

FRACTURAS RADICULARES

Pazos, F., Lazo, S., Lazo, G., Belloni, F., Merlo, D. Ivanov, M., Hoffer, F., Viskovic, C., Butler, T.

Facultad de Odontología Universidad Nacional de La Plata

Las fracturas radiculares pueden definirse como aquellas que involucran dentina, cemento, pulpa y ligamento periodontal y rara vez tejido óseo, se presentan con poca frecuencia y su patrón de reparación es complejo debido al deterioro concomitante de las estructuras mencionadas. Se pueden extender desde la porción interna radicular hasta el periodonto, pueden ser causadas por factores; como: procesos restaurativos (al cementar núcleos y postes), traumas por impacto, procedimientos de obturación en endodoncia, trauma oclusal y bruxismo. Para diagnosticarlas se debe tener en cuenta el nivel de la fractura, si son completas o parciales y si involucran hueso, para posteriormente determinar el pronóstico y el tratamiento. Las fracturas radiculares se pueden clasificar en verticales y horizontales. La incidencia es relativamente baja y afecta principalmente a los dientes permanentes en un rango en el trauma dental del 0.5 al 7%. La dentición primaria se ve afectada del 2 al 4%. El tratamiento básico de una fractura horizontal e dientes permanentes es la reducción de la fractura y ferulización. Si este procedimiento se lleva a cabo inmediatamente después del trauma, la reposición del fragmento coronal por medio de manipulación digital es fácil de conseguir. Si existe una resistencia durante el procedimiento puede ser debido a fractura de la tabla ósea vestibular, entonces es necesario reducir primero la fractura ósea antes de reposicionar los fragmentos. Seguido de la reducción de la fractura es necesario tomar radiografías para verificar si está en la posición correcta. La vitalidad pulpar se ve afectada por el estado de desarrollo radicular, localización de la fractura y habilidad del operador en la reducción de los segmentos. Diferentes tipos de técnicas se han descrito para inmovilización del diente. Hoy en día, la férula ideal debe ser pasiva y flexible

para permitir la movilidad fisiológica del diente su duración depende del tipo de trauma, pero usualmente, en fracturas radiculares el periodo de uso es de 2 a 3 meses, aunque periodos cortos como 4 o 5 semanas parecen ser suficiente en algunos casos para favorecer la reparación. Las férulas rígidas están contra indicadas porque pueden conllevar a efectos adversos tales como desplazamiento de los fragmentos durante su posicionamiento, anquilosis y reabsorción por reemplazo. Durante el periodo de ferulización es importante darle seguimiento al diente, hacer observaciones radiográficas y realizar pruebas de sensibilidad para determinar la vitalidad del diente. Actualmente se ha demostrado que el tiempo ideal de ferulización dependerá del nivel de la fractura, movilidad del fragmento coronal; se ha reportado casos de fracturas radiculares horizontales en los que no se han ferulizado los segmentos y existe reparación; una reducción incompleta de la fractura solamente retrasa la reparación pero no la detiene, incluso hay reportes de casos en que existe una reparación completa sin haber realizado ningún tipo de tratamiento y se encuentran como hallazgos durante un examen radiográfico. Existen ciertas variables que pueden afectar la reparación, entre ellas se encuentran el grado de desarrollo radicular, se ha demostrado que la fusión de los segmentos con tejido duro ocurre regularmente en dientes inmaduros; dislocación del fragmento coronal y diastasis o espacio entre los segmentos, la reparación con tejido calcificado es más frecuente en dientes sin o pequeña dislocación entre los segmentos; sensibilidad pulpar en el momento de la fractura es una variable clave para la reparación; la reposición o reducción de la fractura, estudios demuestran que si se logra una reducción optima la reparación se llevara a cabo con más frecuencia. Existen también variables que no afectan la reparación como la posición y tipo de fractura, el tiempo que transcurre desde la fractura hasta el tratamiento, la utilización de antibióticos ha resultado tener un efecto negativo (no significativo), el tipo de férula siempre y cuando sea pasiva y el tiempo que se feruliza,

debido a que es necesario que el diente traumatizado este bajo estrés funcional. La proximidad de la fractura al surco gingival y presencia del líquido crevicular puede dictaminar el tratamiento, el pronóstico para este tipo de fracturas es muy pobre debido a

la movilidad del fragmento coronal, y contaminación por saliva. Una opción de tratamiento puede ser la extracción del fragmento coronal, endodoncia convencional del fragmento apical seguida de extrusión ortodóntica. La solución para este problema es la remoción del fragmento apical con una mínima o no remoción de hueso vestibular, esto se logra removiendo coronal y el segmento apical sale por el alveolo, luego se reimplanta el segmento coronal; de no ser posible y la extracción debe realizarse quirúrgicamente entonces el procedimiento es el siguiente. Se levanta un colgajo triangular mucoperióstico, se realiza una pequeña osteotomía y se realiza presión al fragmento para que este salga por el alveolo; bajo ninguna circunstancia se debe eliminar una gran cantidad de tejido óseo. Otra alternativa para evitar el colapso óseo es dejar la porción apical, que regularmente contiene tejido pulpar vital. Es indispensable tomar todas las radiografías en tiempo y forma, y que el paciente mantenga una conducta de higiene oral adecuada, de este lado disminuimos los riesgos de fracaso.

BIBLIOGRAFIA

1. Andreasen Jo. Lesiones traumáticas de los dientes. 4ta edición. 1990. edit labor.
2. Pitts D & Natkin E. Diagnosis and treatment of vertical root fractures. J of Endodon. 1983; 9(6): 338-46.
3. Cohen S, Blanco L & Berman L. Vertical root fractures clinical and radiographic diagnosis. Jada. 2003; 134: 434-42
4. Mitsushiro Tbukibosh. Treatment planning for traumatized teeth. Quintessence publishing Co. 2000.