

Rehabilitación de dientes con fracturas infragingivales. Reporte de un caso

Teeth rehabilitation with infragingival fractures. A case report

Dra. Carmen R. Hidalgo García; Dra. Siomara Hidalgo Hidalgo; Dr. Agustín Hidalgo Pacheco.

Clínica Estomatológica Provincial Docente Ismael Clark y Mascaró. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presenta un caso para ilustrar una alternativa de tratamiento de fracturas dentarias infragingivales de dientes traumatizados. Se recibió al paciente con traumatismo de media hora de evolución que provocó fractura complicada, total e infragingival en zona 12. La conducta inmediata que se asumió fue el tratamiento pulpo radicular con hidróxido de calcio apical y cementación de corona de espiga provisional preconformada con pin prefabricado. El tratamiento consistió en la tracción ortodóncica del muñón para posibilitar el acceso al tejido sano y la colocación de la corona de espiga definitiva. Las fotografías ilustran la evolución satisfactoria desde el punto de vista estético y periodontal del paciente luego de 20 años, no hay evidencias radiográficas de reabsorción dentaria ni ósea. Esta alternativa de tratamiento es factible de realizar por el estomatólogo general integral, con o sin la colaboración de los especialistas para evitar la exodoncia de un diente que puede conservar sus funciones por largo período de tiempo.

DeCS: TRAUMATISMOS DENTALES; INFORME DE CASO; FRACTURAS DE DIENTES/rehabilitación.

ABSTRACT

A case to illustrate an alternative of management of infragingival dental fractures in traumatized teeth is presented. The patient arrived with traumatism of half an hour evolution that provoked complicated fracture, total and infragingival of 12. The immediate behaviour assumed was pulp radicular treatment using apical calcium hydroxide, and preconformed provisional post crown cementation with prefabricated pin. Treatment consisted in the orthodontics traction of the core to make possible the access to the healthy tissue and placing the crown of definitive post. Photographies show the evolution of the patient after 20 years, with satisfactory evolution from aesthetic and periodontal point of view, there isn't radiographic evidences either of dental or bone resorption. It is concluded that this alternative of treatment is feasible to realize by the integral general odontologist, with or without the collaboration of the specialists to avoid the exodontia of a tooth that may keep its functions through a long period of time.

DeCS: TOOTH INJURIES; CASE REPORTS; TOOTH FRACTURES/rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación protésica de dientes traumatizados resulta muchas veces difícil, en ocasiones los traumatismos causan secuelas irreversibles que deben resolverse con pericia para poder restituir definitiva y satisfactoriamente las funciones estéticas y funcionales perdidas, además de lograr el equilibrio emocional del paciente. ¹

Entre los requisitos indispensables para la realización de coronas de espiga se encuentran, la necesidad de salud periodontal y periapical, la correcta relación corona raíz, la edad del paciente y la accesibilidad del tejido dentario remanente sano para poder realizar las preparaciones de los planos con buena visibilidad. ²

Para alcanzar resultados satisfactorios en la rehabilitación protésica de dientes con fracturas infragingivales es necesario la adopción de métodos adicionales que propicien el acceso al tejido remanente sano de la raíz y así permitir la correcta preparación y posterior rehabilitación.

El caso que se presenta ilustra el éxito logrado en un paciente rehabilitado hace 20 años con corona de espiga Richmond luego de la tracción ortodóncica.

REPORTE DEL CASO

Paciente masculino de 13 años de edad, que acudió a consulta de urgencia en el año 1985 por traumatismo facial en zona de 12 y 13 producido por un batazo recibido una hora antes.

En el interrogatorio se constató la ausencia de antecedentes patológicos, la ingestión de una dieta cariogénica y la correcta higiene bucal.

En el examen físico se observó fractura horizontal y total de la corona del 12 ubicada más menos 4mm infragingivalmente. La pulpa se mantenía vital, la oclusión estaba compensada y la encía no presentaba signos de inflamación crónica, aunque se encontraba lacerada y comenzaban a observarse los signos de inflamación aguda postraumática.

En los Rx se observó ausencia de la corona del 12, raíz recta totalmente desarrollada, conducto recto y moderadamente amplio, trabeculado óseo bien distribuido y ligamento periodontal ligeramente engrosado. La longitud de la raíz y el diámetro eran suficientes para recibir perno intraconducto y las raíces de los dientes vecinos estaban completamente formadas sin signos radiográficos patológicos.

Pronóstico

Reservado, por lo infragingival de la fractura y por la edad del paciente (cooperación).

Conducta inmediata

Se realizó el tratamiento pulpo radicular (TPR) con técnica seccional, los materiales utilizados fueron gutapercha, Endomethazone e hidróxido de calcio en la porción apical del cono principal. Luego se confeccionó y se cementó la corona de espiga provisional de acrílico y perno prefabricado para mantener el espacio y evitar migraciones de la encía.

Se le indicó dieta blanda, el uso de antiséptico como enjuagatorio además del cepillado suave y la aplicación de fomentos fríos las primeras 24 h.

Conducta mediata

Transcurridos los 21 días con evolución favorable, se retiró la corona y se cementó un pin fabricado de alambre #1 con lazada incisal, que se ligó con hilo elástico a un arco vestibular anclado a Brackets soldados a bandas, que se cementaron en los dientes vecinos (de 22 a 14), para traccionar el 12 con el objetivo de exponer más incisalmente el tejido remanente sano.

Una vez lograda la tracción de aproximadamente 4mm (alcanzada a los 45 días de tratamiento activo del aparato), se mantuvo la contención durante tres meses y se realizó la preparación biostática del muñón, con accesibilidad y buena visibilidad para

confeccionar luego una nueva corona de espiga provisional en espera de los 16 años para la confección de espiga definitiva. Figura 1.



Fig. 1. Cementación de corona de espiga provisional luego de la tracción. Ubicación radicular obtenida y reparación ósea apical.

Se mantuvo el seguimiento del paciente y se controlaron los factores de riesgo de enfermedad periodontal durante cuatro años. Al cumplir los 16 años la corona provisional fue retirada y se confeccionó la definitiva tipo Richmond, se utilizó cromo níquel y acrílico que luego se cementó con fosfato.

Evolución

Luego de 20 años, se presentó nuevamente el paciente para reparación, por fractura de la carilla estética de la espiga. En el examen clínico se observó salud periodontal y en los Rx no se apreciaron signos de reabsorción radicular, ni de enfermedades periapicales o pérdida ósea. Figura 2.



Fig. 2. Paciente con 20 años de evolución. Adaptación del perno, el trabeculado óseo, la conservación del espacio periodontal.

Se realizó la reparación de urgencia con composite y se citó nuevamente para su reparación definitiva (Figura 3).

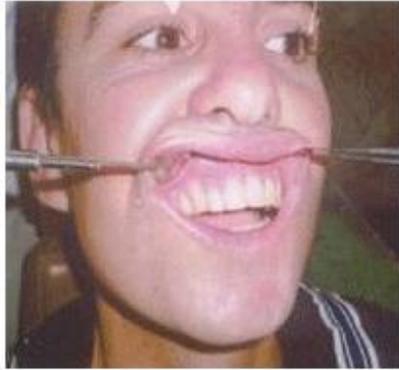


Fig. 3. Corona de espiga con 20 años de cementada y reparada provisionalmente con composite. Resultado estético y el estado gingival.

DISCUSIÓN

Las fracturas coronarias de los incisivos superiores constituyen una de las consecuencias más frecuentes de los traumatismos faciales y cuando se ubican infragingivalmente se complejiza el tratamiento.

Entre las opciones terapéuticas de este tipo de fracturas están las más radicales, indicadas cuando las condiciones de la raíz no permiten su conservación, que van desde la realización de la exodoncia seguida de la colocación de prótesis parciales o fijas, hasta la colocación de implantes inmediatos.^{2,3}

Por otro lado, existen opciones terapéuticas más conservadoras que son las de elección, siempre y cuando la raíz cuente con buen soporte óseo y cumpla con los requisitos de ancho y longitud para garantizar la resistencia de la raíz y la retención del aparato protésico.⁴

Los tratamientos conservadores varían entre la cirugía periodontal (gingivoplastia), el reimplante intencional y la tracción ortodóncica, todas ellas encaminadas a lograr la accesibilidad del tejido remanente sano para permitir la preparación biostática de la corona de espiga que se confeccionará posteriormente.⁵

Con la cirugía periodontal los resultados no son siempre satisfactorios, frecuentemente el margen gingival se ubica más apicalmente que el resto de los dientes vecinos y entonces el resultado estético no es el esperado. Por otra parte, con el reimplante intencional se corre el riesgo de la fractura de la raíz en el acto de su remoción y la reabsorción radicular posterior es impredecible.

La tracción ortodóntica permite mediante la aplicación intermitente de fuerzas ligeras, el acceso al muñón para su preparación, a pesar de ser más complicada y de requerir más tiempo es a nuestro criterio la opción terapéutica menos agresiva al periodonto ya que los dientes endodoncidos parecen ser menos propensos a la reabsorción y pueden moverse a igual velocidad que los vitales.⁶

No obstante, con el movimiento de tracción se produce una migración incisal de la gíngiva y una inflamación crónica que puede eliminarse una vez que ha transcurrido el tiempo de contención.

En este paciente se produjo una gingivitis persistente que se resolvió con el transcurso del tiempo, por la buena higiene que mantuvo el paciente. No obstante, existió expectativa en cuanto a las secuelas periodontales que pudieran presentarse a largo plazo después del tratamiento realizado.

Es de vital importancia que en la confección de la corona de espiga, se logre la excelente adaptación marginal y que se reproduzcan adecuadamente los contornos, siguiendo la técnica requerida, también es importante que se respeten las normas para la confección de un perno muñón, lo cual contribuye a garantizar la salud periodontal.^{7, 8, 9}

En este paciente se decidió la confección e instalación de una corona Richmond por tener una estructura de soporte mínima, para poder lograr condiciones antirrotacionales y de adhesión adecuadas.^{10,11}

El resultado estético y funcional brinda evidencias del éxito obtenido con la opción terapéutica seleccionada para el caso con 20 años de evolución y habla a favor de la adopción de una conducta expectante y conservadora con los cambios gingivales iniciales que se producen con el movimiento de egresión.

Este tratamiento es factible de realizar en la atención primaria de salud por el EGI en estrecho vínculo con los demás especialistas vinculados al caso y permite la rehabilitación definitiva de pacientes con fracturas infragingivales, aún cuando estas sean inaccesibles para la preparación biostática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González MG, Garmendía Hernández G, Granados Martínez AM, Beauballet Fernández D. Guías prácticas clínicas ante traumatismos dentales y faciales. En: Sosa Rosales N de la C, editor. Guías prácticas de Estomatología. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 128.
2. Cassio Capellán T. Preparaciones para restauraciones fijas. En: Práctica Estomatológica I. Ciudad de La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 1989. p. 127.
3. Romero FM, Romero FS. Técnica de carga inmediata para restauraciones con implantes de uso diente único utilizando el sistema Becan. Rev Asoc de Odontolog restaurad y biomateriales. Rev Asoc de Odontolog restaurad y biomateriales. 2003;1(3):150.
4. Estévez Echenique E. Carga inmediata en implantol osd. Asociación de odontología restauradora y biomateriales. Rev Asoc de Odontolog restaurad y biomateriales. 2003;1(3):85.
5. Goldsonl Malogren D. Tratamiento ortodóncico de los dientes traumatizados En: Andresen IO, editor. Lesiones traumáticas de los dientes. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1994. p. 419.
6. Echaver Krutwing M, Argote Ilardia I. Interrelación endodoncia ortodoncia. Rev Endodoncia. 2004;22(3):192.
7. Santos Pantaleón D. Odontología clínica. práctica contemporánea. Santo Domingo: Instituto odontológico de especialidades; 2001. p. 181-2.
8. Río Highsmith J. Odontología integrada para adultos. España: Editorial PUES. SL; 1999.
9. Ellner S, Bergendal T, Bergman BO. Cuatro combinaciones de pernos muñones como pilares de coronas unitarias fijas. Estudio prospectivo de más de 10 años. Rev Inst Prot Estomatol. 2004;6(3):22-7.
10. Schuartz RS, Robbins JW. Colocación de postes de restauración de dientes endodonciados. Rev Endodoncia. 2004;22(3):192.
11. Segura Egea JJ. Reconstrucción del diente endodonciado: propuesta de un protocolo restaurador basado en la evidencia. Rev Endodoncia. 2001;19(3):45-53.

Recibido: 7 de junio de2006

Aceptado: 22 de septiembre de 2006

Dra. Carmen M. Romero González. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral .Profesor Asistente del ISCM-C. Clínica Estomatológica Provincial Docente Ismael Clark y Mascaró. Camagüey, Cuba. crg@finlay.cmw.sld.cu