

TERCER LUGAR

Reporte de un Caso Clínico: Enfoque Conservador Multidisciplinario de Absceso Apical Crónico Post Cirugía Endodóntica

Multidisciplinary Conservative approach of chronic apical abscess following endodontic surgery.
Clinical report of a single case.

Bastías, Marité¹

Zúñiga, Edgardo²

Steinfort, Karin³

¹ Especialista en Endodoncia, Clínica Croacia, Punta Arenas

² Especialista en Periodoncia, Clínica Croacia, Punta Arenas

³ Docente Postgrado Endodoncia, Universidad San Sebastián

INTRODUCCIÓN

La masificación de los implantes ha aumentado la decisión de exodoncia, pero no están exentos de complicaciones^{1,2}. La endodoncia y el abordaje quirúrgico son efectivos en la preservación de dientes con patología apical permitiendo prolongar su sobrevida^{3,4} y evitar un implante. Este reporte muestra un enfoque conservador para el tratamiento de una patología apical refractaria, considerando las características individuales del paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente sana, femenino de 56 años, desdentada parcial, Clase III modificación I de Kennedy (figura 1). Consulta en octubre 2017 por desalajo de prótesis fija unitaria 3.5. Es referida por tratante para reintervención ortógrada por exposición al medio oral y caries en tercio coronario del canal radicular. Evaluación inicial observa 3.4 previamente tratado, apicectomizado, con tracto sinusal vestibular activo. Se diagnostica **absceso apical crónico**, con indicación de exodoncia (figura 2).

Dte 3.5 Previamente tratado requiere restitución de ancho biológico por lo que es derivado a Periodoncia, indicando con CBCT (figura 3) reintervención ortógrada de ambos dientes y quirúrgica 3.4 por sondaje periodontal normal y ausencia de movilidad. Pese a pronóstico reservado para ambos, se acuerda con Periodoncista y Rehabilitador oral realizar procedimiento para obtener mayor estabilidad y mejorar espesor y altura de tejido óseo.



Fig. 1 Radiografía Panorámica, Clase III Mod I

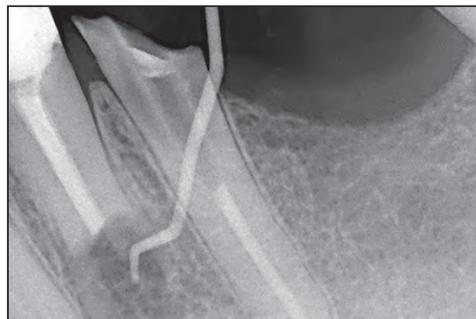


Fig.2 Fistulectomía

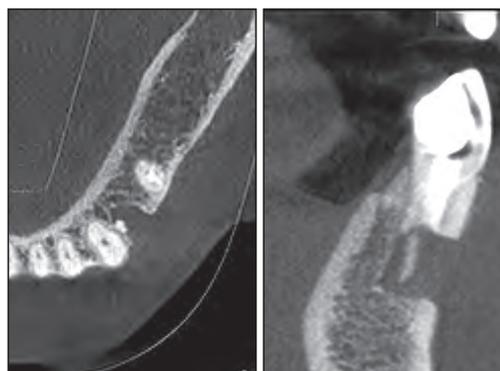


Fig.3 CBCT corte sagital y axial

1ª sesión: Desobturación, limpieza y conformación de ambos dientes. Dte 3.4 se medica con Hidróxido de Calcio, previo posicionamiento de barrera colágena transapical. (Figura 4)

Dte. 3.5 se obtura, previo protocolo final de irrigación con Hipoclorito de Sodio al 5%, EDTA 17% y activación con Láser Diodo (Siro-laserTM, Dentsply Sirona, USA).



Fig. 4 Desobturación, Limpieza y Conformación. Medicación.

2ª sesión: Asintomático, tracto sinusal inactivo. Se elimina medicación con XP EndoTM (FKG Dentaire, Suiza) y EDTA y se repite protocolo final de irrigación. Se obtura canal con cemento biocerámico (BiodentineTM, Septodont, Francia). (Figura 5).



Fig.5 Control Obturación.

3ª sesión: colgajo de espesor total, acceso a lesión, eliminación de tejido granulomatoso abundante y material endodóntico extruído. Remoción de resto apical y osteoplastia de reborde distal 3.5 para alargamiento coronario. Desinfección con tetraciclina y suero durante 4 minutos y lavado profuso. Se posicionan dos membranas de fibrina rica en plaquetas y leucocitos (L-PRF) y se cubre cavidad con dos membranas más. Sutura con nylon 5.0 (Figura 6)

Control 7 días: Asintomática, retiro de suturas. (Figura 7)

Control 1 mes: Evaluación clínica asintomática por lo que se realiza rehabilitación unitaria, no ferulizada para mantener una higiene cervical adecuada, en esquema mutuamente protegida y guía canina. El Dte. 3.4 recibió una incrustación con recubri-

miento cuspeado tipo table top y el 3.5 una Prótesis Fija Unitaria con espiga de fibra de vidrio individualizada y muñón de resina, ambas realizadas en Zirconia con sistema CAD-CAM (Dentsply Sirona, CEREC SW 4.5)

Control 5 meses: Comparación de radiografía periapical y de CBCT pre y post tratamiento sugieren reparación en base a tejido óseo de morfología irregular, de alta densidad y de aspecto similar a hueso cortical (figura 8). Control clínico asintomático. (figura 9).



Fig.7 Control Postquirúrgico.

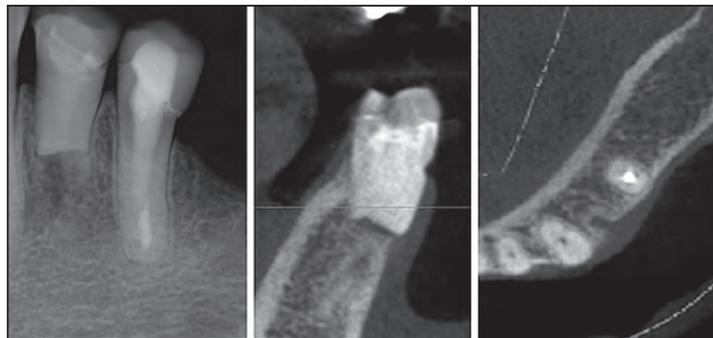


Fig. 8 Radiografía Periapical y CBCT corte sagital y axial control 5 meses.



Fig.9 Control Clínico 5 meses.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El uso de nuevos materiales y técnicas que aseguran una mejor desinfección y sellado y promueven la reparación de tejidos, permiten extender algunas indicaciones de tratamiento endodóntico.

El uso de L-PRF permite mejorar la preservación del tejido óseo, manteniendo el ancho alveolar produciendo menos reabsorción ósea que la cicatrización natural⁶, recomendándose en reabsorciones óseas amplias^{3,6,7}.

También el uso de BiodentineTM como material de obturación, gracias a su biotolerancia, capacidad de sellado y propiedades osteoinductoras, permite el sellado a largo plazo del canal y además se utilizó como sustituto dentinario coronal por sus propiedades mecánicas^{8,9}.

Dentro de las causas de fracaso del tratamiento endodóntico está la falla técnica del tratamiento original y falta de sellado apical en tratamiento quirúrgico¹⁰

La evidencia científica aún no puede comprobar que un implante óseo-integrado evite la reabsorción ósea luego de pérdida dentaria¹¹, por lo que planteamos la utilización de técnicas conservadoras endodónticas y la rehabilitación adecuada para mantener dientes periodontalmente saludables una valiosa medida multidisciplinaria para la conservación de tejidos y el confort del paciente.

Referencias Bibliográficas

1. Endodontics or implants? A review of decisive criteria and guidelines for single tooth restorations and full arch reconstructions. Zitzmann NU, Krastl G, Hecker H, Walter C, Weiger R. *Int Endod J* 2009; 42: 757-774.
2. Ante's (1926) Law Revisited: A Systematic Review on Survival Rates and Complications of Fixed Dental Prosthesis (FDP's) on Severely Reduced Tissue Support. Lulic M, Bragger U, Lang NP, Zwahlen M Salvi GE. *Clin Oral Impl Res* 2007; 18(3): 63-72.
3. Surgical Endodontics: Past, Present and Future. Guttman J. *Endodontic Topics* 2014; 30: 29-43.
4. Treatment Decisions in 330 Cases Referred for Apical Surgery. Von Arx T, Roux E, Burgin W. *J Endod* 2014; 40:187-91,
5. Three Dimensional Architecture and Cell Composition of a Choukroun's Platelet Rich Plasma Fibrin Clot and Membrane. Dohan-Ehrenfest DM, Del Corso M, Diss A, Mouhyi J, Charrier JB. *J Periodontol* 2010; (81): 546-55.
6. Regenerative Potential of Leucocyte and Platelet rich Fibrin. Part B: Sinus Floor Elevation, Alveolar Ridge Preservation and Implant Therapy. A Systematic Review. Castro A, Meschi N, Temmerman A, Pinto N, Lambrechts P, Teughels W, Quiriyen M. *J Clin Periodontol* 2017; 44: 225-34.
7. Platelet-Rich Fibrin Increases Cell-Attachment, proliferation and Collagen-Related Protein Expression of Human Osteoblasts. Wu CL, Lee SS, Tsai CH, Lu KH, Zhao JH, Chang YC. *Aust Dent J* 2012; (57): 207-12.
8. Calcium-Silicate Cements: Composition, Properties and Clinical Application. Dawood AE, Parashos P, Wong RHK, Reynolds EC, Manton DJ. *J Investig Clin Dent* 2017;2(8):1-15.
9. BiodentineTM Material Characteristics and Clinical Applications: A review of the literature. Rajasekaran S, Martens LC. *Eur Arch Paediatr Dent* 2014; 15(3): 147-58.
10. A Systematic Review of In Vitro Retrograde Obturation Materials. Theodosopoulou JN, Niederman R. *J Endod* 2005; 31 (5): 341-9.
11. Do dental implants preserve and maintain alveolar bone?. O'Neill, J. E. and Yeung, S. C. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry* 2011; (2): 229-235.
12. Trope M. Treatment of the immature tooth with a non-vital pulp and apical periodontitis. *Dent Clin North Am* 2010; 54:313-324.