

Lesión periapical persistente: caso clínico

Persistent periapical lesion: a case report

E.E. Fanny López Martínez*
 E.E. Miriam C. Guerra Rodríguez**
 E.E. Patricia N. Olivares Ponce***
 Marco Antonio Jiménez Cortez****

Recibido: Octubre, 2010. Aceptado: Diciembre, 2010

Descriptor: lesión periapical, apicectomía, cicatrización, periodontitis apical
 Keyword: periapical lesion, apicoectomy, healing, apical periodontitis

*Coordinadora de la maestría en Odontología Avanzada, UANL

Autora responsable

**Catedrática de la maestría en Odontología Avanzada, UANL

***Endodoncia, UANL

****Residente de la maestría en Odontología Avanzada, UANL

● López, M.F., Guerra, R.M.C., Olivares, P.P.N., Jiménez, C.M.A. Lesión periapical persistente: caso clínico.
 Oral Año 12. Núm. 37. 2011.716-718

resumen

Las lesiones periapicales no pueden ser diagnosticadas antes del tratamiento, su diagnóstico se hace únicamente después del tratamiento quirúrgico mediante una biopsia para su examinación histopatológica. Se reporta el caso de una mujer de 50 años de edad, la cual refiere tener un aumento de volumen en el paladar. Radiográficamente se observa un área radiolúcida bien circunscrita localizada en las piezas 1.3, 1.2 y 1.1. En las pruebas de sensibilidad únicamente la pieza 1.2 mostró respuesta negativa, teniendo como diagnóstico de presunción pulpa necrótica. Puesto que las imágenes radiográficas sugerían una posible comunicación con fosas nasales, y la infección no cedía, se realizó una tomografía de senos paranasales en la cual se pudo comprobar la perforación existente del piso de fosas nasales debido a la extensión de la lesión. Se decidió terminar el tratamiento de conductos de la pieza 1.2 y en la misma cita se realizó la cirugía apical, una vez realizado el curetaje apical se procedió al corte del ápice y se utilizaron microcondensadores para compactar la gutapercha, la cual en este caso fue nuestro material de sellado. Una vez que la lesión se extirpó se colocó en formalina al 10% para su posterior procesamiento histológico, el cual nos indicó un quiste radicular. Después de seis meses, podemos ver la regeneración ósea en el área afectada.

abstract

Periapical lesions cannot be diagnosed before treatment; diagnosis is made only after surgical treatment with a biopsy for histopathological examination. We report the case of a woman 50 years old, which refers to have a volume increase on the palate. Radiographically there is a well-circumscribed radiolucent area located in teeth 1.3, 1.2 and 1.1. Sensitivity test showed negative response only in tooth 1.2, with the presumptive diagnosis of necrotic pulp. Since radiographic images suggested a possible communication with nasal cavity, and the infection did not yield, we performed a CT of the paranasal sinuses in which we noted the existing drilling of nasal cavity floor due to the extent of the injury. It was decided to finish the root canal of tooth 1.2 and at the same appointment apical surgery was performed, after curettage, proceeded to cut the apex and used to compact the gutta-percha microcondensators, which in this case was our sealing material. Once the lesion was removed, it was placed in 10% formalin for subsequent histological processing, which showed us a radicular cyst. After six months, we can see the bone regeneration in the affected area.

Introducción

La lesión periapical radiográficamente visible indica la propagación bacteriana en el sistema de conductos¹⁻³ y la posible presencia de biofilm extraradicular⁴. Bender y Seltzer^{5,6} mencionan que la lesión periapical puede detectarse radiográficamente sólo cuando hay pérdida de hueso alveolar y cortical durante el desarrollo del proceso periapical patológico.

La lesión periapical puede cicatrizar con regeneración de tejido duro y resolución de la radiolucidez. En algunos casos la periodontitis apical persiste a pesar del tratamiento de conductos, y el tratamiento es considerado fracaso debido a la compleja anatomía dejando regiones inaccesibles dificultando la limpieza y desinfección, por lo cual puede persistir la periodontitis apical, los microorganismos remanentes usan el conducto radicular como reservorio.

Otra razón por la que puede persistir la lesión periapical puede deberse a la respuesta a cuerpo extraño debido a los fragmentos de dentina extruidos por la sobreinstrumentación, material de obturación o cristales de colesterol.

Nair et al⁷ sugiere clasificar histológicamente las lesiones periapicales en abscesos periapicales, granulomas y quistes. Según literatura contemporánea, los quistes periapicales pueden desarrollarse de los granulomas preexistentes o por la proliferación de los restos epiteliales de Malassez. El objetivo de este estudio es presentar el caso clínico de una pieza tratada endodónticamente con una lesión periapical persistente el cual fue tratado mediante cirugía apical.

Caso Clínico

Paciente femenino de 50 años de edad, que acude a consulta presentando aumento de volumen en el paladar en la región de piezas anteriores del lado derecho (figura 1). Durante el interrogatorio menciona haber acudido con otros especialistas para pedirles su opinión. En la exploración clínica se observó que la paciente tenía coronas mal ajustadas en el segmento antero superior por lo que al estar los cuellos de las piezas expuestos se pudieron realizar pruebas de sensibilidad en dichas piezas, con respuesta negativa en la pieza 1.2 teniendo como diagnóstico presuntivo necrosis pulpar. En la zona del paladar donde se localizaba el aumento de volumen se realizó aspiración por punción en donde se observó exudado purulento, radiográficamente se observa un área radiolúcida bien circunscrita localizada en las piezas 1.3, 1.2 y 1.1. Las piezas a pesar de tener coronas individuales no presentaban tratamiento de conductos (figura 2).

Se indicó tratamiento de endodoncia en las piezas involucradas por cuestiones protésicas. En las piezas que presentaron pulpa vital, el tratamiento de conductos se realizó en una cita, mientras tanto, en la pieza 1.2 se dejó $\text{Ca}(\text{OH})_2$; sin embargo la paciente acudió en la semana cinco, presentando aumento de volumen en el paladar, por lo que se decidió realizar el drenaje a través del conducto (figura 3). Puesto que las imágenes radiográficas sugerían una posible comunicación con piso de fosas nasales, y la infección no cedía, se realizó una tomografía de senos paranasales en la cual se pudo comprobar la perforación existente del piso de fosas nasales debido a la extensión de la lesión (figura 4). Se decidió terminar el tratamiento de conductos de la pieza 1.2 (figura 5) y en la misma cita se realizó la cirugía apical, una vez realizado el curetaje apical se procedió al corte del ápice y se utilizaron microcondensadores para compactar la gutapercha, la cual en este caso fue nuestro material de sellado (figura 6). Una vez que la lesión se extirpó se colocó en formalina al 10% para su posterior procesamiento histológico (figura 7), el cual nos indicó un quiste radicular, la radiografía de control a los tres meses mostró evidencia de disminución de la lesión, a los seis meses radiográficamente se observó hueso trabeculado mostrando cicatrización (figura 8).

Nota: ver imágenes en la siguiente página.

Discusión

La radiografía periapical es el método más utilizado para la visualización de lesiones periapicales, pero tiene limitaciones^{5,8}. Después de la eliminación de las bacterias en el conducto, la inflamación periapical gradualmente cede dándose la cicatrización periapical.

Cuando las corticales vestibular y palatina son destruidas por lesiones apicales grandes, se sugiere que la lesión puede ser reparada con tejido de cicatrización fibroso debido a la destrucción extensa del periostio⁹.

Una lesión puede considerarse que cicatriza cuando

hay ausencia de células inflamatorias, presencia de tejido conectivo y fibras de colágeno¹⁰.

Nair et al (1998) menciona que los cristales de colesterol son los posibles causantes de prevenir la cicatrización de una periodontitis apical, ya que los macrófagos no son capaces de digerir dichos cristales; estos cristales son formados de dos maneras: (1) localmente en el área del tejido dañado, (2) necrosis causada por la liberación de colesterol¹¹.

Bibliografía

- 1.- Assed, S., Ito, I.Y., Leonardo, M.R., Silva, L.A., Lopatin, D.E. 1996. Anaerobic microorganisms in root canals of human teeth with chronic apical periodontitis detected by indirect immunofluorescence. *Endod Dent Traumatol*, 12, 66-9.
- 2.- Sjogren, U., Figdor, D., Persson, S., Sundqvist, G. 1997. Influence of infection at the time of root filling on the outcome of endodontic treatment of teeth with apical periodontitis. *Int Endod J*, 30, 297-306.
- 3.- Sundqvist, G. 1994. Taxonomy, ecology, and pathogenicity of the root canal flora. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 78, 522-30.
- 4.- Tronstand, L., Barnett, F., Cervone, F. 1990. Periapical bacterial plaque in teeth refractory to endodontic treatment. *Endod Dent Traumatol*, 6, 73-7.
- 5.- Bender, I.B., Seltzer, S. 1961. Roetenographic and direct observation of experimental lesions in bone I. *J Am Dent Assoc*. 62, 152-60.
- 6.- Bender, I.B., Seltzer, S. 1961. Roetenographic and direct observation of experimental lesions in bone II. *J Am Dent Assoc*. 62, 708-16.
- 7.- Nair, P.N.R., Pajarola, G., Schroeder, H.E. 1996. Types and incidence of human periapical lesions obtained eith extracted teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 81, 93-102.
- 8.- Bender, I.B. 1997. Factors influencing the radiographic apperance of bony lesions. *J Endod*, 23, 5-14.
- 9.- Andreasen, J.O., Rud, J. 1972. Modes of healing histologically after endodontic surgery in 70 cases. *Int Oral Surg* 1, 149-62.
- 10.- Lin, L.M., Ricucci, D., Lin, J. 2009. Nonsurgical root canal therapy of large cyst like inflammatory periapical lesions and inflammatory apical cyst. *J Endod* 5, 607-615.
- 11.- Manjo, G., Joris, I. 2004. Cell, tissues, and disease. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 210-9.



Figura 1

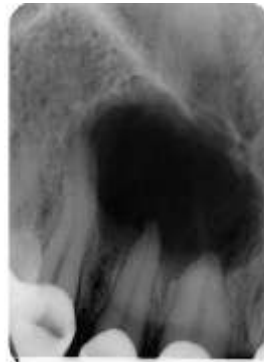


Figura 2

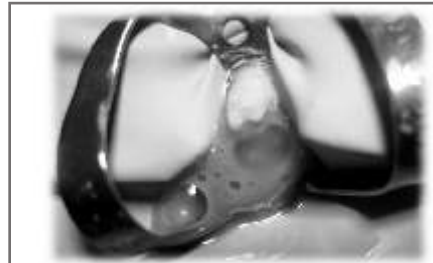


Figura 3

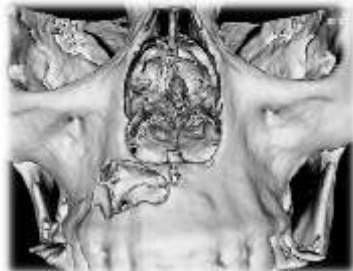


Figura 4



Figura 5

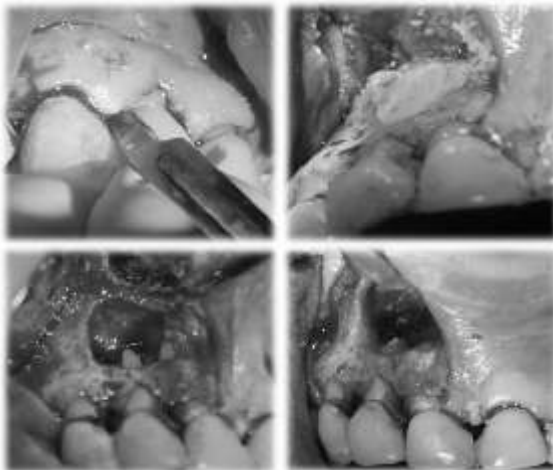


Figura 6

Apicectomía.

(a) se procede a realizar la incisión para abordar la lesión.
 (b) una vez levantado el colgajo, se ubica la lesión periapical para su eliminación. (c) se observan las raíces desnudas de las piezas 1.1 y 1.2 (d) se realizó la apicectomía, para posteriormente condensar el material de obturación, en este caso gutapercha.

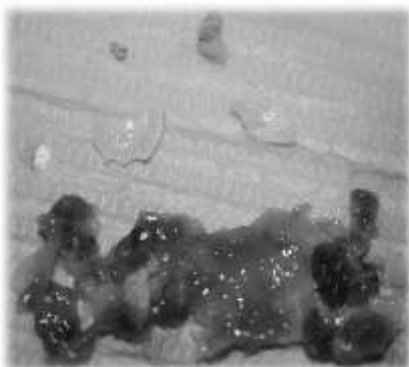


Figura 7



Figura 8. a) Radiografía inicial. b) radiografía de control, 3 meses postoperatorio c) radiografía de control, 6 meses postoperatorio, observando gran regeneración ósea.