

El odontólogo general y la derivación oportuna

Actualmente se realizan miles de tratamientos endodónticos en nuestro país para solucionar dolencias relacionadas con patologías pulpares y periapicales, los que son realizados en muchos casos por odontólogos generales. Si bien, estos se orientan a las piezas dentarias más sencillas, ellas pueden presentar problemas de difícil manejo para el odontólogo general.

Luego que hemos diagnosticado adecuadamente la dolencia del paciente y decidimos comenzar el tratamiento endodóntico, debemos realizar la limpieza, conformación y luego el sellado en tres dimensiones del sistema de conductos radiculares. Para esto es fundamental cumplir adecuadamente los objetivos biológicos y mecánicos del tratamiento endodóntico y lograr finalmente la reparación apical.

El objetivo biológico consiste en disminuir la irritación y contaminación bacteriana dejando la pieza dentaria libre de contenido orgánico. El mecánico consiste en darle forma cónica, uniforme y regular a los conductos, para que puedan ser obturados con mayor facilidad.

El campo de trabajo del endodoncista es el sistema de conductos radiculares, el cual si bien sigue patrones de anatomía radicular, es variable en la posición de los conductos y en su forma, siendo esto una de las causas de mayores dificultades durante la terapia endodóntica.

Según los Principios de Ética y Código de Conducta Profesional de la Asociación Dental Americana, los profesionales, tanto generales como especialistas, deben practicar la disciplina dentro de normas de atención clínica definidas como prudentes y competentes. Siempre con el objetivo de salvaguardar el bienestar del paciente, la interconsulta será apropiada en casos en que se requieran las habilidades y experiencia de un especialista dental.

No adherir estos principios no sólo viola la confianza colocada en la profesión odontológica, sino que deja al profesional vulnerable a una posible demanda. Un paciente que ha sufrido un problema por la no derivación oportuna pierde la confianza en su odontólogo, incluso a pesar de años de buena relación profesional, aunque el paciente haya insistido en realizarse el procedimiento y el profesional haya tenido las mejores intenciones para hacer la endodoncia. Sin mencionar que para el especialista que recibe un caso luego de una complicación, es mucho más difícil corregir una perforación o fractura de instrumento, mientras que la derivación realizada en una primera instancia, facilita la tarea al odontólogo general que la realiza, se protege al paciente y el endodoncista lleva a cabo un procedimiento para el cual tiene la experiencia, la capacitación y los nuevos materiales y técnicas.

La endodoncia ha experimentado avances de importancia en los últimos años, pudiendo lograr en nuestros pacientes resultados clínicos de gran confiabilidad con excelente pronóstico, apoya-

dos en nuevos descubrimientos de la ciencia básica. Asimismo, el especialista dispone de nuevas técnicas y materiales que se aplican tanto a los casos simples como complejos, ya que hoy en día los estándares del tratamiento endodóntico son mucho más altos que antes y también son exigidos por los pacientes, quienes cuentan hoy con mayor acceso a la información a través de medios como la internet. Por ejemplo, elementos como la magnificación, localizador apical, ultrasonido e instrumentación mecanizada, entre otros, son utilizados hoy en día en forma habitual

en muchas clínicas de nuestro país. Esta tecnología también genera una mayor exigencia en el resultado final, puesto que se deben encontrar todos los conductos, incluso los que antes se consideraban calcificados; es necesario instrumentar el conducto en toda su extensión y amplitud; eliminar todos los pernos; remover-sobrepasar todos los instrumentos fracturados y lograr la reparación apical en las piezas con lesiones de mayor tamaño.

En el marco de su trabajo el odontólogo general debe analizar con detalle ciertos procedimientos para evitar complicaciones, como por ejemplo:

A. Búsqueda de conductos en endodoncias anteriores, premolares o molares.

La búsqueda precisa y delicada de un conducto de una pieza antero-inferior con microscopía y ultrasonido, por ejemplo, impide tener que debilitar la pieza, mejorando su pronóstico. También en premolares y molares tenemos mayor certeza de haber encontrado todos los conductos.

CASO 1



Al intentar buscar el conducto, el odontólogo realizó un peligroso desgaste dentinario en la pieza 21 que presentaba una lesión.

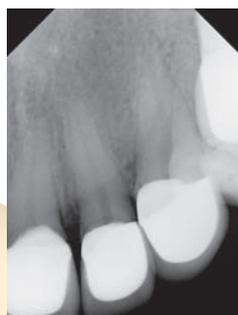


Con magnificación pudimos ver el conducto claramente, descubrirlo con ultrasonido, instrumentarlo y medicarlo, para luego obturarlo adecuadamente.



En el control después de un año, observamos la reparación de la lesión.

CASO 2



En algunos casos el odontólogo general realiza la trepanación de coronas, especialmente cuando observa conductos amplios como los de la p.10, procedimiento que puede presentar complejidades.



Por esta razón el especialista puede remover en forma más delicada y precisa el tejido dentinario, para no desgastar innecesariamente la pieza dentaria.

CASO 3



Realizamos la obturación del conducto.

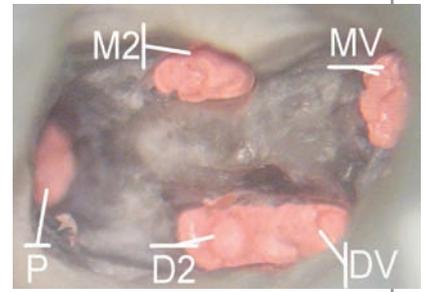
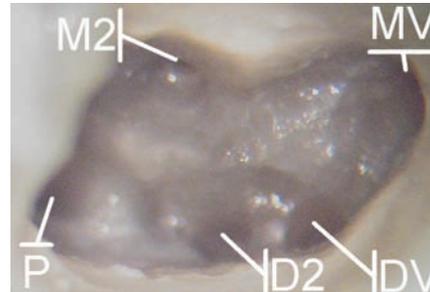


Resultado final de la obturación endodóntica.

B. Conductos No Detectados

La anatomía endodóntica es muy variable y debido a esto que es difícil tener la certeza de la localización de todos los conductos. Los conceptos de anatomía endodóntica, la experiencia clínica, la magnificación y nuevas técnicas de localización son herramientas clave para lograr la detección de todos los conductos radiculares.

CASO 1



El paciente presentaba un dolor agudo p.3, pero el Odontólogo general no pudo encontrar la entrada de los conductos y lo derivó al especialista.

Al acceder a la cámara encontramos un gran pulpito obstruyendo la entrada de los conductos, el cual lo eliminamos con una punta de ultrasonido de zirconio.

Luego de la utilización de nuevas técnicas de detección de conductos, encontramos que el molar superior tenía 5 conductos: dos mesiales, dos distales y un palatino.

El aspecto de la cámara pulpar post obturación endodóntica.

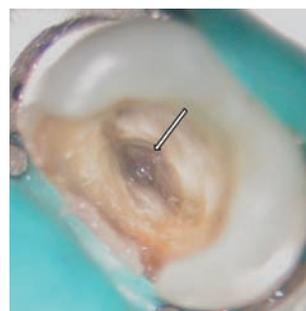


Resultado final de la endodoncia, demostrando las curvas de los conductos mesiales y la confluencia de los conductos distales.

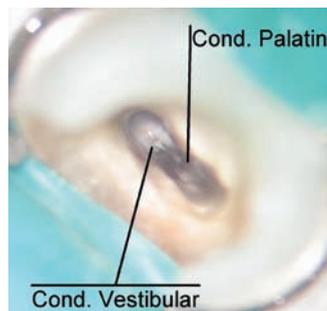
CASO 2



El Odontólogo intentó realizar la endodoncia en la p.13 que presentaba una lesión apical.



Al acceder a la cámara pulpar observamos que sólo estaba descubierto el conducto vestibular.



Luego de desgastar dentina con puntas de ultrasonido finas de titanio, logramos descubrir ambos conductos e instrumentarlos.



Aspecto de la cámara pulpar después de la obturación endodóntica.



Resultado radiográfico de la obturación endodóntica p.13.

ENDODONCIA

Dr. Andrei Berdichewsky A. / Chile
Microscopía Endodóntica

C: Curvas radiculares no detectadas a la radiografía

La radiografía muestra una imagen bidimensional de la realidad. Muchas veces existen curvaturas radiculares en sentido vestibulo-lingual o palatino que no son percibidos mediante la radiografía y que tomamos conciencia de ellas, luego que ya se ha producido la fractura del instrumento.

CASO 1



El Odontólogo intentó realizar la endodoncia p.30 pero no consignó la curvatura radicular y fracturó una lima en la raíz mesial.

Al acceder a la cámara pulpar observamos que no se eliminó el techo de la cámara, con el consiguiente estrés de las limas y fractura en el tercio apical.

Aspecto tras la eliminación del techo de la cámara pulpar, donde se observan claramente todos los conductos y las limas trabajan con libertad.

Aspecto final de la endodoncia, donde pudimos instrumentar y obturar adecuadamente los conductos y sobrepasar el instrumento fracturado.

SUGERENCIAS

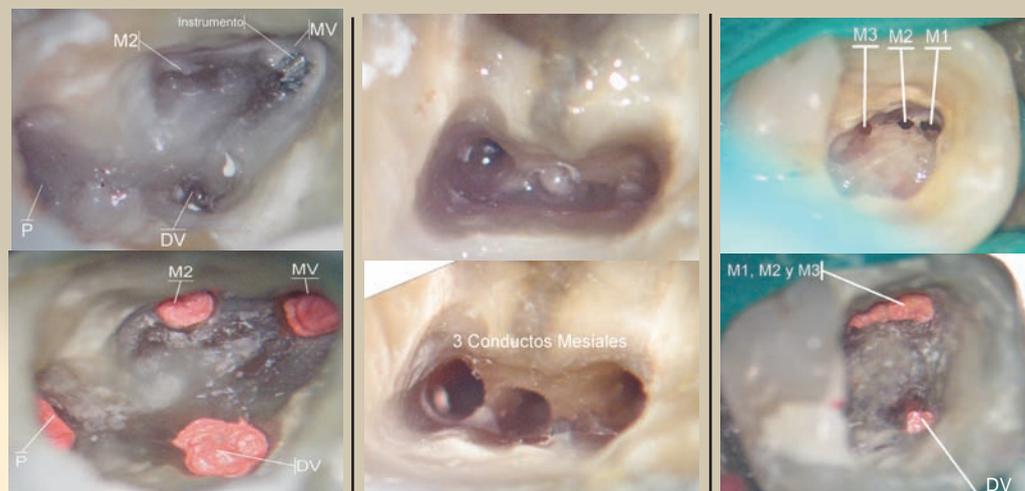
A. Tomar tres radiografías previas de cada endodoncia.

Esto nos permite tener mejores criterios de evaluación y poder detectar configuraciones radiculares sospechosas.

B. Uso de magnificación para ver con mayor detalle.

C. Recuerde la anatomía radicular normal

Existen variaciones anatómicas que siempre deben ser consideradas. Por ejemplo los molares superiores tienen 4 conductos en más del 90% de los casos y los segundos molares superiores tienen 4 conductos en más de un 50%, y estos cuatro conductos deben ser instrumentados en toda su amplitud y longitud. Se debe buscar la presencia de tres conductos mesiales en los primeros molares inferiores (12%), así como la presencia de más de un conducto en premolares e incisivos inferiores.



Localización de los cuatro conductos en los molares superiores

Conductos mesiales de un molar inferior

Tres conductos mesiales de un molar superior

D. En caso de duda enviar la radiografía al especialista para consultar.

Actualmente es fácil contar con las radiografías en forma digital, por ejemplo tomando fotos con cámaras fotográficas digitales a las radiografías en una fuente de luz (contra la ventana por ejemplo) y poder enviar la foto vía email al endodncista.

E. Derivación oportuna.

Si durante el tratamiento endodóntico el odontólogo general encuentra una dificultad y deriva al especialista, generalmente los problemas endodónticos serán de más difícil solución, por lo que se sugiere realizar un acabado estudio de la pieza dentaria en forma previa y derivar si corresponde.

Conclusiones

Efectivamente el odontólogo general puede realizar tratamientos endodónticos de piezas dentarias sencillas, pero debe extremar la observación de detalles clínicos que lo puedan llevar a complicaciones. La derivación oportuna al especialista es más sencilla y con menos problemas para el paciente y para el profesional.

Dr. Andrei Berdichewsky A.

En caso de tener mayor interés en esta materia, comentarios más específicos o querer conocer nuevos casos clínicos, por favor escribirme a www.endo.cl o a mi email andrei@endo.cl

Hülsmann, M., Peters, O., Dummer, P. Mechanical preparation of root canals: shaping goals, techniques and means. *Endodontic Topics*, 10:36-76. 2005

Haapasalo M., Endal, U., Zandi, H., Coil, J. Eradication of endodontic infection by instrumentation and irrigation solutions. *Endodontic Topics*, 10:77-102. 2005

Principios de Ética y Código de Conducta Profesional de la Asociación Dental Americana

<http://www.ada.org/prof/prac/law/code/principles.asp>

Vertucci F. Root canal morphology and its relationship to endodontic procedures *Endodontic Topics*, 10(1), 3-29. 2005

Mundodental / Abril / 2008