

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
ESCUELA DE POSGRADO**

SEGUNDA ESPECIALIDAD DE CARIELOGÍA Y ENDODONCIA



**REPORTE CLINICO DE UNA PIEZA DENTARIA TRATADA CON
BIOPULPECTOMIA EN UNA CITA Y CON PRESENCIA DE
VARIACIONES ANATOMICAS DEL CONDUCTO**

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR CIRUJANO DENTISTA

RONALD BOLTAIRE NAVARRO SEMINARIO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
DE ESTOMATOLOGIA EN CARIELOGÍA Y ENDODONCIA

LIMA-PERÚ

2017

RESUMEN

Este es un reporte clínico de paciente que acudió a la clínica de la Universidad Privada San Juan Bautista a la Especialidad de Cariología y Endodoncia con intenso dolor debido a una lesión cariosa con aparente compromiso pulpar que presentaba en la pieza 3.4, después de realizar los exámenes clínicos y auxiliares se diagnosticó Pulpitis Irreversible Sintomática, para lo cual se le recomendó tratamiento de biopulpectomía ejecutada en una sesión.

Se pudo efectuar en una sesión porque cumple con los requerimientos del caso:

1. Diagnóstico , asintomático
2. Pieza accesible para ser tratada sin mayor complicación.
3. Operador con la capacitación suficiente.
4. Se trabajó con los procedimientos establecidos, que influirán directamente en el pronóstico del tratamiento llevándonos al éxito.

Para llevarnos al éxito del tratamiento tendremos que hacer un análisis completo desde que entra el paciente a la consulta, comenzando con la realización de una buena historia clínica hasta la culminación del tratamiento con protocolos, en los que, debemos orientarnos para el éxito de la terapia endodóntica.

PALABRAS CLAVES: Terapia endodóntica, Pulpitis Irreversible Sintomática.

ABSTRAC

This is a clinical report of a patient who came to the clinic of the Private University of San Juan Bautista to the Specialty of Carelogy and Endodontics with intense pain due to a carious lesion with apparent pulp compromise that presented in the piece 3.4, After the clinical and auxiliary examinations, Symptomatic Irreversible Pulpitis was diagnosed, for which biopulpectomy treatment performed in one session was recommended.

Ould be made in one session because it complies with the requirements of the case:

1. Asymptomatic diagnosis.
2. Piece accessible to be treated without further complication.
3. Operator with sufficient training.
4. We worked with established procedures, which directly influence the prognosis of the treatment leading to success.

To get us to the success of the treatment we will have to do a complete analysis since the patient enters the consultation, beginning with the accomplishment of a good clinical history until the culmination of the treatment with protocols, in which, we must orient ourselves for the success of the endodontic therapy.

KEYWORDS: Endodontic therapy, Symptomatic Irreversible Pulpitis.

LISTA DE ABREVIATURAS

PBM	Preparación Biomecánica.
EDTA	Acido Etilendiaminotetraacetico
IRS	Instrumento Rotacional Sistemático.

INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	ANAMNESIS	3
III.	MOTIVO DE CONSULTA	4
IV.	FUNCIONES BIOLOGICAS	5
V.	EXAMEN CLINICO GENERAL	6
VI.	EXAMEN CLINICO INTRAORAL	7
	VI.I. Fotos Intraorales	7
	VI.II. Odontograma	8
VII.	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	9
	VII.I Plan de Trabajo para el Diagnostico	9
	VII.II. Descripción clínica de la pieza dentaria 3.4	10
VIII.	EVALUACION RADIOGRAFICA	10
IX.	DIAGNOSTICO DEFINITIVO	11
X.	PLAN DE TRATAMIENTO	12
XI.	SECUENCIA DE TRATAMIENTO	13
XII.	FOTOGRAFIAS DEL CASO CLINICO	14
	XII.I Fotos de aislamiento, Acceso Cameral	14
	XII.II Preparación, Conometría, Penachometria	15
	XII.III Radiografía final	16
	Radiografía Control de 2 años	18
XIII.	CONCLUSIONES	18
XIV.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	19
	ANEXO	

I. INTRODUCCION

La terapia endodóntica establece una relación fundamental con la anatomía dentaria interna, ya que es en este espacio que se ubica el área de actuación clínica de los profesionales que ejercen esta especialidad de la odontología. Independientemente de las características peculiares de este espacio anatómico, el mismo presenta variaciones morfométricas que pueden relacionarse, en lo que se refiere a su incidencia en la pieza dentaria, con innumerables factores como la edad del paciente, los factores fisiológicos y factores patológicos.

La necesidad del conocimiento anatómico está vinculada con el hecho de que el compromiso del tejido pulpar determinará, en algunas situaciones, la aparición de lesiones irreversibles y de la consecuente necrosis. Estas alteraciones se presentarán como resultado de la contaminación del sistema de conductos abrigando toxinas residuales, microorganismos y sus subproductos, haciendo que, de esta manera, el sistema de conductos se vuelva una fuente de agresión a los tejidos vivos de la región periapical. Para solucionar estos problemas han sido propuestas maniobras endodónticas que denominamos **terapia endodóntica**.

El tratamiento endodóntico tiene como objetivo la desinfección, es decir, la eliminación de la mayor parte de los agentes infecciosos, una vez que la esterilización (eliminación total de estos microorganismos) es imposible en las condiciones del organismo humano (boca y sistema de conductos radiculares). La boca humana es un medio rico en bacterias con potencial patógeno o no. En 1ml de saliva podemos encontrar un número de bacterias de 10^6 elevado a la sexta potencia.

Teniendo en cuenta esta acotación, podemos decir que, el éxito o fracaso del tratamiento endodóntico está relacionado directamente con la presencia o no de bacterias viables en el sistema de conductos radiculares, tal como lo demostró **Kakehashi (1965)** hace más de cuarenta años atrás.

A continuación describiremos los ítems correspondientes con respecto a la presentación realizada.

II. ANAMNESIS: Constituye el primero, y tal vez, el paso más importante para la obtención de diagnóstico. Existen varios requisitos básicos para el procedimiento de anamnesis, entre ellos tenemos, la intuición, la curiosidad, los conocimientos histofisiológicos e histopatológicos de la pulpa y de los tejidos periapicales.

A continuación, describiré al paciente de mi presentación de caso clínico.

Edad: 27 años

Género: Femenino

Raza: Mestizo

Grado de instrucción: Superior

Estado Civil: Casada

Religión: Católica

Lugar de Nacimiento: Lima

Procedencia: Lima

III. MOTIVO DE LA CONSULTA: Es el motivo por el cual el paciente busca tratamiento odontológico. El paciente debe mostrar la región donde el problema se presenta. Si su enfermedad consiste en una manifestación dolorosa aguda, se puede pasar rápidamente por esa etapa, para que en el examen clínico sea ejecutado, con el fin de identificar al diente responsable del dolor y aliviar la molestia del paciente

TIEMPO DE ENFERMEDAD: 1 MES

FORMA DE INICIO: BRUSCO

CURSO: ESPONTANEO

SIGNOS Y SINTOMAS: DIENTE EXPUESTO

DOLOR A LOS CAMBIOS DE

TEMPERATURA

DOLOR A LA PERCUSION

IV. FUNCIONES BIOLÓGICAS - HISTORIA MÉDICA: Cuando el paciente vaya a someterse a cualquier tipo de tratamiento odontológico, es de importancia fundamental el conocimiento de sus condiciones físicas generales.

El levantamiento de la historia médica regresiva del paciente es imprescindible, pudiendo llevar al profesional a cambiar su conducta endodóntica, adecuándose al caso en cuestión.

A. GENERALES: Alergia solo a la humedad

B. FISIOLÓGICOS: Sin alteración evidente

Grupo Sanguíneo: O Rh: +

C. PATOLÓGICOS: INFANCIA Y ADULTO: Sin alteración evidente

QUIRÚRGICOS: No presenta

D. ANTECEDENTES FAMILIARES: Padre, madre (se encuentran en buen estado de salud) hermanos (operado de apendicitis)

V. EXAMEN CLINICO GENERAL: Debe iniciarse ya en el momento en el que el paciente entra en el consultorio cuando se verifican posibles asimetrías o alteraciones de color en la cara y cuello del paciente. Es importante también observar su fisionomía, si esta relajado o tenso por el dolor; el examen debe de ser realizado con la pulpa digital de ambas manos haciendo la palpación de la regiones y de la cadena cervical linfática, en forma bilateral.

ABEG, ABEN, ABEH, LOTEPE, Paciente receptivo
PESO : 60kg.
TALLA : 1.53
PA : NR
FR : NR
FC : N
T° : NR

Piel: humectada, elástica, sin patologías
TCSC: Distribuido
Sistema Linfático: ganglios palpables
SOMA: Conservado

VI. EXAMEN CLINICO INTRAORAL: Con el paciente sentado, relajado y con buena iluminación, se inspecciona toda la cavidad bucal, anotando cualquier alteración. Dentro de las más frecuentes podemos citar, presencia de caries, presencia de fistulas, fracturas, obturaciones en mal estado, alteraciones cromáticas de las coronas, movilidad dentaria, esta inspección es completada con el examen radiográfico.



FOTO FRONTAL



FOTO LATERAL DERECHA



FOTO LATERAL IZQUIERDA

VI.II. ODONTOGRAMA: Utilizados por los odontólogos para poder registrar las alteraciones de cada pieza dentaria inspeccionada, muy importante para poder realizar el diagnóstico y nuestro plan de tratamiento.

ODONTOGRAMA

The chart displays a full dental arch with tooth numbers 11-28 and 31-38. The chart includes a grid for recording dental status and a section for specifications and observations. Handwritten notes indicate a bridge on teeth 1, 2, and 3.

Especificaciones: puente de pieza 1.3 hasta 2.3.

Observaciones: _____

VII. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: En toda especialidad médica, en la que está involucrado la salud del paciente, surgen disyuntivas con respecto al diagnóstico, debido a que diversas enfermedades puedan tener quizá la misma sintomatología, los mismos signos, es por eso que en el primer análisis del paciente a veces no se puede identificar cual sería un diagnóstico preciso, y tenemos disyuntivas con otros tipos de enfermedades.

DE LAS CONDICIONES ESTOMATOLOGICAS

TEJIDOS BLANDOS:

Pulpitis Irreversible Sintomática pza. 3.4

TEJIDOS DUROS:

Caries dental con lesión en piezas 45

VII.I. PLAN DE TRABAJO PARA EL DIAGNOSTICO: En la especialidad de la Endodoncia, es un criterio clásico enfatizar insistentemente la posición que ocupa la imagen radiográfica dentro del tratamiento endodóntico.

La radiografía dental acompaña a la terapia endodóntica en todos sus pasos clínicos, permitiendo observar estructuras dentarias adyacentes que se encuentran ocultas al examen clínico.

VII.II. DESCRIPCION CLINICA DE LA PIEZA DENTARIA 3.4

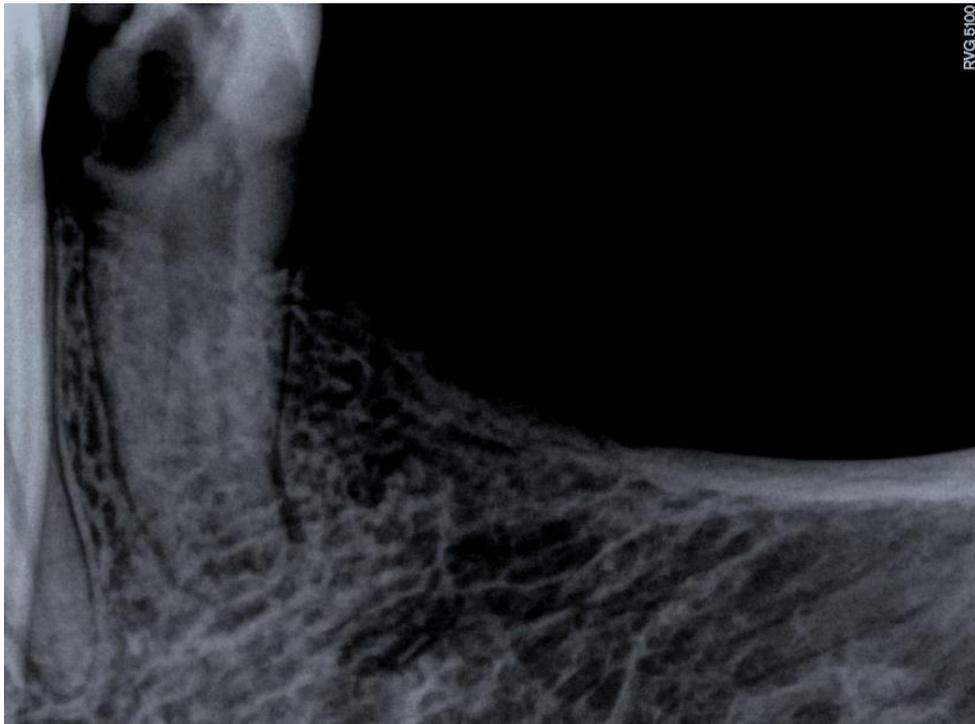
Presencia de lesión cariosa con aparente compromiso pulpar

Dolor moderado, localizado, espontaneo.

Dolor a la percusión

Dolor a los cambios térmicos.

VIII. EVALUACION RADIOGRAFICA: A continuación presento la imagen radiográfica de la pieza 3.4, la cual, radiográficamente se observa una imagen radiolúcida a nivel coronal con aparente compromiso pulpar, ensanchamiento del espacio periodontal, **y aparente presencia de dos conductos radiculares.**



IX. DIAGNOSTICO DEFINITVO: El diagnóstico es un problema personal y cognoscitivo. Las cualidades de un buen diagnosticador son personales y se basan en profundos conocimientos teóricos, en su experiencia profesional y es el criterio clínico de decisión. Esta primera etapa del tratamiento requiere conocimiento, interés, intuición y paciencia. Es necesario tener sus sentidos agudizados, además de los elementos y del instrumental necesarios para llegar a esos objetivos.

DE LAS CONDICIONES ESTOMATOLOGICAS

Tejidos blandos:

Gingivitis aguda localizada asociada a placa.

Pulpitis Irreversible Sintomática pza. 3.4

Tejidos duros:

Caries dental con lesiones en pieza 4.5

X. PLAN DE TRATAMIENTO: Esta es la parte más compleja de la historia, debido a la necesidad de detalles muy exactos de las informaciones allí contenidas. El profesional debe presentar todas las alternativas de tratamiento, explicando y suministrando informaciones sobre la durabilidad, tipo de material, procedimiento que se efectuara y cuales piezas dentarias o regiones serán incluidas en el tratamiento.

FASE DE HIGIENE

Fisioterapia Oral

FASE CORRECTIVA

Restauraciones dentarias

Endodoncia

FASE DE MANTENIMIENTO

Control higiene cada 6 meses

XI. SECUENCIA DE TRATAMIENTO

1. Desinfección del campo operatorio
2. Anestesia.
3. Aislamiento absoluto.
4. Acceso cameral.
5. Exéresis del tejido pulpar.
6. Preparación del conducto radicular.

Conductometría.

Instrumentación.

Irrigación.

1. Obturación del conducto radicular.

Conometría

Condensación lateral

1. Obturación cameral.

Radiografía final

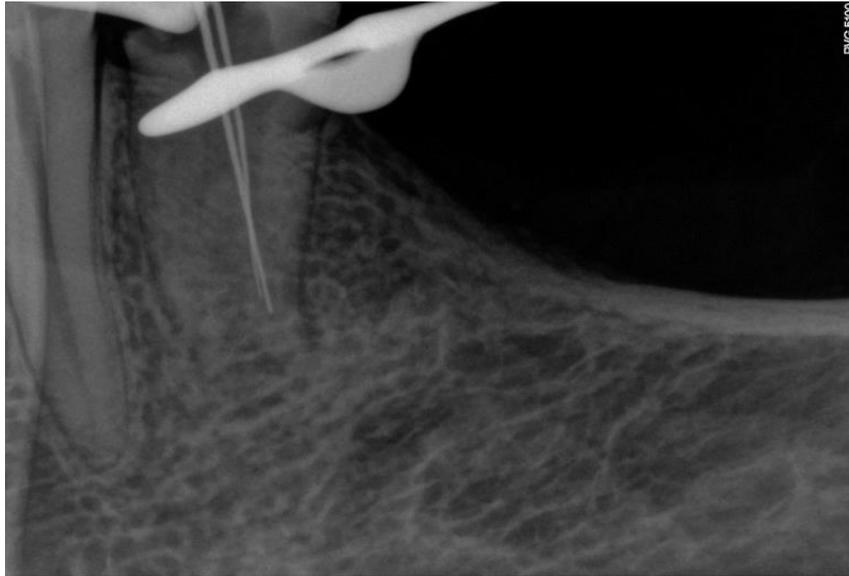
XII. FOTOGRAFIAS DEL CASO CLINICO



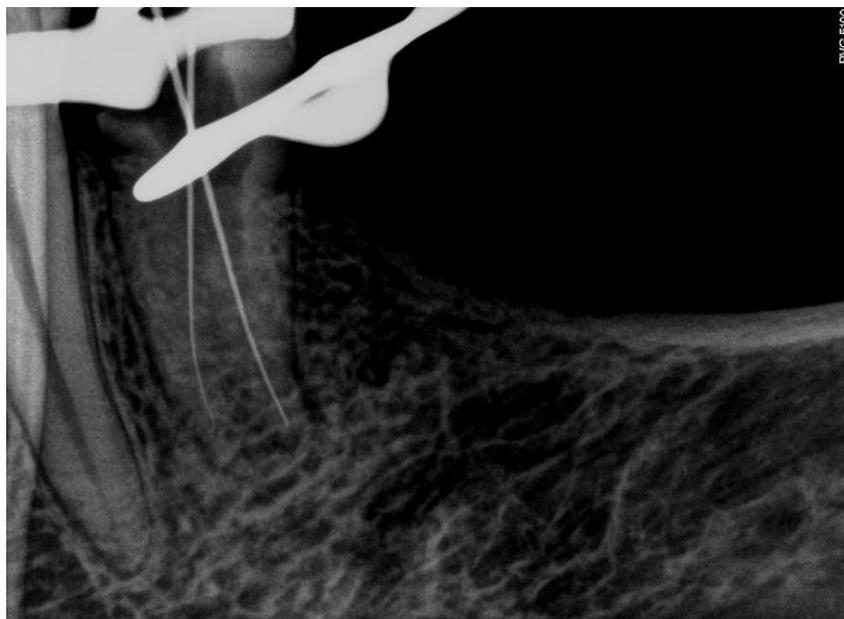
MESA DE TRABAJO CON INSTRUMENTAL ENDODONTICO



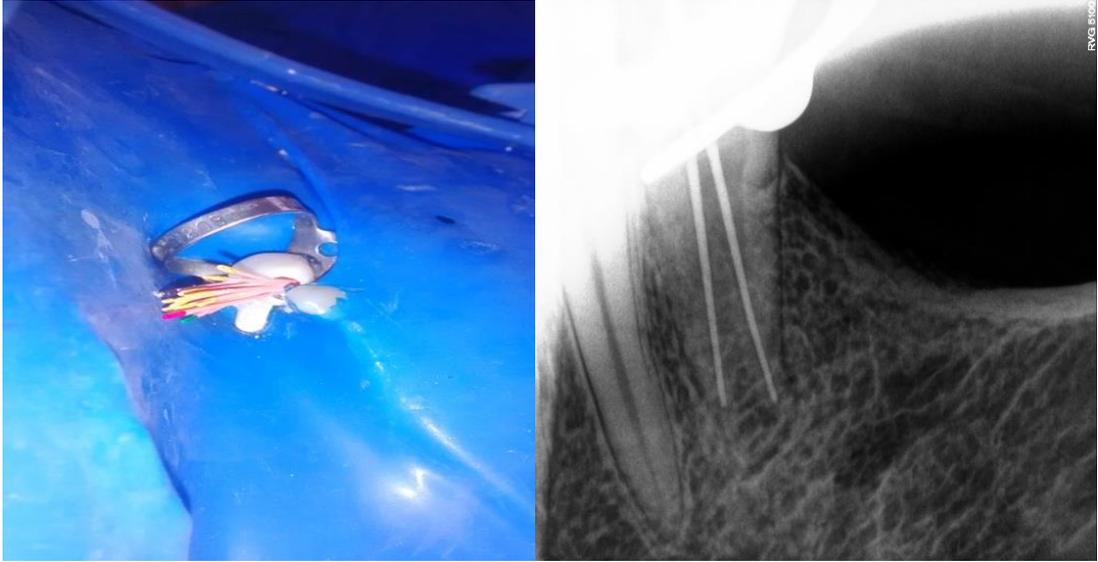
XII.I AISLAMIENTO ABSOLUTO: Paso muy importante en el tratamiento endodóntico, ya que evitamos la contaminación de nuestro campo de trabajo.



XII.II ACCESO CAMERAL Y EXCERESIS PULPAR: Entramos en la anatomía interna de la pieza dentaria, ubicando los conductos en número y morfología de ellos, permeabilizamos los conductos y hacemos la exeresis del tejido pulpar.

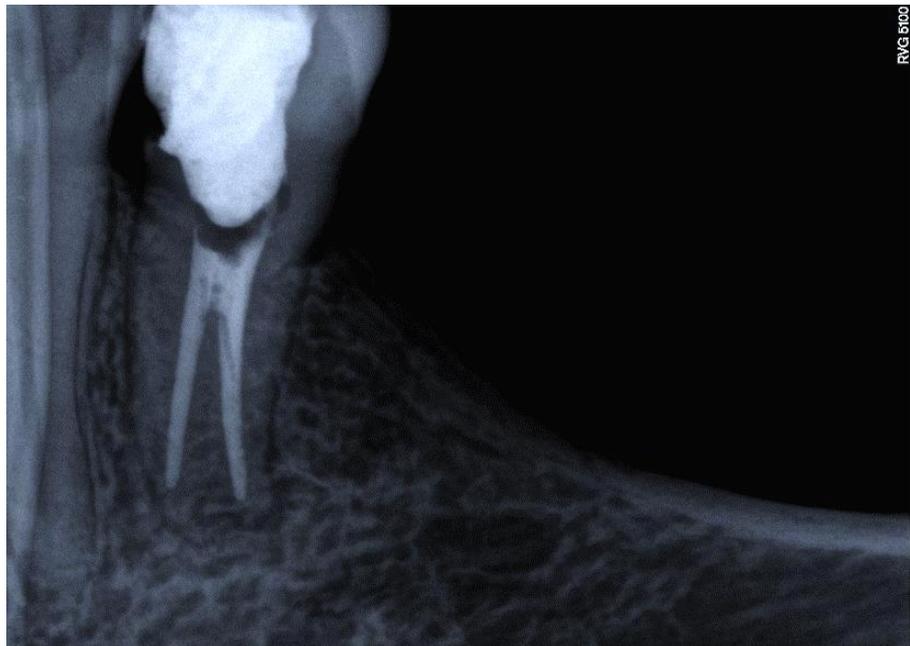


PREPARACION DEL CONDUCTO RADICULAR: La PBM en este caso se realizó con IRS, con el sistema PROTAPER NEXT, irrigación NaClO al 2.5% con EDTA.



OBTURACION DEL CONDUCTO RADICULAR Y CONOMETRIA: Se tomó la conometría con conos de conicidad #30.6, se obturo con cemento SEALER 26, colocando también conos accesorios

XII.III. RADIOGRAFIA FINAL



RADIOGRAFIA CONTROL DESPUES DE 2 AÑOS

En la descripción de la radiografía podemos observar que no se ve alguna evidencia de infección o inflamación de la pieza tratada, también se realizó un perno con espigo- muñón y su corona, para devolver la morfología y funcionalidad al diente, la paciente se encuentra asintomática y sin ninguna molestia o signo, lo cual nos indica que el tratamiento tuvo éxito.



XIII. CONCLUSIONES:

Para que se pueda discutir el éxito de una intervención endodóntica es necesario, al principio, tomarlo en cuenta bajo dos puntos de vista. Inicialmente enfocaremos el éxito desde el punto de vista biológico y posteriormente, el éxito desde el punto de vista clínico.

Sin embargo es muy difícil establecer esta división clínicamente ya que el juicio del odontólogo se basa en signos y síntomas. De la misma forma, basados en los signos obtenidos por las pruebas clínicas y por la evaluación radiográfica junto con los síntomas, caracterizamos una condición clínica que puede ser definida como el éxito de una intervención.

XIV.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1.- Leonardo MR. Endodoncia. Tratamiento de Conductos Radiculares. Principales Técnicas y Procedimientos. 1° ed. Sau Pablo. Arts. Médicas Latinoamericanas; 2006.

2.- Manoel Eduardo de Lima Machado. Endodoncia de la Biología a la Técnica. Sau Pablo. Editorial Santos; 2009.

3.- Handelman, R.M., Vásquez, C.S., Medina, S.C.E., Márquez, C.M.L. Razones para realizar tratamiento de conducto en las clínicas odontológicas en una Universidad de México. Oral año 12. Núm. 38. 2011. 745-747.

ANEXO

Razones para realizar tratamiento de conductos en las clínicas odontológicas de una Universidad de México

Reasons for to realize treatment of root canal at the Endodontic Clinics in one Mexican University

Recibido: Agosto, 2009. Aceptado: Mayo, 2010.

CDEE Moises Handelman Rechtmán*
CDEE Sandra Vázquez Coria
M en C Carlo Eduardo Medina Solís
Mtra en Per María de Lourdes Márquez Corona

Descriptor: endodoncia, tratamiento de conductos, pulpitis irreversible, México.
Keyword: endodontic, root canal treatment, irreversible pulpitis, México

Área académica de Odontología del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
*Autor responsable

● Handelman, R.M., Vázquez, C.S., Medina, S.C.E., Márquez, C.M.L. Razones para realizar tratamiento de conductos en las clínicas odontológicas de una Universidad de México. Oral Año 12. Núm. 38. 2011. 745-747

resumen

Objetivo: identificar las razones por las cuáles se realizan tratamientos de conductos en dientes permanentes en las clínicas de Odontología de una universidad pública. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio transversal en pacientes que acudieron a las clínicas de Licenciatura del Área Académica de Odontología entre Julio-2003 y Diciembre-2005. Al ser de licenciatura sólo se tratan dientes anteriores y premolares. Para realizar el estudio se consultaron las estadísticas de la clínica así como las historias clínicas de pacientes. Se incluyeron la pieza dental, el número de conductos y la razón por la cual fue realizado el tratamiento como variables. En el análisis se reportan medias y porcentajes. **Resultados:** en total, se realizaron 819 tratamientos de conductos. El principal diagnóstico por el cual se realizaron tratamientos de conductos fue la pulpitis irreversible (n=487; 59.5%). Los dientes superiores fueron los órganos tratados con mayor frecuencia (n=633; 77.3%). El grupo de dientes más afectado fue el de los incisivos centrales (n=227; 27.7%). El incisivo central superior izquierdo fue el más frecuente en requerir tratamiento (n=112; 13.7%). **Conclusiones:** la principal razón por la cual se realizaron tratamientos de conductos en las clínicas de odontología de la UAEH fue la pulpitis irreversible.

abstract

Objective: to identify the reasons to realize root canal treatment in permanent dentition in dental clinics at a Mexican public university. **Material and methods:** a cross-sectional descriptive study was carried out in patients who were treated at dental school clinic between July 2003 and December 2005. As an undergraduate area only anterior a premolar teeth are treated. In order to evaluate this study clinic statistics were consulted as well as the patients dental charts. It was included the tooth and root canals number and the main goal of the treatment. For statistical analysis, it was reported media and percentage. **Results:** during the period, 819 root canal treatments were analyzed. The main diagnostic was irreversible pulpitis (n=487; 59.5%). The upper teeth treated mostly with a highest rate (n=633; 77.3%). The teeth with more damage were the central incisors (n=227; 27.7%). The upper left central needed a higher root canal treatment (n=112; 13.7%). **Conclusions:** the main reason why root canal treatment was done, in the dental clinic of this Mexican university was due to irreversible pulpitis.

Introducción

A pesar de los avances que se continúan realizando para prevenir la caries dental y el valor que se le da al mantenimiento de los dientes, se siguen perdiendo muchos órganos dentales. Esta pérdida trae consigo no solo problemas de maloclusión, sino estéticos, fonéticos y principalmente funcionales de naturaleza transitoria o permanente.^{1,2} En este sentido, la caries dental continúa siendo un problema considerable de salud pública bucal para la dentición primaria y permanente. Cuando esta se extiende y compromete al complejo dentinopulpar, se deben realizar tratamientos pulpares tanto en piezas sintomáticas como las que están libres de síntomas.⁴

La rama de la odontología que trata de la morfología, fisiología y patología de la pulpa dental y los tejidos

perirradiculares es la endodoncia. Su estudio y práctica engloba las ciencias básicas y clínicas incluyendo la biología de la pulpa normal y la etiología, diagnóstico, prevención y tratamiento de las patologías y lesiones de la pulpa y alteraciones perirradiculares asociadas.⁵

La pulpa dental es un tejido conectivo laxo ricamente vascularizado e inervado. En su periferia (unión pulpa pre-dentina) se ubican los odontoblastos que son células especializadas que se encargan de sintetizar los distintos tipos de dentina. Esta formada por un 75% de agua y un 25% de materia orgánica; está constituida por células y matriz extracelular que tiene fibras y sustancia fundamental. Se extiende desde la parte superior del diente, llamada pulpa cameral, hasta la parte inferior de las de las raíces llamadas canales o conductos radiculares.⁶

Los tratamientos de conductos se realizan por varias

razones: 1) Cuando hay una caries penetrante o no penetrante que agredió tanto a la pulpa dentaria, que ésta desarrollo pulpitis irreversible. 2) Cuando hay un trauma severo que ocasionó inflamación irreversible o muerte pulpar. 3) En caso de abscesos alveolares, granulomas periapicales o quistes periapicales. 4) Por razones protéticas cuando se trata de un diente pilar, ya sea de una corona, puente o prótesis removible. En cualquier caso, el diagnóstico es indispensable para poder realmente estar seguros cuando es necesario un tratamiento de conductos.^{7,9}

El objetivo del presente estudio retrospectivo fue identificar las diferentes enfermedades que comprometen o no la pulpa dental y cuales de ellas se presentan con mayor frecuencia para la realización de tratamientos de conductos en las clínicas de Endodoncia, en la escuela de Odontología de la UAEH entre 2003 y 2005.

MateriaI y métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo en pacientes que acuden para su atención a las clínicas Odontológicas de la Licenciatura del Área Académica de Odontología del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSA) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), en la materia clínica de endodoncia entre Julio de 2003 y Diciembre de 2005.

La licenciatura de Cirujano Dentista que se oferta en el Área Académica de Odontología del ICSa de la UAEH incluye asignaturas clínicas para los alumnos de pregrado en su plan curricular desde el cuarto semestre en adelante, siendo una de ellas la Clínica de Endodoncia la cual se imparte durante el octavo semestre de la carrera. Dentro de las actividades académicas que le corresponden a esta clínica, es la de llevar el diagnóstico y tratamiento de lesiones pulpares. Sin embargo, en dicha clínica al ser de licenciatura sólo se realizan tratamiento de dientes anteriores y premolares.

No se realizó ningún tipo de muestreo, ya que se incluyeron a todos los pacientes que fueron remitidos para atención a la clínica de endodoncia. Para realizar el estudio se consultaron las estadísticas de la clínica así como las historias clínicas de todos los pacientes de dicha clínica. Las variables que se incluyeron en este estudio fueron: el número y tipo de órgano dental a tratar, el número de conductos por diente y motivo por el cual se realizó el tratamiento de conductos. El análisis estadístico consistió en la descripción de las variables, donde se reportan medidas de resumen de acuerdo a la escala de medición de las variables.

Resultados

En total, en el periodo de estudio se realizaron 819 tratamientos de conductos. Los dientes superiores fueron los órganos tratados con mayor frecuencia (n=633;

77.3%). El grupo de dientes más afectado fue el de los incisivos centrales (n=227; 27.7%) y el menos afectado el grupo de los caninos (n=67; 8.2%). (Cuadro I).

Cuadro I. Frecuencias y porcentajes de los grupos de dientes que requirieron tratamiento.

Incisivo Central	Incisivo Lateral	Caninos	1er premolar	2do premolar	Total
227	178	67	165	184	819
27.7	21.8	8.2	20.1	22.5	100.0

En el cuadro II se observan los resultados de los principales diagnósticos por el cual se realizaron tratamientos de conductos. En primer lugar observamos la pulpitis irreversible (n=487; 59.5%), seguida de necrosis pulpar (n=161; 19.7%) y por razones protésicas (n=63; 7.7%). En el mismo sentido, podemos notar que la pulpitis irreversible fue el diagnóstico que aportó mayor porcentaje en todos los semestres estudiados, alcanzando en cuatro de ellos más del 50%, con excepción del periodo Julio-Diciembre de 2005 que sólo alcanzó el 39%.

Cuadro II. Distribución de las razones por las cuales se realizaron tratamientos de conductos en las clínicas odontológicas de la UAEH, periodo 2003-2005.

Patología	Jul-Dic 03		Ene-Jun 04		Jul-Dic 04		Ene-Jun 05		Jul-Dic 05		TOTAL	
	Pc	%										
Pulpitis irreversible	171	40.1	143	33.7	51	41.9	96	39.3	26	37.0	487	59.5
Necrosis pulpar	71	19.4	71	19.7	31	13.2	47	14.1	9	17.0	161	19.7
Razones protésicas	17	6.5	16	4.1	7	2.2	17	2.7	31	12.4	63	7.7
Infraestructura	1	2.7	9	2.6	9	11.7	7	5.1	7	2.4	33	4.0
Endodoncia previa	16	6.9	3	1.2	5	2.9	6	2.6	6	2.0	36	4.4
Otros conductos	11	4.4	4	1.6	1	0.5	2	1.0	10	24.0	31	3.8
Total	354	100	242	100	77	100	168	100	75	100	819	100.0

El cuadro III muestra los resultados en cuanto a número de conductos por diente. Se observó que 12.3% de los dientes presentaron dos conductos. Estos resultados fueron similares a través de los periodos de estudio.

Cuadro III. Frecuencia y porcentaje de los diferentes dientes tratados endodónticamente en las clínicas odontológicas de la UAEH, periodo 2003-2005.

Conductos	Jul-Dic 03		Ene-Jun 04		Jul-Dic 04		Ene-Jun 05		Jul-Dic 05		TOTAL	
	Pc	%										
1	219	61.7	221	61.0	71	92.2	165	66.6	185	66.0	736	89.9
2	36	10.2	26	7.1	6	7.8	28	11.2	9	3.2	101	12.3
Total	255	100	247	100	77	100	193	100	75	100	819	100.0

En el cuadro IV se muestra el número de órgano dental (clasificación de la FDI) de acuerdo al periodo de estudio. El incisivo central superior izquierdo fue el más frecuente en requerir tratamiento (n=112; 13.7%). Mientras que los menos afectados fueron los incisivos centrales inferiores derechos (n=5; 0.6%).

Cuadro VI. Frecuencia y porcentaje de los diferentes dientes (de acuerdo a la clasificación FDI) tratados endodónticamente en las clínicas odontológicas de la UAEH, periodo 2003-2005.

Pieza	Jul - Dic 03		Ene - Jun 04		Jul - Dic 04		Ene - Jun 05		Jul - Dic 05		TOTAL	
	Fa	%	Fa	%								
11	36	13.5	31	12.6	16	13.0	17	12.1	16	13.3	102	13.3
12	27	10.5	21	8.1	5	3.4	8	4.7	0	0.0	51	6.4
13	4	1.5	5	1.7	1	0.8	8	4.7	1	0.8	17	2.1
14	17	6.2	12	4.6	5	3.9	8	5.4	7	5.2	49	6.2
15	20	7.2	12	4.6	2	1.6	8	5.4	3	2.3	45	5.7
21	37	14.7	36	14.0	13	10.0	22	15.0	4	3.0	112	14.2
22	20	7.2	20	7.5	9	7.1	12	8.2	7	5.2	61	7.7
23	0	0.0	12	4.6	5	3.9	8	5.4	2	1.5	27	3.4
24	17	6.2	11	4.2	8	6.2	12	8.2	6	4.5	54	6.9
25	17	6.2	24	9.0	3	2.3	11	7.6	4	3.0	59	7.5
31	2	0.7	2	0.7	1	0.8	2	1.4	1	0.8	8	1.0
32	3	1.1	1	0.4	1	0.8	2	1.4	2	1.5	9	1.1
33	2	0.7	1	0.4	2	1.6	2	1.4	1	0.8	8	1.0
34	6	2.2	12	4.6	3	2.3	7	4.9	7	5.2	35	4.4
35	9	3.2	10	3.7	7	5.4	11	7.6	6	4.5	45	5.7
41	2	0.7	2	0.7	-	-	1	0.7	-	-	5	0.6
42	3	1.1	2	0.7	-	-	1	0.7	1	0.8	7	0.9
43	3	1.1	1	0.4	1	0.8	3	2.1	1	0.8	7	0.9
44	7	2.6	11	4.1	-	-	5	3.6	3	2.3	26	3.3
45	7	2.6	10	3.7	3	2.3	7	4.9	6	4.5	33	4.2
Total	251	100	247	100	77	100	133	100	75	100	819	100.0

Discusión

La pulpitis irreversible fue el factor más importante para realizar tratamiento de conductos en este estudio. Varias son las razones que llevan a un paciente a una consulta dental. Cuando las consultas son de urgencia la mayoría de las veces corresponde a patologías pulpares y periapicales, debido a la sintomatología dolorosa que las caracteriza. La pulpa puede inflamarse de manera reversible o irreversible. En el primer caso no es necesario eliminar la pulpa sino colocar una protección pulpar a la pieza dental, para promover la formación de dentina de reparación y la inflamación cede la mayoría de las veces. Pero en los casos en que el dolor es permanente, se debe de retirar el paquete vasculo-nervioso inflamado e infectado, limpiar los conductos, y rellenarlos con un material inerte y biocompatible. De esta manera, el tratamiento de conductos es una medida preventiva para evitar la pérdida de dientes.⁹ En México, diversos estudios, han demostrado que la caries dental sigue siendo un problema de salud pública por lo que los servicios especializados para atender este problema son necesarios.¹⁰ Sin embargo, no siempre es alguna patología pulpar la que obliga al odontólogo a realizar el tratamiento de conductos, por ejemplo, también se puede realizar para colocar una prótesis y prevenir el daño pulpar subsecuente.

El estudio de la demanda de servicios de salud odontológicos es importante para la planeación tanto de la oferta de servicios de salud bucal, como para la planeación de la oferta educativa. Si bien en México se han realizado diversos estudios en diversos grupos poblacionales sobre utilización y cobertura de servicios de salud bucal, y en algunos de esos estudios se discrimina entre servicios curativos y preventivos,¹¹⁻¹⁴ no existe información

específica sobre cómo y cuándo utilizan los servicios dentales especializados en concreto los servicios de especialistas en endodoncia.

En este estudio es necesario tener en cuenta que al haberse realizado en clínicas de licenciatura, sólo incluyen dientes anteriores y premolares. Por lo que sería importante realizar algún estudio donde se incluyan los resultados en cuanto a dientes molares y ver si existe el mismo comportamiento observado en este trabajo. De esta forma, los resultados del trabajo permiten concluir que la principal razón por la cual se realizaron tratamientos de conductos en las clínicas de odontología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo fue la pulpitis irreversible.

Bibliografía

- 1.-Cradock, H.L., Youngson, C.C., Manogue, M., Blanco, A. Occlusal changes following posterior tooth loss in adults. Part 2. Clinical parameters associated with movement of teeth adjacent to the site of posterior tooth loss. *J Prosthodont* 2007;16:495-501.
- 2.-Cradock, H.L., Youngson, C.C., Manogue, M., Blanco, A. Occlusal changes following posterior tooth loss in adults. Part 1: a study of clinical parameters associated with the extent and type of supraeruption in unopposed posterior teeth. *J Prosthodont* 2007;16:485-94.
- 3.-Cradock, H.L. Occlusal changes following posterior tooth loss in adults. Part 3. A study of clinical parameters associated with the presence of occlusal interferences following posterior tooth loss. *J Prosthodont* 2008;17:25-30.
- 4.-Nadin, G., Godl, B. Pulp treatment for extensive decay in primary teeth. *Cochrane Database Syst Rev. Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(1): CD003220.
- 5.-American Association of Endodontists.
- 6.-María Elsa Gómez de Ferraris. *Histología y Embriología Bucodental*, 2ª ed, Madrid 2002, Panamericana.
- 7.-Cohen, S., Burns, R. *Vida de la Pulpa*. 7a ed. Madrid: Harcourt; 1999.
- 8.-Yeng, T., Messer, H.H., Parashos, P. Treatment planning the endodontic case. *Aust Dent J* 2007;52(1 Suppl):S32-7.
- 9.-Messer, H.H. Clinical judgement and decision making in Endodontics. *Aust Endod J* 1999;25:124-32.
- 10.-Medina-Solis, C.E., Maupomé, G., Pérez-Núñez, R., Avila-Burgos, L., Peleastre-Villafranca, B., Pontigo-Loyola, A.P. Política de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades de salud bucal. *Rev Biomédica* 2006; 17: 269-286.
- 11.-Medina-Solis, C.E., Maupomé, G., Avila-Burgos, L., Hija-Medina, M., Segovia-Villanueva, A., Pérez-Núñez, R. Factors influencing the use of dental health services by preschool children in Mexico. *Pediatr Dent* 2006; 28:285-292.
- 12.-Pérez-Núñez, R., Medina-Solis, C.E., Maupomé, G., Vargas-Palacios, A. Factors associated with dental health care coverage in Mexico: Findings from the National Performance Evaluation Survey 2002-2003. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006;34:387-397.
- 13.-Medina-Solis, C.E., Casanova-Rosado, A.J., Casanova-Rosado, J.F., Vallejos-Sánchez, A.A., Maupomé, G., Avila-Burgos, L. Factores socioeconómicos y dentales asociados a la utilización de servicios dentales en escolares de Campeche, México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2004;61:324-333.
- 14.-Medina-Solis, C.E., Maupomé, G., Avila-Burgos, L., Casanova-Rosado, J.F., Vallejos-Sánchez, A.A., Segovia-Villanueva, A. Utilización de servicios odontológicos de salud por niños menores de 5 años con seguridad social. *Rev Mex Pediatr* 2004;71:222-228.