

Autotransplante. Reporte de un caso clínico

Autologous transplantation. A clinical case study.

Dr. Alejandro Marmolejo T.

Odontólogo Universidad Autónoma de Manizales.
Profesor Adjunto cátedra de Endodoncia Pregrado.
Profesor del Postgrado de Biomateriales y Estética.
Facultad de Odontología.
Universidad Santiago de Cali. Colombia.

Dr. Pablo Emilio Molano Valencia.

Odontólogo Universidad del Valle
Profesor Adjunto cátedra de Periodoncia.
Profesor del postgrado de Biomateriales y Estética.
Facultad de Odontología.
Universidad Santiago de Cali. Colombia.
Profesor Auxiliar cátedra de Periodoncia.
Escuela de Odontología. Universidad del Valle.
Colombia.

Recibido. Febrero de 2011.

Aceptado para publicación: Junio de 2011.

Resumen.

El propósito de este caso clínico es mostrar un procedimiento quirúrgico por medio del cual se reemplaza un molar (No. 36) que sufrió una perforación en la furca de largo tiempo, causándole sintomatología constante a la percusión, masticación y palpación. La paciente no desea quedarse con el espacio edéntulo y no tiene la capacidad económica para colocarse un implante o una prótesis fija. Se decide realizar un abordaje quirúrgico para trasplantar el diente No. 38 al sitio del No. 36.

Se realiza control clínico y radiográfico de más de 1 año, tiempo en el cual se observa un relleno óseo completo y una pulpa totalmente asintomática.

Palabras clave. *Perforación. furca. Autotransplante.*

Abstract.

The purpose of this case is to show a surgical procedure involving the replacement of a molar (No. 19) that suffered a long-term furcal perforation, causing constant symptoms in reaction to percussion, mastication and palpation. The patient does not want the edentulous space but cannot afford either an implant or a fixed prosthesis. A decision is taken to perform a surgical transplantation of tooth No. 17 to the site of tooth No. 19.

Clinical control and X-ray screening were maintained over a period of one year, during which time complete bone filling and totally asymptomatic pulp were observed. Clinical control and X-ray screening were maintained over a period of one year, during which time complete bone filling and totally asymptomatic pulp were observed.

Key words: *perforation. furca, autologous transplant.*

Introducción.

Desde hace muchos años atrás, buscar restablecer la estética y funcionalidad de las piezas dentales perdidas es una necesidad imperativa para el ser humano; se reportan casos de tratamientos quirúrgicos desde el siglo IV, no obstante hasta que el Dr. Roentgen en 1895

descubre los rayos X no se puede hablar de evidencia de éxito, iniciándose una verdadera revolución en la cirugía.^{1, 2,3}

La conservación o reemplazo dental es muy importante ya que de ello depende la armonía oclusal; frecuentemente ante la pérdida de dientes se tiene que recurrir a un tipo de rehabilitación mucho más costosa, como la colocación de implantes y prótesis fija, o bien rehabilitar con una prótesis parcial removible, menos estética y confortable.

En dientes que se pierden por presentar destrucciones coronales no restaurables, fracturas horizontales o verticales, perforaciones en furca imposibles de sellar entre otras, se puede plantear la alternativa de reemplazarlas por otros dientes presentes en boca (premolares o terceros molares), por medio del autotransplante. Esta técnica se utiliza en pacientes con buena condición de salud e higiene oral; debe haber una adecuada extensión de ligamento periodontal, debe ser lo más atraumática posible y el intervalo entre la extracción y el autotransplante debe ser el mínimo necesario.⁴

El principal objetivo del tratamiento de autotransplante es reemplazar la estética y función de una pieza dental que se pierde por otra presente en la boca que reúna condiciones similares al diente perdido. En el presente artículo se reporta un autotransplante de un tercer molar al sitio del primer molar.

Reporte del caso.

Paciente de sexo femenino de 19 años de edad, sin ningún antecedente médico de relevancia, que llega a la clínica de la Universidad Santiago de Cali con sintomatología en el diente 36, presentando dolor a la percusión, palpación y masticación.

Clínicamente se observa una amalgama ocluso-mesio-vestibular desadaptada; radiográficamente se observa zona radiopaca dentro de los conductos compatible con gutapercha (tratamiento endodóntico previo no satisfactorio). Se observa zona radiolúcida en furca la cual se asocia con una perforación (Fotografía 1).

Después de analizar el caso con especialistas en periodoncia, rehabilitación y endodoncia, se decide realizar la exodoncia del diente No. 36 y trasplantar el No. 38 (tercer molar inferior izquierdo el cual está incluido) al alveolo del diente a extraer, que se diagnostica como diente despulpado con compromiso Endoperio (perforación en furca).

Procedimiento.

Se coloca anestesia infiltrativa a nivel vestibular y lingual de los dientes No. 38 y 36, anestesia troncular a nivel de la rama maxilar inferior izquierda. Se procede a realizar una incisión crestral distal del 37, un colgajo mucoperiostico para extraer quirúrgicamente el diente No.38, lo menos traumática posible para preservar las



Fotografía 1. Radiografía panorámica y periapical de los dientes No. 38 y 36.

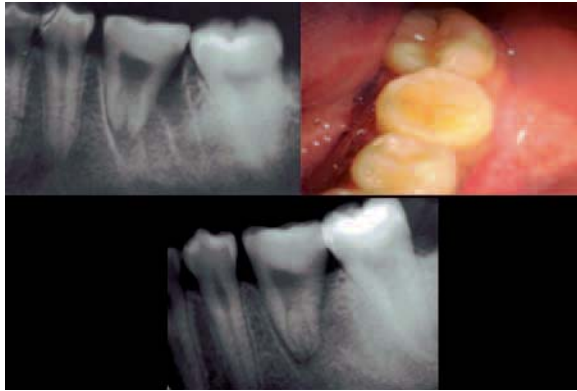
células del ligamento periodontal. Una vez extraído se introduce el diente No.38 en suero fisiológico; en este momento se realiza la exodoncia del No.36 y se hace la preparación del alveolo de este diente en la parte mesial con el fin de recibir el diente No.38.

Se toma una radiografía periapical para verificar la posición del mismo, se realiza una técnica de sutura simple y se féruliza el diente No. 38 con resina a los dientes adyacentes, por 2 semanas y se libera de oclusión (Fotografía 2).



Fotografía 2. Extracción del 36, autotransplante y ferulizacion del 38.

Se realizan controles clínicos (pruebas de sensibilidad) y radiográficos cada mes hasta completar el primer año, obteniendo una respuesta positiva al frío y observando radiográficamente un relleno óseo completo. (Fotografías 3)



Fotografía 3. Control clínico y radiográfico inmediato y control radiográfico al año.

Discusión.

Se reporta el caso de un autotransplante dental de un tercer molar a un primer molar inferior izquierdo y el seguimiento clínico y radiográfico al año postquirúrgico. Al comparar el procedimiento con un implante podríamos decir que el autotransplante es más biológico, ontogénico, evita colapso de rebordes, mejor perfil de emergencia, mantiene la forma de la papila, tolera movimientos ortodónticos, menor tiempo operatorio, fácil higiene, menor costo. Se deben tener unas consideraciones periodontales, endodónticas, protésicas, estéticas y económicas antes de recurrir a realizar este procedimiento quirúrgico, que podría llegar a tener unas complicaciones como son: necrosis pulpar, reabsorción radicular externa, anquilosis.^{5,6,7} Podemos encontrar reportes de casos de autotransplantes de 32 caninos con seguimiento a 5 años con una tasa de supervivencia del 93.5 %⁸ o de 56 caninos maxilares seguidos a 10 años donde solo se perdieron 2 dientes por infección o reabsorción.⁹

En el caso presentado el alveolo del No. 36 existían dos espacios para las raíces mesial y distal, en cambio la raíz del 38 estaba fusionada. Por ello se preparó este alveolo cortando el septum interradicular con una fresa redonda de diamante. Se pudiera haber presentado o se puede presentar a futuro una necrosis pulpar, reabsorción externa o anquilosis del No. 38.

Conclusión.

Se reporta un caso de autotransplante dental de un tercer molar inferior izquierdo en el alveolo del diente 36, el cual es extraído por razones endodónticas. Se hace control clínico y radiográfico al año, encontrando vitalidad pulpar en el diente transplantado.

Referencias.

1. Liñares JM. *Endodoncia Quirúrgica*. Juan M. Liñares Sixto; 1 Ed; Barcelona-España; A.G. Gutenberg, S.A; 2000 pp. 3-4.
2. Guttman, JL; Harrison JH. *Surgical Endodontics*; In: Cohen S. Burns R.C; *Historical, Anatomical, And Biological Perspectives*; 2ª Ed; Missouri-U.S.A. *Medico Dental Media International*, Inc Publishers; 1994 pp. 3-37.
3. Torres JO. *Fundamentos en Endodoncia*. En: Torre JO. *Principios de Cirugía Endodóntica*; 1ª Ed; Santa Fe de Bogotá-Colombia; GLS; 1995. Pp. 141.
4. Magheri, P; Grandini, R; Cambi, S. Autogenous dental transplants: description of a clinical case. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2001;21:367-71.
5. Andreasen JO. Analysis of pathogenesis and topography of replacement resorption (ankylosis) after replantation of mature permanent incisors in monkeys. *Swed Dent J* 1980;4:231-240.
6. Andreasen JO. Relationship between cell damage in the periodontal ligament after replantation and subsequent development of root resorption. *Acta Odontol Scand* 1981;39:15-25.
7. Andreasen JO. Periodontal healing after replantation and autotransplantation of incisors in monkeys. *Int J Oral Surg* 1981; 10:54-61.
8. Sagne, S; Thilander, B. transalveolar transplantation of maxillary canines. A follow-up study. *Eur J Orthod* 1990;12:140-7.
9. Arikan, F; Nizam, N; Sonmez S. 5 year longitudinal study of survival rate and periodontal parameter changes at sites of maxillary canine autotransplantation. *J Periodonto* 2008;79:595 - 602.

Correspondencia.

Dr. Alejandro Marmolejo T.
Carrera 42ª No 5c - 96.
Clínica Sonrisa Perfecta.
Cali (Valle - Colombia)
Email. alejandromarmolejo00@hotmail.com