

Periodontitis apical crónica supurativa. Reporte de un caso clínico.

Chronic suppurative apical periodontitis: A clinical case report.

Dr. Alejandro Marmolejo Toro.
Odontólogo-Endodoncista.
Profesor Pregrado de la cátedra de Endodoncia.
Profesor de Postgrado.
Universidad Santiago de Cali.
Cali - Valle del Cauca, Colombia.

Recibido: Junio de 2011.
Aceptado para publicación: Agosto de 2012.

Resumen.

El propósito de este caso clínico es mostrar un procedimiento quirúrgico por medio del cual se mantienen piezas dentales importantes en boca como pilares de una prótesis fija. Esta paciente sufrió una necrosis pulpar con una periodontitis apical crónica no supurativa de larga data; fueron realizados inicialmente tratamientos de conducto a nivel de los incisivos centrales inferiores. La paciente no se reporta a ningún control hasta pasados 2 años, en donde regresa con lesión apical más severa y con un diagnóstico definitivo de periodontitis apical crónica supurativa. En este caso, la paciente no desea que su prótesis fija sea cambiada ni perforada, y observando el gran grado de pérdida ósea a nivel del diente No. 31 y 41, se decide realizar un abordaje quirúrgico. Se realiza una apicectomía con bruñido de gutapercha en frío e injerto de hueso particulado. La paciente es controlada hasta después de tres años en donde clínicamente se observa el tejido muy sano sin fistulas y radiográficamente hay una regeneración ósea de pronóstico bueno.

Palabras clave: *Necrosis pulpar. Periodontitis apical crónica. Apicectomía.*

Abstract.

The purpose of this clinical case is to present a surgical procedure in which important teeth are preserved in the mouth to act as support for a fixed prosthesis. The patient in question had pulpal necrosis with long-standing chronic non-suppurative apical periodontitis. Initially, root canal work was carried out on the lower central incisors. The patient did not attend any control visit for 2 years, until she returned with a more severe apical lesion and a definitive diagnosis of chronic suppurative apical periodontitis. In this case, the patient did not want her fixed prosthesis to be changed or perforated and, given the marked degree of bone loss at teeth 24 and 25, a decision was made to treat the condition surgically. An apicoectomy was performed using cold-burnished gutta-percha and a particulate bone graft. The patient was then monitored over a period of three years, during which time clinical observation revealed very healthy tissue with no fistulas and X-ray analysis showed bone regeneration indicative of a positive prognosis.

Keywords. *pulpal necrosis. chronic apical periodontitis. apicoectomy.*

Introducción.

S Buscar restablecer la estética y funcionalidad de las piezas dentales perdidas es una necesidad para el ser humano. Se reportan casos de tratamientos quirúrgicos desde el siglo IV, pero la primera referencia bibliográfica de cirugía apical es reportada en París en 1843, no obstante hasta el año 1880 el Dr. Brophy practica la primera apicectomía en los Estados Unidos Americanos, pero es hasta que el Dr. Roentgen en 1895 descubre los rayos X, que se puede hablar de evidencia radiográfica y una revolución en la cirugía.^{1,2,3}

Existen dientes que requieren ser conservados, ya que son pilares de prótesis fijas y que si estos dientes se perdieran tendríamos que recurrir a otro tipo de rehabilitación mucho más costosa (implantes) o a una menos estética y menos confortable (prótesis parcial removible). En dientes rehabilitados con coronas, pilares de prótesis fijas que ya presentan tratamiento de conductos, radiográficamente satisfactorios, pero que también se observan lesiones apicales, donde se compromete su estabilidad en boca y la de la restauración que estos soportan, que además no pueden ser retratados endodónticamente, se requiere brindar de una solución quirúrgica.^{1,4,5}

El principal objetivo del tratamiento endodóntico quirúrgico es la eliminación de microorganismos directa o indirectamente de la porción apical, evitando así la reinfección del sistema de conductos y su tejido periapical, buscando de esta manera una respuesta adecuada de la pieza dental, que permita mantenerla en la boca.^{3,4,5,6,7,8}

Una de las principales consideraciones periodontales, protésicas y estéticas que se deben tener en cuenta al diseñar el colgajo, en presencia de coronas protésicas, es evitar que la cicatrización y una inadecuada adaptación puedan llegar a ser visibles.⁸

La colocación de injerto de hueso liofilizado busca rellenar el defecto causado por el proceso infeccioso y sirve como un material osteoconductor, logrando una neoformación ósea que da como resultado la estabilidad de las piezas dentales.^{9,10}

Caso clínico.

Paciente de 54 años, de género femenino que no refiere ningún antecedente sistémico de relevancia. Fueron realizados tratamientos convencionales de conductos a través de las coronas, por presentar prótesis fija, (la cual la paciente no deseó cambiarse), a nivel del incisivo central inferior izquierdo: diente No.31 y del incisivo central inferior derecho: diente No. 41.

Con diagnóstico inicial de necrosis pulpar con periodontitis apical crónica no supurativa (en el año 1997), la paciente regresa a consulta en el año 2002, por presentar fístulas vestibulares en los dientes citados anteriormente.



Fotografía 1. Vista clínica de la prótesis fija, donde se observan las fístulas vestibulares.



Fotografía 2. Las endodoncias se observan radiográficamente con buena longitud de trabajo. Pérdida ósea severa.

Se procede a anestésiar al paciente con roxicaina al 2% infiltrativa, se levanta un colgajo de Newman modificado submarginal (para evitar retracciones que comprometan la estética), observando pérdida completa de la tabla ósea vestibular.



Fotografía 3. Colgajo de Newman modificado submarginal.

Radiográficamente se observó pérdida ósea severa por mesial, distal, interproximal y a nivel apical, presentando movilidad dental grado III, los dientes se encontraban ferulizados con la prótesis fija.

Con una cureta de Lukas y ultrasonido se retira todo el tejido de granulación, el cual es enviado al laboratorio de patología, que reportó un quiste radicular. Se realiza un biselado apical utilizando una fresa cilíndrica de diamante y bruñido en frío de la gutapercha (con un bruñidor de bola).



Fotografía 4. Biselado apical y bruñido en frío de la gutapercha.

Cuando la cavidad queda totalmente limpia se irriga con digluconato de clorhexidina al 2%, y se coloca el hueso (puros) previamente activado con sangre del paciente.



Fotografía 5. Colocación de hueso particulado.

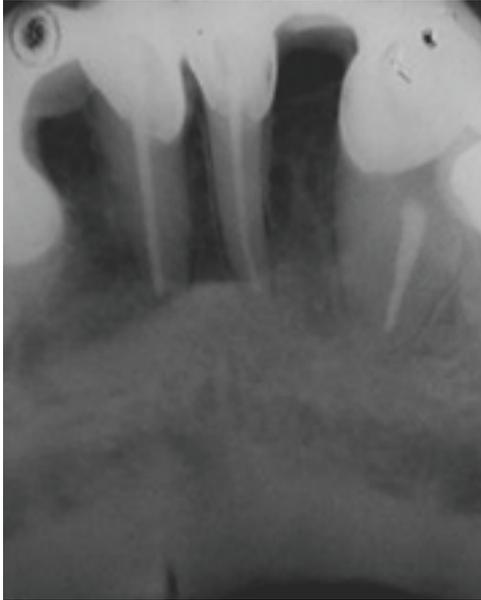


Fotografía 6. Radiografía periapical inicial.

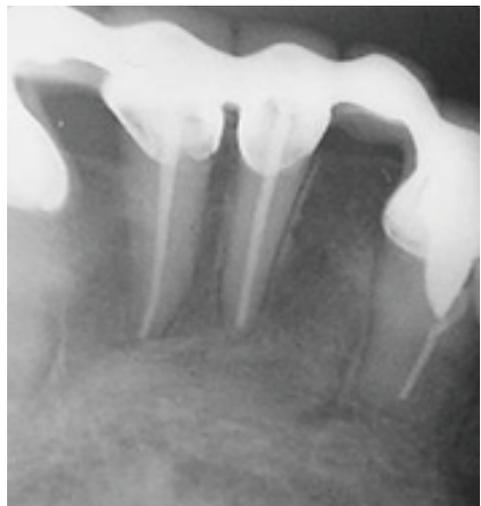
Se procede a suturar, y se toma una radiografía final. Se prescribe antibiótico por 7 días, mas analgésico por 3 días, y se recomienda al paciente terapia fría por 48 horas.



Fotografía 7. Radiografía periapical de control a los 12 meses.



Fotografía 8. Radiografía periapical de control a los 24 meses.



Fotografía 9. Radiografía periapical de control a los 30 meses.



Fotografía 10. Radiografía periapical de control a los 36 meses, donde se observa alto grado de regeneración ósea.

Discusión.

Las lesiones apicales en la gran mayoría de los casos aparecen por una infección proveniente del sistema de conductos, la cual puede desaparecer o disminuir con un adecuado tratamiento endodóntico, pero en muchos casos, cuando dicha lesión es muy grande, requiere de un abordaje quirúrgico y mantener al paciente en controles periódicos.

Las lesiones apicales, usualmente granulomas o quistes, destruyen una de las tablas óseas, principalmente la vestibular, produciendo fistulas indoloras, que se pueden agudizar en cualquier momento.

En este caso presentamos una alternativa que ha funcionado al paso del tiempo, preservando los dientes de manera exitosa.

Conclusiones.

Se tiene a nuestro alcance una muy buena alternativa para evitar realizar extracciones, cuando un retratamiento no es una opción viable. La cirugía apical (apicectomía) puede eliminar lesiones apicales y así crear un medio adecuado para la regeneración del hueso perdido por procesos infecciosos crónicos.

El injerto de hueso particulado (puros) mas el periostio es una excelente posibilidad terapéutica para regenerar el hueso perdido.

Bibliografía.

1. Liñares JM S. *Endodoncia Quirúrgica*. 1a Ed; Barcelona, A.G. Gutenberg, 2000. pp.3-28.
2. Gutmann JL, Harrison JW, Cohen S, Burns R.C. *Surgical Endodontics*; 2^{ed}; Missouri, Medico Dental Media International, Inc Publishers; 1994. pp.3-37.
3. Torres JO. *Fundamentos en Endodoncia*. 1^{ed}; Santa Fé de Bogota, GLS. 1995. pp.141-143
4. Guldener PHA, Langeland K. *Cirugía Endodóntica. Endodoncia: Diagnóstico y Tratamiento*; 2^{ed}; México, Springer. 1997. pp.297-300.
5. Rodríguez-Ponce A. *Endodoncia. Consideraciones Actuales*. 1^{ed}. Caracas, Actualidades Médico Odontológicas Latinoamerica. 2003. pp.273-275.
6. Walton RE, Torabinejad M. *Endodoncia Principios y Práctica*. 2^{ed}. México, McGraw-Hill Interamericana; 1996. pp.433-438.
7. Cohen S, Burns RC, Syngcuk K. *Vías de la Pulpa*. 8^{ed}. Barcelona, Elsevier Science. 2003. pp.680-689.
8. Rodríguez AP. *Endodoncia Consideraciones Actuales*; 1^{ed}; Caracas-Venezuela ;Actualidades Médico Odontológicas Latinoamerica, 2003. pp.281.
9. Abramowitz P N, Rankow H, Trope M. Multidisciplinary approach to apical surgery in conjunction with the loss of buccal cortical plate. *Oral Surgery Oral Med Oral Pathol* 1994;77(5):502-506.
10. Parashis A. Comparison of 2 regenerative procedures-Guided tissue regeneration and demineralized freeze-dried bone allograft-in the treatment of intrabony defects: A clinical and radiographic study. *Journal Periodontology*. 1998;69(7):302-307 .

Correspondencia.

Dr. Alejandro Marmolejo Toro.

Carrera 42^a # 5c – 96.

Cali (Valle – Colombia).

Email.alejandromarmolejo00@hotmail.com