

Manejo multidisciplinario de quiste periapical. Reporte de caso.

C.D. Daniel Omar Díaz Arredondo, C.M.F. Juan Manuel Olivar Cedeño (aseso clínico multidisciplinario), M.C.O.E. Ignacio López Torres (revisión bibliográfica), C.D.E.E. Hugo Correa Hinojosa (Cordinador del Posgrado).

Instituto de Educación y Desarrollo Profesional en Odontología CINEO,
Tijuana, Baja California.

INTRODUCCIÓN

La cirugía periapical es comúnmente el último recurso para mantener un órgano dental con una lesión periapical que no puede ser resuelta con un tratamiento endodóntico convencional. El objetivo principal de la cirugía periapical es prevenir la filtración bacteriana del sistema de conductos hacia los tejidos perirradiculares colocando un material sellador después de la resección radicular⁽¹⁾. Los quistes odontogénicos son 2.25 veces más frecuentes que los tumores odontogénicos⁽²⁾. El quiste periapical radicular es parte de los quistes odontogénicos siendo el de mayor incidencia dentro de estos (64.3%) regularmente se presenta más en la zona anterior del maxilar y en la zona posterior de la mandíbula⁽³⁾.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 39 años de edad sin antecedentes sistémicos. Acudió a la Clínica de Endodoncia refiriendo dolor a nivel de los dientes 2.1 y 2.2. Clínicamente presentó corona de porcelana en 2.1 y restauración directa con resina en 2.2. Se observó radiolúidez con bordes bien definidos a nivel apical de ambos. Se reporta tratamiento previo deficiente, además de restauración con poste metálico en 2.1.

Diagnóstico: Quiste periapical.

Plan de Tratamiento:

Primera cita: Se inició Endodoncia en O.D. 2.2, instrumentación con TF-Adaptive (Kerr Endodontics, USA) hasta SM-2 y colocación de Hidróxido de Calcio.

Segunda cita: Retiro de corona y poste en 2.1. Se retira gutapercha con K3XF (Kerr Endodontics, USA) 25.04. Instrumentación con Hedstroem 40 y 45. Colocación de Ca(OH)₂ y corona provisional.

Tercera cita: Retiro de medicación. Instrumentación con TF-Adaptive SM-3 en 2.2, y ML-3 en 2.1. 3 ciclos de activación de Hipoclorito de Sodio. Obturación con condensación lateral.

Cuarta cita: Se llevó a cabo cirugía periapical. Biopsia excisional. Apicectomía en ambos dientes sellando apicalmente con MTA Blanco (Angelus, BR) y colocación de injerto óseo (R.T.R., Septodont, FR). Se manda muestra a Patología Bucal.

Cita de Control: Paciente acude a los 7 días para control completamente asintomática. Acudió a los 30 días para colocación de postes de fibra presentando adecuada cicatrización

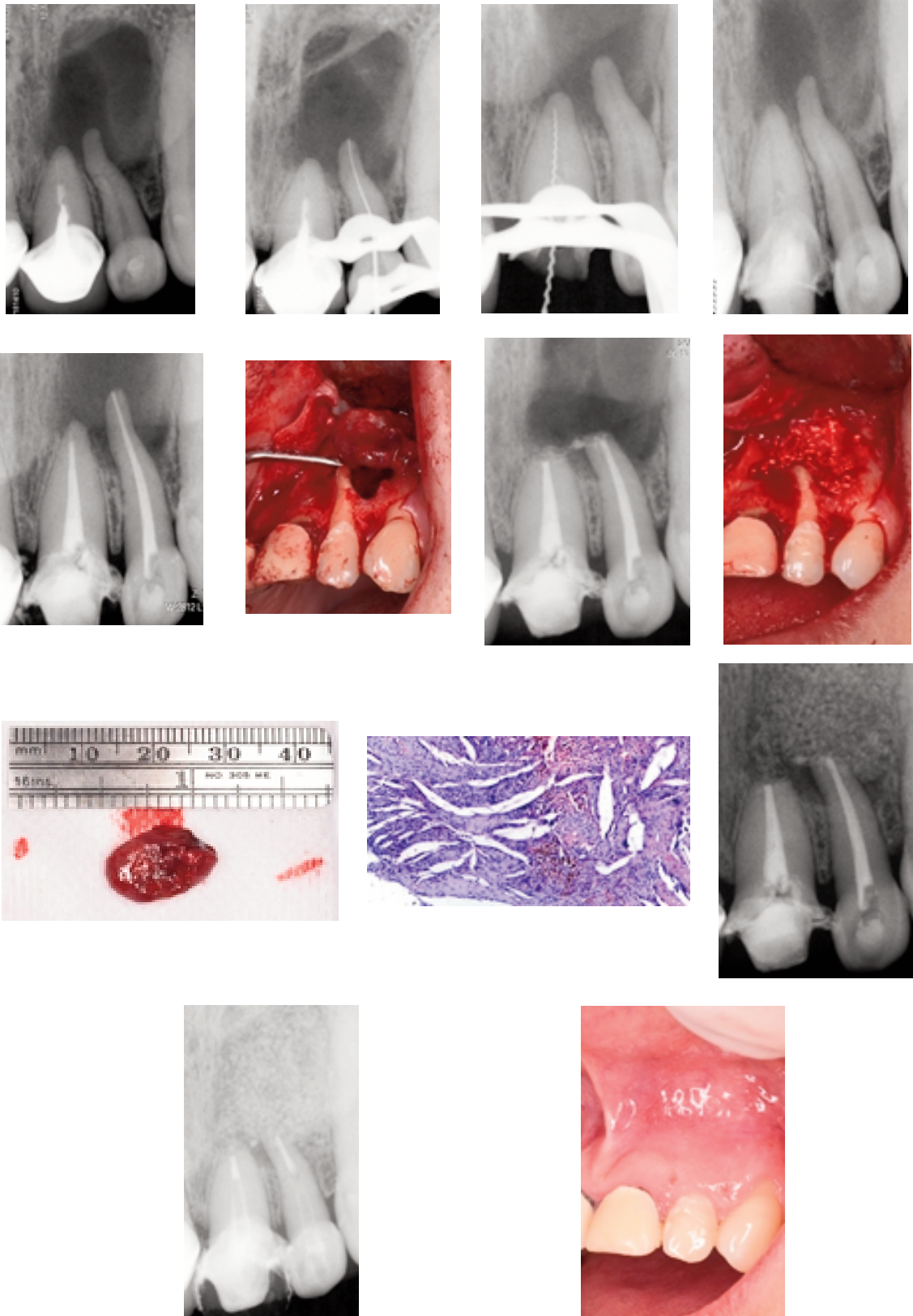
Descripción microscópica: Cavidad revestida por epitelio plano estratificado con zonas de patrón arcoial, edema intercelular, exocitosis y cuerpos de Rushton.

DISCUSIÓN

La calidad de la curación postquirúrgica puede depender de factores distintos del procedimiento resectivo y del sellado radicular, como lo son la respuesta de los tejidos y la salud oral y sistémica del paciente⁽⁴⁾. Los dientes tratados con MTA en cirugía periapical presentan un alto porcentaje de éxito (91.3%) en la curación de los tejidos⁽⁵⁾. Los pacientes deben de ser informados sobre los posibles cambios periodontales como lo son la recesión gingival y la pérdida de inserción después de la cirugía periapical⁽⁶⁾. En el 2017 Strabc y colaboradores realizaron una cirugía apical utilizando una guía quirúrgica para una osteotomía y resección radicular más conservadora sin presentar ninguna complicación postquirúrgica⁽⁷⁾.

CONCLUSIÓN

Pronóstico reservado. Es importante realizar el estudio histopatológico para descartar lesiones que no son secuelas de necrosis pulpar⁽⁸⁾.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Von Arx T. Apical surgery: A review of current techniques and outcome. Saudi Dent J 2011;23;9-15.
2. Johnson NR, et al. Frequency of odontogenic cysts and tumors: a systematic review. J Investig Clin Dent. 2014 Feb;5(1):9-14.
3. Al Sheddi MA. Odontogenic cysts. A clinicopathological study. Saudi Med J. 2012 Mar;33(3):304-8.
4. Peterson J, Gutmann JL. The outcome of endodontic resurgery: a systematic review. Int Endod J 2001;34:169-75.
5. Von Arx T. et al. Clinical Results with Two Different Methods of Root-end Preparation and Filling in Apical Surgery: Mineral Trioxide Aggregate and Adhesive Resin Composite J Endod. 2010 Jul;36(7):1122-9.
6. Von Arx T. et al. Five year Changes in Periodontal Parameters after Apical Surgery. J Endod. 2011 Jul;37(7):910-8.
7. Strbac GD, Schnappauf A, Giannis K, Moritz A, Ulm C. Guided Modern Endodontic Surgery: A Novel Approach for Guided Osteotomy and Root Resection. J Endod. 2017 Mar;43(3):496-501.
8. Kontogiannis TG, et al. Periapical lesions are not always a sequelae of pulpal necrosis: a retrospective study of 1521 biopsies. Int Endod J 2015 Jan;48(1):68-73.

El presente resumen forma parte del suplemento "Memorias del Cuarto Concurso de Carteles del Colegio de Endodoncia de Nuevo León, A. C." es responsabilidad de los organizadores de dicho evento, la Revista Mexicana de Estomatología es ajena al contenido científico, metodológico y de autoría de cada uno de los resúmenes que se presentan. El Suplemento se publica como apoyo a las agrupaciones de profesionales, profesionistas, estudiantes, maestros e instituciones educativas y/o de servicio en la difusión de sus trabajos.