Sociedad Argentina de Endodoncia

X encuentro de investigación, Salta 2015

**RESUMEN: Revascularización/Revitalización pulpar en un incisivo central superior con ápice inmaduro**

*Presentación Póster: Caso clínico*

*Carrera de especialización en Endodoncia USAL-AOA*

*Autores: Natalia Lucía Tobío, Gladys Fol, Susana Álvarez Serrano*

INTRODUCCIÓN: Banchs F. y Trope M. (2004) proponen la técnica de revascularización como la conocemos hoy en día. (1) La misma consiste en la estimulación de la papila apical y la formación de un coágulo para permitir y promover el crecimiento de nuevo tejido en el conducto radicular. El objetivo del tratamiento es lograr en el tiempo que la pieza se encuentre asintomática, que continúe el desarrollo radicular y que haya ausencia de lesiones periapicales. (2)

OBJETIVO: Presentar un caso de revascularización/revitalización en un incisivo central superior con historia de traumatismo dentario, diagnóstico de necrosis pulpar y periodontitis apical.

CASO CLÍNICO: Una paciente de 8 años de edad se presenta a la consulta en la Clínica de la Carrera de especialización en endodoncia, motivada por la presencia de una fístula de 6 meses de evolución en fondo de surco sobre pieza 2.1. La misma había sufrido una luxación y se le había realizado un tratamiento de ortopedia para su re ubicación.

Al realizar el examen clínico se observó una fístula en zona de pieza 2.1, cambio de coloración y respuesta negativa al test térmico al frío. El examen radiográfico reveló que la pieza presentaba el ápice inmaduro y radiolucidez perirradicular.

En la primera sesión se realizó la apertura, cateterismo, irrigación con hipoclorito de sodio a baja concentración (1,5%), colocación de pasta triantibiótica (metronidazol, ciprofloxacina y amoxicilina) y obturación provisoria con cavit y ionomero vítreo. Se realizó una segunda sesión para el recambio de pasta triantibiótica. En la tercera sesión se removió la pasta triantibiótica, se colocó anestesia sin vasoconstrictor, se irrigó con hipoclorito de sodio al 1,5% y con EDTA al 17%, se indujo el sangrado sobrepasando el ápice y se aguardó el tiempo pertinente para la obtención de un coagulo. Posteriormente se colocó MTA (Angelus Blanco) en el tercio cervical 2mm por arriba del cuello dentario. Se selló la cavidad con cavit. (3)

En los controles a distancia, a los cuatro meses se observó la formación de una barrera radiopaca por debajo del MTA. Al año y seis meses de haber realizado el procedimiento el paciente se encontraba asintomático, sin fístula y radiográficamente se observó la pieza en proceso de cierre apical.

DISCUSIÓN: Se propone la técnica de revascularización/revitalización como tratamiento alternativo al de apexificación tradicional, o a la colocación de un tapón apical de MTA en piezas permanentes jóvenes que han sufrido traumatismos.

Los tratamientos hasta ahora utilizados como la apexificación o la realización de un tapón apical con MTA, facilitan la obturación del conducto radicular, sin embargo las paredes dentinarias permanecen delgadas y con poco desarrollo en longitud aumentando los riesgos de fractura. Además se ha comprobado que en los tratamientos prolongados con hidróxido de calcio aumenta aún más el riesgo de fractura. (4)

No habiendo aún estandarización de los protocolos de tratamiento, optamos por el propuesto por la American Association of Endodontist, (protocolo vigente al momento de realizar este procedimiento), donde se utiliza como irrigante hipoclorito de sodio al 1,5% y EDTA al 17%. Galler K et al. (2011) investigaron si la irrigación afectaba la proliferación celular en la dentina, y observaron que en las superficies dentarias tratadas con hipoclorito de sodio 5.25% proliferaban células con actividad clástica, mientras que en las muestras irrigadas con hipoclorito de sodio 5,25% y con EDTA 17% observaron células odontoblastoides con procesos odontoblásticos que penetraban en dentina. Se cree que esto se debe a la adhesión de las células a la matriz de colágeno expuesta que deja el EDTA. (5)

CONCLUSIONES: La endodoncia regenerativa es una terapia con varios puntos sensibles aún por analizar, a pesar de no contar con un protocolo estandarizado se comprobó una alta tasa de éxito según los casos publicados hasta el momento. Este procedimiento hoy se considera de primera elección a la hora de tratar una pieza necrótica con ápice inmaduro, aunque hay que tener en cuenta la correcta selección del caso para asegurar el éxito a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. *Banchs F, Trope M. Revascularization of immature permanent teeth with apical periodontitis: new treatment protocol? J Endod 2004;30:196-200.*
2. *Méndez GV y cols. Revascularización en dientes permanentes con ápice inmaduro y necrosis pulpar.* *Rev ADM 2014; 71 (3): 110-114.*
3. *http://www.aae.org/uploadedfiles/publications\_and\_research/endodontics\_colleagues\_for\_excellence\_newsletter/ecfespring2013.pdf*
4. *Huang GT. Apexification: the beginning of its end. Int Endod J 2009;42:855-866.*
5. *Galler K, D´Souza R, Federlin M, Cavender A, Hartgerink J, Hecker S, Schmalz G. Dentin conditioning codetermines cell fate in regenerative endodontics. J endod 2011;37:1536-41.*

*FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA PRESENTACION* DE CASOS CLÍNICOS

TÍTULO DEL TRABAJO: Revascularización/ Revitalización pulpar en un incisivo central superior con ápice inmaduro

TIPO DE PRESENTACIÓN: Poster Caso clínico

Carrera Carrera de Especialización en Endodoncia País: Argentina

Institución: Universidad del Salvador Asociación Odontológica Argentina

Autores:

1 (Presentador) Natalia Lucía Tobío

2 Gladys Fol

3 Susana Álvarez Serrano

4

5