

TRATAMIENTO DE CONDUCTO EN PIEZA DENTARIA CON HIPERCEMENTOSIS

ENDODONTIC TREATMENT IN ROOT WITH HIPERCEMENTOSIS

Mavel Siguas Meneses¹, Raúl Castro Yanashida²

Siguas M, Castro R. Tratamiento de conducto en pieza dentaria con hipercementosis. Kiru 2008 –I Vol. 4 (1)

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 40 años que manifiesta sensibilidad a los cambios térmicos, dolor espontáneo y nocturno. Al examinar la pieza 1.2 se observa lesión cariosa extensa. A la evaluación radiográfica se observa una imagen radiolúcida compatible con caries que compromete la cámara pulpar, y una imagen radiopaca de aproximadamente 4 mm. de diámetro compatible con hipercementosis a nivel del tercio apical. Se realiza el tratamiento endodóntico de la pieza dentaria. Finalmente desaparecen los síntomas y el resultado es satisfactorio.

Palabras clave: Hipercementosis, tratamiento endodóntico

ABSTRACT

We present the case of a 40 years-old, who expresses sensitivity to thermal changes, spontaneous pain, nocturnal pain. In reviewing the piece 1.2 carious lesion is observed extensive. The evaluation notes radiographic shows a radiolucent image that fits with caries, and compromises the pulpar chamber; there are also a radiopaque image with 4.0 mm. diameter that fits with hipercementosis apical third level is observed partial obliteration duct. We proceed to make endodontic treatment and finally the symptoms gave up having a good end.

Key words: Hipercementosis, endodontic treatment

¹ Cirujano Dentista USMP. Docente de Clínica Estomatológica Integral I de la Facultad de Odontología USMP

² Cirujano Dentista UNMSM. Docente de Internado Estomatológico de la Facultad de Odontología USMP

Correspondencia:

Mavel Siguas Meneses: Correo electrónico: mavelsiguas@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El conocimiento del origen y de las propiedades físico-químicas del cemento son importantes para el endodoncista, ya que sus etapas de formación y reparación tienen gran importancia en la práctica clínica¹. La formación continua de cemento resulta en un cambio de posición del foramen apical alejándose del ápice radiográfico, y la hipercementosis puede oscurecer completamente la anatomía apical².

Los conductos calcificados reducen la sensación táctil del operador para identificar la constricción apical clínicamente, y reducen la sensación periapical del paciente que en situaciones normales podría detectar una penetración en el foramen³.

Los cambios con la edad en el periápice complican el tratamiento debido a que el cemento se deposita durante toda la vida en la zona apical, desplazando la unión cemento-dentinaria dentro del conducto y alejándola del ápice radiográfico⁴.

En pacientes ancianos existe una aumentada incidencia de hipercementosis. En estos casos, la

constricción apical está aún más alejada del ápice radiográfico, dificultando la penetración en el conducto cementario. Además, la resorción apical asociada a patologías periapicales aumentan las posibilidades de cambios en el tamaño, forma y posición de la constricción⁵.

Existen ciertas diferencias en la determinación de la longitud de trabajo en los dientes de pacientes ancianos. Debido a que el foramen apical varía considerablemente de posición en estos pacientes y a que el diámetro del conducto disminuye apicalmente, se hace más difícil determinar la longitud de trabajo⁶. Debido a la continua aposición periapical, el cemento puede llegar a depositarse por dentro del conducto radicular y aún obliterarlo en dientes de avanzada edad⁸.

El pronóstico del tratamiento endodóntico, no solo está sujeto a la técnica de preparación, a los instrumentos, y a los materiales utilizados; también depende en gran medida de la respuesta biológica de los tejidos periapicales. Luego que el periápice ha sufrido una agresión, ya sea de tipo física, química o microbiana, entran en juego los procesos de reparación del mismo¹. También es importante tener en cuenta que la cicatrización de muchos tejidos,

incluyendo tejidos duros y blandos del periodonto, está caracterizada por la reversión de ciertas etapas del desarrollo embriológico de los mismos².

El propósito de este reporte de caso clínico es describir el procedimiento a seguir en casos de piezas dentarias con hipercementosis que requieran un tratamiento de conductos.

Hipercementosis

La hipercementosis es un engrosamiento anormal del cemento, que puede ser difusa o circunscrita, afectar a todos los dientes de la dentición o estar limitada a un solo diente. Si el exceso de crecimiento mejora las propiedades funcionales del cemento, se denomina «hipertrofia del cemento»; cuando ocurre en dientes no funcionales o no tiene relación con el aumento de la función, se denomina «hiperplasia del cemento»^{3,4}.

En ocasiones se encuentra una extensa hiperplasia del cemento en caso de inflamación periapical crónica. Aquí la hiperplasia esta circunscrita y se encuentra rodeando la raíz. La hiperplasia del cemento se caracteriza por la reducción de las fibras de Sharpey incluidas en la raíz³.

Aunque se desconoce la etiología la lesión, suele estar asociada a trastornos inflamatorios periapicales, displasia cemento ósea periapical (DCOP) y enfermedades sistémicas, por ej. Enf. De Paget, acromegalia y gigantismo; también se le asocia a dientes con trauma oclusal o que se han fracturado⁵.

Características

La hiperplasia suele ser totalmente asintomática y es detectada en revisiones radiográficas rutinarias. Su prevalencia se estima en 7.6%⁹. La hipercementosis puede limitarse sólo a una región pequeña de la raíz o afectarla toda; en dientes con múltiples raíces pueden afectarse una o más raíces, y se ha descrito una forma generalizada de hipercementosis con todas las superficies radiculares⁵.

Cuando la hipercementosis es significativa las radiografías revelan una forma alterada de la raíz. En todos los caso la raíz aparece rodeada por el espacio del ligamento periodontal y lámina ósea presenta características normales. El exceso de cemento y la dentina tienen densidades diferentes por lo que en la radiografía se aprecia el contorno original de la raíz.

Diagnóstico diferencial

La hipercementosis puede diferenciarse de las imágenes radiopacas falsas proyectadas sobre el ápice por dos características:

- Las radiopacidades proyectadas no aparecen delineadas por el espacio del ligamento periodontal y la lámina dura, como aparece en la hipercementosis.
- Las imágenes proyectadas pueden separarse del ápice si se toman otras radiografías cambiándose el ángulo de exposición.

Las radiopacidades verdaderas son más difíciles de diferenciar de la hipercementosis. Entre ellas se encuentran: Displasia cementoósea periapical, osteítis condensante, osteoesclerosis idiopática periapical y otras anomalías como raíces fundidas, laceraciones radiculares e imágenes similares causadas por dientes con varias raíces⁵.

La osteoesclerosis idiopática periapical, la osteítis condensante y la displasia cementoósea periapical se sitúan fuera de la sombra del ligamento periapical y la lámina dura, mientras que la hipercementosis forma parte integral de la superficie radicular, por lo que está rodeada por un espacio del ligamento periodontal y una lámina dura normales⁵. La característica que permite distinguir entre estas patologías es la continuidad del ligamento periodontal y la lámina dura.

REPORTE DE CASO

Paciente de 40 años de edad, sexo femenino, refiere no padecer de enfermedad sistémica, no ser alérgica a medicamentos ni haber presentado complicaciones en tratamientos dentales previos.

El motivo de consulta fue dolor agudo localizado a nivel de la pieza 1,2. Al examen clínico se observa caries múltiple, ausencia de piezas dentarias y maloclusión; al examinar la pieza 1.2 se observa una lesión cariosa extensa con aparente compromiso pulpar, manifestando sensibilidad a los cambios térmicos, dolor espontáneo, nocturno y sensibilidad a la percusión vertical.

El examen radiográfico de la pieza 1,2 revela una imagen radiolúcida compatible con lesión cariosa coronal extensa con aparente compromiso pulpar. A nivel del conducto radicular se aprecia disminución progresiva del ensanchamiento a nivel de tercio cervical y medio. A nivel de tercio apical se observa obliteración parcial del conducto; a nivel de tercio medio radicular, se observa espacio periodontal conservado y a nivel de tercio apical se observa imagen radiopaca de aproximadamente 4 mm de diámetro compatible con hipercementosis. Se observa continuidad del espacio periodontal y lámina dura con características normales.

Tratamiento

- Como paso inicial se aplica anestesia local infiltrativa y se procede al aislamiento de la pieza dentaria con dique de goma.
- Se procede a la apertura cameral y se realiza la extirpación del paquete vasculo nervioso. Seguidamente se procede a tomar la conductometría.
- Se realiza a la preparación biomecánica,

encontrándose dificultad para acceder al tercio apical.

- Para la preparación biomecánica se empleó la técnica corono apical con limas de tipo K. La irrigación de los conductos se realizó con solución de EDTA (Acido Etilen Diamino Tetracético) y solución de Dakin (Hipoclorito de Sodio al 0,5 %).
- Para la obturación del conducto radicular se utilizó la técnica de condensación lateral.



Figura 1: preoperatoria



Figura 2: conometría



Figura 3: obturación

BIBLIOGRAFIA

1. Seltzer S. Endodontology. 2a ed. Editorial Lea and Febiger. 1998.
2. Saygin N, Giannobile W, Somerman M. Molecular and cellular biology of cementum. Periodontology 2000. 2000;24:73-98.
3. Slavking H. Towards a cellular and molecular understanding of periodontics : cemento genesis revisited 1976.
4. Bhaskar S. Histología y embriología bucal de Orban. 9a ed. Editorial el Ateneo. 1987.
5. Norman K. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. Ed. Harcourt Brace. 2002:465.
6. Newton C, Brown C. Geriatric Endodontics. En Cohen S, Burns R. The pathways of the pulp 7ma ed. Missouri. Editorial Mosby 1998: 759-790.
7. Walton R. Endodontic considerations in the geriatric patient. Dental Clinics of North America 1997;41(4):795-815
8. Gómez de Ferraris M. Campos A. Histología y embriología bucodental. 1a ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana 1999.
9. White S.C. et. al. Efficacy of FDA guidelines for prescribing radiographs to detect dental and intraosseous conditions. Oral Surg.1995; 80:108-114.

Presentado:

01-07-09

Aceptado para su publicación:

20-08-09