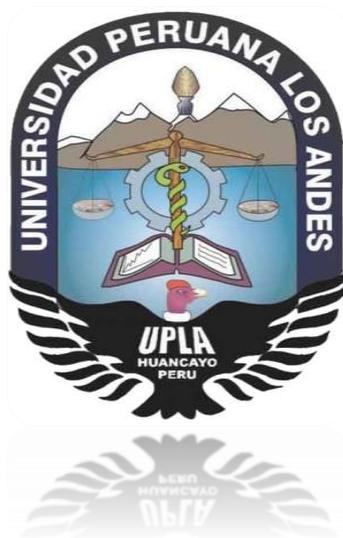


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**RETRAMIENTO DE CONDUCTO DE INCISIVO
CENTRAL SUPERIOR CON LESIÓN PERIAPICAL**

PARA OPTAR EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

AUTOR: BACH. JUAN PORTU DIAGO

ASESOR: CD. MENDOZA GARCÍA MIGUEL ANGEL

Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la salud

Huancayo – Perú

2021

DEDICATORIA

A Dios por guiarme día a día, por reanimar mi corazón e irradiar mi sentido y por hacer posible mis metas y anhelos durante todo el transcurso de mis estudios.

El Autor.

AGRADECIMIENTO

A mis padres Rosa Ivonne Diago Ulacia y Félix Juan Portu Martínez. A mi hermano Norberto Gonzales Diago que Dios lo tenga en su gloria, a mi esposa e hija por su apoyo incondicional.

JUAN.

CONTENIDO

CAPITULO I

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
CONTENIDO.....	4
RESUMEN	6
ABSTRACT	7

CAPITULO II

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
2.2 MARCO TEORICO.....	9
2.2.1 ANTECEDENTES.....	9
2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS.....	14
A. Definición de Retratamiento en endodoncia.....	14
B. Causas del fracaso en endodoncia.....	14
C. Importancia de la evaluación clínica.....	14
D. La desobturación	15
E. El caso de fractura coronal	15
F. La infección coronaria.....	16
G. El sellado coronario.....	16
H. La obturación provisional.....	16
I. La obturación definitiva.....	16

CAPITULO III

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	18
HISTORIA CLÍNICA.....	18
3.2 EXAMEN CLÍNICO GENERAL.....	18
3.3 DIAGNÓSTICO.....	19

CAPITULO IV

4.1 PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL	20
A. Anestesia pieza 2.1	20
B. Aislamiento del campo operatorio.....	20
C. Desobturación del conducto radicular pieza 2.1.....	20
D. Instrumentación.....	20
E. Conductometría.....	20
F. Preparación biomecánica.....	21
G. Conometría.....	22
H. Obturación.....	22
Sesión 1.....	23
Sesión 2	23
Control obturación.....	24
4.2 PRONÓSTICO	25

CAPITULO V

CONCLUSIONES	26
---------------------------	----

CAPITULO VI

APORTES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

RESUMEN

Debemos precisar que, en nuestros actuales tiempos, la literatura científica en el campo de la odontoestomatología muestra un incremento sostenido en la utilización del retratamiento endodóntico, como terapéutica, con el propósito de conseguir el mantenimiento adecuado del órgano dentario en la arcada dental. Asimismo, debemos establecer que cada vez más se van creando nuevos materiales e incluso esquemas, los mismos que facilitan el tratamiento de las piezas dentarias, que antes en su generalidad eran desechadas y extraídas. Los especialistas en la temática del caso clínico, convienen que los tratamientos endodónticos se convierte generalmente en una solución primaria, para que las personas puedan conservar su dentadura, teniendo muy en cuenta, que aún enfrente fracasos iniciales en sus intervenciones, es posible realizar con éxito procedimientos establecidos para un retratamiento, como se describe y explica en este informe. El objetivo básico y fundamental de caso, como temática de un Trabajo de Suficiencia Profesional, fue el describir uno de los procedimientos clínicos dentro de los más importantes de retratamiento, de la pieza dentaria, cuyo caso clínico presentamos, en paciente de nuestro entorno local. Después de realizar el retratamiento, se arriba a la conclusión principal, que la defectuosa y limitada irrigación suele generar, después del tratamiento efectuado, contaminaciones ocasionadas por agrupaciones de microorganismos. Cabe precisar que, la secuela de un retratamiento, es el inadecuado empleo del instrumental y la utilización excesiva de la lima. Ello, indudablemente provocará fracturas no deseadas. Como aporte, podemos reafirmar que el primer paso para efectuar procedimientos de retratamiento, es la realización de una correcta valoración de la pieza dentaria en tratamiento, inspeccionando con sumo cuidado, el tipo de síntomas existentes en el paciente, determinando el pronóstico pertinente, para la elaboración del plan de tratamiento integral que corresponda, esto, sin duda evitará, fracasos terapéuticos endodónticos.

Palabras clave: Retratamiento, tratamiento endodóntico, reinstrumentación, reobturación.

ABSTRACT

We must specify that, in our current times, the scientific literature in the field of odontostomatology shows a sustained increase in the use of endodontic retreatment, as a therapy, in order to achieve adequate maintenance of the dental organ in the dental arch. Likewise, we must establish that more and more new materials and even schemes are being created, the same ones that facilitate the treatment of teeth, which previously were generally discarded and extracted. Specialists in the subject of the clinical case agree that endodontic treatments generally become a primary solution, so that people can preserve their teeth, taking into account that even if they face initial failures in their interventions, it is possible to perform successfully established procedures for retreatment, as described and explained in this report. The basic and fundamental objective of the case, as the subject of a Professional Sufficiency Work, was to describe one of the clinical procedures within the most important of retreatment, of the dental piece, whose clinical case we present, in a patient from our local environment. After performing the retreatment, the main conclusion is reached that the defective and limited irrigation usually generates, after the treatment carried out, contamination caused by groups of microorganisms. It should be noted that the sequela of retreatment is the inappropriate use of instruments and the excessive use of the file. This will undoubtedly cause unwanted fractures. As a contribution, we can reaffirm that the first step to carry out retreatment procedures is to carry out a correct assessment of the tooth being treated, carefully inspecting the type of symptoms existing in the patient, determining the pertinent prognosis for the elaboration of the corresponding comprehensive treatment plan, this will undoubtedly avoid endodontic therapeutic failures.

Keywords: Retreatment, endodontic treatment, reinstrumentation, reobturation.

CAPITULO II

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Preventivamente, debemos tener en cuenta que la endodoncia, permite la conservación del diente dentro de la cavidad oral, luego de erradicar técnicamente la pulpa dental. Luego se puede inferir que, su propósito fundamental es, prevenir una periodontitis y propiciar su cura.

No debe dejarse de lado que, los expertos en las ciencias odontológicas convienen que los tratamientos endodónticos se convierten generalmente en una solución primaria para que las personas puedan conservar los dientes, puesto que, aún después de fracasos iniciales es posible realizar con éxito un retratamiento.

Se conoce que en nuestros tiempos la terapia endodóntica es cada vez más resolutiva, esto se debe a menudo al desarrollo novedoso de materiales, instrumentos rotatorios y técnicas microscópicas, sumados a la mejor comprensión de la anatomía del sistema de conductos radiculares, generándose tratamientos más exitosos y respuestas biológicas más favorables en los tejidos periapicales. Cabe precisar que, este tratamiento se basa en el cumplimiento de la triada endodóntica a) preparación biomecánica b) control microbiano c) sistema de obturación de conductos, este último en todo el ancho y longitud, para aportar finalmente un correcto sellado. Empero, considerando lo manifestado precedentemente, es común encontrar en la práctica clínica, errores en el tratamiento endodóntico y por ende posteriormente se producen lesiones en el tejido periapical. Debemos considerar que el retratamiento se indica como elección y alternativa a la cirugía periapical. Estamos convencidos que el uso del láser ha demostrado acelerar el proceso de reparación periapical,

luego de realizada una correcta endodoncia o retratamiento. (1)

Consecuentemente, se infiere que la práctica de un retratamiento, generalmente tiene lugar cuando se verifica falla en una endodoncia primigenia. La problemática surge cuando se debe conocer las eventualidades relacionadas a la endodoncia por practicar, con el propósito de realizarla con mayores probabilidades de éxito en bien de los pacientes. No es demás manifestar que diferentes estudios muestran el aumento, en la actualidad del empleo del retratamiento endodóntico como terapéutica elegida para mantener el órgano dentario en la arcada dental.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 ANTECEDENTES

A) En la Universidad de San Martín de Porres, Lima. Ames, J (2) en el año 2018, realizó un trabajo académico que lo denominó Retratamiento endodóntico de pieza dentaria con periodontitis apical sintomática, en el cual reporta el caso de una paciente de sexo femenino de 48 años de edad. Al examen clínico y radiográfico se observa la pieza 3.6 con tratamiento endodóntico previo y periodontitis apical sintomática. Precisa que realizó la remoción de gutapercha con limas del sistema “Protaper retratamiento” (Densply Maillefer – Suiza), y la preparación químico-mecánica con rotación recíproca “Wave One” (Densply Maillefer – Suiza) dejando medicación intracanal por siete días. Posteriormente, la obturación se realizó con la técnica termomecánica Híbrida de Tagger. En el control a los tres meses se observó ausencia de sintomatología y signos clínicos inflamatorios. Al control radiográfico se evidenció reparación del tejido periapical consiguiendo realizar un retratamiento de conductos exitoso.

Concluye la investigadora que consiguió un resultado exitoso al realizar el retratamiento de conductos, logrando una adecuada limpieza, remodelación y obturación del sistema de conductos radiculares; restableciendo a la paciente en sus signos y síntomas, alcanzando la reparación del tejido periapical plasmado en su control radiográfico, preservando la pieza dentaria para que pueda ser restaurada en su forma y función.

B) En la Escuela de Odontología Universidad del Salvador / Asociación Odontológica Argentina., Goldberg, F. et al (3) realizó una investigación respecto al Retratamiento endodóntico: Consideraciones clínicas. En este trabajo de investigación, refiere que el retratamiento endodóntico como terapéutica elegida para mantener el órgano dentario en la arcada dental, en la actualidad se está generalizando, gracias a la existencia de nuevos materiales y sistemas permiten tratar piezas dentarias que solían estar condenadas a la extracción. Este investigador realizó su estudio con el propósito de describir los procedimientos clínicos más importantes del retratamiento endodóntico.

Consideran los investigadores, que siempre que se presuma la necesidad de un retratamiento, es importante considerar qué posibilidades existen de realizarlo correctamente, con un pronóstico favorable.

Concluyen en su investigación, que el éxito de la reintervención está íntimamente ligado a la posibilidad de acceder al límite apical de la forma adecuada. Si esta meta fuera posible, la predictibilidad del retratamiento es del 85 al 95%, aproximadamente

En caso de que, durante la ejecución del tratamiento endodóntico primario, se hayan producido alteraciones en la anatomía del o los conductos

radiculares (bloqueos, falsas vías, perforaciones, fractura de instrumentos, etc.), el índice de éxitos se reduce al 45%, aproximadamente. Asimismo, conviene que, en algunos casos, el retratamiento endodóntico puede implicar la necesidad de complementar la terapéutica con una cirugía perirradicular. En el caso de anclajes radiculares de difícil remoción o bloqueo intraconducto por la presencia de instrumentos fracturados, falsas vías, perforaciones, etc., la cirugía podría ser el camino de elección. Infiere finalmente que, cualquiera sea el tratamiento seleccionado, es necesario que el profesional dialogue con el paciente, explicándole los beneficios de la nueva intervención y dejándole en claro sus probabilidades de éxito. Desarrollo Una vez decidido el procedimiento, es importante realizar el planeamiento de la intervención, que nos alertará acerca de las dificultades en la remoción de la restauración coronaria y/o la prótesis intrarradicular; contar con una estrategia para efectuar un aislamiento eficiente del campo operatorio; y determinar las correcciones por realizar en la apertura y el acceso a los conductos radiculares. Así mismo, deberán considerarse las características anatómicas de la raíz y del o los conductos radiculares, la naturaleza del material obturador endodóntico utilizado y las técnicas por emplear para su retiro. Adicionalmente recomienda que, es preciso determinar la nueva longitud de trabajo, planificar la instrumentación y la obturación, y elegir el tipo de restauración provisoria necesaria postratamiento, a fin de mantener el sellado, la función y la estética de la pieza dentaria tratada. A partir de todo esto, queda claro que hay mucho por evaluar antes de comenzar el tratamiento.

C) En junio de 2020 en Barranquilla Colombia, Castro M, (4) llevó a cabo un trabajo de grado titulado Retratamiento endodóntico con limas rotatorias en

incisivo birradicular. En este estudio precisa que, el tratamiento de conducto o terapia pulpar es uno de los procedimientos de primera opción al momento de querer preservar el órgano dentario en la cavidad oral. Este procedimiento consiste en eliminar parcial o totalmente la pulpa dental para posteriormente realizar una obturación tridimensional de sus conductos. La terapia pulpar tiene una incidencia de éxito del 90%, pero en ocasiones puede fracasar por diversas causas como, por ejemplo: no haber localizado bien los conductos, perforaciones por una mala instrumentación, no realizar radiografías durante el procedimiento, no desinfectar correctamente los conductos, errores en la longitud de trabajo. Considera asimismo que, en tales casos el tratamiento a elección es un retratamiento de los conductos, el que consistirá en remover el material obturador, irrigar y desinfectar en su totalidad los conductos para posteriormente poder sellarlos de manera correcta. En la actualidad existen diversas técnicas en cuanto a retratamientos endodónticos se refiere, pero infiere que entre los más adecuados está el utilizado en su trabajo investigativo, que fue el sistema rotatorio ProTaper Universal Retreatment, que tuvo como finalidad la desobturación total del material de obturación y conformación final de los conductos radiculares, realizado en un paciente que presentó un incisivo birradicular el cual se lo consideró una anomalía de forma en la anatomía interna.

D) En su momento, González I, (5) realizó en la Universidad de Guayaquil la investigación sobre la eficacia del Retratamiento endodóntico con presencia apical en pacientes diabéticos. El propósito que motivó el estudio, fue el de establecer un pronóstico favorable o desfavorable en el retratamiento en pacientes que padecían diabetes Mellitus con problema apical. El referido estudio tiene un enfoque cuantitativo, descriptivo, relacional y transversal. Es así que, luego de aplicar las técnicas e instrumentos metodológicos llegó a la conclusión principal

que, para realizar un Retratamiento en personas diabéticas se debe realizar previamente un análisis exhaustivo sobre la glicemia y así poder prevenir y controlar las dificultades o variantes y obtener resultados óptimos en el procedimiento odontológico de retratamiento. De otro lado, también concluye que, al paciente diabético controlado, se puede atender como a cualquier paciente normal en cuanto a la realización de cualquier procedimiento odontológico.

2.2.2 BASES TEÓRICAS CIENTÍFICAS

A. Definición de retratamiento en endodoncia.

Se refiere al tratamiento que debe volverse a realizar a causa de no haberse logrado el propósito fijado inicialmente o porque no se culminó positivamente el plan de tratamiento integral a satisfacción del operador y el paciente. El correspondiente retratamiento exige el acceso al conducto radicular con la finalidad de remover y reparar defectos existentes, logrando finalmente una correcta limpieza y consecuentemente la obturación total buscada. (6)

B. Causas del fracaso en endodoncia.

Entre las causas más comunes que llevan a fracasos endodónticos, entre otros se puede señalar a las siguientes;

- ❖ La contaminación de sepsis de microbios, este tipo de infecciones interfieren directamente en contra, cuando se efectúan el tratamiento correspondiente a los conductos radiculares.
- ❖ Las fallas y limitaciones en los procedimientos practicados, verbigracia: defectuosa apertura cameral; posibles conductos no considerados en el tratamiento practicado; mal empleo del instrumental; filtración coronal; exceso de materiales implementados.

(7)

C. Importancia de la Evaluación Clínica.

Una evaluación clínica practicada y desarrollada en cumplimiento de los objetivos preestablecidos, tendrá como culminación, tanto el éxito como el

fracaso de la endodoncia efectuada. Ante ello ,es conveniente tomar en cuenta parámetros básicos y fundamentales que permitan contar con una evaluación que linde con lo exacto. La determinación para sostener que se logró una endodoncia exitosa y positiva, toma en cuenta que luego de realizado el tratamiento clínico, el paciente tratado no muestre síntomas de dolor a la palpación; verifique movilidad dentaria; responda con sensibilidad a la percusión; no presente signos de enfermedades periodontales y esté exento de infecciones microbianas. (8)

Debemos afirmar también que, en la práctica de retratamientos endodónticos, se hace sumamente necesario una evaluación radiográfica o tomográfica, que coadyuve al éxito del tratamiento, aun cuando no se considera como determinante o definitivo.

D. La Desobturación:

Es el retiro de gutapercha colocada en la endodoncia primaria, con la finalidad de practicar una nueva obturación. Casi siempre se presentan dificultades, las mismas que son distintas, en función al tipo de pieza dentaria en tratamiento. Sin considerar la técnica elegida, se sugiere que lo primero es, suprimir en forma sucesiva la gutapercha hallada, indicándose por el del tercio coronal, posteriormente la del tercio medio, concluyendo con la extracción de la gutapercha que se halla en el tercio apical. (9)

E. El caso de Fractura coronal.

Considerada, como el hecho trascendente y puntual, del fracaso en el tratamiento endodóntico, puesto que no existe definitivamente, rehabilitación posterior. Asimismo, la disolución del sellador se genera, por la exposición

del material de obturación a fluidos orales con filtración marginal o en otros casos con presencia de caries recidivante. Entonces, al subsistir infección de conductos con bacterias y saliva, debe restaurarse a través de un correcto sellado. (10)

F. La Infección **coronaria**:

Cuando se está en proceso el tratamiento endodóntico, se verifica la presencia de microorganismos y diversidad de fluidos que se extienden por las paredes de dentina del conducto y el material de obturación. Cabe señalar que, la contaminación bacteriana tiene lugar asimismo, por falta o defectos de restauración, existencia de márgenes correctos o por presencia de fracturas coronarias. (11)

G. El **Sellado coronario**

Cuando se desee contar con una correcta cobertura coronaria, que por supuesto impida la infección microbiana debe efectuarse un buen sellado previa a su restauración definitiva. (12)

H. La **Obturación provisional**

Con el propósito de prevenir las infecciones y contaminación de los conductos obturados en el tratamiento endodónticos, es importante efectuar acciones de obturación provisional, antes de realizar la restauración final. Para ello, se emplean una diversidad de materiales que nos permiten un exitoso sellado de la cavidad en tratamiento. Empero debe aceptarse, que la totalidad de los materiales usuales consienten microfiltraciones en el sellado.

I. La **Obturación definitiva**

El tratamiento endodóntico, a través de la restauración definitiva pretende

devolverá la forma y la función de la pieza dentaria. Del mismo modo una obturación definitiva suministra un permanente sellado coronario preservando básicamente la estructura remanente. De otro lado, debe evaluarse la pérdida de la estructura dentaria, la posición de la arcada y la situación periodontal a efectos de conocer el pronóstico de tratamiento restaurador a emplear. El éxito de un retratamiento, debe lograr la protección máxima de la pieza dentaria considerada, que se verifica cuando se tiene a la vista un sistema de canales radiculares libres de infiltraciones y de reinfecciones contaminantes.

Entre los tipos de obturaciones definitivas puede señalarse; Las cerámicas; los espigos y coronas y las incrustaciones, los mismos que tienen sus propiedades y características estético- mecánicas específicas. (13)

2.3. Objetivo

El propósito básico de la presentación de este trabajo de suficiencia profesional, es describir uno de los procedimientos clínicos dentro de los más importantes del retratamiento del premolar inferior lesionado, en paciente de nuestro entorno local.

CAPITULO III

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

Historia Clínica:

Datos de Filiación:

- ▶ **NOMBRE Y APELLIDOS:** ARANCIBIA CHALCO OLIVIA
- ▶ **EDAD:** 26 AÑOS.
- ▶ **SEXO:** FEMENINO.
- ▶ **ESTADO CIVIL:** SOLTERA.
- ▶ **DOMICILIO:** Calle Alfonso Ugarte N°138 – HUARI
- ▶ **OCUPACION:** ESTUDIANTE
- ▶ **FECHA DE NACIMIENTO:** 20/10/1994
- ▶ **LUGAR DE PROCEDENCIA:** HUARI

Anamnesis:

- ▶ **A. MOTIVO DE CONSULTA:** “Presento dolor dental en ocasiones, en la zona anterosuperior izquierda”
- ▶ **B. ENFERMEDAD ACTUAL:** Paciente refiere que se realizó una endodoncia en la pieza 2.1 hace 2 años. Desde hace dos meses presenta incomodidad a la ingesta de alimentos.
- ▶ A la actualidad pieza 2.1 sintomática.
- ▶ **C. ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES:** no refiere.

3.2. Examen clínico general:

FUNCIONES VITALES:

- ▶ **PA** : 91 / 61 mm Hg.

- ▶ **PULSO** : 63 pulsaciones x minuto.
- ▶ **TEMPERATURA** : 36.7 °C.
- ▶ **FREC. RESPIRATORIA** : 18 respiraciones x minuto.
- ▶ **ESTADOS DEL PACIENTE** : ABEG, LOTEPE.

Examen estomatológico elemental:

ATM: Sin alteración evidente.

GANGLIOS: No palpables.

LABIOS: Labios de color rosado pálido, humectados, comisuras conservadas con presencia de macula de color marrón oscuro de 0.5 mm aproximadamente en el labio superior.

CARRILLOS: De color rosado coral, humectados, presencia de línea oclusal (línea alba), salida de conducto de stenson permeable sin alteración.

PALADAR DURO Y BLANDO: De color rosado coral, rugas palatinas conservadas, rafe medio, sin alteración, no presenta lesión en el paladar. **OROFARINGE:** Úvula vibrante, amígdalas aumentadas de tamaño no secretante.

LENGUA: La lengua presenta de forma alargada, húmeda, presencia de saburra en el tercio medio del dorso de la lengua, puntillado múltiple en el tercio medio y anterior de la lengua.

PISO DE BOCA: Frenillos sin alteración importante.

REBORDE GINGIVAL: Gingivitis leve asociado a placa bacteriana.

OCCLUSION: R.M.D = Clase I. R.M.I = Clase I.

R.C.D = Clase I. R.C.I = Clase I.

SISTEMA DENTARIO: 28 piezas dentarias.

3.3. DIAGNÓSTICO:

Diagnóstico Presuntivo:

Pieza 2.1 con lesión Periapical.

Diagnóstico Definitivo:

Granuloma Periapical crónica de pieza 2.1

CAPITULO IV

4.1 PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

TRATAMIENTO SUGERIDO

Retratamiento de conducto radicular en dos citas

A. Anestesia pieza 2.1

- Bloquear el nervio alveolar superior anterior

B. Aislamiento del campo operatorio.

- *Aislamiento absoluto*, con grapa y dique de goma.

C. Desobturación del conducto radicular pieza 2.1

- Eliminación del relleno del conducto con fresas Gliden y Pisso

D. Instrumentación:

- Uso de limas para retirar material de relleno

E. Conductometria:

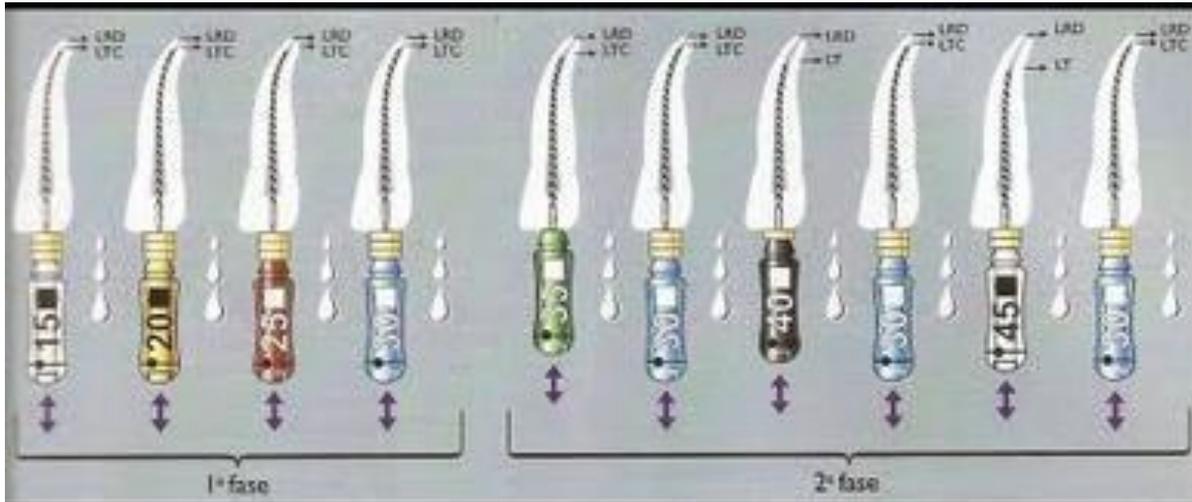
Tipo de instrumento	N°	Longitud de trabajo	Punto de referencia
Lima	15	21 mm	Borde incisal

➤ **CONTROL DE LA RADIOGRAFÍA:**

Se observa una zona radio lúcida a nivel del ápice también observamos una curvatura pronunciada, acodamiento decidida hacia distal de la raíz, y el ligamento periodontal ligeramente ensanchado del diente 2,1.

F. PREPARACIÓN BIOMECÁNICA:

Técnica escalonada



Según lo propuesto por Álvarez¹ “La técnica escalonada o también llamada técnica retrograda consiste en que luego de determinar la longitud de trabajo con el primer instrumento endodóntico en este caso una lima tipo K del #15 para realizar el asiento apical, la secuencia consiste en instrumentar hasta una profundidad por ejemplo de 21 mm con la lima N° 15, vamos llevando limas de mayor calibre hasta encontrar LAP, en este caso fue la lima N° 30 la q se adaptó perfectamente luego se pasa a una lima N° 35 hasta una profundidad de 20 mm; se vuelve a la lima N° 30 (recapitulación) para instrumentar a 21 mm de profundidad para evitar la acumulación de restos en la zona apical, luego se continúa con una lima N° 40 a una profundidad de 20 mm y vuelve a instrumentar con la lima N° 15 a una profundidad de 21 mm.; para eliminar los restos dejados por la instrumentación anterior, se debe tener presente que la lima N°30 es pasada a la misma profundidad, en este caso 21 mm, después de cada secuencia de lima superior, para este caso llegamos hasta la lima N° 50. Con esto se logra un conducto infundibular en el tercio apical y evita la acumulación de restos en el ápice”¹..

G. CONOMETRIA:

Biopulpectomia – pieza 2.1 – Rx de Dx: 21mm

Conducto	Cono maestro	Longitud
1	N° 35	21mm

H. OBTURACIÓN:

Técnica: condensación lateral

Tipo de cemento: endofil

Tipo de tto: Retratamiento de conducto:

Conducto	N° de cono maestro	Longitud	N° de conos accesorios	N° de espaciadores
1	N° 35	21mm	15, 20, 25,30	30, 35

➤ DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA:

Preparamos nuestro cemento endodóntico, en platina de vidrio. Colocamos un cono maestro n° 35 con un poco de cemento endofil dentro del conducto, seguidamente colocamos los conos accesorios, empezamos con el n° 15, con la ayuda del espaciador n° 30 lateralizamos de tal forma de crear espacios, para colocar los conos n° 15, 20, 25 consecutivamente para cerrar el conducto radicular, con la ayuda de los espaciadores que se utilizó de menor a mayor, hasta que no quede ningún espacio y llevamos a tomar una radiografía de control de obturación.

➤ CRONOLOGÍA

Se efectuó la historia clínica de la paciente, luego se toma la radiografía periapical de la zona anterior superior izquierda, se anestesia y se procedió con el aislamiento,

se trepana consiguiendo la localización del conducto para luego efectuar limpieza con hipoclorito de sodio



SESIÓN 1.-

Se procede a tomar la radiografía periapical la de conductometría empleando una lima #15 a 21 mm y se procede a instrumentar hasta la lima #35. Frente al conducto curvo el instrumento se dobló para ser curvado “copiando” la dirección del conducto observado en la radiografía preoperatoria. Para luego colocar como medicamento hidróxido de calcio y colocamos obturación temporal, y se cita a la paciente dentro de una semana para terminar el tratamiento



SESIÓN 2.-

Al cabo de 7 días se termina de instrumentar con la técnica escalonada o retrógrada y se toma una radiografía del respectivo cono, observándose que el mismo quedo corto casi a 1mm, por lo cual recapitulamos, para que la preparación sea continua y progresiva.



Se prosiguió con el tratamiento, con retratamiento de las limas y se condensa con gutaperchas accesorias



➤ **CONTROL DE OBTURACIÓN:**

Al tomar la radiografía de control, se verifico la exactitud de la condensación lateral con los conos accesorios.



4.2. **Pronóstico:** Desfavorable.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

- 1ra.** - Después de realizar el retratamiento en el paciente, debe considerarse que, la defectuosa y limitada irrigación suele generar, después del tratamiento efectuado, contaminaciones ocasionadas por agrupaciones de microorganismos.
- 2da.** - Cabe precisar que, la secuela de un retratamiento, es el inadecuado empleo del instrumental y la utilización excesiva de la lima. Ello, indudablemente provocará fracturas no deseadas.
- 3ra.** – Así también suelen generar filtraciones microscópicas, cuando no se usa aislamientos específicos con material de goma. Así como, pueden surgir complicaciones directas con presencia de fracturas radiculares y sobreobturaciones.
- 4ta.** - Un diagnóstico inadecuado, suele generar niveles de exacerbación en tejidos periapicales,
- 5ta.** – El retratamiento endodóntico se realiza y determina básicamente, por usar inadecuadamente el instrumental y el empleo con exceso de limas que, generalmente

dan lugar a fracturas de las piezas dentarias y del conducto apical. Asimismo, se da paso a microfiltraciones indeseadas.

CAPITULO VI

APORTES

- 1er.** – La praxis realizada en este tipo de tratamiento odontológico, nos permite sostener que en todo tratamiento o retratamiento endodóntico; es necesario practicar un aislamiento absoluto, empleando los materiales usuales para evitar o limitar los procesos infecciosos posteriores al tratamiento culminado.
- 2do.** – Así también, es evidente la toma de precauciones estrictas, al momento de la obturación final, evitando con ello se produzcan complicaciones, que atenten contra la salud bucodental del paciente.
- 3er.** – Reafirmamos que el primer paso para efectuar procedimientos de retratamiento, es la realización de una correcta valoración de la pieza dentaria en tratamiento, inspeccionando con sumo cuidado, el tipo de síntomas existentes en el paciente, determinando el pronóstico pertinente, para la elaboración del plan de tratamiento integral que corresponda, esto, sin duda evitará, fracasos terapéuticos endodónticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Toledo A., Barreto E. Evolución del tratamiento endodóntico y factores asociados al fracaso de la terapia. Medicentro. Barcelona. España.2016.
- (2) Amez P. J. Retratamiento endodóntico de pieza dentaria con periodontitis apical sintomática. Trabajo Académico. 2da. Especialidad. Universidad San Martín de Porres. Lima, Perú. 2018.
- (3) Goldberc, F. Retratamiento endodóntico, consideraciones clínicas. Cátedra Endodoncia, Escuela de Odontología, Universidad del Salvador/Asociación Odontológica Argentina. 2014.
- (4) Castro M. Retratamiento endodóntico con limas rotatorias en incisivo birradicular. Barranquilla, Colombia.2020.
- (5) González, I. Eficacia del Retratamiento endodóntico con presencia apical. Universidad de Guayaquil. Ecuador. 2016.
- (6) García, A. Lesiones periapicales. Diagnóstico y tratamiento Periapical Diagnosis y tratamiento. Av Odontoestomatología, 2015.
- (7) Jara, L., & Zubiate, J. Retratamiento Endodóntico no Quirúrgico. Revista Estomatológica Herediana, 2011.
- (8) Fonseca, G., Mira, K., Beltrán, H., Peña, K., & Yendreka, V. (2015). Eventos Adversos y Demandas por Mala Praxis en Endodoncia. *ResearchGate*.
- (9) Chapa, A., Vargas, B., Rodríguez, I., & Flores, J. Causas de Retratamiento Endodotal. Revista Mexicana de Estomatología. Obtenido de <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/74/122>. 2016
- (10) Hernández, A., Vargas, B., Rodríguez, I., & López, F. Causas de retratamiento Endodotal en la clínica de pregrado. Revista Mexicana Estomatológica. 2016.
- (11) Guzmán, W. G. *Iatrogenias en endodoncia*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. 2016.
- (12) Ahmed H. & Dummer, P. A new system for classifying, mot and canal anomalies. *Internacional Endodontic Journal*. 2017.

- (13) Comparan, N. Reparación de una lesión endoperiodontal mediante tratamiento endodóntico no quirúrgico. Reporte de un caso. revista ADM, 250-254. 2015.