

Blanqueamiento de un diente que recibió pulpotomía y unión del fragmento

Carlos Eduardo Francischone*
Maria Teresa Atta Alves Bastos**
Joao Lúcio Coradazzi*
Maria Fidela de Lima Navarro*
José Mondelli*

Revista Odontológica de la
Universidad de São Paulo
Vol.-2 No.3; 182-85, jul./Sep., 1988

*Profesores del Departamento de Operatoria Dental de la Facultad de Odontología de Bauru de la Universidad de Sao Paulo-Brasil.

**Post-grado de curso de operatoria dental (doctorado) de la Facultad de Odontología de Bauru-Universidad de Sao Paulo-Brasil.

Relato de un caso de blanqueamiento en un incisivo central superior izquierdo que presentaba pulpotomía realizada juntamente con la unión del fragmento hace 7 años.

Introducción

El blanqueamiento de dientes es una de las técnicas que puede ser usada para mejorar la estética de dientes con manchas o áreas oscuras, principalmente después del tratamiento endodóntico, cuando todavía permanecen restos necróticos de la pulpa o residuos de material obturados en la cámara pulpar.

La técnica⁵ consiste en la limpieza de la cámara pulpar y aplicación del agente blanqueador a base de agua oxigenada y perborato de sodio, que por acción gasógena penetra en los túbulos dentinarios removiendo pigmentos provenientes de hemorragia en el interior de la cámara pulpar, de restos necróticos o materiales obturadores.

A pesar de presentar resultados estéticos bastante satisfactorios, esta técnica, si no se toman los debidos cuidados, eventualmente el diente se puede tornar más susceptible a la fractura²; esto, entre tanto, no quiere decir que ese diente se vaya a fracturar únicamente en función de la técnica

adoptada. No obstante, por ser económica, fácil y principalmente, conservadora, esa técnica debe ser aplicada siempre que la estética de un diente estuviera favorable, ya que una segunda opción sería la realización del desgaste del referido diente y colocación de una corona metal-cerámica o metal-plástica.

En este artículo se relata el caso de blanqueamiento realizada en un incisivo central superior izquierdo que recibió pulpotomía y unión del fragmento hace 7 años debido a la fractura del tercio medio de la corona.

Relato del caso:

El paciente, de sexo masculino y 20 años, se presentó quejándose por el oscurecimiento del incisivo central superior izquierdo, que había sido fracturado 7 años antes a nivel del 1/3 medio de la corona y con exposición pulpar (figura 1). En la época fue realizada la pulpotomía (figura 2) y la

unión del fragmento con resina compuesta (figuras 3 y 4). Este caso clínico fue tratado periódicamente desde la época del accidente.

La técnica de pulpotomía adoptada fue la inmediata³, donde en una única sesión de atención se realizó la remoción de la pulpa coronaria (figura 2), que ya había sido expuesta 48 horas atrás y colocada sobre el remanente pulporadicular hidróxido de calcio en forma de polvo. Este fue cubierto con Dycal y después, por el sistema adhesivo (condicionamiento ácido y resina compuesta fluidificada). El fragmento fue unido contra la porción coronaria remanente⁴ (figuras 4 y 6).

Para ese tipo de tratamiento conservador de la pulpa dentaria, es conveniente, transcurridos 45 a 60 días de la pulpotomía, proceder a la remoción, no sólo de hidróxido de calcio sino también del área de necrosis pulpar provocada por el contacto del

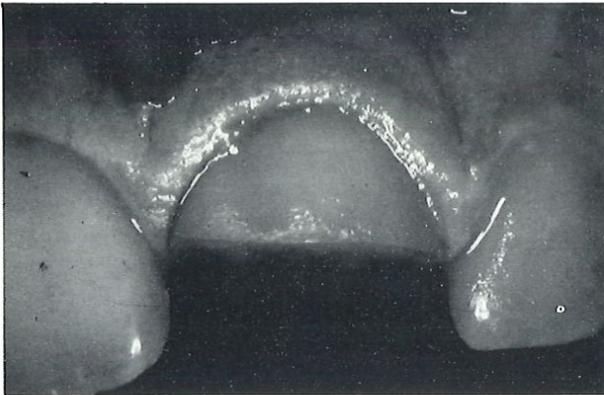


Figura 1- Incisivo central superior izquierdo con fractura en la altura del tercio medio de la corona, con exposición pulpar.

hidróxido de calcio con la pulpa radicular^{1,3}. Esta conducta trae algunos beneficios, a saber: 1) Posibilita objetivamente constatar la presencia o no de la barrera mineralizada, comprobando el éxito o fracaso del tratamiento; esa constatación es hecha por la visualización directa de la barrera mineralizada como también por el sondaje directo de esa barrera con un instrumento endodóntico de calibre fino. Esta inspección clínica tiene mayor poder de resolución que los otros exámenes subjetivos para comprobación del éxito del tratamiento^{1,3}; 2) La remoción del hidróxido de calcio y de la zona de

necrosis sólo podrán ser benéficos al puente y a la pulpa, pues aquel tejido necrótico hasta entonces existente, se puede tornar un irritante pulpar a distancia. Por otro lado, la colocación de un nuevo agente de protección pulpar (cemento de hidróxido de calcio), ahora sobre el puente de dentina, no solamente estimulará la pulpa remanente a distancia en su función de sintetizar dentina, sino también uniformizarla si hubiera alguna irregularidad no detectada por los exámenes clínicos.

El examen clínico mostró el oscurecimiento del diente (figura 7) y reveló también que el fragmento estaba bastante firme. Bajo el punto de vista radiográfico la pulpotomía fuera un éxito, pues no presentaba lesiones periapicales y acusaba la presencia de barrera mineralizada (figura 5).

El origen de ese oscurecimiento puede haber sido la ocurrencia de hemorragia pulpar después de la colocación del hidróxido de calcio, como también por la necrosis de coagulación provocada por el contacto del hidróxido de calcio con la pulpa en la época en que la pulpotomía fue realizada¹. Con el pasar del tiempo, esa área de necrosis, que no había sido removida para constatar la presencia o ausencia de barrera mineralizada 60 días después de la pulpotomía, pudo haberse descompuesto y sus productos podrían haber impregnado los túbulos dentinarios, oscureciendo la corona del diente¹.

En vista de eso, se optó por realizar un blanqueamiento asociando el peridrol (agua oxigenada a 30%) con perborato de sodio^{4,5}. La apertura coronaria fue hecha por la cara lingual del incisivo, sin retirar el fragmento unido; era nítida la presencia de restos necróticos del tejido pulpar, que fueron provocados por la acción del hidróxido de calcio. Enseguida, a través de irrigaciones sucesivas con agua oxigenada a 5 volúmenes y acción de fresas esféricas actuando en baja rotación, todo ese material fue removido, limpiando completamente la cámara pulpar. Después de constatar clínicamente la presencia de la barrera mineralizada (confirmación del éxito de la pulpotomía), esta fue protegida con cemento Dycal y sobre él se aplicó cemento ionomérico; después del endurecimiento del cemento fue aplicada en la cámara pulpar una pasta obtenida con agua oxigenada a 30% y perborato de sodio y vedada con IRM.

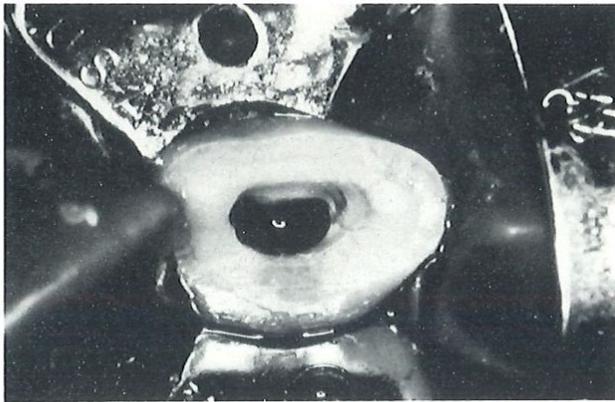


Figura 2- Después de la apertura de la cámara pulpar, el tejido pulpar coronario fue incidado y removido. Note la coloración rojiza de la pulpa radicular remanente, señal de vitalidad pulpar y posibilidad de continuación del procedimiento.



Figura 3- Fragmento de la corona después de haber recibido alivio interno (remoción de la dentina) y condicionamiento ácido. Esto también fue hecho en el remanente coronario del incisivo central.

Después de una semana, el paciente retornó y ya era posible observar una mejoría en el color, aunque todavía no era totalmente satisfactorio. En vista de eso, se optó por realizar una segunda aplicación de la pasta blanqueadora y aguardar una semana más.

Al final de la segunda semana, la coloración ya alcanzaba una tonalidad satisfactoria, evidenciada por la diferencia proporcionada por la coloración de la resina compuesta usada para unir el fragmento, que se presentaba bastante oscurecida.



Figura 4- Procedimiento de unión del fragmento sobre el remanente coronario con resina compuesta fluidificada.



Figura 5- Radiografía periapical mostrando la presencia de la barrera mineralizada y apariencia periapical normal.

Una vez alcanzada la tonalidad deseada (semejante a los dientes vecinos) la cámara pulpar fue lavada para la remoción de la pasta blanqueadora y rellena con el sistema adhesivo (condicionamiento ácido-resina fluida-resina compuesta). En la misma sesión se realizó, por vestibular y lingual, la confección de una canaleta correspondiente al fragmento, como en el remanente dentario, a fin de tornar el esmalte más receptivo al ataque ácido y también enmascarar la línea de unión; a continuación fue hecha la nueva restauración con resina compuesta activada físicamente. La figura 8 muestra el caso final, donde el incisivo central superior izquierdo recuperó su armonía estética en relación a sus dientes vecinos y antagonistas.



Figura 6- Apariencia clínica después de la unión y acabado de la resina compuesta.



Figura 7- Aspecto clínico después de 7 años, donde se puede notar el oscurecimiento del diente desde el tercio cervical hasta el nivel de la fractura.



Figura 8- Aspecto final del diente después del blanqueamiento, donde se puede notar el retorno del color normal del diente. En esta fase fue confeccionada una canaleta o doble bisel, tanto en la porción correspondiente al fragmento como en el remanente dentario y su restauración con resina compuesta.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1•FRANCISCHONE, C.E. Avaliação clínica e radiográfica feita a curto e longo prazo de uma técnica de pulpotomia, em funcao de idade do paciente, do grupo de dentes e da propedeutica pré-operatória, Bauru, 1978. (Tese-Doutoramento-Faculdade de Odontologia de Bauru-USP.)

2•FRANCISCHONE, C.E. et alii. Resistencia à fratura de dentes despolpados tratados com agentes clareadores. Rev. Bras. Odont., 43(4):2-5, jul/ago.1966.

3•MONDELLI, J. et alii. Dentística operatória. Sao Paulo, Sarvier, 1983.

4• _____ . Restauracoes estéticas. Sao Paulo, Sarvier, 1984.

5•NUTTING, E.G. & POE, G.S. Chemical bleaching of discolored endodontically treated teeth. Dent. Clin. N. Amer., :655-62, Nov. 1967.