

Resumen

Introducción: la incidencia reportada de segundos molares mandibulares con conducto en c varía según el lugar de estudio y la técnica empleada teniendo una incidencia de entre el 2% y 31%. El tratamiento endodóntico desde el punto de vista de conformación, desinfección y obturación, como la rehabilitación posendodóntica, en cuanto a conformación del lecho intrarradicular, representan un gran desafío. Presentaremos un caso y posterior rehabilitación protésica.

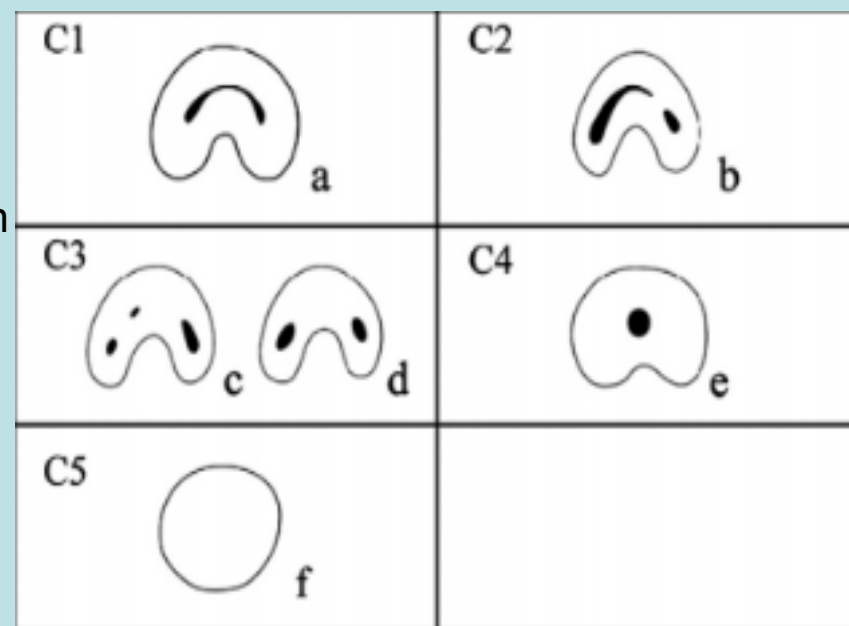
Descripción del Caso: paciente de 29 años sin antecedentes médicos relevantes que presenta a inspección clínica caries penetrante oclusodistal de pieza dentaria 37 se realiza test de sensibilidad siendo negativo llegando a la conclusión diagnóstica de necrosis pulpar con la toma de la radiografía preoperatoria correspondiente se evidencia conducto en C luego de realizar la endodoncia y sellado provisional con ionómero vítreo se cita a la paciente para el alague quirúrgico de la corona clínica y luego se realiza onlay libre de metal sin anclaje intrarradicular debido al remanente coronario. **Conclusiones:** cuando los principios de conformación, desinfección obturación radicular y restauración son seguidos correctamente el pronóstico a largo plazo puede sin dudas alcanzar el éxito pese a la complicada anatomía que presentan las piezas con conductos en C, sin embargo un optimismo "cuidadoso" parece más apropiado cuando se pronostica el éxito de un tratamiento endodóntico con anatomías complejas.

Introducción

La incidencia reportada de segundos molares mandibulares con conducto en C, tiene una incidencia de entre el 2% y 31%. Siendo que estas raíces pueden estar parcial o totalmente fusionadas, la clasificación de Fan et al¹. nos ayuda a comprender mejor esta anatomía compleja y sus variables. El tratamiento endodóntico, desde el punto de vista de conformación, desinfección y obturación, como la rehabilitación en cuanto a conformación del lecho intrarradicular, representa un gran desafío. Presentaremos un caso y posterior rehabilitación protésica.

Clasificación de Fan et al.

- C1: Forma de C ininterrumpida
- C2: Forma de C con una interrupción
- C3: Dos o tres conductos separados
- C4: Un conducto redondo u oval
- C5: No hay luz de conducto



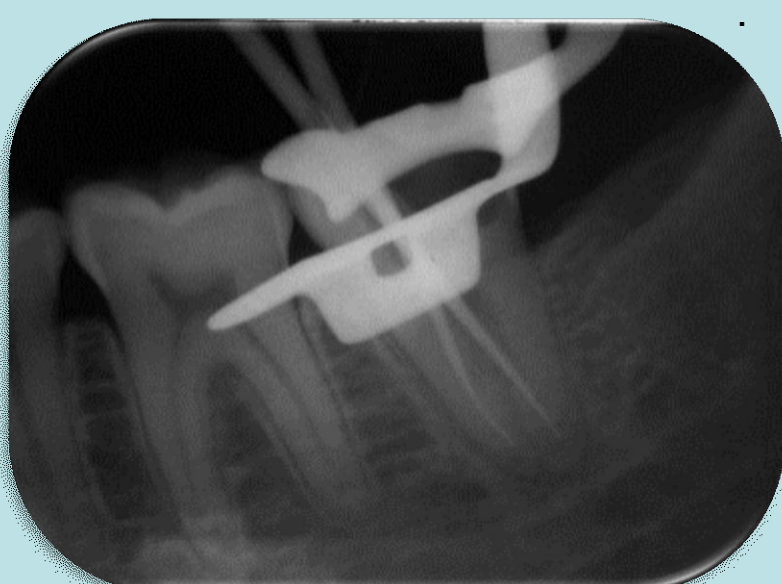
Descripción del Caso

Paciente de 29 años, presenta a la inspección clínica caries penetrante oclusodistal de pieza dentaria 37. Se realiza test de sensibilidad siendo negativo diagnosticando necrosis pulpar. Se tomó la radiografía preoperatoria y se observó anatomía compatible con conducto en C.

- Anestesia, aislación y apertura, confirmación de conducto en C.
- Cateterismo.
- Preparación de accesos con abridor Komet respetando la anatomía original.
- Conductometría.
- Instrumentación manual, irrigando con 5ml de hipoclorito de sodio al 2.5 % hasta lima K #20.
- Instrumentación con sistema Komet F6 n 25.06, sin presionar en paredes furcales.
- Último lavaje con hipoclorito de sodio. Activación con agitación manual dinámica.
- Lavaje con ácido cítrico al 10%. Activación con agitación manual dinámica.
- Lavaje con solución fisiológica estéril.
- Secado de conductos y conometría.
- Obturación con gutacondensador y condensación lateral (Técnica híbrida de Tagger)
- Restauración provisoria con teflón estéril y ionómero vítreo



Rx preoperatoria



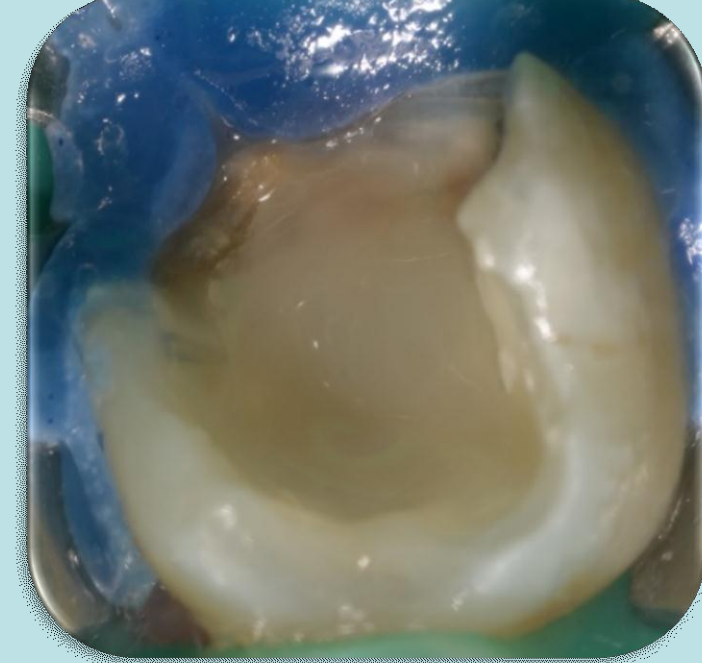
Conometría



Obturación y toilette de cámara



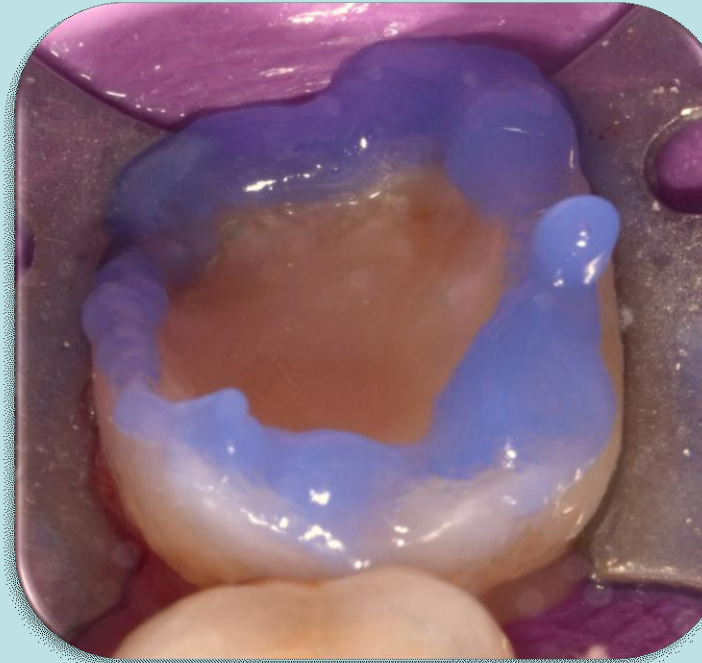
Radiografía postoperatoria



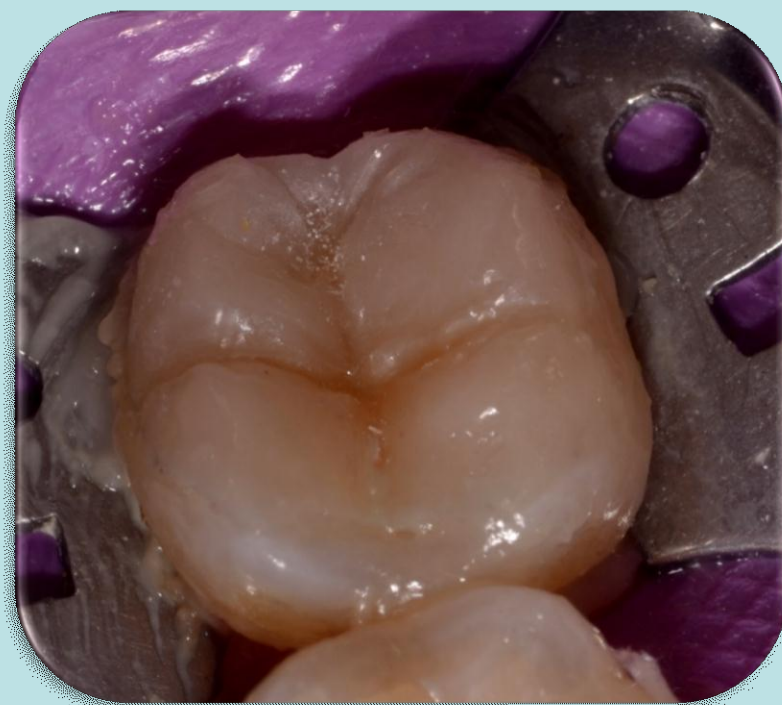
Sellado coronario



Relleno de socavados y tallado



Grabado de esmalte



Instalación onlay



Post operatorio inmediato

Se retiró el ionómero vítreo y se rellenaron los socavados con un reconstructor de muñones. El tallado se realizó con piedras de granulometría decreciente, dejando ángulos redondeados, cavidad expulsiva hacia oclusal y en aquellas paredes donde el espesor era menor de 2 mm se realizó protección de cúspides. Luego de la impresión se confeccionó el onlay. Instalación y chequeo de la oclusión.

Conclusiones

Según algunos estudios², el uso de instrumentos manuales remueve más dentina en anatomías complejas, frente a los instrumentos rotatorios. Asimismo, las técnicas manuales también demostraron mayores índices de transportes apicales y perforaciones. En este caso elegimos utilizar una técnica que conformó más prudentemente, y nos amparamos de irrigantes activados para asegurar correcta desinfección. En la rehabilitación se optó por un onlay de resina compuesta sin colocación de poste, utilizando el remanente de esmalte en la periferia de la preparación para aseguramos una adhesión correcta y así evitar la colocación de un anclaje en un conducto de anatomía compleja. Eludimos así la posibilidad de perforación durante la preparación del lecho. Cuando los principios de conformación, desinfección, obturación radicular y restauración son entendidos y aplicados correctamente, el pronóstico a largo plazo puede sin dudas alcanzar el éxito, pese a la complicada anatomía que presentan las piezas con conductos en C.

Referencias

1. Fan, B., Cheung, G. S., Fan, M., Gutmann, J. L., & Bian, Z. (2004). C-shaped canal system in mandibular second molars: part I—anatomical features. *Journal of endodontics*, 30(12), 899-903.
2. Yin, X., Cheung, G. S. P., Zhang, C., Masuda, Y. M., Kimura, Y., & Matsumoto, K. (2010). Micro-computed tomographic comparison of nickel-titanium rotary versus traditional instruments in C-shaped root canal system. *Journal of endodontics*, 36(4), 708-712.
3. M. O. Ahlersa, G. Mörigb, U. Blunckc, J. Hajtód, L. Pröbstere, R. Frankenbergerf. Guidelines for the Preparation of CAD/CAM Ceramic Inlays and Partial Crowns. *International Journal of Computerized Dentistry* 2009; 12: 000-000
4. McLean A. Criteria for the predictably restorable endodontically treated tooth. *Journal of Canadian Dental Association* 1998;64:652-6