

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

RETRATAMIENTO ENDODÓNTICO NO QUIRÚRGICO

Para Optar : EL TITULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

Autor : BACH. JOE FRANK ALBERTO LINO ARNAEZ

Asesor : MG. GARCIA GUTIERREZ MARIA ANTONIETA

Líneas de Investigación : Salud y Gestión de la salud

Lugar o institución de investigación: Clínica Odontológica Privada

Huancayo – Perú

2023

DEDICATORIA

A mis Padres, por su constante confianza, paciencia y permanente e incondicional apoyo durante todo el proceso académico. Y por estar conmigo siempre en cada momento.

AGRADECIMIENTOS

“ Agradezco a Dios y todas las personas que me orientaron, apoyaron e hicieron posible que este trabajo se desarrolle con éxito.”

CONSTANCIA

DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Trabajo de Suficiencia Profesional titulado:

RETRATAMIENTO ENDODÓNTICO NO QUIRÚRGICO

Cuyo autor (es) : **LINO ARNAEZ JOE FRANK ALBERTO**
Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**
Escuela Profesional : **ODONTOLOGIA**
Asesor (a) : **MG. GARCIA GUTIERREZ MARIA ANTONIETA**

Que fue presentado con fecha: 27/02/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 27/02/2023; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 11%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

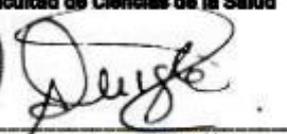
Observaciones: Se analizó con el software una sola vez.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 27 de febrero de 2023



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud


Ph.D. EDITH ANCCO GOMEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONTENIDO

	Págs
I. Título.....	1
Dedicatoria	2
Agradecimiento.....	3
Contenido	5
Contenido de Figuras	6
Resumen y Abstract	7
II. INTRODUCCIÓN	8
2.1 Descripción del problema	9
2.2 Marco Teórico.....	10
2.2.1 Antecedentes	10
2.2.2 Bases teóricas	14
2.3 Objetivos	16
III. DESARROLLO DEL CASO CLINICO	17
3.1 Historia Clínica.....	17
3.2 Examen clínico general.....	19
3.3 Evaluación integral.....	19
3.4 Diagnóstico.....	22
3.5 Pronóstico.....	22
IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....	23
4.1 Formulación del Plan de tratamiento general.....	23
4.2 Plan de control y mantenimiento.....	29
V. APORTES	30
VI. CONCLUSIONES.....	30
VII.RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	32
ANEXOS.....	34

CONTENIDO DE FIGURAS

	Páginas
Figura 1. ODONTOGRAMA	21
Figura 2 Fotografía de Imagen radiográfica periapical	22
Figura 3 Fotografías, de frente y perfil.	23
Figura 4 Fotografía zona del problema	24
Figura 5. Fotografía de anestesia	24
Figura 6. Fotografía de localización de la gutapercha	25
Figura 7. Fotografía de la desobturación	25
Figura 8. Fotografía de la conductometría	25
Figura 9. Fotografía de medicación intraconducto	26
Figura 10. Fotografía de limpieza del conducto	26
Figura 11. Fotografía de prueba del cono de gutapercha	27
Figura 12. Fotografía de obturación del conducto	27
Figura 13. Fotografía del cierre del caso con resina	28
Figura 14. Fotografía del caso inicial y final en radiografías	28
Figura 15. Fotografías del primer control radiográfico al mes y medio de iniciado el tratamiento	29
Figura 16. Fotografía del estado de la paciente al cabo de un mes y medio de tratamiento	29

RESUMEN

El presente trabajo trata sobre el retratamiento endodóntico no quirúrgico en un caso clínico de una paciente femenina de 33 años con inflamación y dolor en el diente incisivo central superior izquierdo. El autor realiza una revisión teórica sobre el tema y presenta un detallado informe del caso clínico, incluyendo fotografías y radiografías. El objetivo del trabajo es demostrar la relevancia del retratamiento endodóntico no quirúrgico en la odontología y presentar un caso clínico exitoso. El trabajo fue realizado en una Clínica Odontológica Privada en Lima, Perú en el año 2022. La conclusión del trabajo es que el retratamiento endodóntico no quirúrgico es una opción viable y efectiva para tratar casos de fracaso en tratamientos de conductos radiculares previos. En donde se presenta un caso clínico exitoso en el que se logró la desinfección y obturación adecuada del sistema de conductos radiculares, lo que resultó en la eliminación de la inflamación y dolor en la paciente. El trabajo también destaca la importancia de la preparación adecuada y la limpieza profusa de los conductos radiculares, así como la calidad de la obturación y la restauración coronaria para el éxito del tratamiento.

Palabras clave: Retratamiento, endodóntico, quirúrgico, obturación, conductos radiculares, profusa, viable.

ABSTRACT

The present work deals with non-surgical endodontic retreatment in a clinical case of a 33-year-old female patient with inflammation and pain in the upper left central incisor tooth. The author carries out a theoretical review on the topic and presents a detailed report of the clinical case, including photographs and x-rays. The objective of the work is to demonstrate the relevance of non-surgical endodontic retreatment in dentistry and present a successful clinical case. The work was carried out in a Private Dental Clinic in Lima, Peru in the year 2022. The conclusion of the work is that non-surgical endodontic retreatment is a viable and effective option to treat cases of failure in previous root canal treatments. Where a successful clinical case is presented in which adequate disinfection and obturation of the root canal system was achieved, which resulted in the elimination of inflammation and pain in the patient. The work also highlights the importance of adequate preparation and thorough cleaning of the root canals, as well as the quality of the filling and coronal restoration for the success of the treatment.

Keywords: Retreatment, endodontic, surgical, obturation, root canals, profuse, viable.

II.-INTRODUCCIÓN

El retratamiento endodóntico es un procedimiento realizado en un diente, que ha sido intervenido de manera insatisfactoria. Con el nuevo tratamiento endodóntico se busca conseguir un mejor resultado, para conseguir éxito requiere una serie de técnicas y cuidados minuciosos, se debe seleccionar el caso, establecer un correcto diagnóstico, mantener una cadena aséptica, ser prolijo para preparar mecánica y químicamente los canales, con la limpieza adecuada de conductos en el que se considera al detalle la morfología, para después realizar la obturación de todo el sistema, asimismo otros pasos técnicos para la preservación del caso. Si bien existen en la odontología avances científicos y tecnológicos en la endodoncia, se presentan casos que resultan en fracaso, los que se relacionan a factores morfológicos; microbianos, o técnicos; debido al fracaso, el retratamiento endodóntico se considera como opción de primera elección, mientras se presente condiciones favorables para efectuarse¹.

El trabajo de suficiencia profesional trata sobre el retratamiento del diente 21 en una paciente de sexo femenino de 33 años de edad, quien manifiesta, tener inflamación y dolor a la masticación en el diente incisivo central superior izquierdo, afirmando que tuvo tratamiento de conductos por caries anteriormente.

2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los tratamientos de endodoncia deben ser realizados cuidadosamente, debido que se acarrea problemas a partir de dicho tratamiento de endodoncia, es posible que algo salga mal, como son los casos de infección crónica, en el que se ha producido una infección previa, y hay presencia de lesión ósea, si no se reparó correctamente con la intervención endodóntica esta traerá problemas futuros, también puede haber presencia de dolor en cuyo caso se verificara conductos anexos no sellados, asimismo se encuentra sellados cortos de los conductos, el mismo provocara entrada de bacterias por mala obturación radicular, suelen presentarse también fracturas, porque los dientes endodonciados presentan mayor posibilidad de ello, las perforaciones radiculares que afectaran al diente por mala práctica entre otras complicaciones ,razón justa para realizarse retratamientos con diagnóstico previo bien realizado.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 Antecedentes

2.2.1.1 Antecedentes Internacionales

Alegre M.(2017), en su investigación de tesis doctoral realizada en Valencia, España a la que tituló “Pronóstico del retratamiento de conductos no quirúrgico; su objetivo fue Determinar el pronóstico del retratamiento endodóntico, y evaluar el porcentaje de supervivencia, la muestra fue de 176 pacientes, a quienes se les practico retratamientos siguiendo las pautas de la Sociedad Europea de Endodoncia, en todos los casos trabajaron con aislamiento absoluto, como resultados principales encontraron que la edad media de los pacientes fue de 48,6 años, encontraron que ,en el 94.5% el contenido intraconducto fue la gutapercha, detectaron 136 lesiones peri apicales ,como conclusión el retratamiento de conductos tiene porcentaje alto de éxito y es predecible, la curación fue completa en el 62,7% de los dientes, la edad y el sexo no influyo en el éxito de los retratamientos”².

Villa C. (2019) en su estudio realizado en Guayaquil, Ecuador, al que título “Prevalencia de retratamientos endodonticos en pacientes; tuvo como objetivo; Determinar la prevalencia de los retratamientos endodonticos realizados en la clínica UCSG, para así brindar información sobre las principales causas del fracaso endodóntico. Estudio de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional, la población fueron 90 historias clínicas y la muestra 50 historias los principales resultados: fueron que el 54% presentaba sintomatología, 76% no presentaban una restauración, el grupo dentario más afectado fueron los incisivos con un 78%, en el 54% existía presencia de una imagen radiolucida y en cuanto a complicaciones clínicas se encontró que los tratamientos se realizaban adecuadamente llegando a la conclusión que: las causas principales por las que los pacientes acuden para realizarse un retratamiento endodóntico es por la presencia de molestias como el dolor luego de un determinado tiempo de haberse realizado el tratamiento endodóntico previo, en algunos casos las restauraciones finales se habían desprendido, por lo tanto el pronóstico era desfavorable debido a la exposición constante a las

bacterias de la cavidad bucal. Hallaron que los incisivos presentaban mayor necesidad de retratamiento, esto puede deberse a la complejidad que presentan en el sistema de conductos, sobre todo los incisivos”³.

Sánchez J.;García C. (2019), desarrollaron un estudio en Bogotá - Colombia al que titularon “Categorización del fracaso para el tratamiento endodóntico primario ; el objetivo caracterizar la enfermedad peri apical posterior al tratamiento endodóntico primario , Se realizó un estudio observacional retrospectivo la muestra fueron 232 dientes ; como resultados principales encontraron una prevalencia de 24% de enfermedades periapicales como conclusión afirman que las obturaciones con longitud corta fue el factor desencadenante para los hallazgos de enfermedad periapical”⁴.

Michieli N (2020); trabajo de investigación para especialista desarrollado en Mendoza, Argentina denominado “Causas de fracaso endodóntico y su resolución quirúrgica; considera que el retratamiento no quirúrgico es la primera opción para tratar elementos con signos y síntomas persistentes, pero, hay algunas limitaciones que restringen la posibilidad de un tratamiento no quirúrgico del conducto radicular, en estos casos la cirugía apical es una opción para el tratamiento de conductos con lesiones peri apical persistente. El propósito de este trabajo fue analizar las causas de fracaso endodóntico y su resolución quirúrgica, presenta un caso clínico donde se realizó una cirugía peri apical, debido a que el diente presentara signos evidentes de fracaso tanto en la primera intervención endodóntica como en el retratamiento; como conclusión afirma que: La endodoncia realizada inicialmente, incluso el retratamiento pueden fracasar pese a los cuidados como limpieza adecuada conformación, y obturación correcta esto debido a infecciones extrarradiculares e intrarradiculares, se asocia a los últimos 3 mm radiculares, por su compleja anatomía la cual no es fácil de limpiar con los irrigantes, es en estos casos que se practica la cirugía periapical”⁵.

2.2.1.1 Antecedentes Nacionales

Amez J.(2018) en su trabajo académico de segunda especialidad realizado en Lima al que denominó “Retratamiento endodóntico de pieza dentaria con periodontitis apical sintomática; el objetivo fue Restablecer a la paciente de sus síntomas y signos logrando la reparación del tejido periapical; y Conservar la pieza dentaria para que pueda ser rehabilitada en su forma y función; el retratamiento de la pieza 36 se efectuó en dos citas, considero el pronóstico reservado, entre las principales conclusiones: Se obtuvo éxito en el retratamiento, óptima limpieza de conductos y obturación, se restableció a la paciente en sus signos y síntomas en la que se alcanzó reparación de tejido periapical, para realizar control radiográfico y reconstrucción del diente en forma y función”⁶.

Quispe J.(2020), trabajo de titulación para segunda especialidad, desarrollada en Lima, trata sobre “Manejo endodóntico no quirúrgico en incisivos inferiores con periodontitis apical sintomática y asintomática, lesión peri radicular - control a 19 meses ; trata del caso de un paciente adulto de 67 años, varón, con mucho dolor en piezas 41 y 42, precisando exodoncia y medicación contra el dolor, la propuesta fue retirarle el espigo colado y efectuar retratamiento, no quirúrgico al cabo de trece meses se revaluó evidenciándose cicatrización apical y clínicamente asintomático, se volvió a evaluar 19 meses después para confirmar el éxito del tratamiento”⁷.

Espinoza O. y Zambrano L. (2020) en su Tesis para obtener el Título de Especialista realizado en Lima, titulado “Factores clínicos determinantes de los retratamientos endodónticos no quirúrgicos realizados en el servicio de endodoncia del centro dental docente – sede San Martín de la facultad de estomatología. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Período 2016 – 2018; el objetivo fue determinar los factores clínicos determinantes de los retratamientos endodónticos no quirúrgicos, estudio tipo descriptivo, observacional y retrospectivo, evaluaron 763 piezas dentarias, solo 437 cumplieron requisitos de inclusión, como resultados principales

observaron que con mayor frecuencia, lesión apical presente (66.82%), extensión de la lesión apical ≤ 5 mm (54.46%), el diagnóstico de periodontitis apical sintomática (37.07%), una calidad de obturación inadecuada con dos o tres criterios (56.75%), y un sellado coronario en mal estado/ausente (81.69%),concluyendo los factores clínicos más frecuentes fueron: sellado coronario en mal estado o ausente, lesión apical presente, calidad de obturación con obturación inadecuada con dos o tres criterios, extensión de la lesión apical ≤ 5 mm y diagnóstico periapical con periodontitis apical sintomática, respectivamente”⁸.

Zamora C.(2021) trabajo de titulación profesional desarrollado en Huánuco, denominado “Incidencia y factores asociados al retratamiento endodóntico en pacientes que acuden al hospital militar central lima 2019,el objetivo fue Determinar la incidencia y factores asociados al retratamiento endodóntico en pacientes que acuden al Hospital Militar Central Lima 2019;estudio del tipo básico experimental transversal, prospectivo y analítico; nivel de investigación relacional y con un diseño no experimental, empleo una muestra de 185 pacientes, entre los principales resultados resaltan que la incidencia de retratamientos es alta, entre sus conclusiones afirma que 60.6% de pacientes presentaron retratamiento de ellos el 43.7% de pacientes se asoció a factores anatómicos, intraoperatorios inclusive a diagnóstico”⁹.

2.2.2 Bases teóricas

A . Retratamiento endodóntico

La American Association of Contemporary Terminology for Endodontics, define al retratamiento como: “Procedimiento que pretende eliminar del diente los materiales de obturación del conducto radicular con el fin de volver a limpiar, remodelar y obturar los conductos; suele realizarse cuando el tratamiento inicial parece inadecuado, ha fracasado o el conducto radicular se ha contaminado debido a una exposición prolongada al medio oral”¹⁰.

El retratamiento es en sí suprimir, quitar toda la materia contaminada del conducto, también se debe realizar una conformación adecuada para luego desinfectar y obturar, generalmente se realiza para casos que presentan complicación, en las que hay presencia de postes muñones, en algunos casos instrumentos fracturados o en los que se ha producido escalones, en las que se debe tener pericia y está el uso de instrumentos específicos, siendo lo primero el establecer correctamente el diagnóstico si es verdaderamente un fracaso endodóntico.

B. Principales causas de fracaso endodóntico

“Dejar bacterias por inapropiada limpieza del sistema de conductos radiculares. -No reconocer conductos adicionales. -Inhabilidad para tratar e instrumentar conductos calcificados. - Presencia de instrumentos separados dentro del conducto. -Obturación deficiente. -Realizar obturación con pastas u otros materiales reabsorbibles. -Filtración coronal debido a una restauración coronaria deficiente, ya sea temporaria o definitiva. -Pérdida o filtración de la restauración permanente”¹⁰.

Coronel¹ sostiene que las causas del fracaso se clasifican generalmente en: 1) Tratamiento inconcluso. 2) Filtración coronal 3) Sobreobturación, 4) Subobturación,

Como causas no microbiológicas, por las que se produce una periodontitis apical crónica, está la reacción que experimenta el peri apice y los tejidos adyacentes frente a la obturación que se extravasó, provocando lesión radiotransparente asintomática ¹¹.

C. Etapas del retratamiento

1. Apertura coronal

Es la primera etapa del tratamiento consiste en comunicarse con la cámara pulpar, etapa que nos sirve para determinar la forma más conveniente de acceso, se remodela las paredes y se logra un acceso justo a los canales radiculares para poder realizar el retratamiento¹¹.

2. La conductometría

Nos servirá para determinar la longitud de trabajo, para tal efecto se emplea instrumentos manuales y la radiografía, aunque también se puede utilizar métodos electrónicos¹¹.

3. Conformación y limpieza del sistema de conductos radiculares

La finalidad de este paso es lograr la conicidad de los conductos desde el orificio de entrada hasta el ápice se debe respetar la anatomía interna se debe lograrla constricción y realizarse una limpieza correcta profusa eliminando bacterias tejidos necróticos compuestos antígenos, hasta lograr su desinfección¹¹.

4. Obturación del conducto radicular

Esta es la etapa final, se debe rellenar todo el conducto en forma hermética, impide la entrada de bacterias, sirve para evitar multiplicación de bacterias el resultado del tratamiento depende de la calidad de esta obturación, en si de todos los pasos¹¹.

5. Restauración coronaria

Esta deberá ser optima impedirá micro filtración bacteriana, considerándose que el tratamiento endodóntico y mucho más el retratamiento depende de la calidad de la obturación y la restauración final ¹¹.

2.3 Objetivos

Objetivo general

Efectuar retratamiento de endodoncia en el diente 21, y conservarlo rehabilitando su forma y función.

Objetivos específicos

Conseguir una perfecta limpieza, remodelado y obturación del sistema de conductos radiculares del diente 21.

III. DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.1. HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS

NOMBRES Y APELLIDOS: R. M. F A.

EDAD: 33 años SEXO: femenino

DOMICILIO: AAHH Martires del Periodismo Mz V Lt 7 - SJL

TELÉFONO: [REDACTED]

OCUPACIÓN: Comerciante

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Lima 14 / 04 / 1989

LUGAR DE PROCEDENCIA: Lima

• MOTIVO DE CONSULTA:

“Se me inflamo y siento dolor”

B. ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente refiere que tuvo tratamiento de endodoncia en el diente 21 hace un año, desde hace una semana refiere dolor a la masticación y aumento de volumen en la zona del diente 21.

• SIGNOS Y SINTOMAS: el paciente refiere sentir dolor cuando mastica sus alimentos, a las pruebas de sensibilidad pulpar al frio negativo al calor negativo, a las pruebas de sensibilidad periapical en forma vertical dolor persistente y localizado, a la percusión horizontal es negativo, presenta tumefacción localizada en el diente 21.

• ENFERMEDAD ACTUAL (INICIO, EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL
DE LA ENFERMEDAD)

Paciente de 33 años de edad de constitución mediana, llega a la consulta, afirmando que desde hace una semana, refiere dolor a la masticación y aumento de volumen en la zona del diente 21; a las pruebas de sensibilidad pulpar al frío es negativo al calor negativo, a las pruebas de sensibilidad periapical, en forma vertical; dolor persistente y localizado, a la percusión horizontal es negativo, presenta tumefacción localizada.

• FUNCIONES BIOLÓGICAS

• SUEÑO: Normal SED: Normal APETITO: Normal

• ORINA: Normal DEPOSICIONES: Normales PESO: 68 kilogramos

ANTECEDENTES

A. ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES:

Mamá: no refiere

Papá: no refiere

Abuela materna: no refiere

Abuelo paterno: no refiere.

Hermanos: no refiere

B. ANTECEDENTES PERSONALES (HÁBITOS):

Refiere no tener ningún tipo de mal hábito.

AMPLIACIÓN: Cada vez que sufre de alguna molestia acuden a la posta de su distrito.

C. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: Ninguna

HOSPITALIZACIONES PREVIAS: No refiere

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: No refiere

TERAPEÚTICO RECIENTE: No refiere

3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

Estado general y funciones neurosensoriales del paciente

LOTEP, ABEN, ABEH, ABEG

Funciones vitales

PA: 120/75 mm Hg.

PULSO: 70ppm

TEMPERATURA: 37°

FRECUENCIA RESPIRATORIA: 18 rpm

Piel: Con buena humectación

Tejido subcutáneo: Buena distribución

RASA: No se evidencia ningún tipo de trastorno.

SOMA: No refiere

3.3 EVALUACIÓN INTEGRAL

EXAMEN REGIONAL

EXAMEN ESTOMATOLOGICO EXTRA ORAL ELEMENTAL:

CABEZA: Normocéfalo

OJOS: S.A.E.

OIDOS: S.A.E.

NARIZ: Permeables

CARA: Normo Facial

ATM: Sin alteración evidente.

GANGLIOS: No palpables.

LABIOS: medianos activos elásticos, humectados

CARRILLOS: presentan color rosado, húmedos, presencia de línea oclusal (línea alba), salida de conducto de Stenon sin alteración.

ENCIAS: Encía en estado normal sin lesión aparente.

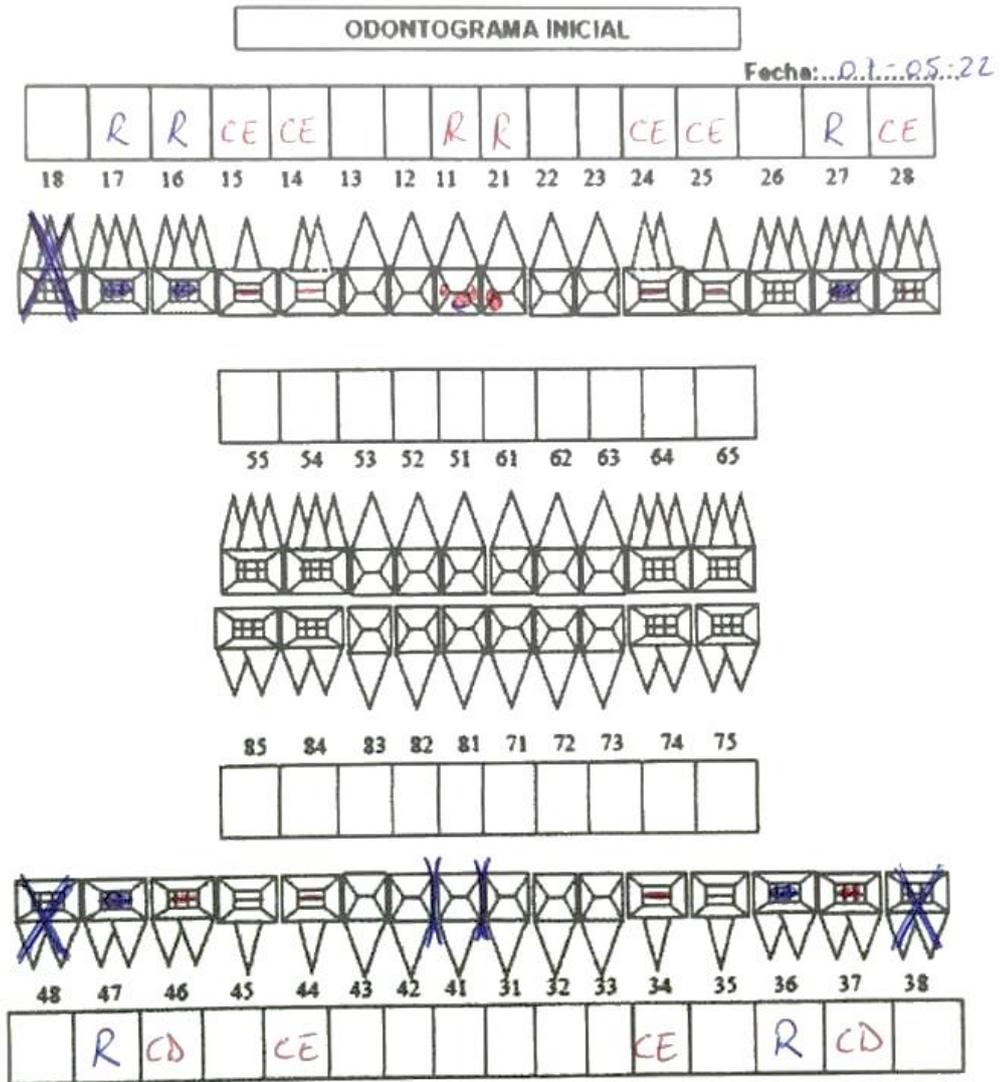
PALADAR DURO Y BLANDO: De color rosado, rugas conservadas sin alteración ni lesiones en el paladar.

OROFARINGE: Úvula normal vibrante, amígdalas de tamaño mediano SAE.

LENGUA: húmeda de tamaño normal acorde a su edad, ovalada, sin presencia de saburra.

PISO DE BOCA: SAE Frenillos sin alteración.

Figura 1. ODONTOGRAMA



Especificaciones: Pieza 21, sintomática con restauración irregular en la cara palatina (mesial)

Observaciones: Se observa la presencia de un absceso apical a nivel de la Pieza 21

Fuente; Dirección Ejecutiva de Salud Bucal - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

3.4 DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Presuntivo:

Pieza dental 21 con lesión periapical

Diagnóstico por imágenes radiográficas

Figura 2 Fotografía de Imagen radiográfica periapical



Se halló una zona radio lucida a nivel del ápice, no hay presencia de curvatura, se observa el espacio del ligamento periodontal levemente ensanchado, se observa la endodoncia deficiente mala compactación. Se observa mala obturación.

Diagnóstico Definitivo:

Pieza dental 21, Absceso apical agudo

3.5. Pronóstico:

Reservado

IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

4.1 Formulación del Plan de tratamiento general

El plan de tratamiento indicado es el retratamiento endodóntico en dos citas a seguir, para ello se procederá:

- a) Bloquear en nervio anterior alveolar superior
- b) Se empleara aislamiento absoluto
- c) Desobturar el conducto radicular del diente 21
- d) Instrumentación

Empleo de limas para retirar material de relleno

- e) Conductometría

Con la lima 15 teniendo en cuenta el tope se encontró una longitud de trabajo de 21mm.

- f) Obturación

Figura 3 Fotografías, de frente y perfil.



Autor: *Joe Frank A. Lino Arnaez*

Figura 4 Fotografía zona del problema



Presenta un absceso indurado en zona de la pieza 21

Autor: Joe Frank A. Lino Arnaez

PROTOCOLO CLÍNICO

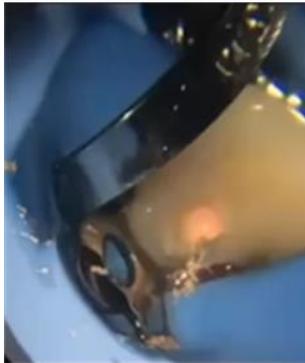
Primera sesión:

Figura 5. Fotografía de anestesia (Se aplica anestesia tópica al 5% luego anestesia infiltrativa, para bloquear el nervio alveolar anterior)



Autor: Joe Frank A. Lino Arnaez

Figura 6. Fotografía de localización de la gutapercha



Autor: Joe Frank A. Lino Arnaez

Figura 7. Fotografía de la desobturación



Autor: Joe Frank A. Lino Arnaez

Figura 8. Fotografía de la conductometría



Autor: Joe Frank A. Lino Arnaez

Figura 9. Fotografía de medicación intraconducto

Se colocó hidróxido de calcio mezclado con solución salina



Autor: Joe Frank A. Lino Arnaez

SEGUNDA SESIÓN

Figura 10. Fotografía de limpieza del conducto

Se elimina la obturación temporal, y se lava el conducto



Autor: Joe Frank A. Lino Arnaez

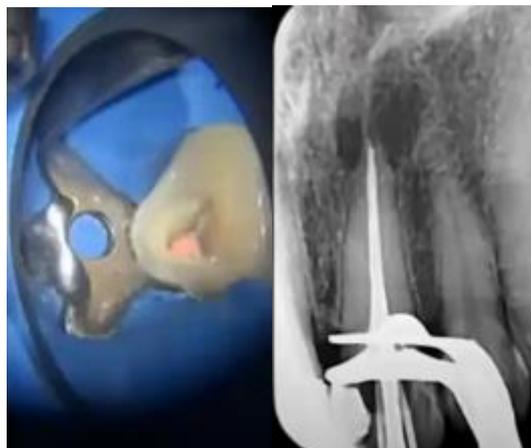
Figura 11. Fotografía de prueba del cono de gutapercha



Autor: Joe Frank A. Lino Arnaez

Figura 12. Fotografía de obturación del conducto

Compactación con conos laterales, y corte de la gutapercha



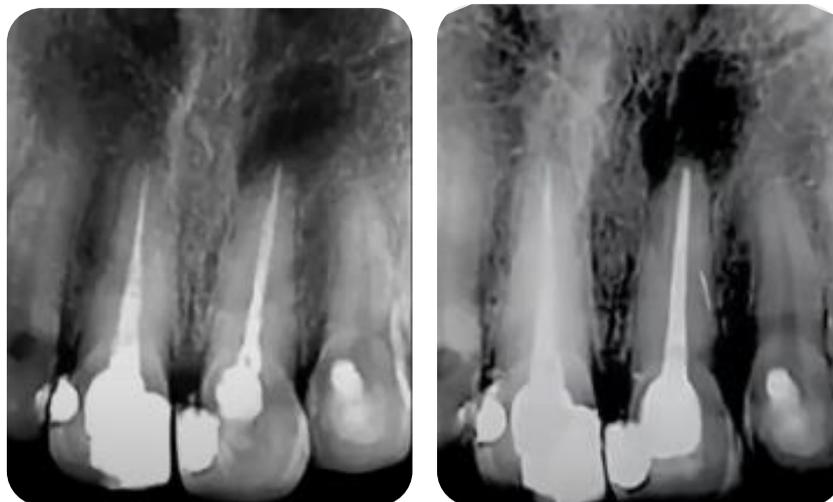
Autor: Joe Frank A. Lino Arnaez

Figura 13. Fotografía del cierre del caso con resina



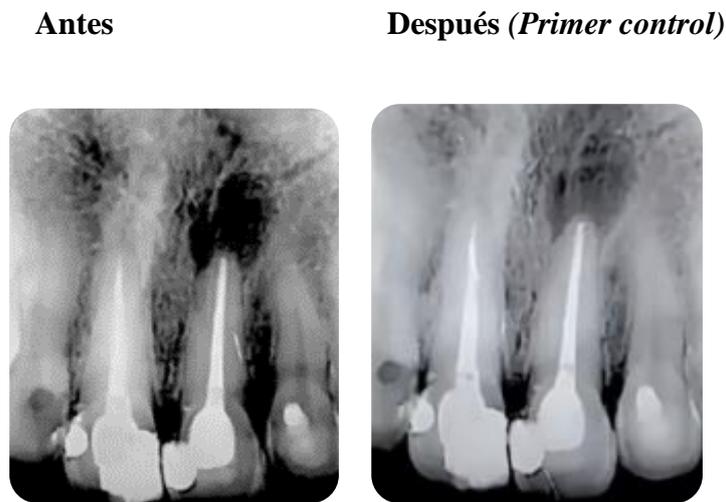
Autor: Joe Frank A. Lino Arnaez

Figura 14. Fotografía del caso inicial y final en radiografías



Autor: Joe Frank A. Lino Arnaez

Figura 15. Fotografías del primer control radiográfico al mes y medio de iniciado el tratamiento



Autor: Joe Frank A. Lino Arnaez

Figura 16. Fotografía del estado de la paciente al cabo de un mes y medio de tratamiento



4.2 Plan de control y mantenimiento

Para los casos, de retratamiento endodóntico no quirúrgico, se debe realizar un control clínico y radiológico al cabo de seis meses, si hubiese periodontitis apical el control debe ser repetido hasta la regresión de la patología, en que se verifique la completa translucidez apical, se considera como lapso de curación completa, 4 años.

V. APORTES

- Por el trabajo realizado y la investigación consiguiente, se considera que la mayor causa para realizar un retratamiento de conductos, es la incorrecta preparación del conducto radicular, lo que conlleva a una, obturación deficiente.
- Es muy importante valorar la pieza dentaria en su diagnóstico certero, y seguir el protocolo estricto para poder resolver casos de retratamiento de conductos.
- Determinar que el fracaso se produjo por incompleta o mala preparación del conducto, se puede pensar en efectuar el retratamiento mediante procedimientos no quirúrgicos

VI. CONCLUSIONES

- Se debe confirmar el fracaso endodóntico, para establecer que es posible restaurar el diente, que debe estar en forma periodontal sano, y el paciente muestre conformidad en mantenerlo, el retratamiento no quirúrgico constituye la primera opción en el manejo de estos casos clínicos.
- Efectuado el tratamiento se eliminó signos y síntomas en la pieza dental 21, que presentaba un absceso apical agudo.
- Se pudo lograr una perfecta limpieza, remodelado y obturación del sistema de conductos radiculares del diente 21; manifestado en el tejido óseo en proceso de curación.

VII. RECOMENDACIONES

- En el retratamiento endodóntico no quirúrgico para una pieza dental diagnosticada con absceso apical agudo, se deben efectuar, un diagnóstico completo, acompañado de exámenes auxiliares precisos, antes de un tratamiento.
- Se debe realizar un control estricto en casos de retratamiento endodóntico, hasta garantizar que los signos y síntomas hayan desaparecido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coronel J., et al. Técnicas manuales y mecanizadas en el retratamiento endodóntico: Revisión de Literatura. Revista San Gregorio [Internet] 2018 [2 Junio 2022]. 24 (2018): 6-15. Disponible en:
<https://revista.sangregorio.edu.ec/index.php/REVISTASANGREGORIO/article/view/722>
2. Alegre M. Pronóstico del retratamiento de conductos no quirúrgico. [Tesis doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia; 2017.
3. Villa C. Prevalencia de retratamientos endodónticos en pacientes [Tesis]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2019.
4. Sánchez J.; García C. Categorización del fracaso para el tratamiento endodóntico primario [Internet]. 2014, vol. 9, núm. 2, 2019, Julio-, pp. 10-23 [citado 2022-04-28], pp.133-142. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/76432>
5. Michieli N. Causas de fracaso endodóntico y su resolución quirúrgica. [Tesis de especialista]. Mendoza.: Universidad Nacional de Cuyo; 2020.
6. Amez J. Retratamiento endodóntico de pieza dentaria con periodontitis apical sintomática. [Tesis de segunda especialidad]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2018.
7. Quispe J. Manejo endodóntico no quirúrgico en incisivos inferiores con periodontitis apical sintomática y asintomática, lesión periradicular - control a 19 meses. [Tesis de especialista]. Lima.: Universidad Privada San Juan Bautista; 2020.
8. Espinoza O.; Zambrano L. Factores clínicos determinantes de los retratamientos endodónticos no quirúrgicos realizados en el servicio de endodoncia del centro dental docente – sede San Martín de la facultad de estomatología. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Período 2016 – 2018. [Tesis de especialista]. Lima.: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020.

9. Zamora C. Incidencia y factores asociados al retratamiento endodóntico en pacientes que acuden al Hospital Militar Central Lima 2019. [Tesis]. Huánuco.: Universidad de Huánuco; 2021.

10. Villalba C.; Carvajal M. Retratamiento endodóntico. [Internet]. 2019, pp. 182-183 [citado 2022-04-28]. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/16572>

<https://revista.sangregorio.edu.ec/index.php/REVISTASANGREGORIO/article/view/722>

11. Gonzaga L. Retratamiento endodóntico asociado a periodontitis apical crónica. [Tesis]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2021.

12. Colegio Odontológico del Perú. Consentimiento informado. [Internet]. [Citado.04 de Junio del 2022].Disponible en:

<https://www.cop.org.pe/wp-content/uploads/2015/05/ENDODONCIA.pdf>

ANEXOS

Anexo 1



Colegio Odontológico del Perú
Consejo Administrativo Nacional

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDODONCIA

Yo, paciente ROSA MARIA FRANCO AYTE, con DNI No. 45972122, mayor de edad, y con domicilio en AA.HH. MARTIRES DEL PERIODISMO MZ. V. LT. 7 - S.J.L.
o Yo con DNI No., mayor de edad, y con domicilio en en calidad de representante legal de

DECLARO

Que el Cirujano Dentista Joe Frank A. Lino Arnaez me ha explicado que es conveniente en mi situación proceder a realizar el tratamiento endodóntico de mi pieza dentaria, para los que me ha informado debidamente de lo siguiente:

1. El propósito principal de la intervención es la eliminación del tejido pulpar inflamado o infectado, del interior del diente para evitar secuelas dolorosas o infecciosas
2. El tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan el bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.
Me ha explicado también que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara que normalmente va a desaparecer en dos o tres horas.
Igualmente me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar bajada de tensión que, más infrecuentemente, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e incluso, excepcionalmente, la muerte.
También puede provocar la administración de anestesia urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico, es decir asfíxia, que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.
3. La intervención consiste en la eliminación y el relleno de la cámara pulpar y los tejidos radiculares con un material que selle la cavidad e impida el paso a las bacterias y toxinas infecciosas, conservando el diente o molar.



Colegio Odontológico del Perú

Consejo Administrativo Nacional

4. Se me ha informado, que a pesar de realizar correctamente la técnica, cabe la posibilidad de que la infección o el proceso quístico o granulomatoso no se eliminen totalmente, por lo que puede ser necesario acudir a la cirugía periapical al cabo de algunas semanas, meses o incluso años. Igualmente es posible que no se obtenga el relleno total de los conductos, por lo que también puede ser necesario proceder a una repetición del tratamiento, como en el caso de que el relleno quede corto o largo.

También me ha advertido que es muy posible que después de la endodoncia el diente cambie de color y se oscurezca ligeramente. Y me ha indicado que es frecuente que el diente o molar en el que se ha realizado la endodoncia se debilite y tienda a fracturarse, por lo que puede ser necesario realizar coronas protésicas e insertar refuerzos intrarradiculares.

5. Me ha informado de que todo acto quirúrgico que lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

He comprendido lo que se me ha explicado mi cirujano dentista de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.

Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello,

DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me practique el tratamiento de endodoncia.

En Lima, a07..... deMayo..... de.....2022.....

El Paciente o
Representante Legal

45972122

El Cirujano Dentista
COP

Anexo 2

Anexo 2.

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA

En la fecha, yo Joe Frank A. Lino Arnaez identificado con DNI 47645542, Domiciliado en Jr. Galaxias # 2785 Urb Ganimedes - S.J.L., BACHILLER de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Odontología, me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada **“RETRATAMIENTO ENDODÓNTICO NO QUIRÚRGICO”** Se haya considerado datos falsos, falsificación, plagio, auto plagio, etc. y declaro bajo juramento que mi trabajo de investigación es de mi autoría y los datos presentados son reales y he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.



Nombres y apellidos:
Joe Frank A. Lino Arnaez
DNI n° ...47645542..

Lima, Junio del 2022.