

Variables de morfología radicular y de la configuración de la cavidad pulpar. Estudio en caninos inferiores

Zulma Stacchiotti

Se realiza el estudio sobre un total de 125 caninos inferiores humanos extraídos donde se observó diferentes alternativas morfológicas radiculares de dichas piezas y la lectura radiográfica de las diversas variables de la cavidad pulpar.

Este estudio permitirá relacionar dichas variables y su relación con la conformación del sistema de conductos radiculares

Etiología y prevención del dolor postendodóntico

Carolina Adaro

El dolor que resulta de los procedimientos endodónticos está relacionado con una reacción inflamatoria, causada por la irritación de los tejidos perirradiculares. Este puede aparecer durante o después de finalizado el tratamiento endodóntico.

Los tres elementos principales que pueden contribuir a la ocurrencia del dolor postendodóntico incluyen:

factores inherentes al operador (debridamiento inadecuado, sobreinstrumentación, expulsión de detritos, expulsión de soluciones irrigantes, sobreobturación, retratamiento y endodoncia en múltiples visitas);

factores relacionados con el hospedero (dolor preoperatorio, lesión periapical, edad, sexo, grupo dentario, estado biológico de la pieza dentaria tratada, factores psicológicos y sociológicos, factores sistémicos y factores inmunológicos);

y factores microbiológicos (expulsión apical de detritos infectados, cambios en la microbiota endodóntica, cambios en las condiciones del medio ambiente, infecciones intraradiculares secundarias y aumento del potencial de óxido-reducción).

En esta conferencia, se analizarán las diferentes variables involucradas y las medidas preventivas que se pueden adoptar para evitar o disminuir el dolor postendodóntico.

EVALUACIÓN DE TRES LOCALIZADORES ELECTRÓNICOS DEL FORÁMEN APICAL EN RETRATAMIENTOS.

Fernando Goldberg, Santiago Frajlich, Cristian Dreyer

El propósito de este estudio fue evaluar in vitro la precisión de tres localizadores de forámen apical en la determinación de la longitud de trabajo en retratamientos.

Se utilizaron veinte incisivos superiores centrales a los cuales se les realizó la endodoncia determinando su longitud de trabajo en forma electrónica. Luego se procedió a realizar el retratamiento, determinando su longitud de trabajo nuevamente en forma electrónica.

Posteriormente se relacionó la medida electrónica previa y durante el retratamiento.

“Límite apical: Estudio con Microscopia Electrónica de Barrido sobre la efectividad de los localizadores electrónicos de ápices en la determinación de la longitud de trabajo”.

Dr. Carlos Stambolsky Guelfand

Hace más de 50 años, Suzuki observó que los valores de resistencia eléctrica eran muy similares en todos los tejidos blandos bucales; y descubrió que la resistencia eléctrica entre dos electrodos registraba valores constantes, aunque estos estuvieran situados a distancia. Basado en este principio, Sunada diseñó un dispositivo para comparar la resistencia eléctrica entre un

electrodo conectado a una lima con la de un electrodo situado en la mucosa bucal. La dentina actúa como un aislante eléctrico. La resistencia de los tejidos periapicales es un valor conocido. Cuando la punta de la lima alcanza los tejidos periapicales, que son conductores, se cierra el circuito eléctrico, actuando el cuerpo del paciente como conductor, con lo que la resistencia eléctrica disminuye de forma súbita y la corriente eléctrica empieza a fluir. El dispositivo se gradúa para identificar el punto en el que la lima sale por el orificio apical.

En los años siguientes, algunos estudios cuestionaron la posibilidad de obtener mediciones exactas acerca de la posición del ápice radicular, en presencia de electrolitos como el hipoclorito sódico, exudados o sangre.

Una segunda generación se basó en el principio de la impedancia. Ésta es mayor en la entrada del conducto y cae de modo brusco cuando la lima alcanza el tejido periapical.

Los resultados de las investigaciones con ambas generaciones de dispositivos fueron poco consistentes. Fouad y cols. hallaron que la determinación electrónica era correcta en un 55-75% de los casos según el aparato utilizado.

Saito y Yamashita presentaron un nuevo dispositivo basado en el principio del valor relativo. Utiliza una corriente eléctrica alterna de dos frecuencias. Los diferentes puntos del conducto tienen una impedancia diferente entre las frecuencias altas y las bajas. En la zona coronal, la diferencia entre la impedancia de ambas frecuencias es mínima; en cambio, en la constricción apical la diferencia es máxima, cambiando de forma súbita cuando se llega al tejido periapical. Para que este sistema funcione, se hace necesaria la presencia de alguna solución electrolítica en el interior del conducto.

Dispositivos de esta generación son el Endex o Apit (Osada) con dos frecuencias, de 1 kHz y 5 kHz; el Justy (Yoshida), similar al anterior, y el Root ZX (Morita) con dos frecuencias de 400 kHz y 8 kHz.

El Apex Finder AFA 7005 (Analytic Endodontics) posee cinco frecuencias comprendidas entre los mismos valores que el Root ZX. El Neosono Co-pilot (Amdent), que incorpora un pulpómetro, también es un dispositivo multifrecuencia; al igual que los más modernos Propex (Dentsply), y Elements Diagnostics (Sybron Endo).

El uso de estos dispositivos con varias frecuencias permite una aceptable localización de la constricción apical, con una fiabilidad y reproducción de los resultados alentadora.

El propósito de este estudio es evaluar la capacidad de los localizadores electrónicos de 4ª generación (multifrecuencia), para determinar con exactitud la posición del forámen apical.-

REABSORCIONES RADICULARES Y ALTERACIONES DE LA APEXOGÉNESIS RELACIONADAS AL TRATAMIENTO ORTODÓNCICO

Carolina Del Valle Villalba

Todo tratamiento de Ortodoncia somete a riesgos no sólo a los dientes, sino también a los tejidos que los rodean, encontrándonos con dos problemas muy difíciles de predecir como son la frecuente aparición de reabsorciones radiculares y en menor grado la detención de la apexogénesis.

Para que estas entidades se manifiesten deben coexistir dos factores importantes, por un lado la predisposición genética del individuo y, por el otro, el agente causal desencadenante.

Tanto el odontólogo general como el especialista deberán estar preparados para enfrentar estas posibles situaciones en su práctica profesional. Para ello tendrá contar con los conocimientos necesarios para prevenirlas, o bien, una vez ya diagnosticadas, actuar con celeridad y precisión determinando el tratamiento correspondiente y lograr así revertir el proceso.

Una o dos sesiones, confrontando opiniones

Denise Alfie

Existe controversia respecto a la necesidad de realizar el tratamiento endodóntico en una o mas sesiones.

Numerosos autores sugieren que el uso de una medicación intraconducto disminuiría la cantidad de microorganismos presentes en el sistema de conductos radiculares, favoreciendo la reparación de las lesiones periapicales de origen endodóntico.

Asimismo, el tratamiento endodóntico realizado en varias sesiones operatorias tiene como contrapartida la posibilidad de reinfección del conducto radicular instrumentando a partir de la filtración de la obturación temporaria.

Esta situación crearía condiciones indeseables para la reparación.

Estos y otros aspectos serán considerados y confrontados.

“TRATAMIENTO DEL ABSCESO DENTO ALVEOLAR AGUDO “

PARTE Nº 1 Y PARTE Nº 2

DRA PATRICIA INES DILASCIO

En caso de persistencia de la infección sobre el periodonto apical , la periodontitis apical aguda puede evolucionar en corto tiempo y transformarse en un absceso.

ABSCESO DENTO ALVEOLAR AGUDO:

DEFINICION :

concentración localizada de pus en una cavidad formada por la desintegración de los tejidos peri apicales del diente.

SINTOMATOLOGÍA:

Sensibilidad variable a la percusión y palpación.

Respuestas negativas a pruebas térmicas y/o eléctricas.

Si hay edema el mismo puede estar localizado o difuso.

La RX puede mostrar simple engrosamiento del L.P. a una lesión periapical franca.

TRATAMIENTO DEL ABSCESO APICAL AGUDO

FASE INICIAL

dolor espontáneo, pulsátil, localizado y provocado por la percusión.

Movilidad, extrusión, diente no vital, ausencia de edema. (aquí se puede confundir con una pulpitis Abscedosa)

Anestesia-Aislamiento-Apertura

Preparación químico-mecánica

Medicación intermedia

Medicación sistémica

TRATAMIENTO DEL ABSCESO APICAL AGUDO

FASE EN EVOLUCION

Idem con fase inicial pero con presencia de edema, sin

Fluctuación, pasada las 24 horas o mas no se realiza la incisión, solo apertura e instrumentación

Anestesia-Aislamiento-Apertura

Preparación quimiomecánica

Medicación intermedia

Medicación sistémica

TRATAMIENTO DEL ABSCESO APICAL AGUDO
FASE FINAL

Dolor moderado con edema voluminoso, localizado y fluctuante.
Aquí se debe hacer incisión de drenaje en mucosa. Inyección submucosa de anestesia alejado del lugar

Anestesia-Aislamiento-Apertura
Preparación químico-mecánica
Drenaje sub -mucoso o cutáneo
Medicación intermedia
Medicación sistémica

REAGUDIZACIONES DE PERIODONTITIS APICAL CRONICA : ABSCESO FÉNIX

Periodontitis apical crónica infectada secundariamente con bacterias se origina el :
ABSCESO FÉNIX sobre la base de una exacerbación aguda.
Radiográficamente se observa una radio transparencia periapical.
La característica principal de las agudizaciones es la presencia de un área de rarefacción ósea apical, circunscripta o difusa que depende del proceso inflamatorio crónico que existía con anterioridad
INGLE : ABSCESO FÉNIX lo denomina así a este proceso por analogía con el ave mitológica que renacía entre las cenizas.

“Endodoncias con Radiovisiografo”

Dra. Fabiola Renée Altamirano de Nassr

La evolución de la tecnología computarizada aplicada a la radiografía ha permitido la obtención de una imagen instantánea.
Las principales ventajas de la radiografía digital en la endodoncia son la obtención inmediata de la imagen, la eliminación del procesado de la película y la reducción de la exposición a la radiación. Las desventajas son sus altos costos y la reducción de la calidad de imagen comparada con una radiografía convencional.
Se exponen tratamientos endodonticos realizados con técnica quimioquirurgica manual basados en los principios biológicos de tridimensionalidad, respetando la anatomía del sistema de conductos, utilizando un Radiovisiografo. En ellos se prioriza el Diagnostico, pasos de la técnica mixta, trabajo de tercio cervical y medio, tratamiento Quimioquirurgico y obturación tridimensional, etc.
El Radiovisiografo es un adelanto, con aporte valioso, muy ventajoso en la protección Biológica a los rayos X, y con grandes aportes cuando se ejercita su uso.

“Lesiones endoperiodontales. Diagnóstico y tratamiento”

Gladys Beatriz Fol
Horacio Núñez Irigoyen.
Karina Doctorovich
Objetivo:

El objetivo de la conferencia esta centrado en el diagnóstico de la lesión endoperiodontal para evaluar así al tratamiento adecuado. Se abordarán los siguientes tópicos:

1. Breve descripción del desarrollo, estructura y función del tejido periodontal y del tejido pulpar.
2. Interrelación endoperiodontal
Relación embriológica
Relación anatómica
Relación microbiológica
Relación por su patología
3. Clasificación de las patologías endoperiodontales
Lesión endodóntica primaria-periodontal secundaria
Lesión periodontal primaria-endodóntica secundaria.
Lesiones endoperiodontales concomitantes.
4. Diagnostico diferencial.
Examen clínico
Examen radiográfico
Diagnostico de fisuras y/o fracturas.
5. Tratamiento y pronóstico.

“Estrategias en el retratamiento de conductos: presentación de casos clínicos”.

Gabriela Martin

Frente a un fracaso endodóntico debemos considerar algunos factores que condicionan el retratamiento de conductos: dificultad en el acceso radicular, resistencia bacteriana y anatomía desfavorable.

La presencia de pernos y coronas, instrumentos fracturados y conos de plata presentan un obstáculo en el acceso a los conductos. En la mayoría de los casos, cuando se puede sacar el perno, realizo el retratamiento en todos los conductos. Sin embargo en un molar inferior secciono el perno para retratar solo los conductos mesiales.

La presencia inusual de un cono de plata en el ligamento periodontal me llevo a determinar una estrategia de trabajo diferente.

La falta de obturación de 4º conducto de un molar superior facilito el retratamiento del conducto mesio-vestibular: como así también en un incisivo inferior de dos conductos donde uno de ellos no estaba trabajado.

En muchos casos use el $\text{Ca}(\text{HO})_2$ como obturación temporaria, sin embargo, a un incisivo superior lo obture con $\text{Ca}(\text{HO})_2$ y Clorhexidina por su alta resistencia bacteriana.

TRAUMATISMOS DENTARIOS. FRACTURAS CORONARIAS COMPLICADAS"

Dr. Gabriel Meschiany

Los estudios epidemiológicos revelan que uno de cada dos niños, entre los 8 y 12 años ha sufrido alguna clase de traumatismo dentario. La fractura coronaria es el tipo de lesión más frecuente, generalmente se produce como resultado de accidentes, práctica de deportes ó violencia. En la mayoría de los traumatismos dentarios, un tratamiento rápido y apropiado puede disminuir su impacto, tanto desde el punto de vista de salud oral como estético.

Las fracturas coronarias con complicación pulpar representan alrededor del 20% de la totalidad de los traumatismos que involucran piezas dentarias.

Este tipo de patología es frecuente en pacientes considerados de riesgo debido a que tienen un sellado labial insuficiente (labio corto) y protrusión de los incisivos superiores. Es frecuente en

chicos de edad escolar sobre todo en aquellos que juegan en forma brusca o practican deportes que implican un riesgo para la integridad de las piezas dentarias .

El objetivo es la preservación de la pulpa en estado de salud sobre todo en dientes que no han terminado su apexificación, como en los casos citados anteriormente.

En fracturas coronarias complicadas si el paciente recurre a la consulta a las 24hs se puede realizar un recubrimiento directo y de esta forma preservar la salud pulpar.

En otras situaciones cuando el paciente recurre a la consulta en forma posterior a estas 24hs se debe realizar la pulpotomía parcial.

La PP consiste en la amputación de del tejido pulpar, hasta un nivel de 2 mm por debajo del sitio de exposición, luego se cubre la herida pulpar con polvo de hidróxido de calcio. El resto de la cavidad puede ser sellada con ionómero

Se esperan 3 meses para efectuar una evaluación clínico-radiográficas de la barrera de tejido duro y luego nuevamente al año. Las investigaciones efectuadas para evaluar esta técnica demostraron el éxito de la PP propuesta por Cveck(1978). Los períodos de observación a largo plazo de los casos tratados con esta técnica demuestran que la misma es un tratamiento exitoso y puede considerarse una terapia definitiva

Moléculas de adhesión y tejido pulpar inflamado

Autores: Gabriela Pisterna, Martha Siragusa, Mabel D'arrigo

La pulpa dentaria presenta características anatómicas y funcionales que la diferencian de otros tejidos conjuntivos del organismo ya que se encuentra en un a cavidad rígida e inextensible, carece de circulación colateral y posee un aporte nutritivo reducido a través del foramen apical. Ante la agresión, la pulpa reacciona formando dentina o inflamándose. Cuando se desarrolla el proceso inflamatorio, intervienen moléculas de adhesión como el CD44, cuyo principal ligando es el ácido hialurónico.

El objetivo del presente trabajo fue determinar la presencia del CD44 en tejido pulpar inflamado de procesos abiertos y cerrados comparado con pulpas sanas como testigo.

MODIFICACIONES EN EL DISEÑO DEL INSTRUMENTAL ENDODONTICO

Gabriela Racciatti - María Florencia García

El objetivo de la preparación quirúrgica incluye la remoción de sustancias orgánicas y el tallado tridimensional del sistema de conductos, manteniendo forma y centrado original del mismo. Esto es difícil de lograr debido a la diversidad topográfica en la sección transversal; presencia de irregularidades anatómicas y curvaturas de los conductos.

Desde la época de Maynard hasta la fecha, el instrumental endodóntico ha sufrido modificaciones en el diseño de su parte activa y en el metal de fabricación.

Los sistemas rotatorios constituyen la tercera generación en el perfeccionamiento y simplificación de la preparación quirúrgica. La aleación de Ni-Ti facilita el abordaje de conductos curvos. El diseño de la parte activa sufrió cambios en la conicidad, en la punta, sección transversal y ángulo de corte, dando diferencias en la cantidad de la remoción de detritus y eficacia de corte. El diseño triangular pareciera tener mayor capacidad de tallado.

SELECCIÓN DEL CONO PRINCIPAL: UN DESAFÍO SIEMPRE PRESENTE

GERMÁN SEMPÉ

La obturación endodóntica consiste en el relleno tridimensional, homogéneo y estable del espacio conformado en el conducto radicular, con materiales, que favorezcan la reparación.

Gran parte del éxito del tratamiento está en relación al límite apical de la obturación, el cual ha de ser concordante con el de la conformación.

Dentro de las técnicas de obturación, la condensación lateral en frío es sumamente exigente en el sellado apical, el cual ha de conseguirse a expensas de un cono único de gutapercha y cemento sellador.

La selección de este cono principal es fundamental si queremos alcanzar los objetivos de una correcta obturación.

La morfología de este cono debe tener íntima relación con el calibre y forma del último instrumento utilizado en la conformación apical.

Para lograr esta relación necesaria, deberá coincidir el calibre del cono a emplear y el instrumento conformador.

Esta coincidencia es de difícil logro debido a las irregularidades que presentan los conos, como la falta de interrelación entre el calibre aún en conos de la misma manufactura.

La relación entre el calibre del último instrumento utilizado en la conformación del tercio apical y su concordancia con un cono de ajuste apical es lo que se analiza en el trabajo presentado.

Rol del Endodoncista en el manejo del diente traumatizado.

Isabel Albarran Peña

Siendo la necrosis pulpar la secuela más común después de un traumatismo dentario, el Endodoncista, dentro del equipo multidisciplinario, cumple un rol fundamental.

I.- Deberá conocer los mecanismos de cicatrización temprana y tardía de cada tipo de injuria.

II.- Determinar cuando un diente deberá ser sometido a un tratamiento endodóntico.

III.- Determinar los efectos de las bacterias sobre eventos de cicatrización

IV.- Reconocer los problemas endodónticos de exposición pulpar en dientes con ápice abierto y cerrado.

V.- Manejar el porcentaje de necrosis y de reabsorción radicular de los diferentes tipos de injurias y con esto determinar el tiempo entre los controles.

VI.- Conocer el manejo de Ca(OH)_2 para desinfectar los túbulos dentinarios y detener así la reabsorción inflamatoria.

VII.- Conocer la implicancia en el tiempo de cada tipo de injuria, pudiendo así determinar cuándo el ortodoncista puede comenzar el tratamiento, la aplicación de fuerzas ligeras en casos de sospecha de reabsorción radicular y el tiempo entre los controles ortodónticos.

En el manejo interdisciplinario del Trauma Dentario, el Endodoncista es una pieza clave para determinar si el diente deberá ser sometido oportunamente a un tratamiento endodóntico.

Este año la AAE (Asociación Americana de Endodoncia) incorporó el protocolo de la IADT, lo que es un gran aporte a la unificación de criterios de las diferentes especialidades.

Se expondrán casos clínicos relacionados con el tema.

" Localizadores electrónicos en reabsorciones apicales

Goldberg Fernando, Frajlích Santiago, Cantarini Carlos, Thompson Lorena.

El propósito de este estudio fue evaluar, in vitro, la precisión de tres localizadores de foramen en la determinación de la longitud de trabajo en dientes con reabsorciones apicales simuladas.

Se utilizaron 20 incisivos centrales superiores con ápice completamente desarrollado, a los cuales se le talló una cavidad con una fresa redonda diseñada a tal efecto, simulando una reabsorción apical.

En esta experiencia se emplearon 3 localizadores de foramen, interviniendo 4 operadores.

Las medidas electrónicas fueron comparadas con las obtenidas por visión directa con microscopio óptico x 10.

Las evaluaciones fueron realizadas con una tolerancia de +/- 0.5 mm. y 1 mm.

Con 0.5 mm de tolerancia, las mediciones con Propex fueron correctas en el 75% de los casos, con Novapex en el 85% y con Root ZX en el 93.7%.

Con 1 mm de tolerancia las mediciones fueron correctas en el 100% de los casos con los 3 localizadores.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los 4 operadores.

NUEVOS AGENTES QUIMICOS PARA LA ELIMINACION DEL BARRO DENTINARIO

OD. MARIANA CARVAJAL.

El éxito de la Endodoncia depende del método y calidad de la instrumentación, irrigación, desinfección y obturación tridimensional del conducto. El objetivo de la instrumentación, irrigación y desinfección es preparar un conducto libre de detritus, limpio y conformado para la obturación.

Se ha demostrado que siempre se forma una capa de material sobre la superficie de la pared dentinaria cuando la dentina es cortada y se denomina Barro Dentinario. Este fue desconocido por años y en la última década se ha reconocido su existencia surgiendo entre los profesionales la duda de qué es lo que debe hacerse con él, que agentes químicos pueden removerlo y cuál es su trascendencia e importancia clínica.

MICROCIRUGIA ENDODONTICA: APICECTOMIA

MARIANA GITRON

La microcirugía consiste en la realización de un procedimiento quirúrgico en estructuras excepcionalmente pequeñas y complejas, mediante la ayuda de un microscopio quirúrgico.

El microscopio permite al odontólogo realizar un mejor diagnóstico clínico intraoperatorio, perfeccionando así el procedimiento clínico.

El microscopio quirúrgico proporciona una luz brillante y centrada, así como una magnificación visual que permitirá localizar y tratar variaciones anatómicas que previamente habrían sido omitidas, aumentando el éxito del tratamiento.

La cirugía apical se realiza con el objetivo de eliminar una porción de la raíz, con un espacio de conducto radicular no limpio y para realizar la obturación retrograda, si no se consiguió un sellado adecuado con el tratamiento no quirúrgico.

Las indicaciones de la cirugía apical, serán las siguientes:

Fracaso de un tratamiento previo

Problemas anatómicos

Errores de procedimiento

Imposibilidad de acceso por vía coronaria

Cirugía exploratoria

Biopsia

Contraindicaciones

Factores anatómicos

Complicaciones sistémicas

Uso indiscriminado de la cirugía
Causa no identificada del fracaso del tratamiento
Se describirá un caso clínico, explicando el procedimiento realizado y los materiales utilizados para la obturación retrograda.

Estudio *in vivo* de los localizadores apicales Locapex y Neosono en la determinación de la longitud de trabajo.

Hilú Rodolfo
Huanumbal Marcos (*)
Universidad Maimónides
Facultad de Odontología
Buenos Aires Argentina

Resumen

Objetivo

El objetivo de este estudio fue evaluar la precisión en la determinación de la longitud de trabajo, con la utilización del localizador apical electrónico Locapex y Neosono y el método radiográfico.

Materiales y Métodos

Fueron utilizados 200 conductos radiculares superiores e inferiores con los ápices radiculares maduros.

Para efectuar las mediciones de la longitud de trabajo de los conductos radiculares se respetó las normas y procedimientos del fabricante.

Una vez determinada la longitud electrónica de cada conducto, se tomó una radiografía en iguales condiciones para todos los especímenes. Las radiografías fueron procesadas según especificaciones del fabricante.

Los datos fueron evaluados estadísticamente con la prueba de Chi cuadrado.

Resultados

Los resultados no mostraron diferencias significativas entre las mediciones de ambos aparatos ($p=05$).

Conclusiones

En las condiciones de este estudio *in vivo*, el método radiográfico demostró mayor confiabilidad para la obtención de la longitud de trabajo.

Incisivos Inferiores, un desafío endodóntico

LAURA SOLEDAD VAZQUEZ

Una de las causas de fracaso del tratamiento endodóntico es el desconocimiento de la anatomía interna de los conductos radiculares. Esta falencia genera dificultades para encontrar, limpiar, conformar y obturar los mismos. Uno de los grupos dentarios más complejos y difíciles de tratar, son los incisivos inferiores. Estos presentan generalmente una sola raíz que pueden tener uno o dos conductos con una importante variabilidad que aumenta la complejidad del tratamiento. Estas variaciones morfológicas internas representan un verdadero desafío para tratar estas piezas dentarias.

Diafanización: Técnica y Utilidades.

María Mercedes Vidueira

La técnica de diafanización o transparentación dentaria es utilizada como material didáctico para visualizar la topografía de los conductos radiculares, controlar la calidad de los tratamientos realizados in vitro y evaluar la habilidad del operador.

Se utilizaron 40 dientes in vitro ,previa apertura cameral, se colocaron en hipoclorito, luego se rellenó el sistema de conductos con tinta china, se procedió a la diafanización con ácido nítrico e inmersión en salicilato de metilo , se fotografiaron y se realizaron comparaciones con las clasificaciones de Vertucci y De Deus acerca de la anatomía interna del sistema de conductos radiculares.

El conocimiento de la morfología es importante para lograr el éxito en la terapia endodóntica

Mecanismo de acción de dos soluciones irrigadoras

MARCELA OSCHEGA y ANA LÍA ARENA

La preparación quirúrgica de los conductos radiculares tiene por finalidad limpiar y conformar los conductos radiculares para su posterior obturación. Este proceso de limpieza y desinfección cuando el tejido pulpar se encuentra contaminado, se realiza a través de la instrumentación acompañada permanentemente con irrigación.

Entendiendo como irrigación a la introducción de una o más soluciones a la cámara pulpar y conductos radiculares con el objetivo de arrastrar, disolver, lubricar, acondicionar las paredes dentinarias y poseer acción antibacteriana.

El Hipoclorito de sodio y la Clorexidina son dos soluciones de uso frecuente en las terapias endodónticas, razón por la cuál consideramos importantes conocer su mecanismo de acción y si a través del mismo se logra cumplir con los objetivos antes mencionados.

Reconstrucciones estéticas en dientes tratados endodónticamente. Mediante el uso de nuevos materiales dentales y postes de distintas características.

AUTORES.: Diana Keszty, Eduardo Lubovistky, Justavo Jimenez, María Carolina García y María Fabiana Peres

TUTORES: DR. Eduardo Lanata y Dr. Marcelo N. Bertone

En nuestro trabajo cotidiano hacemos prevalecer en la actualidad los criterios conservadores, gracias a las ventajas que nos brinda la adhesión a patir en los remotos comienzos del advenimiento de las técnicas de grabado ácido primero en esmalte y luego en dentina, a partir de allí evolucionaron notoriamente no solo las técnicas restauradoras sino también la adhesión a dentina y la posibilidad de anclarnos en el conducto no solo con los tradicionales pernos y coronas sino con otro tipo de elementos más conservadores....

RETROINSTRUMENTACION Y RETROBTURACION QUIRÚRGICA: CASOS CLINICOS

MARÍA LAURA CARDENAS

En la actualidad, los endodoncistas contamos con una serie de recursos para poder enfrentar situaciones complicadas. La cirugía paraendodóntica, con sus diferentes modalidades quirúrgicas, nos ofrece alternativas para recuperar piezas dentarias insalvables.

En la presente conferencia, se mostrarán dos casos clínicos de pacientes portadores de prótesis fija y con lesiones periapicales crónicas, en las cuales se hizo la retroinstrumentación y retrobturación quirúrgica. Estos casos se complementaron con el aporte del periodoncista y

quirujano, además de realizarse estudios anatomopatológicos. También se detalla la técnica quirúrgica y los materiales de obturación utilizados, y en uno de los pacientes se realizó además la obturación retrógrada.

El objetivo de esta charla es mostrar la importancia del trabajo interdisciplinario odontológico para poder lograr el éxito en ciertas situaciones clínicas que antes no parecían solucionables.

POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS PARA LAS ENFERMEDADES PERIAPICALES CRÓNICAS

NORA CRESTA

La mayoría de las enfermedades del órgano pulpodentinario y los tejidos perirradiculares está relacionada con microorganismos. Estas infecciones son en su casi totalidad multibacterianas, comprendiendo de cinco a ocho especies de las aproximadamente cincuenta que se han aislado de los conductos de dientes con periodontitis apical crónica.

El huésped responde a la infección en forma inespecífica y específica.

El granuloma es considerado como la forma más avanzada de la periodontitis apical crónica. Este tejido granulomatoso está infiltrado con linfocitos, macrófagos, monocitos, células plasmáticas, neutrófilos, mastocitos y elementos fibrovasculares en variada intensidad y número.

Entre los agentes terapéuticos utilizados con resolución favorable de estas lesiones se hallan el yodo y el calcio, usados solos o en combinación con otras sustancias. Al yodo se lo emplea como antiséptico y al calcio como bacteriostático, pero fundamentalmente por sus propiedades inductoras de la mineralización al influir sobre la acción osteoclástica en el mecanismo de reparación.

Patrones clínico - radiográficos que indican retratamiento

NATALIA VINITSKI

El alto índice de éxito que se obtiene con la endodoncia actual, hace que sea considerada una opción de tratamiento previsible y confiable. Sin embargo, aún se observan fracasos ante los cuales si bien el retratamiento resulta ser una alternativa más conservadora, su promedio de éxito es menor. Se trata de una intervención compleja y menos previsible. De ahí, la importancia que tiene saber analizar detalladamente aquellos factores que influyen en la decisión de optar por el retratamiento.

Con este trabajo se intentará poder establecer criterios clínico - radiográficos que permitan determinar la indicación de retratamiento e identificar las situaciones que puedan impedirlo o dificultarlo.

Reabsorción Cemento Dentinaria Externa: Presentación de dos casos clínicos.

Patricia Fadel

La reabsorción dentaria es un proceso multifactorial cuya consecuencia es la pérdida de las estructuras del diente. Las causas de estos procesos patológicos son diversas (trauma, presión, bacteriana, química, sistémicas, idiopáticas, etc.) Excepto en las reabsorciones transitorias superficiales, la pérdida de sustancia de los tejidos dentarios es irreversible. Los tratamientos son considerados exitosos cuando el proceso de reabsorción es detenido y satisfactorios cuando dicho proceso se retrasa. Se presentan dos casos clínicos de reabsorción cemento dentinaria externa ubicada en el tercio cervical de la raíz. Considerándose a estos como producto de una reacción inflamatoria en el periodonto marginal que involucra primero al cemento y luego a la

dentina, se consideró necesario efectuar un tratamiento que detenga dicho proceso para lo cual se realizó una terapia con pasta de hidróxido de calcio a los efectos de alcalinizar el medio. Los controles a distancia mostraron la resolución y recuperación de los casos tratados.

USOS DEL ULTRASONIDO DURANTE EL TRATAMIENTO Y RETRATAMIENTO ENDODONTICO.

PABLO KUSSEROW

El tema libre que se desea presentar, pretende mostrar las bondades del U.S en la eliminación de elementos (orgánicos e inorgánicos) y objetos, durante el tratamiento. Su uso mejora la limpieza y obturación del complejo sistema de conductos radiculares y se aplica en las siguientes etapas:

Preparación de la cavidad de acceso, irrigación, perforaciones, colocación de sellador y obturación, retratamiento (eliminación de materiales plásticos utilizados en el tercio medio y coronal para la reconstrucción, conos de plata, postes, conductos omitidos, eliminación de pastas como elemento único en la obturación, gutapercha e instrumentos rotos) y a la remoción de la obturación provisional, gutapercha y selladores para mejorar la adhesión pos-endodóntica de la restauración.

FARMACOLOGIA EN ENDODONCIA

PABLO RODRIGUEZ

Manejo clínico y farmacológico de diferentes drogas; antibióticos, analgésicos y administración por vía sistémica como complemento del tratamiento endodóntico tanto de urgencia como programada.

Interacciones con otras drogas, espectros bacterianos y elección del analgésico y antibiótico para cada caso.

Uso de la energía ultrasónica como coadyuvante de la irrigación en endodoncia.

Dr. Pablo Spoleti

La patogenia de la pulpa dental y de los tejidos periapicales depende en gran medida de las bacterias, por lo que es necesario el conocimiento de las situaciones que permiten a los microorganismos sobrevivir o perecer dentro del sistema de conductos radiculares y su medio, y así mejorar el criterio clínico en el tratamiento de las infecciones pulpares y de las regiones de influencia.

A pesar de que las piezas de mano ultrasónicas resultaron desalentadoras en cuanto a su eficiencia para conformar los conductos radiculares, la vibración ultrasónica es incomparable por su capacidad para mejorar la limpieza del sistema de conductos radiculares.

Se propone revisar la dinámica de la infección endodóntica y las ventajas de utilizar la agitación ultrasónica pasiva en la etapa de limpieza del tratamiento endodóntico.

¿ Como diagnosticar el síndrome del diente fisurado?

Sebastián Altamirano

El síndrome del diente fisurado es la pérdida de continuidad de la superficie dentaria sin separación visible de los fragmentos, que puede involucrar esmalte, dentina y a veces hasta la pulpa dental de un diente vital.

Por lo general esta problemática afecta a dientes sin caries, sin restauraciones y con una imagen radiográfica normal, lo cual dificulta su diagnóstico, llevando en muchos casos a la ejecución de tratamientos dentales erróneos o innecesarios determinando así un gran porcentaje de exodoncias. En nuestra disertación nos referiremos al diagnóstico del síndrome del diente fisurado intentando dar los elementos necesarios para el reconocimiento precoz y acertado de estas afecciones que nos ayude a evitar la progresión de la fisura y la afección pulpar irreversible o fractura completa del diente.

“Prevención de accidentes durante el tratamiento endodóntico”

Dra. Susana Manfré.

Los accidentes son sucesos inesperados que, alteran el orden normal de los acontecimientos de manera involuntaria, generando un daño hacia una persona o cosa. Cuando se produce un accidente durante un tratamiento endodóntico el daño o error producido puede ser muy grave, llegando a condicionar la permanencia de la pieza dentaria en boca. Nuestra aliada es la prevención, y hacia este tema se dirigirá la exposición.

Con un fin didáctico, se dividirán los accidentes en aquellos que se producen en: el tercio coronario, medio y apical.

En el tercio coronario, los accidentes se producirán durante la apertura: perforación o escalones serán generados por la falta de observación del eje dentario. En cuanto al tamaño de las mismas podrán resultar excesivas o pequeñas.

En este tercio se puede producir otro accidente, que es el desplazamiento de amalgama coronaria en el interior del conducto.

En el tercio medio, los accidentes se producen durante la preparación de los accesos: striping o perforaciones.

En el tercio apical, formación de escalones, transporte del foramen, transporte del conducto y perforaciones.

Mención de otros accidentes como: fractura de instrumentos y accidentes con hipoclorito de sodio.

NUEVOS ENFOQUES EN LA TERAPÉUTICA DE LA AVULSIÓN DENTARIA

ANA MARÍA CATALDI

La avulsión dentaria, es el completo desplazamiento de un diente fuera de su alvéolo, provocando como consecuencia el cercenamiento del paquete vásculo-nervioso y del ligamento periodontal.

El reimplante del diente avulsionado, debe ser la preocupación inmediata del profesional, como así también debe centrar sus esfuerzos en conservar la viabilidad de las células del ligamento periodontal remanentes en la raíz del diente afectado y en manejar la pulpa dentaria de manera correcta.

La conservación a largo plazo de los dientes avulsionados, puede verse amenazada por una reabsorción radicular inflamatoria o por una reabsorción sustitutiva o de reemplazo (anquilosis).

Nuevos fármacos se están utilizando en la actualidad, para tratar de minimizar éstas secuelas de la avulsión dentaria.