

¿Cómo es posible evitar la fatal contaminación corono-apical, cuando los dientes con tratamientos de conductos pierden el sellado coronal?



Pregunta propuesta por el Dr. Javier Cremades Aparicio, Licenciado en Odontología por la UEM. Profesor de Oclusión Dentária UEM. Práctica exclusiva en Odontología Conservadora y Estética.



Responde el Dr. Eduardo Padrós Fradera, Licenciado en Medicina y Cirugía por la Univ. de Barcelona. Licenciado en Estomatología por la UCM. Doctor en Medicina por la Universidad de Barcelona y miembro de la Real Academia de Medicina de Cataluña.

Una vez perdido el sellado coronal (sea debido al fracaso de un composite, de una corona, o por una fractura...) ya nada, excepto una intervención casi inmediata, va a poder impedir que se produzca una contaminación corono radicular por la auténtica "Via Augusta" que existe entre las obturaciones standart de la actualidad y las paredes dentinarias del conducto (Fig. 1). Lo cual nos obligará a una reendodoncia completa si no queremos tener disgustos a posteriori.

Y esto es así, en mayor medida, cuando la obturación ha sido efectuada con las más modernas técnicas de gutapercha caliente, porque la gutapercha caliente por muy espectacular y hermosa que nos luzca radiográficamente, sufre una inevitable contracción de enfriamiento que aún agranda más este riesgo microscópico de contaminación corono-apical.

Por ello, si queremos que todo el éxito de los tratamientos de conductos no sea debido exclusivamente a un buen sellado coronal, y queremos que ya no se produzcan más las inevitables, hasta ahora, contaminaciones corono-apicales, es necesario sellar más eficazmente las paredes de los conductos.

Estudios efectuados hace unos años con el Enviromental Scanning Electron Mycroscope (ESEM)¹, sobre distintos métodos de desinfección y acondicionamiento de los conductos tratados, nos permitieron comprobar que no había ningún sistema al uso que pudiera garantizar un autentico sellado de los mismos. En realidad lo que cualquier método actual garantiza es una rotunda y omnimoda permeabilidad debido a un sellado, desgraciadamente, siempre ineficaz. Desde siempre venimos quedando en manos de la buena obturación coronal para conseguir el éxito duradero de la endodoncia.

Por este motivo ensayamos otros métodos de obturación de los conductos, hasta que, inspirados por los métodos de adhesión en operatoria dental², encontramos pronto un método eficaz en lo que se refiere a su sellado global, y muy especialmente, en lo que se refiere al sellado de las paredes del conducto.^{3,4,5}

En resumen, el método que microscópicamente ofrece un sellado más completo y uniforme y que venimos utilizando con plena satisfacción desde entonces es el siguiente. Concluido el acceso con instrumental hasta la constricción apical (que es un procedimiento físico) y ya dispuestos a desinfectar y acondicionar el conducto, (que es un procedimiento químico), vamos a seguir el siguiente protocolo:

- 1. Aplicamos ácido fosfórico al 36 % durante 30" con puntas de papel embebidas (Fig. 2)*
- 2. Lavamos con hipoclorito sódico al 5,25% a 40°C durante un mínimo de 60" con jeringa y aguja apropiadas. La desproteínización que promueven estos dos pasos es excelente y el acceso al interior de los conductos laterales, delta apical y de los mismos túbulos dentinarios resulta muy llamativa (Fig. 3), y el exterminio de colonias es mucho mas eficaz. Secar con puntas de papel.*
- 3. Con el fin de seguir destruyendo colonias bacterianas aplicamos a continuación agua ozonizada, especialmente efectiva contra los entorococcus faecalis, no resistentes todavía (cosa que ocurre cuando no son eliminados completamente en el primer intento) y entonces son los responsables de las exacerbaciones y los fracasos en los retratamientos. Además, el agua ozonizada (que no es muy eficaz contra los capnocytophagas, pero sí contra el streptococcus mutans) nos sirve para "separar" el hipoclorito de la clorhexidina (que vamos a usar a*



continuación para completar el abanico destructor de bacterias) y evitar así la precipitación que se produce entre hipoclorito y clorhexidina. Si no se dispone de agua ozonizada, usar suero estéril para evitar esa precipitación.

4. Clorhexidina al 5% durante 60". Secar con puntas de papel.

Si se desea aplicar algún tipo de láser o de fulguración puede hacerse. No hay incompatibilidad con el método descrito. Y con ello concluimos la mejor desinfección posible de los conductos, y pasamos a la obturación y sellado.

5. Aplicación con puntas de papel del Primer de un adhesivo dentinario autograbante y autopolimerizable durante un mínimo de 60" (ED Primer de Kuraray o Para Post de Whaledent). Secar con puntas de papel.

6. Aplicación de Endo Rez (Ultradent), cemento de resina, no embolizante, que se une con el ED Primer y contribuye a sellar los túbulos dentinarios, abiertos con el fosfórico y el hipoclorito.

7. A continuación se puede usar el método de obturación que se prefiera: condensación lateral, gutapercha caliente, etc. Pero siempre quedará entre la gutapercha y el Endo Rez un gap, naturalmente, que no nos gusta en absoluto, pero que es mucho mejor que el gap entre cemento y túbulos dentinarios, que hay con cualquier otro método de obturación actual.

El mejor método que hemos encontrado para este relleno final es el sistema Guta Flow. Gutta Flow es un sistema de gutapercha fluida que no contrae. Nos parece apropiado a pesar de la notable incomodidad de su pistola aplicadora y del aspecto de porespan expandido o de merengue poroso que ofrece, defecto que se minimiza al mezclarse con el Endo Rez aún fluido.

El Endo Rez ofrece un tiempo de trabajo de 15' pero como que es dual puede endurecerse con lámpara si se desea después de su aplicación, en la parte mas coronal.

Aunque la unión entre un adhesivo autopolimerizable y un cemento dual no es la ideal, en teoría, el resultado microscópico es muy bueno. En el futuro alguna casa comercial avisada nos ofrecerá un kit ajustado a este método original que hemos propuesto y comprobado. El sellado con este método es eficaz clínicamente. Las curaciones de las lesiones periapicales son mas rápidas de lo habitual.

En los blanqueamientos internos no hace falta "tapar" con ionómero u otros materiales la entrada de los conductos, cosa que, naturalmente, se ha de hacer precisamente porque el conducto obturado de la forma standarizada actualmente no está nunca sellado con la mínima eficacia necesaria. En las figuras 5 a 13 se puede comprobar el resultado de esta técnica original de obturación y sellado. Para mayor información puede consultarse cualquiera de las publicaciones indicadas en la bibliografía.

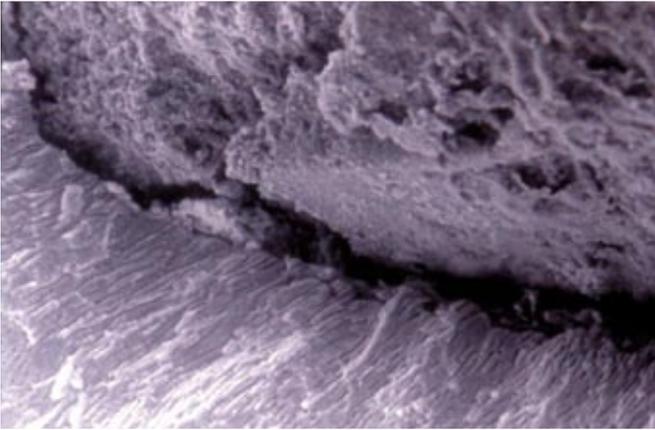


Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

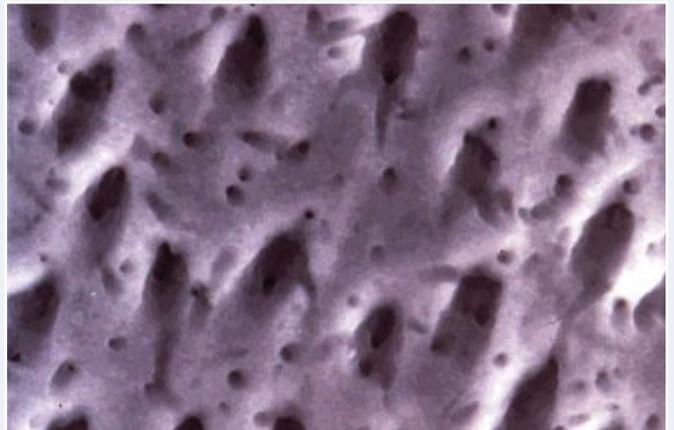


Figura 4.

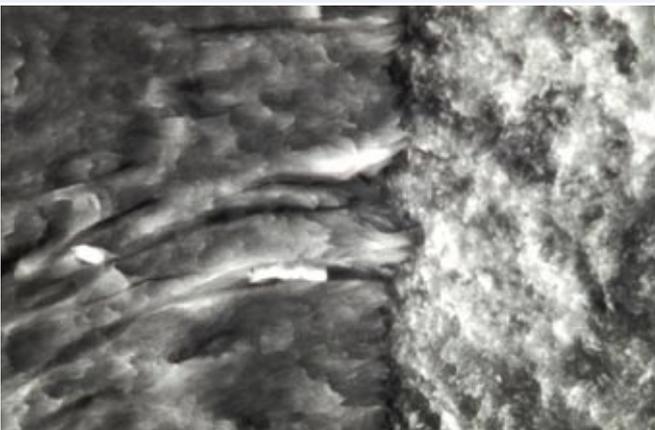


Figura 5.



Figura 6.

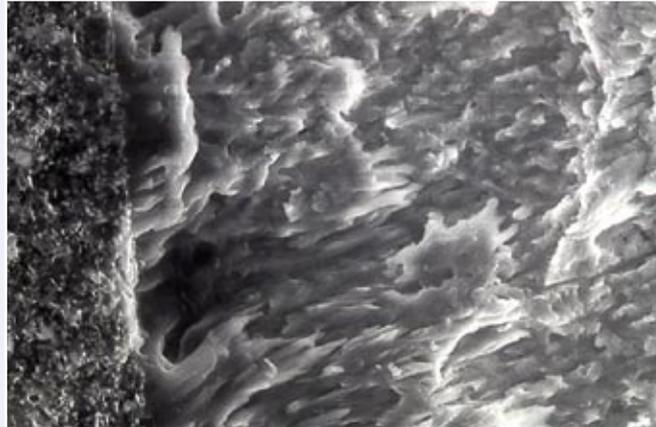


Figura 7.

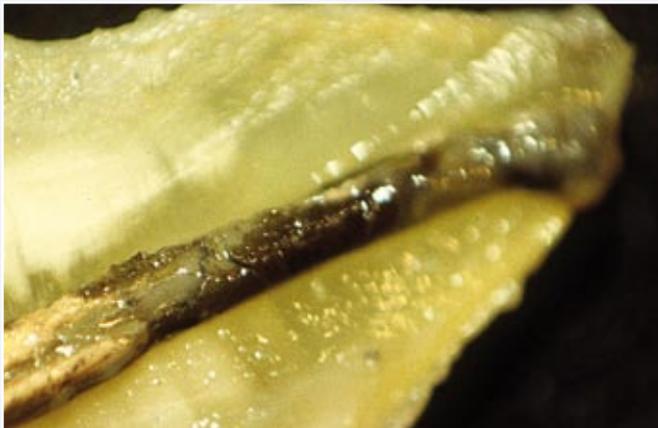


Figura 8A.



Figura 8B.



Figura 9A.

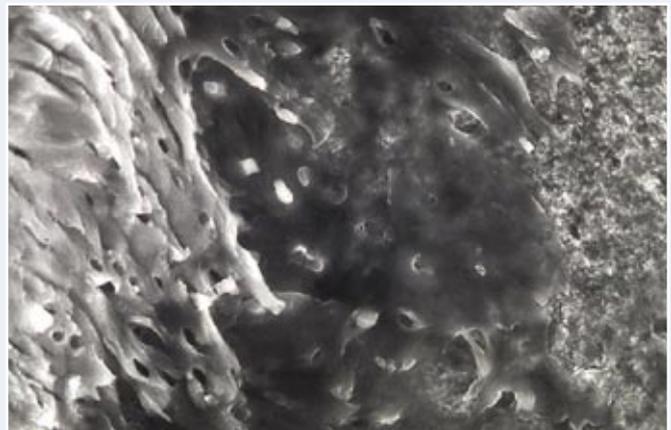


Figura 8B.

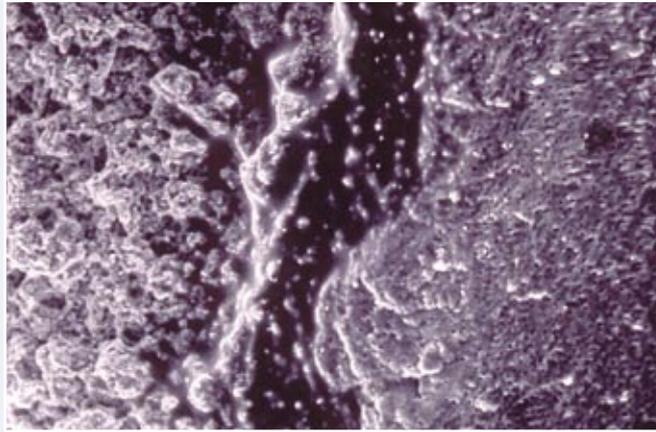


Figura 10.

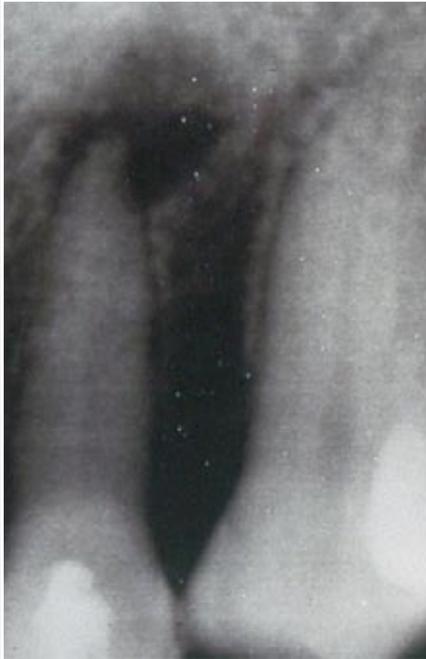


Figura 11A.



Figura 11B.



Figura 12A.



Figura 12B.



Figura 13.

BIBLIOGRAFÍA

1- Padrós E. Creus M. Padrós JL. Manero JM. Una nueva etapa en la investigación odontológica con el Microscopio de Barrido Ambiental (ESEM). Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España 1999; 4 : 73-80.
2- Padrós E. Padrós JL. Manero JM. Los fastidiosos

enigmas de la adhesión dentinaria. Ideas y Trabajos Odontoestomatológicos. 2000;1:8-37.

3- Padrós E. Rodríguez Vallejo J. Manero JM. Un nuevo método de acondicionamiento, desinfección y obturación en endodoncia. Endodoncia 2004;22,3:162-75.

4 - Padrós E. Padrós JL. Serrat A. Rodríguez Vallejo J. Manero JM. Examen al ESEM (environmental

Scanning Electron Microscope) de los modernos métodos de obturación de los conductos radiculares. Dental Dialogue 2005;4:72-86.

5 - Padrós E. Rodríguez Vallejo J. Manero JM. Cómo obtener un sellado microscópico de las paredes de los conductos radiculares (Técnica original) Revista Europea de Odontoestomatología 2002; 14: 263-74.