interna en tercio medio y apical de la raíz y edema en el tercio apical, estando ambas comunicadas, provocando una gran pérdida de tejido radicular del tercio apical y pared distal de la raíz asociado a un área radiolúcida difusa periapical y paradicular distal. La corona se observa normal (Fig.1), lo que lleva a pensar

Paciente sexo masculino, 17 años, con un retardo en el desarrollo físico de causa aparentemente ideopática (representa un niño normal de 9-10 años aproximadamente), sin alteración intelectual.

en primera instancia en una causa ideopática del cuadro reortivo. Luego de un detallado examen clínico sólo se percibe una pequeña faceta de desgaste ubicada en la cara oclusal en la vertiente palatina de la cúspide vestibular (que se extiende desde la mitad interna de dicha vertiente hasta el surco oclusal-medio).

Diagnóstico Clínico

Absceso submucoso vestibular secundario a la reagitación de una periodontitis apical crónica.

Dens evaginata: desgastado por atrición. Radiográficamente una endo-exortosis del

tercio apical y medio comunicadas, y una otitis periapical y paradicular.



Fig.2



Fig.3



Fig.4



Fig.5

Tratamiento

Se realiza la trepanación, conformación de acceso endodóntico y debridación del conducto, encontrando tejido necrótico en la cámara pulpar y tercio cervical del conducto radicular; en el resto del conducto se encontró tejido granulomatoso y necrótico. Luego de debridar el conducto y cohibir la hemorragia, se toma la conductometría en varias angulaciones para obtener una visión más clara de la situación (Figs. 2, 3 y 4). A la exploración, no se encontró resistencia apical al instrumento, existiendo una absoluta y amplia comunicación clínica entre conducto y área paradicular.

Se realiza una acauscia limpieza del conducto radicular mediante un limado circumferencial. Se utiliza en primer término como solución irrigadora, hipoclorito de sodio (2.5%), sólo para debridar y limpiar cámara pulpar y tercio cervical, luego se continúa con clorhexidina y lechada de hidróxido de calcio, en la porción restante del conducto (dado el alto riesgo de provocar más daño a los tejidos paradiculares y/o provocar un absceso).

Se medica con hidróxido de calcio, preparado muy espeso con propilén glicol,

realizando controles periódicos con recambio del mismo medicamento y exploración clínica en cada oportunidad: al cabo de 1 mes, 4 meses (Fig.5), 7 meses (Fig.6), 10 meses, 12 meses (Fig.7), en este último control, además de estar sin signos ni síntomas, se logra determinar clínicamente la presencia de una barrera dura en toda la zona afectada, con ausencia de exudados (lo que no ocurrió en los controles anteriores).



Fig.6



Fig.7

Se decide realizar la CIRC, fabricando una punta maestra con 4 conos nº 120, logrando la adaptación apical del cono mediante inmersión en eucalipol de la misma, y luego se realiza condensación lateral caliente en el tercio medio y cervical, terminando con condensación vertical (Figs. 8, 9, 10 y 11). Como cemento sellador se utilizó cemento de gomas. Se observan buenos resultados en la radiografía control (Fig. 12).



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13

Los controles radiográficos posteriores son hechos a los 3 meses (Fig. 13), 10 meses (Fig. 14) y 16 meses (Fig. 15), post CIRC, sin observar cambios, alteraciones y/o recidiva. Asimismo, en los controles clínicos hay ausencia total de signos y/o síntomas clínicos.

En virtud de la evolución del tratamiento y de los resultados obtenidos se considera un éxito clínico.



Fig. 14



Fig. 15

El dens evaginatus es una malformación del desarrollo, que se caracteriza por la presencia de una cúspide extra, que toma forma de tubérculo desde la superficie ocusal o lingual de las coronas dentarias, que incluye esmalte, dentina y pulpa dentaria

Discusión

Muy difundido en la literatura, como alternativa de tratamiento frente a reabsorciones internas con perforaciones externas, y/o frente a reabsorciones externas amplias, es la cirugía, mediante un sellado quirúrgico o exodoncia^{15,16}. En este caso clínico la opinión de varios especialistas (en varias áreas) fue realizar la exodoncia del diente en cuestión. A pesar de ello y contando con la colaboración del paciente, se decide intentar con un tratamiento conservador, teniendo en consideración el mal pronóstico de la pieza dentaria.

Cabe señalar que las patologías, en términos generales, no son idiopáticas, siempre tienen una causa o un origen,

independiente de que sea muy difícil de determinar (o que en ocasiones no lo logremos). Del mismo modo, se debe recalcar la importancia de un buen examen clínico y radiográfico y siempre trabajar sobre la base de un diagnóstico cierto. Como antecedente agregaremos que en la pieza dentaria contralateral (I.5 NI), también se detecta el dens evaginatus desgastado por atrición. Si bien el diente aun estaba vital, ya se observan signos radiográficos de reabsorción radicular, por lo que se decide realizar la terapia endodóntica (Figs. 16 y 17).

Como explicación a la etiopatogenia de nuestro caso clínico, podemos resumir



Fig. 16



Fig. 17

que producto del desgaste del dente evaginatuz con la consecuente exposición de dentina, y el delgado puente de la misma (ya que la pulpa también se proyecta en el tubérculo oclusal), se produce contaminación pulpar, originando en primer término una pulpitis crónica, la cual se va extendiendo hacia el conducto, dando origen al tejido granulomatoso que causa la reabsorción interna, la que al progresar perfora la superficie radicular. Paralelamente desde la cámara pulpar un proceso de necrosis avanza produciendo contaminación bacteriana del conducto radicular y la con-

secuente periodontitis apical crónica, lo cual origina una reabsorción radicular infecciosa agregada a la anterior. Mas tarde, ya sea por aumento de la virulencia bacteriana y/o baja de las defensas del huésped, se produce un cuadro agudo manifestandose como un absceso submucoso.

Se debe dejar claro la gran ayuda terapéutica que constituye el hidróxido de calcio, el cual nos permite tratar y resolver una gran gama de patologías que en otras épocas tenían un tratamiento radical.

Sellaremos que si bien el resultado fue exitoso, tal vez la técnica de OHC ideal en este caso sería la utilización de gutta-percha termoplificada inyectada, asociada a condensación vertical, en virtud de lo irregular de la superficie interna del conducto y de lo delgado de las paredes radiculares. Así también se puede decir que no existen técnicas rígidas ni "recetas de cocina" y que con los conocimientos adecuados, un buen manejo clínico y con lo medios con que disponemos, se puede lograr buenos resultados clínicos.

Bibliografía

1. Cohen S, Burns R. Endodencia. Los caminos de la pulpa. 5ª Ed. Ed Médica Panamericana. México. 1993. 1023p.
2. Ten cate A. Histología oral. 2ª Ed. Ed Panamericana. B Aires 1986; 336-47.
3. Rabinowitch B. Conference on the biology of the human dental pulp. Oral Surg 1972; vol 2, n° 2: 263-82.
4. Bakland L. Reabsorción de la raíz. In: Clínica Odontológica de Norte América. Traducción de Dental Clinics of North America Vol. 2, n° 36. Ed Interamericana sa. México 1990; 500-09.
5. Frank A, Torabinejad M. Diagnosis and treatment of extraradicular invasive resorption. J Endod 1998; 24, n°7: 500-4.
6. Scoville R. Un caso inusual de resorción radicular cervical. J Endod 1992; 3, n° 1: 15-9.
7. Stamos DE, Stamos DG. A new treatment modality for internal resorption. J Endod 1986; 12, n°7: 315-9.
8. Frank A. Resorption, perforations, and fractures. Dent Clin of North America 1974; 18, n°2: 465-7.
9. Walton R, Torabinejad M. Endodencia. Principios y práctica clínica. Ed Interamericana. México 1991. 536p.
10. Lacala A. Endodencia. 4ª Ed. Ed Mas son - Salvat. Barcelona 1991; 782p.
11. Ingle J, Tator J. Endodencia. 2ª Ed. Ed Interamericana. México 1988; 913p.
12. Frank A, Weine F. Nonsurgical the rapy for the perforative defect of internal resorption. JADA. 1973; 87: 863-8.
13. Daniner S, Hazari D. Dent evaginatus de dientes anteriores. Revisión literaria y estudio radiográfico de 15.000 dientes. J Endod 1997; 3, n° 2: 48-52.
14. Augburger R. Manejo pulpar en dente evaginatus. J Endod 1996; 2, n°4: 29-31.
15. Guldener R. Endodencia: diagnóstico y tratamiento. Ed Springer-Verlag Ibérica México 1995. 270-361.
16. Weine F. Terapéutica en endodencia. 2 Ed. Ed Salvat Barcelona 1991; 782p.



Visite nuestra página Web
www.socendochile.cl

Molar Inferior con Tres Conductos Mesiales

Tradicionalmente se describe la anatomía de los molares inferiores con uno o dos conductos distales y dos conductos mesiales. Sin embargo, la presencia de tres conductos mesiales es reportada desde hace varios años en la literatura, y actualmente, gracias a nuevas tecnologías, es posible acceder a ellos con mayor facilidad

Los conductos mesiovestibular y mesiolingual se encuentran en su ubicación normal, y el tercero se encuentra ubicado en la mitad de la distancia de ambos y puede terminar en su propio foramen o confluir hacia los otros conductos mesiales. Para encontrar esta inusual configuración anatómica, se debe contar con conocimientos de anatomía radicular, buen acceso, magnificación y buena iluminación.

Varias publicaciones han descrito variaciones en la configuración habitual de los molares inferiores. La configuración en C, descrita en segundos molares inferiores y en menor medida en primeros molares por varios autores¹, la presencia de tres conductos distales² y tres conductos mesiales^{3,4,11,12}. Weiss¹ relata el retratamiento de un primer molar mandibular con tres conductos en la raíz mesial, dos de los cuales se unían. Fabra-Campos⁴, de un total de 145 molares tratados, encontró 4 molares con cinco conductos, tres en la raíz mesial y dos en la distal. En ninguno de estos cuatro, el tercero mesial presentó un foramen individual. Y en tres casos se unió el tercero mesial con el conducto mesiovestibular y en uno con el mesiolingual. La presencia de tres conductos independientes en la raíz mesial fue descrita por Pomeranz³ y Beutz & Krell¹¹, quienes describieron un primer y segundo molar mandibular con tres conductos independientes en la raíz mesial.

Heck ya en 1925 decía "en la raíz mesial cuando el crecimiento de la raíz no está completo, hay sólo un conducto amplio que se comprime fuertemente en el medio. Cuando comienza su formación los dos anchos paredes de la raíz mesial en la zona media, están tan cerca entre sí, a través del depósito de nuevas capas de dentina, que la parte media del conducto se presenta, con pocas excepciones, blosa y queda e impenetrable". Holtsmann⁷ postula que la aposición de dentina secundaria durante la maduración dentaria, formaría divisiones verticales dentro del conducto radicular; en este caso un tercer canal en la raíz mesial de los molares inferiores. Martínez-Sanz⁸ indica que el tercer conducto es más estrecho que los otros dos y se relaciona con la edad, es decir se presenta menos en pacientes adultos debido a la aposición de dentina⁴.

Pomeranz³ clasificó al tercer conducto o conducto medio mesial (middle mesial) de tres diferentes formas, según cómo se presente: **a. Independiente**, con un orificio en el piso de la cámara y un foramen independiente, **b. Confluyente**, que posee un orificio independiente y apicalmente se une hacia el conducto mesiovestibular o mesiolingual y **c. Abeto**, donde es posible pasar libremente un instrumento desde el conducto mesiovestibular hasta el mesiolingual. Estas últimas dos formas, corresponden a variaciones anatómicas previamente reportadas como anatomías transversas (Weiss¹, Sidmore & Bjorndal¹²).

Dr. Andrei



Berdichewsky

E-mail: andrei@enda.cl

Especialista en Endodoncia de Pediatría

Privada, Providencia 2632 of. 301.

Fono 233 23 92, Santiago, Chile.

Internet: www.enda.cl

El principal objetivo de un Tratamiento Radicular exitoso, previo a la obturación, es la eliminación de la mayor cantidad posible de tejido orgánico y remanentes necróticos

Reporte del Caso

Paciente de sexo femenino, 36 años de edad, sin antecedentes de enfermedad general.

Diagnóstico Clínico: Pieza 19 (4.4 Intermacional) con Pulpagia Moderada por Pulpitis, producida por caries dentinaria profunda bajo la obturación, que manifiesta dolor prolongado a los cambios térmicos. Tratamiento: Biopsupectomía. (Foto 1).

El tratamiento se realizó en sesión única, eliminando la amalgama MOD y la caries. Se aisló y luego se realizó la trepanación en forma convencional, encontrando 2 conductos mesiales y dos conductos distales.

Se instrumenta el tercio cervical de cada conducto con fresas Gates Glidden 1-2-3, acompañado de irrigación con Hipoclorito de sodio al 5.25%.

Se realiza la conductometría con localizador apical electrónico y lima K Nº 10 a 1 mm del foramen, instrumentando los conductos con fresas HERO según técnica de Bassi hasta Nº 25 conicidad 0.6, en cada conducto.

Se explora con el microscopio operatorio el istmo entre los conductos mesiales con una punta de ultrasonido Satelec N°20, suavemente para abrir un poco la zona y exponer la entrada del conducto, con la ayuda de magnificación e iluminación con fibra óptica.

Se realiza la conductometría con una lima K Nº10 y se instrumenta en la forma antes descrita, el conducto mediodistal.

da por Pulpitis, producida por caries dentinaria profunda bajo la obturación, que manifiesta dolor prolongado a los cambios térmicos. Tratamiento: Biopsupectomía. (Foto 1).

FOTO 1



FOTO 2. A la radiografía Grassiwell, se observamos la presencia de tres conductos mesiales, pero no se observan dos conductos distales.

FOTO 3



FOTO 3. A la radiografía con desplazamiento distal, se despegan los conductos mesiales donde observamos los 3 conductos mesiales que se juntan en apical (Fig. Cuadrante superior y Pomeroy). Se observa con el micro localizador de Condensar a Lateral y MicroScan con Cámara de Visión.

FOTO 4



FOTO 4. La radiografía final coronal muestra los dos conductos distales.

FOTO 1



A la radiografía persea no se observan indicios de la presencia de los 3 conductos mesiales.

FOTO 5



FOTO 5. La radiografía final con desplazamiento distal muestra los tres conductos mesiales. Conducto mesial Confianza.

FOTO 6



FOTO 6. La radiografía de coronal a los 5 meses, muestra una línea clara continua al diente anterior y con un poco más de abarcamiento, evaluando el tratamiento radiolúcido como mínimo. La pieza no actualmente en tratamiento con el Rehabilitador.

Discusión

El principal objetivo de un Tratamiento Radicular exitoso, previo a la obturación, es la eliminación de la mayor cantidad posible de tejido orgánico y remanentes necróticos, con el objetivo de erradicar irritantes del sistema de conductos radiculares. Por lo tanto, es imperativo que la anatomía aberrante sea identificada en forma pre-

via o durante el tratamiento radicular.

Debido a que la literatura describe con frecuencia reportes sobre molares mandibulares con configuraciones inusuales de los conductos^{1,2,8,9,11,12}, se debe poner especial atención en revisar el piso de la cámara pulpar para detectar posibles orificios que

corresponden a las entradas de los conductos.

Es importante utilizar un buen medio de magnificación como las lupas o microscopio, ya que estos conductos son pequeños y estrechos, debiendo para su acceso utilizar limas K N° 6, 8 ó 10.

Ejemplo 1 de búsqueda de conducto Mediomesial en un Primer Molar Inferior



Figura 1a. Observación a simple vista del piso de la cámara pulpar.



Figura 1b. Observación inicial con Lupa K 8 10 a mano.



Figura 1c. Conductos mesiales después de la instrumentación.

Sin embargo, localizar conductos radiculares adicionales en raíces mesiales de molares inferiores presenta dificultades. Luego de que los dos canales mesiales estén preparados, puede ser útil (Fabra-Campo⁴ 1981,12;Ricucci¹⁰), eliminar cuidadosamente parte del istmo que sepa-

ra la entrada de los conductos medio y distovestibular.

Es importante estudiar detalladamente el piso de la cámara pulpar en la V sea de unión de los dos canales mesiales y después de secar explorar la zona con una lima fina, buscando una

depresión o un punto sangrante.

Debido al riesgo de perforación Fabra-Campo⁴ recomienda no instrumentar este conducto al mismo día metro que los otros mesiales, lo que puede dificultar su obturación.

Ejemplo 2 de búsqueda de conducto Mediomesial en un Primer Molar Inferior



Figura 2a. Observación de irregularidades en el istmo entre MV y ML.



Figura 2b. Observación inicial con Lupa K 8 10 a mano.



Figura 2c. Observación.

Actualmente existen puntas de ultrasonido para eliminar cuidadosamente el istmo interradicular, que se sugiere usar con la ayuda de magnificación e iluminación de fibra óptica para lograr tener un completo control de la dentina a eliminar

La incidencia de terceros conductos en la raíz mesial se encuentra raramente, 1.07 a 1.2% (Pomeranz¹), sin embargo estos estudios fueron hechos sin microscopía ni iluminación de fibra óptica que podrían aumentar estas cifras.

Actualmente existen puntas de ultrasonido para eliminar cuidadosamente el ítemo intraradicular, que se sugiere usar con la ayuda de magnificación e iluminación de

fibra óptica para lograr tener un completo control de la dentina a eliminar. Estas puntas en su extremo, son 15 veces más pequeñas que las fresas, permitiendo trabajar delicadamente.

En mi experiencia personal, al utilizar microscopía, iluminación y ultrasonido en la clínica, me ha facilitado encontrar conductos medionoriales, aunque la mayoría no termina en forma

independiente.

Debido a que la preparación biomecánica es considerada uno de los pilares del éxito en endodoncia una parte de este éxito debe ser la búsqueda de conductos adicionales, basado en el buen conocimiento de la anatomía radicular: acceso a la cámara pulpar; visibilidad (magnificación e iluminación) e interés en invertir tiempo y esfuerzo en la búsqueda de conductos "accesorios".

Bibliografía

1. Barnett F. Mandibular Molar with C-Shaped canal Endod Dent Traumatol 1986;2:79-81.
2. Stroner WE, Ramekis NA, Carr GL. Mandibular first molar with three distal canals. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1984;57:554-70.
3. Weiss FS. Case report: three canals in the mesial root of a mandibular first molar. J Endod 1982 Nov;8(11):517-20.
4. Fabra-Campos H. Three canals in the mesial root of mandibular first permanent molar: a clinical study. Int Endod J 1989 Jan;22(1):39-43.
5. Pomeranz HH, Eldelman DL, Goldberg HG. Treatment considerations of the middle mesial canal of mandibular first and second molar. Journal of Endodontics 1981;7: 545-8.
6. Beatty RG, Kneil K. Mandibular molars with five canals: Report of two cases. J Am Dent Assoc 1987;114:802-4.
7. Holmstrom L. Root canal Treatment of a Mandibular First Molar with Three Mesial root canals. International Endodontic Journal 1997;30:422-3.
8. Martino-Berni A, Radanelli R. Mandibular First Molar with six root canals. Journal of Endodontics 1985;8:348-52.
9. Skidmore AE, Bjorndal AH. Root canal morphology of the human mandibular first molar. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 1971;32:779-84.
10. Ricucci D. Three independent canals in the mesial root of a mandibular first molar. Endod Dent Traumatol 1997 Feb;13(1):47-9.
11. Jacobsen EJ, Dick K, Bodell R. Mandibular first molars with multiple mesial canals. J Endod 1994 Dec;20(12):610-3.
12. Bond JL, Hartwell GR, Donnelly JC, Portell FR. Clinical Management of Middle Mesial Root Canal in mandibular Molars. Journal Of Endodontics 1988;14:312-14.

Endo web

www.carlosboveda.com

britishendodonticsociety.org

blackwell-science.com/tej

endodonticpracticejournal.com

por un Mundo Mejor

La Vida.....

La vida es una oportunidad..... *Aprovechala!!!*
 La vida es bella..... *Admirala!!!*
 La vida es dulce..... *Provébala!!!*
 La vida es sueño..... *Hasla realidad!!!*
 La vida es un desafío..... *Enfórcala!!!*
 La vida es un deber..... *Realízala!!!*
 La vida es un viaje..... *Conviértela!!!*
 La vida es un juego..... *Juégala!!!*

La vida es cans..... *Aprecíala!!!*
 La vida es riqueza..... *Guárdala!!!*
 La vida es amor..... *Difúndala!!!*
 La vida es un secreto..... *Desvela!!!*
 La vida es una promesa..... *Cumplala!!!*
 La vida es dolor..... *Superala!!!*
 La vida es un canto..... *Cántala!!!*

La vida es lucha..... *Aculala!!!*
 La vida es tragedia..... *Prepárala!!!*
 La vida es aventura..... *Atrévete!!!*
 La vida es vida..... *Consérvala!!!*
 La vida es felicidad..... *Vívela!!!*

Por favor no la desperdices, es valioso
 Resaga estas en inglés en el lugar de niños
 «Missiones of Clarity» en la ciudad de Calicut

Cuento Con Alma...

EL PUENTE

Ha sido mucho tiempo dos hermanos que vivían en granjas adyacentes. Cayeron en un conflicto. Este fue el primer conflicto serio que tenían en 40 años de cultivar juntos hombre a hombre, compartiendo maquinaria e intercambiando cosechas y bienes en forma continua.

Esta larga y benéfica colaboración terminó repentinamente. Comenzó con un pequeño malentendido y fue creciendo hasta llegar a ser una diferencia mayor entre ellos, hasta que explotó en un intercambio de palabras amargas seguido de semanas de silencio. Una mañana alguien llamó a la puerta de Luis. Al abrir la puerta, encontró a un hombre con herramientas de carpintero.

“Estoy buscando trabajo por unos días, - dijo el extraño -, ¿quede usted algunos pequeños reparaciones aquí en su granja y yo puedo ser de ayuda en eso?”

“Sí, -dijo el mujer de las hermanas-, tengo un trabajo para usted. Mire al otro lado del arroyo aquella granja, ahí vive su vecino, bueno, de hecho es mi hermano menor.

La semana pasada había una hermosa pradera entre nosotros y él tiró su bulldozer y destruyó el cauce del arroyo para que quedara entre nosotros. Bueno, él pudo haber hecho esta para reforzarlos, pero le voy a hacer una mejor, ¿le usted aquella pila de desechos de madera junto al granero? Quiero que construya una cerca, una cerca de dos metros de alta, ya quea vez lo nunció más?”

El carpintero le dijo:

“Una que comprende la situación. Muéstreme dónde están los cielos y la luna y yo haré una cerca que los mantenga separados. Yo haré una cerca que los una para hacer los huecos de los puentes y le entregará un trabajo que lo dejara satisfecho”

El hermano mayor le ayudó al carpintero a reunir todos los materiales y dejó la granja por el resto del día para ir por provisiones al pueblo. El carpintero trabajó duro todo el día midiendo, cortando, clavando. Cerca del ocaso, cuando el granjero regresó, el carpintero pudo haber terminado su trabajo. El granjero quedó con los ojos completamente abiertos, su queja cayó. No había ninguna cerca de dos metros. En su lugar había un puente que unía los dos granjas a través del arroyo. Era una fina pista de arte, con palanquines y todo.

En ese momento, su vecino, su hermano menor, vino desde su granja y abrazando a su hermano le dijo:

“¡Fíren un gran día, pero que construir este hermosa puente después de lo que he hecho y dicho!”

Empezaron en su reconciliación los dos hermanos, cuando vieron que el carpintero también traía herramientas.

“¡No, espere, ¡quede unos cuantos días, tengo muchos proyectos para él”, le dijo el hermano mayor al carpintero.

“¡Me gustaría quedarme!, -dijo el carpintero-, pero... tengo muchos puentes por construir”.

anónimo