

USO DE LA AMALGAMA DE PLATA SIN CINCO PARA EL TRATAMIENTO DE PERFORACIONES RADICULARES LATERALES EN PIEZAS DENTALES

Rodolfo Hernández Romero*

Key Word Index: Lateral root perforations filled with zinc-free silver amalgam for his treatment.

RESUMEN

Se presenta un caso de una perforación radicular lateral de origen iatrogénico de un diente incisivo superior. Para su tratamiento se usó amalgama de plata sin cinc, obteniéndose un resultado excelente, según las evidencias radiográficas a lo largo de 9 años. [Rev. Cost. Cienc. Méd. 1987; 8(1): 47-52].

INTRODUCCION

Existen diferentes clases de materiales, para la obturación de perforaciones en las raíces de piezas dentales. Entre otros, están el oro cohesivo, los cementos, incluyendo el de óxido de cinc con eugenol, el cavit, la amalgama de cobre y la amalgama de plata sin cinc (1,7).

La amalgama de plata es un material eutéctico (aleación de plata, cobre, estaño y mercurio). Este trabajo tiene la finalidad de presentar un caso clínico, en el cual se usó la amalgama de plata sin cinc, como material de obturación para el tratamiento de un diente cuya raíz sufrió una perforación lateral distal (2, 4, 5) por causa iatrogénica, durante la preparación de un poste intraradicular con fines restaurativos.

La amalgama de plata repara la lesión de la misma manera como si fuera una obturación apical retrógrada: previniendo el intercambio de fluidos entre el conducto radicular y la estructura ósea adyacente a la obturación metálica (8).

Otro de los objetivos fue darle seguimiento mediante controles radiográficos periódicos, para observar el efecto y estabilidad del material, durante un período de 9 años.

Se buscó además tratar el absceso periodontal lateral, en el hueso alveolar de la cresta interdental, formado a consecuencia de la perforación lateral de dicha raíz (2).

REPORTE DEL CASO

La paciente femenina de 19 años de edad se presentó en el mes de mayo de 1978, con un absceso periodontal en la región del diente incisivo lateral superior izquierdo.

En el examen clínico de la encía se observó una fístula localizada en la encía insertada a la altura de dicho diente por vestibular. Se notó una corona artificial de acrílico, sirviendo de pilar de un puente fijo anterior. (Figura 1). Se introdujo una punta de gutapercha en el orificio de la fístula, con la que se observó radiográficamente el trayecto del conducto de dicha fístula, que se dirigió al absceso. Se comprobó la existencia de la perforación lateral. (Figura 2).

En la radiografía periapical (Figura 3) se observó la zona radiolúcida localizada en la cresta ósea interdental que correspondió al absceso lateral provocado por la perforación radicular del diente afectado.

La paciente decidió salvar este diente, conciente que el pronóstico era malo y su tratamiento laborioso.

TRATAMIENTO

A) Procedimiento quirúrgico. Se utilizó el método del colgajo (9).

Antes de tratar cualquier perforación, sea iatrogénica, patológica o idiopática; tiene importancia conocer la localización y extensión de la lesión. Esto se determina comparando diversas radiografías tomadas en ángulos y direcciones distintas. Para la decisión de reparar quirúrgicamente el defecto hay que tomar en cuenta lo siguiente: si es accesible el lugar donde se encuentra la perforación, si compromete la reparación quirúrgica a los dientes vecinos y si puede conservarse el hueso de la cresta ósea para su futura regeneración (1).

En el procedimiento quirúrgico se usó el instrumental indicado (3,6). Se emplearon las técnicas de anestesia local infiltrativa infraor-

* Sección de Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

bitaria y bloqueo nasopalatino. Se usó clorhidrato de mepivacaína al 2 por ciento con nordefrina 1:20.000. Se efectuó la técnica de colgajo total trapezoidal (1,7), con incisiones verticales unidas por una incisión horizontal en el surco gingival (Figura 4).

Una vez reflejado el colgajo se detectó el defecto óseo originado por el absceso periodontal lateral (Figura 5). Se eliminó el tejido granulomatoso que se encontró en la cavidad de dicho defecto óseo mediante una cureta periodontal (5) (Figura 6).

Con una broca redonda pequeña para contrángulo se preparó la cavidad en el orificio de la perforación, que sirvió para obturarla (Figura 7).

En la Figura 8 se presentó la cavidad terminada, lista para su obturación. Con un pequeño empacador de amalgama se colocó el material y se condensó con un atacador pequeño, como se nota en las Figuras 9 y 10. Finalmente se recolocó el colgajo en su posición original usando suturas de seda negra 3-0.

B) Control postoperatorio:

Al terminar la intervención quirúrgica se tomó una radiografía periapical inmediata, en la que se observó la restauración con la amalgama en la superficie distal de la raíz tratada. En el hueso alveolar adyacente se apreció la zona radiolúcida del absceso periodontal lateral de un tamaño de 1 x 2 mm. (Figura 11).

En el control de un año, se observó la obturación en su posición, y la zona de reabsorción que produjo el absceso, fue rellenada con un trabeculado óseo normal. El espacio de la membrana periodontal se encontró ligeramente ensanchado en el sitio de la obturación (Figura 12).

En las radiografías de control postoperatorio siguientes, (Figuras 13, 14, 15 y 16), se puede ver que el material de la obturación de amalgama de plata sin cinc no ha sufrido cambio alguno, se ha mantenido en la cavidad perfectamente; el trabeculado de la cresta ósea interdental se encontró regene-

rado completamente; el espacio de la membrana periodontal ligeramente ensanchado en el sitio de la obturación metálica y la lámina dura se encontró normal.

La paciente asistió a controles periódicos durante los primeros cuatro años. Regresó en el mes de junio de 1987 y se efectuó el control después de nueve años.

En las Figuras 17 y 18 se observa el caso terminado y rehabilitado con una nueva prótesis fija con coronas de metal porcelana.

CONCLUSIONES

Clínicamente se vio una cicatrización total. Desapareció la fístula, el borde libre de la encía no sufrió cambios en cuanto a su posición y las características de la encía, color, textura, consistencia y contorno son normales.

Radiográficamente se observó que la obturación metálica se ha mantenido en su posición hasta el momento, no se notaron cambios en cuanto a expansión o contracción del material. El hueso alveolar adyacente a la obturación toleró bien el material, hubo regeneración completa en el sitio donde se encontraba el absceso periodontal. No hubo reabsorción de la cresta interdental y se encontró normal el espacio de la membrana periodontal y la cortical del hueso alveolar en el sitio de la obturación.

El resultado final fue exitoso, la amalgama de plata sin cinc como retrobturador es biocompatible, mostró estabilidad dimensional y evitó filtraciones, según las evidencias clínicas y radiográficas que se efectuaron durante estos nueve años.

Se trató una pieza dental con una lesión que se consideró irreparable y gracias al método expuesto y su resultado, por lo que se concluye que la amalgama es el material idóneo en este tipo de tratamiento.

ABSTRACT

This is a report of a case of dental root lateral perforation, treated surgically by packing with a zinc-free silver amalgam, and of the successful results obtained after five years, on a female 19 years old patient.

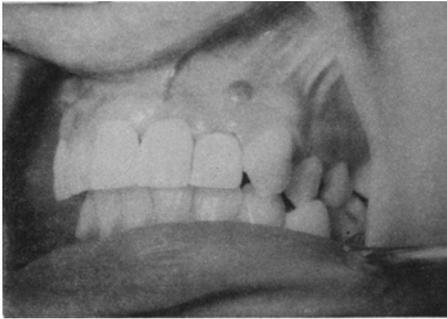


FIG. 1: Fístula en la encía. Incisivo lateral izquierdo.



FIG. 2.: Sonda de gutapercha en el orificio de la fístula.

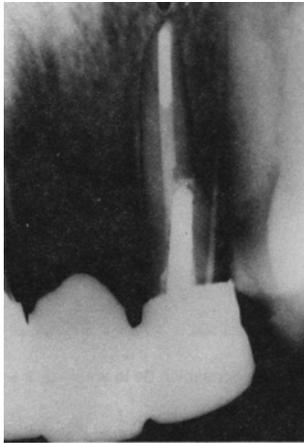


FIG. 3.: Radiografía, vista de la perforación radicular y absceso. Trayecto de la sonda de gutapercha.

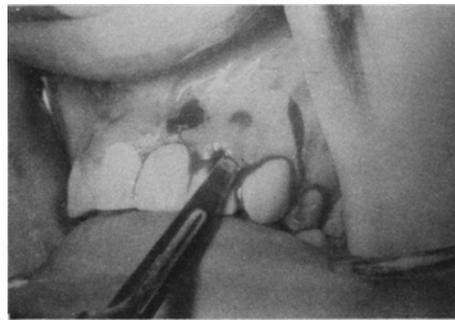


FIG. 4.: Colgajo total.

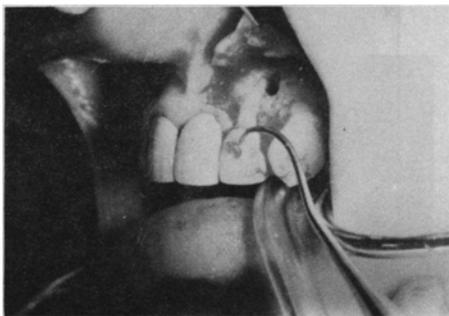


FIG. 5.: Reflexión del colgajo.

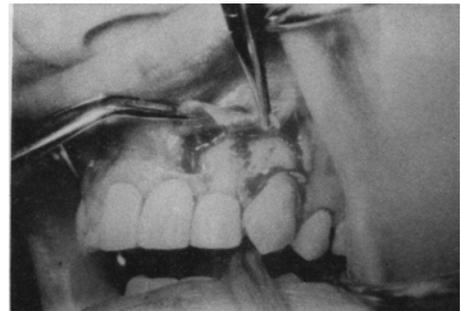


FIG. 6.: Tejido granulomatoso, eliminado con una curata periodontal.

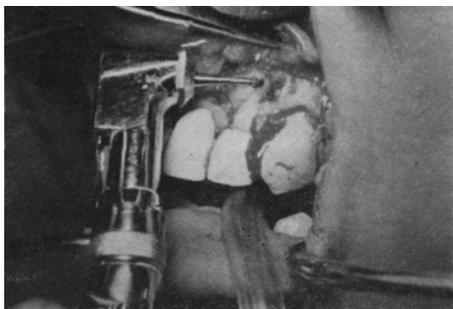


FIG. 7.: Preparación de la cavidad en la raíz.

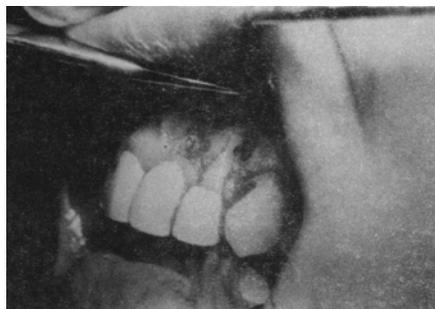


FIG. 8.: Cavidad terminada. Lesión ósea producida por el absceso lateral.

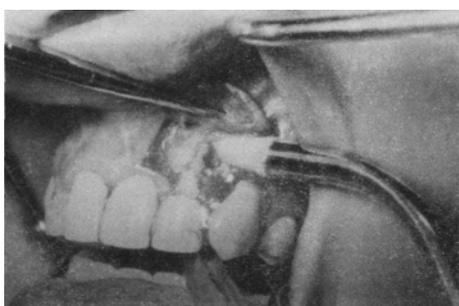


FIG. 9.: Empaquetamiento de la amalgama de plata.



FIG. 10.: Condensación de la amalgama en la cavidad radicular.

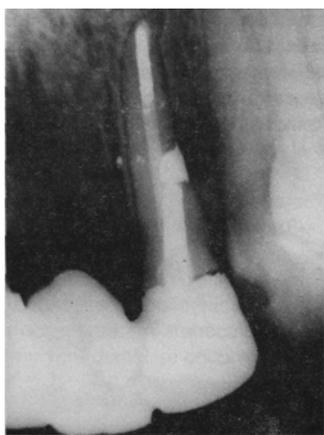


FIG. 11.: Radiografía inmediata postoperatoria. Obturación terminada.



FIG. 12.: Radiografía al año. Obturación firme. Regeneración ósea en la cresta.

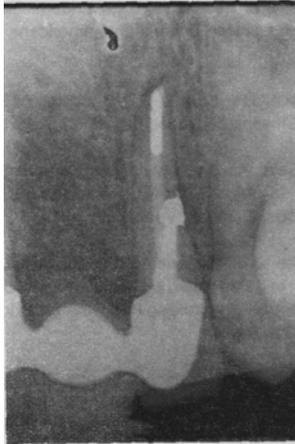


FIG. 13.: Radiografía. Dos años. Espacio de la membrana periodontal ligeramente ensanchado.

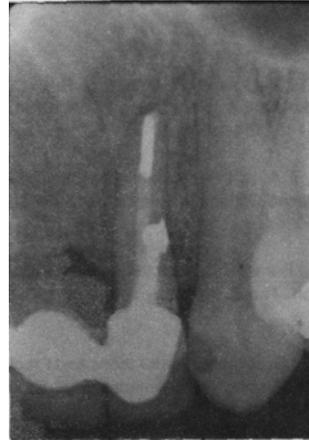


FIG. 14.: Radiografía. Tres años. Obturación sin ninguna variación. Cresta ósea interdentaria normal.

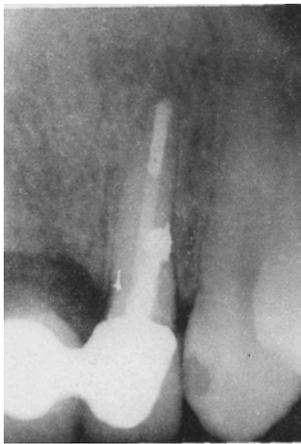


FIG. 15.: Radiografía. Cuatro años. Obturación en posición correcta. No existen variaciones.



FIG. 16.: Radiografía. Nueve años después. Espacio de la membrana periodontal normal, regeneración ósea total.



FIG. 17.: Fotografía final. Vista de frente.



FIG. 18.: Fotografía final. Vista de lado. Puente de porcelana.

BIBLIOGRAFIA

1. Arens, D.E., Adams, W.R. Decastro, R.A.: Cirugía en Endodoncia Ediciones Doyma, S.A. 1984; 104-105; 144-145; 154-155.
2. Carranza, F.A. (h): Periodontología Clínica. Sexta Edición Nueva Editorial Interamericana. 1986; 272-273.
3. Cohen. S., Burns, R.C.: Pathways of the Pulp. Second Edition. The C.V. Mosby company 1980; 507-513.
4. Frank, A.L.: Resorption. Perforations and Fractures. The Dental Clinics of North America. W.B. Saunders Co. 1974; Vol. 18 N° 2. 475.
5. Ingle, J.I., Beveridge, E.E.: Endodoncia Segunda Edición. Nueva Editorial Interamericana 1979; 600-603.
6. Jensen, J.R., Serene, T.P. Sanchez, F.: Fundamentos Clínicos de Endodoncia 1977; 125-126.
7. La Sala, A.: Análisis de los diferentes materiales para la obturación. Rev. Endodoncia Editora los Caobos, Caracas, Venezuela. 1979; 1:14-20.
8. Roane, J.B., Benenati, F.W.: Successful Management of a Perforated Mandibular Molar. Using Amalgam and Hydroxilapatite. J. Endodont. 1987. 13:401-403.
9. Weine, F.S.: Endodontic Therapy. Third Edition. The C.V. Mosby Company. 1982; 335-337.