

EXTIRPACIÓN DE CANINO RETENIDO Y ESTABILIZACIÓN DENTAL MEDIANTE IMPLANTES ENDODÓNTICOS

CANIN RETAINED'S EXTIRPATION AND DENTAL STABILIZATION WITH ENDODONTIC IMPLANTS

Carlos Cava Vergiú¹, Walter Flores Cueto², Mónica Aguilar Valle³

Cava C, Flores W, Aguilar M. Extirpación de canino retenido y estabilización dental mediante implantes endodónticos. Kiru. 2009; 6 (1): 46-52

RESUMEN

El artículo reporta la extirpación de un canino retenido que originaba la reabsorción radicular de piezas dentarias antero superiores. El tratamiento fue realizado en el Centro Quirúrgico de la Clínica Especializada en Odontología de la Universidad San Martín de Porres, y consistió en la preparación biomecánica de los conductos radiculares de los dientes afectados, la remoción del canino retenido y la colocación de implantes trans endodónticos, obteniéndose un resultado funcional satisfactorio.

Palabras Clave: Diente impactado, Implantación endodóntica endoósea.

ABSTRACT

This report presents canin retained's extirpation because it has caused radicular reabsorption on antero superior teeth and dental stabilization with endodontic implants. This procedure was performed in the Clinically Quirrgico Center of Specialized Dentistry, University of San Martín de Porres. The treatment consists of the root canal treatment of affected pieces, the removal of retained canin, and the transendodontic fixation. The case was resolved with acceptable functional results.

Key Words: Tooth, Impacted, Dental implantation, endosseous, endodontic.

¹ Doctor en Odontología. Docente de la Facultad de Odontología – USMP.

² Doctor en Educación e Investigación. Docente de la Facultad Odontología – USMP

³ Cirujano Dentista. Docente de la Facultad de Odontología - USMP

Correspondencia:

Walter Flores Cueto

Correo electrónico: wflores2@usmp.edu.pe

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la conservación de los dientes naturales es una prioridad, y la fijación trans endodóntica podría ser una alternativa viable para tal fin si la proporción corono radicular lo permite^{1,2}. El primer caso sobre implantes endoóseos endodónticos fue reportado por Strock y Strock en 1943³. Estos implantes eran elementos metálicos dispuestos a lo largo del conducto radicular, sobrepasándolo y anclándose en el hueso periradicular. Desde entonces se han realizado diversos estudios sobre el tema, tratando de encontrar materiales inertes, biocompatibles y con potencial eléctrico neutro².

El material empleado inicialmente era el vitallium, aleación de cromo-cobalto-molibdeno, y aunque

algunos autores reportan inflamación del tejido que rodea a los implantes, el éxito se estima en 91% a 5 años, permitiendo una reducción de la movilidad y fijación dentaria en casos de pérdida de soporte periodontal o por raíces cortas debido a la falta de desarrollo, fracturas traumáticas o resección quirúrgica⁴.

También se emplean los implantes de titanio (Brannemark y Albrektsson) los cuales no presentan diferencias significativas con el vitallium, observándose en ambos casos una densa interfase de tejido conectivo entre el implante y el hueso.

Sin embargo, cuando se realiza el pronóstico, la longevidad de la prótesis no es lo único que importa, sino la mejora en la calidad de vida del paciente y la rehabilitación de la función.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 16 años de edad ingresa a la Clínica Especializada en Odontología de la Universidad de San Martín de Porres (CEFO-USMP), realizándose su evaluación integral. Al examen clínico se observa movilidad grado 2 en las piezas 1.2 y 1.1; al examen radiográfico se detecta la presencia de un canino retenido a nivel apical de dichas piezas, identificado como causa de su marcada reabsorción radicular (Fig. 1 y 2). Se sugiere tomar una radiografía oclusal (Fig. 3), y la derivación al centro quirúrgico, donde se solicitan pruebas sanguíneas y se planifica el acto operatorio.

Se toma la impresión de la arcada superior del paciente y se realiza el respectivo modelo en yeso, sobre el cual se confecciona la fijación dental con alambre (Fig. 4). Posteriormente se prueba y adapta la fijación en boca del paciente (Fig. 5) para finalmente fijarla con resina (Fig. 6).

Preparación endodóntica previa

Se utiliza el bloqueo regional por infiltración local (Fig. 7). El acceso endodóntico se realiza por la cara palatina (Fig. 8). La preparación biomecánica de los conductos radiculares se realiza empleando limas de calibres mayores a los convencionales debido a que la finalidad ya no es la de llegar al ápice dentario, sino realizar solo la excéresis de cualquier elemento intraconducto, y conformarlo para la posterior estabilización dental por medio de los implantes endodónticos (Fig. 9).

Técnica quirúrgica

El abordaje operatorio se realiza por la tabla cortical vestibular mediante colgajo de Neuman, el cual ofrece un campo de visualización idóneo para cirugía; la incisión del colgajo se realiza con bisturí N° 11 (Fig. 10). Seguidamente se liberan las papilas interdentarias con una legra y se procede al levantamiento del colgajo a espesor total (Fig. 11). Una vez separado el colgajo, se mantiene retraído mediante dos separadores de Farabeuf. Cabe resaltar la importancia de una cuidadosa técnica quirúrgica; la dilaceración de los tejidos podría originar una hemorragia, dificultad para suturar, mayor incidencia de infección y deficiente resultado estético.

Durante el procedimiento se observa que la tabla cortical vestibular ha sufrido osteólisis debido a la presencia del canino retenido; seguidamente se realiza la fenestración mínima indispensable para la labor quirúrgica (Fig. 12). El canino retenido es extraído mediante odontosección (Fig. 13 y 14). Seguidamente se hace un ligero raspado de la cavidad con una gasa estéril e irrigación profusa y constante con suero fisiológico al cual se le añadió previamente un antibiótico (Rifocina) (Fig. 15 y 16).

Fase endodóntica final

Se seleccionan y adaptan los implantes de cromo-cobalto para posteriormente cementarlos con ionómero vítreo con limadura de plata, material elegido por su biocompatibilidad (Fig. 17-19).

Finalmente se retira el cemento sellador sobrante y se realiza el relleno de la cavidad con hueso bovino liofilizado, hidratado con la sangre del paciente más la colocación de membrana (Fig. 20-22). Se reposiciona el colgajo y se procede a la sutura con puntos simples de seda negra 3/0 (Fig. 23-24). Finalmente, se elimina el exceso de los implantes (Fig. 25), y se toma la radiografía periapical post operatoria (Fig. 26).

Medicación e indicaciones post operatorias

- Amoxicilina: 500 mg VO cada 6 horas por 5 días.
- Dexametasona: 04 mg IM cada 12 horas por 2 días.
- Ketorolaco: 60 mg IM cada 12 horas por 2 días.
- Antisépticos bucales a base de gluconato de clorhexidina al 0.12% por 2 semanas.
- Dieta Blanda por 48 horas.
- Reposo absoluto por 48 horas y reposo relativo por los siguientes 5 días.
- Programación del paciente para controles a los 7 y 30 días posteriores a la intervención; el retiro de puntos se efectuará a los 7 días posteriores a la intervención.
- Las piezas portadoras de implantes transendodónticos no deben ser sometidas a cargas oclusales por un período mínimo de 2 semanas.

Los controles clínicos y radiográficos del paciente efectuados a los 7 y 30 días permiten confirmar el resultado favorable del procedimiento (Fig. 27-30).



Figura 1. Radiografía panorámica preoperatoria.



Figura 2. Radiografía periapical preoperatoria.

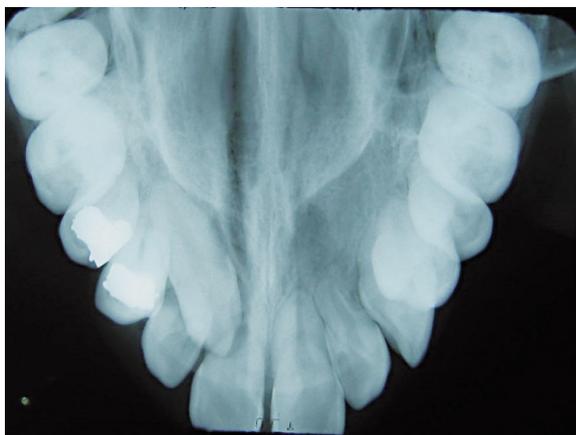


Figura 3. Radiografía oclusal preoperatoria.



Figura 4. Fijación dental confeccionada en base al modelo preoperatorio.



Figura 5. Prueba de la fijación dental en boca del paciente.



Figura 9. Tratamiento de conductos de las piezas afectadas.



Figura 6. Colocación de fijación dental.



Figura 10. Incisión quirúrgica para el colgajo de Neumann.



Figura 7. Bloqueo regional por infiltración local.



Figura 11. Levantamiento del colgajo.



Figura 8. Acceso endodóntico por la cara palatina de las piezas afectadas.



Figura 12. Fenestración de la tabla cortical vestibular.



Figura 13. Odontosección del canino retenido.

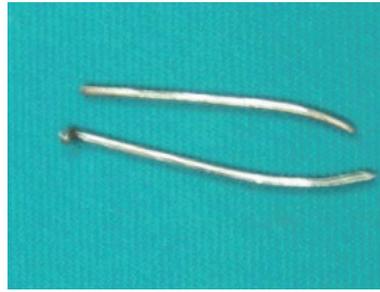


Figura 17. Preparación de los implantes endodónticos.



Figura 14. Extracción del canino retenido.



Figura 18. Preparación del cemento de ionómero con limadura de plata.



Figura 15. Vista del lecho quirúrgico.



Figura 19. Cementación de los implantes endodónticos.



Figura 16. Lavado del lecho quirúrgico.



Figura 20. Hueso liofilizado hidratado con sangre del paciente.



Figura 21. Colocación de hueso liofilizado.



Figura 25. Corte de excedentes de los implantes endodónticos.



Figura 22. Colocación de membrana.



Figura 26. Radiografía periapical post operatoria.

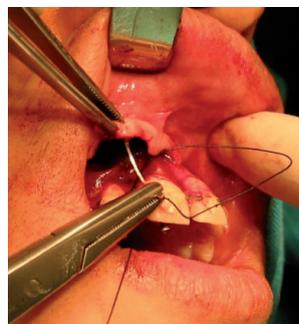


Figura 23. Reposición y sutura del colgajo.



Figura 27. Control post operatorio a los 7 días.



Figura 24. Colgajo reposicionado.



Figura 28. Control post operatorio a los 30 días.



Figura 29. Radiografía periapical a los 30 días.



Figura 30. Radiografía oclusal a los 30 días.

DISCUSIÓN

El resultado del procedimiento confirma lo planteado por Sumi y colaboradores, respecto a que este tratamiento disminuye la movilidad dentaria y prolonga la vida útil del diente⁵. Nevins y colaboradores también mencionan que la aleación de cromo-cobalto-molibdeno es biológicamente tolerada por el organismo, permitiendo que los dientes implantados puedan utilizarse como pilares protésicos⁶.

La técnica de regeneración ósea guiada aplicada al defecto creado durante la cirugía apical está indicada para prevenir una invaginación antiestética, sobre todo si se trabaja en el sector anterior. La decisión de usar material de relleno depende del caso clínico, así como de la posibilidad económica del paciente.

CONCLUSIÓN

La estabilización de piezas dentales mediante el empleo de implantes endodónticos es una alternativa a su extracción, siendo importante la adecuada selección del caso, la técnica quirúrgica y la elección del material a emplear, así como los controles clínicos y radiográficos del paciente.

RECOMENDACIONES

Como en todo procedimiento de cirugía, es importante mantener las medidas de bioseguridad para alcanzar el éxito, y para esto se requiere de la participación de todo el equipo quirúrgico.

Para determinar el resultado favorable del procedimiento se deben evaluar tanto clínica como radiográficamente la ausencia de movilidad del implante transendodóntico, ausencia de

radiotransparencia alrededor del implante, pérdida del tejido óseo en dirección corono – apical y ausencia de síntomas como dolor, infecciones o parestesias.

Se deben divulgar los implantes endodónticos, ya que constituyen una técnica que permite disminuir la movilidad y prolongar la vida útil de las piezas dentarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almagro S, Boyle N, Jiménez M. Dientes estabilizados con implantes endodónticos intraóseos como pilares de prótesis. *Rev Cubana Estomatol.* 2003; 40(2)
2. Feldman M, Feldman G. Endodontic stabilizers. *J. Endodon.* 1992;18(5): 245-248.
3. Weine FS. *Endodontic therapy.* 5a ed. Mosby; St. Louis. 1996: p. 666-673.
4. Walton RE, Torabinejad M. *Endodoncia: principios y práctica clínica.* México: Interamericana McGraw-Hill; 1991: p. 479-484
5. Sumi Y, Mitsudo K, Veda M. Conservation of severelyly traumatized teeth using endodontic-implant: A case report. *J. Oral Maxillofac Surg* 1998; 56(2): 240-242.
6. Nevins ML, Gartner JL. Periodontal implant and prosthetic treatment for advanced periodontal diseases. *Compend Contin Educ Dent.* 1997; 18(5): 469-74.

Presentado:

3/12/09

Aceptado para publicación:

30/12/09