

Presentación de Caso

Alternativa de tratamiento para reabsorción dentaria interna

Treatment alternative for internal teeth resorption

Alianna Herrera-Forcelledo¹  , José Antonio Guerra-Pando² , Alicia Herrera-Forcelledo³ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Hospital General Docente “Abel Santamaría Cuadrado”. Pinar del Río, Cuba

²Universidad de Ciencias Médicas Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna”, Carrera de Estomatología. Pinar del Río, Cuba

³Universidad de Ciencias Médicas Pinar del Río. Policlínico Comunitario Fermin Valdés Domínguez. Pinar del Río, Cuba

RESUMEN

Introducción: la reabsorción dentaria interna es una patología pulpar, ocasionada por un proceso inflamatorio del complejo pulpo-dentinario, de etiología diversa.

Presentación de caso: paciente femenina, blanca, de 20 años de edad, que acudió a consulta estomatológica preocupada por un cambio de coloración en un diente, refiriendo traumatismo dental hacía aproximadamente 3 meses, al cual no le prestó importancia, ya que solo presentaba ligero dolor a la masticación en los primeros días y después desapareció por sí solo. Al examen bucal se observó discromía en incisivo central superior derecho (11) de coloración rosada, ausencia de dolor y prueba de vitalidad positiva, más atenuada en relación con su homólogo. Se diagnosticó una reabsorción dentaria interna, se realizó un tratamiento pulpo radicular y posterior obturación del conducto con técnica de condensación lateral.

Conclusiones: una preparación químico-mecánica, una obturación, y una buena restauración post-endodóntica, permiten que el pronóstico a largo plazo de la reabsorción dentaria interna presente resultados predecibles y favorables.

Palabras clave: Reabsorción Dentaria; Discromía; Endodoncia; Tratamiento Pulpo Radicular; Obturación de Conducto.

ABSTRACT

Introduction: internal dental resorption is a pulp pathology caused by an inflammatory process of the pulp-dentin complex, of diverse etiology.

Case presentation: a white female patient, 20 years of age, who came to the stomatology office concerned about a change in the color of a tooth, referring dental trauma approximately 3 months ago, to which she did not attach importance, since she only presented slight pain on chewing in the first few days and then it disappeared on its own. On oral examination there was dyschromia in the upper right central incisor (11) with pink coloration, absence of pain and positive vitality test, more attenuated in relation to its counterpart. Internal dental resorption was diagnosed, pulpo-root treatment was performed and subsequent obturation of the canal with lateral condensation technique.

Conclusions: Chemical-mechanical preparation, obturation and a good post-endodontic restoration allow the long-term prognosis of internal dental resorption to present predictable and favorable results.

Keywords: Tooth Resorption; Dyschromia; Endodontics; Root Pulp Treatment; Root Canal Filling.

INTRODUCCIÓN

La reabsorción dentaria interna (RDI) es definida como la pérdida de la dentina adyacente al conducto radicular, causada por la actividad de odontoclastos gigantes multinucleados adyacentes al tejido granulado en la pulpa, a partir de la inflamación crónica pulpar.⁽¹⁾ Fue reportada por primera vez por Bell en 1830 y también ha sido nombrada como el diente rosa de Mummery (1920), llamado así debido al cambio de coloración de la corona al rosado.⁽²⁾

Mientras la prevalencia exacta de la RDI no está bien definida, se le considera


Citar como: Herrera-Forcelledo A, Guerra-Pando JA, Herrera-Forcelledo A. Alternativa de tratamiento para reabsorción dentaria interna. Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2023 [citado Fecha de Acceso]; 19:e718. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/718>


DOI: 10.5281/zenodo.8373360


Recibido: 16-04-2021

Aceptado: 03-11-2021

Publicado: 01-12-2022

Editor: Univ. Guillermo Alejandro Herrera Horta  Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna”. Pinar del Río, Cuba.

Revisor: Dr. Rolando Torrecilla-Venegas  Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus. Hospital Provincial Universitario “Camilo Cienfuegos”. Sancti Spíritus, Cuba.

Revisor: Dr. Juan Cardentey García  Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias médicas “Victoria de Girón”. La Habana, Cuba.

© 2023 Autor(es). Este es un artículo en acceso abierto, distribuido bajo los términos de una licencia Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio siempre que la obra original sea correctamente citada.



un hallazgo poco común en el que escasamente el 2 % de los casos presentan algún tipo de sintomatología. Exámenes radiográficos rutinarios no siempre detectan la presencia de una reabsorción y tampoco muestran su tamaño real.⁽³⁾

Las RDI generalmente son asintomáticas y la mayoría de las veces son detectadas por hallazgos radiográficos. Clínicamente, a veces se manifiestan a nivel de la corona dentaria como una mancha rosada, debido a la presencia del tejido hiperplásico de la pulpa en el área de reabsorción. La etiología de las RDI es multifactorial; dentro de las principales causas relacionadas con su aparición se encuentran: lesiones dentales traumáticas, inflamación bacteriana continua, la avulsión y la reimplantación. Se ha reportado inclusive casos de RDI relacionados con el virus del herpes zóster.⁽¹⁾

El cambio de color de los dientes puede ser por caries dental, necrosis pulpar, restauraciones inadecuadas o discromías post-endodónticas. De la igual manera, aunque con menos frecuencia, patologías como las reabsorciones internas/externas pueden ser el factor causal, y son más difíciles de detectar.⁽³⁾

Este reporte de caso clínico describe el diagnóstico y el plan de tratamiento de un incisivo central maxilar discrómico. Dicho caso, fue consecuencia de una RDI, seguido del tratamiento endodóntico con técnica de condensación lateral, la cual es muy difícil de realizar en este tipo de patologías. Por lo antes expresado el siguiente trabajo tiene como objetivo describir las características clínicas y conductas a seguir ante un caso de reabsorción dentaria interna en un incisivo central superior derecho.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina, de raza blanca, de 21 años de edad, con antecedentes de salud, que acudió a consulta estomatológica del Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico “Abel Santamaría Cuadrado” de la provincia de Pinar del Río, refiriendo que le preocupaba un cambio de coloración que presentaba en un diente. Al interrogatorio refirió que hacía aproximadamente 3 meses había sufrido un golpe en un diente anterior con el canto de un mostrador, mientras realizaba actividades domésticas. En dicho momento no asistió a los servicios de Estomatología ya que no observó fractura dentaria y solo sentía un poco de dolor a la masticación en los primeros días; pero que después desapareció por sí solo y no le dio importancia.

Al examen clínico bucal se observó discromía en incisivo central superior derecho (11) de coloración rosada, ausencia de dolor y prueba de vitalidad positiva, más atenuada en relación con su homólogo. Por lo antes expuesto se procedió a realizar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente.

Para llegar al diagnóstico, en un primer momento se realizó una evaluación general del paciente para conocer su estado de salud y determinar si había algún órgano afectado, o incluso una contraindicación para el tratamiento estomatológico.

Para la realización del diagnóstico además de la inspección, palpación y percusión, se utilizó un medio adicional de diagnóstico, la radiografía (vista periapical), para corroborar el diagnóstico presuntivo que aportaba el cuadro clínico que presentaba el paciente.

Al examen radiográfico se observó radiolucidez con un aumento del tamaño del conducto radicular en forma de pozo en el tercio medio radicular, con pérdida de su contorno normal. (Figura 1) Por lo que se diagnosticó al paciente con una reabsorción dentaria interna, con un pronóstico reservado ya que el tratamiento incluía la extirpación pulpar.

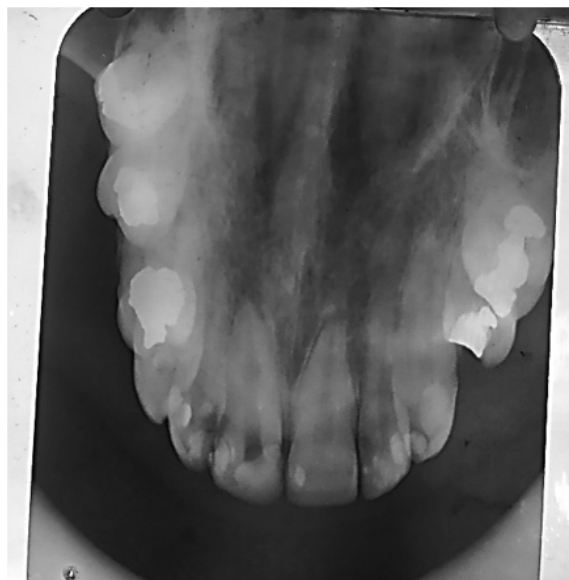


Figura 1. Reabsorción dentaria interna

Antes de proceder a realizar el tratamiento la paciente fue informada sobre su situación de salud, alternativas diagnósticas, molestias posibles que estas pudieran causarle, riesgos potenciales y beneficios esperados para obtener su consentimiento informado.

El tratamiento de elección fue la terapia endodóntica (tratamiento pulpo-radicular, TPR), se inició por la eliminación de la restauración defectuosa y la apertura cameral con fresa redonda número 2, seguido de la extirpación pulpar. Posteriormente se determinó la conductometría con limas K N° 15 (Figura 2), y se comenzó la preparación biomecánica del conducto hasta la lima número 25 de la primera familia, presentándose abundante sangramiento en este paso. Se utilizó como sustancia irritante solución de hipoclorito de sodio al 2,5 % y se colocó hidróxido de calcio químicamente puro en el conducto como cura medicamentosa. En una nueva consulta a las dos semanas se culminó la preparación del conducto radicular, con la limpieza del mismo hasta la lima número 40 y se obturó con conos de gutapercha termoplástica de 29 mm y Endozone. Se empleó la técnica de condensación lateral (Figura 3), y se colocó una obturación temporal de cemento de policarboxilato de zinc en la corona, que fue sustituida a los siete días por una obturación definitiva con resina fotopolimerizable.



Figura 2. Obtención de conductometría.

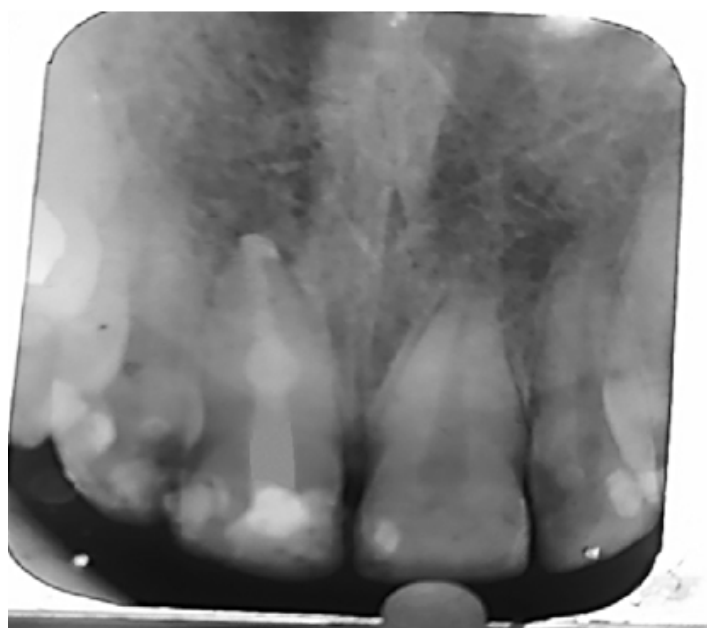


Figura 3. Conducto obturado con técnica de condensación lateral.

Se realizó en consultas posteriores una recromia en dicho diente (11) con técnica del peróxido de hidrógeno de 100 volúmenes (30 %) activada con calor. Se realizó el proceder en cuatro citas con un intervalo de tres días entre citas.

La paciente fue orientada sobre cómo cuidar dicho diente, además se le indicó acudir a consulta mensualmente durante el primer año y después trimestralmente hasta los cinco años para controles clínicos y radiográficos, donde en dichos controles la paciente se encontraba asintomática y sin alteraciones radiográficas.

DISCUSIÓN

La RDI es una patología pulpar crónica silenciosa, que provoca el debilitamiento radicular interno, el cual genera que el diente presente un pronóstico reservado.⁽⁴⁾ Se manifiesta por el aumento en diámetro de la cámara pulpar o conducto radicular, donde la pulpa se convierte en un tejido inflamatorio altamente vascularizado con una importante actividad odontoclástica.⁽⁵⁾

En el tratamiento de este tipo de lesiones se debe realizar la endodoncia y tratar, en lo posible, de extirpar el tejido pulpar metaplásico de la zona que tiene la reabsorción. La retirada del mismo, se puede efectuar con la ayuda de instrumentación mecánica (como fresas de Gates) o desbridación química, para proceder más adelante a la obturación tanto de los conductos como de la lesión en sí. Si se consigue este objetivo será posible detener el avance de la reabsorción. Sin embargo, el pronóstico a largo plazo del diente será reservado, ya que el mismo podrá sufrir algún tipo de fractura, por el debilitamiento producido ya no por la lesión, sino también por la instrumentación necesaria para su tratamiento.⁽⁶⁾

El objetivo del tratamiento de un diente con RDI será: la conservación del diente dentro de la arcada dental, mejorar el estado actual del mismo y reforzarlo con unbiocerámico, evitar el avance de la reabsorción, rehabilitación del diente y la función de este.⁽⁷⁾

El tratamiento del conducto radicular muchas veces puede realizarse en una sola visita, la cual implica, menor tiempo y costos inferiores, tanto para los pacientes como para los odontólogos y quizás, menor dolor postoperatorio. Sin embargo, dado que la eliminación bacteriana completa puede no alcanzarse, incluso con una preparación químico-mecánica profunda del conducto radicular, los tratamientos se realizan mayormente en múltiples citas. Se utiliza como medicación intraconducto el hidróxido de calcio, especialmente en dientes sintomáticos, aunque este tipo de medicación no asegure la erradicación total de los microorganismos del conducto radicular.⁽²⁾

Los detritos orgánicos existentes dentro del conducto en el área reabsorbida, no pueden ser removidos en su totalidad a través de la instrumentación convencional, por lo que se deben utilizar agentes químicos, como una solución de hipoclorito de sodio e instrumentos endodónticos doblados en un ángulo de 90°.⁽²⁾

Para remover y disolver los restos pulpares de las áreas de reabsorción inaccesibles a la instrumentación, se recomienda usar irrigación de hipoclorito de sodio.⁽²⁾ La eficacia antimicrobiana del hipoclorito de sodio, es por su alto pH (acción ion hidroxilo), cuyo mecanismo de acción es similar a la del hidróxido de calcio. Su elevado pH interfiere además en la integridad de la membrana citoplasmática, con una inhibición enzimática irreversible, lo que modifica el metabolismo celular y produce una degradación de fosfolípidos en la peroxidación lipídica.⁽⁸⁾

La medicación intraconducto entre sesiones se utiliza en tratamientos de endodoncia, en especial para lograr un mayor efecto en los procedimientos de desinfección. En el tratamiento de la RDI, se emplea el hidróxido de calcio, el cual tiene otros dos propósitos fundamentales: controlar el sangrado y necrotizar el tejido pulpar residual, logrando que este tejido sea más soluble al hipoclorito de sodio.⁽⁹⁾ La aplicación del hidróxido de calcio ayudaría al colapso del tejido de granulación existente en las zonas inaccesibles, debido a su efecto de disolución de la materia orgánica, efecto antibacteriano, antiinflamatorio y estimulante de reparación de los tejidos.⁽¹⁰⁾

El hidróxido de calcio también ha demostrado tener un efecto sinérgico cuando se combina con el hipoclorito de sodio, para remover detritos orgánicos del conducto radicular.⁽²⁾ Para obturar el conducto radicular, el material necesita fluir para sellar el defecto de reabsorción. Las técnicas de gutapercha termoplásticas parecen tener muy buenos resultados, cuando se respetan las paredes del conducto.⁽¹¹⁾

En la actualidad existen materiales que rellenan y refuerzan los defectos provocados por una reabsorción radicular, como es el MTA (Material Trióxido Agregado) y cementos biocerámicos como Biodentine. Este último al tener propiedades osteogénicas y cementogénicas estimula la reparación de lesiones como son: perforaciones, cierres apicales a través de barreras y es sustituto de dentina en casos de reabsorciones radiculares internas y externas.⁽¹²⁾

Los dientes con RDI son un reto en la práctica endodóntica, lo que exige un manejo diferente del tratamiento endodóntico convencional. Esta patología suele ser más frecuente en dientes anteriores y suele ser asintomática en la mayoría de los casos.⁽¹³⁾ La etiología es bastante confusa, se han propuesto varios factores etiológicos para la pérdida de la predentina y capa de odontoblastos, y el trauma parece ser el más defendido.⁽¹⁴⁾ Es más frecuente en pacientes con dientes deficientes de calcio y vitamina D aunque esto no es un factor determinante. La mayoría de los de los estudios niega una correlación entre la RDI y el género, pero hay indicios que señalan

a las mujeres como más susceptibles posiblemente por los cambios hormonales constantes. La raza blanca y los hispanos parecen estar más expuestos que los asiáticos. Se ha señalado que existe mayor susceptibilidad en los dientes maxilares que en los mandibulares ya que los más afectados con este problema son incisivos centrales maxilares, incisivos laterales maxilares, incisivos centrales mandibulares, raíz distal de los primeros molares mandibulares, segundos premolares mandibulares y los segundos premolares maxilares.⁽⁶⁾

Sobre la base de este trabajo, el tratamiento de la reabsorción dentaria interna es un procedimiento viable, y que en cualquier circunstancia los tratamientos endodónticos van encaminados a la preservación del diente en boca por el mayor tiempo posible, por lo que se hacen necesarios procedimientos menos invasivos manteniendo la integridad de los tejidos, buscando devolver al diente su funcionalidad, y evitar la posible extracción e implantes dentales. Una preparación químico-mecánica, una obturación, y una buena restauración post-endodóntica, permiten que el pronóstico a largo plazo de la RDI presente resultados predecibles y favorables, en el presente trabajo se obtuvieron excelentes resultados utilizando como técnica de obturación la técnica de condensación lateral a pesar de ser muy compleja para el tratamiento de esta patología.

CONCLUSIONES

Basados en la evidencia clínica y científica disponible, el caso clínico presentado, se realizó con una minuciosa limpieza y conformación del conducto radicular, junto a una copiosa irrigación, seguido de la obturación del conducto radicular. Se empleó la técnica de condensación lateral y se utilizó el Endozone como material de obturación, con la obtención de excelentes resultados al emplear esta técnica, tan difícil para corregir el defecto causado en la raíz debido a la reabsorción radicular, a pesar de no ser lo técnica de elección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerra Santa Cruz B. Evaluación y diagnóstico imagenológico de las reabsorciones radiculares internas: una revisión de literatura. *Rev. Cient. Odontol.* [Internet]. 2019 [citado 17/03/2021]; 7(1): 103-12. Disponible en: <https://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologica/article/view/493>
2. Perocco AL. Tratamiento de la reabsorción dentinaria interna. [Tesis en Internet]. UNCUYO: Univesridad Nacional de Cuyo. Facultad de Odontología; 2017 [citado 01/03/2021]. [aprox. 33 p.]. Disponible en: <https://bdigital.uncu.edu.ar/9898>
3. Romero MF, Todd M. Tratamiento de un diente anterior oscuro debido a una reabsorción interna: reporte de un caso clínico. *RODIV* [Internet]. 2017 [citado 01/03/2021]; 7(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/316450935>
4. Yaringaño Medina N, Alamo Palomino J, García Rivera H. Tratamiento de reabsorción radicular interna perforante mediante uso de sustituto dentinariobiocerámico y reconstrucción coronaria con resinas BulkFill: Reporte de caso. *KIRU.* [Internet] 2017 [citado 01/03/2021]; 14(2): 172-7. Disponible en: <https://doi.org/10.24265/kiru.2017.v14n2.10>
5. Segovia Ramírez A, Sánchez Lara R. Reabsorción dentinaria interna. Reporte de un caso. *Rev ADM* [Internet]. 2005 [citado 01/03/2021]; 62(2): 63-66. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od2005/od052e.pdf>
6. Calva Gaona FG. Prevalencia de reabsorción radicular en la Clínica Integral de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador en el periodo febrero 2011 - febrero 2016. [Tesis en Internet]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología; 2017 [citado 01/03/2021]. [Aprox. 98 p.]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10878>
7. Yaringaño Medina RDN. Manejo no quirúrgico de reabsorción radicular interna perforante con cemento biocerámico. [Tesis en Internet]. USMP: Facultad de Odontología; 2018 [citado 01/03/2021]. [aprox. 27 p.]. Disponible en: <http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3844>
8. Aguilar Storniolo C. Abordaje endodóntico de reabsorción comunicante. [Tesis en Internet]. MENDOZA: Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Odontología; 2017 [citado 01/03/2021]. [aprox. 41 p.]. Disponible en: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/9901/aguilar-storniolo_c.pdf
9. Jota, D. Manejo clínico endodóntico de la reabsorción dentinaria interna en un incisivo lateral superior [Tesis en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2019 [citado 01/03/2021]. [Aprox. 93 p.]. Disponible en:

<https://core.ac.uk/download/pdf/323346869.pdf>

10. Belén Montiel N, Beatriz Galiana M, Lugo De Langhe C.D, Mélica Gualdoni G. Consideraciones clínicas en el manejo de las reabsorciones inflamatorias dentinarias internas. Rev Facultad de Odontología [Internet]. 2019 [citado 01/03/2021]; 12(1):[aprox. 8 p.] Disponible en: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/3872>

11. Londoño J, Valentin YY, Briñez SM, Aguilera SE, Rios NR. Incidencia de la reabsorción radicular interna en pacientes con trauma dentoalveolar: Revisión sistemática. JournalOdont Col[Internet] 2018 [citado 01/03/2021]; 11(21):17-26 Disponible en: <https://revistas.unicoc.edu.co/index.php/joc/article/download/372/319>

12. Yaringaño Medina N, Alamo Palomino J, García Rivera H. Tratamiento de reabsorción radicular interna perforante mediante uso de sustituto dentinariobiocerámico y reconstrucción coronaria con resinas BulkFill: Reporte de caso. Rev. KIRU. [Internet]. 2017 [citado 01/03/2021]; 14(2):172-7. Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/view/1227>

13. Rubio Palma F, Pavez Barriga C. Láser de baja potencia como coadyuvante en tratamiento endodóntico de pieza con reabsorción interna y lesión apical. Reporte de un caso. International Journal of Medical and Surgical Sciences. [Internet]. 2020 [citado 01/03/2021]; 7(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1151808>

14. Villarroel MG. Reabsorción Dentinaria Interna: Diagnóstico, Pronóstico y Tratamiento. [Tesis en Internet]. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de odontología carrera de especialización en endodoncia; 2020 [citado 01/03/2021]. [aprox. 50 p.]. Disponible en: <https://bdigital.uncu.edu.ar/15211>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Los autores no recibieron financiamiento para la realización de la investigación.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Conceptualización: Alianna Herrera-Forcelledo, José Antonio Guerra-Pando, Alicia Herrera-Forcelledo.

Investigación: Alianna Herrera-Forcelledo, José Antonio Guerra-Pando, Alicia Herrera-Forcelledo.

Análisis formal: Alianna Herrera-Forcelledo, José Antonio Guerra-Pando, Alicia Herrera-Forcelledo.

Supervisión: Alianna Herrera-Forcelledo, José Antonio Guerra-Pando, Alicia Herrera-Forcelledo.

Redacción - borrador inicial: Alianna Herrera-Forcelledo, José Antonio Guerra-Pando, Alicia Herrera-Forcelledo.

Redacción - revisión y edición: Alianna Herrera-Forcelledo, José Antonio Guerra-Pando, Alicia Herrera-Forcelledo.