

Caso clínico: Reabsorción externa inflamatoria apical

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MARCO TEÓRICO

Una reabsorción corresponde a una condición asociada a un proceso fisiológico o patológico que resulta en la pérdida de dentina, cemento y/o hueso (1), la causa más común de reabsorción externa apical es la infección del tejido pulpar, ya que el ambiente inflamatorio mantenido en el tiempo estimula la actividad clástica en los tejidos peri radiculares. (2).

AUTORES



Dra. Paulina Alvarado

Estudiante de segundo año Programa de Especialización en Endodoncia UFT.



Dr. Nicolás Ferraro

Docente Programa de Especialización en Endodoncia UFT.



Dra. Constanza Galleguillos

Docente Programa de Especialización en Endodoncia UFT.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 66 años, sin antecedentes mórbidos. Acude el mes de Julio de 2022 al programa de especialización en endodoncia de la Universidad Finis Terrae para el tratamiento endodóntico del diente 3.4. El diente se encontraba con leve sintomatología dolorosa, sin respuesta a los test de sensibilidad pulpar de frío (Endoice®, Coltene.), calor (Gutapercha en barra) y eléctrico (Elements Diagnóstico®, Sybron Endo). Presentaba en fondo de vestíbulo una fístula activa, y dolor moderado a la percusión lateral y vertical. Al examen radiológico se observa una raíz única con rizálisis apical, asociado a la presencia de una amplia lesión apical (Fig.1). La hipótesis diagnóstica fue una Necrosis pulpar con Absceso apical crónico.

Se realizó el tratamiento en múltiples sesiones, todas bajo anestesia infiltrativa y aislamiento absoluto unitario. Inicialmente se realizó la remoción de la restauración infiltrada con su posterior reconstrucción. Bajo el uso de magnificación (Lupas PerioOptix® 3,5X) se confeccionó un acceso conservador alternando la utilización de fresas de alta y baja velocidad. La negociación del canal se realizó con limas K10 (Dentsply

Sirona) a longitud aparente del diente, se determinó de la longitud de trabajo con Localizador Apical Electrónico (Woodpex V®, Woodpecker) con confirmación radiográfica (Fig.2). La preparación del canal se realizó con el sistema mecanizado Hyflex CM® (Coltene) hasta alcanzar el diámetro apical 30.04, para disminuir el riesgo de perforación de las paredes en el tercio apical. Durante toda la preparación mecánica se realizó abundante irrigación con hipoclorito de sodio 5,25%. Una vez terminada la preparación químico-mecánica se decide dejar medicación el canal con Hidróxido de calcio, para la generación de un ambiente alcalino, que permita neutralizar la acidez del medio y detener la actividad resortiva (3), la medicación fue llevada al canal con un léntulo. Sin embargo, ocurre la fractura de este instrumento (Fig.3), cambiando el pronóstico del tratamiento. Se decide realizar la remoción del fragmento fracturado utilizando puntas de ultrasonido Start X3® (Dentsply Sirona) en sentido antihorario y posteriormente, cuando el instrumento estuvo suelto dentro del canal, se utilizó un espaciador digital #20 modificado para poder retirarlo (Fig. 4). En la segunda sesión aún se encontraba

activa la fístula, por lo que se realizó una copiosa irrigación con NaOCl 5,25%, el aumento de diámetro Hyflex CM® 40.04 y medicación intracanal hasta LT con hidróxido de calcio + yodoformo. Dos semanas después el diente se encontraba completamente asintomático y con el vestíbulo sano, por lo que se realizó la remoción de la medicación con la lima XP-Endo Finisher® (FKJ Dentaire), protocolo final de irrigación (NaOCl 5,25% + EDTA 10% + NaOCl 5,25%) con activación sónica (EndoActivator®, Dentsply Sirona). La obturación de canales radiculares (OCR) se realizó con una técnica de condensación hidráulica, con el cemento biocerámico BioRoot RCS® (Septodont)(Fig.5) El doble sellado coronario inmediato se realizó con un cemento hemidrato y un ionómero vítreo, realizando posteriormente un ajuste oclusal. Una semana después, el diente se encontraba asintomático, se da alta endodóntica y se realiza la derivación para la rehabilitación. Diez meses posteriores a la terapia endodóntica, el diente se encuentra asintomático y con el fondo de vestíbulo sano, radiográficamente se observa la resolución completa de la lesión apical con modelado radicular de la zona apical, dejando gutapercha en el tejido óseo (Fig. 6).



Fig. 1 / Radiografía inicial con cateterismo fistular.

Fig. 2 / Conductometría radiográfica.

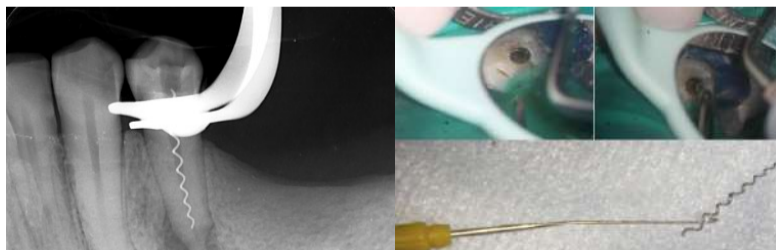


Fig. 3 / Fractura de instrumento.

Fig. 4 / Fotografías clínicas del procedimiento para la remoción de instrumento fracturado.



Fig. 5 / Obturación del sistema de canales radiculares.

Fig. 6 / Radiografía de control 10 meses post tratamiento endodóntico, se observa reparación de la lesión apical, formación de ligamento periodontal y remodelación de zona apical.

CONCLUSIÓN

El manejo de procesos reabsortivos es uno de los desafíos de la terapia endodóntica. Se debe realizar un correcto control de la infección para intentar detener este proceso mediado por las células clásticas. Sin embargo, dada la complejidad del sistema de canales radiculares (SCR), la formación de biofilm intra y extraradicular y la activación de células clásticas producto de infecciones mantenidas en el tiempo, se hace bastante complejo el manejo de estas patologías. El caso reportado describe una alternativa de tratamiento para las reabsorciones apicales, donde el control de la infección y la medicación intracanal parecieran ser los componentes esenciales para detener esta patología radicular. Sin embargo, al ser un proceso clástico muchas veces no es posible detenerlo por completo, por lo que los controles periódicos son fundamentales para ver su comportamiento a través del tiempo.



BIBLIOGRAFÍA

1. Glossary of endodontic terms AAE v 6.0.
2. Fuss Z, Tsesis I, Lin S. Root resorption diagnosis, classification and treatment choices based on stimulation factors. Dent Traumatol 2003.
3. Kazemipour M, Tabrizzadeh M, Dastani M, Hakimian R. The effect of retreatment procedure on the pH changes at the surface of root dentin using two different calcium hydroxide pastes. J Conserv Dent. 2012 Oct;15(4):346-50.

Más información:
postgrados.uft.cl