



TÉCNICA QUIRÚRGICA: RADICULECTOMÍA. PRESENTACIÓN DE CASO

Surgical technique: Radicectomy. Case presentation

Autores: Esperanza Valerino Guzmán ¹, Elizabeth Vázquez Blanco ², Deysi Arlety Alarcón Vázquez ³

¹ Especialista de I grado en Periodoncia. Asistente. Clínica Estomatológica Municipal Manuel Sánchez Silveira. Granma. Cuba. Correo: evalerino@infomed.sld.cu

² Especialista de I grado en Cirugía Maxilofacial. Instructor. Hospital Clínico - Quirúrgico Celia Sánchez Manduley. Granma. Cuba. Correo: elo1189@nauta.cu

³ Especialista de I grado en Ortodoncia. Asistente. Clínica Estomatológica Municipal Manuel Sánchez Silveira. Granma. Cuba.

RESUMEN

Introducción: la radiclectomía consiste en la extirpación de una o más de las raíces de un diente con múltiples raíces, en la que se dejan intactas la corona y cualquier restauración existentes. **Objetivo:** explicar la importancia y técnica de la radiclectomía. **Presentación de caso:** Paciente de 34 años de edad, sexo femenino, que presenta recesión gingival en raíz mesio-mesiovestibular y bolsas periodontales en el primer molar superior derecho. La conducta terapéutica y la evolución post-operatoria fueron satisfactorias. **Conclusiones:** con esta técnica de radiclectomía o amputación radicular se espera con ello que aumente el número de odontólogos que apliquen sus conocimientos con respecto a esta técnica.

Palabras clave: molar; terapéutica; diente

ABSTRACT

Introduction: radiclectomy consists of the removal of one or more of the roots of a tooth with multiple roots, in which the crown and any existing restoration



are left intact. **Objective:** to explain the importance and technique of radiculectomy. **Case presentation:** 34-year-old female, with gingival recession in the mesio-mesiobuccal root and periodontal pockets in the upper right first molar. Therapeutic behavior and postoperative evolution were satisfactory. **Conclusions:** this radiculectomy or root amputation technique is expected to increase the number of dentists who apply their knowledge regarding this technique.

Keywords: molar; therapeutics; tooth

INTRODUCCIÓN

Las extensiones de las bolsas periodontales que pueden aparecer entre las raíces de los dientes multirradiculares, se denominan lesiones de las furcaciones, las cuales pueden dificultar el acceso, tanto el operador durante el tratamiento como para el paciente en su higiene bucal, lo que complica el tratamiento y empeora el pronóstico. ^(1,2)

Estas tienen incidencia sobre la patología pulpar, dado que la zona de la furcación tiene muchos conductos pulpares accesorios, y si hay compromiso pulpar el tratamiento de conductos debe preceder al tratamiento periodontal. ⁽¹⁾ Los primeros molares inferiores son los sitios más comunes, seguido por los molares superiores (primeros), y los premolares superiores los menos comunes, aumentando el número de estas lesiones según varios autores con la edad. ^(2,3)

Las lesiones de furcación se clasifican en:

- ✓ Grado I: incipiente. La inflamación ha comenzado a invadir la zona pero la pérdida ósea es escasa.
- ✓ Grado II: Hay destrucción óseaparcial que no llega a atravesar totalmente el espacio interradicular.
- ✓ Grado III: Hay destrucción ósea de lado a lado.



El tratamiento de las mismas dependen del grado de la lesión de algunos factores, como: separación de las raíces, longitud del tronco radicular, movilidad dentaria y consideraciones endodónticas, siendo por supuesto, fundamental que en todos los casos el paciente aprenda y practique una adecuada higiene de la furcación.⁽¹⁾

En años recientes ha aumentado el uso de corte de raíces para conservar al menos una parte del mismo, consiste está en la extirpación de una o más de las raíces de un diente con múltiples raíces, en la que se dejan intactas la corona y cualquier restauración existentes, está indicada principalmente en casos de invasión de la furcación de grado III en los que existe una invasión de la furcación de lado a lado; sin embargo, en algunos casos de afecciones de furcación de clase II, el procedimiento de elección es el corte radicular o radiclectomía. ^(1,5,6)

Para lograr una amputación radicular o radiclectomía satisfactoria es necesario tener presente indicaciones precisas, tales como: Severa pérdida ósea en una sola raíz de un diente multirradicular, combinación de una invasión interradicular proximal de grado II y III con un defecto óseointerproximal profundo o aproximación radicular, fracturas o perforaciones verticales u horizontales radiculares de dientes multirradiculares, patosisperiapical en una raíz que no pueda ser tratada con éxito mediante terapéutica endodóntica, eficaz control de la placa microbiana de parte del paciente.^(4,5)

Se contraindica en casos de edad avanzada, anatomía dentaria desfavorable, fusión radicular apical, incapacidad para obtener un buen sellado apical endodóntico en las raíces conservadas, razones socioeconómicas, asícomo incapacidad del paciente para mantener una higiene bucal adecuada.⁽⁶⁾

Estudios clínicos en la última década han relevado que la eliminación de una de las raíces vestibulares de un molar superior no aumenta la movilidad de un



diente que funciona normalmente, siendo este tratamiento especialmente exitoso en el caso de furcaciones de grado II, nos motiva para la realización del mismo, en los que el pronóstico cambia radicalmente de dudoso a muy bueno.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 34 años de edad, sexo femenino, raza mestiza, asistida en nuestro servicio, refiriendo "encía en mala posición y sangramiento", se ingresa para un examen y tratamiento adecuado.

La paciente durante el interrogatorio refirió buen estado de salud anterior. Al examen intrabucal se observó en 16, lesión de furcación grado II, acompañada de recesión gingival en raíz mesio-mesiovestibular y bolsas periodontales de 4 y 5 mm de profundidad a los rayos X.

Se incluyeron además durante el estudio clínico del caso como medios auxiliares de diagnóstico: rayos x periapicales y sonda periodontal, incluyéndose además al inicio y al final (al mes) del tratamiento.

Conducta terapéutica:

De forma inmediata la paciente es ingresada en nuestro servicio, recibiendo el tratamiento adecuado. Se valora la terapéutica indicada en un solo tiempo quirúrgico, durante la cual la paciente es llevada al salón de operaciones (ambulatorio) y bajo anestesia local se refleja un colgajo mucoperióstico de espesor total para exponer el área de la bifurcación con la consiguiente amputación de la raíz, tanto el postoperatorio inmediato como el mediato transcurrieron sin complicaciones.



Describiremos a continuación los pasos de la técnica:

1. Bajo anestesia local, sondear el área a fin de determinar el grado y contorno de la destrucción ósea alveolar alrededor de la raíz que va a ser removida.
2. Elevar un colgajo mucoperióstico.
3. Con una pieza de mano de contra-ángulo y una fresa estriada, seccionar la raíz donde se une a la corona. Eliminar la raíz.
4. Con una piedra o una punta de diamante, alisar el muñón radicular resecaado y remodelar el diente para crear un área fácilmente limpiable.
5. Realizar el raspaje y alisado de las superficies radiculares que se hacen visibles y más accesibles una vez que se elimina la raíz: esta es la parte más crítica del tratamiento.
6. Limpiar el área, recolocar el colgajo, sutura y cubrirla con un empaquetamiento periodontal.

Retirar el empaquetamiento y las suturas al cabo de una semana, normalmente el contorno gingival fisiológico se restaura pasados dos meses de la operación y la reparación ósea es detectable radiográficamente alrededor de los 9 meses.

DISCUSIÓN

La radiclectomía o amputación radicular en una afección de furcación grado II hemos podido demostrar como alterar el ambiente de la furcación para permitir acceso para la buena higiene bucal, permitiendo salvar dientes que anteriormente eran considerados perdidos, esperando con ello que aumente el número de periodontólogos que apliquen sus conocimientos con respecto a estas técnicas, aumentándose así el número de personas que en un futuro gozaran de una dentición natural durante toda su vida.



En nuestro caso, donde se expone una lesión de furcación grado II, con resección gingival localizada en la raíz mesio-vestibular, bolsas periodontales de 4 y 5 mm de profundidad, ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal y pérdida ósea horizontal de 1/3 antes del tratamiento, observamos un mes después de la terapéutica indicada una evolución satisfactoria de los logros del procedimiento quirúrgico, permaneciendo estables los tejidos periodontales.

Algunos autores como Langer y colaboradores señalan que los fracasos en dientes con raíces resecaadas se hacen más aparentes después de 5 años de evolución.⁽⁷⁻⁹⁾

Hamp y otros autores estudiaron la evolución de 5 años de 310 dientes multirradiculares con lesiones de la trifurcación tratados principalmente mediante amputación de la raíz o radiculectomía y vigilancia, donde 44% de los dientes fue extraído durante el tratamiento pre quirúrgico y quirúrgico, pero los dientes restantes tratados casi no presentaron colapso periodontal adicional durante el periodo de estudio. Bergenholtz, observó en 15 dientes superiores y 30 dientes inferiores sometidos a amputaciones radiculares y vigilados durante 11 años que el pronóstico global de los mismos era bueno.⁽⁸⁻¹²⁾

CONCLUSIONES

Con esta técnica de radiculectomía o amputación radicular se espera con ello que aumente el número de odontólogos que apliquen sus conocimientos con respecto a esta técnica.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carranza A F, Sznajder G N. Compendio de Periodoncia. 5ta. ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1996. P. 161-66.
2. Carranza AF. Periodontología clínica de Glickman. 6ta. ed. México: Interamericana; 1986. p. 897-901.
3. Carranza AF. Periodontología clínica de Glickman. 5ta. ed. Ciudad Habana: Pueblo y Educación; 1983: p. 884-87.
4. Ramjford Sigurd P. Periodontología y Periodoncia. Ciudad Habana: Científico – Técnica; 1984: p. 551-55.
5. Pitt Ford RT. Endodoncia en la práctica clínica de Harty. En su: Enfermedad periodontal y pulpa. 4ta- ed. México: Interamerican; 1999: p. 114.
6. Prichard L. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica odontológica general. Ciudad Habana: Científico- Técnica; 1983: p.114.
7. Kalwarf LK, Reinhardt AR. Problema de la bifurcación clínica odontológica NA. Vol 2/1988. Periodontología Ciudad Habana: Pueblo y Educación; p. 267-70.
8. Bergenholtz A. Radectomy of multirooted teeth. S. Am Dent Assoc 85: 870, 1972.
9. Langer B, Stein SD, Wagenberg B. A evaluation of root resections A-ten-year study. S. Periodontol 52: 719, 1981.
10. Schulger S, Youdelis P. Periodontal Diseases furcation invasions, basic. Phenomena, clinical management, and occlusal and restorative interrelationships. 2da. ed. Philadelphia London, 1990: p. 557-59.
11. Hidelbrand NC, Morse RD. Parodoncia: Una década en revisión. Interrelaciones periodónticas – endodónticas. Clínica odontológica NA. Vol. 4/ 1980: 794-97.



Segundo Congreso Virtual de
Ciencias Básicas Biomédicas en Granma.
Manzanillo.



12.Tobón CG. Endodoncia simplificada. Ciudad Habana: Pueblo y educación;
1985: p. 131-40.

Financiación

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Esperanza Valerino Guzmán: conceptualización, análisis formal, redacción, revisión y aprobación de la versión final del manuscrito.

Elizabeth Vázquez Blanco: conceptualización, metodología, revisión y aprobación de la versión final del manuscrito.

Deysi Arlety Alarcón Vázquez: conceptualización, revisión y aprobación de la versión final del manuscrito.