



IX CONGRESO INTERNACIONAL DE ENDODONCIA

10-11-12 SEPTIEMBRE 2015
HOTEL FOUR POINTS
GALERÍAS MONTERREY

REUNIÓN EX-A-ENDO UANL

CONFERENCISTAS

BECKY WEISLEDER



ENDODONCIA PEDIÁTRICA

JENNY GUERRERO



TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS PARA SOLUCIONAR NUESTROS FRACASOS EN ENDODONCIA

STEPHANE HENRY



INFECCIÓN Y DESINFECCIÓN EN ENDODONCIA
MANEJO CLÍNICO Y FARMACOLÓGICO DEL DOLOR DENTAL

Primer Concurso de Carteles

Contenido

Análisis de biocompatibilidad de tres cementos de sellado apical a base de silicato de calcio.

Andrea Lizeth Treviño Contreras, Idalia Rodríguez Delgado, Jorge Jaime Flores Treviño, Fanny López Martínez, Juan Manuel Solís Soto.

Autotransplante dental: Reporte de un caso clínico.

Ignacio López Torres, Anahi Recendez Santillán, Jorge Jaime Flores Treviño, Idalia Rodríguez Delgado, Fanny López Martínez.

Efectividad en la eliminación de capa residual en el tercio apical de los conductos radiculares.

Carlos Alberto Garza Rodríguez, Juan Ángel Zapata Garza, Fanny López Martínez, Patricia N. Olivares Ponce.

El tabaco como factor de riesgo en los tejidos periodontales.

Ricardo Treviño Elizondo, Miguel Ángel Quiroga García, Fanny López Martínez, Guillermo Cruz Palma.

Incidencia de un segundo conducto en el primer molar inferior.

Tomás Arguello Gutiérrez, Adriana Briseyda Peña Bolaños, Jorge Jaime Flores Treviño, Fanny López Martínez, Idalia Rodríguez Delgado.

Localización del segundo conducto en incisivos centrales inferiores.

Carlos Aguirre Salazar.

Manejo endodóntico de órgano dentario con formación radicular incompleta, posterior a reimplante intencional.

Gabriel Alvarado Cárdenas, María Eugenia López Villanueva, Elma María Vega Lizama, Marco Antonio Ramírez Salomón.

Manejo quirúrgico de lesión quística.

Iris L. Espinoza García, Patricia N. Olivares Ponce, Estephania Romero Leal, Fanny López Martínez, Idalia Rodríguez Delgado.

Retratamiento endodóntico.

Ricardo Treviño Anguiano, Héctor A. Jiménez González, Patricia N. Olivares Ponce, Ricardo Treviño Elizondo, Fanny López Martínez.

Retratamiento endodóntico no quirúrgico: Reporte de un caso clínico.

María Guadalupe Sotelo Pérez, Natali González Chavarría, Luis Eder Fernández Reyes.

Retratamiento endodóntico no quirúrgico: Reporte de un caso clínico.

Silvia Marcela Díaz Casanova, Daphne Esmeralda Félix Pereyra, Jorge Jaime Flores Treviño, Saúl Quiroga Sandoval, Idalia Rodríguez Delgado.

Tratamiento endodóntico de radix paramolaris.

Ramiro Rodríguez Uribe, Adriana Garza de la Garza, Idalia Rodríguez Delgado, Fanny López Martínez, Jorge Jaime Flores Treviño.

Tratamiento endodóntico de un dens in dente.

Ana Karen Calderón Gutiérrez, Luis Alfonso Villarreal Escamilla, Nancy Rocío Juárez García, Jorge Jaime Flores Treviño, Fanny López Martínez.

Tratamiento endodóntico en pieza con taurodontismo: Presentación de un caso.

Jessica Patricia Arellano Barrientos, Roberto Felipe Sánchez Romo, Jorge Jaime Flores Treviño, Idalia Rodríguez Delgado, Fanny López Martínez.

Tratamiento endodóntico en un diente con el síndrome del diente fisurado: Reporte de un caso.

Sandra Sofía Valdés Luna, Francisco Ojeda Juárez, Alejandro Posdolsky Geluda, Mónica Tassia Santos, Idalia Rodríguez Delgado.

Variaciones anatómicas de premolares inferiores: Informe de un caso clínico.

Mario Eduardo Huerta Ortiz, Juan de Dios Garza Gallardo.



Análisis de biocompatibilidad de tres cementos de sellado apical a base de silicato de calcio.

Andrea Lizeth Treviño Contreras, Idalia Rodríguez Delgado, Jorge Jaime Flores Treviño, Fanny López Martínez, Juan Manuel Solís Soto.

Posgrado de Endodonia
Facultad de Odontología
Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: Cuando una lesión en el área apical es persistente y la pieza dental no ha respondido a un tratamiento o retratamiento del conducto radicular la cirugía apical está indicada. Es de suma importancia la selección del material de retrobturación, ya que estará en contacto con los tejidos periapicales por lo consiguiente deberá presentar una excelente biocompatibilidad.

Objetivo: Evaluar la biocompatibilidad de Biodentine y ERRM comparándolos con el MTA.

Materiales y métodos: 16 ratones a los cuales se inoculó los cementos en la piel dorsal, se recolectaron muestras a las 24 horas y a los 7 días, siendo teñidas con Hematoxilina & Eosina y Tricrómico de Masson para evaluar la respuesta inflamatoria, también se llevo a cabo la Técnica Inmunocitoquímica para evaluar las células inmunoreactivas a las citocinas proinflamatorias IL-1 beta y TNF-alfa.

Resultados: En cuanto a la respuesta inflamatoria Biodentine y ERRM mostraron una leve presencia de acúmulos de células a las 24 horas las cuales desaparecieron los 7 días después de haber realizado la inoculación de los cementos. Por el contrario el MTA presentó una leve presencia de células inflamatorias hasta los 7 días. Con respecto a la presencia de células inmunoreactivas a las citosinas proinflamatorias IL-1 beta y al TNF- alfa podemos mencionar que tanto MTA, Biodentine y ERRM si presentaron células positivas, pero estadísticamente estas no fueron significativas.

Conclusiones: Se considera a Biodentine y al ERRM Putty como materiales promesa para los procedimientos dentales clínicos por su buena biocompatibilidad presentada, convirtiéndose en interesantes alternativas al MTA.

Bibliografía:

- Caronna V., Himel V., Qingzhao Yu, Jian-Feng Zhang, Kent Sabey, Comparison of the Surface Hardness among 3 Materials Used in an Experimental Apexification Model under Moist and Dry Environments, J Endod., Volume 40, Issue 7, Pages 986–989, July 2014.



- Cedillo J., Espinosa R., Curiel R., Huerta A., A new bioactive dentine substitute. Purified Tricalcium Silicate, ROBDY, vol. II, no. 2, Mayo-Agosto 2013.
- Torabinejad M, Parirokh M, Mineral Trioxide aggregate: a comprehensive literature review – part II: sealing ability and biocompatibility properties. J Endod 2010, 36, 190–202.
- Shahriar Shahi, Saeed Rahimi, Mehrdad Lotfi, Hamid Reza Yavari and Ali Reza Gaderian, A Comparative Study of the Biocompatibility of Three Root-end Filling Materials in Rat Connective Tissue, J Endod 2006;32:776 –780.
- Ryan P. McNamara, Michael A. Henry, William G. Schindler and Kenneth M. Hargreaves, Biocompatibility of Accelerated Mineral Trioxide Aggregate in a Rat Model, J Endod 2010;36:1851–1855.
- Parirokh M., Mirsoltani B., M. Raoof, H. Tabrizchi & A.A. Haghdoost, Comparative study of subcutaneous tissue responses to a novel root-end filling material and white and grey mineral trioxide aggregate, International Endodontic Journal, 44, 283–289, 2011.
- Jingzhi Ma, Ya Shen, Sonja Stojicic and Markus Haapasalo, Biocompatibility of Two Novel Root Repair Materials, J Endod 2011;37:793–798.
- Garrido Mori Graziela, Ligia Moraes Teixeira, Danilo Louzada de Oliveira, Larissa Menegucci Jacomini, Sindinéia Rodrigues da Silva, Biocompatibility Evaluation of Biodentine in Subcutaneous Tissue of Rats, JOE - Publication stage: In Press Corrected Proof, Published Online: April 24, 2014.





Autotransplante dental. Reporte de un caso clínico.

Ignacio López Torres, Anahi Recendez Santillán, Jorge Jaime Flores Treviño, Idalia Rodríguez Delgado, Fanny López Martínez.

Posgrado de Endodoncia
Facultad de Odontología
Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: Es común que pacientes jóvenes y adultos les falte alguna pieza dental por causa congénita o debido a una pérdida prematura por caries o trauma. La autotransplatación es otra opción que consiste en el movimiento quirúrgico de un diente de un lugar a otro en la boca del mismo paciente.

Descripción del caso: Paciente femenino de 17 años de edad referido del Posgrado de Cirugía Maxilofacial UANL en el cual hace 6 meses se le autotransplantó el diente 3.5 para valorar estado pulpar. A las pruebas de sensibilidad al frío respondió negativo, a la palpación negativo, percusión negativo. Se confirma el diagnóstico previo de presunción de necrosis pulpar con ápice abierto y el plan de tratamiento es realizar el tratamiento de endodoncia con un tapón apical de MTA. En la primera sesión se procede a efectuar la instrumentación y desinfección del conducto con la colocación de Hidróxido de Calcio como medicamento intraconducto. En la segunda sesión se coloca 4 mm de MTA (Angelus) y en una cita posterior se rectifica el fraguado del MTA, se obtura el conducto con técnica backfill de gutapercha, se coloca resina Permaflo y se obtura lo restante de la cámara pulpar con resina compuesta. Con pronóstico favorable a la fecha.

Conclusión: El mayor factor asociado con el fracaso del trasplante es la resorción por reemplazo. Por lo cual debe monitorearse el diente clínica y radiográficamente.

Bibliografía:

- 1- Tabrizzade, Asadi, Sooratgar, Moradi, Sooratgar, Ayatollahi. Sealing ability of mineral trioxide aggregate and calcium-enriched mixture cement as apical barriers with different obturation techniques. Iran Endod J. 2014 Fall;9(4):261-5.
- 2- Amos MJ, Day P, Littlewood SJ. Autotransplantation of teeth: an overview. Dent Update. 2009 ;36(2):102-4, 107-10, 113.
- 3- Stefopoulos S1, Tsatsas DV, Kerezoudis NP, Eliades G. Comparative in vitro study of the sealing efficiency of white vs grey ProRoot mineral trioxide aggregate formulas as apical barriers. Dent Traumatol. 2008 Apr;24(2):207-13.



- 4- Díaz JA1, Jans GA2, Zaror CE2. Long-term evaluation and clinical outcomes of children with dental transplants in Temuco city, Chile. *Eur J Paediatr Dent.* 2014 Mar;15(1):6-12.
- 5- Abu Tair JA1, Rahhal A. Tooth autotransplantation in orthodontic patients. *J Contemp Dent Pract.* 2010 May 1;11(3):063-70.
- 6- Park YS1, Jung MH, Shon WJ. Autotransplantation of a displaced mandibular second premolar to its normal position. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2013 Feb;143(2):274-80.
- 7- Pseiner BC. Premolar transplantation in a patient with solitary median maxillary central incisor syndrome. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2014 Dec;146(6):786-94.
- 8- Paulsen HU1, Andreasen JO, Schwartz O. Pulp and periodontal healing, root development and root resorption subsequent to transplantation and orthodontic rotation: a long-term study of autotransplanted premolars. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1995 Dec;108(6):630-40.
- 9- Chung WC1, Tu YK, Lin YH, Lu HK. Outcomes of autotransplanted teeth with complete root formation: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2014 Apr;41(4):412-23.
- 10- Liu WT1, Zhou YH, Qiu LX, Ding P, Dong YM [A clinical study on orthodontic treatment after tooth autotransplantation]. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi.* 2009 Sep;44(9):529-34.





Efectividad en la eliminación de capa residual en el tercio apical de los conductos radiculares.

Carlos Alberto Garza Rodriguez, Juan Angel Zapata Garza, Fanny Lopez Martínez, Patricia N. Olivares Ponce.

Posgrado de Endodoncia
Facultad de Odontología
Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: El objetivo principal de la instrumentación es la limpieza mecánica del sistema de conductos radiculares y se recomienda una irrigación frecuente con el principal propósito de remover restos del conducto, eliminar microorganismos, y disolver tejido (3).

Materiales y métodos: Se recolectaron 10 molares que presentaran raíces palatinas lo más rectas posibles. Se estandarizaron a la misma longitud y diámetro. el protocolo de instrumentación fue igual para cada muestra diferenciándose solo en la irrigación. Muestra 1, NaOCl al 2.5%. Muestra 2, solución salina + EDTA al 17%. Muestra 3 solución salina +EDTA al 17% +EndoActivator. Muestra 4 EndoActivator. Muestra 5 Rc Prep+ EndoActivator. Después se observaron en MEB en el tercio apical.

Resultados: De acuerdo a las imágenes obtenidas del MEB se concluye que la irrigación con NaOCl al 2.5% con o sin la activación del EndoActivator no fue suficiente en la eliminación de la capa residual del tercio apical sin la ayuda de un agente quelante.

Discusión: En un estudio reciente de (Uroz-Torres 2010) no encontró diferencia estadísticamente significativa en la remoción de capa residual entre el EndoActivator y las jeringas de irrigación tradicional. Otra ventaja del EndoActivator aunque existe controversia en la literatura, es la disminución de la carga bacteriana comparado con la irrigación de hipoclorito sin agitar (Pasqualini 2010).

Conclusión: Para poder llegar a una desinfección adecuada del tercio apical de los conductos radiculares es necesario utilizar un quelante como el EDTA al 17% tomando en consideración que este provoca erosión en la dentina.

Bibliografía:

- Uma P. Nair, Marianella Natera, Kevin Kosco, "Comparative evaluation of three different irrigation activation on debris removal from root canal systems." The Internet Journal of Dental Science, 2010 Volume 9, Number 2, Pages 67 – 70.
- Lei - Meng Jiang, DMD, "Evaluation of a sonic device designed to activate irrigant in



the root canal”, Journal of Endodontics, Volume 36, Number 1, January 2010 Pages 143 – 146.

- Mohammad Al - Obaida, DDS, “Effects of using EndoActivator for final irrigation on debris and smear layer scores: an SEM comparision” Journal of the Pakistan Dental Association, Vol. 19, No. 2, April – June 2010, Pages 87 – 90.





El tabaco como factor de riesgo en los tejidos periodontales.

Ricardo Treviño Elizondo, Miguel Ángel Quiroga García, Fanny López Martínez, Guillermo Cruz Palma.

Facultad de Odontología
Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: El tabaco es el factor más importante en la etiología de la enfermedad periodontal después de la placa bacteriana; pero a pesar de toda la información que se conoce hoy en día, no se ha logrado concientizar a las personas consumidoras de este.

Objetivo: Analizar la percepción del consumo de tabaco y relación con su afección en los tejidos periodontales.

Material y método: Se aplicaron encuestas a 368 personas hombres y mujeres de diferentes edades, fumadoras del municipio de Monterrey Nuevo León.

Resultados: Se pudo observar que predominó el género masculino en un 58%; las personas que más han notado tener cambios en el periodonto, encías inflamadas, movilidad dental, mal aliento, son los fumadores con más de 5 años; el 50% de las personas encuestadas no está consciente del daño que le produce el cigarro en los dientes y en la cavidad oral en general.

Conclusión: Se puede decir que la mayoría de los encuestados han notado cambios en su cavidad oral, sin embargo se concluye que es necesario implementar más y mejores programas de educación, mayor difusión cultural y publicidad para concientizar a la población consumidora de tabaco acerca del daño que causa el consumo de éste en los tejidos periodontales y de esta manera se encuentren alerta de las manifestaciones orales que pueden presentar y cuiden su salud.

Bibliografía:

García Linares S. (2014). Nueva clasificación de la enfermedad periodontal. Odontología sanmarquina, 6(11), 48-50.

González Ay O; Bascones Martínez A.; Villarroel Dorrego M. (2009). Alteración del pH salival en pacientes fumadores con enfermedad periodontal. Avances en periodoncia, 21, 2.



González Ramos RM; Bárbara Herrera López I; Osorio Núñez M; Madrazo Ordaz D. (2010). Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. *Revista Cubana de Estomatología*, 47(1), 105-114.

Johnson GK.; Guthmiller JM. (2008). Impacto del tabaquismo en la enfermedad y el tratamiento periodontales. *Periodontology 2000 (Ed Esp)*, 19, 120-128.

Kuri PA, González JF, Gutiérrez MJ, Cortés M. (2006) Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud pública Méx.*48 (1), 91-98.

Lavielle Sotomayor, P; Sánchez Pérez P; Pineda Aquino, V; Amancio Chassin O. (2012). Impacto de las características familiares sobre el consumo de tabaco en los adolescentes. *Rev Med Hosp Gen Méx*, 75(2), 84-89.

Manjunath BC; Praveen K; Chandrashekar BR; Rani RM; Bhalla A. (2011). Periodontal infections: A risk factor for various systemic diseases.. *India. Natl Med J.* 24, 214-219.





Incidencia de un segundo conducto en el primer molar inferior.

Tomas Arguello Gutiérrez, Adriana Briseyda Peña Bolaños, Jorge Jaime Flores Treviño, Fanny López Gutiérrez, Idalia Rodríguez Delgado.

Posgrado de Endodoncia, Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Endodoncia. Facultad de Odontología Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: El conocimiento preciso de la morfología de la cámara pulpar y de los conductos radiculares, se considera un principio fundamental; se debe tener un amplio conocimiento del aspecto normal de toda cavidad pulpar, de la anatomía interna de los conductos y variaciones propias de edad, enfermedades, diferencias étnicas, etc. El desconocimiento de esta anatomía y de las alteraciones de la morfología original pueden elevar los porcentajes de fracaso.

Desarrollo: El fracaso en Endodoncia se ha relacionado con diferentes factores: obturación incompleta del sistema de conductos radiculares, filtración coronal y fallos por parte del operador en reconocer la presencia de conductos y sus ramificaciones. Vertucci reveló que en un 74% de los casos los primeros premolares inferiores poseen un único conducto, 25% tienen dos conductos y solo 0.5% tienen tres conductos. La incidencia tipo I (un conducto) fue del 68,18% en primeros premolares inferiores, 31,8% de tipo II a tipo V (dos conductos), y 0% tipo VIII (tres conductos). La incidencia de tipo I (un conducto) fue de 73,91% en los segundos premolares inferiores, mientras que el 26,08% de tipo IV y V (dos conductos) del total de las muestras.

Conclusiones: En los primeros y segundos premolares inferiores, se presentó principalmente un conducto hasta el ápice (tipo I); cuando se presentaron dos conductos, el tipo más frecuente fue el tipo V.

Bibliografía:

1. Swanson K, Madison S. An evaluation of coronal microleakage in endodontically treated teeth. Part I. Times periods. J Endod 1987; 13:56-9.
2. Weine FS, Healey HJ, Gerstein H, Evanson L. Canal configuration in the mesiobuccal root of the maxillary first molar and its endodontic significance. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1969;28:419-25.
3. Vertucci FJ. Root canal anatomy of the human permanent teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1984;58:589-99.



4. Kelsen AE Love RM, Kieser JA, Herbison P. Root canal anatomy of anterior and pre molar teeth in Down`s syndrome. Int Endod J 1999;32:211-6.
5. Baker BC, Parson KC, Mills PR, Williams GL. Anatomy of root canals III. Permanent mandibular molars. Aust Dent J 1974;19:408-13.
6. Smith CS, Setchell DJ, Harty FJ. Factors affecting the success of conventional root canal therapy- a five years retrospective study. Int Endod J 1993;26:321-33.
7. Walter RT. Root form and canal anatomy of mandibular first molar.
8. Pineda F, Kuttler Y. Mesiodistal and buccolingual roentgenographic investigation of 7275 root canals. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1972;33:101-10.





Localización del segundo conducto en incisivos centrales inferiores.

Roberto Carlos Aguirre Salazar.

Introducción: Los incisivos inferiores poseen en un gran porcentaje un segundo conducto, siendo su raíz amplia en sentido vestibulolingual. Un adecuado acceso eliminando el reborde lingual, nos permite localizar al segundo conducto de dichas piezas.

Presentación de caso clínico: Paciente masculino de 28 años, es referido para revisión, presentando dolor agudo en área anteroinferior. Radiográficamente se observa una zona radiolúcida en el área de la pieza 3.1. A las pruebas de vitalidad responde (-), a la percusión horizontal (+++). Diagnóstico: Necrosis Pulpar con Periodontitis Apical Sintomática. En la primera sesión se anestesia y se realiza el acceso, al explorar el conducto siento un escalón hacia lingual por lo que se explora la zona con una lima, la cual sigue el trayecto que en apariencia es otro conducto. En la radiografía de longitud de trabajo se observan 2 conductos (vestibular y lingual) unidos en el 1/3 apical. Se instrumentó manual hasta la lima 35.02 de Flex R, seguido de SX, F1, F2 de Protaper, se irriego con hipoclorito de sodio entre cada instrumento, se secaron los conductos y se colocó hidróxido de calcio por 7 días. En la segunda sesión ya asintomático, se retira el medicamento intraconducto y se reinstrumenta. Se ajustaron conos 35.02 en ambos conductos, se secaron con puntas de papel, y se obturó con condensación lateral.

Conclusiones: El pronóstico de la pieza es bueno, ya que se logró conformar, desinfectar y obturar todos los conductos a un calibre apical adecuado. Es de suma importancia el conocimiento de la anatomía dental para realizar tratamientos óptimos.

Bibliografía:

- Cohen 9ª edición, Frank J. Vertucci, James E. Haddix y Leandro R. Britto, capítulo 7, Morfología del diente y preparación de la cavidad del acceso.
- Canalda Sahli, Carlos, Brau Aguadè, Esteban. ENDODONCIA, técnicas clínicas y bases científicas. Ed. Masson, Barcelona 2001, capítulo 3.
- Grossman, Louis. Practica endodontica 9ª edición, editorial Mundi, Buenos Aires, capítulo 12.



- Soares. Golberg Endodoncia, técnica y fundamento. Editorial medica panamericana 2002.





Manejo endodóntico de órgano dentario con formación radicular incompleta, posterior a reimplante intencional.

Gabriel Alvarado Cárdenas, María Eugenia López Villanueva, Elma María Vega Lizama, Marco Antonio Ramírez Salomón.

Universidad Autónoma de Yucatán.

Introducción: El objetivo del tratamiento endodóntico es conservar y devolver la función a los órganos dentarios. Su éxito o fracaso se determina a través de signos y síntomas clínicos en correlación con los hallazgos radiográficos, presentando un porcentaje de éxito que va del 81 al 97%. Sin embargo, el éxito asociado a reimplante intencional es desconocido.

En el caso de fracaso endodóntico, puede recurrirse al retratamiento, pero cuando involucra ápices abiertos, la creación de un tapón apical adicional se indica para prevenir una posible extrusión de material de obturación a los tejidos periapicales.

Presentación de caso clínico: Paciente femenino de 19 años, se presenta a consulta por dolor en zona de O.D. 2.1, refiere haber sufrido accidente a los 6 años, donde dicho órgano presentó intrusión, por lo que le fue extraído, reposicionado y posteriormente realizado tratamiento de conductos. Actualmente se observa pigmentado, movilidad grado 1 y estoma a nivel periapical; palpación y percusión positivas; movilidad, prueba al frío negativa, sondeo de 1 mm. y radiográficamente zona radiolúcida periapical. Diagnóstico: Absceso apical crónico en diente previamente tratado.

Se efectuó retratamiento endodóntico no quirúrgico creando una barrera apical con MTA. En la actualidad, la paciente se encuentra totalmente asintomática, sin fístula y programada para control cada tres meses.

Conclusión: El porcentaje de dientes anteriores comprometidos por traumatismos es alto y las complicaciones posteriores son frecuentes. El adecuado manejo puede derivar en la conservación del órgano dentario en cuestión, incluso en casos de reimplante intencional.

Bibliografía:

1. Mahmoud Torabinejad, Robert Corr, Robert Handysides and Shahrokb Shahang. Outcomes of Nonsurgical Retreatment and Endodontic Surgery: A Systematic Review. J. Endod 2009;35:930-37.
2. Mahsa Farzaneh, Sara Abitbol, Shimon Friedman. Treatment Outcome in Endodontics: The Toronto Study. Phases I and II: Orthograde Retreatment. J Endod 2004;30:627-633.



3. Mahmoud Torabinejad, Richard E. Walton, Ashraf F. Endodontics Principles and practice 5ta. Edición Cap. 20, pp. 355-375.
4. Masoud Parirokb and Mahmoud Torabinejad. Mineral Trioxide Aggregate: A Comprehensive Literature Review- Part I: Chemical, Physical, and Antibacterial Properties, Masoud Parirokb and Mahmoud Torabinejad. J. Endod 2010; 36, no. 1 pp. 16-27.
5. Thomas Kvis and Claes Reit. Results of Endodontic Retreatment: A Randomized Clinical Study Comparing Surgical and Nonsurgical Procedures 1999;25:814-817.
6. Johannes Mente. Priv-doct, Meltem Leo, Annemarie Michel, Holger Gebrig, Daniel Saure and Thorsten Pfefferle. Outcome of Orthograde Retreatment after Failed Apicoectomy: Use of a Mineral Trioxide Aggregate Apical Plug. J Endod 2015; 1-8.
7. Johannes Mente, Nathalie Hage, Thorsten Pfefferle, Martin Jean Koch, Jens Dreyhaupt, Hans Joerg Staehle and Shimon Friedman. Mineral Trioxide Aggregate Apical Plugs in Teeth with Open Apical Foramina: A Retrospective Analysis of Treatment Outcome J Endod 2009;35:1354-1358.





Manejo quirúrgico de lesión quística.

Iris L. Espinoza García, Patricia N. Olivares Ponce, Estephania Romero Leal, Fanny López Martínez, Idalia Rodríguez Delgado.

Posgrado de Endodoncia
Facultad de Odontología
Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: La lesión periapical indica la propagación bacteriana en el sistema de conductos ⁽¹⁻³⁾ y la posible presencia de biofilm extraradicular ⁽⁴⁾.

Presentación de caso clínico: Paciente femenino de 50 años, acude a consulta presentando aumento de volumen en el paladar en la región de piezas anteriores del lado derecho. En la exploración clínica observamos coronas mal ajustadas en el segmento anterosuperior, se realizan pruebas de sensibilidad, con respuesta negativa en la pieza 1.2 teniendo como diagnóstico necrosis. En el paladar se realizó aspiración por punción observando exudado purulento, radiográficamente presenta área radiolúcida bien circunscrita en las piezas 1.3, 1.2, y 1.1. se indicó endodoncia. Puesto que las imágenes radiográficas sugerían una posible comunicación con piso de fosas nasales, se realizó una tomografía de senos paranasales en la cual se pudo comprobar la perforación existente del piso de fosas nasales debido a la extensión de la lesión. Se decidió terminar el tratamiento de conductos de la pieza 1.2 y en la misma cita se realizó la cirugía apical. Una vez que la lesión se extirpó se analizó histológicamente, indicando quiste radicular, la radiografía de control a los tres meses mostró evidencia de disminución de la lesión, a los seis meses radiográficamente se observó hueso trabeculado mostrando cicatrización.

Conclusión: La radiografía periapical es el método más utilizado para la visualización de lesiones periapicales, pero tiene limitaciones ^(5,6). Después de la eliminación de las bacterias en el conducto, la inflamación periapical gradualmente cede dándose la cicatrización periapical.

Bibliografía:

1. Assed, S., Ito, I.Y., Leonardo, M.R., Silva, L.A., Lopatin, D.E. 1996. Anaerobic microorganisms in root canals of human teeth with chronic apical periodontitis detected by indirect immunofluorescence. *Endod Dent Traumatol*, 12, 66-9.
2. Sjogren, U., Figdor, D., Persson, S., Sundqvist, G. 1997. Influence of infection at the time of root filling on the outcome of endodontic treatment of teeth with apical periodontitis. *Int Endod J*, 30, 297-306.



3. Sundqvist, G. 1994. Taxonomy, ecology, and pathogenicity of the root canal flora. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 78, 522-30.
4. Tronstand, L., Barnett, F., Cervone, F. 1990. Periapical bacterial plaque in teeth refractory to endodontic treatment. *Endod Dent Traumatol*, 6, 73-7.
5. Bender, I.B., Seltzer, S. 1961. Roetenographic and direct observation of experimental lesions in bone I. *J Am Dent Assoc.* 62, 152-60.
6. Bender, I.B., Seltzer, S. 1961. Roetenographic and direct observation of experimental lesions in bone II. *J Am Dent Assoc.* 62, 708-16.





Retratamiento endodóntico.

Ricardo Treviño Anguiano, Héctor A. Jiménez González, Patricia N. Olivares Ponce, Ricardo Treviño Elizondo, Fanny López Martínez.

Facultad de Odontología
Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: En los casos donde el fracaso endodóntico ha sido confirmado, la elección de un retratamiento endodóntico es la primer elección para eliminar los microorganismos persistentes en el conducto radicular, lograr un sellado tridimensional, curar lesiones periapicales, así como eliminar los signos y síntomas presentes en la enfermedad postratamiento endodóntico.

Presentación de caso clínico: Paciente femenino de 23 años acude a consulta por aumento de volumen y asimetría facial. A la exploración clínica se percibe una fístula correspondiente a la pieza 2.2 y resina desajustada, a las pruebas radiográficas se observa una lesión periapical en dicha pieza y tratamiento de endodoncia. La paciente refiere haberse realizado tratamiento de conductos hace 10 años por sintomatología por lo que acudió nuevamente a consulta y le retrataron el diente. Sin embargo el dolor persistió y acudió con un especialista y le realizó el retratamiento de conductos con sistema rotatorio Lightspeed en dos citas dejando hidróxido de calcio dentro del conducto como medicación intraconducto. Se recetó antibiótico y analgésico. Se citó a la paciente una vez al mes durante tres meses observando radiográficamente disminución de la lesión.

Conclusión: El retratamiento endodóntico ha sido definido como una opción de tratamiento para solventar las patologías asociadas a fracasos endodónticos. Sin duda alguna, el uso de instrumentos rotatorios nos ofrece la obtención de un diámetro apical más adecuado y mejora la calidad del tratamiento previo.

Bibliografía:

- Cohen S, Vías de la Pulpa. 10 Edición, Editorial Elsevier, 2011.
- Wenteler G., Sathorn C., Parashos P., Factors influencing root canal retreatment strategies by general practitioners and specialists in Australia. Int. En. J. Vol. 48 núm. 5, pp 417-427, May 2015.
- Sundqvist G., Figdor D., Persson S., Sjogren U., Microbiology analysis of teeth with failed endodontic treatment and the outcome of conservative retreatment. O.O.O. Ed. Elsevier, 1998.



- Nair PNR., On the causes of persistent apical periodontitis: a review. Int. En. J. 39, 249-281, 2006.
- Daokar S., Kalekar A. Endodontic failure-A review. IOSR-JDMS, Vol. 4, Num 5, Pp 5-10, Enero-Feb 2013.



Retratamiento endodóntico no quirúrgico: Reporte de un caso clínico.

María Guadalupe Sotelo Pérez, Natali González Chavarría, Luis Eder Fernández Reyes.

Universidad Metropolitana de Monterrey.

Introducción: El objetivo de un retratamiento no quirúrgico es crear un acceso a la cámara pulpar, localizar conductos y eliminar material preexistente. Las causas por las cuales se puede necesitar un retratamiento endodóntico son: procedimientos iatrogénicos e infecciones persistentes. Los criterios de éxito ante un retratamiento endodóntico son: ausencia de dolor e inflamación, desaparición de tractos sinuosos, sin pérdida de la función y evidencia radiográfica de reparación de lesiones.

Presentación de caso clínico: Paciente femenino con aumento de volumen labial y dolor espontáneo en zona anterosuperior. Al examen intraoral observamos presencia de fístula, además de dolor a la palpación y percusión. En el examen radiográfico se observa un tratamiento de endodoncia deficiente en el diente 1.1. El diagnóstico es: absceso periapical crónico. Plan de tratamiento: retratamiento endodóntico no quirúrgico; se realiza desobturación del conducto con limas manuales Hedström, desinfectando el conducto con NaOCl al 5.25%, posteriormente se coloca Ca(OH₂) en el conducto por 15 días; en una segunda cita se observa ausencia de fístula e inflamación y se obtura con gutapercha y cemento AH plus.

Conclusión: Se da seguimiento por cuatro meses, donde observamos reparación de la lesión periapical, considerándose funcional y asintomático.

Bibliografía:

1. Swartz DB, Skidmore AE, Griffin JA. Twenty years of endodontic success and failure. J Endodon 1983;9 (5) 198-202.
2. Hargreaves KM, Cohen S. Vías de la pulpa. 10ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2011.





Retratamiento endodóntico no quirúrgico: Reporte de un caso clínico.

Silvia Marcela Díaz Casanova, Daphne Esmeralda Félix Pereyra, Jorge Jaime Flores Treviño, Saúl Quiroga Sandoval, Idalia Rodríguez Delgado.

Posgrado de Endodoncia, Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Endodoncia.
Facultad de Odontología
Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: La presencia de microorganismos causa enfermedad pulpar y contribuye a infecciones endodónticas. El objetivo de la endodoncia es limpiar, desinfectar, eliminar bacterias de los conductos radiculares infectados; aportar un buen sellado es la meta principal; pero cuando todo esto ha fallado u ocurre una reinfección se optará por un retratamiento endodóntico. Al retratamiento del conducto se le considera un "todo o nada". Además de ser una alternativa a la cirugía periapical.

Presentación de caso clínico: Paciente masculino 73 años de edad sin antecedentes médicos de importancia ASA Tipo I, es referido al Posgrado de Endodoncia de la Facultad de Odontología UANL, para retratamiento endodóntico de la pieza 4.3; el paciente acudió a consulta por razones protésicas, se encuentra asintomático. Diagnóstico: Periodontitis apical asintomática y reabsorción externa apical. Plan de tratamiento: Retratamiento endodóntico y colocación de tapón de MTA para tope apical. Pronóstico: Favorable. Se efectúa el retratamiento endodóntico en 3 citas; 1er cita: desobturación, longitud de trabajo, instrumentación manual e irrigación con NaOCl al 5.25%, colocación de CaOH como medicamento intraconducto, 2da cita: colocación de tapón apical de MTA con el uso del microscopio, 3er cita: irrigación final EDTA17% y obturación termoplastificada utilizando sistema de inyección para backfill y reconstrucción de la pieza; 4ta cita: control, asintomático.

Conclusión: El retratamiento endodóntico es una buena opción cuando el tratamiento de primera elección ha fracasado y se desea conservar la pieza, antes de llegar a una decisión más invasiva como la cirugía periapical o implante, se ha demostrado que tiene una tasa de éxito del 89.3%.

Bibliografía:

1. Kalesinskas P, Kačergius T, Ambrozaitis A, Pečiulienė V, Ericson D. Reducing dental plaque formation and caries development. A review of current methods and implications for novel pharmaceuticals. *Stomatologija*. 2014; 16(2):44-52.
2. Peterson SN, Meissner T, Su AI, Snesrud E, Ong AC, Schork NJ, Bretz WA. Functional expression of dental plaque microbiota. *Front Cell Infect Microbiol*. 2014;



4:108.

3. Kang M, In Jung H, Song M, Kim SY, Kim HC, Kim E. Outcome of nonsurgical re-treatment and endodontic microsurgery: a meta-analysis. Clin Oral Investig. 2015 Apr; 19(3):569-82. Epub 2015 Jan 18.
4. Stratul ȘI, Nica L, Roman A, Didilescu AC, Băcilă A, Rusu D, Oprea B, Șurlin P. Severely altered post-traumatic internal morphology of upper incisors associated with biologic width violation - the combined conservative approach. Rom J Morphol Embryol. 2014; 55(4):1521-6.
5. Mente J, Leo M, Michel A, Gehrig H, Saure D, Pfefferle T. Outcome of orthograde retreatment after failed apicoectomy: use of a mineral trioxide aggregate apical plug. J Endod. 2015 May; 41(5):613-20. doi: 10.1016/j.joen.2015.01.002. Epub 2015 Feb 18.
6. Idris M, Sakkir N, Kj N, Kini A. Endodontic Retreatment of a Mandibular Second Molar with four Separate Roots: A Case Report. J Clin Diagn Res. 2014 Mar; 8(3):280-2. doi: 10.7860/JCDR/2014/8441.4187. Epub 2014 Mar 15.
7. Asgary S, Ehsani S. MTA resorption and periradicular healing in an open-apex incisor: A case report. Saudi Dent J. 2012 Jan; 24(1):55-9. doi: 10.1016/j.sdentj.2011.08.001. Epub 2011 Aug 27.





Tratamiento endodóntico de radix paramolaris.

Ramiro Rodríguez Uribe, Adriana Garza de la Garza, Idalia Rodríguez Delgado, Fanny López Martínez, Jorge Jaime Flores Treviño.

Posgrado de Endodoncia, Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Endodoncia.
Facultad de Odontología
Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: El primer molar inferior puede mostrar variaciones anatómicas. En la mayoría de los casos la raíz mesial tiene dos conductos y la raíz distal tiene un conducto o dos. Una variación anatómica es una tercera raíz, llamada radis entomolaris si se encuentra en posición distolingual y radix paramolaris si esta en posición mesiobucal.

Presentación de caso clínico: Paciente femenina de 32 años sin antecedentes médicos de importancia ASA tipo I con motivo de consulta “Tengo dolor a la masticación fuerte desde hace tres meses”, los métodos para el diagnóstico a la exploración clínica se encontró con el diente 4.7 con una cavidad cariosa por la cara oclusal, sin dolor a la palpación, sin movilidad, dolor intenso a la percusión y dolor intenso al estímulo frío. Para el diagnóstico del órgano dentario nos auxiliamos de una radiografía periapical y pruebas de sensibilidad, el cual fue pulpitis irreversible con periodontitis apical aguda. El tratamiento de elección fue la endodoncia de dicho diente, el resultado fue satisfactorio ya que la lesión periapical y la sintomatología que presentaba la paciente desapareció conservando el diente con pronóstico favorable.

Conclusión: Un diente con morfología distinta y con lesión en la pulpa y periapical, debemos hacer la endodoncia para conservar la pieza dentaria en boca antes de elegir hacer la extracción.

Bibliografía:

1. Bystrom A, Sundqvist G. Bacteriologic evaluation of the effect of 0.5 per cent sodium hypochlorite in endodontic therapy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1983;55:307-12.
2. Carlsen O, Alexandersen V. Radix entomolaris: identification and morphology. Scand J Dent Res 1990;98:363-73.
3. De Moor, C. A. J. G. Deroose, F. L. G. Calberson. The radix entomolaris in mandibular first molars: an endodontic challenge. Volume 37, Issue 11, pages 789–799, November 2004.
4. Filbo FB, Zaitter S, Haragushiku GA, De Campos EA, Abuabara A, Correr GM. Analysis of the Internal Anatomy of Maxillary First Molars by Using Different Methods. J



Endod 2009;35:337-42.

5. Krasner P, Rankow HJ. Anatomy of the pulp chamber floor. J Endod 2004; 30: 5–16.
6. Ove A. Peters. Current Challenges and Concepts in the Preparation of Root Canal Systems: A Review. J Endod 2004; 30:559-67.
7. Schilder H. Cleaning and shaping the root canal. Dent Clin North Am 1974;18:269-96.





Tratamiento endodóntico de un dens in dente.

Ana Karen Calderón Gutiérrez, Luis Alfonso Villarreal Escamilla, Nancy Rocío Juárez García, Jorge Jaime Flores Treviño, Fanny López Martínez.

Posgrado de Endodoncia, Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Endodoncia.
Facultad de Odontología
Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: El Dens in Dente es una patología clasificada en anomalías de forma, da la apariencia de un diente dentro de otro diente, el cual puede generar compromiso pulpar, su diagnóstico oportuno evitará el desarrollo de patologías pulpares y perirradiculares.

Presentación de caso clínico: Paciente Femenino de 28 años de edad que acude al Posgrado de Endodoncia, previamente referido por el Posgrado de Cirugía Oral y Máxilofacial, ambos de la Facultad de Odontología de la UANL. Se presenta con molestia en la región de las piezas 1.1, 1.2 y 1.3; con un aumento de volumen de aproximadamente 6 meses de evolución, se decide realizar tratamiento de endodoncia en los 3 órganos dentarios, siendo el 1.2 un Dens in Dente. Se inicio tratamiento de conductos, se utilizó la técnica de instrumentación rotatoria Hyflex, se utilizó como irrigante NaOCl al 5.25%, se usó la técnica de gutapercha termoplastificada en la obturación con AH Plus como cemento endodóntico. Posteriormente se refiere nuevamente para que realicen las apicectomías, extirpación del quiste con posterior injerto de hueso y colocación de membrana.

Conclusiones: En este tipo de casos, el manejo interdisciplinario juega un papel muy importante. La comunicación y estudio del caso clínico entre los distintos especialistas que sean necesarios para la resolución del problema, es la clave para determinar acertadamente el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico del mismo, lo que resultará en una atención de la más alta calidad.

Bibliografía:

- Endodoncia. Consideraciones Biológicas en los Procedimientos Endodónticos. 2ª. Edición. Editorial Mundi SAIC y F. Samuel Seltzer.
- Nallapati S. Clinical management of a maxillary lateral incisor with vital pulp and type 3 dens invaginatus: a case report. J Endod 2004;30:726–31.
- Kaneko T, Sakaue H, Okiji T, Suda H. Clinical management of dens invaginatus in a maxillary lateral incisor with the aid of cone-beam computed tomography: a case report. Dent Traumatol 2011;27:478–83.





Tratamiento endodóntico en pieza con taurodontismo: Presentación de un caso.

Jessica Patricia Arellano Barrientos, Roberto Felipe Sánchez Romo, Jorge Jaime Flores Treviño, Idalia Rodríguez Delgado, Fanny López Martínez.

Posgrado de Endodoncia, Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Endodoncia.
Facultad de Odontología
Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: El taurodontismo es una anomalía de desarrollo que ocurre como resultado de una falla en la vaina epitelial de Hertwig y sus características comprenden una cámara pulpar extremadamente amplia y bifurcación radicular a milímetros del ápice dental.

Presentación de caso clínico: Paciente masculino de 17 años acude por dolor al frío en pieza 2.6, mismo que en base a estudio radiográfico y test de sensibilidad se diagnostica con pulpitis irreversible con periodonto sano, indicándose tratamiento de endodoncia. Durante la primera cita se anestesió con mepivacaína al 2%, se aisló la pieza y se realizó acceso empleándose fresa de bola #4. Posteriormente se determinó longitud de trabajo con limas K #10 registrándose longitudes de 18.5mm MB, 18mm DB, y 20mm P. Se instrumentó parcialmente cada conducto a lima #30 con sistema manual Flex R irrigándose con NaOCl al 5.25% durante todo el procedimiento, para posteriormente colocar hidróxido de calcio y obturación temporal con Cavit. En la segunda cita se rectificó cavometría y se instrumentaron manualmente conductos bucales hasta lima #35 y palatina a #60. Para la obturación se empleó técnica de condensación lateral combinada con vertical mediante AHplus y conos estandarizados de gutapercha. Finalmente se produjo el sellado de la cavidad colocándose teflón y posteriormente ionómero de vidrio. El paciente regresa luego de dos semanas mostrando evidencia clínica y radiográfica de éxito.

Conclusión: Las piezas con anatomía aberrante representan un reto para el endodoncista, cuyo conocimiento debe incluir el correcto diagnóstico y el manejo adecuado para cada caso.

Bibliografía:

- Dineshshankar J, Sivakumar M, Balasubramaniam A, Kesavan G, Karthikeyan M, Prasad VS. Taurodontism. J Pharm Bioallied Sci. 2014;6(1):13-15.
- Bharti R, Chandra A, Tikku AP, Arya D. Prevalence of Taurodont molars in a North Indian population. Indian J Dent. 2015;6(1):27-31.
- Patil S, Doni B, Kaswan S, Rahman F. Prevalence of taurodontism in the North Indian



population. J Clin Exp Dent. 2013;5(4):e179-82.

- Jamshidi D, Adl A, Sobhnamayan F, Bolurian M. Root canal treatment of a hypertarodont mandibular second molar: a case report. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects. 2015;9(1):57-9.





Tratamiento endodóntico en un diente con el síndrome del diente fisurado: Reporte de un caso.

Sandra Sofía Valdés Luna, Francisco Ojeda Juárez, Alejandro Posdolsky Geluda, Mónica Tassia Santos, Idalia Rodríguez Delgado.

Posgrado de Endodoncia, Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Endodoncia.
Facultad de Odontología
Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: La incidencia en órganos dentarios con el Síndrome del Diente Fisurado ha aumentado, por lo que se debe estar atentos a los signos y síntomas característicos de este síndrome para tener un diagnóstico acertado y así ofrecerle al paciente el tratamiento adecuado.

Presentación de caso clínico: Acude a la consulta un paciente masculino de 42 años de edad que presenta dolor provocado con lo frío en la pieza 3.6, al efectuar la prueba de mordida se diagnosticó el Síndrome del Diente Fisurado con pulpitis irreversible, se explicó al paciente el pronóstico reservado a largo plazo, aceptando el tratamiento. Se inició con el tratamiento de conductos y se detectó la fisura en el conducto distal por medio del uso del cloruro de metiltionina y el microscopio. Se determinó la longitud de trabajo para instrumentar con limas Flex R y se irrigó con hipoclorito de sodio. Se colocó hidróxido de calcio como medicamento intraconducto. En la siguiente cita se retiró el hidróxido de calcio y se obturaron los conductos con la técnica de condensación lateral combinada con vertical con gutapercha y cemento AHPlus, Posteriormente se refirió al paciente para la rehabilitación correspondiente al órgano 3.6.

Conclusión: En el presente resumen se presentó el caso de una pieza con el Síndrome del Diente Fisurado, donde se logró la resolución de la sintomatología. Una parte importante en el diagnóstico de este síndrome es el uso de la prueba de mordida así como visualizar mediante el microscopio el alcance de la fisura.

Bibliografía:

- Opdam NJ, Roeters JM. The effectiveness of bonded composite restorations in the treatment of painful, cracked teeth: six-month clinical evaluation. Oper Dent. 2003; 28: 327-333.
- Qian Yunzhu, Zhou Xuefeng, Yang Jianxin. Correlation between cuspal inclination and tooth cracked syndrome: a three-dimensional reconstruction measurement and finite element analysis. Dental Traumatology 2013; 29: 226–233; doi: 10.1111/j.1600-9657.2012.01160.x
- Seo Deog-Gyu, Yi Young-Ah, Shin Su-Jung Shin and Park Jeong-Won. Analysis of



Factors Associated with Cracked Teeth. J Endod 2012; 38: 288– 292.

- Signore A, Benedicenti S, Covani U, Ravera G. A 4- to 6-year retrospective clinical study of cracked teeth restored with bonded indirect resin composite onlays. Int J Prosthodont 2007; 20: 609–16.
- Tamse, A; Zilburg y J, Halpern. Vertical root fractures in adjacent maxillary premolars: and endodontic-prosthetic perplexity. International Endodontic Journal. 1998; 31: 127-32
- Tan L, Chen N N, Poon C Y, Wong H B. Survival of root filled cracked teeth in a tertiary institution. Int Endod J 2006; 39: 886-889.





Variaciones anatómicas de premolares inferiores. Informe de un caso clínico.

Mario Eduardo Huerta Ortiz, Juan de Dios Garza Gallardo.

Universidad de Monterrey.

Introducción: Las aleaciones de NiTi han marcado una era en la endodoncia. La anatomía y las variantes internas de los órganos dentarios varían de manera impredecible. El conocimiento y experiencia siempre serán la guía que nos lleve a obtener resultados satisfactorios en el tratamiento de conductos. La anatomía interna de los premolares suele ser incierta, ya que es uno de los órganos dentarios con más variaciones.

Presentación de caso clínico: Paciente masculino acude a consulta con dolor en el premolar 4.5. Existe dolor espontáneo y previamente había acudido a otro consultorio donde se había comenzado el tratamiento endodóntico. Radiográficamente se aprecia una variante de la anatomía radicular. Se procedió a retirar el material provisional y se exploró el tercio medio radicular. Se localizaron 3 conductos individuales, los cuales fueron trabajados con instrumentación rotatoria (limas K3XF) e irrigación abundante (hipoclorito de sodio), se ensanchó la porción apical con el instrumento 35/04, después se colocó medicación intraconducto (hidróxido de calcio). 10 días después el paciente llega a consulta asintomático, se retira la medicación intraconducto y finalmente la obturación se realizó con una punta de gutapercha 35 /02 y accesorias Medias Finas, el cemento sellador utilizado fue AH plus. Al finalizar se colocó Cavit G.

Conclusiones: El pronóstico del tratamiento es bueno. Se logró trabajar una anatomía que en ocasiones pasa desapercibida o parece complicada. Aplicando conocimientos de la anatomía interna se pueden resolver casos que pudiésemos llamar complejos. Las variantes anatómicas están, en general, en cualquier sistema de conductos por más sencillo que pareciera.

Bibliografía:

- Soares, I., & Goldberg, F. (2012). Endodoncia técnica y fundamentos. Buenos Aires: Panamericana.
- Chalil, N., Kini, S., Jose, S., Narayanan, A., Salahudeen, S., & Peedikayil, F. (2014). Endodontic Treatment of a Mandibular Second Premolar with Type IV Wiene's Root Canal: A Case Report. Hindawi Publishing Corporation, 1-3. 97-100.
- Jiménez-Guerrero, A., & Juárez-Broon, N. (2002). Presencia de tres conductos radi-



culares en un primer premolar superior. Reporte de un caso clínico. Medicina Oral, 97-100.

- Paul, B., & Dube, K. (2013). Endodontic treatment of a maxillary second premolar with three canals: a case report. *International Journal of Dental Clinics*, 33-34.
- Rahimi, S., Shahi, S., Yavari, H., Reyhani, M., Ebrahimi, M., & Rajabi, E. (2009). A stereomicroscopy study of root apices of human maxillary central incisors and mandibular second premolars in an Iranian population. *Journal of Oral Science*, 411-415.





Autor de correspondencia:
Colegio de Endodoncia de Nuevo León, A. C.
Dra. Fanny López Martínez.
fannylopezendodoncia@yahoo.com
Dra. Patricia N. Olivares Ponce.
paty.olivares@hotmail.com

Fecha recibido: 9 de Noviembre de 2015.

Fecha aceptado para publicación: 20 de Noviembre de 2015.

El contenido del presente suplemento "Memorias del Primer Concurso de Carteles del Colegio de Endodoncia de Nuevo León, A. C." es responsabilidad de los organizadores de dicho evento, la Revista Mexicana de Estomatología es ajena al contenido científico, metodológico y de autoría de cada uno de los resúmenes que se presentan. El Suplemento se publica como apoyo a las agrupaciones de profesionales, profesionistas, estudiantes, maestros e instituciones educativas y/o de servicio en la difusión de sus trabajos.

