

Resumen

Introducción: La altura de la fractura radicular es de importancia primordial para un tratamiento favorable. Las fracturas producidas en el tercio apical de la raíz tienen buen pronóstico, si se pueden mantener en estrecha proximidad los segmentos coronario y apical. **Descripción del caso:** Paciente de 18 años de edad, sexo masculino, se presenta a la consulta del Servicio de Prácticas Odontológicas Integrales, manifestando dolor y movilidad de las piezas dentarias n° 1.1 y 2.1. Al examen clínico se observa fractura en la corona de la pieza n° 2.1 y movilidad en ambas. Se realiza radiografía periapical del sector, donde se observa la fractura radicular ubicada en el tercio apical. Decidiendo reducir los cabos de fractura y ferulizar las mismas. **Conclusión:** se podría reducir significativamente la incidencia de dientes fracturados si se corrigiesen ortodómicamente las condiciones predisponentes y si el uso de protectores bucales constituyeran una práctica de los deportes de contacto en los jóvenes.

Introducción

Las fracturas radiculares suelen involucrar parcial o totalmente el tejido dentinario, cemento y pulpa. Son poco frecuentes en los casos de traumatismos dentarios y comprenden aproximadamente entre el 1 y 7% de las lesiones que afectan a los dientes permanentes. La región anterosuperior de la boca es el lugar de predilección, afectando generalmente a los incisivos centrales, especialmente en los grupos dentarios de entre 11 y 20 años. El overjet que presenten los incisivos superiores es predisponente. La localización en el tercio medio suele ser más frecuente y sólo en raras ocasiones se produce en el tercio apical o coronario de la raíz. Por lo general, el examen clínico revela la presencia de un diente ligeramente extruido, muchas veces desplazado en dirección palatina o lingual. El sitio de la fractura suele determinar el grado de movilidad de la pieza dentaria. El examen radiográfico con diferentes angulaciones (+10°, -10° y oclusal en caso de sospecha de fractura del tercio apical) requiere de una lectura cuidadosa.

Descripción del Caso

En agosto de 2015 se presentó en la clínica de la asignatura SEPOI un adolescente de 18 años de edad que había sufrido un traumatismo frontal en el sector anterosuperior, aproximadamente 1 semana antes de la consulta.

El examen clínico y radiográfico reveló que en los incisivos centrales superiores se había producido una fractura radicular en el tercio apical con ligera movilidad de las mismas; y el incisivo lateral superior izquierdo, fractura coronaria sin exposición pulpar. Las pruebas de vitalidad fueron positivas en todos los dientes involucrados. Se realizaron tres tomas radiográficas, con diferentes angulaciones para el diagnóstico, visualizándose áreas de reabsorción en el extremo de los cabos, del tercio apical, entre los que se observó un área radiolúcida. No presentaba lesiones en mucosa.



Plan de tratamiento:

El plan de tratamiento consistió en cobertura antibiótica con Amoxicilina y Acido clavulánico 1 gr cada 12 horas, en conjunto con metronidazol 500 mg cada 8 hs durante 7 a 10 días. Se indicó una estricta higiene local complementada con digluconato de clorhexidina al 0,12% e ingesta de dieta blanda.

Se redujeron los cabos de fractura con presión digital y se ferulizó en forma rígida mediante 6 tiras de Fiber Splint (Polydenta, Mezzovico, Switzerland) y sistema adhesivo (3M, St. Paul, USA) en el sector vestibular de los cuatro incisivos superiores, previa restauración con resina compuesta (3M) en pieza dentaria 2.2 (fracturas coronarias).

Los controles se realizaron a los 15, 30, 60 y 90 días para observar la evolución clínica y radiográfica.

A los 90 días se retiró la férula. Control radiográfico a distancia. Donde se observa la formación de tejido conectivo reparador. No hubo cambio de coloración de las piezas dentarias y el test de vitalidad dio positivo.



Conclusiones

La evolución del tratamiento de las fracturas radiculares depende de varios factores, fundamentalmente de la ubicación de la fractura, del tiempo transcurrido luego del traumatismo, de la presencia o ausencia de infección, del tipo de tratamiento instituido, y de la posibilidad de conservar la vitalidad pulpar. Esto debería evaluarse exhaustivamente durante los controles a distancia.

Asimismo, es importante observar si existen áreas de reabsorción radicular y/o la posible calcificación o la presencia de alteraciones adicionales no sólo en las piezas dentarias traumatizadas, sino también en los dientes vecinos.

Referencias

1. Peciuliene, V.; Rimkuvienė, J.; Maneliene, R. (2010) The need and reasons for referrals to specialists among Lithuanian general dentists. Medicina (Kaunas). Capítulo 46(9):611-5.
2. Basrani, E. (1994): Endodoncia y Traumatología. 1° Edición. Buenos Aires. Editorial Científica Interamericana. Capítulo 12:109-110.
3. Basrani, E.; Basrani, B. (1999): Fractura radicular. Boletín de la Soc. Arg. de Endod. N° 9: 12-15.
4. Andreasen, J. O. (1980): Lesiones Traumáticas de los dientes. 2° Edición. Barcelona, España. Editorial Labor. Capítulo 5:104-110.
5. Basrani, E. (1994): Endodoncia y Traumatología. 1° Edición. Buenos Aires. Editorial Científica Interamericana. Capítulo 12:115-116.
6. Araujo, J.A. (2000) Incorrecta evaluación radiográfica de los controles postoperatorios en un caso de fractura radicular. Rev. Soc. Arg. de Endod. N° 12:8-11.
7. Cohen, S.; Burns, C. (1998). Los caminos de la pulpa. 4° Edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. Capítulo 15: 626-675