



TRATAMIENTO DE CONDUCTOS DEL 22

Saucedo de la Cruz Ingrid
2622

Historia clínica

- MJNB paciente femenino de 69 años de edad acudió a la clínica a causa de una odontalgia en el incisivo lateral superior izquierdo.
- La paciente refiere padecer artritis desde hace 4 años bajo control con diclofenaco.



Historia clínica de tratamiento endodóntico

- Órgano dental: incisivo lateral superior izquierdo (22).
- Diagnóstico dental: caries grado 3, cavidad en el tercio cervical de lado distal.
- Diagnóstico pulpar: pulpitis irreversible



Examen clínico

- Presencia de dolor localizado, agudo y provocado.
- Dolor a la percusión.
- Dolor con el frío y el calor.



Examen radiográfico

- Cámara pulpar: estrecha
- Unirradicular.
- Conducto: recto, con ligera curvatura a nivel del ápice. Es amplio.
- Foramen: no visible
- Ligamento periodontal: ensanchado

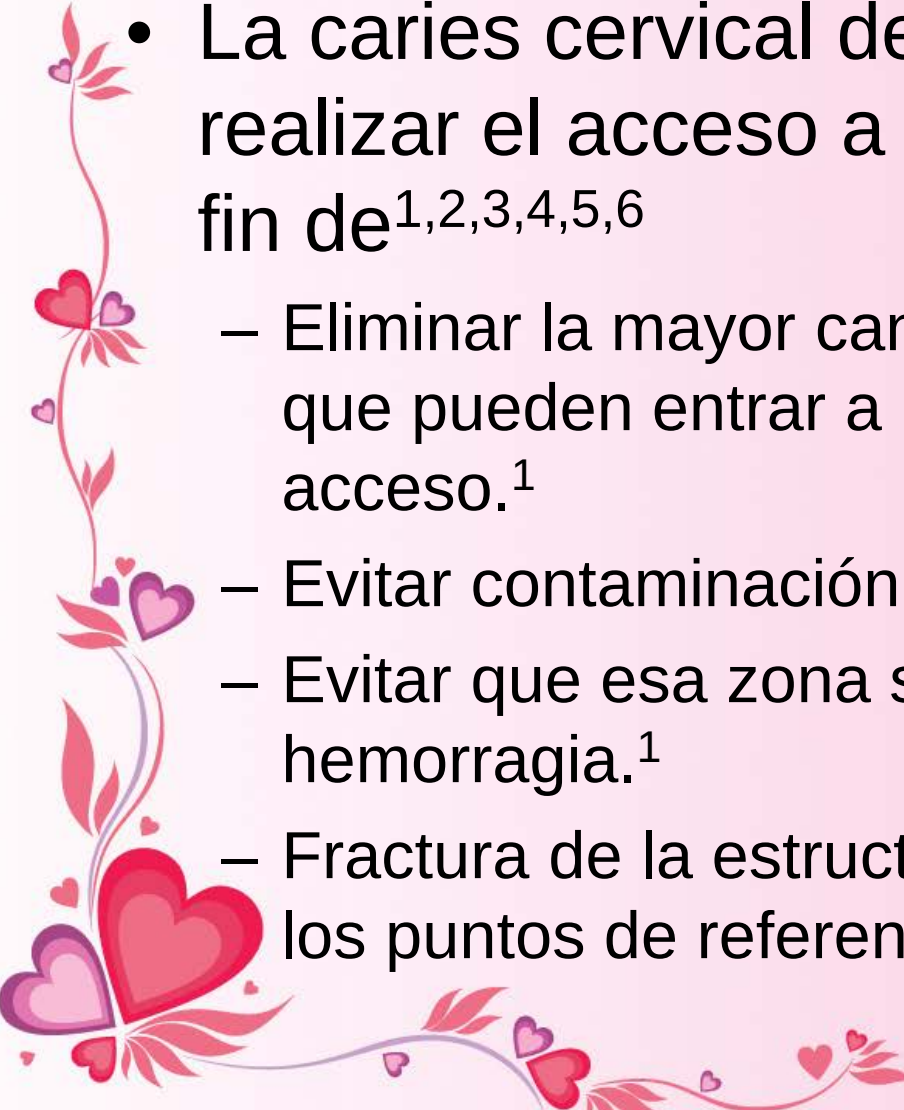


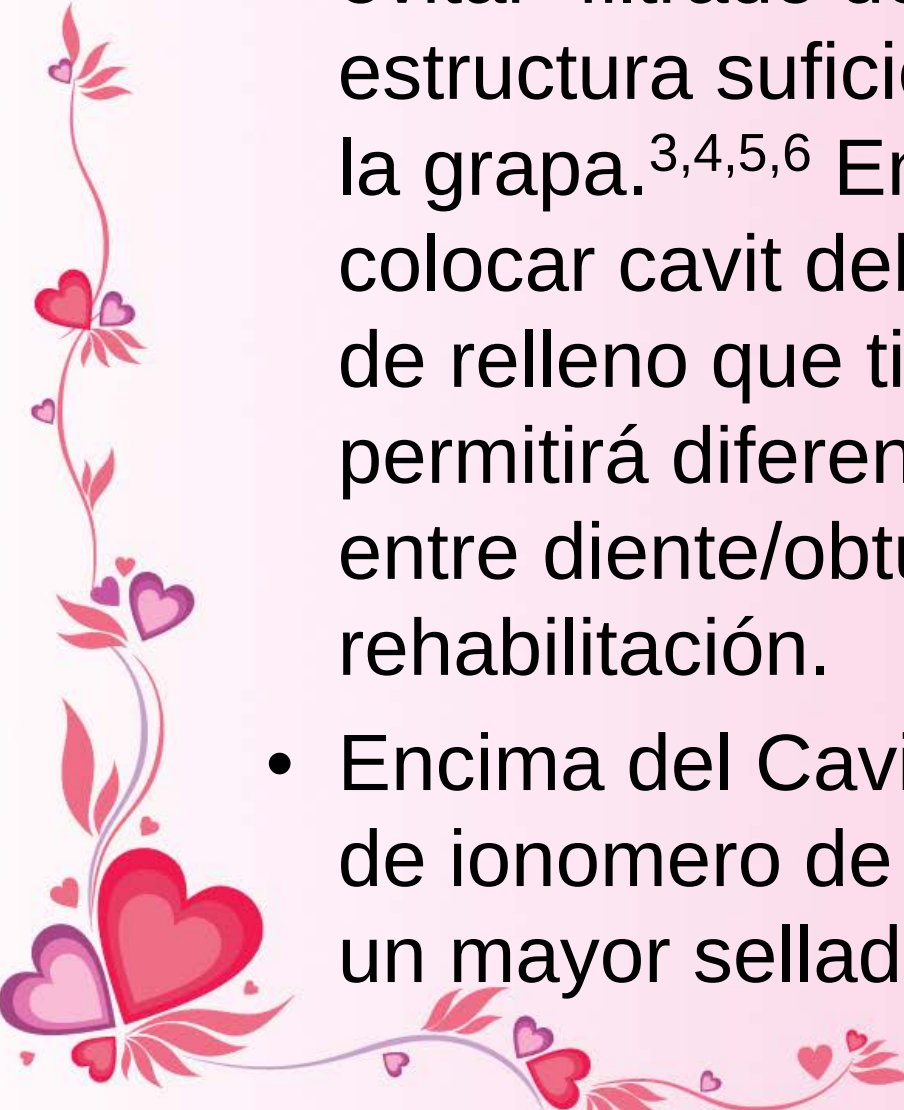
Plan de tratamiento

- Eliminar la caries del tercio cervical con fresa de bola.
- Obturar la cavidad con cavit y una delgada capa de ionomero de vidrio.
- Realizar pulpectomía vital.
- Irrigar con hipoclorito de sodio.
- Obturar el conducto con gutapercha.
- Obturar la cámara con cavit.



Justificación OBE

- 
- La caries cervical debe eliminarse antes de realizar el acceso a la cámara pulpar con el fin de^{1,2,3,4,5,6}
 - Eliminar la mayor cantidad de bacterias posibles que pueden entrar a la cámara una vez realizado el acceso.¹
 - Evitar contaminación salival.²
 - Evitar que esa zona se pigmente con la hemorragia.¹
 - Fractura de la estructura dental con la pérdida de los puntos de referencia.

- 
- Obturar la cavidad con un material de obturación (temporal o permanente) para evitar filtrado de saliva y proporcionar estructura suficiente para la colocación de la grapa.^{3,4,5,6} En este caso se decidió colocar cavit debido a que es un material de relleno que tiene un buen sellado y permitirá diferenciar fácilmente el límite entre diente/obturación, para la futura rehabilitación.
 - Encima del Cavit se colocó una superficie de ionomero de vidrio tipo 2 para obtener un mayor sellado en la superficie.

- A pesar de que el órgano dental presenta enfermedad periodontal y caries en el tercio cervical, se decidió realizar el tratamiento de conductos debido a que es un diente anterior el cual no presenta una carga oclusal exagerada, por lo que puede ser restaurado con resina compuesta o ser preparado para una sobredentadura; con la finalidad de mantener el diente unos años más y evitar la resorción del reborde alveolar.⁴



Procedimiento



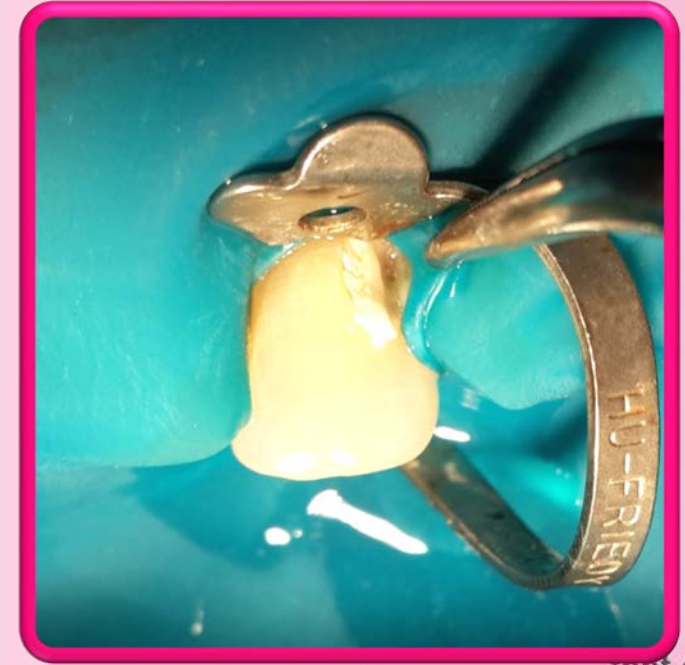
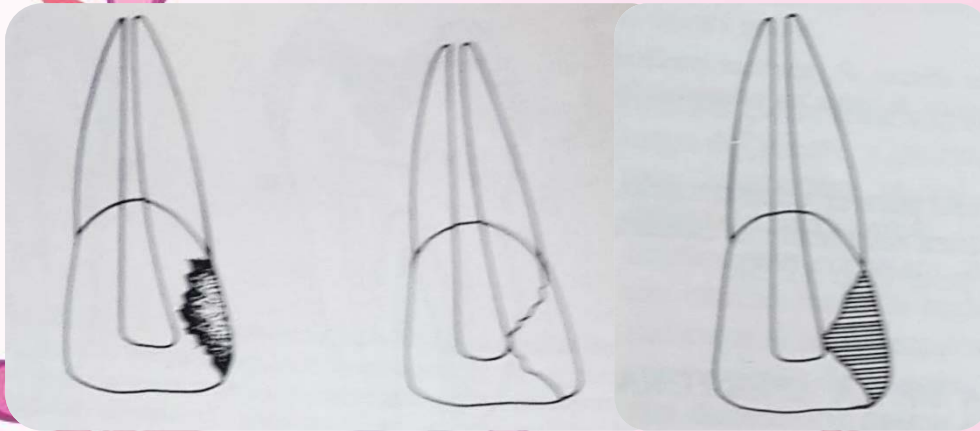
Diagnostico (1 cita)

- Caries grado III.
- Cavidad clase IV
- Zona radiolúcida cerca de cámara pulpar.
- Cámara pulpar calcificada



Eliminación de caries y obturación (1 cita)

- Se eliminó la caries sin perforar la cámara pulpar.
- Colocación de Cavit y una capa superficial de ionomero de vidrio. ^{3,4,5,6}



Acceso a la cámara (1 cita)

- En cara palatina a 2mm del cingulo. Permite eliminar los cuernos pulpaes y un acceso directo al conducto.^{1,4}
- Eliminar esmalte con fresa de diamante dirigida perpendicular a la superficie dental.¹
- Eliminar dentina con fresa de bola de carburo dirigida paralela al conducto pulpar.^{1,4}



Conductometría (2 cita)

- Irrigación con hipoclorito de sodio 5%.
- Lima # 15
- Longitud aparente RX 21.5



Conformación del conducto

(2 cita)



Lima de ajuste apical	70	60	55	50	45	Lima maestra
30	16	18.5	19.5	20.5	21	45

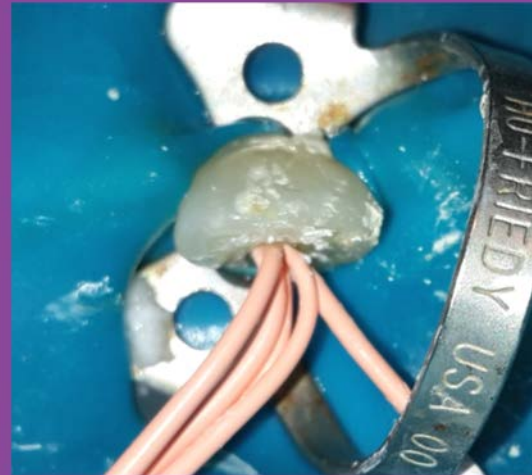
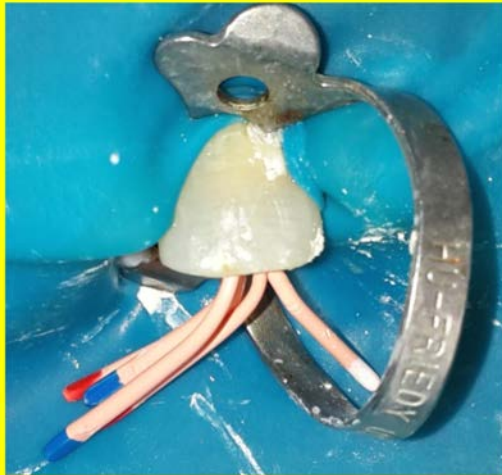
Prueba de punta (2cita)

- Punta de gutapercha 30



Prueba de obturación (2cita)

- Introducir una punta de gutapercha accesoria (no estandarizada) con un poco del cemento sellador(ZOE).⁴

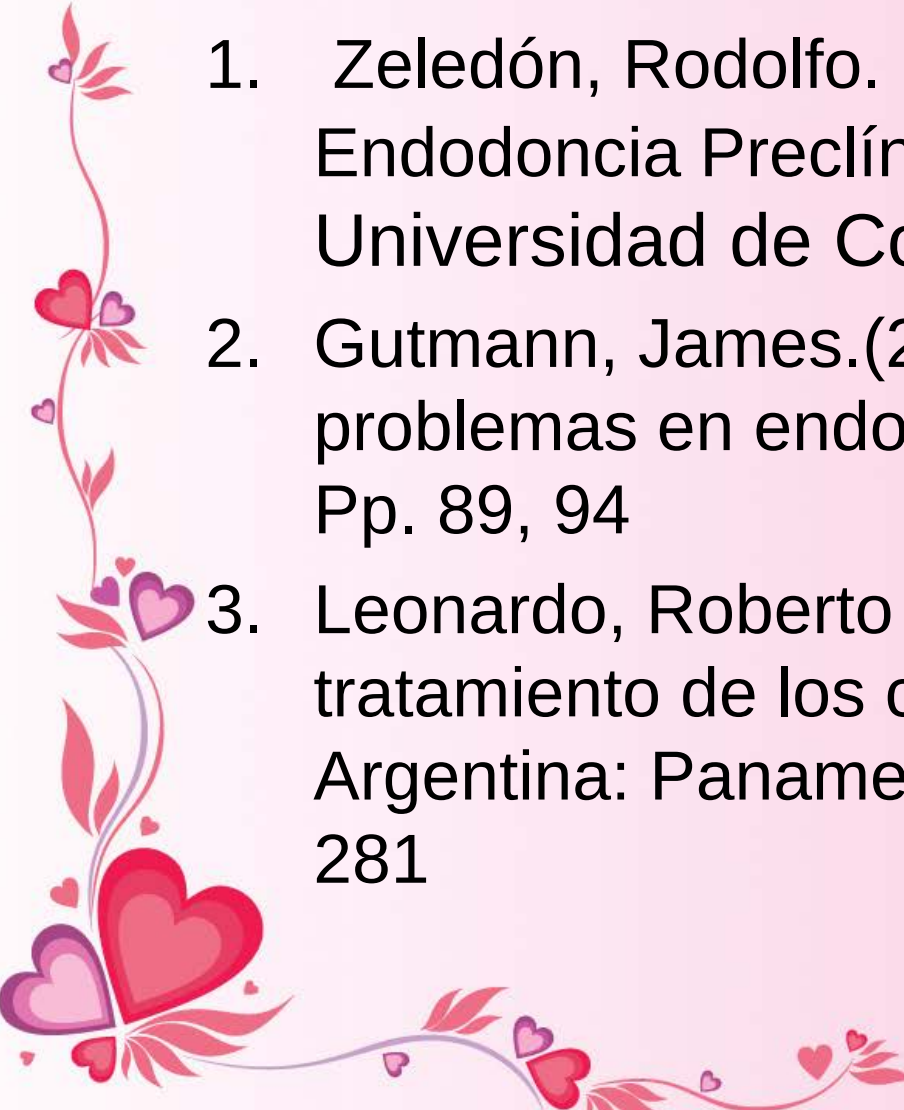


Obturación final (2cita)

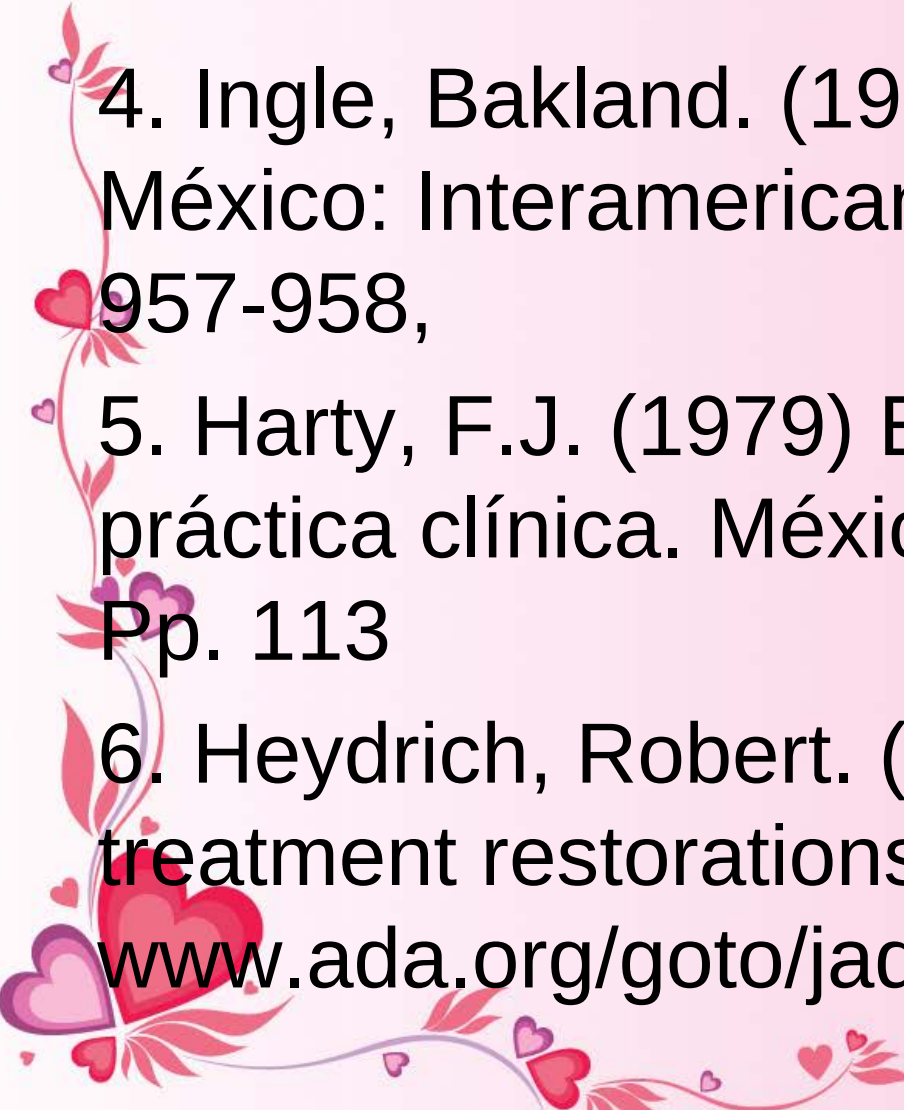
- Se cortó la gutapercha a nivel de la unión cemento-esmalte y se condensó.
- Obturación temporal de Cavit.⁴



Bibliografía

- 
1. Zeledón, Rodolfo. (2005) Guía Para Endodoncia Preclínica. Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica. Pp. 10-13
 2. Gutmann, James.(2007). Solución de problemas en endodoncia. España: ELSEVIER. Pp. 89, 94
 3. Leonardo, Roberto Mario. (1983) Endodoncia tratamiento de los conductos radiculares. Argentina: Panamericana. Pp. 159- 172, 266, 281

Bibliografía

- 
4. Ingle, Bakland. (1996) Endodoncia. México: Interamericana. Pp. 105, 187-189, 957-958,
 5. Harty, F.J. (1979) Endodoncia en la práctica clínica. México: el Manual Moderno. Pp. 113
 6. Heydrich, Robert. (2005) Pre-endodontic treatment restorations. JADA, Vol. 136.
www.ada.org/goto/jada

Clínica Odontológica Aragón
Grupo 2622

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

Asignatura: Endodoncia

Procedimiento clínico y presentación:
Ingrid Saucedo de la Cruz

Asesoría: Dr. Ricardo Rivas Muñoz,
profesor

Junio 2014