

879522

Ly



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CONDUCTOTERAPIA EN LA PRACTICA GENERAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ANNA GABRIELA CARAVEO PORTILLO



CHIHUAHUA, CHIH.,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N T R O D U C C I Ó N

LAS ENFERMEDADES PULPARES RESULTAN SER UNO DE LOS-
PADECIMIENTOS MÁS FRECUENTES QUE SE MANIFIESTAN EN LA -
CAVIDAD ORAL, PORQUE DEBIDO A QUE NO ES POSIBLE ESTABLE
CER UN FACTOR ETIOLÓGICO COMO ÚNICO, SINO QUE SON MULTI
FACTORIALES, PUEDEN SER COMO EJES, RESULTADO DE LA EVO-
LUCIÓN DE UNA LESIÓN CARIOSA, UN TRAUMATISMO, O ALGÚN -
FACTOR LOCAL DE ENFERMEDAD PARODONTAL COMO ES LA MALA -
ODONTOLOGÍA Y QUE ANTES DE SER PARADONTOPATÍA NOS PRODU
CE AFECCIONES PULPARES.

EN BASE A ESTO, LA INTENCIÓN Y MOTIVACIÓN PARA REA
LIZAR ESTE TRABAJO DE TESIS, ES EXPRESAR LOS DIFERENTES
TIPOS DE ALTERACIONES PULPARES QUE PUEDEN LLEGAR A MANI
FESTARSE Y DE ESTA FORMA TRATAR DE ESTABLECER EL FACTOR
ETIOLÓGICO QUE LA PRODUCE, ASÍ MISMO EL TRATAMIENTO QUE
REQUIERAN.

AL MISMO TIEMPO TRATARÉ DE PROBAR QUE LAS AFECCIO-
NES PULPARES SON EN UN PORCENTAJE MUY ELEVADO LA CAUSA-
DE MUTILACIÓN DENTAL, Y QUE AL LLEVAR A LA PRÁCTICA ES--

TOS CONOCIMIENTOS SIRVA DE MOTIVACIÓN PARA TRATAR DE --
LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO CERTERO Y ASÍ TRATAR DE EVITAR--
LA CONSECUENTE EXTRACCIÓN.

CAPÍTULO I

HISTOLOGÍA PULPAR

HISTOLOGICAMENTE LA PULPA ES UN TEJIDO CONECTIVO LAXO DONDE SE ENCUENTRAN LOS SIGUIENTES COMPONENTES:

- FIBROBLASTOS Y FIBRAS.
- FIBRAS DE KORFF.
- SUBSTANCIA FUNDAMENTAL.

- ODONTOBLASTOS.

- CÉLULAS DE DEFENSA (CÉLULAS MESENQUIMATOSAS IN DIFERENCIADAS, HISTOCIOTS Y CÉLULAS ERRANTES - LINFOIDES).

- SISTEMA VASCULAR SANGUÍNEO.
- SISTEMA VASCULAR LINFÁTICO.

- SISTEMA NERVIOSO.

LA PULPA DENTAL PRESENTA CUATRO CAPAS DONDE SE ENCUENTRAN DISPERSOS ÉSTOS COMPONENTES:

A CONTINUACIÓN LAS ENUMERAMOS DESDE EL CENTRO A LA PERIFERIA EN UN CORTE TRANSVERSAL LONGITUDINALMENTE:

- PARTE CENTRAL.

- ZONA RICA EN CÉLULAS.

ZONA POBRE EN CÉLULAS DE WEILL.

- ZONA ODONTOBLÁSTICA.

1.- FIBROBLASTOS Y FIBRAS:

SON LAS CÉLULAS MÁS ABUNDANTES DE LA PULPA MADURA Y - SANA, MORFOLOGICAMENTE EN LOS CORTES COMUNES LO ÚNICO QUE SE DISTINGUE ES UN NÚCLEO OVALADO LARGO, SON CÉLULAS ACTIVAS ENCARGADAS DE LA PRODUCCIÓN DE COLÁGENO.

LAS FIBRILLAS DEL TEJIDO CONECTIVO ESTÁN DISPERSAS EN TODO EL ESTROMA PULPAR, AL REUNIRSE ÉSTAS FORMAN FIBRAS -- CON EL TIEMPO REEMPLAZAN PARTE DE LA SUBSTANCIA FUNDAMENTAL.

LA DISTRIBUCIÓN DE LAS FIBRAS ES DIFUSA Y FASCICULAR.

CRONOLOGICAMENTE SE HA COMPROBADO LO SIGUIENTE:

- LOS DIENTES ANTERIORES TIENEN MÁS COLÁGENO QUE LOS- POSTERIORES.
- DESPUÉS DE LOS 20 AÑOS EL TEJIDO PULPAR RADICULAR--- CONTIENE MÁS COLÁGENO QUE EL CORONARIO.

2.- FIBRAS DE KORFF:

ESTE TIPO DE FIBRAS ESTÁ RELACIONADO ESTRECHAMENTE -- CON EL PROCESO DE LA DENTINOGÉNESIS, SE CREE QUE FORMAN EL ESTROMA FIBROSO DEL PROCESO.

3.- SUBSTANCIA FUNDAMENTAL:

ES UN COMPLEJO MOLECULAR DE CONSISTENCIA LAXA FORMADA-
QUÍMICAMENTE POR AGUA, CARBOHIDRATOS Y PROTEINAS; FÍSICAMEN
TE PROPORCIONA UNA UNIÓN GELATINOSA COMO COMPLEMENTO DE LA-
RED FIBROSA. TODO PROCESO BIOLÓGICO QUE AFECTA A LAS CÉLU
LAS PULPARES SE HACE POR INTERMEDIO A ESTA SUBSTANCIA, SIEN
DO LA RUTA POR LA CUAL TRANSITAN LOS FOGOCITOS ATRAIDOS POR
LA QUIMIOTAXIS.

4.- ODONTOBLASTOS:

CÉLULAS DE TEJIDO CONECTIVO DEPENDIENTES DIRECTAMENTE-
DE LA PULPA PARA SU EXISTENCIA Y A LA VEZ SON FORMADORES DE
DENTINA Y DE SU MANTENIMIENTO COMO TEJIDO VIVO. EN LOS --
DIENTES JÓVENES SE ENCUENTRAN FORMANDO UNA CAPA CONTINUA EN
TODO EL PERÍMETRO DE LA CÁMARA Y CONDUCTOS RADICULARES, ES-
PECIALMENTE EN EL TECHO DE LA CÁMARA PULPAR SE DISPONEN EN-
UNA EMPALIZADA COMPACTA, MIENTRAS QUE EN EL PERÍMETRO RADI-
CULAR SE ENCUENTRAN POCOS ODONTOBLASTOS.

LOS ODONTOBLASTOS MADUROS SON CÉLULAS CILÍNDRICAS QUE-
SE EXTIENDEN DESDE LAS CAPAS MÁS INTERNAS DEL ESMALTE Y CE-
MENTO HASTA LA ZONA DE WEILL PREVISTOS DE NUMEROSAS PROLON-
GACIONES RAMIFICADAS EN TODA SU EXTENSIÓN, CUYO NÚCLEO RESI
DE EN LA EXTREMIDAD MÁS PRÓXIMA A LA PULPA. SUS PROLONGA-
CIONES TERMINALES TERMINAN EN LA DENTINA INMEDIATAMENTE AD-
YACENTE AL ESMALTE PROPORCIONANDO SENSIBILIDAD Y NUTRICIÓN-
A LA DENTINA.

5.- CÉLULAS DE DEFENSA:

ESTAS CÉLULAS PROPIAS DE LOS TEJIDOS CONECTIVOS LAXOS- DEL ORGANISMO REACCIONAN A CUALQUIER PROCESO INFLAMATORIO, - ENCONTRÁNDOSE NORMALMENTE EN REPOSO MUY CERCA DE LOS VASOS- SANGUÍNEOS, YA QUE ASÍ SE HAYAN EN POSICIÓN DE ACTUAR LOCAL- MENTE O DESPLAZAR POR LOS CAPILARES HACIA SU SITIO MÁS DIS- TANTE.

A).- CÉLULAS MESENQUIMATOSAS INDIFERENCIADAS:

SON CÉLULAS CON POTENCIAL MÚLTIPLE DE RESERVA, GRAN -- PARTE DE LA ZONA RICA EN CÉLULAS ESTÁ COMPUESTA POR ELLAS. EL REEMPLAZO DE ODONTOBLASTOS SE EFECTÚA CON LA DIFERENCIA- CIÓN DE ÉSTOS Y EN REACCIONES INFLAMATORIAS SE DIFERENCIAN- GENERALMENTE EN HISTOCITOS.

B).- HISTOCITOS:

MONOFOLÓGICAMENTE ES UNA CÉLULA ALARGADA Y RAMIFICADA- CON NÚCLEO OVALADO; SE ENCUENTRAN CERCA DE LOS CAPILARES, - JUNTO CON LAS CÉLULAS MESENQUIMATOSAS INDIFERENCIADAS, TIE- NEN CAPACIDAD DE CONVERTIRSE EN MACRÓFAGOS ACTUANDO COMO -- DESCONGESTIONANTES INFLAMATORIOS POR SU ACTIVA FAGOCITOSIS.

C).- CÉLULAS ERRANTES LINFOIDES:

ÉSTAS CÉLULAS PERTENECEN AL SISTEMA RETICULOENDOTELIAL SON CÉLULAS EMIGRANTES QUE LLEGAN A LA REACCIÓN INFLAMATO-- RIA ACTUANDO COMO MACRÓFAGOS. SU CITOPLASMA MUESTRA FINOS PSEUDOPODOS; SU NÚCLEO OSCURO LLENA CASI POR COMPLETO LA - CÉLULA.

6.- SISTEMA VASCULAR SANGUÍNEO Y CIRCULACIÓN PULPAR:

EL HECHO DE MANTENERSE LA PULPA COMO TEJIDO CAPAZ DE REACCIONAR Y A LA VEZ VINCULAR LA DENTINA CON EL ORGANISMO EN CONJUNTO SE DEBE A SU RICO SISTEMA LINFÁTICO.

POR EL FORAMEN APICAL PASAN VARIOS TRONCOS ARTERIALES- Y VENOSOS. EN EL SENO PULPAR EXISTEN NUMEROSAS ANASTOMO-- SIS PARA FACILITAR EL FLUJO SANGUÍNEO HACIA ZONAS DE MAYOR- DEMANDA; PRINCIPALMENTE EN EL MARGEN PULPAR DONDE SE REALI- ZA EL TRABAJO PRINCIPAL DE LA PULPA, O SEA EL APORTE SANGUÍ- NEO A LOS ODONTOBLASTOS, EL LECHO CAPILAR ES PARTICULARMEN- TE RICO.

EN DIENTES MULTIRADICULARES, SE OBSERVA QUE EXISTE UNA ANASTOMOSIS COMPLETA ENTRE LOS VASOS DE CADA RAÍZ CUANDO -- LAS RAÍCES SON ACHATADAS Y TIENEN MÁS DE UN CONDUCTO COMO - ES EL CASO DE MOLARES INFERIORES, O CUANDO ESTÁN FUSIONADAS SE VE UN COMPLEJO DE VASOS QUE PASA DE UNA RAÍZ A LA OTRA A TRAVÉS DEL PUENTE DENTINARIO.

LAS VENAS Y ARTERIAS DE LA PULPA SE PRESENTAN CON ALGU- NAS PECULIARIDADES, LAS PAREDES DE AMBAS SON MÁS DELICADAS- QUE LAS DE VASOS DE DIÁMETRO COMPARABLE DE CASI TODOS LOS - SECTORES DEL ORGANISMO, ASÍ LA CAPA MEDIA DE AMBAS ES PARTI- CULARMENTE DELGADA. ALGO PECULIAR SE NOTA EN EL DRENAJE - VENOSA, YA QUE LAS VENAS MÁS GRANDES SE ESTRECHAN EN LUGAR-

DE ENSANCHARSE A MEDIDA QUE SE ACERCAN AL FORAMEN APICAL. -

POR ÚLTIMO EXISTE LA PRESIÓN INTRAPULPAR, LA CUAL VARIÁ DURANTE LA ONDA DE LA PULSACIÓN NORMAL Y MÁS AMPLIAMENTE DURANTE LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS. .

7.- SISTEMA VASCULAR LINFÁTICO:

ESTUDIOS RECIENTES HAN DEMOSTRADO LA EXISTENCIA DE UN PLEXO AMPLIO DE LINFÁTICOS, LOS CUALES RODEAN EL FORAMEN APICAL Y DESEMBOCAN EN EL LÍMITE CDC Y CUYA FUNCIÓN ES LLEVAR LOS ELEMENTOS LINFÁTICOS A LA PULPA, ASÍ COMO DRENAR AL EXTERIOR LOS MISMOS DE LA PULPA.

8.- SISTEMA NERVIOSO PULPAR:

CON LOS VASOS SANGUÍNEOS PENETRAN EN LA PULPA FIBRAS NERVIOSAS SENSITIVAS Y AUTÓNOMAS, CON FRECUENCIA LOS TRONCOS NERVIOSOS RODEAN A LOS VASOS SANGUÍNEOS. EN EL CONDUCTO RADICULAR LAS RAMIFICACIONES SON ESCASAS, PERO AL LLEGAR A LA CÁMARA PULPAR LA DISTRIBUCIÓN ES TOTAL.

EL DESTINO PRINCIPAL DE LAS FIBRAS SENSITIVAS ES LA PERIFERIA DE LA PULPA, AQUI SE PIERDEN SUS VAINAS MICLINIZADAS Y LAS FIBRAS DAN SUS RAMIFICACIONES FINALES, ALGUNAS TERMINAN EN LA ZONA DE WILL Y OTRAS EN CONTACTO CON LOS ODONTOBLASTOS Y POR ÚLTIMO EN LA CAPA DE PREDENTINA. LA DENTINA ES SENSIBLE A ESTÍMULOS TÉRMICOS, MECÁNICOS Y QUÍMICOS, SIENDO LAS FIBRILLAS DENTINARIAS LAS QUE INTERVIENEN -

EN ESTA FUNCIÓN POR SU ÍNTIMA RELACIÓN CON LOS ODONTOBLASTOS.

LAS FIBRAS NERVIOSAS AUTÓNOMAS INTERVIENEN EN EL DOLOR PULPAR DE LA SIGUIENTE MANERA, COMO SABEMOS EJERCEN LA REGULACIÓN VASOMOTORA DE LAS ARTERIOLAS Y CUANDO PERMITEN QUE - HAYA MAYOR AFLUENCIA DE SANGRE HACIA LA PULPA POR MEDIO DE LA RELAJACIÓN DE LAS CÉLULAS MUSCULARES DE LA PARED ARTERIAL AUMENTA LA PRESIÓN HIDRÁULICA SOBRE LAS TERMINACIONES NERVIOSAS LIBRES, PRODUCIENDO DOLOR.

LAS TERMINACIONES NERVIOSAS LIBRES DE LA PULPA REACCIONAN A CUALQUIER ESTÍMULO CON DOLOR, PUES CARECEN DE ESPECIFICIDAD PARA DIFERENCIAR ENTRE LOS ESTÍMULOS COMO SON: CALOR, FRÍO, TACTO, FRICCIÓN, SUBSTANCIAS QUÍMICAS, PRESIÓN ETC.

CAPÍTULO II

MICROBIOLOGÍA DE LA PULPA Y LOS TEJIDOS PERIAPICALES

CONTROL MEDIANTE CULTIVOS:

LA MICROBIOLOGÍA ES DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA EN LA -
COMPRENSIÓN DE LA DEGENERACIÓN DEL TEJIDO PULPAR TRAUMATI-
ZADO COM MANIFESTACIONES FRECUENTES DE PATOSIS PERIAPICAL.

EL PROCEDIMIENTO DE CULTIVO, AUNQUE ES LIMITADO AYUDA
A PROPORCIONAR UN CONTROL BIOLÓGICO EFICAZ EN LA SECUENCIA
DEL TRATAMIENTO RADICULAR.

1.- FLORA MICROBIANA DE LOS TEJIDOS PULPARES Y PERIAPICA-- LES ENFERMOS.

ENCONTRAMOS ESTREPTOCOCOS, ESTAFILOCOCOS, COCOS GRAN-
NEGATIVOS Y POSITIVOS, DIFTEROIDES, LEVADURAS, ACTINOMICÓ-
TICOS, LACTOBACILOS, CLOSTRIDIOS, COLIFORMES, MICOPLASMAS,
ESPIROQUETAS Y BACTERIAS ACIDORESISTENTES, EXISTEN ADEMÁS-
ESPECIES DE AEROBIOS Y ANAEROBIOS FORZOSOS Y FACULTATIVOS.

2.- FRECUENCIA DE MICROORGANISMOS EN AISLAMIENTOS:

LA MAYORÍA DE LOS ESTUDIOS INDICAN QUE LOS ESTREPTOCOS SON LOS QUE PREDOMINAN EN UNA REVISIÓN MICROBIOLÓGICA-DETALLADA QUE SE LLEVÓ A CABO REVELÓ UN 82% DE INCIDENCIA-DE ESTREPTOCOCOS DE 347 CULTIVOS POSITIVOS.

3.- INTERPRETACIÓN DE LAS CLASIFICACIONES MICROBIANAS:

ESTREPTOCOCOS, LA CLASIFICACIÓN DE ÉSTOS LA BASAMOS - EN LA HEMOLISIS PRODUCIDAS POR COLONIAS EN MEDIOS DE CULTIVO AGUA-SANGRE ESTABLECIENDOSE 3 CATEGORÍAS.

- a).- ESTREPTOCOCOS HEMOLÍTICOS ALFA: ÉSTOS PRODUCEN - UNA ZONA DE COLORACIÓN VERDE Y HEMOLISIS, SE LES CONSIDERA DE ESCASA VIRULENCIA, EL MÁS COMÚN DE-ESTOS ES EL ESTREPTOCOCOS VIRIDIANS.
- b).- ESTREPTOCOCOS HEMOLÍTICOS BETA: ÉSTOS PRODUCEN - UNA ZONA CARACTERÍSTICA DE HEMOLISIS CLARA. LOS ESTREPTOCOCOS AISLADOS DE LOS CONDUCTOS RADICULARES COMPRENDEN A LOS DEL GRUPO DE LA CLASIFICACIÓN DE LANCEFIELD QUE ES EL MENOS VIRULENTO.
- c).- ESTREPTOCOCOS NO HEMOLÍTICOS: LAS COLONIAS DE ÉSTOS NO PRODUCEN HEMOLISIS EN EL CULTIVO DE AGAR-SANGRE, EN ESTE GRUPO PREDOMINA EL ENTEROCOCUS.- TAMBIÉN SE LES LLAMA ESTREPTOCOCOS GAMA.

ESTAFILOCOCOS: ESTE GRUPO HA SIDO AISLADO DE CÓN
DUCTOS RADICULARES CON FRECUENCIA VARIABLES, SU-
PATOGENICIDAD ES RARA VEZ AISLADA, PERO LA FORMA
CIÓN DE PIGMEOS ES EVIDENCIA PRESUNTIVA DE PATO-
GENICIDAD, SEGÚN LO INDICA LA SIGUIENTE CLASIFI-
CACIÓN:

- A).- STAPH AUREUS: TIPO ALTAMENTE PATÓGENO, PRODUCE UNA COLONIA DORADA CARACTERÍSTICA EN MEDIOS DE CULTIVO CON AGAR, LA PRUEBA POSITIVA DEL COÁGULO COMPLEMENTA LOS DATOS PARA CLASIFICAR ESTE GRUPO.
- B).- STAPH ALBUS: TIPO DE POCA VIRULENCIA, PRODUCE COLONIAS DE PIGMENTACIÓN LBANCA O INDIFERENTE, UNA PRUEBA DE COAGULOSA NEGATIVA COMPLEMENTA LA CLASIFICACIÓN.
- C).- STAPH CITREUS: SAPRÓFITO NO PATÓGENO, PRODUCE COLONIAS DE PIGMENTACIÓN AMARILLO LIMÓN Y PRUEBA DE COAGULOSA NEGATIVA.

4.- FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE EL AISLAMIENTO MICROBIANO:

FACTORES GENERALES:

UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA GENERAL, PUEDE INFLUIR EN -
LA IDENTIFICACIÓN DE LOS MICROORGANISMOS DE LE-

SIONES PULPARES Y PERIAPICALES, TAL ES EL CASO DE ENFERMOS TUBERCULOSOS, LEPROSOS, SIFILÍTICOS Y ALGUNAS INFECCIONES-MICÓTICAS.

NATURALEZA DE LA LESIÓN PULPAR: LAS PULPAS EXPUESTAS A LA FLORA BUCAL Y CONTAMINACIÓN, GENERALMENTE MUESTRAN UN AMPLIO ESPECTRO MICROBIANO. EN CAMBIO LOS DIENTES ENFERMOS INTACTOS SIN EVIDENCIA DE EXPOSICIÓN PULPAR, GENERALMENTE MUESTRAN UN ESPECTRO MICROBIANO LIMITADO, SOBRE TODO ESTREPTOCOCOS EN CULTIVOS PUROS Y MIXTOS. LA RELACIÓN ENTRE INFECCIÓN PULPAR Y PERIAPICAL CON DIENTES INTACTOS QUE PRESENTAN PATOGÉNESIS PULPAR Y PERIAPICAL FUE OBJETO DE INVESTIGACIÓN DE 82 CASOS UTILIZANDO LA TÉCNICA DE CULTIVOS-POR CÁNULA, OBSERVÁNDOSE LO SIGUIENTE:

- A).- BACTERIAS VISIBLES AISLADAS TANTO EN LA ZONA PULPAR COMO EN LA PERIAPICAL EN LOS 68.5% DE LOS CASOS, UN 23% FUE NEGATIVO.
- B).- BACTERIAS VIABLES AISLADAS DEL CONDUCTO EN UN 8.5% DE LOS CASOS.
- C).- TODOS LOS CASOS DE ESTREPTOCOCOS EN EL CONDUCTO REVELARÁN ESTREPTOCOCOS EN LA ZONA PERIAPICAL.
- D).- LA ELIMINACIÓN DE MICROBIOS VIABLES DEL CONDUCTO CON TRATAMIENTOS RADICULARES DIÓ CULTIVOS (-) DEL ÁREA PERIAPICAL ACORDE CON LO ANTERIOR SINTE

TIZAMOS QUE LA SECUENCIA PATOLÓGICA DE ACONTECI---
MIENTOS EN LA PULPA QUE CONDUCE A UNA PATOSIS PERI
APICAL PUEDE SER CAUSADA POR FACTORES FÍSICOS Y --
QUÍMICOS SIN INTERVENCIÓN MICROBIANA.

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICOS: LA FRECUENCIA DEL AISLAMIENTO
MICROBIANO DE LOS CONDUCTOS RADICULARES PUEDE VARIAR CON LOS-
PROCEDIMIENTOS DE CULTIVO Y MICROSCOPIO.

EL AGREGADO DE DEXTROSA, CISTINA, LÍQUIDO ASCÍTICO, AGAR
E INHIBIDORES DE DROGA A DIFERENTES MEDIOS BÁSICOS DE CULTIVO
AYUDAN A PROMOVER EL CRECIMIENTO DE MICROORGANISMOS QUE -
NO SE CULTIVAN ORDINARIAMENTE. LA MICROSCOPIA CON CAMPO OBS
CURO Y CONTRASTE DE FASE SUMADA A LA MICROSCOPIA HABITUAL CON
CAMPO LUMINADO SON DE SUMA UTILIDAD PARA IDENTIFICAR MICRO---
BIOS.

5.- ACCESO PARA LA INFECCIÓN PULPAR Y PERIAPICAL:

ACCESO DIRECTO: EN ESTE CASO LA CARIES DENTAL ES EL ENEMIGO--
PRINCIPAL POR EL CUAL LAS BACTERIAS Y SUS PRODUCTOS TÓXICOS--
PUEDEN INVADIR INICIALMENTE LA PULPA POR LA VÍA DE LOS TÚBU--
LOS DENTINARIOS. ADEMÁS LAS FRACTURAS CORONARIAS, LA ERO---
SIÓN Y FACTORES IATROGÉNICOS SON ENEMIGOS POTENCIALES EN EL--
ACCESO DIRECTO.

ACCESO PERIODONTAL: EN ESTE CASO LOS MICROORGANISMOS PUE-
DEN LLEGAR A LA PULPA POR LA VÍA APICAL Y POR LOS FONTEMENES-

LATERALES RADICULARES. EL TRAUMATISMO DENTAL PUEDE OCASIONAR ROMPIMIENTO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL Y LA POSIBLE FRAC-TURA DE LA LÁMINA ALVEOLAR CORTICAL PRODUCE RUPTURA DEL APORTE VASCULAR APICAL A LA PULPA, QUEDANDO UN CUADRO SUSCEPTIBLE A PATOSIS PULPAR, PUES LA LESIÓN DE LAS ESTRUCTURAS PERIODON-TALES DE SOSTÉN PROPORCIONAN UNA VÍA PARA LA INFECCIÓN RETRÓ-GENA, LAS SECUELAS PATOLÓGICAS SUBSIGUIENTES SE MANIFIESTAN - CON INFECCIÓN RETRÓGENA, LAS SECUELAS PATOLÓGICAS SUBSIGUIEN- TES SE MANIFIESTAN CON INFECCIÓN PULPAR Y PERIAPICAL SIMULTÁ- NEA CON DRENADO CRÓNICO POR EL SURCO GINGIVAL.

OTRO ES EL CASO EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL CON FORMA- CIÓN DE BOLSAS INFRAÓSEAS PERO CON LA MISMA VÍA DE ACCESO DE- INFECCIÓN, DE LA BOLSA A LOS CONDUCTOS PULPARES LATERALES.

ACCESO VASCULAR: (ANACORESIS). EL FENÓMENO DE LOCALIZACIÓN MI- CROBIANA EN TEJIDOS TRAUMATIZADOS O ENFERMOS ASOCIADA A BACTE- RIANA, SE DENOMINA ANACORESIS.

LA BACTEREMIA EN TEJIDOS PULPARES Y PERIAPICALES DESCU- BIERTA EN UN MEDIO HISTÓRICO NORMAL ES CONSIDERADO TRANSITO- RIO Y NO SIGNIFICATIVO. SE HA CREADO LA HIPÓTESIS DE INFE- CCIÓN PULPAR, POR BACTEREMIA EN TRAUMATISMOS PERIAPICALES POR- INTERRUPCIÓN DEL APARATO VASCULAR.

6.- INFECCIÓN PULPAR Y SUS SECUELAS PERIAPICALES: SE PUEDE -- AFIRMAR QUE EL CONDUCTO RADICULAR ENFERMO ES UN RESERVORIO DE

INFECCIÓN QUE CONTIENE MICROBIOS, EXUDADO, RESTOS NECRÓTICOS Y PRODUCTOS TÓXICOS E INFLAMATORIOS. CLÍNICAMENTE ESTE COMPLEJO INFECCIOSO ES EL FACTOR ETIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD PERIAPICAL, QUE TIENE SU ACCESO POR EL FORAMEN APICAL.

CONCEPTOS DE INFECCIÓN MICROBIANA: SE PUEDE DEFINIR A LA INFECCIÓN COMO: INVASIÓN DEL TEJIDO POR MICROORGANISMOS A TAL GRADO QUE PRODUCE UNA REACCIÓN PATÓGENA.

INFECCIÓN PULPAR: LA RELACIÓN DE LA FLORA MICROBIANA DE LOS CONDUCTOS RADICULARES CON LA INFECCIÓN PULPAR DEPENDEN EN PARTE DEL ESTADO DEL CONDUCTO RADICULAR INFECTADO. INFLAMACIÓN Y PATOSIS PULPAR PROGRESIVAS PUEDEN SURGIR DE FACTORES BACTERIANOS, TRAUMÁTICOS O QUÍMICOS. LOS PRODUCTOS DE DESCOMPOSICIÓN JUNTO CON LAS TENSIONES VARIABLES DEL OXÍGENO DENTRO DEL CONDUCTO RADICULAR PROPORCIONA UN MEDIO ADECUADO PARA EL DESARROLLO MICROBIANO AL QUEDAR EXPUESTA A MICROORGANISMOS CONTAMINANTES SAPRÓFITOS Y PATÓGENOS.

7.- GRAVEDAD DE LA INFECCIÓN:

UN EQUILIBRIO DE LA CANTIDAD DE SU VIRULENCIA, FACILITADO POR LA RESISTENCIA DEL HUÉSPED AYUDA A ESTABLECER LA GRAVEDAD DE LA INFECCIÓN.

LA GRAVEDAD DE LA INFECCIÓN ESTÁ DADA POR LA VIRULENCIA DE LOS MICROBIOS Y LA RESISTENCIA DEL HUÉSPED, YA QUE UNO TIENE RELACIÓN INVERSA CON OTRO.

TENEMOS CASOS DE LA ENFERMEDAD SISTEMÁTICA Y LA INFECCION ORAL POR VIRUS DONDE LA RESISTENCIA DE LOS TEJIDOS SE REDUCE PRODUCIÉNDOSE UNA MAYOR SUSCEPTIBILIDAD A LA INFECCIÓN.

8.- CONTROL MEDIANTE CULTIVO:

EL CONTROL POR CULTIVOS DETERMINA EL ESTADO MICROBIOLÓGICO DE LOS CONDUCTOS RADICULARES ENFERMOS, ADEMÁS AYUDA A -- CONTROLAR LA ASEPSIA AL MÁXIMO Y EL ÉXITO DE LA TERAPEÚTICA RADICULAR. EL CULTIVO NEGATIVO ES EL RESULTADO DE UNA REMOSIÓN EFICAZ DE LOS AGENTES ETIOLÓGICOS QUE PRODUCEN LA INFECCIÓN PULPO-PERIAPICAL.

OTRO MEDIO UTILIZADO TAMBIÉN PARA DETERMINAR EL ESTADO BACTERIOLÓGICO ES EL FROTIS COLOREADO DEL CONTENIDO RADICULAR AUNQUE NO ES COMÚN SU USO POR LA DESVENTAJA DE NO DIFERENCIAR LOS MICROBIOS VIABLES.

FACTORES POSITIVOS DEL CONTROL MEDIANTE CULTIVOS:

- ASEPSIA MÁXIMA EN EL CURSO DE LA TERAPEÚTICA RADICULAR
- ES UN FACTOR PSICOLÓGICO POSITIVO PARA EL PACIENTE MOSTRARLE EL RESULTADO DE CULTIVO NEGATIVO.
- COLABORA EN EL ENFOQUE RACIONAL DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO APORTA MAYOR CONFIANZA EN EL OPERADOR EN SU PROPIA TÉCNICA Y UN PRONÓSTICO MÁS FAVORABLE POSTERIOR A LA TERAPEÚTICA.

9.- TÉCNICA DE CULTIVO:

SECUENCIA DEL CULTIVO: EL CULTIVO SE PUEDE OBTENER CON PUNTAS DE PAPEL DE LOS CONDUCTOS RADICULARES DESPUÉS DE LA LIMPIEZA Y ANTES DE LA MEDICACIÓN. UN CULTIVO NEGATIVO DESPUÉS DE UNA LIMPIEZA EFICIENTE, DA CRITERIO SUFICIENTE AL ODONTÓLOGO PARA LA OBTURACIÓN FINAL.

MEDIOS DE CULTIVO: LOS MEDIOS DE CULTIVO DISPONIBLES PUEDEN PERMITIR EL DESARROLLO DE UN AMPLIO ESPECTRO MICROBIANO. LOS MÁS COMUNES SON: EL DE TRIPTICASA Y SOYA, LA INFUSIÓN DE CEREbro Y CORAZÓN Y LOS CALDOS AL TIGLICOLATO CON DIVERSOS AGREGADOS PARAPROMOVER AÚN MÁS EL DESARROLLO MICROBIANO. EL AGREGADO DE AGAR AL CALDO EN CONCENTRACIONES DE 0, 1 a 0.3% DA LUgar AL DESARROLLO DE ANAEROBIOS.

INCUBACIÓN: EL TIEMPO Y LA TEMPERATURA ÓPTIMOS PUEDEN VARIAR CON LOS MICROORGANISMOS, AUNQUE EL MÁXIMO DE DESARROLLO MICROBIANO SE OBTIENE CON 3 Y CON UN MÍNIMO DE 48 HORAS PARA EL TIEMPO DE INCUBACIÓN.

CAPÍTULO III

FUNCIONES DE LA PULPA

FISIOLOGÍA PULPAR:

LA PULPA DESEMPEÑA 4 FUNCIONES IMPORTANTES:

- 1.- FORMACIÓN DE LA DENTINA.
- 2.- FUNCIÓN NUTRITIVA.
- 3.- FUNCIÓN SENSORIAL.
- 4.- FUNCIÓN DEFENSIVA.

1.- FORMACIÓN DE LA DENTINA:

LA MÁS IMPORTANTE FUNCIÓN DE LA PULPA ES LA FORMACIÓN DE DENTINA. ES EL CONOCIMIENTO DE TODA LA EXISTENCIA DE TRES - DIFERENTES DENTINAS, QUE SE DISTINGUEN POR SU ORIGEN, MOTIVACIÓN, TIEMPO DE APARICIÓN, ESTRUCTURA, TONALIDAD, COMPOSICIÓN QUÍMICA, FISIOLOGÍA, RESISTENCIA, FINALIDAD, ETC.

- a).- DENTINA PRIMARIA: SU COMIENZO TIENE LUGAR EN EL ENGROSAMIENTO DE LA MEMBRANA DOZAL, ENTRE EL EPITELIO INTERNO DEL ESMALTE Y LA PULPA PRIMARIA MESODÉRMICA APARECEN PRIMERO LAS FIBRAS DE KORFF QUE CON APA---

RIENCIA DE MAYA FORMAN LA PRIMERA CAPA DE MATRIZ ORGÁNICA DENTINARIA (POR EL COLAGENO), NO CALCIFICADA QUE CONSISTITUYE LA PREDENTINA. SIGUE LA APARICIÓN DE ODONTOBLASTOS DESPUÉS DE LA CALCIFICACIÓN DENTARIA.

LA DENTINOGENESIS AVANZA DE INCISAL U OCLUSAL HASTA EL ÁPICE, FORMÁNDOSE LA DENTINA PRIMARIA, TIENE DIFERENTES NOMBRES: DENTINA PRIMARIA, REGULAR, FISIOLÓGICA Y NORMAL.

ESTA FUNCIÓN ES LA PRINCIPAL Y SIGUE MIENTRAS LA PULPA TENGA VITALIDAD.

- b).- DENTINA SECUNDARIA: CON LA AGRUPACIÓN DENTARIA Y ESPECIALMENTE CUANDO EL DIENTE ALCANZA LA OCLUSIÓN CON EL OPUESTO, LA PULPA PRINCIPIA A RECIBIR LOS EMBATES NORMALES BIOLÓGICOS: MASTICACIÓN, CAMBIOS TÉRMICOS, LIGERAS IRRITACIONES QUÍMICAS Y PEQUEÑOS TRAUMAS.

CALIFICAMOS ESTAS AGRESIONES COMO DE PRIMER GRADO EN NUESTRAS CLASIFICACIONES PATOGENICAS, PUESTO QUE ESTÁN DENTRO DE LA CAPACIDAD DE LA RESISTENCIA PULPAR, ESTIMULAN EL MECANISMO DE LAS DEFENSAS PULPARES, Y PROVOCAN UN INTERMITENTE DE DENTINA SECUNDARIA.

"ESTA DENTINA SECUNDARIA CORRESPONDE AL FUNCIONAMIENTO NORMAL DE LA PULPA".

GENERALMENTE ESTÁ SEPARADA DE LA PRIMERA POR UNA ZONA O LÍNEA DE DEMARCACIÓN, POCO PERCEPTIBLE. ES DE MENOR PERMEABILIDAD Y LA CANTIDAD DE TÚBULOS POR UNIDAD DE ÁREA TAMBIÉN MENOR, DEBIDO A LA DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE DENTINOBLASTOS Y CONSECUENTEMENTE DE LAS FIBRILLAS DE TOMES. SE DIFERENCIA TAMBIÉN EN LAS MICRORONTGENOGRAFÍAS. LOS TÚBULOS SON MÁS CURVADOS, A VECES ANGULADOS, MENOS REGULARES Y DE DIÁMETRO MÁS PEQUEÑO. ESTA DENTINA SE DEPOSITA SOBRE LA PRIMARIA Y TIENE POR FINALIDAD DEFENDER MEJOR A LA PULPA Y ENGROSAR LA PARED DENTINARIA, CON LO QUE REDUCE LA CAVIDAD; PERO SE LOCALIZA MÁS EN EL SUELO Y TECHO DE LAS CÁMARAS DE LOS PREMOLARES Y MOLARES.

TAMBIÉN RECIBE ESTA DENTINA DIFERENTES NOMBRES: DENTINA COMPENSADORA, ADVENTICIA, PROTECTORA, NORMAL, TUBULAR, TÍPICA, PATOLÓGICA, REGULAR, FUNCIONAL FISIOLÓGICA REGULAR, ODONTOPLÁSTICA, IRREGULAR DE PRIMER ORDEN Y REGULAR DE SEGUNDO ORDEN.

SU LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE ES EN EL SUELO Y TECHO DE LOS PREMOLARES Y MOLARES.

c).- DENTINA TERCIARIA: CUANDO LAS IRRITACIONES QUE RECIBE LA PULPA SON MÁS INTENSAS O AGRESIVAS, QUE CALIFICAMOS DE SEGUNDO GRADO, PUESTO QUE ALCANZAN CASI-CASI EL LÍMITE DE TOLERANCIA PULPAR COMO LA ABRA---SIÓN, EROSIÓN, CARIES, EXPOSICIÓN DENTINARIA POR -- FRACTURA, POR PREPARACIÓN DE CAVIDADES O MUÑONES Y-- POR ALGUNOS MEDICAMENTOS O MATERIALES DE OBTURACIÓN SE FORMA UNA TERCERA DENTINA A LA QUE LLAMAREMOS-TERCIARIA. ESTA DENTINA TERCIARIA SE DIFERENCIA -- TODAVÍA MÁS DE LAS ANTERIORES POR LOS SIGUIENTES CA RACTERES:

- LOCALIZACIÓN EXCLUSIVA FRENTE A LA ZONA DE IRRITA CIÓN.
- IRREGULARIDAD MAYOR DE LOS TÚBULOS, HASTA HACERSE TORTUOSO.
- DEFICIENTE CALCIFICACIÓN, Y POR LO TANTO MENOS DU REZA.
- MENOR NÚMERO DE TÚBULOS O SU AUSENCIA.
- INCLUSIONES CELULARES, QUE SE CONVIERTEN EN ESPA CIOS HUECOS.
- TONALIDAD DIFERENTE.

2.- FUNCIÓN NUTRITIVA:

LA PULPA NUTRE A LOS DENTINOBLASTOS POR MEDIO DE LA CO-- RRIENTE SANGUÍNEA Y A LA DENTINA POR LA CIRCULACIÓN LINFÁTICA

EL FLUJO DE LA LINFA DENTINARIA SE PUEDE ORIGINAR EN EL CITOPLASMA DE LAS CÉLULAS, EN SUS PROLONGACIONES O EN SU SUBSTANCIA INTERCELULAR.

EL PERÍODO PRINCIPAL DE LA NUTRICION DE LA PULPA ESTÁ EN LA FASE PRERUPTIVA, QUE ES CUANDO EL DIENTE NECESITA TODOS - LOS ELEMENTOS BÁSICOS PARA SU FORMACIÓN.

3.- FUNCIÓN SENSORIAL:

LA PULPA NORMAL, MÁS QUE OTRAS, TEJIDO CONJUNTIVO COMÚN, REACCIONA ENERGICAMENTE CON UNA SENSACIÓN DOLOROSA FRENTE A - TODA CLASE DE AGRESIONES (CALOR, FRÍO, CONTACTO, PRESIÓN, --- SUSTANCIAS QUÍMICAS, ETC.) (ORVAN), Y ESTA SE DEBE A QUE LA - GRAN INERVACIÓN QUE TIENE LA PULPA RECIBE NERVIOS SENSITIVOS- QUE TRASMITEN LA SENSACIÓN DE DOLOR, TIENE CIERTA REGULACIÓN- CON EL FLUJO SANGUÍNEO POR LA IRRITACIÓN DE LAS PROLONGACIO-- NES CITOPLÁSTICAS. LLEGA LA SENSACIÓN PROVOCADA POR ALGUNA- ALTERACIÓN.

4.- FUNCIÓN DEFENSIVA:

YA HEMOS VISTO QUE LA PULPA SE DEFIENDE FRENTE A LOS EM- BATES BIOLÓGICOS DE LOS DIENTES EN FUNCIÓN CON LA POSESIÓN DE DENTINA SECUNDARIA, Y MADURACIÓN DENTINARIA. (BETUS), QUE CON- SISTE EN LA DISMINUCIÓN DEL DIÁMETRO U OBLITERACIÓN COMPLETA- DE LOS TÚBULOS DE LA DENTINA. FRENTE A LAS AGREGACIONES MÁS INTENSAS LA PULPA OPONE DENTINA TERCIARIA. APARTE LAS CÉLU-

LAS PULPARES LLAMADAS HISTIOCITOS, TAMBIÉN LAS MESENQUIMATO--
SAS INDIFERENCIADAS Y LAS CÉLULAS ERRANTES AMIBOIDEAS DESEMPE
ÑAN ACCIONES DEFENSIVAS AL CONVERTIRSE LAS TRES EN MACRÓFAGOS
O POLIBLASTOS EN LAS REACCIONES INFLAMATORIAS (MÁXIMO).

CAPÍTULO IV

ENFERMEDADES PULPARES

EN LO REFERENTE A LAS ENFERMEDADES PULPARES SE HA TRATADO DE ESTABLECER UN CUADRO CONCRETO DE LAS MISMAS PARA ELIMINAR LA DIVERSIDAD DE TERMINOLOGÍA EXISTENTE.

EN BASE A TRABAJOS REALIZADOS POR ESTUDIOSOS DE LA MATERIA, ÉSTOS HAN ENGLOBADO LAS ENFERMEDADES PULPARES EN DOS --- GRANDES GRUPOS (AGUDAS Y CRÓNICAS) A PARTIR DE LAS CUALES DEPENDIENDO DE LAS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES DE CADA PADECIMIENTO MENCIONAN TAMBIÉN DOS SUBGRUPOS EN CADA UNA DE ELLAS - (LOCALIZADAS Y GENERALIZADAS).

CUADRO DE ENFERMEDADES PULPARES:

	LOCALIZADAS
PULPITIS AGUDAS	
	GENERALIZADAS
PULPITIS	
	LOCALIZADAS
PULPITIS CRÓNICA	
	GENERALIZADAS

DENTRO DE ESTE TRABAJO SE TRATA DE ABARCAR A MI PUNTO DE VISTA NUEVE DE LAS AFECCIONES PULPARES QUE SE PRESENTAN EN MAYOR ÍNDICE DE RECURRENCIA OFRECIENDO EN CADA UNA DE ELLAS CARACTERÍSTICAS, EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD, ASÍ COMO EL TRATAMIENTO QUE REQUIERE CADA UNA DE ELLAS.

ENFERMEDADES PULPARES MÁS FRECUENTES:

- 1.- PULPITIS AGUDA LOCALIZADA.
- 2.- PULPITIS CRÓNICA LOCALIZADA.
- 3.- PULPITIS SUPURATIVA LOCALIZADA
- 4.- PULPITIS CRÓNICA GENERALIZADA.
- 5.- PULPITIS AGUDA GENERALIZADA.
- 6.- PULPITIS ULCERATIVA.
- 7.- PULPITIS HIPERPLÁSICA.
- 8.- DEGENERACIÓN PULPAR.
- 9.- GANGRENA O NECROSIS PULPAR.

1.- PULPITIS AGUDA LOCALIZADA:

LA PULPITIS AGUDA LOCALIZADA ES UNA INFLAMACIÓN AGUDA DE LA PULPA CARACTERIZADA POR EXACERBACIONES INTERMITENTES DE DOLOR, QUE PUEDE HACERSE CONTINUO, ABANDONADA A SU PROPIO CURSO SE TRANSFORMA EN UNA PULPITIS SUPURADA O CRÓNICA, QUE TRAERÁ COMO CONSECUENCIA LA MUERTE DE LA PULPA.

ÉTIOLÓGIA:

LA CAUSA MÁS COMÚN ES LA INVASIÓN DE BACTERIAS A TRAVÉS-
DE UNA CARIES, AUNQUE TAMBIÉN PUEDE SER CAUSADA POR CUALQUIE-
RA DE LOS FACTORES CLÍNICOS (QUÍMICOS, TÉRMICOS O MECÁNICOS)-
O TAMBIÉN PORQUE LA HIPEREMIA PUEDE EVOLUCIONAR HACIA UNA PUL-
PITIS AGUDA, UNA VEZ DECLARADA ÉSTA, LA REACCIÓN ES IRREVERSI-
BLE.

SÍNTOMAS:

EN LA PULPITIS AGUDA LOCALIZADA EL DOLOR PUEDE SER PROVO-
CADO POR CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA Y ESPECIALMENTE POR -
EL FRÍO, POR ALIMENTOS DULCES O ÁCIDOS, POR LA PRESIÓN DE LOS
ALIMENTOS EN UNA CAVIDAD, POR LA SUCCIÓN EJERCIDA POR LA LEN-
GUA Y POR LA POSICIÓN DE DECÚBITO, QUE PRODUCE CONGESTIÓN DE-
LOS VASOS PULPARES. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS CONTINÚA DES-
PUÉS DE ELIMINADA LA CAUSA Y PUEDE PRESENTARSE Y DESAPARECER-
ESPONTÁNEAMENTE SIN CAUSA APARENTE. EL PACIENTE PUEDE DES--
CRIBIR EL DOLOR COMO AGUDO, PULSÁTIL O PUNZANTE Y GENERALMEN-
TE INTENSO; PUEDE SER INTERMITENTE O CONTINUO, SEGÚN EL GRADO
DE AFECCIÓN PULPAR Y LA NECESIDAD DE UN ESTÍMULO EXTENSO PARA
PROVOCARLO.

EL PACIENTE PUEDE INFORMAR, QUE AL CAMBIAR DE POSICIÓN -
EL DOLOR SE EXACERBA, PROBABLEMENTE POR MODIFICACIONES DE LA-
PRESIÓN INTRAPULPAR.

DIAGNÓSTICO:

EN EL EXAMEN VISUAL, POR LO GENERAL SE ADVIERTE UNA CAVIDAD PROFUNDA QUE SE EXTIENDE HASTA LA PULPA O BIEN UNA CARIES POR DEBAJO DE UNA OBTURACIÓN. LA PULPA PUEDE ESTAR EXPUESTA LA RADIOGRAFÍA PUEDE NO AGREGAR NADA A LA OBTURACIÓN CLÍNICA- O DESCUBRIR UNA CAVIDAD INTERPROXIMAL NO OBSERVADA AL EXAMEN-VISUAL, TAMBIÉN PUEDE SEÑALAR QUE ESTÁ COMPROMETIDO UN CUERPO PULPAR. LA PRUEBA PULPAR ELÉCTRICA PUEDE AYUDAR AL DIAGNÓSTICO, PUES UN DIENTE CON PULPITIS RESPONDERÁ A UNA INTENSIDAD DE CORRIENTE MENOR QUE OTRO CON PULPA NORMAL.

LA PRUEBA TÉRMICA REVELARÁ MARCADA RESPUESTA AL FRÍO, -- MIENTRAS QUE LA REACCIÓN AL CALOR PUEDE SER NORMAL O CASI NORMAL.

LA MOVILIDAD, PERCUSIÓN Y LA PALPACIÓN NO PROPORCIONARÁN ELEMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO.

HISTOPATOLOGÍA:

AL EXAMEN HISTOPATOLÓGICO SE OBSERVAN LOS SIGNOS CARACTERÍSTICOS DE LA INFLAMACIÓN, LOS LEUCOCITOS APARECEN RODEANDO LOS VASOS SANGUÍNEOS, EN OCASIONES LOS ODONTOBLASTOS ESTÁN -- DESTRUIDOS EN LA VECINDAD DE LA ZONA AFECTADA.

PRONÓSTICO:

ES FAVORABLE PARA EL DIENTE, PERO DESFAVORABLE PARA LA PULPA. EN CASOS DE PULPITIS AGUDA CLARAMENTE DEFINIDA NO DE

DE ESPERARSE RESOLUCIÓN. PUEDEN PRESENTARSE DOLOROSOS REFLEJOS QUE SE IRRADIAN HACIA LOS DIENTES VECINOS O SE LOCALIZAN EN LA SIEN O SENOS MAXILAR EN EL CASO DE DIENTES POSTEROSUPERIORES, O BIEN EN EL OIDO, EN EL CASO DE DIENTES POSTERIORES INFERIORES.

TRATAMIENTO:

EL TRATAMIENTO DE LA PULPITIS POR MEDIO DE CORTICOSTEROIDES Y ANTIBIÓTICOS NO HA SIDO COMPROBADO LO SUFICIENTE COMO PARA GARANTIZAR EL EMPLEO RUTINARIO DE ÉSTOS MEDICAMENTOS.

ACTUALMENTE EL TRATAMIENTO ACEPTADO DE LA PULPITIS AGUDA LOCALIZADA ES LA EXTIRPACIÓN PULPAR, CONSISTENTE EN EXTIRPAR LA PULPA EN FORMA INMEDIATA BAJO ANESTESIA LOCAL O LUEGO DE COLOCAR ALGUNA CURACIÓN SEDANTE EN LA CAVIDAD DURANTE UNOS DÍAS A FIN DE DESCONGESTIONAR LA INFLAMACIÓN EXISTENTE, PARA ESTO, PUEDE USARSE EUGENOL, O ESENCIA DE CLAVO. PARA FACILITAR EL ÍNTIMO CONTACTO DEL MEDICAMENTO CON LA PULPA Y ASEGURAR EL EFECTO DESEADO, ANTES DE COLOCAR LA CURACIÓN DEBE ELIMINARSE TODO EL TEJIDO CARIOSO POSIBLE.

SI LA CURA SEDANTE NO PRODUJERA ALIVIO INMEDIATO Y EXISTIERA UNA PEQUEÑA EXPOSICIÓN PULPAR, CON LA PUNTA DEL EXPLORADOR SE PROVOCA UNA HEMORRAGIA DE LA PULPA, PARA FACILITAR SU DESCONGESTIÓN.

LA HEMORRAGIA PUEDE ESTIMARSE CON LAVADOS DE AGUA CALIENTE, UNA VEZ SECA LA CAVIDAD LA APLICACIÓN DE UNA CURACIÓN PROPORCIONARÁ ALIVIO INMEDIATO, ESTA DEBE SELLARSE CUIDADOSAMENTE SIN EJERCER PRESIÓN, EMPLEANDO OXIDO DE ZINC Y EUGENOL, -- TRANSCURRIDOS DÍAS SE EXTIRPA LA PULPA.

2.- PULPITIS CRÓNICA LOCALIZADA:

ESTE TIPO DE PULPITIS ES EL RESULTADO DE LA DEGENERACIÓN DEL PROCESO INFLAMATORIO EN EL QUE SE ENCUENTRA EL TEJIDO PULPAR, EL CUAL VA A IR VARIANDO DE AGUDO, SUBAGUDO HASTA LLEGAR AL ESTADO CRÓNICO.

ETIOLOGÍA:

PARECE PROBABLE QUE ESTA SE ESTABLECE DESPUÉS DE UNA PULPITIS AGUDA LOCALIZADA.

SÍNTOMAS:

EL PACIENTE VA A MOSTRAR MUY POCAS O NINGUNA REACCIÓN PULPAR EN UNA SERIE DE CAVIDADES CARIOSAS MUY PROFUNDAS CERCANAS A LA PULPA.

HISTOPATOLOGÍA:

EL TEJIDO NATURAL DE LA REPARACIÓN EN LA PULPA PUEDE SER FIBROSO O CALCIFICADO Y EN ESTE CASO, SUELE FORMARSE DENTINA SECUNDARIA. LOS TÚBULOS AFECTADOS LOS CIERRA UNA CAPA HIALINA DE MATERIAL CALCIFICADO Y SE DEPOSITA UNA DENTINA SECUNDARIA MÁS O MENOS IRREGULAR.

ESTO TIENDE A REDUCIR EL ACCESO DE LOS IRRITANTES A LA PULPA Y ES PROBABLE QUE LA INFLAMACIÓN MÁS O MENOS COMPLETAMENTE SI ESTE PROCESO DEFENSIVO CONTINÚA CON SUFICIENTE VELOCIDAD Y EL AVANCE DE LA CARIES ES LENTO, LA INFLAMACIÓN PUEDE SEGUIR SIENDO MUY LEVE Y APENAS RECOMENDABLE. ESTE DESARROLLO SE CONSIDERA COMO UNA RESOLUCIÓN PARCIAL DE LA INFLAMACIÓN.

TRATAMIENTO:

CONSISTE EN ELIMINAR TODO EL TEJIDO CARIOSO POSIBLE, LUEGO COLOCAR UNA CURACIÓN DE ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL O ESENCIA DE CLAVO, Y ESPERAR UNA O DOS SEMANAS. SI EL PACIENTE MUESTRA UNA REACCIÓN FAVORABLE EN ESTE PERÍODO DE TIEMPO, SE PROCEDERÁ A LA OBTURACIÓN DE LA PIEZA, O DE LO CONTRARIO LLEVARÉMOS A CABO LA EXTIRPACIÓN PULPAR.

3.- PULPITIS SUPURATIVA LOCALIZADA:

LA PULPITIS SUPURATIVA LOCALIZADA ES UNA INFLAMACIÓN DOLOROSA, AGUDA CARACTERIZADA POR LA FORMACIÓN DE UN ABSCESO EN LA SUPERFICIE O EN LA INTIMIDAD DE LA PULPA.

ETIOLOGÍA:

LA CAUSA MÁS COMÚN ES LA INFECCIÓN BACTERIANA POR CARIES NO SIEMPRE SE OBSERVA UNA EXPOSICIÓN MACROSCÓPICA DE LA PULPA EXISTE, O BIEN ESTÁ RECUBIERTA POR UNA CAPA DE DENTINA REBLANDECIDA, CUANDO NO HAY DRENAJE, YA SEA POR LA PRESENCIA DE TE-

JIDOS EN UNA PEQUEÑA EXPOSICIÓN DE LA DENTINA EL DOLOR ES MUY INTENSO.

SINTOMATOLOGÍA:

EN LA PULPITIS SUPURATIVA EL DOLOR SIEMPRE ES INTENSO Y SE DESCRIBE COMO TENEBRANTE, PULSÁTIL O COMO SI EXISTIERA UNA PRESIÓN CONSTANTE. MUCHAS VECES MANTIENE DESPIERTO AL PACIENTE DURANTE LA NOCHE, Y CONTINÚA HASTA HACERSE INTOLERABLE Pese a todos los recursos para calmarlo, en las etapas iniciales, el dolor puede ser intermitente, pero en las finales se hace más constante. Aumenta con calor y a veces se alivia con el frío; sin embargo, el frío continuo puede intensificarlo. No existe periodontitis a excepción de los estudios finales en que la inflamación o la infección se ha extendido al periodonto, en donde va a degenerar este tipo de pulpitis a través de la propagación de vasos linfáticos y forman abscesos múltiples que en consecuencia nos produjeron una pulpitis generalizada.

SI EL ABSCESO PULPAR ESTUVIERA LOCALIZADO SUPERFICIALMENTE, AL REMOVER LA DENTINA CARIADA CON UN EXPLORADOR PUEDE DRENAR UNA GOTA DE PUS A TRAVÉS DE LA APERTURA, SEGUIDA DE UNA PEQUEÑA HEMORRAGIA, LO CUAL SUELE BASTAR PARA ALIVIAR AL PACIENTE. SI EL ABSCESO ESTÁ LOCALIZADO MUY PROFUNDAMENTE ES POSIBLE EXPLORAR LA SUPERFICIE PULPAR CON UN INSTRUMENTO AFILADO SIN OCASIONAR DOLOR, PUES LAS TERMINACIONES NERVIOSAS ES

TÁN MODIFICADAS. UNA PENETRACIÓN MÁS PROFUNDA EN LA PULPA-- PUEDE OCASIONAR UN LIGERO DOLOR, SEGUIDO DE LA SALIDA DE SANGRE O PUS.

DIAGNÓSTICO:

POR LO GENERAL ES FÁCIL HACER EL DIAGNÓSTICO BASÁNDONOS EN LA INFORMACION DEL PACIENTE, LA DESCRIPCIÓN DEL DOLOR Y EL EXAMEN OBJETIVO.

ESTA PULPITIS CASI PUEDE DIAGNOSTICARSE POR EL ASPECTO Y LA ACTITUD DEL PACIENTE, QUIEN CON LA CARA CONTRAÍDA POR EL DOLOR Y LA MANO APOYADA CONTRA EL MAXILAR EN LA REGIÓN DOLOROSA, PUEDE LLEGAR AL CONSULTORIO PÁLIDO Y CON ASPECTO DE AGOTAMIENTO POR LA FALTA DE SUERO, AL EXAMINARLO VEREMOS LOS TEJIDOS BUCALES QUEMADOS CON TINTURA DE YODO O CUALQUIER REMEDIO CONTRA EL DOLOR.

PUEDE PRESENTARSE UN CIERTO DE SOPOR, CAUSADO POR LAS DROGAS O LAS BEBIDAS INGERIDAS PARA CALMAR EL DOLOR. LA RADIOGRAFÍA PUEDE REVELAR UNA CARIES EXTENSA POR DEBAJO DE UNA OBTURACIÓN CON CONTACTO EN UN CUERPO PULPAR O UNA EXPOSICIÓN MUY PRÓXIMA A LA PULPA. EL UMBRAL DE RESPUESTA A LA CORRIENTE ELÉCTRICA PUEDE SER BAJO EN LOS PERÍODOS INICIALES Y ALTO EN LOS FINALES, O BIEN ESTAR DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, LO QUE RESTA UTILIDAD A ESTA PRUEBA PARA EL DIAGNÓSTICO. EN ESTE CASO LA PRUEBA TÉRMICA PUEDE SER MÁS ÚTIL, PUES EL FRÍO-

A VECES ALIVIA EL DOLOR, MIENTRAS QUE EL CALOR LO INTENSIFICA

LA PALPACIÓN Y MOVILIDAD NO PROPORCIONA NINGÚN DATO, PERO EL DIENTE PUEDE ESTAR LIGERAMENTE SENSIBLE A LA PERCUSIÓN-SI EL ESTADO DE LA PULPITIS ES AVANZADO.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

DEBE ESTABLECERSE EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE PULPITIS SUPURADA, ABSCESO ALVEOLAR AGUDO.

EN LOS ESTADÍOS INICIALES LA PULPITIS SUPURATIVA PUEDE - CONFUNDIRSE CON LA PULPITIS AGUDA LOCALIZADA, PERO EN LA PRIMERA EL DOLOR ES MÁS INTENSO Y SORDO, LA RESPUESTA AL CALOR - ES DOLOROSA.

LA PULPITIS SUPURATIVA LOCALIZADA TAMBIÉN PUEDE CONFUNDIRSE CON UN ABSCESO ALVEOLAR AGUDO, PERO LA INTENSIDAD Y EL TIPO DE DOLOR, EL ABSCESO, SIN EMBARGO PRESENTA: TUMEFACCIÓN, SENSIBILIDAD A LA PALPACIÓN Y PERCUSIÓN, MOVILIDAD DEL DIENTE CARENANCIA DE RESPUESTA AL PROBADOR PULPAR ELÉCTRICO.

HISTOPATOLOGÍA:

SE PRESENTA DILATACIÓN DE LOS VASOS SANGUÍNEOS CON FORMACIÓN DE TROMBOS Y DEGENERACIÓN O DESTRUCCIÓN DE LOS ODONTOBLASTOS. A MEDIDA QUE SE FORMEN LOS TROMBOS EN LOS VASOS, - LOS TEJIDOS ADYACENTES Y POR LIBERACIÓN DE ENZIMAS ELABORADAS POR LOS LEUCOCITOS POLINUCLEARES.

EL O LOS ABSCESES, NUMEROSOS Y GENERALMENTE PEQUEÑOS, -- PUEDEN LOCALIZARSE EN UNA PEQUEÑA ZONA DE LA PULPA O AGRANDARSE HASTA COMPROMETERLA CASI EN SU TOTALIDAD. SI LA CAVIDAD FUERA INTERPROXIMAL, EL ABSCESO PUEDE ESTAR EN LA PORCIÓN RADICULAR DE LA PULPA, O PRESENTARSE EN LA PORCIÓN CORONARIA SI LA CAVIDAD FUERA OCLUSAL O VESTIBULAR. LA INFLAMACIÓN PUEDE EXTENDERSE AL PERIODONTO, LO QUE EXPLICA LA SENSIBILIDAD A LA PERCUSIÓN.

PRONÓSTICO:

EL PRONÓSTICO DE LA PULPA ES DESFAVORABLE, PUEDE SALVARSE EL DIENTE SI SE EXTIRPA LA PULPA Y SE EFECTÚA EL TRATAMIENTO DEL CONDUCTO. EN LOS CASOS EN QUE SE MANTIENE EL DRENAJE DEL PUS DEL ABSCESO A TRAVÉS DE UNA APERTURA DE LA CÁMARA, -- SIN TRATAMIENTO POSTERIOR PUEDEN EVOLUCIONAR HACIA UNA FORMACIÓN CRÓNICA DE PULPITIS O NECROSIS PULPAR.

TRATAMIENTO:

CONSISTE EN EVACUAR EL PUS PARA ALIVIAR AL PACIENTE. BAJO ANESTESIA LOCAL, DEBE REALIZARSE LA APERTURA DE LA CÁMARA-PULPAR TAN AMPLIA COMO LAS CIRCUNSTANCIAS LO PERMITAN, A EFECTO DE OBTENER UN AMPLIO DRENAJE. CON UNA JERINGA SE LAVA LA CAVIDAD CON AGUA TIBIA PARA ARRASTRAR EL PUS Y LA SANGRE; LUEGO SE SACA Y SE COLOCA UNA CURACIÓN DE HIDRÓXIDO DE CALCIO. LA PULPA DEBE EXTIRPARSE POSTERIORMENTE BAJO ANESTESIA LOCAL, PREFERENTEMENTE DE LAS 24 a 48 HORAS. EN CASO DE EMERGEN--

CIA SE PUEDA EXTIRPAR LA PULPA Y DEJAR EL CONDUCTO ABIERTO PARA PERMITIR EL DRENAJE.

ESTE PROCEDIMIENTO ES PREFERIBLE A INSTRUMENTAR EL CONDUCTO EN ESTA SESIÓN, PUES LA INSTRUMENTACIÓN EN UNA PULPA INFECTADA PUEDE PRODUCIR UNA BACTERIA TRANSITORIA.

4.- PULPITIS CRÓNICA GENERALIZADA:

ESTE TIPO SE PRESENTA CUANDO LA LESIÓN DE TEJIDO DENTARIO ES AMPLIA, O SEA QUE PRESENTA VARIOS PUNTOS DE ATAQUE. ESTAS NOS PRESENTA EL DESARROLLO DE UN CUADRO INFECCIOSO A NIVEL PULPAR.

ETIOLOGÍA:

GENERALMENTE SE ENCUENTRA UN POCO DIFUSO DE INFECCIÓN DE BAJO DE LA CARIES. AQUI LA INTENSIDAD DE LA LESIÓN HÍSTICA PUEDE SER RELATIVAMENTE PEQUEÑAS E IRREGULARES, PERO LA LESIÓN TOTAL DE LA MISMA NO PUEDE SER VISTA EN UNA SOLA SECCIÓN Y ES IMPOSIBLE EVALUARLA SIN EXAMEN DE SECCIONES SERIADAS COMPLETAS DE TODA LA PULPA.

SÍNTOMAS:

LOS SÍNTOMAS INICIALES SUELEN SER MUY LEVES O PUEDE HABER DOLOR SORDO INTERMITENTE O CONTINUO.

DIAGNÓSTICO:

DENTRO DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, ESTÁN: LA PRESEN-
CIA DE ATAQUE RESIVIDANTES DE DOLOR. ADEMÁS EXISTE UNA RES-
PUESTA POSITIVA A CAMBIO TÉRMICO Y ESTE TIPO DE LESIÓN INVOLU-
CRA LIGERAMENTE PARODONTAL Y POR LO TANTO VA A PRESENTAR UNA-
RESPUESTA DOLOROSA A LA PERCUSIÓN HORIZONTAL.

HISTOPATOLOGÍA:

ALREDEDOR DE LA ZONA DE LA LESION HÍSTICA HAY UNA ZONA -
DE CÉLULAS DAÑADAS INFILTRADAS CON NUMEROSOS LINFOCITOS Y AL-
GUNOS EOSINÓFILOS Y MACRÓFAGOS. MÁS ALLÁ HAY UNA ZONA MU---
CHAS VECES BASTANTE EXTENSA, EN LA CUAL LOS VASOS ESTÁN DILA-
TADOS Y AL PARECER SE ESTÁN FORMANDO TEJIDOS DE GRANULACIÓN.
ESTA ZONA TAMBIÉN ESTÁ DENSAMENTE INFILTRADA POR CÉLULAS IN--
FLAMATORIAS.

LA DILATACIÓN VASCULAR E INFILTRACIÓN CELULAR PUEDEN PRO-
PAGARSE POR TODA LA PULPA O POR UNA GRAN PARTE DE LA MISMA, Y
NO HAY NINGÚN MARGEN CLARO ENTRE EL TEJIDO AFECTADO Y NO AFEC-
TADO. TODA LA PULPA MUESTRA ALGÚN GRADO DE EDEMA INTERCELU-
LAR.

TRATAMIENTO:

CONSISTE EN ELIMINAR TODO EL TEJIDO CARNOSO POSIBLE PARA
COLOCAR UNA CURACIÓN DE ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL PARA DISMI---
NUIR LA INFLAMACIÓN EXISTENTE Y TRANSCURRIDOS ALGUNOS DÍAS --
LLEVAR A CABO LA EXTIRPACIÓN PULPAR.

5.- PULPITIS AGUDA GENERALIZADA:

LA PULPITIS GENERALIZADA COMO LESIÓN PRIMARIA EN LA CARRIES DENTAL SEA RARA O NO OCURRA NUNCA PORQUE EL ESTÍMULO ES AL PRINCIPIO LIGERO Y A CAUSA DE LA NATURALEZA DEL PROCESO CARIOSO AUMENTA DE FORMA MUY LENTA.

ETIOLOGÍA:

LA CAUSA MÁS COMÚN SUELE SER POR EXACERBACIÓN DE UNA PULPITIS CRÓNICA GENERALIZADA O POR PROPAGACIÓN DE UNA PULPITIS LOCALIZADA AGUDA. SE DESCONOCE LA CAUSA DE LA PROPAGACIÓN, PERO ES POSIBLE QUE SE DEBA A UN AUMENTO DE LA INTENSIDAD DE LOS ESTÍMULOS IRRITANTES PROCEDENTES DEL PROCESO CARIOSO EN FORMA DE ORGANISMO NO PIÓGENO O A UNA REDUCCIÓN EN LA RESISTENCIA GENERAL O IRRIGACIÓN SANGUÍNEA, AUNQUE GENERALMENTE SE CREE QUE ESTO ÚLTIMO PUEDA OCURRIR EN DIENTES CON AGUJEROS APICALES RELATIVAMENTE PEQUEÑOS QUE TIENDEN A RESTRINGIR EL FLUJO SANGUINEO MÁS ALLÁ DE CIERTO LÍMITE.

SÍNTOMAS:

NO SE SABE CON QUE FRECUENCIA APARECE ESTA LESIÓN Y QUE CASI SIEMPRE PROGRESA HASTA CONVERTIRSE EN UNA GANGRENA DE LA PULPA O UNA PULPITIS SUPURATIVA.

EL PACIENTE SUELE PRESENTAR UN DOLOR CONTINUO, DE INTENSIDAD CRECIENTE PRECEDIDO DE ESTUDIOS DE SENSIBILIDAD TÉRMICA, O DE DOLOR AGUDO INTERMITENTE.

DIAGNÓSTICO:

EL DIENTE ES GENERALMENTE SENSIBLE A LA PERCUSIÓN A CAUSA DE LA AFECCIÓN PERIAPICAL Y EN LOS CASOS INTENSOS PUEDE HABER-ALGUNA PIREXIA. LA PULPA ES MUY SENSIBLE A LOS ESTÍMULOS TÉRMICOS Y ELÉCTRICOS.

HISTOPATOLOGÍA:

EN EL EXAMEN HISTOPATOLÓGICO SE VAN A PRESENTAR LOS SIG--NOS CARACTERÍSTICOS DE LA INFLAMACIÓN, EN ESTE TIPO DE PULPITIS ES NOTORIO QUE SE VEN DISMINUIDOS LA AGREGACIÓN DE ELEMENTOS CELULARES COMO SON LEUCOCITOS EN MAYOR IMPORTANCIA, Y COMO YA ANTERIORMENTE MENCIONAMOS ESTO NOS PUEDE DAR COMO RESULTADO QUE SE PRESENTE ALGÚN TIPO DE GANGRENA PULPAR O UNA PULPITIS - SUPURATIVA.

TRATAMIENTO:

CONSISTE EN ELIMINAR TODO EL PROCESO CARIOSO A FIN DE DES-CONGESTIONAR LA PULPA PARA PODER COLOCAR UNA CURACIÓN DE ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL Y TRANSCURRIDOS ALGUNOS DÍAS REALIZAN LA EX-TIRPACIÓN PULPAR.

6.- PULPITIS ULCERATIVA:

SE CARACTERIZA POR LA FORMACIÓN DE UNA ULCERACIÓN EN LA - SUPERFICIE DE UNA PULPA EXPUESTA, POR LO GENERAL SE OBSERVA EN PULPAS JÓVENES O VIGOROSAS DE PERSONAS MAYORES, CAPACES DE RESISTIR UN PROCESO INFECCIOSO DE ESCASA INTENSIDAD.

ETIOLOGÍA:

CUANDO HAY EXPOSICIÓN DE LA PULPA SEGUIDA DE LA INVASIÓN DE MICROORGANISMOS QUE VIENEN DE LA CAVIDAD BUCAL. LOS GÉRMESES LLEGAN A LA PULPA A TRAVÉS DE UNA CAVIDAD DE CARIES O DE UNA OBTURACIÓN MAL ADAPTADA.

LA ULCERACIÓN FORMADA ESTÁ GENERALMENTE SEPARADA DEL RESTO DE LA PULPA POR UNA BARRERA DE CÉLULAS REDONDAS PEQUEÑAS -- (INFILTRACIÓN DE LINFOCITOS QUE LIMITAN LA ULCERACIÓN A UNA PEQUEÑA PARTE DEL TEJIDO PULPAR CORONARIO). AÚN CUANDO LA ZONA INFLAMATORIA PUEDE EXTENDERSE HASTA LOS CONDUCTOS RADICULARES.

SINTOMATOLOGÍA:

EL DOLOR PUEDE SER LIGERO, MANIFESTÁNDOSE EN FORMA SORDA, O NO EXISTIR, EXCEPTO CUANDO LOS ALIMENTOS COMPRIMEN UNA CAVIDAD O POR DEBAJO DE UNA OBTURACIÓN DEFECTUOSA.

SIN EMBARGO, EN ESTOS CASOS EL DOLOR PUEDE NO SER SEVERO-- DEBIDO A LA DEGENERACIÓN DE LAS FIBRAS NERVIOSAS SUPERFICIALES.

DIAGNÓSTICO:

DURANTE LA APERTURA DE LA CAVIDAD, SOBRE TODO DESPUÉS DE-- REMOVER UNA OBTURACIÓN DE AMALGAMA, PUEDE OBSERVARSE SOBRE LA-- PULPA EXPUESTA Y LA DENTINA ADYACENTE UNA CAPA GRISÁCEA, COM-- PUESTO DE RESTOS ALIMENTICIOS, LEUCOCITOS EN DEGENERACIÓN Y CÉ-- LULAS SANGUÍNEAS. LA SUPERFICIE PULPAR SE PRESENTA EROSIONADA

Y A VECES SE PERCIBE EN ESTA ZONA OLOR A DESCOMPOSICIÓN. LA EXPLORACIÓN O EL TOQUE DE LA PULPA DURANTE LA EXCAVACIÓN DE LA DENTINA QUE LA RECUBRE GENERALMENTE NO PROVOCAN DOLOR HASTA LLEGAR A UNA CAPA MAS PROFUNDA DE TEJIDO PULPAR, A CUYO NIVEL PUEDE EXISTIR DOLOR Y HEMORRAGIA.

LA RADIOGRAFÍA PUEDE EVIDENCIAR UNA EXPOSICIÓN PULPAR, UNA CARIES POR DEBAJO DE UNA OBTURACIÓN, O BIEN UNA CAVIDAD O UNA OBTURACIÓN PROFUNDA QUE AMENAZAN LA INTEGRIDAD PULPAR. UNA PULPA AFECTADA CON PULPITIS ULCERATIVA PUEDE REACCIONAR NORMALMENTE, PERO POR LO GENERAL LA RESPUESTA AL CALOR, AL FRÍO, ES MÁS DÉBIL. LA PRUEBA PULPAR ELÉCTRICA ES ÚTIL PARA EL DIAGNÓSTICO, AUNQUE REQUIERE MAYOR INTENSIDAD DE CORRIENTE QUE LA NORMAL PARA OBTENER RESPUESTA.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

LA PULPITIS ULCERATIVA SE DIFERENCIA DE LA PULPITIS AGUDA LOCALIZADA Y DE LA NECROSIS PARCIAL PORQUE EL DOLOR ES LIGERO Y NO EXISTE, EXCEPTO CUANDO HAY COMPRESIÓN POR ALIMENTOS DENTRO DE LA CAVIDAD, Y REQUIERE MAS INTENSIDAD Y REQUIERE MÁS INTENSIDAD DE CORRIENTE PARA PROVOCAR UNA RESPUESTA. MIENTRAS QUE EN LA PULPITIS AGUDA LOCALIZADA EL DOLOR ES AGUDO Y PRESENTA MAYOR FRECUENCIA O EN FORMA CONTINUA Y REQUIERE MENOS INTENSIDAD DE CORRIENTE QUE LA NORMAL PARA PROVOCAR UNA RESPUESTA.

EN LA NECROSIS PARCIAL NO HAY TEJIDOS CON VITALIDAD EN LA CÁMARA PULPAR, Y EL UMBRAL DE RESPUESTA A LA CORRIENTE ELÉCTRICA

CA ES AÚN MÁS ALTO QUE EN LA PULPITIS ULCERATIVA.

HISTOPATOLOGÍA:

EL CUADRO MUESTRA EL ESFUERZO DE LOS PROCESOS VITALES DE LA PULPA PARA LIMITAR LA ZONA DE INFLAMACIÓN O DE DESTRUCCIÓN A LA SUPERFICIE MISMA. ES EVIDENTE UNA INFILTRACIÓN DE CÉLULAS REDONDAS. EL TEJIDO SUBYACENTE A LA ULCERACIÓN PUEDE TENER A LA CALCIFICACIÓN ENCONTRANDO ZONAS DE DEGENERACIÓN CÁLCICA. LA ULCERACIÓN PUEDE ABARCAR GRADUALMENTE LA MAYOR PARTE DE LA PULPA CORONARIA, EN ESTE CASO, LA PULPA RADICULAR -- PUEDE PRESENTAR UN CUADRO NORMAL O UNA INFILTRACIÓN DE LINFOCITOS. EN CASOS EXTREMOS ÉSTA INFILTRACIÓN PUEDE EXTENDERSE AL PERIODONTO, SIN ESTAR AFECTADOS EN EL HUESO PERIAPICAL, EL TEJIDO PUEDE EN ALGUNOS CASOS TRANSFORMARSE EN TEJIDOS DE GRANULACIÓN.

PRONÓSTICO:

ES FAVORABLE PARA EL DIENTE, SIEMPRE QUE LA EXTIRPACIÓN DE LA PULPA Y EL TRATAMIENTO DE LOS CONDUCTOS SEAN CORRECTOS.

TRATAMIENTO:

CONSISTE EN LA EXTIRPACIÓN INMEDIATA DE LA PULPA O LA REMOSIÓN DE TODA LA CARIES SUPERFICIAL Y EXCAVACIÓN DE LA PARTE ULCERADA DE LA PULPA HASTA TENER UNA RESPUESTA DOLOROSA. DAR LE ESTIMULANTES A LA HEMORRAGIA PULPAR MEDIANTE IRRIGACIONES DE AGUA TIBIA ESTÉRIL. LUEGO SE SECA LA CAVIDAD Y SE COLOCA UNA CURACION DE HIDRÓXIDO DE CALCIO. DESPUÉS DE UNO A TRES-

DÍAS, LA PULPA SE EXTIRPA BAJO ANESTESIA LOCAL.

EN CASOS DE DIENTES JÓVENES, ASINTOMÁTICOS, PUEDE INTENTARSE LA PULPOTOMÍA.

7.- PULPITIS CRÓNICA HIPERPLÁSTICA O POLIPO PULPAR.

LA PULPITIS CRÓNICA HIPERPLÁSTICA: ES UNA INFLAMACIÓN DE TIPO PROLIFERATIVA DE UNA PULPA EXPUESTA, CARACTERIZADA POR LA FORMACIÓN DE TEJIDO DE GRANULACIÓN Y A VECES DE EPITELIO CAUSADA POR UNA IRRITACIÓN DE INTENSIDAD BAJA Y LARGA DURACIÓN. ÉSTAS PULPITIS, PRESENTAN UN AUMENTO DEL NÚMERO DE CÉLULAS, POR LO QUE AVECES DE LE DENOMINA ERRONEAMENTE PULPITIS HIPERTRÓFICA, Y ESTE ES EL RESULTADO DE LA EVOLUCIÓN DE UNA PULPA ULCERATIVA.

ETIOLOGÍA:

LA CAUSA ES UNA EXPOSICIÓN LENTA Y PROGRESIVA DE LA PULPA A CONSECUENCIA DE LA CARIES. PARA QUE SE PRESENTE UNA PULPITIS HIPERPLÁSTICA ES NECESARIO QUE HAYA UNA CAVIDAD GRANDE Y ABIERTA, UNA PULPA JOVEN Y RESISTENTE Y UN ESTÍMULO CRÓNICO Y SUAVE. CON FRECUENCIA LA IRRITACIÓN MECÁNICA PROVOCADA POR LA MASTICACIÓN Y LA INFECCIÓN BACTERIANA CONSTITUYE EL ESTÍMULO.

SINTOMATOLOGÍA:

LA PULPITIS CRÓNICA HIPERPLÁSTICA ES ASINTOMÁTICA, EXCEPTO AL MOMENTO DE LA MASTICACIÓN, EN QUE LA PRESIÓN DEL BOLO -

ALIMENTICIO PUEDE CAUSAR CIERTO DOLOR.

DIAGNÓSTICO:

LA PULPITIS CRÓNICA HIPERPLÁSTICA POR REGLA GENERAL SE OBSERVA EN DIENTES DE NIÑOS Y ADULTOS JÓVENES. EL TEJIDO POLIPOIDE ES CARACTERÍSTICO Y SE PRESENTA COMO UNA EXCRECENCIA CARNOSA Y ROJIZA QUE OCUPA LA MAYOR PARTE DE LA CÁMARA PULPAR O DE LA CAVIDAD DE CARIES, Y PUEDE EXTENDERSE MÁS ALLÁ DE LOS LÍMITES DEL DIENTE, EN LOS ESTADIOS INICIALES LA ASA POLIPOSA PUEDE TENER EL TAMAÑO DE UNA CABEZA DE ALFILER, Y PUEDE EXTENDERSE MÁS ALLÁ DE LOS LÍMITES DEL DIENTE, ES MENOS SENSIBLE QUE EL TEJIDO PULPAR NORMAL Y MÁS SENSIBLE QUE EL TEJIDO GINGIVAL. ES PRACTICAMENTE INDOLORA AL CORTE, PERO TRANSMITE LA PRESIÓN AL EXTREMO APICAL DE LA PULPA CAUSANDO DOLOR. TIENDE A SANGRAR FÁCILMENTE DEBIDO A SU RICA RED DE VASOS SANGUÍNEOS. CUANDO EL TEJIDO PULPAR HIPERPLÁSTICO SE EXTIENDE POR FUERA DE LA CAVIDAD DEL DIENTE, PUEDE PARECER COMO SI EL TEJIDO GINGIVAL PROLIFERA DENTRO DE LA CAVIDAD. EN REALIDAD LA PULPA HA PROLIFERADO POR FUERA DE LA CAVIDAD Y SE HA RECUBIERTO CON EPITELIO GINGIVAL POR TRANSPLANTE DE CÉLULAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS ADYACENTES.

EL DIAGNÓSTICO DE PULPITIS HIPERPLÁSTICA NO OFRECE DIFICULTADES Y ES SUFICIENTE EL EXAMEN CLÍNICO. EL TEJIDO PULPAR HIPERPLÁSTICO EN LA CÁMARA PULPAR O EN CAVIDAD DEL DIENTE TIENE UN ASPECTO CARACTERÍSTICO, LA RADIOGRAFÍA POR LO GENERAL MUESTRA UNA CAVIDAD GRANDE Y ABIERTA EN COMUNICACIÓN DI--

RECTA CON LA CÁMARA PULPAR. EL DIENTE PUEDE RESPONDER MUY - POCO O NO RESPONDER A LOS CAMBIOS TÉRMICOS, A MENOS QUE SE EMPLEE UN FRÍO EXTREMO COMO EL CLORURO DE ETILO. CON EL PROBADOR PULPAR SE NECESITARÁ MAYOR INTENSIDAD DE CORRIENTE QUE LA NORMAL PARA UNA RESPUESTA.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

SU ASPECTO ES CARACTERÍSTICO Y SE RECONOCE FÁCILMENTE, - EXCEPTO EN CASOS DE HIPERPLASIA DEL TEJIDO GINGIVAL QUE SE EXTIENDE SOBRE LOS BORDES GINGIVALES DE UNA CAVIDAD, EN QUE SE PODRÍA CONFUNDIR CON LA PULPITIS CRÓNICA HIPERPLÁSICA.

HISTOPATOLOGÍA:

LA SUPERFICIE DE ESTA PULPA SE PRESENTA A MENUDO, AUNQUE NO VARIABLEMENTE, CUBIERTA CON EPITELIO PROPAVIMENTOSO ESTRATIFICADO. LA PULPA DE LOS DIENTES TEMPORALES TIENEN MÁS TENDENCIA A RECUBRIRSE CON EPITELIO QUE LA DE LOS DIENTES PERMANENTES.

ESTE EPITELIO PUEDE PROVENIR DE LA ENCÍA O DE LAS CÉLULAS EPITELIALES DE LA MUCOSA O DE LA LENGUA (AUTO-TRANSPLENTE RECIENTEMENTE DESCAMADAS, PERO ES MAS PROBABLE QUE DERIVE DE CÉLULAS MESENQUIMÁTICAS. EL TEJIDO DE LA CÁMARA PULPAR CON FRECUENCIA SE TRANSFORMAN EN TEJIDOS DE GRANULACIÓN. PUEDEN OBSERVARSE CÉLULAS PULPARES EN PROLIFERACIÓN POLIBLASTOS Y FIBRAS COLÁGENAS Y VASOS SANGUÍNEOS DILATADOS.

EL TEJIDO PULPAR APICAL PUEDE PERMANECER VITAL Y NORMAL.

PRONÓSTICO:

EL PRONÓSTICO DE LA PULPA NO ES FAVORABLE Y REQUIERE SU-
EXTIRPACIÓN. EN LOS CASOS FAVORABLES Y BIEN SELECCIONADOS --
PUEDE PRACTICARSE PRIMERO LA PULPOTOMÍA. SI NO SE LOGRA ÉXI
TO DEBERÁ REALIZARSE POSTERIORMENTE UNA EXTIRPACIÓN PULPAR --
COMPLETA.

TRATAMIENTO:

CONSISTE EN ELIMINAR EL TEJIDO POLIPOIDE Y EXTIRPAR LUE-
GO LA PULPA. EL POLIPO PUEDE REMOVERSE CORTÁNDOLO POR SU BA
SE CON UN BISTURÍ FINO Y AFILADO. TAMBIÉN SE PUEDE RECHAZAR
LO NUEVAMENTE DENTRO DE LA CAVIDAD, EMPAQUETANDO EL ESPACIO -
INTERPROXIMAL CON GUTAPERCHA DURANTE 24 HORAS COMO MÍNIMO.
LUEGO LA EXCRECENCIA PODRÁ EXTIRPARSE CON UN BISTURÍ O DES---
PRENDERSE LENTAMENTE CON UN EXCAVADOR GRANDE EN FORMA DE CU--
CHARA, HUMEDECIDO EN FENOL.

EL FENOL ACTÚA COMO ANESTÉSICO PARA EL TEJIDO BLANDO QUE
ES DEBIDAMENTE SENSIBLE Y AYUDA A DETENER LA HEMORRAGIA QUE -
COMUNMENTE ES ABUNDANTE. DEBE TENERSE ALCOHOL A MANO PARA -
NEUTRALIZAR CUALQUIER EXCESO DE FENOL QUE PUDIERE EXTRAER EN-
CONTACTO CON LA ENCÍA.

UNA VEZ ELIMINADA LA PORCIÓN HIPERPLÁSTICA DE LA PULPA,-
SE LAVARÁ LA CAVIDAD CON AGUA Y SE COHIBIRÁ LA HEMORRAGIA CON
EPINEFRINÁ O CON PERÓXIDO DE HIDRÓGENO. LUEGO SE COLOCARÁ -
UNA CURACIÓN CON HIDRÓXIDO DE CALCIO EN CONTACTO CON EL TEJI-
DO PULPAR.

LO QUE RESTA DE LA PULPA SE EXTIRPARÁ CON PREFERENCIA EN LA SIGUIENTE SESIÓN, EN CAOS SELECCIONADOS PUEDE INTENTARSE LA PULPOTOMÍA EN LUGAR DE LA PULPECTOMÍA.

8.- DEGENERACIÓN PULPAR:

SI BIEN LA DEGENERACIÓN PULPAR SE OBSERVA RARA VEZ CLÍNICAMENTE SUS DISTINTOS TIPOS DEBEN INCLUIRSE EN LA DESCRIPCIÓN DE LAS AFECCIONES PULPARES. SE PRESENTA GENERALMENTE EN --- DIENTES DE PERSONAS DE EDAD, PERO TAMBIÉN PUEDE OBSERVARSE EN PERSONAS JÓVENES, COMO RESULTADO DE UNA IRRITACIÓN LEVE Y PERSISTENTE COMO SUCEDE EN LA DEGENERACIÓN CÁLCICA.

LA DEGENERACIÓN NO SE RELACIONA NECESARIAMENTE CON UNA AFECCIÓN O CARIES, AÚN CUANDO EL DIENTE AFECTADO PUEDE PRESENTARSE UNA OBTURACIÓN O UNA CAVIDAD, COMÚNMENTE NO EXISTEN SÍNTOMAS CLÍNICOS DEFINIDOS. EL DIENTE NO PRESENTA ALTERACIONES DE COLOR Y LA PULPA NO RESPONDE A LOS ESTÍMULOS.

SE PRESENTAN LOS SIGUIENTES TIPOS DE DEGENERACIÓN:

- LA DEGENERACIÓN CÁLCICA CONSISTE EN QUE UNA PARTE DEL TEJIDO PULPAR ESTÁ REEMPLAZADO POR TEJIDO CALCIFICADO, TAL COMO MODULOS PULPARES O DENTÍCULOS. LA CALCIFERACIÓN PUEDE PRESENTARSE EN LA CÁMARA PULPAR O EN EL CONDUCTO RADICULAR, PERO ES MÁS FRECUENTE EN LA PRIMERA. EL TEJIDO CALCIFICADO APARECE CON UNA ESTRUCTURA LAMINADA AISLADA DENTRO DEL CUERPO DE LA PULPA. EL MODULO PUEDE ALCANZAR UN TAMAÑO CONSIDERABLE,-

DE MANERA QUE EN ALGUNOS CASOS AL EXTIRPAR LA MASA CALCIFICADA, ESTA PRODUCE LA FORMA APROXIMADAMENTE DE LA CÁMARA PULPAR TAMBIÉN HAY OTRO TIPO DE CALCIFICACIÓN, EN QUE EL MATERIAL -- CALCIFICADO ESTÁ ADHERIDO A LAS PAREDES DE LA CAVIDAD PULPAR-- FORMANDO PARTE DE LA MISMA. MEDIANTE LA RADIOGRAFÍA ES DIFÍCIL DISTINGUIR UN TIPO DEL OTRO.

SE ESTIMA QUE MÁS DEL 60% DE DIENTES DE ADULTOS PRESENTAN NÓDULOS PULPARES, SE CONSIDERAN CON CREACIONES INICUAS, -- AUNQUE EN ALGUNOS CASOS SE LES ATRIBUYEN DOLORES IRRADIADOS -- POR COMPRESIÓN DE LAS FIBRAS NERVIOSAS ADYACENTES.

UNO DE LOS TIPOS MÁS PRECOCES DE DEGENERACIÓN PULPAR ES-- LA VASCULARIZACIÓN DE LOS ODONTOBLASTOS, ESTOS DEGENERAN Y AL NO SER REEMPLAZADOS, DEJAN EN SU LUGAR ESPACIOS VACIOS. LA-- VASCULARIZACIÓN DE OBTURACIONES SIN BASES SE PRESENTA EN CAVI-- DADES PROFUNDAS, AÚN CUANDO SE HA COLOCADO UNA BASE DE CEMENTO DE FOSFATO DE ZINC.

DEGENERACIÓN ATRÓFICA:

ESTE TIPO DE DEGENERACIÓN PULPAR SE OBSERVA EN PERSONAS-- MAYORES, PRESENTA MENOR NÚMERO DE CÉLULAS ESTRELLADAS Y PROBABLEMENTE UN ARTIFICIO DE TÉCNICA, POR EL RETARDO DEL AGENTE -- FIJADOR PARA ALCANZAR LA PULPA, EL TEJIDO PULPAR ES MENOS SENSIBLE QUE EL NORMAL.

LA DEGENERACIÓN FIBROSA DE LA PULPA SE CARACTERIZA POR--

QUE LOS ELEMENTOS CELULARES ESTÁN REEMPLAZADOS POR TEJIDO FIBROSO CONJUNTIVO. CUANDO SE EXTIRPAN ESTAS PULPAS DEL CONDUCTO RADICULAR PRESENTAN ASPECTO GRISÁCEO CARACTERÍSTICO.

LA DEGENERACIÓN GRASA DE LA PULPA, RELATIVAMENTE FRECUENTE ES UNO DE LOS PRIMEROS CAMBIOS REGRESIVOS QUE SE OBSERVAN HISTOLÓGICAMENTE. EN LOS ODONTOBLASTOS Y TAMBIÉN EN LAS CÉLULAS DE LA PULPA PUEDEN HALLARSE DEPÓSITOS GRASOS.

TAMBIÉN PUEDE PRESENTARSE REABSORCIÓN INTERNA O MANCHA ROSADA, ES DECIR, REABSORCIÓN DE LA PULPA. PUEDE AFECTAR LA CORONA O LA RAÍZ DE UN DIENTE O SER TAN EXTENSA QUE ABARQUE AMBAS PARTES, SER UN PROCESO LENTO Y PROGRESIVO DE UNO O MÁS AÑOS DE DURACIÓN O DE EVOLUCIÓN RÁPIDA Y PERFORAR EL DIENTE EN POCOS MESES.

LA ETIOLOGÍA SE IGNORA, PERO A MENUDO LA LESIÓN ESTÁ LIGADA A UN TRAUMATISMO ANTERIOR.

CUALQUIER DIENTE PUEDE SER AFECTADO, PERO MÁS FRECUENTEMENTE EN LOS ANTEROSUPERIORES. A DIFERENCIA DE LA CARIES, LA REABSORCIÓN INTERNA RESULTA DE UNA ACTIVIDAD ETIOCLÁSTICA. LA REABSORCIÓN SE CARACTERIZA POR LAGUNAS QUE EL TIEMPO SE LLENA DE TEJIDO OSTEOIDE, ESTO PUEDE INTERPRETARSE COMO UNA TENTATIVA DE REPARACIÓN.

HAY UNA CANTIDAD CONSIDERABLE DE TEJIDO DE GRANULACIÓN, RESPONSABLE DE LA PROFUSA HEMORRAGIA QUE SE HACE PRESENTE AL

EXTIRPAR LA PULPA, SE PUEDEN ENCONTRAR CÉLULAS GIGANTES Y MONONUCLEARES. A VECES SE PRESENTA LA METAPLASIA DE LA PULPA, ES DECIR, LA TRANSFORMACIÓN EN OTRO TIPO DE TEJIDO.

SI LA REABSORCIÓN SE DESCUBRE PRECOZMENTE POR EL ASPECTO CLÍNICO O LA RADIOGRAFÍA Y SE EXTIRPA LA PULPA, EL PROCESO SE DETENDRÁ Y EL DIENTE PODRÁ CONSERVARSE UNA VEZ EFECTUADO EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS. SIN EMBARGO, EL PROCESO PUEDE SER INDOLORO, Y AVANZAN SIN DESCUBRISE HASTA QUE LA DENTINA, EL ESMALTE Y EL CEMENTO LLEGAN A PERFORAR COMPLETAMENTE HACIENDO NECESARIA LA EXTRACCIÓN.

REABSORCIÓN EXTERNA:

LA ZONA EROSIONADA ES ALGO CÓNCAVA EN RELACIÓN CON LA SUPERFICIE DE LA RAÍZ, MIENTRAS QUE EN LA REABSORCIÓN INTERNA ES CONVEXA.

VARIAS RADIOGRAFÍAS TOMADAS EN DIFERENTES ÁNGULOS AYUDARAN A RESOLVER EL PROBLEMA. CUANDO EL HUESO ADYACENTE A LA ZONA DE REABSORCIÓN ESTÁ AFECTADO Y LA ZONA REABSORBIDA ES EXTERNAMENTE CÓNCAVA COMO SE VE EN LAS RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES LA REABSORCIÓN ES EXTERNA.

MIENTRAS QUE EN LA REABSORCIÓN INTERNA SE DETIENE EL PROCESO AL EXTIRPAR LA PULPA, LA REMOCIÓN DE LA MISMA NO INTERFIERE EN LA REABSORCIÓN EXTERNA. EL TRATAMIENTO CONSISTE EN REALIZAR UN COLGAJO, PREPARAR UNA CAVIDAD EN LA ZONA REABSOR-

ÉIDA, OBTURAR CON AMALGAMA Y SUTURAR EL COLGAJO. SI LA LESIÓN ES MUY AMPLIA, ES CONVENIENTE EXTRAER EL DIENTE.

9.- GANGRENA O NECROSIS PULPAR:

DEFINICIÓN:

LA NECROSIS ES LA MUERTE DE LA PULPA, PUEDE SER PARCIAL- O TOTAL SEGÚN QUEDE AFECTADA UNA PARTE O LA TOTALIDAD DE LA PULPA.

LA NECROSIS ES UNA SECUELA DE LA INFLAMACIÓN A MENOS QUE LA LESIÓN TRAUMÁTICA SEA TAN RÁPIDA QUE LA DESTRUCCIÓN PULPAR SE PRODUZCA ANTES DE QUE PUEDA ESTABLECERSE UNA REACCIÓN INFLAMATORIA. LA NECROSIS PRESENTA DOS TIPOS GENERALES, POR COAGULACIÓN Y POR LICUEFACCIÓN.

TIPOS:

EN LA NECROSIS POR COAGULACIÓN LA PARTE SOLUBLE DEL TEJIDO SE PRECIPITA A TRANSFORMAR EN MATERIAL SOLIDO. LA CALCIFICACIÓN ES UNA FORMA DE NECROSIS POR COAGULACIÓN EN QUE LOS TEJIDOS SE CONVIERTEN EN UNA MASA SEMEJANTE AL QUESO, FORMADA PRINCIPALMENTE POR PROTEÍNAS COAGULADAS, GRASAS Y AGUA. LA NECROSIS POR LICUEFACCIÓN SE PRODUCE CUANDO LAS ENZIMAS PROTEOLÍTICAS CONVIERTEN LOS TEJIDOS EN UNA BLANDA O LÍQUIDA COMO SUCEDER EN LA LICUEFACCIÓN DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES VECINOS Y VINCULADOS CON UN ABSCESO ALVEOLAR AGUDO.

CUANDO SE INSTALA LA INFECCIÓN, LA PULPA ES FRECUENTE --
QUE SE TORNE PUTRESCENTE. LOS PRODUCTOS DE LA DESCOMPOSI---
CIÓN PULPAR SON: GAS SULFHÍDRICO, AMONIACO, SUBSTANCIAS GRA--
SAS, AGUA Y ANHÍDRIDO CARBÓNICO. LOS PRODUCTOS INTERMEDIOS,
TALES COMO EL INDOL, EL ESCOTOL, LA PUTRESCINA Y LA CADAVERI-
NA, EXPLICAN LOS OLORES DESAGRADABLES QUE EMANAN DE UN CONDUC
TO PULPAR PUTRESCENTE.

ETIOLOGÍA:

ENTRE LAS CAUSAS DE NECROSIS TENEMOS: LAS INFECCIONES, -
UN TRAUMATISMO PREVIO, UNA IRRITACIÓN PROVOCADA POR EL ÁCIDO-
LIBRE O POR LOS SILICOFUORUROS DE UNA OBTURACIÓN DE SILICATO
MAL MEZCLADO O EN PREPARACIONES INADECUADAS, UNA OBTURACIÓN -
DE ACRÍLICO O UNA INFLAMACIÓN DE LA PULPA. TAMBIÉN PUEDE --
SER CAUSADO POR LA APLICACIÓN DE ALGÚN AGENTE CAÚSTICO PARA -
DESVITALIZAR LA PULPA.

SINTOMATOLOGÍA:

UN DIENTE AFECTADO CON PULPA NECRÓTICA O PUTRESCANTE PUE
DE NO PRESENTAR SÍNTOMAS DOLOROSOS. A VECES EL PRIMER INDI-
CIO DE NOTIFICACIÓN PULPAR ES EL CAMBIO DE COLORACIÓN DEL ---
DIENTE, O A COLORACIÓN GRISÁCEA O VERDUZCA, PRINCIPALMENTE EN
LAS MODIFICACIONES PULPARES CAUSADAS POR GOLPES O IRRITACIÓN-
DEBIDO A OBTURACIONES DE SILICATO. EL DIENTE PUEDE DOLER AL
HABER LÍQUIDOS CALIENTES QUE PRODUZCAN LA EXPANSIÓN DE LOS GA
SES QUE PRESIONAN LAS TERMINACIONES NERVIOSAS DE LOS TEJIDOS-
VIVOS ADYACENTES.

DIAGNÓSTICO:

LA RADIOGRAFÍA GENERALMENTE MUESTRA UNA CAVIDAD U OBTURACIÓN GRANDE, UNA COMUNICACIÓN AMPLIA CON EL CONDUCTO RADICULAR. EN ALGUNOS CASOS NO EXISTE ESTO, LA PULPA SE HA MODIFICADO COMO RESULTADO DE UN TRAUMATISMO. PUEDE EXISTIR UN ANTECEDENTE DE DOLOR INTENSO DE ALGUNOS MINUTOS O ALGUNAS HORAS DE CURACIÓN, SEGUIDO DE LA DESAPARICIÓN COMPLETA DEL DOLOR. MIENTRAS TANTO LA PULPA SE HA MORTIFICADO Y EL PACIENTE PUEDE TRANQUILIZARSE CREYENDO QUE SE HA RECUPERADO.

EN OTROS CASOS, LA PULPA HA SUCUMBIDO EN FORMA LENTA Y SILENCIOSAMENTE SIN DAR SINTOMATOLOGÍA, DE MANERA QUE EL PACIENTE NO PERCIBE NINGÚN TIPO DE DOLOR. UN DIENTE CON UNA PULPA NECRÓTICA NO RESPONDERÁ AL FRÍO, PERO PUEDE RESPONDER EN FORMA DOLOROSA AL CALOR SI LA PULPA ESTÁ NECROSADA O PUTRESCENTE NO RESPONDERÁ NI AÚN AL MÁXIMO DE CORRIENTE, PERO EN ALGUNOS CASOS PUEDE OBTENERSE ALGUNA RESPUESTA, CUANDO LA PULPA SE HA DESCOMPUESTO EN UNA MASA FLUIDA CAPAZ DE TRASMITIR LA CORRIENTE A LOS TEJIDOS VECINOS. EN OTROS CASOS SOBREVIVEN Y RESPONDEN ALGUNAS FIBRAS NERVIOSAS APICALES PARA ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DEBEN CORRELACIONARSE LAS PRUEBAS TÉRMICAS Y ELÉCTRICAS, COMPLEMENTÁNDOLO CON UN MINUCIOSO EXAMEN CLÍNICO.

MICROBIOLOGÍA:

EN DIENTES CON PULPAS NECRÓTICAS SE HA ENCONTRADO GRAN -

VARIEDAD DE MICROORGANISMOS. EN UNA PROPORCIÓN ELEVADA DE CASOS, EL CONDUCTO ESTÁ EN COMUNICACIÓN CON LA CAVIDAD BUCAL, HECHO QUE EXPLICARÍA LA FRECUENCIA DE LA FLORA MICROBIANA MIXTA EN LOS CONDUCTOS RADICULARES CON PULPAS NECRÓTICAS O EN NECROBIOSIS.

HISTOPATOLOGÍA:

EN LA CAVIDAD PUEDEN OBSERVARSE TEJIDO PULPAR NECRÓTICO, RESTOS CELULARES Y MICROORGANISMOS. EL TEJIDO PERIAPICAL -- PUEDE SER NORMAL O PRESENTAR LIGERAS MUESTRAS DE INFLAMACIÓN DEL PERIODONTO.

PRONÓSTICO:

ES FAVORABLE PARA EL DIENTE SIEMPRE QUE REALICE UNA TERAPÉUTICA RADICULAR ADECUADA.

TRATAMIENTO:

CONSISTE EN LA PREPARACIÓN BIOMECÁNICA Y QUÍMICA SEGUIDA DE LA ESTERILIZACIÓN DEL CONDUCTO RADICULAR.

CAPÍTULO V

PULPECTOMÍA TOTAL

GENERALIDADES:

DEFINICIÓN:

ES LA ELIMINACIÓN O EXCERESIS DE TODA LA PULPA, TANTO CORONARIA COMO RADICULAR COMPLEMENTADA CON LA PREPARACIÓN O RECTIFICACIÓN DE LOS CONDUCTOS RADICULARES Y LA MEDICACIÓN ANTISÉPTICA.

BIOPULPECTOMÍA TOTAL:

ES LA ELIMINACIÓN PULPAR BAJO ANESTESIA LOCAL Y SOLO DE MANERA EXCEPCIONAL CON ANESTESIA GENERAL.

NECROPULPECTOMÍA TOTAL:

ES LA ELIMINACIÓN DE LA PULPA, PREVIAMENTE DESVITALIZADA CON FÁRMACOS ARSENICALES U OCASIONALMENTE FORMULADOS.

INDICACIONES:

EN TODAS LAS ENFERMEDADES PULPARES IRREVERSIBLES O NO -- TRATABLES COMO SON:

- 1.- LESIONES TRAUMATICAS QUE INVOLUCRAN LA PULPA DEL --- DIENTE ADULTO.
- 2.- PULPITIS CRÓNICA PARCIAL CON NECROSIS PARCIAL.

- 3.- PULPITIS CRÓNICA TOTAL.
- 4.- PULPITIS CRÓNICA AGUDIZADA.
- 5.- RESORCIÓN DENTINARIA INTERNA.
- 6.- OCASIONALMENTE, EN DIENTES ANTERIORES CON PULPA SANA O REVERSIBLE PERO QUE NECESITAN DE MANERA IMPERIOSA-PARA SU RESTAURACIÓN.

LA RETENCIÓN RADICULAR:

TERAPÉUTICA DE URGENCIA:

SE BASA PRIMORDIALMENTE EN CUADROS DOLOROSOS Y AGUDOS -- QUE NOS OBLIGA A INTERVENIR FUERA DE HORAS HABITUALES DE TRABAJO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

A.- CUADROS DOLOROSOS QUE NO CEDAN A LA MEDICACIÓN ANALGÉSICA LA TERAPÉUTICA SERÁ:

- 1.- ELIMINACIÓN DEL AGENTE IRRITANTE Y SECADO DE LA CAVIDAD.
- 2.- APLICACIÓN DE SUSTANCIAS MEDICAMENTOSAS MÁS APROPIADAS PARA EL CASO.
- 3.- PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN ANALGÉSICA.
- 4.- CITA DEL PACIENTE PARA BIOPULPECTOMÍA EN EL MOMENTO-OPORTUNO.

B.- CUADROS DOLOROSOS INSOPORTABLES COMO:

- 1.- CUANDO EL PACIENTE NO PUEDE TRABAJAR NI DESCANSAR Y-SOLICITA UN ALIVIO INMEDIATO.

EN ESTOS DOS CASOS LO MÁS INDICADO ES INICIAR LA BIOPULPECTOMÍA BAJO ANESTESIA LOCALIZANDO LOS CONDUCTOS PARA LA -- ELIMINACIÓN, CON UNA SONDA BARBADA DEL PAQUETE VASCLONERVIO SO EN CONDUCTOS AMPLIOS Y COLOCAR UN MEDICAMENTO ANTISÉPTICO COMO EL PARAMONOCLOROFENOL Y SELLAR LA CAVIDAD PARA EN UNA - CITA POSTERIOR TRABAJAR BIOMECHANICAMENTE EL O LOS CANALES Y- TERMINAR CON UNA OBTURACIÓN.

C.- CUADROS CARACTERÍSTICOS DE NECROSIS PULPAR Y SUS COMPLICACIONES:

- 1.- EN OCASIONES RECURRIREMOS A LA CIRUGÍA PARA DRENAR- UN ABSCESO FLUCTANTE O HACER UNA FÍSTULA ARTIFICIAL
- 2.- PRESCRIPCIÓN ANALGÉSICA Y OCASIONALMENTE ANTIBIÓTI- COS.

PREOPERATORIO GENERAL Y PREOPERATORIO LOCAL.

- 1.- ELIMINACIÓN DE CARIES Y DESCOMBRADO GENERAL PARA -- PROSEGUIR CON LA BIOPULPECTOMÍA.
- 2.- RECONSTRUCCIÓN DEL DIENTE A INTERVENIR PARA LA POSI BLE COLOCACIÓN DEL DIQUE DE GOMA.
- 3.- DETARTRAJE GINGIVAL DEL DIENTE A TRATAR Y SUS VECI- NOS, ASÍ COMO LA VALORACIÓN PERIODONTAL DEL DIENTE- Y ÁREA A INTERVENIR.

ESTAS NORMAS ESTÁN DESTINADAS A QUE LA BIOPULPECTOMÍA - SE PUEDA REALIZAR CON SEGURIDAD SIN FILTRACIONES NI CONTAMI- NACIONES CON LAS CAVIDADES VECINAS Y SE PUEDA ADAPTAR EL DI- QUE CORRECTAMENTE.

PREOPERATORIO GENERAL.

LA TERAPÉUTICA ANTIINFECCIOSA CON ANTIBIÓTICOS SE EMPLEA OCASIONALMENTE EN DOS CASOS:

- 1.- PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS PERIAPICALES COMO PULPAS GANGRENOSAS E INFECTADAS.
- 2.- PACIENTES CON DEBILIDAD ORGÁNICA, CARDÍACOS, EMBARAZADAS, ETC.

PREPARACIÓN DEL CAMPO OPERATORIO.

- 1.- CHAROLA DE COLOCACIÓN DE INSTRUMENTOS.
- 2.- MATERIAL PROPIO PARA BIOPULPECTOMÍA TALES COMO: PINZAS PERFORADORAS, PINZAS PORTAGRAPAS, GRAPAS A UTILIZAR, DIQUE DE HULE, SERVILLETAS, SONDAS BARBADAS, SONDAS LISAS, LIMAS, ENSANCHADORES, LÍQUIDOS DE --- IRRIGACIÓN, MEDICAMENTOS ESPECIALES, GUTAPERCHA O PUNTAS DE PLATA, PUNTAS DE PAPEL, TORUNDAS DE ALGODÓN ESTÉRILES, UN ANTITENSIONAL; ASÍ COMO EL INSTRUMENTAL: ESPEJO, PINZAS DE CURACION, EXPLORADOR, CÁNULA, EMPACADORES DE GUTAPERCHA, RADIOGRAFÍAS DENTALES, ESPONJA PARA COLOCAR LAS LIMAS.
- 3.- VERIFICAR EL BUEN SERVICIO DE LA UNIDAD DENTAL Y DEL APARATO DE RAYOS X, ASÍ COMO SU CAJA DE REVELADO.
- 4.- APERTURA DEL PAQUETE DE INSTRUMENTAL ESTÉRIL PARA LA COLOCACIÓN DE TODO EL INSTRUMENTAL DE LA MANERA MÁS CÓMODA PARA EL TRABAJO A DESARROLLAR.

BIOPULPECTOMÍA TOTAL.

1.- ANESTESIA LOCAL:

SE COLOCARÁ EL CARTUCHO DEL ANESTÉSICO DE ELECCIÓN SEGÚN EL CASO A TRATAR, ASÍ COMO LA AGUJA CORRESPONDIENTE ESTERILIZADA. LA ANESTESIA SE HARÁ SIEMPRE POR INFILTRACIÓN, YA SEA TRONCULAR, SUBPERIÓSTICA E INTRAPULPAR.

UNA VEZ ANESTESIADO NUESTRO CAMPO OPERATORIO PROSEGUIREMOS AL AISLAMIENTO DEL DIENTE A TRATAR POR MEDIO DEL DIQUE DE HULE.

TÉCNICA OPERATORIA:

- 1.- LOCALIZACIÓN FÍSICA DEL O LOS CONDUCTOS.
- 2.- VACIAMIENTO DEL CONTENIDO PULPAR, CAMERAL Y -
RADICULAR.
- 3.- PREPARACIÓN BIOMECÁNICA DEL O LOS CONDUCTOS -
RADICULARES.
- 4.- DESINFECCIÓN Y ASEPSIA DEL O LOS CANALES RADICULARES.
- 5.- OBTURACIÓN TOTAL Y HOMOGÉNEA DEL ESPACIO VA--

CIO DEJADO DESPUÉS DE LA PRESENCIA BIOMECÁNICA.

CUMPLIDOS ESTOS REQUISITOS ES PROBABLE UNA REPARACIÓN TOTAL QUE PERMITIRÁ LA CONSERVACIÓN DEL DIENTE CON TODOS SUS TEJIDOS DE SOPORTE ÍNTEGROS DURANTE MUCHOS AÑOS, PUDIENDO SER RESTAURADO DENTRO DEL PLAN DE REHABILITACIÓN ORAL QUE SE HAYA TRAZADO Y CUMPLIENDO CON ELLO EL OBJETIVO PRIMORDIAL DE LA ENDODONCIA: QUE EL DIENTE TRATADO QUEDE ASÉPTICO Y DESINFECTADO Y POTENCIALMENTE INOCUO E INCORPORADO A LA FISIOLÓGÍA BUCAL NORMAL.

PARA QUE LA BIOPULPECTOMÍA SEA EXITOSA, ES NECESARIO SEGUIR NORMAS ESTRICTAS COMO:

- 1.- ASEPSIA ABSOLUTA.
- 2.- CORRECTA BIOMECÁNICA DEL O LOS CONDUCTOS.
- 3.- CORRECTA OBTURACIÓN DEL O LOS CONDUCTOS.

UNA VEZ ANESTESIADO Y AISLADO CONTINUAREMOS CON LOS PASOS SIGUIENTES:

DIENTES ANTERIORES:

EL ACCESO SE HARÁ DE 2 a 3mm. POR ARRIBA DEL CÍNGULO PARA ALCANZAR LAS PARTES MÁS SUPERIORES Y ELIMINAR EL CUERNO PULPAR.

DIENTES POSTERIORES:

PREMOLARES SUPERIORES: EL ACCESO SE HARÁ EN LA -
LA CARA OCLUSAL EN VESTÍBULO-PALATINO Y CARGADO HACIA
MESIAL.

PREMOLARES INFERIORES:

LA APERTURA SE HARÁ TRIANGULAR CON VÉRTICE EN EL
CONDUCTO PALATINO Y CARGADO HACIA MESIAL.

MOLARES INFERIORES:

EL ACCESO SE HARÁ EN LA CARA OCLUSAL EN LA MITAD
MESIAL, TENDRÁ FORMA DE TRAPECIO.

COMENTARIO:

NUNCA SE APROVECHARÁN CARIES PROXIMALES PARA INI
CIAR EL ACCESO POR ESA VÍA, NUNCA SE HARÁN LOS ACCE--
SOS SI NO HAY UN BUEN AISLAMIENTO PARA PREVENIR CONTA
MINACIÓN, NI TAMPOCO SE OPERARÁ SI LA ZONA DE TRABAJO
NO ESTÁ CORRECTAMENTE ANESTESIADA, TAMBIÉN MENCIONARE
MOS QUE DEBE HABER DESINFECCIÓN PREVIA DEL CAMPO OPE-
RATORIO ANTES DE HACER EL ACCESO A CÁMARA PULPAR.

EXTIRPACIÓN PULPAR:

GENERALIDADES:

LA PULPA CAMERAL Y RADICULAR ES ELIMINADA INICIAL--
MENTE POR LA SONDA BARBADA Y LOS INSTRUMENTOS ROTATORIOS
COMO LIMAS Y ENSANCHADORES, LOS REMANENTES PULPARES QUE--
QUEDAN ADHERIDOS A LAS PAREDES DENTINALES SE ELIMINAN --
CON LA MISMA BIOMECÁNICA Y LOS IRRIGADORES DE CONDUCTOS--
COMO LO SON AGUA OXIGENADA, HIPOCLORITO DENA, LECHADA DE
CAL Y SUERO FISIOLÓGICO.

HALLAZGO DE LOS CONDUCTOS:

SE LOCALIZARÁN POR LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

1.- POR EL CONOCIMIENTO ANATÓMICO DE LA SITUACIÓN--
TOPOGRÁFICA EN QUE SE LOCALIZAN CADA UNO DE LOS CONduc--
TOS DEL DIENTE A TRATAR.

2.- EN DIENTES DE PACIENTES ANCIANOS SERÁ DIFÍCIL -
LA LOCALIZACIÓN DE LOS CONDUCTOS, SOBRE TODO EN MOLARES-
Y PREMOLARES, EN ESTOS CASOS ES POSIBLE LOCALIZAR OBLITE
RADOS LOS CANALES PARA LO CUAL RECURRIREMOS A SUSTANCIAS
QUÍMICAS QUELANTES COMO EL EDTAC (SAL SÓDICA DEL ÁCIDO -
ETILENDIAMINOTETRACÉTICO CON CETAVLON O BROMURO DE CETIL
TRIMETIL-AMONIO).

CONDUCTOMETRÍA:

SE LLEVARÁ A CABO CON UN INSTRUMENTO LIMA ENSANCHADOR DE BAJO CALIBRE (8, 10 ó 15) Y CONSISTIRÁ EN TOMAR LA DISTANCIA O LONGITUD QUE EXISTE DESDE EL BORDE OCLUSAL O BORDE INCISAL DEL DIENTE EN TRATAMIENTO HASTA LA UNIÓN CEMENTO-DENTINA-CONDUCTO.

LA CONDUCTOMETRÍA SE REPETIRÁ DOS O TRES VECES HASTA ESTAR SEGURO DE ELLA.

CUANDO SE DIFICULTA LA CONDUCTOMETRÍA EN DIENTES -- POSTERIORES GROSSMAN ACONSEJA TOMAR LA CAVOMETRÍA CONDUCTO POR CONDUCTO.

COMENTARIO:

EN LAS CAVOMETRÍAS LO IMPORTANTE ES CONOCER LA LONGITUD DEL O LOS CONDUCTOS Y NUNCA SOBREPASAR LA UNIÓN CEMENTO-DENTINA-CONDUCTO PARA ASÍ MARCAR TODA LA SERIE DE LIMAS, ENSANCHADORES A LA CONDUCTOMETRÍA REQUERIDA.

AMPLIACIÓN Y AISLAMIENTO DE LOS CONDUCTOS:

GENERALIDADES:

TODO CONDUCTO DEBE SER AMPLIADO EN SU VOLUMEN O LUZ Y SUS PAREDES RECTIFICADAS Y AISLADAS CON LOS SIGUIENTES OBJETIVOS:

- 1.- ELIMINAR DENTINA CONTAMINADA.
- 2.- FACILITAR EL PASO DE UN INSTRUMENTO A OTRO
- 3.- PREPARAR LA UNIÓN CEMENTO-DENTINARIA EN --
FORMA REDONDEADA.
- 4.- FAVORECER LA ACCIÓN DE LÍQUIDOS IRRIGADO--
RES PARA ACTUAR EN ZONAS LISAS Y BIEN DEFI
NIDAS.
- 5.- FACILITAR UNA OBTURACIÓN CORRECTA.

LA AMPLIACIÓN Y EL AISLAMIENTO DE LOS CONDUCTOS SE-
RA LLEVADA A CABO POR MEDIO DE LIMAS Y ENSANCHADORES DE-
LAS DISTINTAS CLASES QUE MANEJAMOS EN EL EJERCICIO PROFE
SIONAL, ASÍ COMO LOS IRRIGADORES UTILIZADOS PARA LA BIO-
MECÁNICA DE LOS CONDUCTOS.

INSTRUMENTAL PARA CONDUCTOS:

SONDAS LISAS:

SU USO ES PARA EXPLORAR Y LOCALIZAR CONDUCTOS EN --
DIENTES A TRATAR.

SONDAS BARBADAS:

LLAMADAS TAMBIÉN TIRANERVIOS, INSTRUMENTOS LABIALES
QUE NO DEBEN UTILIZARSE MÁS QUE UNA SOLA VEZ, CUYAS PUAS
O BARBAS SE ADHIEREN FIRMEMENTE EN LA TRACCIÓN ARRANCAN-
DO EL CONTENIDO DEL CONDUCTO INDICADO EN:

- A) EXTIRPACIÓN PULPAR O DE LOS RESTOS PULPARES.
- B) DESCOMBRO DENTINAL, EXUDADO Y SANGRE.
- C) EXTRACCIÓN DE PUNTAS ABSORVENTES COLOCADAS - DURANTE LAS CURAS OCLUSALES.

ENSANCHADORES:

TAMBIÉN SE LES LLAMA ESCARIADORES, AMPLÍAN EL CONDUCTO TRABAJANDO EN 3 TIEMPOS: IMPULSIÓN, ROTACIÓN Y TRACCIÓN: SON DE EMPLEO PELIGROSO, YA QUE SON RÍGIDAS Y DE SECCIÓN TRIANGULAR, ACONSEJA LA ROTACIÓN DE 45 a 90° PARA EVITAR FRACTURAS DEL MISMO, SON MENOS DURAS QUE LAS LIMAS POR LO TANTO SE UTILIZAN EN CONDUCTOS RECTOS Y LUMEN CIRCULAR.

LIMAS:

SU TRABAJO ACTIVO DE AMPLIACIÓN SE LLEVA A CABO EN 2 TIEMPOS, UNO SUAVE DE IMPULSIÓN Y OTRO DE TRACCIÓN O RETROCESO QUE ES MÁS FUERTE Y APOYÁNDOLO SOBRE LAS PAREDES DEL CONDUCTO, MOVIMIENTO DE VAIVÉN CON LA CUAL SE LOGRARÁ LLEGAR HASTA LA UNIÓN CEMENTO-DENTINA-CONDUCTO, UN INCONVENIENTE ES QUE FORMAN POLVO Y LIMAÑA DENTINARIO, LO CUAL EN NUESTROS DÍAS YA NO ES IMPORTANTE POR LA GRAN CANTIDAD DE IRRIGADORES QUE TIENE AL ALCANCE EL PROFESIONAL, SON MENOS QUEBRADIZAS QUE LOS ENSANCHADORES.

LIMAS DE COLA DE RATÓN O DE PUAS:

SU USO ES MUY RESTRINGIDO, PERO SON MUY ACTIVAS EN EL AISLADO Y EN LA LABOR DE DESCOMBRO, ESPECIALMENTE DE CONDUCTOS AMPLIOS ESPECIALMENTE.

NORMAS PARA UNA CORRECTA AMPLIACIÓN DE CONDUCTOS:

- 1.- DEBERÁ COMENZAR CON UN INSTRUMENTO CUYO CALIBRE- ENTRE HOLGADAMENTE HASTA LA UNIÓN CEMENTO-DENTINA-CONDUCTO.
- 2.- SE TRABAJARÁ DE MANERA ESTRICTA AVANZANDO AL INSTRUMENTO NÚMERO INMEDIATO SUPERIOR CUANDO EL INSTRUMENTO DE NÚMERO INFERIOR ENTRE CORRECTAMENTE- Y DE MANERA DEMASIADO HOLGADA.
- 3.- TODOS LOS INSTRUMENTOS IRÁN MARCADOS CON UN TOPE DE GOMA A LA CONDUCTOMETRÍA CORRESPONDIENTE PARA HACER UNA BIOMECÁNICA UNIFORME Y CORRECTA HASTA LA UNIÓN CEMENTO-DENTINA-CONDUCTO.
- 4.- LA AMPLIACIÓN SERÁ UNIFORME EN TODA LA LONGITUD- DEL CONDUCTO HASTA LA UNIÓN CEMENTO-DENTINA-CONDUCTO PROCURANDO DARLE FORMA CÓNICA CUYA CONOCIDA DEBERÁ SER EL TERCIO OCLUSAL.
- 5.- TODO CONDUCTO SERÁ AMPLIADO COMO MÍNIMO HASTA EL #25 Y SOLAMENTE OCASIONALMENTE HASTA EL #20.
- 6.- ES MEJOR ENSANCHAR BIEN QUE ENSANCHAR MUCHO, DEBERÁ HACÉRSELE APLICACIÓN A LAS FORMAS ESTABLECIDAS.

- 7.- SE PROCURARÁ QUE EL ENSANCHADO DEL CANAL QUE DE EN FORMA CIRCULAR, ESPECIALMENTE EN EL -- TERCIO APICAL PARA PODER REALIZAR LA OBTURACIÓN MÁS FÁCIL Y CORRECTA.
- 8.- EN CONDUCTOS CURVOS Y ESTRECHOS (MOLARES SUPERIORES E INFERIORES) NO SE EMPLEARÁN ENSANCHADORES, SOLAMENTE LIMAS.
- 9.- SE DEBERÁ TENER ESPECIAL CUIDADO EN EL PASO-DEL INSTRUMENTO DEL 25 a1 30, YA QUE ES UN - CAMBIO BRUSCO EN LA RIGIDEZ DEL INSTRUMENTO.
- 10.- LOS INSTRUMENTOS NUNCA DEBERÁN ROZAR LA SUPERFICIE ADAMANTINA, YA QUE NO SERÁ POSIBLE-DESGASTAR FÁCILMENTE DICHA SUPERFICIE CON LA RESPECTIVA PÉRDIDA DEL FILO DEL INSTRUMENTO.
- 11.- EL AISLADO Y ENSANCHAMIENTO DEBERÁ DE TENERSE CUANDO DEL CANAL SE EXTRAIGA SOLAMENTE LIMALLA DENTINARIA SANA.
- 12.- EN CONDUCTOS CURVOS NOS AYUDAREMOS MECANICAMENTE CURVANDO LIGERAMENTE LAS LIMAS HACIA-DONDE SE DIRIJA LA DILACERACIÓN DEL CONDUCTO PROCURANDO EVITAR ESCALONES O FALSAS VÍAS.

- 13.- EN CONDUCTOS POCO ACCESIBLES POR LA POCA APERTURA BUCAL, LOS INSTRUMENTOS SERÁN LLEVADOS POR -- UNA PINZA DE FORSI Y PRESICIÓN, SISTEMA PRÁCTICO SOLO A 4 MANOS.
- 14.- LIMPIAR EL INSTRUMENTAL CON HIPOCLORITO DE SODIO O PERÓXIDO DE HIDRÓGENO AL 3% EN UN ESPONJERO.
- 15.- EL INSTRUMENTAL COMO LIMAS Y ENSANCHADORES SIEMPRE DEBERÁN ESTAR EN AMBIENTE HÚMEDO DE HIPOCLORITO DE SODIO.
- 16.- EN IMPEDIMENTOS QUE NO NOS PERMITEN PROGRESAR DE UN INSTRUMENTO A OTRO YA SEA POR ESCALONES O FALSAS VÍAS, RECURRIREMOS A LA RECAPITULACIÓN HASTA LOGRAR ELIMINAR EL IMPEDIMENTO EN CUESTIÓN.
- 17.- EN CASOS DE DIFICULTAD PARA AVANZAR Y AMPLIAR DE BIDAMENTE POR CAUSA DE OBLITERACIÓN DE LOS CANALES DEBIDO A LA EDAD DEL PACIENTE, RECURRIREMOS A LAS SUSTANCIAS QUÍMICAS CUELANTES.
- 18.- JAMÁS SERÁN LLEVADOS LOS INSTRUMENTOS MÁS ALLÁ - DEL ÁPICE, NI ARRASTAR POR NINGÚN CONCEPTO RESIDUOS TRANSAPICALMENTE.
- 19.- EL USO ALTERNO DE LIMA Y ENSANCHADOR HARÁ UN TRABAJO MÁS UNIFORME.

- 20.- LA IRRIGACIÓN Y LA ASPIRACIÓN SE EMPLEARÁ CONS--
TANTEMENTE PARA ELIMINAR Y DESCOMBRAR LOS RESI--
DUOS RESULTANTES DE LA PREPARACIÓN DE LOS CONDUC
TOS.
- 21.- NO SE USAN LAS FRESAS GATES-GLIDDEN.
- 22.- TALADROS Y ENSANCHADORES EN FORMA DE LLAMA SON -
ÚTILES COMO INSTRUMENTOS ROTATORIOS PARA DAR FOR
MA DE EMBUDO A LA ENTRADA DE LOS CONDUCTOS YA LO
CALIZADOS Y FACILITAR SU AMPLIACIÓN.

GUÍA PARA LA ELIMINACIÓN Y EL ENSANCHADO DE LOS CANALES RA
DICULARES SEGÚN EL DR. ANGEL LASALA.

INCISIVO CENTRAL SUPERIOR HASTA EL #50.
INCISIVO LATÉRAL SUPERIOR HASTA EL #30-50.
CANINO SUPERIOR HASTA EL #30-50.
PREMOLARES SUPERIORES HASTA EL #30-50.

MOLARES SUPERIORES:

CONDUCTO PALATINO HASTA EL #40-50.
CONDUCTOS VESTIBULARES HASTA EL #25-30.
INCISIVO CENTRAL INFERIOR HASTA EL #30-40.
INCISIVO LATERAL INFERIOR HASTA EL #30-40.

CANINO INFERIOR HASTA EL #50.

PREMOLARES INFERIORES HASTA EL #40-50.

MOLARES INFERIORES:

CONDUCTO DISTAL HASTA EL #40-50.

CONDUCTO MESIAL HASTA EL #25-30.

COMENTARIO:

EN DIENTES ANTERIORES JÓVENES E INFANTILES, PODRÍA --
LLEGARSE A LA AMPLIACIÓN HASTA EL #70-80, INCLUSIVE SE HA-
LLEGADO A OBSERVAR AMPLIACIONES HASTA EL #140.

NORMAS ESPECÍFICAS PARA CADA OBTURACIÓN:

CONDUCTOS ESTRECHOS:

PROCURAREMOS OBTURARLOS CON PUNTAS DE GUTAPERCHA POR-
SU FÁCIL MANIPULACIÓN DENTRO DE LOS CONDUCTOS.

CONDUCTOS AMPLIOS:

SERÁ A ELEGIR POR EL PROFESIONAL ENTRE PUNTAS DE GUTA
PERCHA Y EL CEMENTO ELEGIDO.

PREPARACIÓN Y AMPLIACIÓN POR SUSTANCIAS QUÍMICAS:

COMO MENCIONAMOS ANTERIORMENTE SOLO SE ENCUENTRAN EN-
EL MERCADO HOY EN DÍA DOS AGENTES QUELANTES: DIÓXIDO DE SO-
DIO Y EDTAC.

DIÓXIDO DE SODIO:

TIENE LA VENTAJA QUE ES BALQUEANTE Y LLEVADO AL CONDUCTO, FORMA CON EL AGUA HIDRÓXIDO SODICO Y OXÍGE NO NACIENTE, DISOLVIENDO LA MATERIA ORGÁNICA Y SAPO-NIFICANDO LAS GRASAS; ESTÁ INDICADO EN CONDUCTOS CO-LOREADOS U OSCURECIDOS COMO RESULTADO DE LA DESCOM-POSICIÓN PULPAR EN LA GANGRENA, ES LLEVADO A LA CAVI DAD O CONDUCTOS POR MEDIO DE UNA TORUNDA DE ALGODÓN-ESTÉRIL EMBEBIDA EN DICHO LÍQUIDO.

EDTAC:

ESTÁ INDICADO EN LA LOCALIZACIÓN Y AMPLIACIÓN - DE CONDUCTOS ESTRECHOS Y SU APLICACIÓN DEBERÁ HACER-SE MINUCIOSAMENTE CON LIMAS BOMBEANDOLO DENTRO DEL-- CONDUCTO LO MÁS PROFUNDAMENTE POSIBLE, PODRÁ SER DE- JADO EL MATERIAL EN EL CONDUCTO Y SER SELLADO PARA - EL POSTERIOR TRATAMIENTO DEL MISMO.

VENTAJAS DEL EDTAC:

- 1.- COLABORA CON LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE- LA PARED DENTARIA.
- 2.- FACILITA LA ACCIÓN MEDICAMENTOSA AL AUMEN-- TAR EL DIÁMETRO DE LOS TÚBULOS DENTINARIOS- Y LA PERMEABILIDAD DE LA MISMA.

- 3.- MEJORA LAS CONDICIONES PARA LA ADHESIÓN DE-
LOS MATERIALES DE OBTURACIÓN.

IRRIGADORES DE CANALES RADICULARES:

BÁSICA ES SU ACCIÓN DURANTE EL TRATAMIENTO O DE
LA CONDUCTOTERAPIA A REALIZAR Y LOS OBJETIVOS SON:

- 1.- LIMPIEZA Y ARRASTRE FÍSICO DE TODO EL ESCOM-
BRO DENTINAL QUE PUEDA HABER EN EL CANAL.
- 2.- ACCIÓN DETERGENTE Y DE LAVADO POR LA FORMA-
CIÓN DE ESPUMA Y BURBUJAS DE OXÍGENO NACIEN-
TE Y DESPRENDIDO DE LOS MEDICAMENTOS USADOS
- 3.- ACCIÓN ANTISÉPTICA Y DESINFECTANTE POR EL -
CONTENIDO QUÍMICO DE DICHOS LÍQUIDOS.
- 4.- ACCIÓN BLANQUEANTE DEBIDO A LA PRESENCIA DE
OXÍGENO NACIENTE LOS LÍQUIDOS IRRIGADORES -
MAS CONOCIDOS HASTA AHORA SON:

PERÓXIDO DE HIDRÓGENO AL 3%:

SE LE UTILIZA SOBRE TODO PARA IRRIGAR CANALES CON PULPA -
NECRÓTICA, YA QUE AL INTRODUCIR DICHO LÍQUIDO AL CANAL HAY LI-
BERACIÓN DE OXÍGENO, LO CUAL DESPRENDE Y ARRASTRA TODO -
EL CONTENIDO ADHERIDO A LA PARED DENTINARIA, ASÍ CO
MO TAMBIÉN SU ACCIÓN BLANQUEANTE, NO SERA ÚTIL COMO
IRRIGADOR DE CANALES.

HIPOCLORITO DE SODIO:

DEL 1 AL 5% SE LE UTILIZA BÁSICAMENTE COMO DESINFECTANTE Y COMO HUMECTANTE DEL CANAL A TRATAR.

SOLUCION FISIOLÓGICA:

SU USO ES PRACTICAMENTE COMO ANTISÉPTICO Y HUMECTANTE DE LOS CANALES RADICULARES.

LECHADA DE CAL O AGUA DE CAL:

SE PREPARA CON HIDRÓXIDO DE CALCIO EN POLVO Y -- AGUA BIDEFILADA O EN SU DEFECTO SUERO FISIOLÓGICO, -- UNA VEZ LOS DOS MATERIALES UNIDOS EN UN RECIPIENTE ESTÉRIL, SE AGITARÁ Y SE OBTENDRÁ UN LÍQUIDO LECHOSO, -- EL CUAL SERÁ ÚTIL PARA LA IRRITACIÓN DE CANALES, SU ACCIÓN ESTÁ DETERMINADA POR EL CONTENIDO DE LAS PARTÍCULAS DEL HIDRÓXIDO DE CALCIO, YA QUE ÉSTAS IRÁN A -- OCUPAR EL LUMEN DE LOS TÚBULOS DENTINALES, DEJANDO EL CANAL MÁS LISO Y TERSO.

CABE HACER MENCIÓN QUE EN EL ASPECTO DE IRRIGACIÓN DE CANALES LAS PUNTAS DE PAPEL ABSORVENTES JUEGAN UN PAPEL IMPORTANTE POR 3 RAZONES:

- 1.- SE OBTIENEN DATOS VALIOSOS COMO HEMORRAGIA APICAL, EXUDADOS, COLORACIONES DIVERSAS, --- ETC.

- 2.- RETIRAN TODOS LOS LÍQUIDOS IRRIGADORES POR SU PROPIEDAD HIDRÓFILA, UNA VEZ TERMINADA LA IRRIGACIÓN.
- 3.- SON LOS ÚNICOS CAPACES DE REALIZAR LAVADO Y LIMPIEZA DEL TERCIO APICAL DE LOS CONDUCTOS, ESPECIALMENTE LOS ESTRECHOS.

TÉCNICA DE IRRIGACIÓN:

PUEDE SER DE DOS MANERAS, CON UNA JERINGA, LA CUAL ES CARGADA CON EL LÍQUIDO IRRIGADOR DESEADO Y UNA AGUJA DE BAJO CALIBRE, LA CUAL PENETRARÁ APROXIMADAMENTE EN DOS TERCERAS PARTES DE LA RAÍZ Y SE BOMBEEA EL LÍQUIDO AL INTERIOR DEL CANAL PARA PROVOCAR EL DESCOMBRO DE TODO MATERIAL QUE AHÍ SE LOCALIZA.

LA OTRA MANERA SERA HUMEDECIENDO LAS PUNTAS ABSORVENTES Y LLEVÁNDOLAS AL CANAL PARA HUMEDECER E IRRIGAR EL TERCIO APICAL.

DESINFECCIÓN DE LOS CONDUCTOS:

CREO CONVENIENTE NO MENCIONAR EL TÉRMINO ESTERILIZACIÓN DE CONDUCTOS, PORQUE ESTA NO ES POSIBLE LLEVARLA A CABO EN LOS CANALES RADICULARES, CONSIDERO MÁS APROPIADO EL TÉRMINO DESINFECCIÓN Y ASEPTIZACIÓN-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DEL O LOS CANALES POR MEDIOS QUÍMICOS YA MENCIONADOS.

PASOS A SEGUIR EN LAS SESIONES:

PRIMERA SESIÓN:

- 1.- APERTURA Y ACCESO A LA CÁMARA PULPAR.
- 2.- LOCALIZACIÓN DEL O LOS CONDUCTOS PARA TOMAR-SU CONDUCTOMETRÍA.
- 3.- EXTIRPACIÓN PULPAR RADICULAR.
- 4.- PREPARACIÓN BIOMECÁNICA DEL O LOS CONDUCTOS-(ENSANCHADO Y LIMADO) HASTA EL NÚMERO DE LIM-O ENSANCHADOR CORRESPONDIENTE A CADA CA--NAL.
- 5.- EN EL PASO DE UN INSTRUMENTO A OTRO SE IRRI-GARÁ INVARIABLEMENTE.
- 6.- SECADO DE LA CAVIDAD Y SUS CONDUCTOS.
- 7.- APLICACIÓN DEL FÁRMACO DESINFECTANTE (SI SE-REQUIERE) Y SELLADO OCLUSAL.
- 8.- RETIRO DEL AISLAMIENTO.
- 9.- DAR CITA POSTERIOR E INSTRUCCIONES AL PACIEN-TE.
- 9.- DAR CITA POSTERIOR E INSTRUCCIONES AL PACIEN-TE.

SEGUNDA SESIÓN:

- 1.- POR LO GENERAL ESTA CITA SE LLEVA A CABO 72-HORAS DESPUÉS DE LA PRIMERA.

- 2.- AISLAMIENTO CON DIQUE Y GRAPA.
- 3.- REMOSIÓN DE LA CURA OCLUSIVA.
- 4.- COMPLETAR Y RECTIFICAR LA PREPARACIÓN BIOMECÁNICA SI ES QUE NO SE TERMINÓ EN LA PRIMERA CITA.
- 5.- LAVADO, IRRIGACIÓN Y ASPIRACIÓN.
- 6.- SECADO DE LA CAVIDAD Y DEL O LOS CANALES RADICULARES CON TORUNDAS DE ALGODÓN Y PUNTAS - DE PAPEL ESTÉRILES.
- 7.- DESINFECCIÓN DE LAS PUNTAS DE GUTAPERCHA PARA TOMAR LA CAVOMETRÍA.
- 8.- OBTURADO DEL O LOS CANALES CON EL MATERIAL - NECESARIO COMO SON: CEMENTO O DE ELECCIÓN--- (CEMENTO DE DERR, ENDOMETAZONA, DIAKET, AH26 N2), PUNTAS DE GUTAPERCHA, O CONOS DE PLATA, ASÍ COMO ATACADORES PARA LA OBTURACIÓN HOMOGÉNEA DEL O LOS CANALES.
- 9.- VERIFICAREMOS MEDIANTE LA TOMA DE UNA PLACA-RADIOGRÁFICA CON LAS PUNTAS DE GUTAPERCHA EN PENACHOS, LOS POSIBLES ESPACIOS MUERTOS Y -- QUE LA PUNTA PRINCIPAL HAYA LLEGADO HASTA CE MENTO-DENTINA-CONDUCTO.
- 10.- ELIMINAR RESTOS DE GUTAPERCHA Y COLOCAR CEMENTO TEMPORAL O AMALGAMA PARA LA POSTERIOR-REHABILITACIÓN PROTÉSICA DE ESE DIENTE.
- 11.- SE TOMARÁ UNA PLACA RADIOGRÁFICA DE TERMINADO, OBTURADO Y SELLADO DE LA CAVIDAD PARA -- CONTROL POSOPERATORIO.

CAPÍTULO VI

COMPLICACIONES Y ACCIDENTES EN EL
TRATAMIENTO Y LA OBTURACIÓN DE --
CONDUCTOS.

IRREGULARIDAD EN LA PREPARACIÓN DE CONDUCTOS:

LAS DOS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES SON LA ---
OBLITERACIÓN ACCIDENTAL Y LOS ESCALONES.

LOS ESCALONES SE PRODUCEN POR EL USO INDEBIDO DE
LIMAS O ENSANCHADORES O POR LA CURVATURA DE ALGUNOS -
CONDUCTOS. EN CASO DE PRODUCIRSE EL ESCALÓN, SERÁ -
NECESARIO RETROCEDER A LOS CALIBRES MÁS BAJOS, REINI-
CIAR EL ENSANCHADO Y PROCURAR ELIMINARLO SUAVEMENTE.

LA OBLITERACIÓN ACCIDENTAL DE UN CONDUCTO NO DE-
BE CONFUNDIRSE CON LA INACCESIBILIDAD O NO HALLAZGO -
DE UN CONDUCTO, SE PRODUCE EN OCASIONES POR LA ENTRA-
DA DE PARTÍCULAS DE CEMENTO, AMALGAMA, CAVIT O INCLU-
SO POR RETENCIÓN DE CONOS DE PAPEL ABSORVENTES EMPACA-
DOS EN EL FONDO DEL CONDUCTO. EN CUALQUIER CASO SE-

TRATARA DE VACIAR COMPLETAMENTE EL CONDUCTO CON INSTRUMENTOS DE BAJO CALIBRE, CON EL EMPLEO DEL EDTAC Y SI SE SOSPECHA UN CONO DE PAPEL O TORUNDA DE JABÓN, CON UNA SONDA BARBADA MUY FINA GIRANDO HACIA LA IZQUIERDA.

HEMORRAGIA:

DURANTE LA BIOPULPECTOMÍA TOTAL PUEDE PRESENTARSE LA HEMORRAGIA A NIVEL CAMERAL, RADICULAR, EN LA UNIÓN CEMENTO-DENTINARIO Y EN LA SOBRE-INSTRUMENTACIÓN TRANSAPICAL. LA HEMORRAGIA RESPONDE A FACTORES LOCALES COMO LOS SIGUIENTES:

- 1.- POR LA CONGESTIÓN O HIPEREMIA PROPIA DE LA PULPITIS AGUDA, TRANSICIONAL, CRÓNICA, AGUDIZADA O HIPERPLÁSTICA.
- 2.- PORQUE LA ANESTESIA EMPLEADA NO PRODUJO LA ISQUEMIA DESEADA, (ANESTÉSICOS SIN VASOCONSTRICCIÓN).
- 3.- POR LA LESIÓN INSTRUMENTAL OCACIONADA COMO OCURRE EN LA EXERESIS INCOMPLETA DE LA PULPA RADICULAR, CUANDO SE SOBREPASA EL ÁPICE O CUANDO SE REMUEVEN LOS COÁGULOS DE LA UNIÓN-

CEMENTO-DENTINARIA POR UN INSTRUMENTO O CONO DE PAPEL AFILADO.

AFORTUNADAMENTE LA HEMORRAGIA CESA, LO QUE SE LOGRA ADEMÁS CON LA SIGUIENTE CONDUCTA:

- 1.- COMPLETAR LA ELIMINACIÓN DE LA PULPA RESIDUAL QUE HAYA PODIDO QUEDAR.
- 2.- EVITAR EL TRAUMA PERIAPICAL RESPETANDO LA UNIÓN CEMENTO-DENTINARIA.
- 3.- APLICANDO FÁRMACOS VASOCONSTRICTORES, COMO LA SOLUCIÓN DE ADRENALINA (EPINEFRINA).

AÚN EN LOS CASOS QUE PAREZCAN DIFÍCILES, BASTARÁ DEJAR SELLADO EL FÁRMACO SELECCIONADO PARA QUE EN LA SIGUIENTE CITA, DESPUÉS DE IRRIGAR Y ASPIRAR ADECUADAMENTE RETIRANDO LOS COÁGULOS RETENIDOS NO SE PRODUZCA HEMORRAGIA.

PERFORACIÓN O FALSA VÍA:

ES LA COMUNICACIÓN ARTIFICIAL DE LA CÁMARA O CONDUCTOS CON EL PERIODONTO.

SE PRODUCE COMUNMENTE POR UN FRESADO EXCESIVO E-

INOPORTUNO DE LA CÁMARA PULPAR Y POR EL EMPLEO DE INSTRUMENTOS ESPECIALMENTE ROTATORIOS.

LAS NORMAS PARA EVITAR LAS PERFORACIONES SON LAS SIGUIENTES:

- 1.- CONOCER LA ANATOMÍA PULPAR DEL DIENTE A TRATAR, CORRECTO ACCESO A LA CÁMARA PULPAR Y DELICADO EMPLEO DE LOS INSTRUMENTOS DE CONDUCTOS.
- 2.- TENER CRITERIO POSICIONAL Y TRIDIMENSIONAL EN TODO MOMENTO Y PERFECTA VISIBILIDAD.
- 3.- TENER CUIDADO EN CONDUCTOS ESTRECHOS EN EL PASO DE INSTRUMENTAL DEL 25 AL 30, MOMENTO PROPICIO NO SOLO PARA LA PERFORACIÓN, SINO PARA PRODUCIRSE UN ESCALÓN Y FRACTURARSE EL INSTRUMENTO.
- 4.- NO EMPLEAR INSTRUMENTOS ROTATORIOS, SINO EN CASOS INDICADOS.
- 5.- AL DESOBTURAR UN CONDUCTO TENER GRAN PRUDENCIA Y CONTROL RADIOGRÁFICO ANTE LA MENOR DUDA.

LA CLASIFICACIÓN DE LAS PERFORACIONES ES DE CAME-
RALES, RADICULARES, DE LOS TERCIOS CORONARIOS, MEDIOS
O APICALES. TAMBIÉN HAY QUE MENCIONAR EN QUE CONDU-
CTO SE PRODUJO, EN DIENTES DE VARIOS CONDUCTOS Y POR -
QUE LADO.

UN SÍNTOMA INMEDIATO ES LA HEMORRAGIA ABUNDANTE-
Y UN VIVO DOLOR PERIODÓNTICO QUE SIENTE EL PACIENTE -
CUANDO NO ESTÁ ANESTESIADO. SE HARÁN DEL DIENTE VA-
RIAS PLACAS RADIOGRÁFICAS, PERO CAMBIANDO DE ANGULA--
CIÓN, INSERTANDO UN INSTRUMENTO PREVIAMENTE QUE PERMI-
TA HACER UN DIAGNÓSTICO ADECUADO. ES NECESARIO UN -
ACERTADO CRITERIO, UNA INSPECCIÓN VISUAL MINUCIOSA Y-
OBSERVAR LA EVOLUCIÓN PARA CONOCER SI EXISTE O NO PER-
FORACIÓN.

LA TERAPÉUTICA CUANDO LA PERFORACIÓN ES CAMERAL,
CONSISTE EN APLICAR UNA TORUNDA HUMEDECIDA EN SOLU---
CION AL MILÉSIMO DE ADRENALINA, DETENIDA LA HEMORRA--
GIA SE OBTURA LA PERFORACIÓN CON AMALGAMA Y SE CONTI-
NÚA CON EL TRATAMIENTO NORMAL. EN DIENTES DE VARIAS
RAÍCES, SE PODRÁ HACER LA RADICECTOMÍA, EN CASO DE --
FRACASO E INFECCIÓN CONSECUTIVA.

PARA EVITAR QUE UN DIENTE SEA EXTRAÍDO, ACONSE--
 JAN ADEMÁS DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR, RECURRIR AL -
 TIPO DE CIRUGÍA QUE SEA NECESARIO, COMO LA GINGIVECTO
 MIA, REMOSIÓN QUIRÚRGICA DE UNA O MÁS RAÍCES, REIM---
 PLANTACIÓN, ETC.

FRACTURA DE UN INSTRUMENTO DENTRO DEL CONDUCTO:

LOS INSTRUMENTOS QUE MAS SE FRACTURAN SON: LAS -
 LIMAS, ENSANCHADORES, SONDAS BARBADAS Y LÉNTULOS.
 AL EMPLEARLOS CON DEMASIADA FUERZA O TORSIÓN EXAGERA--
 DA. LOS ROTATORIOS SON MUY PELIGROSOS. LA PREVEN--
 CIÓN DE ESTE DESAGRADABLE ACCIDENTE CONSISTIRÁ EN EM--
 PLEAR SIEMPRE INSTRUMENTOS NUEVOS Y BIEN CONSERVADOS.
 TAMBIÉN HABRÁ QUE TRABAJAR CON DELICADEZA Y CAUTELA--
 SIGUIENDO LAS NORMAS ESTABLECIDAS DE PULPECTOMÍA TO--
 TAL Y EVITAR EL EMPLEO DE INSTRUMENTOS ROTATORIOS DEN
 TRO DE LOS CONDUCTOS.

EL DIAGNÓSTICO SE HARÁ MEDIANTE UNA RADIOGRAFÍA--
 PARA SABER EL TAMAÑO, POSICIÓN Y LOCALIZACIÓN DEL INS
 TRUMENTO. SI ESTUVIESE ESTÉRIL SE PUEDE OBTURAR SIN
 INCONVENIENTE ALGUNO, PROCURANDO QUE EL CEMENTO DE --
 CONDUCTOS ENVUELVA Y REBASE EL INSTRUMENTO FRACTURADO.

POR EL CONTRARIO, SI EL DIENTE ESTÁ MUY INFECTADO O -- TIENE LESIÓN PERIAPICAL, HABRÁ QUE AGOTAR TODAS LAS MANIOBRAS POSIBLES PARA EXTRAER EL INSTRUMENTO O BIEN OB TURACIÓN DE URGENCIA Y OBSERVACIÓN DURANTE ALGUNOS MESES O REALIZAR APICECTOMÍA CON OBTURACIÓN RETRÓGADA DE AMALGAMA SIN ZINC.

LAS MANIOBRAS DESTINADAS A EXTRAERLOS PUEDEN SER:

- 1.- UTILIZAR INSTRUMENTOS DE CONDUCTOS ACCIONADOS O A LA INVERSA, INTENTADO REMOVERLOS DE SU EN CLAVAMIENTO.
- 2.- INTENTAR LA SOLDADURA ELÉCTRICA A OTRA SONDA, EN CONTACTO CON EL INSTRUMENTO ROTO. EM---- PLEAR UN POTENTE IMAN. AMBOS PROCEDIMIENTOS SON RAROS.
- 3.- MEDIOS QUÍMICOS (COMO ÁCIDOS).

LA APARICIÓN DEL EDTAC, SUSTANCIA QUELANTE LA HA CONVERTIDO EN EL MEJOR PRODUCTO QUÍMICO PARA ÉSTOS FINES.

COMO LA MAYOR PARTE DE LAS VECES LAS MANIOBRAS PA RA EXTRAER LOS INSTRUMENTOS ROTOS SON INFRUCTUOSOS, HA BRÁ QUE RECURRIR A LAS SIGUIENTES TÉCNICAS PARA RESOL-

VÉR ESTE ACCIDENTE.

1.- LA SITUACIÓN DEL INSTRUMENTO ENCLAVADO EN UN LUGAR DEL CONDUCTO SE CONOCE MEDIANTE LA RADIOGRAFÍA, SE PROCURARÁ PASAR LATERALMENTE -- CON INSTRUMENTO NUEVOS DE BAJO CALIBRE Y PREPARAR EL CONDUCTO DEBIDAMENTE, SOSLAYANDO EL FRAGMENTO ROTO, EL CUAL QUEDARÁ ENCLAVADO EN LA PARED DEL CONDUCTO, EMPLEANDO PARA ELLO CONOS FINOS DE GUTAPERCHA, REBLANDECIDOS POR DISOLVENTES O POR EL PROPIO CEMENTO DE CONDUCTOS. ESTA TÉCNICA SE EFECTÚA EN LA MAYOR -- PARTE DE LOS CASOS EN DIENTES POSTERIORES, EN LOS ANTERIORES SE DISPONE DEL RECURSO DE LA APICECTOMÍA TAMBIÉN.

2.- DE FRACASAR LA TÉCNICA ANTERIOR CONSERVADORA, SE PODRÁ RECURRIR A LA CIRUGÍA MEDIANTE LA APICECTOMÍA Y OBTURACIÓN RETRÓGADA CON AMALGAMA EN DIENTES ANTERIORES O POR OTRO LADO LA RADICECTOMÍA (AMPUTACIÓN RADICULAR) EN DIENTES MULTIRRADICULARES.

LA ROTURA DE UN INSTRUMENTO NO DEBE AFLIGIR AL PROFESIONAL O AL ESTUDIANTE, SE DEBERÁ RECURRIR A TO--

DOS LOS MEDIOS PARA EXTRAER DICHO INSTRUMENTO, PERO --
PROCURANDO EVITAR LA PÉRDIDA DEL DIENTE.

LA FRACTURA DE LA CORONA DEL DIENTE:

DURANTE NUESTRO TRABAJO O BIEN AL MASTICAR LOS --
ALIMENTOS, PUEDE FRACTURARSE LA CORONA DEL DIENTE EN --
TRATAMIENTO. LOS PROBLEMAS QUE ESTA COMPLICACIÓN ---
CREA SON 3:

- 1.- QUEDAR AL DESCUBIERTO LA CURA OCLUSIVA. SE --
SOLUCIONA FACILMENTE CUANDO LA FRACTURA ES SO
LO PARCIAL, CAMBIANDO NUEVAMENTE LA CURA PARA
SEGUIR CON EL TRATAMIENTO, PERO PROCURANDO CO
LOCAR UNA BANDA DE ACERO O ALUMINIO QUE SIR-
VA DE RETENCIÓN.

- 2.- IMPOSIBILIDAD DE COLOCAR GRAPA Y DIQUE: SE CO
LOCARÁN LAS GRAPAS EN LOS DIENTES VECINOS.
EN CASO DE FILTRACIÓN DE SALIVA SE ACONSEJA --
INSERTAR UNA PUNTA DE PLATA COLOCADA CON UN --
AISLANTE DENTRO DEL CONDUCTO, CÓNDENSAR LUEGO
LA AMALGAMA EN FORMA DE PROMONTORIO, SACAR LA
PUNTA DE PLATA UNA VEZ ENDURECIDA LA AMALGAMA

Y SEGUIR CON EL TRATAMIENTO.

- 3.- POSIBILIDAD DE RESTAURACIÓN FINAL: EN CASO DE DIENTES ANTERIORES SE PODRÁN PLANIFICAR CORONAS DE RETENCIÓN RADICULAR. EN EL PROBLEMA DE RESTAURACIÓN ES MÁS COMPLEJO, PERO SIEMPRE SE PODRÁ RECURRIR A LA RETENCIÓN RADICULAR -- CON PERNOS DE TORNILLO CEMENTADOS, PERMITIENDO COLOCAR UNA CORONA CON RETENCIÓN RADICULAR (EN ESTE CASO SE OBTURA UNICAMENTE CON GUTA-- PERCHA). SOLAMENTE SE RECURRIRÁ A LA EXODONCIA CUANDO SEA PRÁCTICAMENTE IMPOSIBLE LA RETENCIÓN DE LA FUTURA RESTAURACIÓN.

FRACTURA RADICULAR O CORONORRADICULAR:

LAS FRACTURAS COMPLETAS O INCOMPLETAS RADICULARES O CORONORRADICULARES DIVIDIENDO EN DOS SEGMENTOS UN -- DIENTE, SE PRODUCEN POR LO GENERAL POR DOS CAUSAS:

- 1.- POR LA PRESIÓN EJERCIDA DURANTE LA CONDENSACIÓN VERTICAL O LATERAL AL OBTURAR LOS CONDUCTOS. SON CAUSAS PREDISPONENTES LA CURVATURA O DELGADEZ RADICULAR (LA EXAGERADA AMPLIACIÓN DE LOS CONDUCTOS).

2.- POR EFECTOS DE DINÁMICA OCLUSAL, AL NO PODER SOPORTAR EL DIENTE LA PRESIÓN EJERCIDA POR LA MASTICACIÓN, Y ES CAUSA COADYUVANTE UNA RES--TAURACIÓN IMPROPIA, SIN CONVERTURA DE LAS CÚSPIDES Y SIN PROTEGER LA INTEGRIDAD DEL DIENTE

LAS FRACTURAS GENERALMENTE SON VERTICALES U HORIZONTALES Y EN OCASIONES ES MUY DIFÍCIL EL DIAGNÓSTICO--SOBRE TODO CUANDO NO HAY FISURA O FRACTURA CORONARIA,--LO QUE OBSTACULIZA LA EXPLORACIÓN.

EN DIENTES ANTERIORES CON FRACTURA HORIZONTAL EN--EL TERCIO APICAL SE HACE LA ENDODONCIA OBTURANDO EL --CONDUCTO CON ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL, OBSERVÁNDOSE BUENOS RESULTADOS. EN DIENTES ANTERIORES CON FRACTURA --VERTICAL RADICULAR SE HACE LA EXODONCIA.

EN DIENTES MULTIRRADICULARES CON FRACTURA HORIZON--TAL TIENEN BUEN PRONÓSTICO, DEPENDIENDO DEL NIVEL DON--DE SE ENCUENTREN LA FRACTURA (TERCIO APICAL) SE EFEC--TÚA LA ENDODONCIA OBTURANDO CON ÓXIDO DE ZINC Y EUGE--NOL Y SE HACE LA APICECTOMÍA. EN DIENTES MULTIRRADI--CULARES CON FRACTURA VERTICAL TIENEN MAL PRONÓSTICO Y--

SE RECURRIRÁ A LA EXODONCIA O SE OPTA POR HACER LA HE-
MISECCIÓN O RADICECTOMÍA CUANDO ES UNA DE LAS RAÍCES.

SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DE LAS FRACTURAS:

DOLOR A LA MASTICADA, LEVE CHASQUIDO PERCEPTIBLE-
POR EL PACIENTE, PROBLEMA PERIODONTAL, TODO ESTO PUEDE
SER PERCEPTIBLE RADIOGRÁFICAMENTE.

ENFISEMA Y EDEMA:

ANOMALÍA DESAGRADABLE QUE SI BIEN NO ES GRAVE, LE
VE CHASQUIDO PERCEPTIBLE POR EL PACIENTE, PROBLEMA PE-
RIODONTAL, TODO ESTO PUEDE SER PERCEPTIBLE RADIOGRÁFI-
CAMENTE.

ENFISEMA Y EDEMA:

ANOMALÍA DESAGRADABLE QUE SI BIEN NO ES GRAVE, --
PUEDE ASUSTAR AL PROFESIONAL POR EL CUADRO ESPECTACU--
LAR QUE PRESENTA, ESTO SE DEBE A LA MANIPULACIÓN DEL -
AIRE DE LA JERINGA TRIPLE, YA QUE EN OCASIONES POR DI-
VERSAS CAUSAS LA UTILIZAMOS PARA SECAR EL CANAL O LOS-
CANALES RADICULARES, GENERALMENTE EL AIRE PASA A TRA--

DES DEL ÁPICE Y PROVOCA UN VIOLENTO ENFISEMA DE LOS TEJIDOS, NO SOLO PERIAPICALES, SINO FACIALES.

EL AIRE VA DESAPARECIENDO GRADUALMENTE Y LA DEFORMIDAD FACIAL SE ELIMINA A LAS POCAS HORAS. EL AGUA - OXIGENADA PUEDE OCASIONAR ESTE PROBLEMA SI POR ACCIDENTE PASA A LOS TEJIDOS PERIRRADICULARES SOBRE TODO EN - PERFORACIONES O FALSAS VÍAS. EL HIPOCLORITO DE SODIO PUEDE PROVOCAR EDEMA E INFLAMACIÓN CON CUADROS ESPECTACULARES Y DOLOROSOS SI ATRAVIEZA EL ÁPICE. SE SECA-- RAN SIEMPRE LOS CANALES CON PUNTAS DE PAPEL. LAS SOLUCIONES PARA IRRIGAR, SIEMPRE TENDRÁN QUE IR DILUÍDAS A LAS ESPECIFICACIONES CONVENIENTES.

PENETRACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS O DIGESTIVAS: ANOMALÍA DESAGRADABLE POCO VISTA EN LA LITERATURA DE LA ENDODONCIA Y QUE GENERALMENTE SE DEBE A LA NEGLIGENCIA POR PARTE DEL PROFESIONAL- EN NO COLOCAR EL DIQUE DE GOMA.

SOBREOBTURACIÓN:

EN LA OBTURACIÓN DE CONDUCTOS RADICULARES ES PLA-

NEADO QUE ÉSTA OBTURACIÓN LLEGUE HASTA LA UNIÓN CEMENTO-DENTINA-CONDUCTO, PERO AL OBSERVAR MEDIANTE LA PLACA RADIOGRÁFICA FINAL UNA SOBROBTURACIÓN QUE FUE PRODUCIDA POR LA PRESIÓN QUE HEMOS DADO CON EL ATACADOR Y HA LLEVADO LA PUNTA DE GUTAPERCHA O EL CEMENTO MÁS-ALLÁ DE LA UNIÓN CEMENTO-DENTINA-CONDUCTO:

SI FUE LA GUTAPERCHA LA QUE PASÓ AL ÁPICE, HABRÁ QUE REMOVERLA Y CORTARLA ADECUADAMENTE HASTA QUE NOS-DE EL SELLADO EN LA UNIÓN CEMENTO-DENTINA-CONDUCTO. EL PROBLEMA MAYOR DE LA SOBROBTURACIÓN, SERÍA QUE EL CEMENTO FUERA EL EXEDIDO, YA QUE SU REMOSIÓN ES IMPOSIBLE A TRAVÉS DEL MISMO CONDUCTO.

GENERALMENTE LOS CEMENTOS SON BIEN TOLERADOS Y - YA DE UNA FORMA O DE OTRA ENCAPSULADOS O FAGOCITADOS-SERÁN ELIMINADOS. CUANDO HAY MOLESTIAS O DOLOR POR-UNA SOBROBTURACIÓN DE CEMENTO QUE NO HA SIDO POSIBLE ELIMINAR A TRAVÉS DEL CONDUCTO. SERÁ NECESARIO EFECTUAR LA APICECTOMÍA PARA ELIMINAR EL IRRITANTE (CEMENTO SELLADOR DE CANALES RADICULARES).

DOLOR POSTOPERATORIO:

EL DOLOR POSTOPERATORIO A LA CONDUCTOTERAPIA ES-

MULO Y DE PEQUEÑA INTENSIDAD Y SE ELIMINA GENERALMENTE CON LOS ANALGÉSICOS COMUNES.

ADEMÁS DE LA MEDICACIÓN ANALGÉSICA COMÚN, ES MUY CONVENIENTE EN LOS CASOS DE DOLOR MUY MOLESTO E INTENSO, SELLAR CON UN FÁRMACO CORTICOSTEROIDE, SEPTOMIXINE (SEPTODONT). ESTE SE RETIRARÁ A LOS 3 ó 4 DÍAS - QUE HAYA DESAPARECIDO EL DOLOR Y SE UTILIZARÁN LOS MATERIALES CONVENCIONALES.

SI EL DOLOR ES PRODUCIDO POR REMANENTES PULPARES APICALES, DEBIDO A QUE LA BIOPULPECTOMÍA NO SE REALIZO ADECUADAMENTE, SERÁ NECESARIO SELLAR EL CANAL CON MEDICAMENTOS FORMULADOS.

LA OBTURACIÓN DE CONDUCTOS EN LA ACTUALIDAD RARA VEZ PRODUCE DOLOR, YA QUE ENCONTRAMOS EN EL MERCADO - FÁRMACOS DE DIVERSOS TIPOS CONTRA DICHO PROBLEMA, ASÍ COMO ADEMÁS, MATERIAL ESTANDARIZADO PARA SU CORRECTA-OBTURACION Y EVOLUCIÓN.

CIRUGÍA EN ENDODONCIA:

CUANDO EL TRATAMIENTO DEL O LOS CONDUCTOS RADICULARES NO FUE SUFICIENTE PARA CURAR LA LESIÓN QUE PRE-

SENTABA AQUEL DIENTE INVOLUCRADO, SERÁ NECESARIO RECU-
RRIR A LA TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA.

OBJETIVO:

EL OBJETIVO DE LA CIRUGÍA ENDODÓNTICA SERÁ LA --
ELIMINACIÓN DE LESIONES PERIODONTALES QUE POR SU VE--
CINDAD APICAL COMPROMETEN O YA HAN ELIMINADO LA VITA-
LIDAD PULPAR, TODO ESTO ENCAMINADO A LA PRESERVACIÓN-
Y CONSERVACIÓN DE CUALQUIER ÓRGANO DENTARIO:

- 1.- LEGRADO PERIAPICAL.
- 2.- APICECTOMÍA (OBTURACIÓN RETRÓGADA O RETRO-OB-
TURACIÓN).
- 3.- AMPUTACIÓN RADICULAR.
- 4.- HEMISECCIÓN.
- 5.- CIRUGÍA DE GRANDES QUISTES Y TUMORES.

1.- LEGRADO PERIAPICAL.

TAMBIÉN SE LE PUEDE LLAMAR CURETAJE. ES LA ELI-
MINACIÓN DE LA LESIÓN PERIAPICAL, QUE POR LO GENERAL-
ES GRANULOMA O QUISTE RADICULODENTARIO O DE UNA SUS-
TANCIA EXTRAÑA LLEVADA IATROGENICAMENTE A ESA REGIÓN.
COMO POR EJEMPLO CEMENTOS, SELLADORES DE CANALES ----

(KERR, ENDOMETAZONA, OXIDO DE ZINC Y EUGENOL).

LOGICAMENTE QUE ANTES O EN EL TRATAMIENTO SE HARA ENDODONCIA EN EL O LOS DIENTES COMPROMETIDOS CON LA LESIÓN.

SE DIFERENCIA DE LA APICECTOMÍA EN QUE NO SE HACE RESECCIÓN DEL ÁPICE RADICULAR.

INDICACIONES:

- A).- CUANDO DESPUÉS DE UN LAPSO DE 6 a 12 MESES- NO SE HA INICIADO LA REPARACIÓN PERIAPICAL- EN DIENTES QUE HAN SIDO TRATADOS ENDODÓNTICAMENTE Y QUE POSEÍAN LESIONES PERIAPICALES
- B).- CUANDO DESPUÉS DE LA CONDUCTOTERAPIA PERSISTE LA FÍSTULA O SE REACTIVA LA LESIÓN PERIAPICAL.
- C).- EN LESIONES PERIAPICALES QUE CREAMOS MÁS. ... CONVENIENTES POR EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO- QUE TENEMOS DE LA LESIÓN, SERÁ RECOMENDABLE HACER EL LEGRADO AL MISMO TIEMPO QUE LA CONDUCTOTERAPIA.

- 3).- POR CAUSAS IATROGÉNICAS, CUANDO POR ALGUNA RAZÓN LA SOBREOBTURACIÓN ES MAL TOLERADA O CUANDO POR DESCUIDO SE VAN A LA ZONA PERIAPICAL PUNTAS DE PAPEL ABSORVENTES, TORUNDAS DE ALGODÓN, ETC.

ES MUY RECOMENDABLE QUE LA OBTURACIÓN DE LOS CANALES DE LOS DIENTES COMPROMETIDOS SEA VERIFICADO ANTES DE LA INTERVENCIÓN O QUE INCLUSO ESTÉ SOBREOBTURADA PARA QUE ESTO FACILITE LA LOCALIZACIÓN DE LA PATOLOGÍA PERIAPICAL, ASÍ COMO EL SELLADO DEL MISMO. EL LEGRADO PUEDE SER PRACTICADO EN LA MISMA SESIÓN EN -- QUE SE OBTURA EL CANAL O EN LOS DÍAS POSTERIORES AL -- MISMO.

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

- 1.- ANESTESIA DE LA REGIÓN A TRATAR.
- 2.- INCISIÓN SEMILUNAR O DE NEWMAN, EN LA REGIÓN A TRATAR.
- 3.- LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO.
- 4.- OSTEOTOMÍA PRACTICADA CON CINCELES, MARTILLOS O FRESAS QUIRÚRGICAS EN ALGUNOS CASOS -

NO SERÁ NECESARIO REALIZARLO, YA QUE ESTE SE
ENCUENTRA A LA FLOR PRODUCIDA POR LA MISMA -
LESIÓN.

- 5.- ELIMINACIÓN COMPLETA DEL TEJIDO PATOLÓGICO -
PERIAPICAL POR MEDIO DE LEGRADO Y RASPADO DE
TODA LA CONICIDAD DE LA LESIÓN, ASÍ COMO DEL
ÁPICE RADICULAR, ALGUNAS VECES LA PARTE PALA
TINA ES DIFÍCIL LEGRARLA, ESTO SE HARÁ CON -
CUCHARILLAS ESPECIALES.

UNA DE ESTAS CUCHARILLAS ES LA DE LUCAS O --
PUEDE REALIZARSE TAMBIÉN CON LA LIMA PARA --
HUESO.

- 6.- FACILITAR LA FORMACIÓN DEL COÁGULO QUE LLENE
LA CAVIDAD PARA LA FUTURA REPARACIÓN ÓSEA.

- 7.- SUTURA CON HILO SEDA 000, 00, CATGUTH, LA --
CUAL SERA RETIRADA EN 4 a 6 DÍAS.

INDICACIONES:

- 1.- CUANDO EL LEGRADO JUNTO CON LA CONDUCTOTERA-
PIA NO HAN PODIDO SER SUFICIENTES PARA RESOL
VER EL PROBLEMA PERIAPICAL.

- 2.- CUANDO LA PRESENCIA DEL ÁPICE RADICULAR OBSTACULIZA LA ELIMINACIÓN DE LA LESIÓN PERIAPICAL.
- 3.- CUANDO EXISTE UNA FRACTURA DEL TERCIO APICAL RADICULAR.
- 4.- CUANDO SE PRODUCE UNA FALSA VÍA O UNA PERFORACIÓN EN EL TERCIO APICAL.
- 5.- CUANDO ESTÁ INDICADA LA OBTURACIÓN RETRÓGADA POR CAUSAS COMO INACCESIBILIDAD AL TERCIO -- APICAL DEL CONDUCTO, INSTRUMENTO ROTO EN EL TERCIO APICAL.
- 6.- EN ALGUNOS CASOS LA RESORCIÓN CEMENTO-DENTINARIA.

CONTRAINDICACIONES:

LA ÚNICA Y MÁS IMPORTANTE ES QUE EN EL DIENTE A TRATAR EXISTA MOVILIDAD POR CAUSAS MUY DIVERSAS COMO TRAUMATISMO, PROCESO PERIODONTAL CON DOS PAUTAS IMPORTANTES A MENCIONAR.

- 1.- LA OSTEOTOMÍA SERÁ UN POCO MÁS AMPLIA HACIA GINGIVAL PARA PERMITIR MEJOR VISUALIZACIÓN - Y CORTE DEL TERCIO APICAL DEL DIENTE.
- 2.- LA OTRA PAUTA Y LA MÁS IMPORTANTE ES LA REMOSIÓN DE 2 a 3mm. DEL ÁPICE RADICULAR CON UNA FRESA DE FISUTA PARA POSTERIORMENTE INICIAR EL PROCESO DE RASPAJE Y LEGRADO DE LA LESIÓN Y PROSEGUIR HASTA LA SUTURA.

COMO DATO PROPIO, CREO IMPORTANTE MENCIONAR QUE ES NECESARIA LA TOMA DE UNA PLACA RADIOGRÁFICA ANTES DE INICIAR LA APICECTOMÍA Y UNA POSTERIOR A LA MISMA PARA VALORAR LA CORRECTA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

OBTURACIÓN RETRÓGADA O SOBREOBTURACIÓN:

ES UNA VARIANTE DE APICECTOMÍA, LA CUAL SE REALIZA CON AMALGAMA DE PLATA, YA QUE LA GUTAPERCHA, ASÍ - COMO EL CEMENTO DE CONDUCTOS EMPLEADOS PODRÍAN EN OCASIONES NO OBTURAR HERMETICAMENTE EL CONDUCTO.

INDICACIONES:

- 1.- DIENTE CON ÁPICES INACCESIBLES POR LA VÍA PULPAR, YA SEA POR CALCIFICACIÓN, DENTINIFICACIÓN, PRESENCIA DE INSTRUMENTOS ROTOS Y EN CLAVADOS EN LA LUZ DEL CONDUCTO U OBTURACIONES INCORRECTAS DIFÍCILES DE OBTURAR.
- 2.- DIENTES CON RESORCIÓN CEMENTARIA, FALSA VÍA O FRACTURA APICAL, EN LOS QUE LA SIMPLE API-CECTOMÍA NO DA RESULTADO Y PERSISTE UN TRAYECTO FISTULOSO O LA LESIÓN PERIAPICAL ACTIVA.
- 3.- EN DIENTES REIMPLANDADOS ACCIDENTAL O INTENCIONALMENTE.
- 4.- EN CUALQUIER CASO EN QUE LA OBTURACIÓN RETRÓGADA RESUELVA DE MEJOR MODO EL TRASTORNO Y PROVOQUE UNA CORRECTA REPARACIÓN.
LA TÉCNICA QUIRÚRGICA ES IDÉNTICA A LA DEL -LEGRADO APICAL, LA QUE SEGUIRÁ LOS SIGUIENTES PASOS:
 - 1.- LA SECCIÓN APICAL SE HACE DE TAL MANERA QUE-

QUEDE EN FORMA ELÍPTICA, RETENCIÓN EN LA CÁ-
RA VESTIBULAR DE LA RAÍZ. LUEGO SE HARÁ EL
LEGRADO PERIAPICAL.

- 2.- SE SECARÁ EL CAMPO Y EN CASO DE HEMORRAGIA, -
ELIMINARLA CON TORUNDA DE ALGODÓN HUMEDECIDA
EN ADRENALINA.
- 3.- PREPARAR EL CORTE CON UNA FRESA DE CONO IN--
VERTIDO HACIENDO LA CAVIDAD RETENTIVA PARA -
LA AMALGAMA Y LAVARLA CON SOLUCIÓN SALINA.
- 4.- EN EL FONDO DE LA CAVIDAD DE LA PATOLOGÍA SE
COLOCARÁ UNA TORUNDA O GASA DESTINADA A RETE-
NER LOS EXCESOS DE AMALGAMA QUE SE DESLIZAN-
EN EL MOMENTO DE LA RETROBTURACIÓN.
- 5.- SE PROCEDERÁ A LA OBTURACIÓN CON AMALGAMA DE
PLATA DE ZINC, DEJANDOLA PLANA O INCLUSIVE -
CÓNCAVA.
- 6.- SE RETIRARÁ LA GASA CON LOS POSIBLES RESTOS-
DE AMALGAMA QUE SE HAYAN RETENIDO, DESPUÉS -
DE ESTO SE PROVOCARÁ EL COÁGULO Y SE PROCEDE
RÁ A LA SUTURA.

OTROS MATERIALES QUE HAN SIDO UTILIZADOS PARA LA RETROOBTURACIÓN SON: ORO COHESIVO, CAVIT, ÓXIDO DE ZINC, EUGENOL Y ÁCIDO ETOXICOBENZOICO.

PERO LAS INVESTIGACIONES REALIZADAS SE HA ENCONTRADO QUE LA AMALGAMA DE PLATA CON ZINC ES HASTA AHORA EL MEJOR ELEMENTO PARA LA RETROOBTURACIÓN, YA QUE NO PERMITE FILTRACIÓN.

CABE MENCIONAR QUE PARA ESTA TÉCNICA ES NECESARIO INSTRUMENTAL ESPECIALIZADO TALES COMO OIRTAAMALGAMAS Y CONDENSADORES APICALES.

AMPUTACIÓN RADICULAR:

COMO SU NOMBRE LO INDICA ES LA AMPUTACIÓN DE LA RAÍZ EN UN DIENTE MULTIRADICULAR.

ESTE TRATAMIENTO SIGNIFICA EN MUCHOS CASOS EL ÚLTIMO RECURSO PARA LA CONSERVACIÓN DE UN DIENTE MULTIRADICULAR SOBRE TODO CUANDO SERVIRÁN COMO POSTES PARA LA REHABILITACIÓN ORAL.

INDICACIONES:

- 1.- RAÍCES INFECTADAS PERIAPICALMENTE.
- 2.- CONDUCTOS INACCESIBLES.
- 3.- PERFORACIÓN O FALSA VIA EN LA RAÍZ EN LA ---
CUAL SE OCASIONÓ LESIÓN CARIOSA QUE LLEGA --
HASTA CEMENTO Y QUE NO ADMITE TRATAMIENTO.
- 4.- CUANDO HAY FRACTURA RADICULAR.
- 5.- CUANDO HA HABIDO CONDUCTOTERAPIA Y HA FRACA-
SADO Y NO ES POSIBLE REINICIARLA.

LA TÉCNICA ES LA SIGUIENTE:

SE OBTURARÁN LOS CANALES DE LAS RAÍCES QUE VAN A SER CONSERVADAS Y SE OBTURARÁ CON AMALGAMA DE PLATA - HASTA LA ENTRADA DE LOS CANALES, ESPECIALMENTE A LA - ENTRADA DEL CANAL DE LA RAÍZ A AMPUTAR. CABE MENCIONAR QUE EN ESTE ÚLTIMO CANAL DE LA RAÍZ QUE SE VA A A AMPUTAR COMO MARGEN DE SEGURIDAD INTRODUCIREMOS LA -- AMALGAMA DE 3 a 4mm. EN EL CONDUCTO. ESTE TIPO DE- TRATAMIENTOS, GENERALMENTE SE REALIZAN EN LOS MOLARES

SUPERIORES, YA QUE EN LOS INFERIORES SE LE DENOMINARÁ HEMISECCIÓN.

HEMISECCIÓN:

TAMBIÉN SE LE DENOMINA ODONTECTOMÍA, ES UNA INTERVENCIÓN SIMILAR A LA ANTERIOR, PERO EN LA CUAL, -- ADEMÁS DE LA RAÍZ SE HACE LA RESECCIÓN DE SU PORCIÓN-CORONARIA.

LAS CAUSAS PUEDEN SER ENDODÓNTICAS O PERIODÓNTICAS, LAS MÁS COMUNES SON LAS SEGUNDAS, LAS INDICACIONES DE LA HEMISECCIÓN SON LAS MISMAS QUE LA AMPUTACIÓN, PERO ESPECIFICAMENTE EN LOS CASOS DE LOS MOLARES INFERIORES.

LA TÉCNICA DIFIERE DE LA ANTERIOR EN QUE UNA VEZ TRATADOS Y OBTURADOS LOS CONDUCTOS, SE SECCIONA EL DIENTE CON DISCOS Y FRESAS, HASTA SEPARAR LOS DOS FRAGMENTOS, PARA EXTRAER LUEGO LA PARTE A ELIMINAR (FRAGMENTO CORONORRADICULAR), LUEGO SE REGULARIZAN LOS DOS BORDES Y SE SUTURA EL COLGAJO.

EL FRAGMENTO RESIDUAL DE UN MOLAR INFERIOR EN --
EL CUAL SE HA PRACTICADO LA HEMISECCIÓN EN UN MAGNIFI
CO RETENEDOR PARA UN PUENTE FIJO COMO SI SE TRATARA -
DE UN PREMOLAR.

CIRUGÍA DE GRANDES QUISTES Y TUMORES:

CREO MÁS CONVENIENTE QUE EN ESTE TIPO DE PROBLE-
MAS EL PACIENTE SEA CANALIZADO AL CIRUJANO MAXILOFA--
CIAL, DEBIDO A LA GRAN CANTIDAD DE QUISTES EXISTENTES
PARA UN MEJOR DIAGNÓSTICO, ASÍ COMO UNA MEJOR REALIZA
CIÓN DEL TRATAMIENTO, YA QUE ADEMÁS ESTE TIPO DE PRO-
BLEMAS ES MEJOR NO TRATARLOS EN EL CONSULTORIO DENTAL
AL CANALIZARLOS CON EL CIRUJANO, EL PACIENTE DEBERÁ--
LLEVAR SUS ENDODONCIAS PREVIAMENTE TERMINADAS.

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

COMPRENDEMOS QUE PARA ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE LA ALTERACIÓN PULPAR Y SUS CONSECUENCIAS EN PERIODONTO Y HUESO ES NECESARIO TENER CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS QUE LA PRODUZCAN Y SU MODO DE ACCIÓN.

DEBEMOS CONOCER LA SERIE DE SIGNOS Y SÍNTOMAS - QUE ACOMPAÑAN LA ALTERACIÓN PULPAR, PUES EN ELLOS SE BASA PRINCIPALMENTE UN BUEN DIAGNÓSTICO.

ES NECESARIO UNA DISCIPLINA CLÍNICA SUFICIENTE, CAPAZ DE ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO ACERTADO EN LOS - DIVERSOS GRADOS DE PULPITIS, PARA DETERMINAR UN PRONÓSTICO CORRECTO.

ESTABLECIDO EL DIAGNÓSTICO Y FUNDADO EL PRONÓSTICO DE LA LESIÓN PULPAR Y SUS CONSECUENCIAS EN HUESO Y PERIODONTO, ESTAREMOS EN CONDICIONES DE INSTITUIR LA TERAPÉUTICA ADECUADA.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- HAM W. ARTHUR
TRATADO DE HISTOLOGÍA.
EDITORIAL INTERAMERICANA
MÉXICO, 1978
935 PÁGINAS

- 2.- LANNETE, EDWIN Y OTROS
MANUAL DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA.
EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA
BUENOS AIRES, ARGENTINA
3a. EDICIÓN
890 PÁGINAS

- 3.- LASALA ANGEL
ENDODONCIA
SALVAT EDITORES, S.A.
BARCELONA, ESPAÑA
3a. EDICIÓN
624 PÁGINAS

- 4.- LEAL LEONARDO, SIMOES FILHO
ENDODONCIA (TRATAMIENTO DE LOS CONDUCTOS RADICULARES)
EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA
ARGENTINA, 1983
387 PÁGINAS

- 5.- STEPHEN COHEN, RICHARD C.
ENDODONCIA (LOS CAMINOS DE LA PULPA)
EDITORIAL INTERAMERICANA
BUENOS AIRES, ARGENTINA
684 PÁGINAS

6.- THOMA H. KURT D.M.D.

PATOLOGÍA BUCAL

UNIÓN TIPOGRÁFICA EDITORIAL
HISPANO-AMERICANA DE MÉXICO.

2a. EDICIÓN

1er. TOMO

887 PÁGINAS