

Tratamiento Endodóntico en Incisivos con Gran Lesión Periapical Post Traumatismo. Caso Clínico.

Endodontic Treatment in Incisors with a Large Post-traumatic Periapical Lesion. Clinical Case.

Recibido 30/12/2019

Aceptado 18/03/2020

Sala D, Pinasco L, Rodríguez PA

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Odontología
Cátedra de Endodoncia
Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

El éxito a largo plazo del tratamiento endodóntico depende principalmente de una correcta limpieza y conformación del sistema de conductos radiculares para favorecer una adecuada obturación. Este artículo tiene como objetivo el reporte de un caso clínico de una paciente de 22 años, que concurre al servicio de la Cátedra de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires presentando sus incisivos, central y lateral, superiores sin lesión de caries, fístula activa y una imagen radiográfica radiolúcida apical asociada a dichas piezas dentarias. A la anamnesis, la paciente refiere haber sufrido un traumatismo en el sector anterosuperior dos años antes a la fecha de consulta.

Palabras clave: retratamiento endodóntico, lesión periapical, fístula activa, tratamiento no quirúrgico, traumatismo dental.

ABSTRACT

The long-term success of endodontic treatment depends mainly on proper cleaning and conformation of the root canal system to promote proper sealing. This article aims to report a case carried out in a 22 years old patient, who attended the service of the FOUBA Endodontic Chair with central and upper lateral incisors without cavity injury, with a radiographic lesion associated and active fistula. She suffered a trauma two years ago.

Key words: endodontic re-treatment, periapical lesion, active fistula, non- surgical treatment, dental trauma

INTRODUCCIÓN

La respuesta más esperable luego de un traumatismo violento en una pieza dentaria con el ápice cerrado es la necrosis pulpar, sobre todo si no recibió el tratamiento de urgencia y el seguimiento correspondiente (Robertson, 1998). Estas lesiones son, muchas veces, hallazgos radiográficos; en otras ocasiones se manifiestan con signos y síntomas clínicos como migración

dentaria, pigmentación coronaria, tumefacción, fistula, dolor dentario, etc. (Andreasen et al., 2011).

A partir de la necrosis pulpar, las bacterias y sus productos pueden afectar el ligamento periodontal a través del foramen apical, los conductos laterales, e incluso por la vía de los conductillos dentinarios (Rotstein y Simon, 2004). Esta es la causa primaria de la iniciación y progresión de la periodontitis apical, que resulta en inflamación de los tejidos perirradiculares y reabsorción ósea (Nair, 1997 y 2004), y se detecta radiográficamente solo ante una gran pérdida de hueso alveolar y cortical durante el desarrollo del proceso patológico (Bender y Seltzer, 1961).

El objetivo principal del tratamiento endodóntico es eliminar los microorganismos y sus productos metabólicos del sistema de conductos radiculares y evitar su reinfección, para permitir la curación de los tejidos perirradiculares (Siqueira Jr y Rôças, 2008). Existen numerosos estudios que aseguran que un correcto tratamiento convencional proporciona las condiciones necesarias para revertir grandes lesiones periapicales sin necesidad de un tratamiento quirúrgico complementario (Lin et al., 2009). Siempre que el caso lo permita, un abordaje por vía ortógrada debería ser la primera opción de tratamiento (Rahbaran et al., 2001, Lin et al., 2007), aún en casos de piezas dentarias previamente tratadas (Tavares et al., 2009).

El correcto planeamiento y ejecución del acceso coronario, desinfección químico-mecánica del sistema de conductos y una obturación tridimensional, contribuyen al éxito del tratamiento endodóntico, el cual debe monitorearse en controles periódicos (Fernandes et al., 2010).

CASO CLÍNICO

Se presenta al servicio de la Cátedra de Endodoncia de FOUBA una paciente de 22 años con una derivación para cirugía apical de la pieza 1.2. Manifiesta no presentar alteraciones sistémicas de relevancia, ni tomar medicación.

En la anamnesis relata que hace dos años recibió un cabezazo de su hija; luego de unos meses le realizaron endodoncia de la pieza dentaria 1.2, y desde entonces cursa episodios de inflamación a nivel apical y dolor localizado, además de observar migración de dicha pieza.

Al examen clínico se observa fístula vestibular asociada a 1.2, dolor a la palpación apical en 1.2 y 1.1. El eje dentario de la pieza 1.2 se encuentra desplazado apicalmente hacia distal y existe una extrusión leve de la pieza 1.1 (Fig. 1). El test de sensibilidad pulpar es negativo para ambas piezas dentarias y percibe dolor a la percusión vertical y horizontal, sin tumefacción clínica al momento de la consulta.



FIGURA 1. Clínica inicial. El círculo marca la zona de fístula

Al examen radiográfico se observan piezas dentales 1.2 y 1.1 con espacio periodontal levemente aumentado e imagen radiolúcida periapical (Fig. 2). Ambas piezas presentan ápices desarrollados. La pieza 1.2 con endodoncia previa realizada en un servicio odontológico particular hace 8 meses.

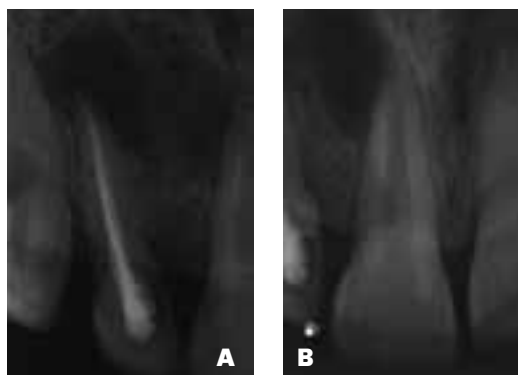


FIGURA 2. Radiografías iniciales de piezas dentales (A) 1.2 y (B) 1.1

Al examen tomográfico computarizado de haz cónico (CBCT) se observa en el corte sagital una obturación deficiente de la pieza 1.2, una lesión radiolúcida en apical de ambas piezas e imagen de reabsorción dentinaria en vestibular del tercio apical de la pieza 1.1 (Fig. 3). Asimismo, en el corte axial, se ve la imagen radiolúcida involucrando ambas piezas dentarias (Fig. 4).



FIGURA 3. Corte sagital de CBCT inicial de piezas (A) 1.2 y (B) 1.1

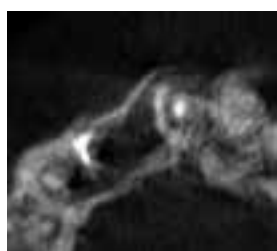


FIGURA 4. Corte axial de CBCT inicial

En base al diagnóstico clínico radiográfico y con el consentimiento de la paciente, se planifica el tratamiento endodóntico en la pieza 1.1 y retratamiento en la pieza 1.2, ya que radiográficamente se observa compactación deficiente del material de obturación y es posible el re-abordaje por vía ortógrada.

El protocolo de trabajo fue realizado bajo microscopio óptico operativo Carl Zeiss. La pieza 1.2 se desobturó con instrumental manual limas Hedstrom (Dentsply Maillefer), determinación de longitud de trabajo (Fig. 5) y luego rectificó de las paredes con limas Protaper Next (Dentsply Maillefer), y la pieza 1.1 fue tratada con instrumental manual limas K (Dentsply Maillefer) hasta n 60.

El protocolo de lavajes para ambas piezas fue solución de hipoclorito de sodio al 2,5%, con un lavaje final



FIGURA 5. Comprobación radiográfica de longitud de trabajo

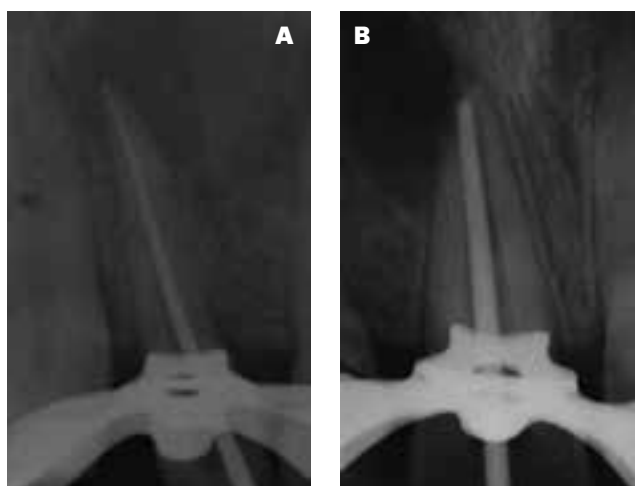


FIGURA 6. Comprobación radiográfica de cono de gutapercha de las piezas (A) 1.2 y (B) 1.1

de EDTAC 17% y activación con lima XP- Endo Finisher (FKG). Se realizó corroboración de longitud de obturación con conometría (Fig. 6). Luego ambas piezas dentarias fueron obturadas en la misma sesión clínica con cemento de resina AH Plus (Dentsply Maillefer) y conos de gutapercha Meta Biomed taper .04, con técnica híbrida de Tagger (Fig. 7).

La paciente fue citada a los 30 días para control (Fig. 8) presentándose asintomática clínicamente (Fig. 9). Se realizó un nuevo control a los 6 meses, manteniéndose las características clínicas y con una imagen radiográfica radiolúcida disminuida en comparación con la inicial (Fig. 10). Actualmente, dado que la lesión se encuentra en una etapa de curación, la paciente es citada para controles semestrales.



FIGURA 7. Postoperatorio inmediato de las piezas (A) 1.2 y (B) 1.1



FIGURA 9. Control clínico 30 días. Ausencia de fístula

CONCLUSIÓN

Para el especialista en endodoncia es fundamental realizar un correcto diagnóstico y planificar la terapéutica indicada para cada situación clínica, permitiendo así mejorar el pronóstico.

Teniendo en cuenta la capacidad biológica reparativa de cada paciente, se entiende que la capacidad de defensa es diferente para cada organismo en particular, es por eso que de acuerdo a criterios radiológicos, clínicos y tomográficos se podrá evaluar la curación en cada caso con un correcto seguimiento a distancia de un mínimo de dos años.

Cuando el objetivo de la curación se ve comprometido o no cumplido, la primera opción de tratamiento es por medios no quirúrgicos, evaluando en los controles posteriores el requerimiento o no de una cirugía complementaria.



FIGURA 8. Control radiográfico 30 días de piezas 1.2 y 1.1



FIGURA 10. Control radiográfico 6 meses de piezas 1.2 y 1.1

REFERENCIAS

- Andreasen JO, Bakland LK, Flores MT, Andreasen FM y Andersson L. (2011). Traumatic dental injuries: a manual. (3rd ed.). Wiley-Blackwell.
- Bender IB y Seltzer S. (1961). Roentgenographic and direct observation of experimental lesions in bone II. J Am Dent Assoc, 62(6), 708–716. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1961.0127>
- Fernandes M y de Ataíde I. (2010). Nonsurgical management of periapical lesions. J Conserv Dent, 13(4), 240–245. <https://doi.org/10.4103/0972-0707.73384>
- Lin LM, Huang GT y Rosenberg PA. (2007). Proliferation of epithelial cell rests, formation of apical cysts, and regression of apical cysts after periapical wound healing. J Endod, 33(8), 908–916. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2007.02.006>

Lin LM, Ricucci D, Lin J y Rosenberg PA. (2009). Nonsurgical root canal therapy of large cyst-like inflammatory periapical lesions and inflammatory apical cysts. *J Endod*, 35(5), 607–615. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2009.02.012>

Nair PNR. (1997). Apical periodontitis: a dynamic encounter between root canal infection and host response. *Periodontol* 2000, 13(1), 121–148. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.1997.tb00098.x>

Nair PNR. (2004). Pathogenesis of apical periodontitis and the causes of endodontic failures. *Crit Rev Oral Biol Med*, 15(6), 348–381. <https://doi.org/10.1177/154411130401500604>

Rahbaran S, Gilthorpe MS, Harrison SD y Gulabivala K. (2001). Comparison of clinical outcome of periapical surgery in endodontic and oral surgery units of a teaching dental hospital: a retrospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 91(6), 700–709. <https://doi.org/10.1067/moe.2001.114828>

Robertson A. (1998). A retrospective evaluation of patients with uncomplicated crown fractures and luxation injuries. *Endod Dent Traumatol*, 14(6), 245–256. <https://doi.org/10.1111/j.1600-9657.1998.tb00848.x>

Rotstein I y Simon JH. (2004). Diagnosis, prognosis and decision-making in the treatment of combined periodontal-endodontic lesions. *Periodontol* 2000, 34(1), 165–203. <https://doi.org/10.1046/j.0906-6713.2003.003431.x>

Siqueira JF Jr y Rôças IN. (2008). Clinical implications and microbiology of bacterial persistence after treatment procedures. *J Endod*, 34(11), 1291–1301. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2008.07.028>

Tavares PB, Bonte E, Boukpepsi T, Siqueira JF Jr y Lasfargues JJ. (2009). Prevalence of apical periodontitis in root canal-treated teeth from an urban French population: influence of the quality of root canal fillings and coronal restorations. *J Endod*, 35(6), 810–813. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2009.03.048>

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal docente y no docente de la Cátedra de Endodoncia de FOUBA.

Dirección para correspondencia:

Cátedra de Endodoncia
Facultad de Odontología
Universidad de Buenos Aires
Marcelo T. de Alvear 2142, Piso 4ºB
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, C1122AAH
dalilasala@hotmail.com