

## Decisión terapéutica: endodoncias frente a implantes



**Guillem Esteve Pardo**

Odontólogo. Práctica privada. Alicante.

### Agradecimientos:

A Lino Esteve Colomina, mi padre, por su apoyo en este trabajo.

### INTRODUCCIÓN

En los últimos 20 años, la técnica endodóntica ha evolucionado intensamente, incrementando sus porcentajes de éxito y reafirmando así el retratamiento de conductos como tratamiento de elección de un diente con afectación periapical de etiología únicamente endodóntica. Cuando, en el fracaso del diente, concurren otros factores causales, traumáticos (fisuras radiculares) o periodontales (lesiones endo-periodontales), empezamos a encontrar los límites de la indicación endodóntica, y es esencial un diagnóstico correcto para poder ofrecer la mejor opción al paciente<sup>1-4</sup>.

Por otro lado, cuando nos decidimos por la extracción y su reposición con un implante, es bastante habitual que las piezas que se reponen hayan sufrido enfermedad periapical, dejando tras de sí defectos en el hueso alveolar, situaciones en las que los biomateriales osteoconductivos de regeneración son un apoyo terapéutico relevante<sup>5</sup>.

El siguiente caso fue una ocasión para este tipo de diagnóstico en las tres piezas involucradas.

### CASO CLÍNICO

La paciente acude por primera vez a nuestra consulta debido a descementados repetidos de la pieza 24, una corona-perno, tipo Richmond. El muñón remanente presenta escasa retención coronal, fil-



**FIGURA 1.** Radiografía inicial.

tración marginal y descalcificación marcadas (fig. 1). Dada la imposibilidad de garantizar a medio plazo la retención de la prótesis por la escasa estructura dentaria restante y la falta de efecto ferrule<sup>6,7</sup>, indicamos la extracción. Optamos por la colocación diferida tipo 3 del implante<sup>8</sup>, a fin de controlar mejor los posibles riesgos infecciosos<sup>9,10</sup>.

Sin embargo, para el precario estado de 25 y 26, puesto que no han sufrido filtración coronal y mantienen aún un área circular de tejido duro cervical donde poder estabilizar unas futuras coronas, indicamos el retratamiento endodóntico (figs. 2-4).

En la radiografía inicial, se aprecia el estado de la pieza 24 filtrada, descalcificada y con área periapical en contigüidad con 25. Igualmente, 26 muestra un tratamiento de conductos insuficiente y afectación periapical en su raíz mesiovestibular.

La cirugía implicó un extenso legrado del lugar de implantación y las zonas periapicales de 25 y



**FIGURA 2.** Radiografía tras la extracción de la pieza 24 y tratamientos en 25 y 26.



**FIGURA 3.** Situación tras la extracción.



**FIGURA 4.** Vista oclusal antes del implante.



**FIGURA 5.** Defectos óseos por lesiones periapicales de causa endodóntica.



**FIGURA 6.** Colocación del implante.



**FIGURA 7.** Regeneración ósea.

26 (figs. 5, 6 y 7). El torque de inserción fue suficiente, de 15 Ncm, y la curación no presentó complicaciones. Se optó por la cirugía en dos fases para facilitar la regeneración tisular y permitir cierto manejo posterior del tejido blando (fig. 8).

Para la prótesis, dada la implicación estética, se eligió un pilar de zirconio y tres coronas de disilicato de litio (fig. 9). La regeneración ósea fue manifiesta en las piezas reendodonciadas, 25 y 26 (figs. 10-15).



**FIGURA 8.** Tejidos listos para impresiones.



**FIGURA 9.** Modelo de trabajo, con pilar de zirconio y pruebas en bizcocho de las coronas e-max.



**FIGURA 10.** Control radiográfico al mes de la colocación.



**FIGURA 11.** Caso terminado al mes, vista lateral.



**FIGURA 12.** Caso terminado al mes, vista de cerca.



**FIGURA 13.** Radiografía de control a los 4 años.



**FIGURA 14.** Control a los 4 años, vista lateral.



**FIGURA 15.** Control a los 4 años, vista de cerca.

## DISCUSIÓN

En este caso, las posibilidades de recuperar un efecto ferrule eficaz (alargamiento coronario o la erupción ortodóntica) hubieran supuesto un empeoramiento de la relación corona/raíz, dada la cantidad de dentina descalcificada.

La decisión de implantación diferida, tipo 3, para la pieza 24 está justificada por su afectación apical, puesto que, aunque hay autores que muestran buenos resultados clínicos, no hay evidencia científica suficiente para no considerar la implantación inmediata posextracción, tipo 1, como arriesgada en casos de lesiones infecciosas de causa endodóntica.

Concluimos de este caso que deben considerarse a fondo las posibilidades de tratamiento endodóntico, antes de indicar la extracción e implante pues, frente a un éxito clínico similar, la conservación debe ser nuestra primera opción terapéutica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Zitzmann NU, Krastl G, Hecker H, Walter C, Weiger R. Endodontics or implants? A review of decisive criteria and guidelines for single tooth restorations and full arch reconstructions. *Int Endod J.* 2009;42(9):757-74.
2. Blicher B, Baker D, Lin J. Endosseous implants versus nonsurgical root canal therapy: a systematic review of the literature. *Gen Dent.* 2008;56(6):576-80.
3. Iqbal MK, Kim S. A review of factors influencing treatment planning decisions of single-tooth implants versus preserving natural teeth with nonsurgical endodontic therapy. *J Endod.* 2008;34(5):519-29.
4. Torabinejad M, Anderson P, Bader J, Brown LJ, Chen LH, Goodacre CJ et al. Outcomes of root canal treatment and restoration, implant-supported single crowns, fixed partial dentures, and extraction without replacement: a systematic review. *J Prosthet Dent.* 2007;98(4):285-311.
5. Jensen SS, Terheyden H. Bone augmentation procedures in localized defects in the alveolar ridge: clinical results with different bone grafts and bone-substitute materials. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2009;24 Suppl:218-36.
6. Jotkowitz A, Samet N. Rethinking ferrule -a new approach to an old dilemma. *Br Dent J.* 2010;209(1):25-33.
7. Stankiewicz NR, Wilson PR. The ferrule effect: a literature review. *Int Endod J.* 2002;35(7):575-81.
8. Hämmerle CH, Chen ST, Wilson TG Jr. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding the placement of implants in extraction sockets. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2004;19 Suppl:26-8.
9. Waasdorp JA, Evian CI, Mandracchia M. Immediate placement of implants into infected sites: a systematic review of the literature. *J Periodontol.* 2010;81:801-8.
10. Palmer R. Evidence for survival of implants placed into infected sites is limited. *J Evid Based Dent Pract.* 2011;11(2):95-6.