

ABORDAJE COMBINADO ENDODÓNTICO-QUIRÚRGICO COMO ENFOQUE CONSERVADOR EN PACIENTE CON MÚLTIPLES LESIONES PERIAPICALES RADIOLÚCIDAS. Dr. Eugenio Grano de Oro/Ramón Galán Hernández

I. Resumen:

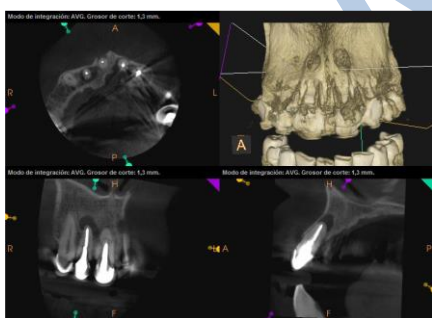
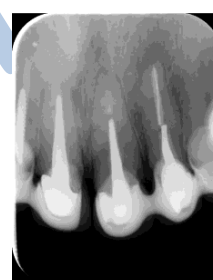
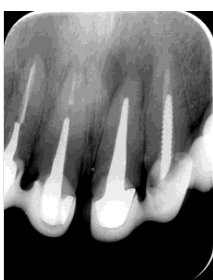
Se presenta el caso de un paciente con lesiones periapicales radiolúcidas de origen endodóntico en dientes pilares de rehabilitación fija metalocerámica, que acude a consulta para valorar la posibilidad de mantener sus dientes.

Tras la exploración clínica y radiológica mediante radiografías periapicales y tomografía computerizada de haz cónico (CBCT) se decide realizar un abordaje combinado endodóntico-quirúrgico.

La evolución clínica fue favorable y los controles radiográficos y tomográficos mostraron la resolución de las lesiones radiolúcidas preexistentes.

El retratamiento endodóntico combinado con la microcirugía periapical son herramientas eficaces en el tratamiento conservador de dientes con lesiones periapicales de origen endodóntico.

II. Fotografías:



III. Presentación del caso

Varón de 43 años, sin antecedentes médicos de interés, portador de rehabilitación protética mediante pernos intrarradiculares y coronas metalocerámicas de 16 a 26 que acude a consulta por infecciones de repetición y fístulas en sector anterosuperior y zona 25-26.

Caso Finalista Premio Dental Star 2019

Para confirmar el origen endodóntico y el tamaño de las lesiones se realizaron exploraciones tomográficas con espesor de corte de 75 micras mediante CBCT CS8100 (Carestream Dental) en las que se evidenciaron lesiones periapicales radiolúcidas a nivel de 12, 11, 21 (con afectación bicortical), 25 y raíces vestibulares de 26.

IV. Realización del caso

Se realizó microcirugía periapical bajo magnificación mediante microscopio operatorio (Kaps™) a nivel de los incisivos superiores. Se consiguió el acceso a las lesiones apicales tras incisión de Neumann modificada. Una vez eliminadas dichas lesiones mediante cucharillas de legrado y curetas se realizaron apicectomías eliminando los últimos 3 mm. de cada raíz, retrocavidades de 3 mm. de profundidad mediante ultrasonidos (Newtron□, Satelec) y obturación mediante cemento biocerámico (Biodentine™, Septodont). En 21 además, se colocó membrana de colágeno (Bioguide□, Geistlich) en fondo palatino y se rellenó el defecto con matriz ósea porosa de origen bovino (BioOss□, Geistlich) antes de colocar una nueva membrana de colágeno por vestibular y suturar el colgajo mediante puntos simples con monofilamento de Poliamida 5/0 (Supramid, Braun).

Posteriormente se realizó el retratamiento de conductos de las raíces vestibulares del 26, practicando un acceso coronal a través de la corona, eliminando parte del muñón colado, localizando el conducto mesiopalatino omitido y desobturando los conductos mesiovestibular y distovestibular. Una vez desinfectados y conformados dichos conductos se obturaron mediante cemento sellador biocerámico (BioRoot RCS™, Septodont) y gutapercha.

A los seis meses el paciente acudió a revisión sin ninguna sintomatología, tanto a nivel anterior como posterior. En las radiografías periapicales se apreció una disminución en el tamaño de las lesiones periapicales radiolúcidas preexistentes.

Dado que faltaba tratar la lesión del 25, se realizó CBCT de control donde se comprobó la mejoría a nivel del 26, por lo que se programó la microcirugía del 25.

Una vez realizada la microcirugía del 25, el paciente no volvió a presentar ninguna sintomatología y las tomografías de control a 12 meses (en 25) y a 18 meses en los dientes restantes mostraron la regeneración de las lesiones periapicales radiolúcidas preexistentes en todos los dientes tratados

Conclusiones

El retratamiento endodóntico combinado con la microcirugía periapical son herramientas eficaces en el tratamiento conservador de lesiones periapicales de origen endodóntico.

El diagnóstico multidisciplinar es fundamental para determinar el tratamiento más adecuado en cada caso.