

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen **61**
Volume

Número **6**
Number

Noviembre-Diciembre **2004**
November-December

Artículo:

Reabsorción radicular cervical. Reporte de dos casos clínicos

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Dental Mexicana, AC

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Reabsorción radicular cervical. Reporte de dos casos clínicos

Dr. Roberto Sánchez Lara
Tajonar, Dr. Alberto Segovia
Ramírez

* Práctica privada, Querétaro, Qro, Méx.

Resumen

Las reabsorciones cervicales son entidades patológicas de etiología **no pulpar**, ocasionadas por procesos inflamatorios tardíos a nivel cervical del cemento radicular, lo que hace complicado su diagnóstico. En el presente trabajo se presenta el manejo de dos casos clínicos de reabsorciones radiculares cervicales.

Palabras clave: Reabsorción radicular, endodoncia.

Abstract

*Cervical dental resorption is a pathological entity of **non-pulpar** etiology, produced by late inflammatory process of the radicular cement at cervical level, thus making it difficult to diagnose. This work presents the treatment for two different clinical cases of Radicular Cervical Resorption.*

Key words: Radicular root resorption, endodontics.

Recibido para publicación: 28-Enero-2003.

Introducción

El desarrollo de la reabsorción cervical* indica un proceso crónico destructivo de los tejidos duros de la raíz del diente, que dan como resultado la pérdida de cemento y dentina.

Los tejidos mineralizados de los dientes permanentes normalmente no se reabsorben, están protegidos en el conducto radicular por la predentina y los odontoblastos y en la superficie radicular por el precemento y los cementoblastos.

Si la predentina o el precemento se mineralizan o si este último sufre una lesión mecánica, células osteoclasticas colonizarán las superficies mineralizadas y se producirá la reabsorción.¹

De acuerdo a su evolución, este proceso puede avanzar en periodos cortos o inclusive puede permanecer durante años sin ninguna sintomatología.² A las pruebas de vita-

lidad responden de manera positiva en estadios iniciales y se aprecia radiográficamente la continuidad íntegra del conducto.

En estadios más avanzados y a diferencia de la reabsorción dentinaria interna, la reabsorción cervical radicular se puede ver proyectada en otra zona del diente cuando hay una variación en la angulación de la radiografía.³

Por lo general este tipo de patología se encuentra asociada con dientes anteriores superiores, aunque también hay reportes de piezas posteriores.^{4,5}

El lugar donde inicia la reabsorción cervical radicular (portal de entrada) no ha sido definido ni en el periodonto ni en el hueso, pero sí está presente en el cemento adyacente al ligamento periodontal.

Definición: La reabsorción cervical radicular es una entidad patológica asociada a un proceso de inflamación crónica en donde existe la pérdida de cemento y dentina o ambos en la parte externa de la raíz del diente por debajo de la inserción epitelial.⁶

Este tipo de patología puede ser causada por distintos factores locales como trauma oclusal, traumatismos dentales, tratamiento de ortodoncia, tratamiento de periodoncia, así como blanqueamientos dentales.⁶

*"La expresión reabsorción cervical de la raíz implica que la reabsorción debe localizarse en la porción cervical del diente. Sin embargo, la inserción periodontal del diente no siempre se sitúa en el margen cervical, por lo que el mismo proceso se puede localizar a niveles más apicales".
(Cohoen y Burns, Vías de la Pulpa, 1993)

Histopatología: Las células responsables de la reabsorción cervical radicular son los cementoclastos o células gigantes multinucleadas. La actividad clástica está dada por la acción de las enzimas ácidas producidas por los lisosomas de dichas células, influenciadas por la liberación de citocinas, como interleucina¹, factor de necrosis tumoral y linfotoxina como probable resultado de un estímulo microbiano, a nivel periodontal.^{1,3,6}

Caso clínico 1

Antecedentes del caso

Paciente femenino de 25 años de edad, que acude a consulta por la presencia de un tracto fistuloso en la región anterosuperior derecha, a las pruebas de vitalidad del # 11 no se encontró respuesta positiva (*Figura 1A,B y C*). La paciente refiere haber sufrido un golpe hace 10 años en la zona afectada.

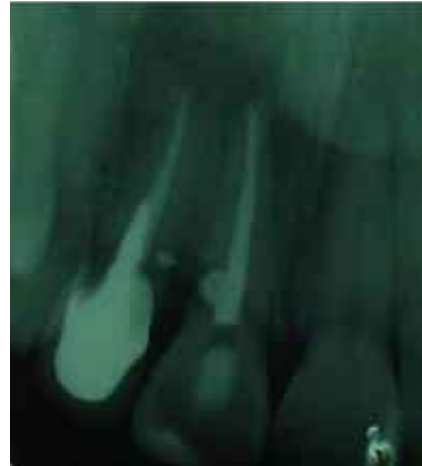


Figura 1C. Rx final.



Figura 1A. Fístula por vestibular a nivel cervical en el diente número 11.



Figura 2. Persistencia de la fistula.

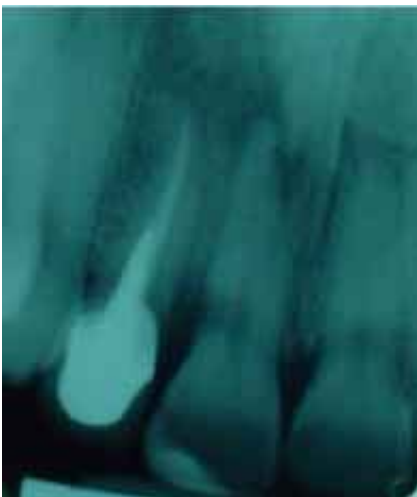


Figura 1B. Rx inicial.



Figura 3. Rx con el defecto sellado con ionómero de vidrio.

Tratamiento: Se inicia el tratamiento de conductos y en ese momento se detecta la reabsorción. Se realizó una técnica de obturación por condensación lateral, asegurándose de compactar la gutapercha hacia el lado de la perforación. Se corta el penacho y se realiza condensación vertical.

La gutapercha ocupa parte del espacio formado por la reabsorción al realizar la condensación vertical.

Después de 15 días la fistula persiste (Figura 2) lo cual indica que no se logró un sellado hermético del defecto provocado por la reabsorción.

Con el fin de lograr el adecuado sellado del defecto se envió a la paciente con la periodoncista, quien levantó un colgajo y selló el defecto con ionómero de vidrio (Figura 3).

Caso clínico 2

Paciente masculino de 50 años de edad, que acude a consulta por la presencia de un tracto fistuloso en la región posteroinferior derecha sin manifestación de ninguna otra sintomatología.

A las pruebas de vitalidad pulpar en el # 46 la respuesta fue positiva, lo cual indicaba que el complejo pulpar estaba viable (Figura 4).

Después de la valoración del periodoncista se mantuvo al paciente en observación.

Seis meses después de la primera revisión, el tracto fistuloso persistía y las pruebas de vitalidad fueron entonces negativas. Por lo que se indicó el tratamiento de endodoncia (Figura 5).

Tratamiento: Se inicia el tratamiento de endodoncia y al sondear el conducto mesiovestibular, se presentó sangrado excesivo y lectura incorrecta del localizador electrónico de conductos (Figura 6). A la variación del haz radiográfico se detecta la reabsorción externa.



Figura 4. Diente vital con fistula.

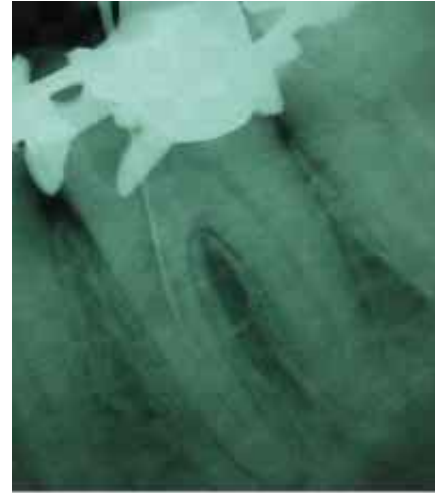


Figura 5. Inicio de tratamiento de endodoncia.

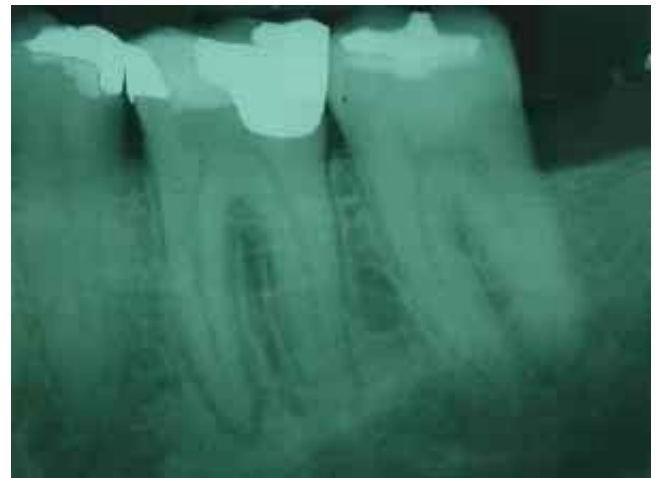


Figura 6. Reabsorción severa localizada.



Figura 7.



Figura 8. Raíz distal tratada.

Después de la valoración por parte del dentista rehabilitador, se procede a realizar la hemisección de la raíz mesial (*Figura 7*) y el tratamiento endodóntico de la raíz distal, con la finalidad de realizar posteriormente la rehabilitación del caso con una prótesis fija de tres unidades** (*Figura 8*).

Discusión

De acuerdo a lo revisado, las reabsorciones cervicales son patologías de etiología no pulpar. En la mayoría de los casos éstas son consecuencia tardía de procesos traumáticos en donde se establece un cuadro inflamatorio crónico a nivel del cemento cervical.

Generalmente son procesos asintomáticos y sólo en casos avanzados donde las bacterias alcanzan el comple-

jo pulpo-dentinario, el tratamiento de endodoncia es indispensable. Sin embargo, de acuerdo a la revisión de los 2 casos clínicos presentados, el tratamiento de conductos por sí solo no resuelve completamente el problema. Se requiere el manejo interdisciplinario entre el periodoncista, el endodoncista y el rehabilitador.

Bibliografía

1. Tronstad L. Endodoncia clínica. Masson-Salvat-Ed. Barcelona 1993: 147-158.
2. Grageda NE. Reabsorción radicular externa. *Revista ADM*, Vol. LIII, 1996; 6: 301-306.
3. Ingle JI, Bakland LK. Endodoncia. 4a. Edición, De. Mc Graw-Hill Interamericana, México, 1996: 516-530, 735-737.
4. Frank AL, Bakland LK. Nonendodontic therapy for supraosseous extracanal invasive resorption. *Journal of Endodontics* 1987; 13(7): 348-355.
5. Frank AL. External internal progressive resorption and its non surgical correction. *Journal of Endodontics* 1981; 7(10): 473-476.
6. Cohen S, Burns R. *Vías de la Pulpa*. 7ª Edición, Ed. Harcourt, pp. 556-559.

Reimpresos:

Dr. Roberto Sánchez Lara Tajonar

Endodoncia Especializada

Calzada San Cayetano 50

Col. Las Brujas C.P. 76160

Tel./Fax. 52 (442) 2 23 40 84

Tel. 52 (442) 2 23 60 64

Santiago de Querétaro, Querétaro México.

E-mail sanchezlarat@yahoo.com

Este documento puede ser visto en:

www.medigraphic.com/adm



** **Aclaración:** El caso No 2, aunque no presenta resolución en el aspecto protésico ni seguimiento endodóntico a largo plazo, por causas propias del paciente, los autores decidieron publicarlo por el interés didáctico en el diagnóstico de estas patologías.