

REPARACION APICAL POSTERIOR A OBTURACION RETROGRADA DEL CONDUCTO CON IONOMERO DE VIDRIO

Dr. José Luis MEJIA CARDONA
DEPARTAMENTO DE ENDODONCIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES
MANIZALES - COLOMBIA

REPARACION APICAL POSTERIOR A OBTURACION RETROGRADA CON IONOMERO DE VIDRIO

RESUMEN

Se presenta un caso con lesión periapical, fístula y una falsa vía durante un retratamiento endodóntico a nivel del 22 y en el cual se realizó cirugía y obturación retrógrada con ionómero de vidrio. Después de varios controles clínico-radiográficos a distancia, los resultados evidencian reparación apical posterior a la cirugía endodóntica y a la obturación y cirugía de la falsa vía.

CASO CLINICO



Figura 1-A

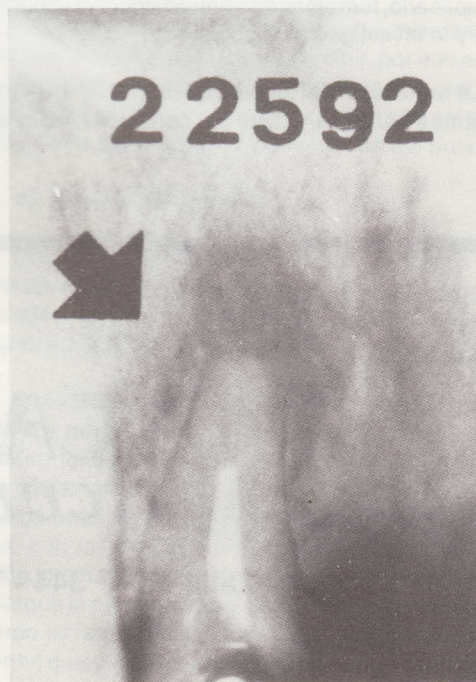


Figura 1-B

La paciente de 26 años de edad, sexo femenino, fue derivada para realizarle tratamiento endodóntico en el 22. En el interrogatorio no se encontraron antecedentes médicos de importancia.

Al examen clínico presentaba reacción dolorosa a la percusión y un trayecto fistuloso con exudado purulento. Al examen radiográfico se observó un tratamiento endodóntico incompleto con lesión periapical.

Con aislamiento absoluto, se hizo el abordaje por palatino para iniciar el retratamiento y pudo establecerse luego que el material utilizado como obturación era una pasta a base de Yodo (Pasta F.S.). Durante la etapa de desobturación, intentando retomar la longitud de trabajo, se produjo una falsa vía debido a la dificultad que presenta esta pasta para ser removida del

conducto. Como no fue posible realizar el tratamiento endodóntico convencional (Figura 1 - A), se decidió entonces realizar la cirugía. (Figura 1 - B).

Se diseñó un colgajo submarginal desde el área edéntula del 21 hasta distal del 23, dos mm. abajo del margen para evitar

redonda de carburo N° 4 irrigando con suero fisiológico hasta lograr una visibilidad adecuada del ápice. Se enucleó la lesión y se hizo el corte de la porción apical con una fresa troncocónica de carburo N° 170 L. Luego se preparó una cavidad con una fresa cono invertido N° 34 de aproximadamente 2 mm. de

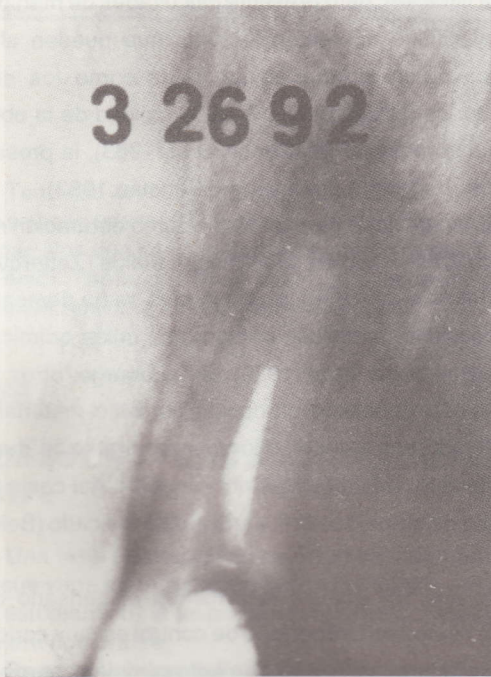


Figura 2-A

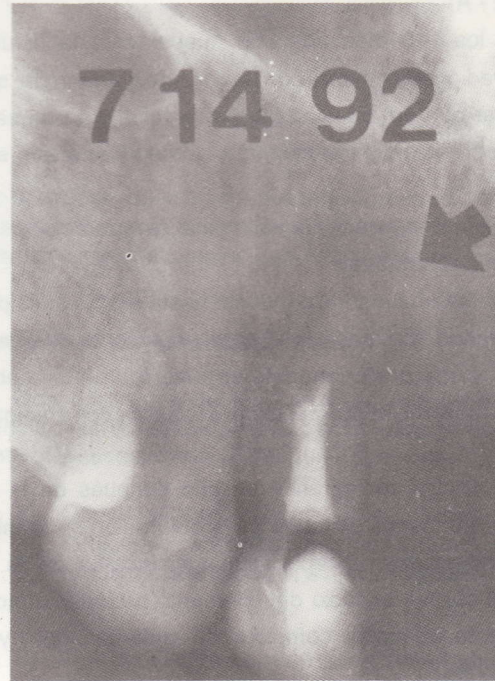


Figura 3-A

así la retracción de los tejidos. Una vez localizado el sitio de la lesión, se realizó osteotomía a baja velocidad con una fresa

profundidad hacia coronal para permitir la colocación del material de obturación.

Se colocó en la cavidad cera para hueso (Jhonson & Jhonson) con el fin de mantener el campo seco. Para realizar la obturación retrógrada se usó Ionómero de vidrio KETAC-CEM (Espe) y un condensador modificado en su extremo para transportar el material. Se mantuvo el aislamiento y la hemostasia

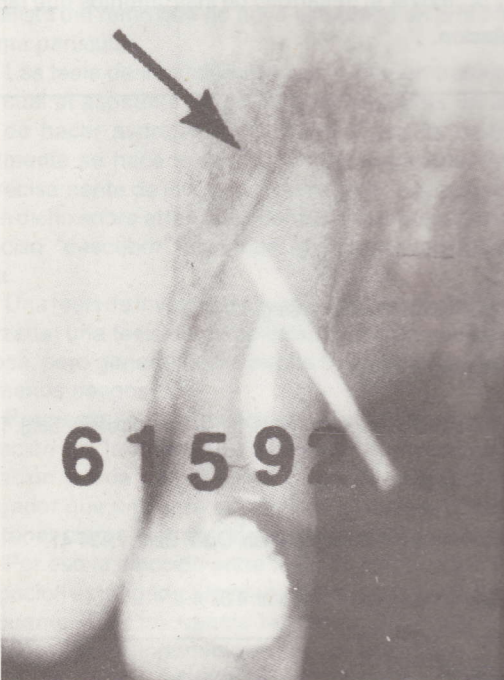


Figura 2-B

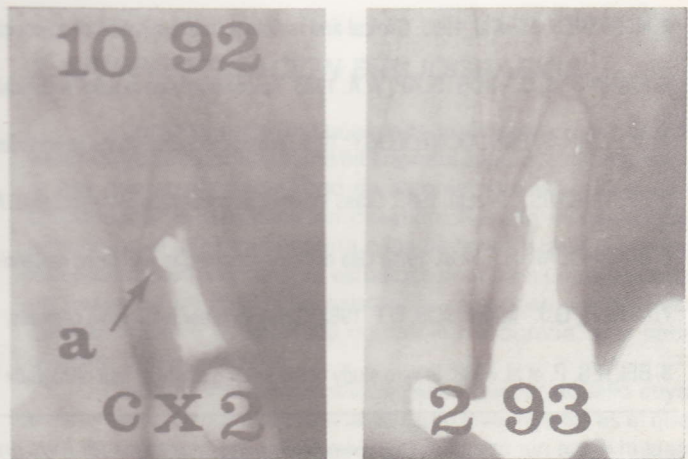


Figura 3-B

después del endurecimiento del Ionómero, tratando de evitar las complicaciones por hidratación o deshidratación del cemento.

Se retiró la cera para hueso y se suturó con seda 4-0 ETHICON (Jhonson & Jhonson). A los 7 días se eliminaron las suturas y el primer control radiográfico se tomó a los 30 días. (Figura 2 - A)

A los 110 días apareció nuevamente la fístula y al seguirla radiográficamente con un cono de gutapercha, se pudo determinar que era ocasionada por la falsa vía que se había realizado al inicio del tratamiento y que no había sido sellada. (Figura 2 - B)

Sin embargo, en la región apical, la reparación continuaba su evolución normal.

Se obturó luego el conducto hasta el sitio de la perforación utilizando condensación lateral y Cemento de Grossman (Figura 3 - A) y posteriormente se realizó un nuevo abordaje quirúrgico para sellar el defecto de la falsa vía con amalgama de plata.

El control radiográfico un año después de la cirugía apical y siete meses después de la obturación de la falsa vía; permite observar una reparación satisfactoria en la región periapical con un espacio del ligamento periodontal normal y clínicamente ausencia completa de sintomatología y fístula. (Figura 3 - B)

DISCUSION

La finalidad del tratamiento endodóntico es evitar o

controlar el desarrollo de patología periapical como en este caso.

La obturación retrógrada es un procedimiento con el cual se trata de evitar la migración de irritantes cuando el conducto no ha sido completamente preparado. (Seltzer 1988).

La adhesividad del Ionómero de Vidrio puede contribuir a evitar la filtración, pero presenta dificultades de manipulación. Se han discutido diferentes factores que pueden afectar el pronóstico de la cirugía apical, tales como los síntomas preoperatorios (Hirsch et al. 1979), la calidad de la obturación del conducto radicular (Mikkonen et al. 1983), la presencia de obturación retrógrada (Ioannides y Bortslap 1983).

El uso del Ionómero de Vidrio como obturación retrógrada ha sido presentado en diferentes estudios (Zetterqvist et al. 1987), (Beltes et al. 1988), en los cuales se ha demostrado su mejor capacidad de sellado debido a su unión química con la dentina. (Barkhodar et al. 1989). Sin embargo, otros trabajos sostienen que el sellado producido por éste material, puede verse alterado por la hidratación o deshidratación durante su endurecimiento. (Mount y Makinnsos 1982). Así como también la dificultad de manejo para llevarlo al sitio indicado (Beltes et al. 1988).

Es por eso que se recomienda dispensarlo con una jeringa. En éste caso, el período de control es muy corto (1 año) y no puede determinarse como un éxito completo, pero el uso del Ionómero de Vidrio como obturación retrógrada puede ser una alternativa adecuada para algunos casos en particular.

Sería necesario realizar más estudios IN VIVO con un control a distancia mayor para determinar su verdadera eficacia clínica y promover el desarrollo de instrumentos que faciliten su manipulación.

BIBLIOGRAFIA

1. HIRSCH, J.M. et al. 1979. Periapical Surgery. *Int. J. Oral Surg.* 8:173-85.
2. MIKKONEN, M. et al. 1983. Clinical and radiologic reexamination of apicoectomized teeth. *Oral. Surg.* 55: 302-6.
3. IOANNIDES, C. - BORTSLAP, W.A. 1983. Apicoectomy on molars: A clinical and radiological study. *Int. J. Oral Surg.* 12:73-9.
4. SELTZER, S. ENDODONTOLOGY: 1988. Biologic considerations in endodontic procedures. Lea & Febiger.
5. ZETTERQVIST, L. et al. 1987. Glass Ionomer as retrograde filling material. An experimental investigation in monkeys. *Int. J. Oral maxillofa. Surg.* 16:459-64.
6. BARKHODAR, R.A. et al. 1989. Use of Glass Ionomer as retrofilling material. *Oral Surg.* 67:734-9.
7. MOUNT, G.J. - MAKINSOS, O.F. 1982. Glass Ionomer restorative cements: Clinical implications of the setting reaction. *Oper. Dent.* 7:134-41.
8. BELTES, P. et al. 1988. In vitro study of the sealing ability of four retrograde filling materials. *Endod. Dent. Traumatol.* 4:82-4.

Correspondencia: Calle 58 N° 23A-03 - Edificio "XUE"- Manizales - Colombia