

DESObTURACIÓN DEL CANAL RADICULAR

DEFINICIÓN:

Es la eliminación del relleno endodóntico del interior de un canal radicular previamente tratado. Según su objetivo puede ser:

- I Desobturación parcial: cuando se elimina una parte del relleno endodóntico, con objeto de preparar un espacio para alojar una espiga protésica.
- II Desobturación total: cuando se elimina la totalidad del relleno con el objeto de repetir un tratamiento de endodoncia.

DESObTURACIÓN PARCIAL DEL CANAL RADICULAR:

Consiste en la eliminación parcial del relleno del canal con el objeto de preparar un espacio para alojar una espiga protésica.

La cantidad ideal de relleno endodóntico apical que debe quedar en el interior del conducto es de 5mm *, se aceptan hasta 3,5 mm.

Requisitos Previos a Desobturación Parcial o Total

1. Radiografía del diente tratado, reciente (no más de 3 meses) y sin distorsiones.
La radiografía es útil como auxiliar en el diagnóstico de las alteraciones de los tejidos duros de los dientes y estructuras perirradiculares, para evaluar la cantidad, ubicación, forma, tamaño y dirección de las raíces y canales radiculares, así como para calcular y confirmar la longitud de éstos antes de la preparación quimiomecánica.
2. Obturación del o los canales radiculares adecuada en longitud y amplitud (densidad).
3. Diente clínicamente asintomático, sin dolor a la percusión, ni a la palpación y sin fístulas o abscesos (silencio clínico).
4. Obturación realizada con un tiempo de anterioridad tal, para que el cemento haya fraguado y también sellado los conductos accesorios impidiendo la penetración de bacterias.

Existe controversia en cuanto al momento apropiado en realizar la desobturación parcial, algunos autores proponen la eliminación de la gutapercha después de que el cemento del conducto radicular ha fraguado, es decir, 48 hrs.

Se ha visto que lo mejor es esperar una semana, no sólo por el fraguado del cemento, sino también para que desaparezca la sintomatología con la que puede quedar la pieza como resultado de la OBC.

5. Una obturación cameral que asegure la ausencia de filtración coronaria → ver que material se usó (ideal es que sea un doble sellado con Fermín y Vidrio Ionómero o Composite. Se ha visto filtración a los pocos días al usar sólo Fermín y a las pocas horas sin obturación temporal).

Hay que tener en cuenta que los cementos temporales en base a yeso (Fermín, Cavit, Coltosol) al fraguar se expanden, por lo que eventualmente podrían producir fracturas en el remanente coronario debilitado.

Etapas iniciales de las Técnicas de Desobturación parcial.

1. Calcular en la rx longitud de desobturación que deje un remanente apical de 5mm.
2. Aislar el diente en forma unitaria y absoluta.
3. Desinfectar el campo operatorio con elementos adecuados (Alcohol 70%, CHX 2% o Hipoclorito de Sodio).
4. Remover cuidadosamente la obturación cavitaria y cameral.

Técnicas de Desobturación Parcial:

- Desobturación Térmica plastificando la gutapercha con atacadores calentados.
- Desobturación con fresas tipo Largo u otras fresas específicas para la espiga que se va a colocar.

Para operadores no expertos es recomendable desobturar plastificando la gutapercha con atacadores calentados. Operadores más experimentados pueden proceder mediante fresas Largo u otras fresas específicas para la espiga que se va a colocar, usando siempre un tope de goma en la fresa Largo con la longitud de desobturación previamente calculada.

-Instrumentos Para Desobturación Parcial del canal:

Atacadores calentados.

Fresas Largo.

Fresas dimensionadas específicas para cada espiga preformada.

Fresas Largo: Parte activa 8 mm
Punta inactiva
Largo del vástago = 15 o 19 mm
Poseen 4 filos
Nº 1 = equivale a una lima Nº 70
Nº 2 = equivale a una lima Nº 90
Nº 3 = equivale a una lima Nº 110

■ Desobturación Térmica con Atacadores:

1. Seleccionar un atacador de tamaño adecuado, calentarlo al rojo e introducirlo en el canal, retirando 2 a 3 mm por vez de gutapercha limpiándolo y enfriándolo después de cada uso.
2. Condensar, con un atacador acorde con el diámetro del canal la gutapercha remanente reblandecida.
3. Repetir los pasos anteriores hasta lograr la profundidad adecuada de desobturación.
4. Tomar una radiografía control de la desobturación parcial del conducto.
5. Rectificar la preparación mediante una fresa Largo o Peeso, alisando las paredes, retirando los restos de cemento y ampliando el conducto.

■ Desobturación con fresas Largo:

1. Centrar el desgaste inicial con fresa Largo Nº 3.
2. Utilizar topes de silicona en las fresas, como control de profundidad.
4. Tomar una radiografía control de la desobturación parcial del conducto.
5. Controlar la oclusión, es importante que no exista trauma oclusal.

Nota: en canales curvos la desobturación parcial sólo se puede hacer en la parte recta del canal.

Maniobras finales:

1. Condensar apicalmente el remanente de gutapercha.
2. Apretar una tórula pequeña en la entrada del conducto y sellar la cavidad con doble sellado de Fermín y Vidrio ionómero.
3. Tomar una radiografía control de la desobturación parcial del conducto.
4. Controlar la oclusión, es importante que no exista trauma oclusal.
5. Instruir al paciente de restaurarse el diente lo más pronto posible, derivándolo a su dentista con la radiografía de preparación de espiga y el informe de las longitudes de obturación del conducto.

Accidentes durante la desobturación parcial del conducto radicular:

- Desgaste excesivo de las paredes del conducto
- Falsas vías
- Perforación

Prevención de accidentes:

- Estudiar radiografías tomadas en dos angulaciones.
- Predeterminar la profundidad de la preparación.
- Asegurarse del dominio visual del conducto.
- Seguir el eje del conducto cerciorándose que no hay desviación sin presión contra las paredes del conducto.
- Profundizar y ampliar gradualmente.
- Usar instrumentos con punta inactiva.

Cuidado del Conducto Protésico:

- Evitar la contaminación con saliva.
- Limpieza en la toma de impresión.
- Confección provisorios bien ajustados.
- Evitar el desalojo de provisorios.
- Limpieza y asepsia previa a la cementación.
- No exponer al medio bucal.
- Tiempo breve entre la preparación del conducto y cementación del definitivo.

DEASOBTURACIÓN TOTAL DE CANALES RADICULARES:

Consiste en la eliminación total del relleno del conducto con el objeto de repetir un tratamiento de endodoncia.

Se realiza en:

- Dientes recién obturados con defectos en longitud y/o amplitud a la rx.
- En dientes con persistencia de sintomatología posterior a la OBC.
- En dientes sin sintomatología dolorosa.

En dientes con sintomatología dolorosa:

- Inmediata a la obturación, en caso de sintomatología dolorosa por + de 10 días posterior a la OBC, aunque la rx muestre una obturación adecuada.
- Tardía, en caso de agudizaciones periódicas de cuadros crónicos como periodontitis, aumento de volumen y movilidad con o sin aparición de fístula.

En dientes asintomáticos:

- Con persistencia de fístula
- Con obturación insatisfactoria en longitud o amplitud, cuando se les indique anclaje intraconducto.
- Persistencia de lesiones periapicales más allá de 4 años.
- Aparición de lesión periapical en diente tratado.
- Aumento de tamaño de la lesión original en diente tratado.
- Comunicación de la obturación del conducto con el medio bucal.

Recordar que las patologías existentes no necesariamente derivan de canales tratados sino que pueden deberse a la falta de tratamiento de un canal no detectado.

Técnicas de Desobturación Total:

- Técnica A: Con instrumentos endodónticos tradicionales (Limas H). Se indica para desobturar sellados de poca densidad.
- Técnica B: Plastificación térmica. Se indica para desobturar sellados de apariencia radiográfica densos.
- Técnica C: Plastificación con solventes (Cloroformo, Xilol, Eucaliptol o Acetona). Se indica para desobturar sellados de apariencia radiográfica densos.

Etapas iniciales de las Técnicas de Desobturación total:

1. Radiografía previa de la obturación, para determinar la longitud de la obturación y decidir a que nivel trabajar.
2. Aislación absoluta y unitaria y desinfección el campo operatorio.
3. Remover restauración o sellado temporal.
4. Corregir la trepanación en caso necesario.
5. Elegir técnica de desobturación adecuada según el caso.

■ Técnicas de desobturación total:

- Técnica A: Con instrumentos endodónticos tradicionales (sellados de poca densidad).
- Técnica B: Plastificación térmica (sellados densos).
- Técnica C: Plastificación con solventes, como Cloroformo, Xilol, Eucaliptol o Acetona (sellados densos).
- Técnica D: Combinación de las 3 anteriores

■ **Técnica A:**

1. Se introduce un escariador N° 25 o 30, de acuerdo a la amplitud, creando un espacio entre la gutapercha y la pared del canal. En ese espacio se introduce una lima H N° 30 y se remueve la obturación traccionando.
2. En conductos aplanados, si el espacio lo permite, se colocan 2 limas H, una en cada polo del conducto.
3. Rx para verificar la total desobturación.
4. Determinación de la LT.
5. Instrumentación del conducto a LT.
6. OBC sellado cavitario, control de la oclusión.
7. Rx de control de la OBC.

■ **Técnica B:**

1. Remover la gutapercha del 1/3 cervical con atacador caliente. Este procedimiento se repite hasta que el diámetro de estos instrumentos lo permita.
2. En el remanente de gutapercha apical se crea un espacio con escariador N° 25 o 30, luego introducir una lima H N° 30 en el espacio labrado y traccionar el relleno para retirarlo.
3. Rx para verificar la total desobturación.
4. Determinación de la LT.
5. Instrumentación del conducto a LT.
6. OBC sellado cavitario, control de la oclusión.
7. Rx de control de la OBC.

■ **Técnica C:**

1. Aplicar solvente en la cámara pulpar.
2. Con escariador N° 25 o 30 labrar dos canaletas en el relleno, una vestibular y otra palatina, hasta el 1/3 medio.
3. Limpiar el instrumento cada vez que se retira.
4. Mantener el conducto mojado con solvente.
5. Se abordan las canaletas con lima H N° 30 y escariador N° 30 mojados en solvente.
6. Se tuercen levemente los mangos de los instrumentos sobre sí mismos y se tracciona suavemente.
7. Jamás dejar solventes en el conducto entre sesiones.
8. Rx para verificar la total desobturación.
9. Determinación de la LT.
10. Instrumentación del conducto a LT.
11. OBC sellado cavitario, control de la oclusión.
12. Rx de control de la OBC.

■ **Técnica D:**

Se combinan las 3 técnicas anteriores: se comienza con la plastificación térmica, se continúa con el uso de solventes y el tercio apical se realiza sólo con instrumentos endodónticos.