

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen **62**
Volume

Número **2**
Number

Marzo-Abril **2005**
March-April

Artículo:

Reabsorción dentinaria interna. Reporte de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2005:
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*



Medigraphic.com

Reabsorción dentinaria interna. Reporte de un caso

Dr. Alberto Segovia Ramírez,*

Dr. Roberto Sánchez Lara
Tajonar*

* Práctica Privada.

Resumen

La reabsorción dentinaria interna es una patología pulpar ocasionada por un proceso inflamatorio del complejo pulpo-dentinario, de etiología diversa, la cual por lo general cursa en un estadio asintomático y sólo se detecta por hallazgos radiográficos, que se manifiestan como un aumento en diámetro de la cámara pulpar o conducto radicular. Sin embargo, en ocasiones, esta patología presenta comunicación al periodonto en donde se pueden encontrar manifestaciones clínicas, como inflamación de la encía, tracto fistuloso y en ocasiones coloración rosada en la corona del diente. Debido a la naturaleza y evolución de esta patología, el procedimiento endodóntico de limpieza, conformación y sellado tridimensional, se puede tornar complicado. En este trabajo se presenta el manejo no quirúrgico de un caso clínico de reabsorción dentinaria interna con comunicación al periodonto.

Palabras clave: Periodoncia, endodoncia, reabsorción interna radicular.

Abstract

The internal dental resorption is a pulpar pathology due to an inflammatory process of the dental-pulp complex, of diverse etiology, which generally progresses as asymptomatic and can only be detected through X Rays. Its radiographic findings include; an increase in the diameter of the pulp chamber or radicular canal. Nevertheless, in some cases, this pathology presents communication to the periodontium where clinical manifestations may be found, as are inflammation of the gum, fistulas, and in some cases, pink discoloration of the crown. Due to the nature and evolution of this pathology, the endodontic procedure for cleansing, conforming, and three-dimensional sealing may turn to be a complicated procedure. In this report we present the non-surgical treatment of a clinical case of internal dental resorption communicating with the periodontium.

Recibido para publicación: 28-Enero-2003.

Key words: Internal root resorption, endodontics, periodontics.

Definición

La reabsorción dentinaria interna es un tipo de patología pulpar que se manifiesta por el aumento en diámetro de la cámara pulpar o conducto radicular, en donde la pulpa se transforma en un tejido inflamatorio altamente vascularizado con una importante actividad odontoclástica. Es poco frecuente en dientes permanentes y se asocia a una inflamación crónica con pulpa vital.¹⁻³

Otros autores mencionan que la actividad de la reabsorción es mantenida por la infección del tejido necrótico

que se encuentra en la porción coronaria del conducto radicular, aunque es obvio que se necesitan células vivas para que se realice la reabsorción.⁵

Este tipo de lesiones pueden o no presentar comunicación con el periodonto.¹⁻³

Etiología: Es un fenómeno caracterizado por la reabsorción de la pared interna dentinaria del conducto, causada por células gigantes multinucleadas adyacentes al tejido pulpar de granulación presente en casos de inflamación crónica.

Para que se dé una reabsorción interna necesita haber ausencia de la capa odontoblástica y predentina.¹⁻³

Las causas de esta condición no están bien definidas pero el traumatismo se considera un factor desencade-



Figura 1. Fístula vestibulo-gingival a nivel cervical.



Figura 2. Rx inicial.



Figura 3. Rx con punta de gutapercha.



Figura 4. Acceso.



Figura 5. Reabsorción interna.

nante de ella; así como el calor excesivo, la pulpotomía con $\text{Ca}(\text{OH})_2$, las fuerzas excesivas ortodónticas y la pulpititis irreversible.²⁻⁴

Manifestaciones clínicas: Esta lesión progresa de forma impredecible en cuestión de meses o años. Generalmente, es asintomática y se descubre accidentalmente en radiografías de rutina; sin embargo, en casos avanzados, puede existir dolor si la lesión perfora la raíz y en ocasiones se puede formar un tracto fistuloso.²⁻⁴

Cuando la reabsorción se encuentra presente en la corona es posible observar una mancha rosada debido a la presencia de tejido de granulación.¹

Manifestaciones radiográficas: La reabsorción interna se presenta como un ensanchamiento uniforme y radiolúcido del contorno pulpar ya sea a nivel radicular o coronal.^{1,2}

Manifestaciones histológicas: Existe la presencia de odontoclastos o células gigantes multinucleadas ricas en lisosomas que producen las enzimas participantes en la reabsorción como las fosfatasas ácidas (β -glicerofosfataza), proteasas y sulfatasas.^{6,7}

Cuando la reabsorción alcanza al periodonto se presenta acompañada de la formación de tejido tipo óseo o



Rx. Final.



Rx. Control 6 meses.



Figura 6. Control 20 días.



Figura 7. Seis meses.

cementoide amorfo; investigadores han concluido que el tejido pulpar presente en la reabsorción interna es un tejido conectivo similar al del periodonto.^{1,6,7}

Tratamiento: La solución de primera elección en este tipo de patologías es el tratamiento convencional de endodoncia, mediante una instrumentación del conducto involucrando en lo posible la reabsorción, así como el sellado tridimensional del mismo con una técnica de gutapercha termoplástificada, con la finalidad de que la obturación selle el defecto. Cuando la patología involucre al periodonto, se deberá recurrir al tratamiento quirúrgico, para sellar el defecto radicular, una vez realizado el tratamiento endodóntico.¹

Caso clínico

Antecedentes del caso

Paciente femenino de 33 años de edad, que acude a consulta por la presencia de un tracto fistuloso en la región anterosuperior izquierda, sin manifestación de ninguna otra sintomatología.

Clinicamente se observó fistula vestíbulo gingival a nivel cervical en el órgano dental número 21 sin ninguna sintomatología (*Figura 1*).

Radiográficamente se observó pérdida de la continuidad de la cámara pulpar, lo cual hizo suponer la presencia de una reabsorción interna (*Figura 2*).

Se colocó una punta de gutapercha dentro de la fistula, como medio de contraste, con el fin de corroborar el diagnóstico (*Figura 3*).

Tratamiento: Se inició el tratamiento de conductos y al realizar el acceso se detectó la reabsorción interna a nivel del tercio cervical del conducto, la cual comunicaba al periodonto (*Figuras 4 y 5*). Se realizó la instrumentación y la obturación tridimensional con gutapercha de las porciones media y apical del conducto.

La porción cervical del conducto se obturó con ionómero de vidrio; previa aplicación de una base de $\text{Ca}(\text{OH})_2$ en la cavidad de la reabsorción para utilizarla como matriz (Rx final, *Figura 6*).

Clinicamente a los 20 días se observa la cicatrización de la encía en la zona del tracto fistuloso que involucraba a la pieza afectada.



Dieciocho meses.



Figura 8. Rx. control 18 meses.

En el control radiográfico a seis meses se observa la restauración de la pieza y los tejidos perirradiculares en buen estado.

Clinicamente a los seis meses se observa la encía sana en la zona donde se encontraba el tracto fistuloso (*Figura 7*).

A los 18 meses se observa clínicamente encía sana en la zona donde se encontraba el tracto fistuloso, lo que hace suponer que el tratamiento no quirúrgico de la reabsorción con comunicación a periodonto se encuentra funcionando de manera adecuada (*Figura 8*).

Conclusión

La reabsorción dentinaria interna, se presenta como una patología pulpar de tipo inflamatorio en donde se pudiera

encontrar tejido necrótico y vital, este tipo de patología se caracteriza por la destrucción de la dentina interna del conducto que en ocasiones se encuentra comunicada con el periodonto.

La resolución de los casos no siempre se realiza con un simple tratamiento de conductos debido a que la limpieza y la obturación se dificultan y el tratamiento no resuelve por sí solo el problema.

En ocasiones se requiere sellar directamente el defecto ya sea realizando un abordaje quirúrgico o mediante el sellado del defecto vía conducto. Este último tratamiento proporciona un procedimiento menos agresivo que los tratamientos quirúrgicos y ofrece resultados altamente satisfactorios como se demuestra en la revisión del caso.

Bibliografía

1. Ingle JI, Bakland LK. *Endodoncia*. 4a Edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana, México, 1996: 516-530, 735-737.
2. Cohen S, Burns R. *Vías de la pulpa*. 7^a Edición. Ed. Harcourt, : 556-559.
3. Frank AL. External internal progressive resorption and its non surgical correction. *Journal of Endodontics* 1981; 7(10): 473-476.
4. Frank AL. Inflammatory resorption caused by an adjacent necrotic tooth. *Journal of Endodontics* 1990; 16(7): 339-341.
5. Tronstad L. *Endodoncia clínica*. Editorial, Masson-Salvat, Barcelona, 1993: 150-151.
6. Delzangles B. Scanning electron microscopic study of apical and intracanal resorption. *JOE* 1989; 15(7).
7. Wedenberg C, Zetterqvist L. Internal resorption in human teeth: a histological, scanning electron microscope and enzyme histochemical study. *JOE* 1987; 13: 255.

Reimpresos:

Dr. Alberto Segovia Ramírez
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: segoviaalberto@hotmail.com
y segoviar@avantel.net
Este documento puede ser visto en:
www.medicgraphic.com/adm