

Molar maxilar con anatomía atípica. Reporte de caso

Olga L. López-Zamora, Fabiola G. Rivera-Cruz, Gloria Y. Castro-Salazar,* Itzel A. Castro-Sánchez, Javier O. Cazares-Zazueta

^aEspecialidad en Endodoncia de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Sinaloa, México.

Recibido 12 febrero 2014; aceptado 15 marzo 2014

Resumen: Paciente con diagnóstico clínico de Necrosis pulpar con periodontitis apical asintomática. Posterior al tratamiento el caso presenta un pronóstico favorable, si se realiza la adecuada restauración definitiva.

Abstract: Patient with clinical diagnosis of pulp necrosis with asymptomatic apical periodontitis. After treatment the case has a good prognosis if adequate final restoration is done.

1. Introducción

Conocer la anatomía normal de los conductos radiculares, así como sus variaciones es de vital importancia para la realización de un acceso adecuado, lo cual permitirá la preparación y limpieza química-mecánica de dichos conductos y consecuentemente una correcta obturación de éstos, siendo todo, factores claves que contribuyen para el éxito del tratamiento endodóntico.

2. Reporte de caso clínico

Paciente Femenino de 36 años de edad acude a la clínica de Posgrado de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Sinaloa. La historia clínica con a siguiente sintomatología referida por la paciente se muestra en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Principales datos clínicos referidos por el paciente

Síntomas	Órgano Dental No. 26
Frio	Negativo
Calor	Negativo
Percusión	Negativo
Cambio de color	Negativo
Tejidos suaves	Aparentemente sanos
Exploración radiográfica	Caries mesial, con comunicación a la cámara pulpar (Fig. 1)

Con los hallazgos en el interrogatorio, exploración física y en los estudios de imagenología se estableció el diagnóstico clínico de Necrosis pulpar con periodontitis apical asintomática.¹ Con este diagnóstico se decidió realizar una necropulpectomía.

Para la irrigación se utilizó hipoclorito de sodio al 5.25% ya que se ha demostrado que si se usa el hipoclorito de sodio a una concentración de 5.25% durante la preparación biomecánica de los conductos puede ser un excelente solvente de restos necróticos, así como también de materia orgánica ayudando a prevenir el empaquetamiento de tejido duro y suave en la porción apical del conducto y dentro del área periapical.⁵ Durante el protocolo de tratamiento se irrigó con ultrasonido, éste al ser activado junto con la solución irrigante de 1 a 5 minutos después de la instrumentación, remueve prácticamente toda la capa de lodillo dentinario, como lo demostró Van Der Sluis.⁶ Durante este procedimiento se identificó la presencia de tres conductos en la raíz mesio-vestibular (Fig. 2).

Fig. 1. Caries mesial con comunicación a la cámara anterior



*Dra. Gloria Yolanda Castro Salazar. Blvd. Universitarios y Av. de las Américas, Ciudad Universitaria, (667) 7 12 38 19. E-mail: endo_yoly@hotmail.com

Posteriormente se colocó medicación intraconducto por un periodo de 7 días después de la instrumentación e irrigación, esto basado en el estudio de Holland en el cual se demostró que una medicación en un periodo de 7 días obtenía un mejor resultado de desinfección bacteriana.⁷

Fig. 2. Imagen que muestra la presencia de tres conductos en la raíz mesio-vestibular



En la siguiente sesión se decidió obturar el órgano dental para la cual se utilizó un localizador apical para determinar la profundidad del tratamiento (Fig. 3).

Fig. 3. Localizador apical utilizado para determinar la longitud que se va a trabajar



La obturación del conducto se llevó a cabo con gutapercha y cemento sellador Sealapex (base de hidróxido de calcio) (Fig. 4).

Fig. 4. Obturación del canal con cemento sellador Sealapex



Se obturó mediante técnica de Condensación Lateral con ultrasonido, de esta manera obtenemos una obturación más densa (Fig. 5), menos espacios y menos filtración apical.⁸

Fig. 5. Obturación obtenida con el cemento sellador aplicado con ultrasonido: densa con pocos espacios y escaso filtrado apical



3. Discusión

En una revisión realizada por Clegborn reportó una incidencia de dos conductos en la raíz mesio-vestibular en un 56.8%, y un solo conducto en 43.1%.² Sin embargo existen variaciones anatómicas muy poco comunes, como en este caso donde se encontró, después de realizar el acceso endodóntico, la presencia de tres conductos en la raíz mesio-vestibular (Fig. 2).

La entrada de microorganismos al interior del conducto, presenta una contaminación por tercios de un 77% de bacterias en el tercio cervical, un 41% en el tercio medio y un 43% en el tercio apical según Harran.³ Es por ello, que se utilizó la técnica Crown-down para evitar contaminación bacteriana hacia apical. De acuerdo con Surmont, sabemos que la manera más confiable y segura de obtener la longitud de trabajo es por medio de un localizador apical, el cual se utilizó (Fig. 3).⁴

Aun cuando investigaciones recientes reportan una alta incidencia de un segundo conducto en la raíz mesiovestibular del primer molar maxilar, es importante tener presente la gran variedad de formas anatómicas que pueden presentarse y tener conciencia también de todo el sistema de conductos que debemos preparar, desinfectar y obturar.²

Conclusión

La anatomía de los primeros molares superiores es muy variable, que sabemos la alta incidencia de segundos conductos, pero pueden presentarse tres como en este caso, por lo tanto es muy importante buscarlos sobre todo en los casos de necrosis. Durante la realización de este tratamiento la paciente permaneció asintomática, y el órgano dental conservó su función en la cavidad oral. El caso presenta un pronóstico favorable, siempre y cuando se realice la adecuada restauración definitiva.

Referencias

1. Surmont P, D´Hauwers R, Martens L. Determination of tooth length in endodontics. *Revue Belge de Medicine Dentaire*. 1992; 47:30-8.
2. Nair PNR, Henry S, Cano V, Vera J. Microbial status of apical root canal system of human mandibular first molars with primary apical periodontitis after “one-visit” endodontic treatment. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod*; 2005; 99 (2):231-252.
3. Harrison JW, Hand RE. The effect of dilution and organic matter on the antibacterial property of 5.25% sodium hypochlorite. *J Endod* 1981; 7:128-32.
4. Cameron JA. The use of ultrasonics in the removal of the smear layer: A scanning electron microscope study. *J Endod*; 1983; 9:289-92.
5. Mello I, Alvarado B, Yoshimoto D, Skelton MC, Antoniazzi JH. Influence of final rinse technique on ability of ethylenediaminetetraacetic acid of removing smear layer. *J Endod* 2010;36 (3):512-514.
6. Holland “Comparación de una contra dos de colocación de medicación intraconducto” *J Brit Endodontic* 2003.
7. Cohen S. *Pathways of the Pulp*, edición en español, Selección de casos y planificación del tratamiento, Rosenberg P., pag. 82-98. Editorial Elsevier S.A. 2008.
8. Estrela C, Bammann LL, Pimenta FC, Pécora JD. Control of microorganisms in vitro by calcium hydroxide pastes *Int End J* 2001;34:341-345.