Francisco Tajuelo Izquierdo

Apertura en Endodoncia y localización de Conductos



Liber Factory

© Obra: APERTURA DE ENDODONCIA Y LOCALIZACIÓN DE CONDUCTOS

© Autor: FRANCISCO TAJUELO IZQUIERDO

ISBN: 978-84-17707-12-5

© Editado por LIBER FACTORY www.liberfactory.com

Gestión, promoción y distribución: Vision Netware S.L.
C./ San Ildefonso 17, local, 28012 Madrid. España.
Tlf: 0034 91 3117696 // Email: pedidos@visionnet.es
www.visionnet-libros.com

Disponible en papel y ebook en las principales librerías físicas y online.

Las opiniones expresadas en este trabajo son exclusivas del autor. No reflejan necesariamente las opiniones del editor, que queda eximido de cualquier responsabilidad derivada de las mismas.

Este libro no podrá ser reproducido, ni parcial ni totalmente, sin el previo permiso por escrito de los titulares del copyright. Todos los derechos reservados. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.es o por teléfono 91702 1970) si necesita fotocopiar, escanear o utilizar algún fragmento de esta obra. Gracias por comprar una edición autorizada de esta obra y por respetar las leyes del copyright.

CAPÍTULO 1

... de la apertura cameral y ... de la anestesia del diente a endodonciar

Una vez determinado que va a realizarse un tratamiento de endodoncia, hay que llevar a cabo la apertura cameral, con el fin de poder acceder al suelo de la cámara pulpar, donde se abre el sistema de conductos radiculares.

Aun cuando a este tema, por lo general, se le da poca importancia, creo, bajo mi punto de vista, que es sumamente importante dejar claras una serie de consideraciones que van a simplificarnos mucho el tratamiento de endodoncia que vamos a realizar.

Veremos, pues, con detalle, todas y cada una de las particularidades de las aperturas coronarias de los diferentes dientes de la boca.

Antes de empezar a hablar sobre el tema, creo que es importante introducir, al inicio de este capítulo, unas consideraciones acerca de la anestesia del diente a endodonciar.

Consideraciones introductorias sobre la anestesia

Claro está, que, si el diente que vamos a tratar presenta una necrosis pulpar, en principio no sería necesario colocar previamente anestesia, pues al estar destruido su paquete vasculonervioso no habría dolor al efectuar la apertura coronaria.

Sin embargo, no está de más, y, siempre, por supuesto, bajo la consideración del profesional, que, dada la posibilidad de causar dolor o, simplemente, sensación de *discomfort* -que dirían los americanos-, se ponga anestesia, aun cuando en principio no sería necesaria.

En la figura 1, puede verse la radiografía de un 46 (primer molar inferior derecho) que presenta una imagen radiolúcida periapical en el ápice de la raíz mesial.



Fig. 1. ¿Hay que poner anestesia con la imagen radiolúcida periapical que se ve en la raíz mesial?

Si el molar no responde a pruebas de vitalidad pulpar, es fácil tomar la decisión de no anestesiar previamente a la realización del tratamiento endodóncico de dicho diente.

Sin embargo, cuando se inicia la apertura y se accede a la cámara pulpar, al paciente le duele, e incluso se observa un sangrado (fig. 2) que contradice el diagnóstico inicial de necrosis.

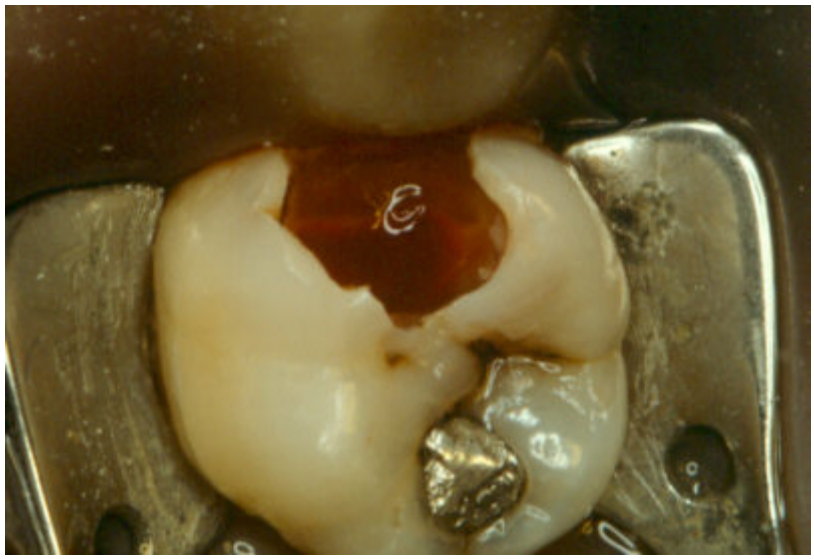


Fig. 2. A pesar de todo, el diente era vital.

Hay que tener en cuenta varias cuestiones:

- Es posible que la necrosis de un diente sea parcial, o, incluso, que en un molar multirradicular la necrosis afecte sólo al sistema de conductos radiculares de una raíz. En este caso, al efectuar la apertura habrá dolor.
- Es posible que, dado que la fibra nerviosa es la estructura que tarda más en destruirse una vez iniciado el proceso de necrosis pulpar, la trasmisión del dolor se produzca al efectuar la apertura coronaria, a pesar de que haya sintomatología de necrosis pulpar. En este caso, al efectuar la apertura habrá dolor.
- Si ya hay reacción periodontal ante la necrosis pulpar, van a activarse los receptores propioceptivos del dolor, que se ubican en periodonto, y, por lo tanto, cualquier trauma, golpeteo o vibración, efectuados durante la apertura coronaria, van a generar dolor.
- La colocación de la grapa que sujeta la goma del dique puede causar molestias o incluso dolor al presionar sobre la encía.
- Al efectuar la conductometría, es fácil que pueda "pincharse" el muñón pulpar, y esa sobreobturación accidental produce dolor.
- Muchas de las maniobras que se realizan durante el tratamiento endodóncico pueden causar malestar, que, en pacientes sensibilizados o con umbral doloroso bajo, puede hacer que el tratamiento de endodoncia que realicemos sea un "horror", si no se le ha colocado anestesia preoperatoria al paciente.

No es mi intención entrar a fondo en el tema de la anestesia, pues creo que se sale del objetivo del curso, pero, si alguien quisiera hacer un repaso, un texto de consulta muy interesante traducido al español es el escrito por los doctores Hans Evers y Glenn Haegerstam.

Para exigentes, el libro *Anestesia odontológica*, de los profesores Leonardo Berini y Cosme Gay, de la Facultad de Odontología de la Universitat de Barcelona, nos sumerge en un baño total de sapiencia en este tema.

Existe, igualmente, un vídeo acerca de la anestesia dental, editado por el laboratorio Clarben S.A., en el que, en la primera parte, el mismo autor del texto al que se ha hecho referencia, el doctor Malamed, muestra las técnicas de inyección anestésica, por lo que podría ser muy útil para refrescarnos las ideas.

En la segunda parte del mismo, el doctor J. Calatayud, de la Escuela de Estomatología de Madrid, hace un repaso muy didáctico sobre "lo que usted debe saber sobre su anestesia dental".

¿Qué tipos de anestesia podemos emplear?

- Anestesia intraligamentosa.
- Anestesia intraósea.
- Anestesia inyectada.
- Anestesia locorregional.
- Anestesia periapical.
- Anestesia tópica.

Anestesia intraligamentosa

La inyección de anestesia en el ligamento o membrana periodontal permite una anestesia bastante profunda.

En general, se emplea para reforzar una anestesia periapical o locorregional, en los casos en que ésta no sea del todo efectiva.

Requiere aguja fina y corta, y jeringa específica que permita una inyección lenta bajo presión.

Es el único recurso que teníamos cuando nos encontrábamos con el típico primer molar que no había forma de anestesiar.

v. anestesia intraósea).

Anestesia intraósea

Años han pasado desde que se practicaba la anestesia intraósea con jeringa Yutil y martillazo.

La verdad es que era efectiva, pero un poco exagerada, sobre todo a la hora del martillazo necesario para clavar en hueso la gruesa aguja que portaba la jeringa tipo Yutil.

Aún nos viene a la mente, cuando se menciona el tema, el recuerdo de este "brutal" tipo de anestesia.

Sin embargo, en la actualidad, se ha mejorado tanto, que, para mí, se ha hecho imprescindible.

La casa Boston Dental Scientific comercializa un tipo de anestesia local intraósea, Stabident, que es un sistema muy ingenioso, ya que, previa anestesia periapical en la encía insertada, hace una perforación del hueso, con un trocar montado en el micromotor, a baja velocidad.

Una vez perforada la cortical, se retira el trocar y se introduce, en la perforación, la aguja que permite la inyección lenta de la anestesia.

El problema que plantea es que es difícil acertar en la canalización que se ha abierto en el hueso, y, en ocasiones, hay que tantear a ciegas hasta acertar en la permeabilización que se había realizado con el trocar.

Posteriormente, la casa Technologies, Llc. (175 Oberlin N. Avenue, Lakewood, NJ 08701) ha sacado al mercado el sistema denominado X-tip™, con el que se ha solucionado el problema.

La perforación del hueso se hace con un trocar doble, cuya porción externa permanece ubicada en posición, una vez se ha retirado la guía interna.

A través del trocar, que queda ubicado en el hueso, se introduce fácilmente la aguja con la que se inyecta lentamente la anestesia (fig. 3).



Fig. 3. Anestesia intraósea X-tip.

Las **ventajas** que presenta este tipo de anestesia son:

La anestesia es indolora e inmediata.

- Se necesita muy poca cantidad de ella.
- Puede emplearse para cualquier diente de la boca. Aun así, yo la reservo sólo para casos en los que no soy capaz de anestesiar los molares y para otros casos puntuales.
- Se anestesia profundamente el diente, sin que se duerman tejidos blandos como el labio o la lengua. Esto parece una tontería, pero cada vez es más solicitado por las personas que tienen que asistir, por ejemplo, a reuniones o comidas de trabajo (sería muy embarazoso que, después de visitar la consulta del dentista, alguien no pudiera contener la saliva durante una importante reunión de trabajo).

Anestesia inyectada

La casa Milestone Scientific, de los Estados Unidos, ha introducido en el mercado un nuevo sistema computerizado de inyección de la anestesia, denominado *The Wand*.

Este nuevo sistema, a pesar del elevado coste, permite un control preciso en el flujo de la sustancia anestésica, lo cual elimina la presión manual requerida por el odontólogo para la administración de la misma.

Como resultado de esto, se logra una anestesia prácticamente indolora.

Otra característica del sistema es su presentación, con un mango fino y transparente, que permite una alta sensibilidad táctil, totalmente diferente de la que estamos acostumbrados.

Sin embargo, este sistema es mucho más preciso, una vez el operador se acostumbra a su uso.

Además, permite una nueva serie de técnicas de anestesia, como la AMSA (anestesia alveolar media superior anterior), la P-ASA (anestesia palatal alveolar superior anterior) y la clásica PDL (anestesia del ligamento periodontal), realizada mediante una inyección mucho más lenta y controlada del anestésico.

Esto permite lograr anestesia profunda de uno o varios dientes determinados, sin adormecimiento secundario de la cara o de los labios.

Particularmente, aun cuando me tomo la libertad de hablar de este tipo de anestesia, no la tengo en clínica ni la he usado, por lo que agradezco al doctor Rodrigo Castillo Estupiñán, de Murcia, sus comentarios de primera mano sobre ella, que me han parecido sumamente interesantes.

Anestesia locorregional

Es de utilidad en los molares inferiores. Se duerme el bucal, el dentario y el lingual, si es que se duermen... (suponiendo que hayamos acertado el punto de inserción).

Hay que recordar que existe alguna rama nerviosa del milohioideo que se escapa a la anestesia y a nuestra paciencia.

Veremos, en estos casos, que podemos recurrir a la anestesia intraósea.

Anestesia periapical

La anestesia periapical puede utilizarse para anestesiar todo el maxilar superior y el grupo anterior del maxilar inferior. Generalmente, el canino y el primer y segundo premolares inferiores también se anestesian con la periapical, pero,

en ocasiones, es necesario recurrir a la locorregional.

Normalmente, no se pone anestesia por palatino en el maxilar superior, pero, igualmente, en ocasiones, es necesario ubicar un punto de ella a nivel de la proyección de la raíz palatina de los molares superiores.

Esta anestesia es dolorosa, ya que, al ser encía insertada, no puede enmascararse el pinchazo traccionando de ella al pinchar.

Anestesia tópica

En la actualidad, la verdad, es que no la utilizamos mucho, dado que las agujas que empleamos son muy finas y apenas se nota el pinchazo cuando se hace sobre mucosa (se nota más la entrada del anestésico).

Sin embargo, hay todavía pacientes sensibilizados al dolor que se generaba al usar agujas gruesas, y son ellos los que nos piden que la empleemos antes del "pinchazo".

En niños, es donde más se indica, debido a la necesidad de evitar cualquier tipo de molestia que genere un rechazo del tratamiento posterior.

Cabe señalar que, en el caso que un niño deba ser pinchado, es importante evitar que éste vea la aguja o la jeringa antes de la inyección, así como emplear en él jeringas de diseño especial, como las comercializadas por Inibsa, Inibsajet, con aguja del 30 G (fig. 4).



Fig. 4. Jeringa de nuevo concepto que enmascara y oculta la aguja.

Otras consideraciones

Para no hacer pesada la exposición, no vamos hablar de tipos de anestésicos,

pero sería conveniente que el interesado consultara la monografía editada en 1989 por el laboratorio Clarben (Vallehermoso 28, bajo izquierda, 28015 Madrid) y escrita por los doctores Saúl Benzadón y Jesús Calatayud, titulada *Lo que usted debe saber sobre su anestesia dental*, que es muy útil para refrescarnos la memoria.

Sólo hacer hincapié, nuevamente, en una serie de puntos fundamentales:

- No se quita el capuchón de la aguja sin antes colocar un protector de goma insertado en él (fig. 5), con el fin de evitar pinchazos accidentales, que se producen siempre al ir a tapar la aguja.



Fig. 5. Capuchón de goma antipinchazos.

- Las agujas se tiran a los contenedores específicos para ellas.

- Existen también pequeños incineradores que permiten la destrucción de la aguja o de instrumentos cortantes, como hojas de bisturí.

- La presencia de jeringas de diseño especial como las comercializadas por Inibsa (v. fig. 4) es, como hemos comentado ya, muy interesante, cuando va a anestesiarse a un niño. Sin embargo, aun cuando pueden utilizarse habitualmente, el costo y la imposibilidad teórica de recargar un nuevo carpule de anestesia en el mismo cartucho, hacen que, para nosotros, su uso no sea habitual, pero sí muy valorado.

Me gustaría también recordar, someramente, una serie de comentarios entre los doctores Malamed y Weine, que fueron editados por la Sociedad Americana de Endodoncistas, ya en 1988, en una cinta con el título *Profund pulpal anestesia*.