

Caso Clínico:

Lesión endo-periodontal combinada verdadera en raíz mesiovestibular de un diente 16. Retratamiento de conductos y amputación radicular. A propósito de un caso.

Olalla Argibay Lorenzo, Pablo Castelo Baz, Pilar Batalla Vázquez, Juan Blanco Carrión.
Universidad Santiago de Compostela, Facultad de Odontología, Departamento de Periodoncia.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la infección periodontal se ve afectado por factores tal y como son la proximidad radicular, la malposición dentaria, los surcos radiculares y la afectación de furcas (Tezal, 2006).

Se ha demostrado que el tratamiento periodontal básico es eficaz en los dientes monoradiculares, pero los dientes multiradiculares tienen factores locales predisponentes que pueden requerir precauciones adicionales (Nieminen, 1995).

En los casos con afectación furcal, se han descrito técnicas que incluyen desde técnicas resectivas (amputación radicular, tunelización, premolarización) hasta la regeneración tisular guiada. En este caso clínico que se presenta, la presencia de una lesión endo-periodontal combinada y verdadera, inclinó la balanza hacia la cirugía resectiva, tal y como se describe a continuación.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El paciente acude a la clínica dental por molestias generalizadas. A la exploración clínica y radiológica se observa una periodontitis crónica generalizada moderada localizada avanzada. El paciente refiere especiales molestias en el diente 16, donde previamente llevaba una corona metal-cerámica.

Pruebas diagnósticas

A la exploración clínica del diente 16 se observa:

- Percusión positiva
- Palpación positiva en zona de la raíz mesio-vestibular
- Sondaje hasta ápice en la raíz mesio-vestibular.

A la exploración radiológica (Fig. 1) se observa avanzada pérdida de inserción en dicha pieza, y escasa estructura dental remanente con una lesión endo-periodontal combinada verdadera en raíz mesio-vestibular en diente 16.



Fig. 1 (Rx periapical inicial)

Diagnóstico:

En este caso nos encontramos ante una periodontitis apical crónica en diente 16 y lesión endo-periodontal combinada verdadera en raíz mesio-vestibular.

Plan de tratamiento

- Tratamiento periodontal fase básica
- Retratamiento de conductos de diente 16, reconstrucción con poste y corona provisional.
- Cirugía periodontal resectiva en I sextante (colgajo de reposición apical) con amputación de raíz mesio-vestibular del diente 16 y extracción del 18.
- Rehabilitación con prótesis fija.

Tratamiento periodontal de fase básica

Se le explica al paciente las instrucciones en higiene oral pertinentes (técnica de Bass y el uso de cepillos interdetales del tamaño adecuado)

Tras realizar un exhaustivo examen diagnóstico periodontal y una serie radiográfica, se realiza en dos citas raspado y alisado radicular de toda la cavidad oral bajo anestesia local y se prescribe la utilización de un colutorio con clorhexidina al 0.12% y cloruro de cetilpiridinio al 0.05% (Perio Aid® tratamiento) durante 30 segundos, dos veces al día, durante 15 días como tratamiento coadyuvante.

Retratamiento de conductos en diente 16 y reconstrucción con poste

Para realizar el retratamiento nos ayudamos en primer lugar de fresas tipo Gates nº3 y de las limas rotatorias de retratamiento D2 y D3 del sistema ProTaper (Dentsply Maillefer). Las empleamos hasta que conseguimos alcanzar la constricción apical. Una vez alcanzamos la constricción, instrumentamos con el sistema ProTaper Next hasta X4. Realizamos una desinfección del sistema de conductos con hipoclorito de sodio al 5.25% así como con EDTA al 17% activando ambos con una vibración sónica (EndoActivator, Dentsply Maillefer). Una vez finalizada esta primera fase dejamos una medicación de hidróxido de calcio durante 15 días.

Caso Clínico: *Lesión endo-periodontal combinada verdadera en raíz mesiovestibular de un diente 16. Retratamiento de conductos y amputación radicular. A propósito de un caso.*

Tras este período de tiempo, volvemos a desinfectar el sistema de conductos con hipoclorito alternado con EDTA y procedemos a sellar, empleando una técnica de ola continua. Posteriormente, realizamos la reconstrucción con poste del diente (Fig. 2). Para ello, empleamos un poste de fibra de vidrio y un cemento de resina (Core&post, Dentsply), así como un composite nanohíbrido para la conformación del muñón (CeramX Universal, Dentsply).



Fig. 2 (Rx periapical post reendodoncia)

Cirugía periodontal resectiva

Tras anestesiar el sextante, se comprueba nuevamente que existe una lesión endo-periodontal en la raíz mv (Figura 3), tras ello se realiza el sondaje a hueso que nos ayudará a diseñar nuestro colgajo.



Fig. 3 (Sondaje a hueso)

En este caso la técnica de elección fue la realización de un colgajo de reposición apical. Se procede a levantar los colgajos y al desbridamiento de las raíces mediante dispositivos ultrasónicos, fresas de diamante de grano fino (Perio-set®) y curetas (Gracey, LM Dental). Posteriormente se procede a la amputación de la raíz mesiovestibular del diente 16 (Figura 4) (mediante una fresa de lindemann) y a la extracción del diente 18. Seguidamente se realiza la cirugía ósea y finalmente se realiza una sutura continua dentoanclada en todo el sextante con una sutura no reabsorbible de 4-0 (polimid 4-0, Sweden & Martina).

Caso Clínico: *Lesión endo-periodontal combinada verdadera en raíz mesiovestibular de un diente 16. Retratamiento de conductos y amputación radicular. A propósito de un caso.*



Fig. 4 (Amputación quirúrgica)

Se prescribe la utilización de un colutorio con clorhexidina al 0.12% y cloruro de cetilpiridinio al 0.05% (Perio Aid® tratamiento) durante 30 segundos, dos veces al día, durante 15 días y AINES cada 8h durante 3 días como tratamiento coadyuvante.

Rehabilitación con prótesis fija

Un mes después de retirar los puntos de sutura, se procede al retallado del diente y a la colocación de una corona provisional de resina con el fin de ver si el paciente era capaz de realizar una función masticatoria adecuada.

Tras seis meses con la corona provisional en funcionamiento y sin sintomatología, se decide transformar la corona provisional en definitiva (Fig. 5, 6, 7).



Fig.5 (Toma de impresiones)



Fig. 6 (Visión oclusal)



Fig. 7 (Rx periapical final)

DISCUSIÓN

El presente caso ilustra el tratamiento resectivo realizado en el diente 16 con afectación de furca grado II, periodontitis apical crónica y lesión endo periodontal combinada verdadera en raíz mesio-vestibular mediante la realización de una amputación radicular.

Los estudios longitudinales retrospectivos, que evalúan el mantenimiento de la salud periodontal después de la terapia periodontal, han encontrado una mayor mortalidad dentaria y un pronóstico más comprometido para los dientes con afectación furcal, mientras que los ensayos clínicos prospectivos revelan una menor eficacia del tratamiento periodontal en dientes multirradiculares con furca afectada. Es por ello que todavía a día de hoy representa uno de los mayores desafíos en la terapia periodontal.

El peor pronóstico de los dientes con furca afectada fue confirmado por ensayos longitudinales clásicos que analizaron los resultados de la terapia periodontal. En 1978, Hirschfeld & Wasserman demostraron que durante un período de 22 años, los pacientes que seguían en un programa de mantenimiento periodontal perdieron el 7,1% de todos los dientes por razones periodontales. El valor correspondiente para los dientes multirradiculares con afectación furcal fue del 31%.

Se ha sugerido una amplia gama de modalidades de tratamiento para dientes multirradiculares con afectación de furca. Para las furcas con grado de afectación más avanzado (tipo II o III), la resección de las raíces, la preparación en túnel, o los procedimientos regenerativos son los tratamientos de elección. Hay informes polémicos en la literatura científica sobre los resultados a largo plazo de las modalidades de tratamiento resectivo debido a la considerable heterogeneidad de los estudios disponibles. En una reciente revisión sistemática sobre el efecto de la terapia periodontal sobre la supervivencia de los dientes multirradiculares con afectación furcal (Huynh-Ba et al. 2009) informaron de una tasa de éxito de la terapia de resección radicular que oscila entre 62% y 100% después de un período de observación de 5 a 13 años. Los autores concluyeron que las razones para la extracción estaban principalmente relacionados con complicaciones endodónticas y fracturas radiculares, y no con la recurrencia de la enfermedad periodontal. Las variaciones significativas en las tasas de éxito pueden atribuirse, al menos en parte, a diferentes criterios de inclusión, definiciones de resultados, períodos de seguimiento, programa de mantenimiento y a los distintos métodos de restauración del diente.

En todos los casos los autores relacionan una alta tasa de éxito de este enfoque de tratamiento con una terapia periodontal adecuada, un tratamiento endodóntico exitoso y un diseño de restauración acorde. Además, hacen hincapié en la importancia de la meticulosa higiene oral del paciente y el mantenimiento regular de los molares reseccionados para prevenir la recurrencia de enfermedad periodontal.

CONCLUSIÓN

El manejo exitoso a largo plazo de los molares con furca afectada sigue siendo un desafío clínico importante en el tratamiento periodontal. La terapia resectiva radicular es un procedimiento predecible y debe ser considerada una adecuada modalidad de tratamiento para los molares con afectación de furca. Una correcta selección de los casos y un enfoque interdisciplinario cuidadoso (incluyendo la terapia periodontal, el tratamiento endodóntico, la reconstrucción protésica y el mantenimiento periodontal) son esenciales para obtener un resultado exitoso del tratamiento. Estos tratamientos muestran una tasa de éxito y longevidad comparable con la de los implantes dentales y debido a que estos no están desprovistos de complicaciones, los procedimientos de resección radicular deben ser tenidos en cuenta a la hora de la toma de decisiones en dientes con pronóstico cuestionable.

BIBLIOGRAFÍA

Hirschfeld L, Wassermann B. A long-term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients. *J Periodontol* 1978; 49:225-237.

Huynh-Ba G, Kuonen P, Hofer D, Schmid J, Lang NP, Salvi GE. The effect of periodontal therapy on the survival rate and incidence of complications of multirooted teeth with furcation involvement after an observation period of at least 5 years: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2009; 36:164-176.

Tezal, M., et al., Supragingival plaque may modify the effects of subgingival bacteria on attachment loss. *J Periodontol* 2006; 77: 808-813.

Nieminen, A., et al., Prognostic criteria for the efficiency of non-surgical periodontal therapy in advanced periodontitis. *J Clin Periodontol* 1995; 22:153-161.