



REABSORCIONES CERVICALES UN DESAFÍO CLÍNICO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN ENDODONCIA
ESP. OD. MARIANA CARVAJAL

Reabsorción Dentaria



- Implica pérdida de tejido dentario.
- Desarrollada por células gigantes , monocitos y macrófagos.
- Degradación orgánica de la hidroxiapatita.

Reabsorción Dental.(Ne Rita , Whitterspoon David, Gutmann James.
Quintessence ed esp Vol 13 N° 6 2000 388-405)

American Association of Endodontists.
Glossary: Contemporary Terminology for Endodontics
(Bille *et al.*, 2007- 2008; Andreasen *et al.*,1994)

- Pérdida de los tejidos duros dentales como resultado de las actividades de las células clásticas.
- Puede ocurrir como un fenómeno fisiológico o patológico.
- Pudiendo clasificarse ampliamente en reabsorción externa o interna por la ubicación de la reabsorción en relación con la superficie de la raíz.

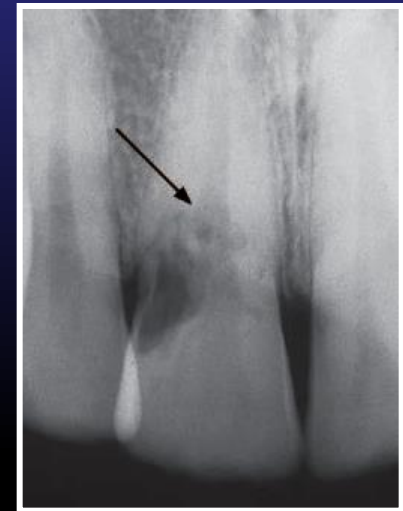
Reabsorción Dentaria Externa Clasificación

- R. Superficial Externa o de Superficie.
- **R. Inflamatoria Radicular Externa.**
- Anquilosis.
- R. por Sustitución.

Reabsorción Dental. Ne Rita,Whiterspoon David,Gutmann James.
Quintessence ed esp Vol 13 N° 6 2000 388-405



Reabsorción Cervical Externa Invasiva

- Localización **cervical**.
- Naturaleza **invasiva**.
- Persistencia de **vitalidad**.
- Predisposición a **colorear** la corona.

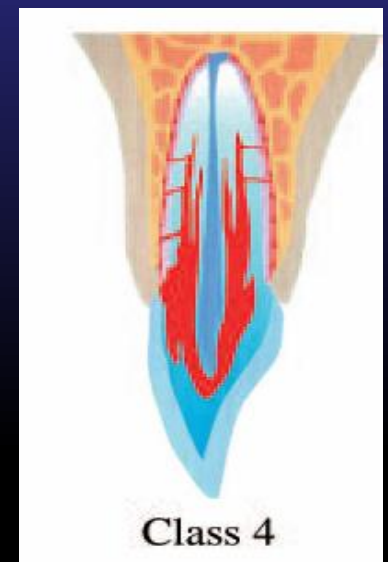
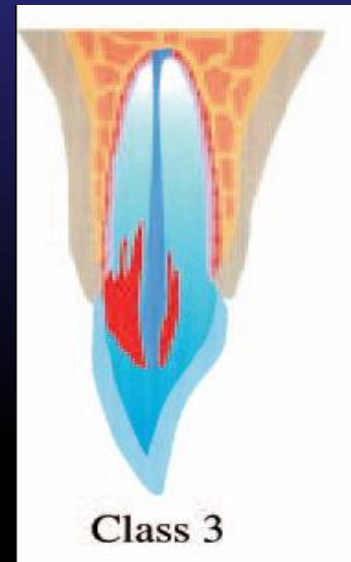
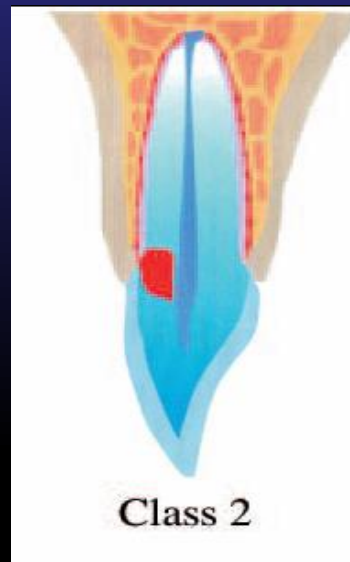
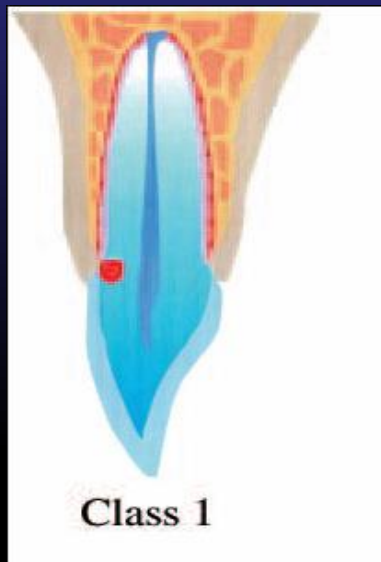


Reabsorción Dental. Ne Rita,Whiterspoon David,Gutmann James.
Quintessence ed esp Vol 13 N° 6 2000 388-405.

Patogénesis de la R. Cervical Externa

- Etiología **desconocida.** 
- Existencia de una **zona desprotegida o** daño a la normalidad de la capa protectora cemento / cementoide 
- **Factores injuriantes:**
 - **Físicos**
 - **Químicos**
 - **Bacterianos**

Clasificación de la R. Cervical Externa



Invasive Cervical Resorption. Heithersay Geoffrey. Endodontics Topics 2004, 7, 73-92

Signos Clínicos en la R. Cervical Externa.

Lesión Inicial

Irregularidad del contorno gingival.

Radiolucidez radiográfica.



Clinical, radiologic and histopatologic features of invasive cervical resorption.
Heithersay Geoffrey Quintessence International Vol 30 N° 1 1999 27-37

Signos Clínicos en la R. Cervical Externa

Lesión Avanzada

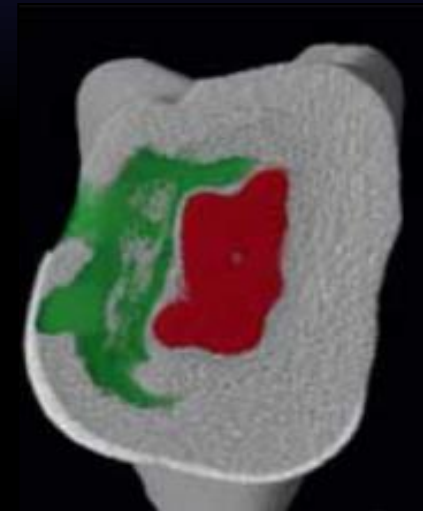
Dolor variable.

Coloración de la corona.

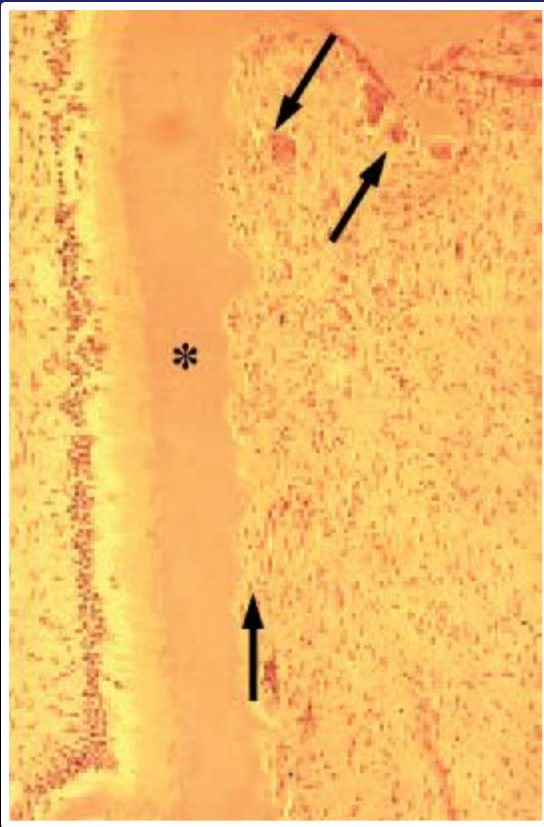
Cavitación de fondo duro.

Radiolucidez marcada

Radiopacidad del contorno pulpar.



Histología de la Reabsorción Cervical Externa Invasiva



- Masa de tejido fibroso.
- Presencia de células gigantes multinucleadas.
- Presencia de vasos sanguíneos.
- Depósitos de tejido calcificado.

Opciones Terapéuticas.

- Curetaje subgingival . (Heithersay, 1985)
- Extrusión ortodóncica . (Latcham, 1986).
- Osteotomía de contorno de la cresta alveolar 2mm a apical del defecto.(Meister, 1986).
- Colgajo periodontal con obturación del defecto resortivo.(Meister y Heithersay)

Anamnesis

Tratamiento periodontal de detrartaje raspaje y alisado radicular.

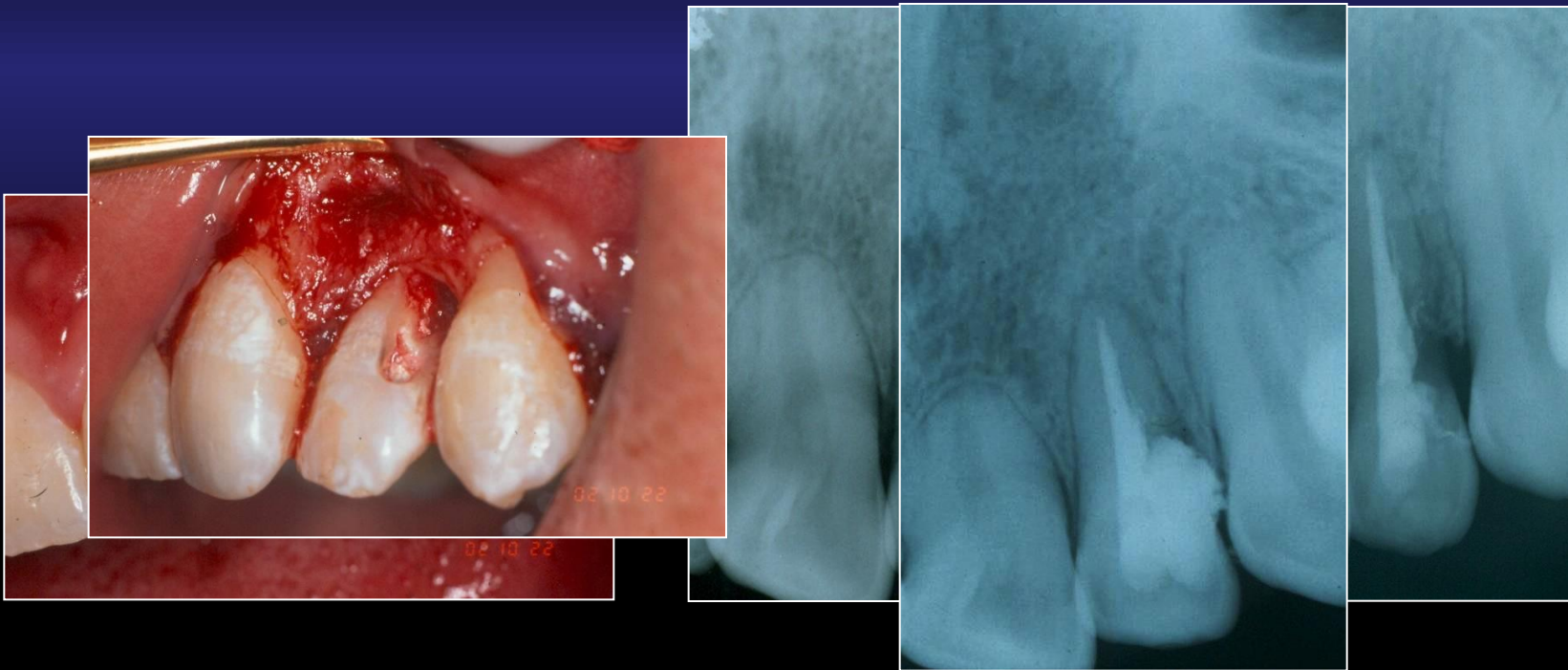


Motivo de la consulta

Sangrado en la papila gingival entre 22 y 23.
Coloración alterada y **sensibilidad** al frío en 22.

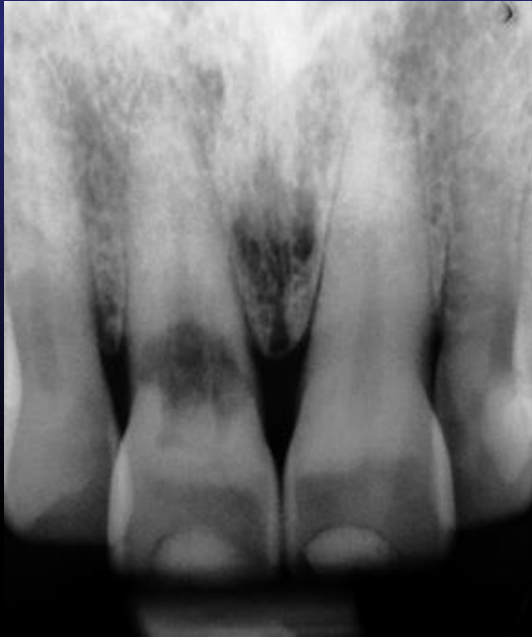
Caso Clínico

Diagnóstico: R.C.E Clase IV



Biopulpectomía Total y Colgajo Periodontal.

Paciente sexo femenino de 54 años.



Dolor intenso e inflamación en zona gingival alrededor de la corona clínica del elemento 11. Antecedentes de traumatismo. Movilidad leve en sentido vestibulo-palatino

Material para la Obturación de la Reabsorción «EQUIA FILL»



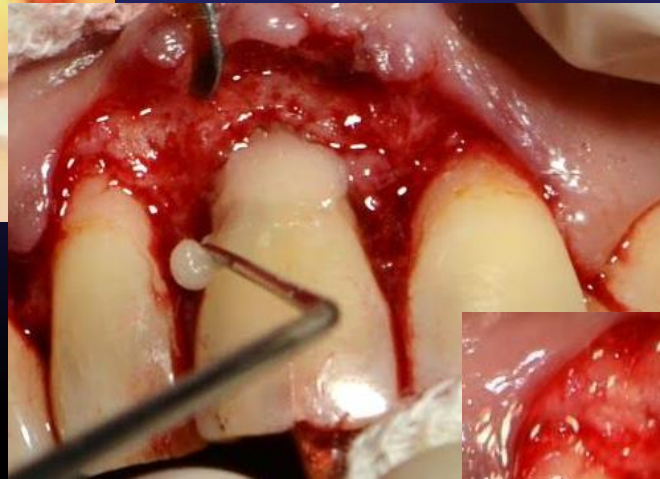
Ionómero Vítreo de alta densidad .

Combina rapidez y facilidad de manipulación con excelente estética.

Ideal para restauraciones estéticas en bloque.

Tiene una alta resistencia físico-mecánica para soportar la oclusión funcional y cuyo resultado es una interfase cero o nula.

Relleno de la Reabsorción.



Obturación Final

Preparación Quirúrgica y Obturación.

Radiografía Prefinal



Radiografía Postoperatoria



Rehabilitación Post-endodóntica. Perno de fibra de vidrio.



Preparación del perno con Silano y cementado final.



Radiografía final y primer control clínico a los 60 días.

Conclusión

- Diagnóstico de la R.C.E en estadios tempranos.
- Seguimiento y controles de pacientes que pertenecen a grupos de riesgo a desarrollar esta patología.



*REABSORCIONES CERVICALES
UN DESAFÍO CLÍNICO*

Od. Mariana Carvajal
Muchas Gracias.



REABSORCIONES CERVICALES UN DESAFÍO CLÍNICO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN ENDODONCIA
ESP. OD. MARIANA CARVAJAL

Gulabivala *et al* (1995) demuestran la importancia de un diagnóstico preciso y diferencial entre la reabsorción cervical externa invasiva y la reabsorción interna.

Tronstad *et al* (1988); Gulabivala *et al* (1995); Patel *et al* (2007) han destacado que el problema en el diagnóstico se produce cuando la lesión de reabsorción cervical invasiva no es accesible mediante el sondeo y se proyecta radiológicamente en el conducto radicular.

Gartner *et al* (1976) describen directrices que permiten a los profesionales diferenciar los 2 procesos radiográficamente.

Heithersay (1985) propuso que la reabsorción puede ser tratada mediante curetaje subgingival, pero observó que este método tiene una alta tasa de fracaso Gulabivala (1995) recomienda el uso de hidróxido de calcio para neutralizar la reabsorción externa.

Latcham (1986) recomienda que la exposición de los defectos de la reabsorción para su posterior restauración sea realizada por medio de extrusión ortodóncica, pero Heithersay (1985); Meister (1986) proponen que la reimplantación intencional u ostectomía y contorneando de la cresta alveolar 2 mm apical a los márgenes del defecto, también ayuda a mantener el ancho biológico.

Para el caso de lesiones que no implican la pulpa, Heithersay (1988) sugiere la aplicación tópica de una solución acuosa al 90% de ácido tricloroacético al tejido de la reabsorción, el curetaje cuando sea necesario, y la restauración con cemento de ionómero de vidrio.

Estudios recientes Velasques *et al* (2002); Sculean *et al* (2003) proponen como alternativas de tratamiento las

Técnicas de regeneración tisular

Heithersay (1985-1988); Gulabivala (1995) ; Latcham (1986); Meister (1986);

Velasques *et al* (2002); Sculean *et al* (2003)

Reabsorción Radicular Inflamatoria Externa

Factores etiológicos: lesión, **trauma** o irritación del periodonto, infección periodontal, o tratamiento de ortodoncia inician una respuesta inflamatoria en el ligamento periodontal y conduce a la reabsorción.

Requisito previo para que se produzca dicha reabsorción, es el daño a la normalidad de la capa protectora cemento / cementoide.

Ella puede ocurrir en cualquier parte de la raíz, sin embargo, se subdivide con frecuencia de acuerdo con la parte del diente donde se presenta ya sea en cervical o en apical

Paciente sexo femenino de 54 años de edad, concurre a la guardia de la Facultad de Odontología Universidad Nacional de Cuyo derivada de un Centro de Salud de Guaymallén provincia de Mendoza. El motivo de dicha derivación fue para la realización de una Endodoncia en el Incisivo Central Superior derecho. Evaluada dicha pieza dentaria en la guardia, se derivó a la Carrera de Especialización en Endodoncia.

- **Motivo de la consulta** fué por dolor intenso en la zona cercana a la nariz que le impedía higienizarse.
- **A la inspección de los tejidos blandos** presentaba inflamación en zona gingival alrededor de la corona clínica del elemento 11, el resto de la boca no presentaba patología alguna.
- **A la inspección de los tejidos duros** se observó una ligera línea de fisura vertical en el centro de la corona en sentido gingivo-incisal, una leve movilidad grado 1 en sentido vestíbulo-palatino, sin lesión de caries.
- **Con antecedentes de traumatismo** que le produjo pérdida del conocimiento.

Radiográficamente

Se observó una imagen radiolúcida irregular "apolillado" que abarca desde mesial a distal del tercio cervical de la raíz involucrando la cavidad pulpar, un ligero ensanchamiento del ligamento periodontal y las estructuras de soporte normales.

- Se comenzó con la apertura por la cara palatina del elemento dentario e inmediatamente se produjo un sangrado en exceso que no se podía cohibir.
- Radiografía periapical a una longitud aparente, donde se observa lima K seguía el trayecto del conducto sin desviación alguna, descartando una falsa vía, y que el sangrado provenía del tejido inflamatorio de la reabsorción.

Una vez eliminado el tejido de granulación se colocó cono de guta percha de gran taper para evitar bloquear la entrada del conducto hasta la obturación del defecto de la reabsorción.

