

TRATAMIENTO DE UNA PERFORACION ACCIDENTAL DE PISO DE CAMARA PULPAR

Dr. Jorge R. García

Dr. Eduardo C. Cuesta

Especialistas en Endodoncia. Dictantes de la S.O.L.P. y de la A.O.A.

Consideraciones Generales

Los términos éxitos y fracasos mencionados tan frecuentemente en Endodoncia, están en íntima relación con la técnica operatoria desarrollada durante el tratamiento, la que tiene principios fundamentales que deben ser rigurosamente observados.

La apertura de la cámara pulpar y su correcta preparación constituyen un claro ejemplo de lo antedicho; la no observancia de ciertos detalles de técnica producen en oportunidades accidentes operatorios que pueden comprometer el éxito a distancia. Las perforaciones en el piso de cámara y en la furcación de los dientes multirradiculares están etiológicamente relacionados con un fresado excesivo e inoportuno al buscar la accesibilidad a los orificios de entrada de los conductos radiculares. Este hecho se encuentra agravado muchas veces por el poco conocimiento que tiene el operador de la topografía de la cámara, la dirección del eje dentario, la relación de la cara triturante con el eje de la fresa³, y de la radiografía del caso a intervenir.

Se han intentado varias soluciones⁸⁻⁹ para conseguir el cerramiento, siempre que las perforaciones sean accidentales, obturando la brecha con materiales diversos¹⁻³⁻⁴. En algunos casos y cuando los métodos antes mencionados no sean factibles de aplicar, se puede recurrir al auxilio de la cirugía⁷, efectuando en ciertas ocasiones una radectomía⁵ (en molares superiores) o a la odontosección⁶⁻² (en los molares inferiores).

Caso Clínico

El caso que presentamos, corresponde a una paciente del sexo femenino, de 10 años de edad, derivada para la realización de un tratamiento endodóntico en la pieza dentaria 36 y en la que había sido efectuada previamente la apertura de la cámara para obtener el drenaje y la descompresión.

Efectuado el diagnóstico clínico-radiográfico, el paciente no presenta sintomatología dolorosa, tiene la cavidad de acceso obturada con material provisorio y el examen radiográfico detecta una perforación en el piso de la cámara, observándose una zona radiolúcida en la furcación como consecuencia del accidente operatorio y procesos periapicales en ambas raíces, producto del contenido séptico de los conductos radiculares infectados (Figura N°. 1).

El tratamiento es realizado en dos partes: en primer lugar y luego del aislamiento del campo operatorio, se remueve cuidadosamente la obturación provisorio y se retira un algodón que está en contacto con la perforación. Se irriga



profusamente la cámara con agua de cal y se procede a obturar la perforación con pasta de hidróxido de calcio sin presionar (hidróxido de calcio proanálisis y agua destilada).

La segunda parte del tratamiento es el endodóntico propiamente dicho, efectuado en una sesión operatoria y con los métodos convencionales de preparación biomecánica de los conductos.

En cuanto a la obturación, se realizó la colocación de pasta de hidróxido de calcio en la porción apical de los conductos, según la técnica de Leonardo⁷ y completando la misma con Cemento de Grossman y conos de gutapercha condensados lateralmente en el conducto distal, mientras que ambos conductos mesiales fueron obturados con cemento y conos de plata. (Figura N°. 2).

Posteriormente se selló la cámara pulpar y se reconstruye la pérdida de tejido coronario con amalgama de plata, obteniéndose aproximadamente a los 10 meses, un control clínico sin evidencias de condiciones adversas y un control



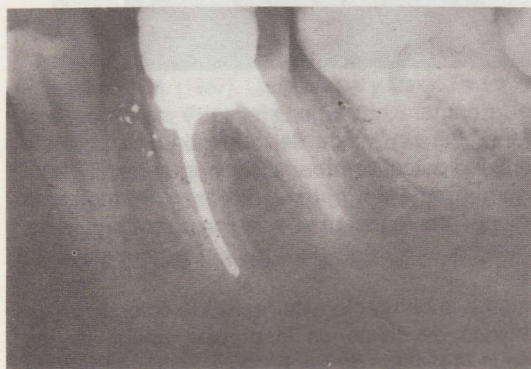
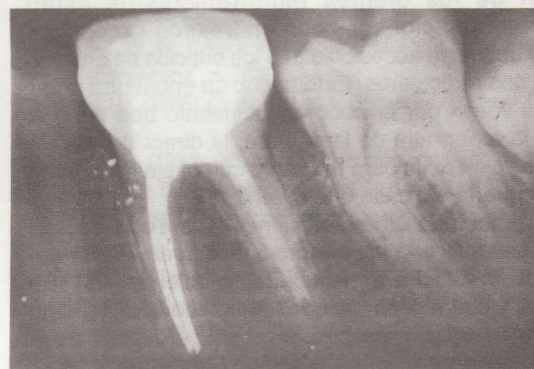
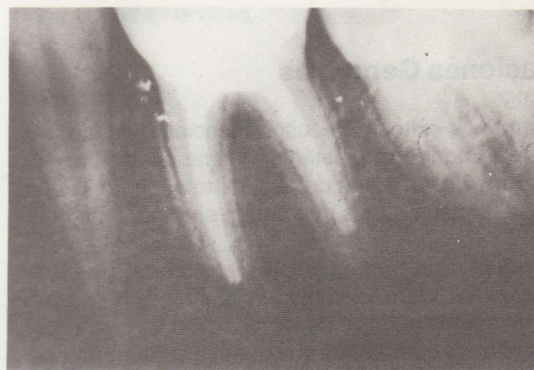
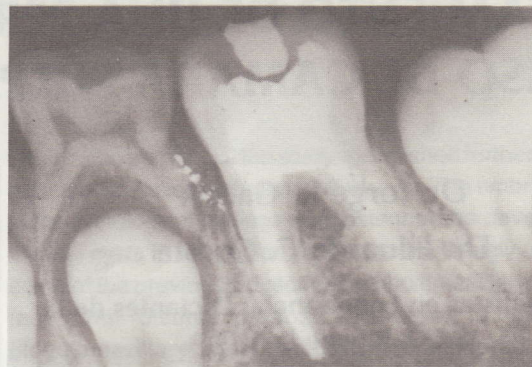
radiográfico que muestra la Figura N°. 3 con un evidente grado de reparación en la zona de la furcación y en los tejidos apicales y periapicales.

Por circunstancias tan comunes a lo que a control a distancia se refiere, la paciente deja de concurrir y se presenta recién a la consulta cuando esa misma pieza dentaria, sufre una fractura coronaria, específicamente su cara lingual. Se realiza entonces en ese momento un control Rx constatándose los datos en la ficha odontológica correspondiente, comprobando que el accidente en el piso de la cámara pulpar se produjo hace 10 años (la paciente tiene en este momento del examen 20 años de edad).

Al no observarse trastornos clínicos ni existir signos de radiolucidez ni en la furcación ni en la zona apical y periapical de ambas raíces, con un restablecimiento íntegro de la cortical ósea, se decide proceder a la restauración morfológica y funcional de la pieza dentaria.

La perforación del piso de la cámara se hallaba obturada con amalgama, decidiéndose tratar de remover la menor cantidad posible de ella, ya que no sería conveniente exponer la zona de la perforación. Como dicha amalgama también se extendía hacia el interior del conducto distal, pensamos que no era precedente realizar un perno muñón que pudiese debilitar la pared mesial del conducto distal; tampoco el perno muñón podía anclarse en la raíz mesial ya que estaban los conductos totalmente obturados con conos de plata.

Se decidió entonces tallar dos nichos a la entrada de los conductos mesiales y un pin en el conducto distal, tratando de



que la amalgama que estaba en esa zona crítica no fuese removida. Se tomó una impresión con elastómero y se confeccionó una incrustación metálica para restaurar la forma del muñón (Figura N°. 4), colocándose sobre el mismo una corona

ceramo-metálica (Figura N°. 5).

A los tres años de realizada la restauración y habiendo transcurrido 13 años desde que se produjo la perforación y su tratamiento, se observa un excelente estado de salud clínica y radiográfica de la pieza dentaria tal cual muestra la Figura N°. 6

Referencias Bibliográficas

1 - Balla Robert, Carmine J. Lo Monaco, Joseph Skriber and Louis M. Lin: "Estudio histológico de perforaciones de furca tratadas con fosfato tricálcico, hidroxiapatita, amalgama y Life". J. Endodontics. Vol. 17. N°. 1. 1991.
 2 - Barletta B.O. y García J.R.: "Solución endodóntico-protéica de un caso de perforación en piso de cámara pulpar". Trabajo presentado en la S.A.E. Buenos Aires. 1969.
 3 - Basrani E.: "Endodoncia: técnicas en preclínica y clínica". Ed. Médica Panamericana. Bs.As. 1988. Págs. 121/125.
 4 - El Deeb M.E., El Deeb M. Tabky and Jensen J.R.: "An evaluation of the use of amalgam, cavit, and calcium hydroxide in the repair of furcation perforations". J. Endodontics 8: 10, 459-466. Oct. 1982.

5 - García J.R. y Badoyán A.: Radectomía con finalidad protética. Rev. Asoc. Odonto. Argent. Vol. 60: 6/ 281-287. 1972.
 6 - García J.R. y Badoyán A.: Odontosección: tratamiento endodóntico-protético. Rev. Asoc. Odont. Argent. Vol. 61 N°. 1-2. 1973.
 7 - Leonardo M. Leal J.M. y Simoes Filho A.P.: Endodoncia. Ed. Panamericana, Bs.As. 1983. Pág. 116 y capítulo 19.
 8 - Martin R., Gilbert B. and Dickerson A.: Management of endodontic perforations. Oral Surg. 54: 668-677. 1982.
 9 - Sinai I.H.: Endodontic perforations: their prognosis and treatment. J.Am. Dent.Ass. 90: 793-800. 1985

Dirección de los Autores: 61 N°. 407 - La Plata - CP. 1900.