



Dr. Jozef Minčík
Dr. Marián Tulenko
Košice, Eslovaquia

Tratamiento de una fractura corono-radicular con espiga radicular de composite

LAS fracturas corono-radicales son fracturas dentales en las que una o más líneas de fractura afectan tanto a partes de la corona como a la raíz (Andreasen/Andreasen, 1994). La mayoría de las veces, una línea de fractura va de la zona coronaria bucal a la zona apical palatina en el tercio cervical de la raíz donde, a menudo, adopta una trayectoria muy ascendente antes de acabar en un pequeño escalón en dirección coronaria (Fig. 1).

Esta lesión complicada representa una tarea difícil para el odontólogo, puesto que para la conservación del diente son necesarias intervenciones quirúrgicas, endodóncicas, restauradoras y ortodóncicas. En la mayoría de los casos procuramos no realizar la extracción del fragmento coronario por las varias desventajas que ello representa. En primer lugar: obliga a la extirpación inmediata de la pulpa en condiciones desfavorables (hemorragia periodontal, visibilidad deficiente). En se-

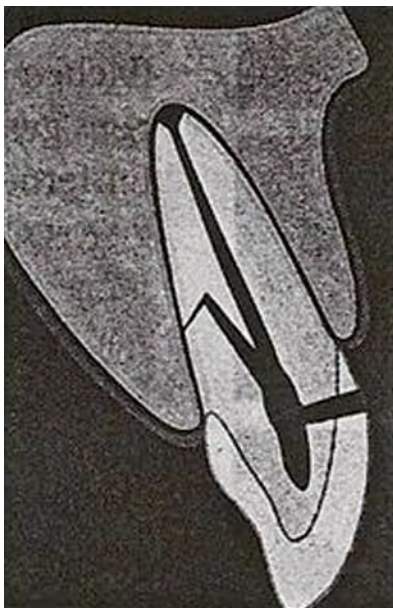


Fig. 1: Trayectoria característica de una fractura corono-radicular (Ebelseder/Glockner, 2000)

Fig. 2: Fractura corono-radicular. La abertura coronaria comunicaba directamente con la pulpa.



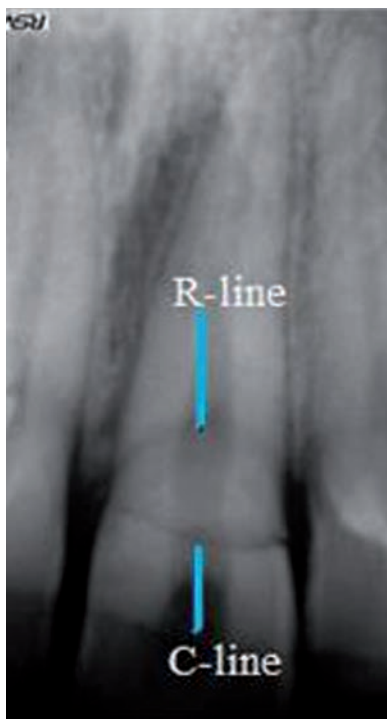


Fig. 3: Imagen radiográfica de la pieza 21 con la trayectoria característica de una fractura coronoradicular.

segundo lugar: la encía cubre el fragmento apical en poco tiempo y debe extraerse. En tercer lugar: supone un gran deterioro para el paciente desde el punto de vista estético. Por ello, la mejor alternativa terapéutica

es la conservación de la pieza dentaria entera con ayuda de un entablillado interno (Ebelseder et al., 1993). En esos casos, en nuestro consultorio utilizamos espigas radiculares de composite reforzadas con fibra de vidrio.

Caso clínico

Un paciente de 20 años acudió a nuestro consultorio después de un accidente ocurrido durante la práctica de un deporte de contacto. La corona de la pieza 21 se encontraba en supraoclusión y presentaba una gran movilidad y sensibilidad. La zona cervical de la corona presentaba una abertura recta que sangraba ligeramente (Fig. 2).

El diagnóstico de fractura corono-radicular combinada se confirmó con una radiografía que mostró una elipse de límites borrosos. La línea inferior representa la porción intracorona de la fractura (línea C) y la línea superior la porción intrarradicular (línea R) (Fig. 3).

Inmediatamente después del diagnóstico, se procedió al reposicionamiento exacto con anestesia local. La abertura se

Fig. 4: Entablillado del fragmento coronario con tira de fibra de vidrio y composite.



Fig. 5: Tratamiento definitivo del canal radicular de la pieza 21.

selló con cemento de composite de ionómero de vidrio fotopolimerizable (Ionoseal, VOCO). El fragmento coronario se entablilló en la zona labial con una tira de fibra de vidrio que se fijó a los dientes adyacentes con composite (Fig. 4). De este modo, el paciente no tarda en poder masticar y el impacto estético es menor.

Después del entablillado se realizó una trepanación y la extracción de la pulpa. El tratamiento endodóncico definitivo no pudo realizarse en la primera visita porque el canal radicular presentaba un sangrado abundante. Por esta razón, se aplicó hidróxido de calcio como empaste temporal. En la segunda visita se restauró el canal radicular de forma definitiva (Fig. 5).

Para garantizar el resultado de la refijación, se realizó un entablillado interno según la técnica de Ebelseder (Ebelseder et al., 1993), en la que los dos fragmentos se



Fig. 6: Rebilda Post.



Fig. 7: Espiga radicular Rebilda Post colocada (vista palatina).

unieron con una espiga radicular de composite reforzada con fibra de vidrio (Rebilda Post, VOCO Fig. 6).

El canal radicular se preparó, excepto los 4 mm apicales, con la fresa correspondiente. Posteriormente, se adaptó la espiga radicular y se acortó fuera de la boca a la longitud necesaria. Tras la aplicación de un adhesivo autograbable de curado dual (Futurabond DC, VOCO) la espiga radicular se colocó en el canal radicular con un movimiento giratorio (Fig. 7).

Tras la fijación interna, se retiró el entablillado labial combinado. La fisura coronaria, que se selló con cemento de composite de ionómero de vidrio en la primera restauración, se pulió cuidadosamente y se cubrió con una capa de composite fotopolimerizable altamente estético (Amaris, VOCO). El dien-

Fig. 8: Pieza 21 después del tratamiento. Recuperación de la función y la estética natural.



te restaurado pudo someterse a la carga de la masticación y se recuperó la estética natural (Fig. 8).

Conclusión

Por medio de diferentes disciplinas odontológicas es posible restaurar dientes anteriores con fracturas corono-radicales.

La conservación de toda la pieza con un entablillado interno con espigas radicales de composite, es según nuestra experiencia clínica, una buena alternativa de tratamiento con la que puede alcanzarse un resultado duradero y biológicamente adecuado.

Biografías resumidas



El Dr. Jozef Minčík estudió Odontología en la Universidad de Košice y desde 1980 hasta 1989 trabajó como auxiliar cualificado en el departamento de Odontología conservadora de la 1ª Clínica de Estomatología del Hospital Universitario de Košice. Desde 1990 tiene su propio consultorio en Košice y desde 2000 es Director del departamento de Odontología conservadora de la Asociación de Odontología de Eslovaquia. Entre sus especialidades se encuentran la Odontología restauradora estética, la endodoncia y la traumatología dental. Cuenta en su haber con numerosas publicaciones como autor especializado y ha impartido diversas conferencias como referente sobre estos temas.



El Dr. Marián Tulenko estudió Odontología en la Universidad de Košice y trabaja, desde 2008, en el consultorio del Dr. Minčík. Es miembro del grupo de jóvenes odontólogos de la Asociación de Odontología de Eslovaquia y sus publicaciones y conferencias versan preeminentemente sobre temas de Odontología restauradora estética, endodoncia y traumatología dental.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- **Andreasen, J. O./Andreasen, F. M.:** Textbook and colour atlas of traumatic injuries of the teeth, Copenhagen, Munksgaard, 1994.
- 2.- **Ebelseder, K./Cartellieri, B./Polanski, R./Eskici, A.:** Versuch der Erhaltung von Frontzähnen durch innere Schienung

bzw. Transfixation, in: Quintessenz, 44, 1993 (9), S. 1597-1610.

- 3.- **Ebelseder, K./Glockner, K.:** Zahnerhaltung nach Kronen-Wurzel-Fraktur, in: Stomatologie, 97, 2000 (6), S.11-14.