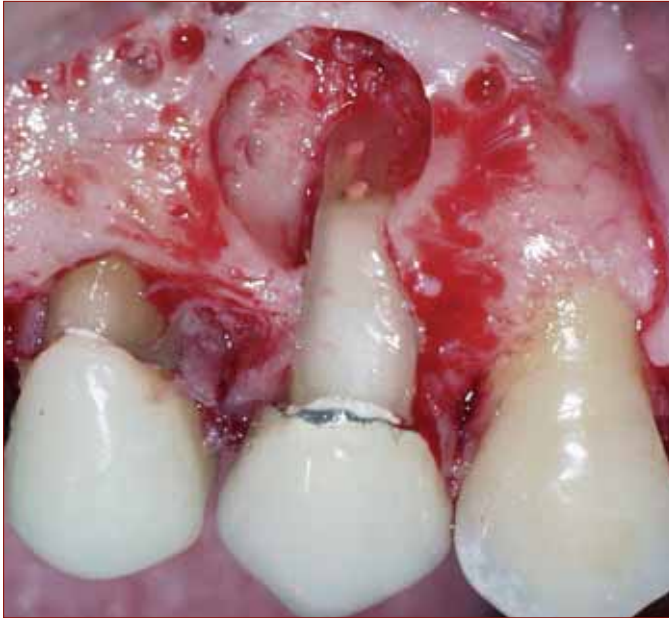


**Retratamiento quirúrgico tras fracaso
de cirugía periapical + ROG + injerto conectivo + retto
endodóntico y protésico de una pieza desahuciada
Caso clínico y control a los cuatro años**



Dr. Ramón Gómez Meda

Licenciado en Odontología. Universidad de Santiago de Compostela, 1996.
Premio "Fin de Carreira da Xunta de Galicia á Excelencia Académica".
Posgrado en Periodoncia e Implantes.
Práctica privada en Ponferrada (León).
formacion@cogomezmeda.com



Mujer de 38 años de edad, sin antecedentes médicos relevantes, que acude a consulta refiriendo fistula crónica a nivel del 14 y el 15 y dolores repetidos. La paciente refiere haber sido tratada con cirugía periapical en los dientes 14 y 15 tres años antes. Tras la exploración clínica, comprobamos fistula en la pieza 14. Tras la exploración radiográfica, comprobamos que los dientes 14 y 15 habían sido tratados con endodoncia, perno y restauración protésica. Después del fracaso endodóntico habían sido tratados, como refiere la paciente, con cirugía periapical. Finalmente, fracasó la cirugía periapical en el diente 14. Asimismo, observamos que en el diente 25 la paciente presentaba un granuloma crónico, asintomático

co hasta la fecha. Decidimos realizar retratamiento quirúrgico de la pieza 14 previo retratamiento endodóntico de ambas piezas, nuevos pernos y prótesis. También realizaremos retratamiento endodóntico de la pieza 15.

Debido a que la pieza 14 presenta retracción gingival, realizaremos un injerto de tejido conectivo seguidamente a la cirugía periapical. El defecto óseo de la pared vestibular del 14 nos obligará a la regeneración ósea guiada simultánea al retratamiento.

Merece la pena recalcar que tras hablar con la paciente y explicarle las ventajas e inconvenientes de las presentes técnicas, así como los riesgos que asumíamos, decidió esta alternativa frente a la del implante que ya le había ofrecido su anterior dentista y en otras dos clínicas. Desde la primera visita, por lo tanto, la paciente nos manifiesta su deseo de conservar todas sus piezas, siempre que exista una mínima posibilidad, independientemente del tiempo y el coste económico (la paciente tiene un nivel sociocultural alto y sobrados recursos económicos). Por lo tanto, insistimos en que la paciente había rechazado en tres ocasiones la opción del implante.

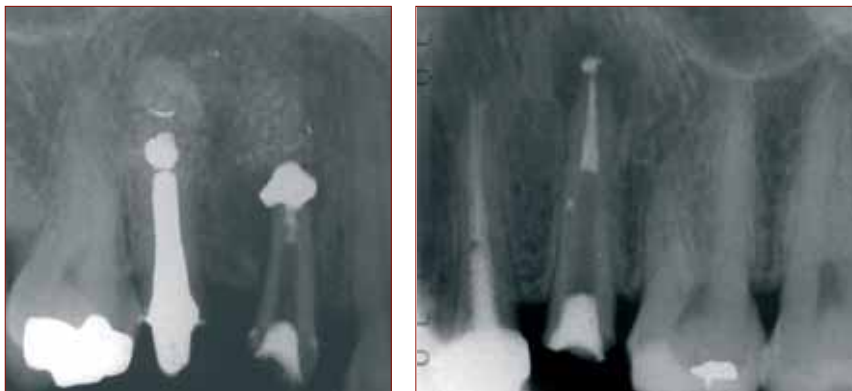
Ciencia y práctica



Radiografías inicial y final del caso. Se observa la radiolucidez en torno a la amalgama desbordada de la cavidad a retro. Observamos que en la pieza 15 ya habíamos retirado el perno y estamos retratando endodónticamente la pieza.



Vista panorámica del caso inicialmente. Ya hemos levantado las coronas y estamos en la primera fase del tratamiento, que incluye retratamiento de las piezas 14, 15 y 25, emplazamiento de nuevos pernos muñones colados y provisionales.



Retratamos endodónticamente los dientes 14, 15 y 25, ya que queremos desinfectar los conductos. Obturamos los conductos de la pieza 14 con Obtura y los de la pieza 25 con Ssystem B. En la pieza 15 nos limitamos a retirar el perno, limpiar, desinfectar con clorina y ultrasonidos y volver a fabricar un nuevo perno.





Realizamos nuevos pernos colados sobre las piezas 14, 15, 24 y 25.

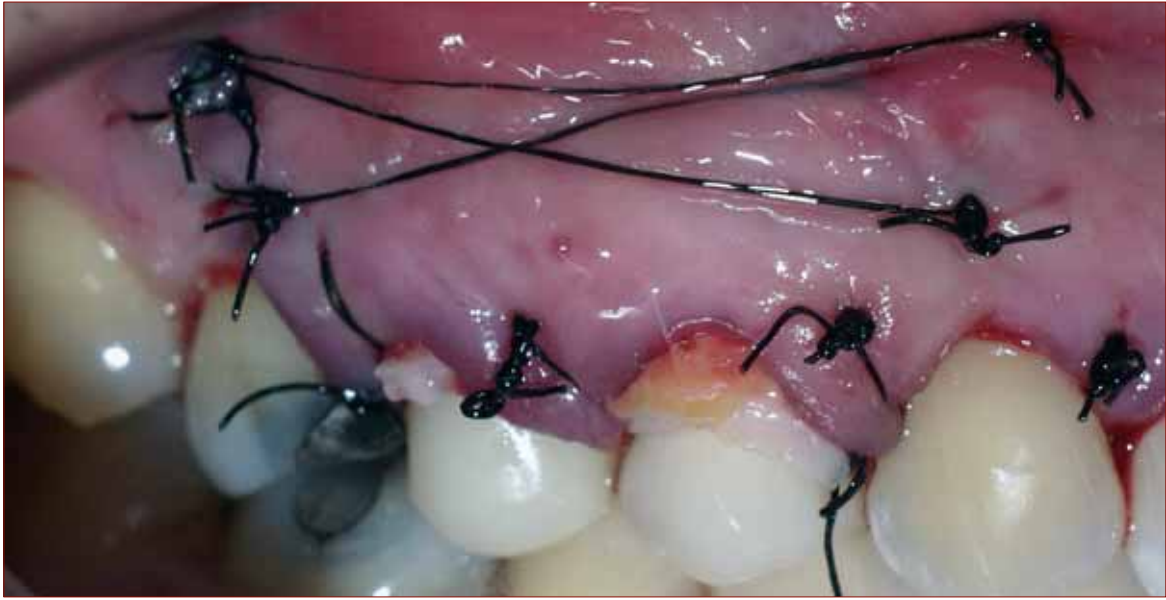


Vista oclusal una vez realizados los pernos y el tallado para los provisionales.



Realizamos la cirugía periapical del diente 14 eliminando la amalgama desbordada y el tejido de granulación. Podemos observar el defecto que engloba la pared ósea del 14. No realizamos cavidad a retro debido a que hemos llevado a cabo un retratamiento endodóntico para desinfectar los conductos.

A causa de las infecciones de repetición, nos encontramos con una pared vestibular ósea ausente, por lo que decidimos realizar ROG (en este caso combinamos Bio-Oss + Bio-Guide).



Cubrimos todo con un injerto de conectivo sobrecorrigiendo el defecto y suturando.



Vista oclusal y radiografía tras la cirugía.

Veamos la evolución del caso y de los tejidos blandos alrededor de los premolares:



Fotos a la semana de la cirugía. El defecto se ha sobrecorregido tanto en sentido vestibular como en sentido horizontal.





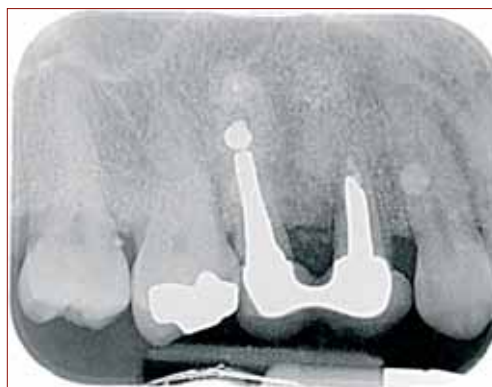
Un mes después de la cirugía. Se ha conseguido sobrecorregir la recesión en el 14.



Tres meses después de la cirugía.



10 meses después de la cirugía. En este momento pasamos a realizar la toma de impresiones y nuevas prótesis.



Dos años después de la cirugía y su control radiográfico. La prótesis ha sido elaborada por el laboratorio de José Avelino Méndez (Ponferrada, León). Las prótesis se han realizado con el punto de contacto unido para minimizar el riesgo de fractura radicular, ya que ambas piezas presentan perno-muñón colado.



Foto frontal final.



Fotos lateral derecha y lateral izquierda dos años después de la cirugía.



Ciencia y práctica



Control radiográfico. Las imágenes radiolúcidas en la zona del 14 y 25 han desaparecido.



Foto frontal a los cuatro años, antes de la higiene, para no confundirla con las tomadas años anteriores en previos *recalls*.



Vista frontal, lateral derecha y lateral izquierda cuatro años después de la cirugía, previa a la fase higiénica, como se puede observar por la ligera inflamación gingival en la zona del 12. La estabilidad del resultado es total tanto en la zona papilar como en el recubrimiento de la recesión de la pieza 14.



Sonrisa de la paciente tras acudir a un *recall* cuatro años después del tratamiento. Decidimos tomar la fotografía, previa fase higiénica, para que no se confunda con las de años anteriores.



La paciente manifiesta estar muy satisfecha y carente de molestia alguna.



Comparativa entre el antes y el después. Obsérvese que se ha corregido la recesión gingival en la zona del diente 14 (compárese con el canino) y el resultado se mantiene estable después de cuatro años.