



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

FO
FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

TRABAJO FINAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENDODONCIA

ENDODONCIA EN PACIENTES CON
NECESIDADES ESPECIALES

Alumna: Od. Vanina del Carmen Alba

Director de Trabajo Final: Prof. Dra. Graciela Peña

Mendoza, Noviembre de 2023

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer al Prof. Dr. Julio Caram por su humildad, sabiduría y generosidad.

A la Prof. Dra. Graciela Peña por su inmensa dedicación, profesionalismo, por acompañarme no solo en el trabajo final, sino también durante el cursado, y al equipo de docentes que nos guiaron, aconsejaron y ayudaron durante todo el cursado de la especialidad de endodoncia.

A mi familia, Emanuel, Juan Martin y Lola; que me apoyaron y alentaron en todo momento para lograrlo.

Y a mis compañeras, amigas que hicieron cada mes de cursado más lindo y divertido, lleno de momentos inolvidables.

ÍNDICE

Resumen.....	Pág.4
Introducción.....	Pág.5
Casos Clínicos.....	Pág.13
Discusión.....	Pág.22
Conclusión.....	Pág.27
Bibliografía.....	Pág.28

RESUMEN

Existen cinco tipos principales de discapacidad, clasificadas según los ámbitos del ser humano que afectan: mental, física, psíquica, auditiva y visual. Sin embargo, ninguna deberá representar un obstáculo para su atención odontológica.

La interrelación padres- educadores- odontólogo resulta imprescindible en aras a una consecución completa de nuestros objetivos de tratamiento. El odontólogo que atienda a un paciente con necesidades especiales, debería conocer los protocolos de desensibilización sistemática existentes, con la finalidad de evitar situaciones de rechazo a futuros tratamientos odontológicos por parte de estos pacientes.

El empleo de estos sistemas reduce la necesidad de la realización sistemática de procedimientos odontológicos bajo condiciones de sedación o anestesia general.

El mantenimiento de nuestros objetivos de salud pasará por instruir a padres y educadores acerca de la importancia de la prevención a nivel oral, enfatizando la necesidad de revisiones periódicas que controlen el riesgo de enfermedad oral en el paciente con discapacidad.

En este trabajo se describieron 2 casos clínicos de pacientes con necesidades especiales, a los cuales se les realizó tratamientos de endodoncia con instrumentación mecanizada, utilización de localizadores apicales y obturación convencional de los conductos radiculares.

Por lo tanto, el propósito de este trabajo es describir la utilización de nuevas tecnologías en endodoncia en pacientes con necesidades especiales, mediante la descripción de dos casos clínicos.

El manejo de alternativas que propongan nuevos diseños para llevar a cabo la restricción física deberán ser tomados en cuenta con mayor frecuencia para evitar excluir a los pacientes con capacidades diferentes en la atención odontológica en las diferentes especialidades como lo es en la endodoncia y tratar de disminuir la cantidad de tratamientos radicales como la extracción dentaria, para dejar de convertirse en lo único que les podemos ofrecer a este tipo de pacientes, que de acuerdo a las condiciones propias de la discapacidad lo último que se desea es propiciar la pérdida prematura de los elementos dentarios afectados.

INTRODUCCIÓN

En el mundo existen más de 1000 millones de personas con alguna discapacidad y aunque estas condiciones no son sinónimos de alteraciones bucales severas, si se ha logrado detectar en los pacientes que las padecen, señales de mala higiene bucal y enfermedades bucales producto de la poca o nula atención odontológica, relacionadas en gran medida al temor que los profesionales del área enfrentan al momento de la atención (Giraldo - Zuluaga *et al.*, 2017)

La universalidad de las patologías odontoestomatológicas (caries con destrucción dental, patologías gingival y de las estructuras de soporte del diente) no afectan solo a individuos en condición de buena salud general, sino también a los denominados “pacientes odontológicos especiales”, es decir, aquellas personas que sufren patologías del organismo de gravedad seria, personas con incapacidades físicas y/ o psíquicas o enfermedades psiquiátricas, en capacidad o no de ofrecer colaboración en el acto terapéutico odontológico (para los cuales se aconseja, por lo tanto, un tratamiento hospitalario breve y una terapia con anestesia general, en sedación consciente o en sedación profunda) (Gnesutta, 2009).

La discapacidad se ha descrito como cualquier condición del cuerpo o la mente (deterioro) que hace que a la persona con la condición le resulte más difícil realizar ciertas actividades (limitación de actividad) e interactuar con el mundo que los rodea. Una deficiencia es un problema en la función o estructura del cuerpo, una limitación de actividad es una dificultad que encuentra un individuo al ejecutar una tarea o acción, mientras que una restricción de participación es un problema que experimenta un individuo al involucrarse en situaciones de la vida (OMS, 2018).

La OMS introduce también tres términos para referirse al individuo con capacidades diferentes: I. Deficiencia: es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, II. Discapacidad: es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para un ser humano, III. Minusvalía: es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un papel que es normal en su caso (en función de edad, sexo, factores sociales y culturales).

Al unir estos tres conceptos se entiende que no solo se trata de una persona que presenta una patología, sino que como consecuencia de la misma, no puede desarrollar sus potencialidades en su vida y en su medio social.

Las barreras sistémicas y estructurales limitan la salud dental de las personas con necesidades especiales de atención médica (SHCN). La salud a menudo cae de la lista de prioridades y emerge como una crisis especial. La necesidad de atención médica se define como "cualquier necesidad física, de desarrollo, mental, deterioro sensorial, conductual, cognitivo o emocional o condición limitante que requiera administración médica, intervención de atención médica y /o el uso de servicios o programas especializados, es decir, un impedimento que requiere un plan de atención individualizado que se desvía de la norma debido a discapacidad (Academia Estadunidense de Odontología Pediátrica, 2016).

Los ejemplos comunes de pacientes con SHCN incluyen aquellos con trastorno del espectro autista (TEA), epilepsia, esquizofrenia, parálisis cerebral (PC), afecciones orofaciales y otros trastornos del desarrollo. Los pacientes odontológicos especiales tienen más caries dentales que no se tratan, peor higiene dental, y menos acceso al cuidado bucal, una mayor frecuencia de dolencias físicas y psicológicas. Desde el punto de vista ético-moral, la duda es en relación al tipo de calidad de las prestaciones, que pueden obtener estos pacientes ya que tienen dificultades para acceder a una atención sanitaria adecuada y hay relativamente pocos dentistas capacitados formalmente sobre la atención de personas con SHCN.

La discapacidad entendida como pérdida de una función puede estar o no relacionada con una deficiencia psíquica, que determina una alteración en la colaboración. también es cierto que, ante la ausencia de una deficiencia psíquica, un paciente puede no ser colaborador por motivos distónicos incontrolables y no voluntarios, que hacen imposibles las diferentes terapias odontológicas y, por lo tanto, el tratamiento endodóntico (Gnesutta,2009). El autor subdivide a los pacientes en: pacientes colaboradores, pacientes parcialmente colaboradores y pacientes no colaboradores.

El tratamiento que se les realiza es el mismo, lo que varía es solo el tipo de abordaje. Los pacientes totalmente colaboradores: se puede y se debe, considerar al paciente como absolutamente "normal" sin importar el grado de discapacidad que presente, en consecuencia, la programación de las sesiones serán las mismas.

Los pacientes parcialmente colaboradores: se debe practicar procedimientos psicológicos especiales, generando un ambiente sereno y acogedor (cuidado tierno y amoroso). Si la colaboración no es mantenida en su totalidad, el tratamiento no puede ser realizado y el paciente es candidato a una terapia con anestesia general (AG), sedación consciente (SC) o sedación profunda (SP), según convicción del anestesista. Y por último los pacientes no colaboradores: según Bridgman y Wilson el paciente no colaborador, es aquel que, por enfermedades sistémicas, deficiencias psicológicas, edad, le crea al odontólogo dificultades operativas en capacidad de necesitar técnicas de abordaje, modalidad de intervención y tiempos de trabajo diferenciados con respecto a aquellos de actividad normal rutinaria. (Zavaglia *et al.*, 2006)

La esquizofrenia (SCZ) ha sido descrita como el trastorno mental más incapacitante, y se ha dicho que los pacientes con esquizofrenia están discapacitados principalmente en los ámbitos del autocuidado, la ocupación, las relaciones sexuales y las relaciones sociales. De hecho, es uno de los 10 principales trastornos médicos que causan discapacidad (Chaudhury *et al.*, 2006), la sexta causa de años vividos con discapacidad (Murray; López, 1997) y representa alrededor del 12,3% de la carga mundial de enfermedades (Narayan; Kumar, 2012). Las alteraciones del comportamiento, que se distinguen principalmente por la psicosis, pueden variar desde alucinaciones hasta delirios.

La esquizofrenia (SCZ) afecta a 20 millones de personas en todo el mundo y es una de las 15 principales causas de discapacidad. Esta suele presentarse con síntomas positivos, negativos y cognitivos. Las alucinaciones auditivas y los trastornos del pensamiento son consistentes con síntomas positivos. Estos síntomas suelen responder favorablemente al tratamiento antipsicótico en la mayoría de los individuos. Por el contrario, los síntomas negativos, como el retraimiento social y el afecto plano, y los síntomas cognitivos, incluidos los trastornos del aprendizaje y de la atención, plantean una resistencia significativa a las modalidades terapéuticas disponibles (Stępnicki, 2018).

Es necesario destacar que las enfermedades de la pulpa en pacientes odontológicos especiales son las mismas del paciente "sin discapacidad" (Castellucci, 2009; Badino *et al.*, 2009), pero en el paciente con discapacidad existe una mayor incidencia de traumas dentales por caídas accidentales (Andreasen *et al.*, 2007).

El diagnóstico es el primer momento que permitirá la realización de un plan de tratamiento adecuado. El estudio clínico se divide en una evaluación de las informaciones subjetivas y objetivas, un estudio extraoral y en un estudio intraoral como en el paciente sin discapacidad, (Castellucci, 2009; Badino *et al.*, 2009) con importantes diversidades que se enumeran a continuación:

La anamnesis puede ser realizada directamente con el paciente, si es colaborador y no posee deficiencias psíquicas; en este último caso, la anamnesis será realizada con la ayuda de los padres, y/o acompañante, aun cuando las palabras del paciente podrían ayudar a formular el diagnóstico. La anamnesis patológica remota busca especialmente, dentro del cuadro clínico típico que se presenta, problemas cardiacos que a menudo están relacionados con numerosos síndromes y que con frecuencia obligan a someter al paciente a una profilaxis antibiótica.

Desde el punto de vista endodóntico se evalúan antecedentes de trauma dental, periodos de dolor (desaparecidos en el tiempo) y la presencia de tumefacciones, la anamnesis patológica próxima indagará sobre las condiciones recientes del paciente, como, por ejemplo, el dolor dental referido, como consecuencia de la ingesta de alimentos, bebidas, frías o calientes, dolor a la masticación, dolor nocturno, dolor espontáneo. Se deberá enfatizar siempre en la pregunta referente a traumas recientes, a menudo descuidados, pero muy frecuentes en esta categoría de pacientes.

El estudio objetivo extraoral evaluará la cara y el cuello, la presencia de tumefacciones, fistulas cutáneas, signos que pueden reconducir a la sospecha de un eventual trauma y/o infecciones.

El estudio objetivo intraoral investigará especialmente, a través de la inspección, la presencia de fistulas y de discromías coronales que pueden llevar a la sospecha de una patología pulpar, la cual ante la presencia de fistula será el tipo crónico irreversible, con o sin la presencia de necrosis.

Las pruebas de vitalidad deben siempre ser realizadas cuando la colaboración del paciente lo permita, indicándole previamente lo que puede llegar a sentir, para disminuir en todo momento el stress del paciente.

En la endodoncia moderna se considera al tratamiento endodóntico como un acto odontológico de precisión técnica.

El estudio cuidadoso de la radiografía preoperatoria asume un rol de importancia primaria, para el diagnóstico, la planificación del tratamiento, la terapia y el seguimiento.

La radiografía dental permite la identificación de cambios patológicos en los tejidos perirradiculares que no pueden visualizarse mediante inspección clínica. (Setzer; Lee, 2021).

Existen varios tipos de intervenciones radiográficas, la radiografía periapical, radiovisiógrafo, panorámica y cone bean.

La radiografía periapical ofrece evidencia importante sobre la progresión, regresión y persistencia de la periodontitis apical. Esto puede confirmar el número de raíces y su configuración junto con la presencia o ausencia de lesiones periapicales y su ubicación, corresponde a un aspecto bidimensional (2D) de una estructura tridimensional (3D).

En la actualidad se dispone de tecnologías basadas en la radiovisiografía (RVG), que aceleran los tiempos al momento de hacer la radiografía; un sistema electrónico que permite tomar radiografías intraorales sin película ni tiempo de revelado, en comparación con películas dentales convencionales (Ultraspeed D, Kodak). El sistema RVG demostró ser mucho más sensible y capaz de mostrar una gama de objetos más amplia que la película convencional

Técnica de Cone Bean (CBCT), es un sistema de imágenes extraoral que produce exploraciones tridimensionales del esqueleto maxilofacial. Es útil para superar las limitaciones de la radiografía convencional. Y es utilizada en la actualidad como estándar dorado en los estudios epidemiológicos in vivo que destaca la anatomía endodóntica en las diversas poblaciones (Patel *et al.*, 2010).

En casos graves, de pacientes no colaboradores, donde se realiza sedación del paciente o anestesia general, la fistulografía ejecutada a través de cono de gutapercha junto con el estudio radiográfico es de gran importancia para el odontólogo en el momento en que enfrenta la decisión de someter la pieza dental al tratamiento endodóntico.

Las piezas dentales que presentan lesiones periapicales radiográficamente visibles y amplias deberán ser consideradas con precaución, sabiendo a ciencia cierta que el seguimiento de estos pacientes es extremadamente difícil de obtener.

Es posible aceptar situaciones de compromiso para los dientes anteriores, especialmente la solicitud de los padres es la de no observar disminuido a su ser querido en lo que se refiere a la sonrisa por una extracción de piezas dentales fundamentales para la estética. Todo puede ser adicionalmente relacionado con la situación de vida más o menos mantenida por el paciente. La posibilidad de rehabilitación protésica se torna un criterio fundamental, para efectuar el tratamiento endodóntico: sobre todo en los casos en los que la estructura de hospitalización no permita una rehabilitación protésica apropiada, el tratamiento endodóntico será realizado solo si todo el perímetro del diente ha sido mantenido y las paredes posean espesores superiores a 2 milímetros.

La técnica endodóntica propiamente dicha, no difiere, como ha sido repetida en innumerables oportunidades, de la técnica realizada en un paciente sin discapacidad. Realizado el diagnóstico clínico y radiográfico se procederá con las operaciones clínicas que no difieren mucho con las utilizada en los tratamientos tradicionales, siempre evaluando la actitud del paciente ante la invasión del tratamiento (Castellucci, 2009; Schilder, 1974; Berutti *et al.*, 2004; Buchanan, 1994).

La rapidez de la intervención tiene cierta relevancia y, por lo tanto, las técnicas que prevén el uso de instrumentos níquel-titanio accionados con motores resultan de gran utilidad, al igual que el uso de localizadores apicales (detectores electrónicos de la longitud de trabajo) tienen su máxima indicación en estos tipos de pacientes, así sea, para limitar el número de radiografías que ciertamente obligan a una posible pero difícil operatividad y para reducir los tiempos de trabajo, condición siempre deseable en estos casos.

La secuencia de apertura, limpieza y conformación de los conductos radiculares y la obturación de los mismos con cementos selladores y gutapercha son los puntos más importantes del tratamiento.

El uso de goma dique es indispensable para evitar accidentes de trabajo como por ejemplo ingestión de materiales utilizados durante el tratamiento.

También es importante remarcar el tiempo de desinfección que se emplea en el interior del conducto radicular, según el estado operativo del diente a tratar, que se puede diferenciar en dos momentos del tratamiento; uno es durante la instrumentación en un diente vital se utiliza solo hipoclorito de sodio al 5%, de

preferencia, activado con instrumental ultrasónico o con un cono de gutapercha generando movimientos in / out, por otro lado, en dientes no vitales se puede alternar hipoclorito de sodio, al 5% con EDTA al 10%.

Otro momento de la irrigación es antes de la obturación, donde en dientes vitales realizamos lavaje final con EDTA al 10% durante 5 minutos y por último hipoclorito de sodio al 5% durante 5 a 15 minutos, por el contrario en dientes no vitales la irrigación final también se realiza con EDTA al 10% pero durante 1 a 3 minutos, finalizando con hipoclorito de sodio al 5% durante 5 a 15 minutos (Gnesutta, 2007; Berutti *et al.*, 2004).

En lo que respecta a las técnicas de obturación, se toman en cuenta las mismas consideraciones que han sido realizadas para las otras fases de la terapia endodóntica; los sistemas con gutapercha precalentada, por la facilidad y rapidez de su uso, pueden ser preferibles a las que necesitan de la compactación vertical de la gutapercha.

La capacitación del odontólogo en este campo es poco frecuente, dado que no se cuenta con suficientes programas que cubran de manera completa la formación del profesional en este ámbito.

Algunos odontólogos consideran no sentirse preparados para atender una paciente con discapacidad, principalmente las que tienen que ver con la salud mental, enfrentándose con frecuencia a temores y dudas sobre el manejo que debe asumir ante una persona con esta condición, por cuanto los vínculos de comunicación tienen un componente adicional de dificultad; sin embargo, el profesional está en la obligación de proporcionar una odontología que ofrezca mentes y sonrisas sanas (Martínez Menchaca *et al.*, 2011).

Asumir la dificultad que genera la llegada de un paciente con discapacidad en la rutina de un consultorio, la necesidad de condiciones arquitectónicas, el tener equipos especiales, la inadecuada compensación del tiempo invertido en cada paciente y los honorarios generados, no son una tarea fácil; requiere preparación para prestar un servicio adecuado (García Flores *et al.*, 2013).

En respuesta a esta situación, han surgido iniciativas como la creación de la Asociación Latinoamericana de Odontología para Personas con Discapacidad-Necesidades Especiales (ALODES) (Asociación Latinoamericana para pacientes

especiales ALOPE Chile, 2012), que fomenta la atención igualitaria para este tipo de pacientes y el enfoque en salud bucal como parte de la salud integral del paciente. Con el avance de la aplicación de la informática y las comunicaciones al área de la salud mediante el uso de software médicos, las cuales forman parte de las tecnologías sanitarias en salud, es necesario repensar la práctica odontológica centrada en el paciente en situación de discapacidad, generando estrategias de comunicación, así como dispositivos que mejoren la higiene bucal con el apoyo de los cuidadores, facilitando esta actividad que es la base del bienestar.

De acuerdo con la evidencia científica existente, el control de placa bacteriana (mecánica y química) acompañado de fluoruros tópicos, se considera básico para el mantenimiento de una dentición sana en todo tipo de personas, más aún para personas con este tipo de limitaciones (Waldron *et al.*, 2017).

La Federación Dental Internacional (FDI) recomienda el cepillado dental con una pasta dental fluorada dos veces por día como el patrón básico de higiene bucal personal (World Dental International (FDI), 2008), además del uso de seda dental, cepillos interproximales o colutorios (antisépticos o fluorados). Sin embargo, la alta prevalencia de patologías orales en la población, indica que la realización individual del cepillado es inadecuada y más aún en personas con discapacidad que presentan severos problemas de motricidad (Pava Ripoll, 2015).

En pacientes con necesidades especiales, se evaluó la efectividad de un dispositivo automático de cepillado en personas con discapacidad de brazos y manos, comparado con los hábitos de cepillado rutinario, encontrando que a corto plazo este dispositivo reduce de forma significativa los índices de placa, facilitando la higiene bucal en casa (Vozza *et al.*, 2015).

Por lo tanto, el propósito de este trabajo es describir la utilización de nuevas tecnologías en endodoncia en pacientes con necesidades especiales, mediante la descripción de dos casos clínicos.

CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1

Paciente masculino de 52 años de edad, que fue derivado a la carrera de especialización en endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo por el centro al discapacitado (CAOD) de la facultad de odontología.

Se procedió a la confección de la historia clínica médica donde el paciente manifestaba a simple vista su minusvalía, acompañado de su mamá, quien relato que padece retraso madurativo acompañado de episodios de esquizofrenia indicando que estaba medicado con risperin 1, rostrum 25, lextor; patología diagnosticada desde el nacimiento, mientras que la esquizofrenia desde hace 6 años.

El paciente se mostró totalmente colaborador (**Fig. 1**).



Fig.1. Imagen tomada con el paciente durante la confección de la historia clínica

La presencia de macroglosia (**Fig. 2**) más la falta de elementos dentarios, dificultaba la visión, igualmente se pudo realizar todos los pasos del tratamiento endodóntico correctamente, desde la anestesia, hasta el abordaje del conducto radicular.



Fig.2. Imagen en donde se observa macroglosia y caries macropenetrante en el elemento 45

Durante la anamnesis el paciente relató mucho dolor y al examen clínico se observó el elemento dentario 45 (sistema digito dos), con caries macro penetrante ocluso – distal – lingual, movilidad y bolsa periodontal. Se realizaron pruebas de sensibilidad las cuales dieron negativas obteniendo un diagnóstico de periodontitis apical aguda. Al examen radiográfico, se observó gran pérdida ósea en tercios cervical y medio (**Fig.3**).



Fig. 3. Radiografía preoperatoria del elemento 45

Después del análisis clínico y radiográfico, se le comunicó al paciente y a su madre del tratamiento indicado, quien firmo el consentimiento informado correspondiente. Se procedió a realizar anestesia por infiltración local, explicándole previamente al paciente lo que se le iba a realizar para reducir es stress del momento. Se utilizó una solución inyectable de clorhidrato de carticaína al 4% con adrenalina 1:100000 vidrio, (Anescart Forte, laboratorio Sidus, Argentina). Para la eliminación de caries, el abordaje se realizó por mesial del elemento dentario con fresa redonda a alta velocidad y abundante irrigación. **(Fig.4).**



Fig. 4. Imagen tomada durante la eliminación de caries

Antes de realizar la apertura cameral se procedió a realizar el aislamiento del elemento dentario.

Luego se continuó con la apertura cameral, comenzando con glidden path, luego el ensanchamiento del 1/3 cervical con limas rotatorias de 17. 08 de 19 mm de longitud (AF Open File, Fanta, China), tomando conductometría, con localizador apical (Propex Pixi, Maillefer, Suiza), **(Fig. 5)**, con lima manual n° 15 (Rogin, China), y

posterior instrumentación del conducto, con motor endodóntico (VDW Reciproc, Alemania) con limas mecanizadas de rotación continua (AF F One, Fanta, China) (**Fig. 6**), de 25mm N° 20, 25 y 35; irrigando entre instrumentos con hipoclorito de sodio al 5,25 %.



Fig. 5. Localizador apical (Propex Pixi, Maillefer, Suiza)



Fig. 6. Sistema de rotación continua (AF F One, Fanta, China)

Luego se procedió a la selección del cono principal 25/06 (Meta Biomed Corea del sur) utilizando cemento obturador (Sealer 26, Densply Sirona, Argentina), y espaciadores con conos accesorios (**Fig. 7**), como obturación coronaria temporal se colocó ionómero vítreo.



Fig. 7. Radiografia posoperatoria immediata del elemento 45

Caso clínico 2

Paciente de 30 años de edad, que fue derivado a la carrera de especialización en endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo por el centro de atención odontológica al discapacitado (CAOD) de la facultad de odontología, por presentar dolor en elemento dentario 36 (sistema digito dos).

Se procedió a la confección de la historia clínica donde el paciente relata padecer esquizofrenia, con ataques recurrentes, de igual modo medicado con Clozapina 100 mg y Tribuff 325 mg. (Fig. 8).



Fig.8. Imagen tomada con el paciente durante la confección de la historia clínica

Al realizar la prueba de percusión respondió positivamente y a las pruebas de sensibilidad respondió negativamente.

Al examen periodontal no se observaron alteraciones y no se percibió movilidad ni presencia de fistula.

Al examen radiográfico se observó caries macropenterante, debajo de la restauración, ensanchamiento del ligamento periodontal, el tejido óseo sin alteraciones aparentes (Fig. 9).



Fig. 9. Radiografía preoperatoria del elemento 36

Luego del examen clínico y radiográfico al igual que en el caso clínico 1 se precedió a realizar el tratamiento endodóntico, comenzando por eliminar la restauración y caries; luego se procedió a realizar el aislamiento de la pieza dentaria, se terminó de realizar la apertura cameral, seguido la localización de conductos con explorador recto 16 D (Hu - Freddy, Alemania) (**Fig. 10**), presentando 3 conductos, un conducto distal y dos mesiales.

Luego se continuo con el reconocimiento de los conductos (**Fig. 11**) y al igual que el caso 1 de realizo ensanchamiento del 1/3 coronal con 17. 08 de 19 mm de longitud (AF Open File, Fanta, China), tomando conductometría, con localizador apical (Propex Pixi, Maillefer, Suiza) y corroborando con radiografía periapical, con lima manual n° 15 (Rogin, China) (**Fig. 12**).



Fig. 10. Explorador recto 16 D (Hu - Freddy, Alemania)

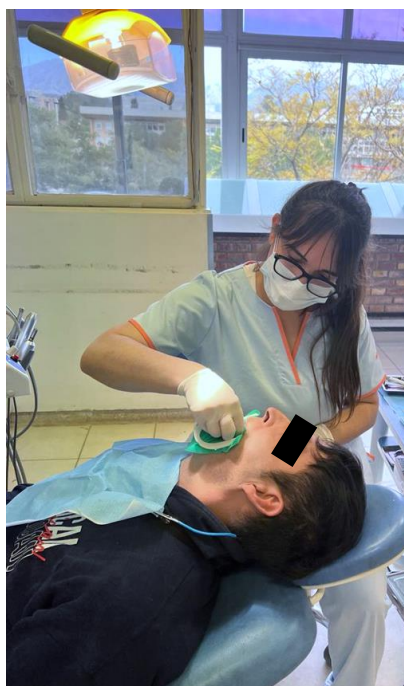


Fig. 11. Imagen tomada durante reconocimiento de los conductos



Fig. 12. Conductometría mediante método radiográfico

Luego se continuó con la instrumentación mecanizada de los conductos con limas AF Blue R3 Reciprocantes 25/06 25mm, Fanta, China) (**Fig. 13**) y motor endodóntico (VDW Reciproc, Alemania), irrigando entre instrumentos con hipoclorito de sodio al 5,25 %.



Fig. 13. Limas AF Blue R3 Reciprocantes 25/06 25mm, Fanta, China)

Por último se secan los conductos con conos de papel y se procede a la selección del cono principal con el cual se obturó el conducto radicular 25/06 (Meta Biomed Corea del sur) cono y cemento sellador (Sealer 26, Densply Sirona, Argentina), utilizando espaciadores con conos accesorios (**Fig.14**).

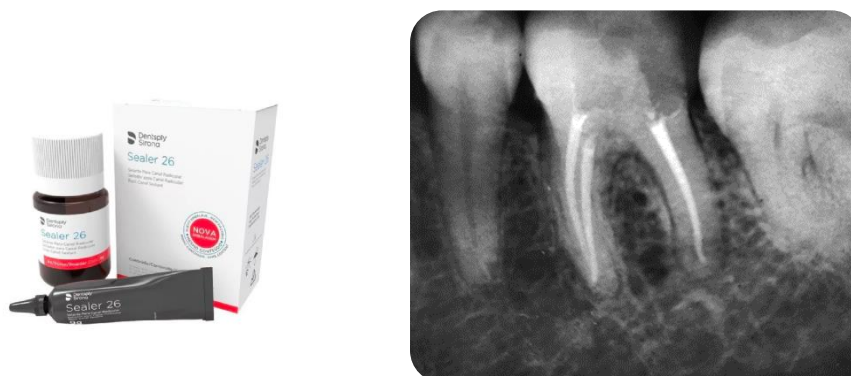


Fig. 14. Cemento sellador (Sealer 26, Densply Sirona, Argentina) y radiografía posoperatoria inmediata

DISCUSIÓN

En la literatura se evidencian estrategias para el manejo integral de los pacientes con condiciones especiales en odontología, que sugiere mejor capacitación de los estudiantes en las facultades, así como también, se encuentra un común denominador en los países latinoamericanos en lo que se refiere a la falta de instituciones adecuadas para tratarlos y la poca participación del tema del cuidado dental en la legislación.

En respuesta a esta situación han surgido iniciativas, como la creación de la Asociación Latinoamericana de Odontología para Personas con Discapacidad / Necesidades Especiales (ALODES), (Asociación Latinoamericana para pacientes especiales, 2015), que fomenta la atención igualitaria para este tipo de pacientes y el enfoque en salud bucal como parte de la salud integral del paciente.

En Colombia, el 6,3 % de la población posee algún tipo de discapacidad (DANE, 2005) y según datos del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) en 2013 se informa que las personas mayores de 60 años son el grupo de edad con mayor discapacidad (Ministerio de Salud de Colombia, 2013).

El sistema integral de información de la protección social (SISPRO) (2013), reporta que los departamentos con el mayor porcentaje de personas discapacitadas son: Nariño (3,47%), Casanare (3,31%) y Boyacá (3,11%) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

En el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la discapacidad toma un papel relevante al: “Promover estrategias de información, educación y comunicación en salud, accesibles para las personas con discapacidad, recordando sus necesidades diferenciales” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013); y se enfoca en un modelo de atención integral en salud, con lo que se espera un mejoramiento en la calidad de los servicios que se brinden a este grupo de pacientes.

En otros países latinoamericanos como Venezuela, se reporta un aumento en la prevalencia de autismo en una proporción mayor a otras enfermedades de alto impacto en salud pública, lo que sugiere una mejor preparación del odontólogo en su conocimiento para la atención de este tipo de pacientes, por cuanto cada vez tienen mayor probabilidad de brindarles el servicio (Serrano *et al.*, 2012).

En Chile, en 2004, el primer estudio de discapacidad estimó que 2 millones de personas vivían con algún grado de discapacidad y solo 6 de cada 100 personas con discapacidad declararon tener acceso a los programas de rehabilitación. La población con discapacidad considera insuficiente el acceso a la salud odontológica. Aunque se cuenta con suficiente número de profesionales por la cantidad de universidades que ofrecen programas de formación, este tema no es el interés principal son escasos los estudios para profundizar en el área y brindar el servicio con calidad (Oxa, 2013).

En Argentina el 7,1% de la población presenta discapacidad y frente a esta situación, la Asociación Argentina de Odontología para Personas con Discapacidad (AAODi) desde 1998 realiza un proceso riguroso en torno a la mejor atención de este grupo de pacientes, conformado por profesionales de diversas universidades que trabajan en la formación de pregrado y posgrado del odontólogo dedicado a la atención de las personas con necesidades especiales. El proceso comienza con el odontólogo general que realiza la atención primaria de estos pacientes y de acuerdo con la necesidad se remiten al especialista en discapacidad. Se identifica una mayor conciencia en la atención adecuada de este tipo de pacientes y la implementación de protocolos de atención basados en la evidencia (Scagnet, 2013).

En Argentina la ley 22431 protección integral de las personas discapacitadas: tendientes a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les dan oportunidad, mediante su esfuerzo de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales. Dentro del tramo de edad que abarca entre los 15 y 64 años se ubicaron 138.274 personas, mientras que 74.326 lo hicieron en el tramo de 0 a 14 años y 61.896 personas tenían 65 años o más al momento de la certificación.

La mayor prevalencia se observó entre quienes fueron certificadas con deficiencia de origen física motora (70.984), mientras que aquellas que presentaron más de un tipo de deficiencia de origen se ubicaron en segundo lugar (57.326). En tercer lugar, se concentraron las personas con deficiencia de origen mental (56.794), seguidas por aquellas con deficiencia de origen intelectual (32.218). En quinto y sexto lugar se ubicaron las personas con deficiencia de origen física visceral (23.210) y sensorial

auditiva (22.710), respectivamente, mientras que 11.794 fueron certificadas con deficiencia de origen sensorial visual.

En Chile ENDIDE, (encuesta nacional de discapacidad y dependencia) reveló que el 17,6% de las personas adultas del país presenta algún grado de discapacidad, lo que equivale a 2.703.893 personas. De ellas, un 11,4% presenta discapacidad severa y un 6,2% presenta discapacidad leve o moderada.

En Estados Unidos de los 300 millones de habitantes que tiene este país, cerca de 54 millones tienen algún tipo de discapacidad.

Los tratamientos endodónticos requieren de realizar actividades minuciosas en un tiempo determinado por lo cual es imprescindible contar con la cooperación del paciente. Como es sabido en los pacientes con capacidades diferentes este es el principal obstáculo que puede limitar la eficacia de ejercer un buen tratamiento endodóntico, es por ello que se debe establecer un ambiente ergonómico y funcional que mejore los tiempos de trabajo del operador (odontólogo, especialista) (Marrufo Mireles, 2013).

Las enfermedades bucales más comunes en pacientes en situación de discapacidad son las mismas enfermedades bucales que en la población general, pero con una presentación más severa por la dificultad para la realización de una higiene bucal estricta y por el deficiente conocimiento en el manejo de técnicas apropiadas para la remoción de placa.

Debemos valorar muy bien el uso de métodos restrictivos y de protección para el paciente, ya que posiblemente nos enfrentaremos a conductas no cooperadoras, así como también la estancia del paciente dentro del consultorio deberá ser lo más reducida posible con el fin de no proporcionarle estímulos innecesarios.

De acuerdo con todo lo antes expuesto, para convenciones existentes, para las leyes del estado vigentes y por los escritos éticos y morales, el tratamiento odontológico en general, y el endodóntico en forma específica, dirigido al paciente con necesidades especiales debe y puede ser realizado según los procedimientos normales.

La creación de centros de alta especialización con personal adecuadamente preparado para el tratamiento de pacientes discapacitados es una necesidad a perseguir.

En general un profesional que atiende pacientes con necesidades especiales sabe que su tolerancia debe ser mucho mayor y debe ser capaz no solo de responder a las necesidades odontológicas, sino a las psicológicas comportamentales y emocionales, así como contener cualquier tipo de conductas y actitudes de los pacientes y familiares sanando así toda la fortaleza y sabiduría profesional y personal para lograr su cometido.

La formación y conocimiento general de sí mismo como persona son base fundamental para el abordaje de una gran diversidad de pacientes y a la vez poder comprender quienes son minorías que necesitan nuestros servicios profesionales.

La creación de centros de alta especialización con personal adecuadamente preparado para el tratamiento de pacientes con minusvalías físicas o mentales es una necesidad a perseguir.

Ser uno mismo ante toda clase de personas es fundamental, encontrar cierta armonía y filosofía de vida, así como estar en paz con la vida y con uno mismo son fundamentales para comprender la realidad del otro y de cómo se siente y percibe su existencia y el momento actual que se encuentra. Queda claro que la más amplia formación integral como ser humano da solidez a la capacidad de relacionarse fluidamente con gran variedad de personas.

En Julio de 1993 la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, junto a la Fundación de Apoyo a la Odontología Mendoza (FADEOM - Presidente Dr. Aarón BONDER), concretan un importante desafío: la creación de un espacio para la atención de personas con discapacidad.

El Centro de Atención Odontológica al Discapacitado (CAOD) es de sustancial importancia, ya que era el único en el país con el equipamiento adecuado y el personal especializado para brindar este tipo de servicio a un sector de nuestra población hasta entonces rezagado. Habiendo atendido a más de 2000 pacientes (niños, adolescentes, adultos y ancianos), surge la necesidad como profesionales de la salud, de captar y abarcar con nuestras acciones, a aquellos en los que ha sido manifestada su discapacidad (entre 1 día de nacidos y 6 años de vida). El propósito es ejecutar en ellos verdaderas acciones de salud que tiendan a evitar o disminuir patologías orofaciales posteriores y mejorar su calidad de vida, concientizando de esto a sus padres.

En julio de 2013 el Centro de Atención Odontológica a Discapacitados recibió un reconocimiento de la Honorable Legislatura de la Provincia de Mendoza.

Es por ello, que la atención de los pacientes presentados en los casos clínicos que se desarrollaron en este trabajo, utilizando las nuevas tecnologías en endodoncia, las cuales presentan las ventajas de simplificar los procedimientos clínicos y reducir los tiempos operatorios, ayudan la condición especial del paciente que impone ejecutar todo el tratamiento en una sola sesión.

De acuerdo a todo lo antes expuesto, para las convicciones existentes, para las leyes del estado vigentes y por estrictos llamados éticos y morales, el tratamiento odontológico en general y endodóntico en forma específica, dirigido al paciente discapacitado debe y puede ser realizado según los procedimientos normales.

CONCLUSIÓN

Debemos generar los mecanismos para formar a los profesional de la salud bucal e incorporarse al ámbito de la atención integral en salud, involucrándose en los equipos multidisciplinarios para brindar una atención de calidad a los pacientes en condición de discapacidad quienes tienen menores posibilidades de acceso a los servicios de salud bucal que la población general.

BIBLIOGRAFÍA

Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, Textbook and colour of Traumatic Injuries to the teeth. Blackwell Munksgaard; 2007

Academia estadounidense de odontología pediátrica, Manejo de pacientes dentales con spe. Necesidades especiales de atención de salud. *Pediatra dent.* 2016; 40(6):237-42

Asociación Latinoamericana para pacientes especiales ALOPE Chile. Reseña. Disponible en: <http://www.odontopediatria-v.cl/site/wp-content/uploads/2012/06/Rese%C3%B1a-ALOPE-Chile-actualizada-Enero-2015.pdf>

Badino M, Tascheri S, Triscioglio D, Gagliani M, Elementi di diagnostica in endodonzia. *Giornale Italiano di Endodonzia .Giornale Italiano di Endodonzia* 2009;23(1):10-32

Berutti E et al. Influence of manual preflaring and torque on the failure of protaper-rotary instrumen .- *J. Endodontic* 2004

Buchanan LS. The continuous wave condensation technique. A convergence of conceptual and procedural advance in obturation. *Dentistry Today* 1994.

Benz, C., & Mouyen, F. (1989). RadioVisioGraphie--Ein System zur filmlosen Anfertigung intraoraler Zahnrontgenaufnahmen [RadioVisioGraphie--system for film-free intraoral radiographs]. *Deutsche zahnarztliche Zeitschrift*, 44(3), 177–179.

Castellucci A, *Endodontics*. Firenze: Ed. Il Tridente; 2009

Cintra, L. T. A., Gomes, M. S., da Silva, C. C., Faria, F. D., Benetti, F., Cosme-Silva, L., Samuel, R. O., Pinheiro, T. N., Estrela, C., González, A. C., & Segura-Egea, J. J. (2021). Evolution of endodontic medicine: a critical narrative review of the interrelationship between endodontics and systemic pathological conditions. *Odontology*, 109(4), 741–769. <https://doi.org/10.1007/s10266-021-00636-x>

Departamento Nacional de Estadística DANE. Resultados sobre limitaciones permanentes Versión 4.doc - discapacidad.pdf [Internet]. [citado 1 de octubre de 2014].

Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/censos/boletines/discapacidad.pdf>

Devinsky, O., Boyce, D., Robbins, M., & Pressler, M. (2020). Dental health in persons with disability. *Epilepsy & behavior: E&B*, 110, 107174. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107174>

Fakorede, O, Ogunwale, A., & Akinhanmi, A. O. (2020). Disability among patients with schizophrenia: A hospital-based study. *The International journal of social psychiatry*, 66(2), 179–187. <https://doi.org/10.1177/0020764019894608>

Gnessutta C. Nell'handicap un diverso approccio all'á terapia. *Dental Tribune* 2009;5
García-Flores K, Suárez-Zafra D, de-la-Huerta-Flores K. Panorámica de la atención estomatológica a pacientes discapacitados o especiales. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana*; 2013; 19(2):91-99

Giraldo-Zuluaga MC, Martínez Delgado CM, Cardona-Gómez N, Gutiérrez-Pineda JL, Giraldo Moncada KA, Jiménez-Ruíz PM. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. *Rev. CES Odont* 2017; 30(2): 23-36

Inyang, B., Gondal, F. J., Abah, G. A., Minnal Dhandapani, M., Manne, M., Khanna, M., Challa, S., Kabeil, A. S., & Mohammed, L. (2022). The Role of Childhood Trauma in Psychosis and Schizophrenia: A Systematic Review. *Cureus*, 14(1), e21466. <https://doi.org/10.7759/cureus.21466>

Martínez-Menchaca Héctor, Rivera-Silva Gerardo. Salud bucodental en personas con necesidad de cuidados especiales de salud en México. *Salud pública Méx.* 2011; 53(3):203-204. [Citado 2018 Abr 07]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000300001&lng=es.

Marrufo Mireles Isabel. La endodoncia en pacientes con necesidades especiales: una propuesta de restricción física para su tratamiento. Universidad autónoma del estado de México. Facultad de odontología centro de investigación y estudios avanzados en odontología "Dr. Keisaburo Miyata".2013

Ministerio de Salud de Colombia. Cifras Registro de discapacidad (Dic 2013).pdf [Internet]. [Citado 13 de mayo de 2015]. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.Co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Cifras%20Registro%20de%20Discapacidad%20\(Dic%202013\).pdf](http://www.minsalud.gov.Co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Cifras%20Registro%20de%20Discapacidad%20(Dic%202013).pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social, Publicador: Sistema Integral de Información de la Protección Social –SISPRO [Internet]. [Citado 13 de mayo de 2015]. Disponible en:<https://www.google.com.co/search?q=Visor+Geografico+SISPRO&oq=Visor+Geografico+SISPRO&aqs=chrome..69i57.1508j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013. May 28, 2013 p. 142-4.

Oxa ER. Situación odontológica de los pacientes con discapacidades en Chile. *Dental Tribune Hispanic & Latin America*. 5.a ed. 2013;8-12.

Pava-Ripoll NA. Narrativas conversacionales con familias y docentes de niños y niñas con discapacidad: Un aporte metodológico. *Interdisciplinaria*, 2015; 32(2):203-222

Patel, S., Kanagasingam, S., & Mannocci, F. (2010). Cone beam computed tomography (CBCT) in endodontics. *Dental update*, 37(6), 373–379. <https://doi.org/10.12968/denu.2010.37.6.373>

Shilder H Cleaning and shapin the root canal. *Dent clin North am*1974:18 269-76.

Serrano M, Torrelles A, Simancas YC. Estado de salud bucodental en niños con Discapacidad intelectual. *Acta Odontológica Venezolana*. 2012; 50(3). [Consultado el: 07/04/2018]

Disponibile en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/3/art-6/>

Scagnet G. La atención de personas con discapacidad en Argentina. *Dental Tribune Hispanic & Latin America*. 5.a ed. 2013;14-6.

Setzer, F. C., & Lee, S. M. (2021). Radiology in Endodontics. *Dental clinics of North America*, 65(3), 475–486. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2021.02.004>

Stępnicki P, Kondej M, Kaczor AA: Conceptos y tratamientos actuales de la esquizofrenia. *Moléculas*. 2018, 23:2087. 10.3390/moléculas23082087

Vozza I, Cavallè E, Corridore D, et al. Preventive strategies in oral health for special needs patients. *Annali di Stomatologia*. 2015;6(3-4):96-99. doi:10.11138/ads/2015.6.3.096.

World Dental International (FDI). Promoting Dental Health through Fluoride Toothpaste. Adopted by the FDI General Assembly november, 2000 in Paris, France. Revised september, 2008 in Stockholm, Sweden. [Internet] [Citado Abril 718] Disponibile en: <https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/promoting-dental-health-through-fluoride-toothpaste>

Waldron C, MacGiolla Phadraig C, Nunn J, Comiskey C, Donnelly-Swift E, Guerin S, Clarke MJ. Oral higyene programs for people with intellectual disabilities (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 4. Art. No.: CD012628. DOI: 10.1002/14651858.CD012628

Zavaglia V, Nori A, Vacirca R et al. La sedazione cosciente nel paciente disbile. *Dental Cadmos* 2006:6.