

Fractura Horizontal, Respetemos la vida de los fragmentos

Casos Clínicos Dr. Antonio Manuel Martínez de Haro
Texto revisión Carlos Vidal Tudela

Las fracturas radiculares horizontales se caracterizan por lesionar siempre cuatro tejidos: Periodonto, cemento, dentina y pulpa y en algunas ocasiones un quinto tejido, el óseo. Se presentan con poca frecuencia y su patrón de reparación es complejo debido al deterioro concomitante de las estructuras mencionadas

Es un traumatismo poco común que suele causar grandes daños, clínicamente se ve alargamiento del diente y, a veces, movilidad aunque puede pasar inadvertida. No suele haber lesión pulpar ya que es poco frecuente que haya comunicación con el exterior.

Tipos de fracturas: Pueden ser de tres tipos, A) Horizontales (60% tercio medio, 25% tercio apical, 15% tercio coronal) B) Oblicuas C) Verticales, Si es uniradicular solamente la extracción garantizará el éxito. Si es multiradicular la amputación de la raíz afectada solucionará el problema.

Tratamiento

Si la fractura es horizontal u oblicua la simple reposición del fragmento coronal, su ferulización por 3 semanas (preferiblemente móvil con composite y alambre o fibra de vidrio) y ajuste oclusa serán suficientes ya que debemos preservar la vitalidad cuando exista y no realizar el tratamiento de conductos hasta que existan signos de necrosis. Ser conscientes de que el fragmento mas apical suele mantener su vitalidad y no es normal la contaminación bacteriana al no estar expuesto, y en caso de necesidad de tratamiento el mas correcto seria el que Antonio Manuel

presenta tratando solamente la parte mas coronal respetando el fragmento apical que suele permanecer vital.

Evolución

1) Curación

Según el tiempo transcurrido desde que se produjo la fractura hasta que se trató, el tipo de inmovilización conseguida las características de la fractura se pueden producir distintos tipos de tejidos de reparación

Por un lado tendremos la pulpa y por otro el periodonto intentando solucionar el problema. Dependiendo del estado en que estos se encuentren obtendremos diferentes formas de reparación

Pulpa intacta Actuará como una exposición pulpar en condiciones optimas sin infección bacteriana donde existe una activación odontoblastica para crear un puente de tejido duro que unirá los fragmentos en 2-3 meses, esta unión se da con la formación inicial de un callo que estabiliza la fractura seguida de la aposición de cemento del tejido periodontal

Pulpa afectada:

Ausencia bacteriana: Da lugar a un proceso de revascularización en el fragmento coronal. Este procesos tendrá como resultado la obliteración del conducto al mismo tiempo que se da el proceso de revascularización, células derivadas del ligamento periodontal dominan en la reparación resultando una unión de los fragmentos con interposición de tejido conectivo.

Contaminación bacteriana: El tejido pulpar del fragmento coronal

sufrirá necrosis con acumulación de células inflamatorias y tejido de granulación entre los fragmentos.

Durante los estados iniciales del proceso de reparación, el tejido pulpar traumatizado produce una respuesta inflamatoria y por lo tanto estimula la liberación de factores de activación osteoclastica, debido a ello, el proceso e reabsorción radicular se lleva a cabo ya sea en la periferia del sitio de la fractura ó en el borde del conducto radicular en el 60% de los casos, la reabsorción puede ser evidente un año después de la fractura. Estos procesos son autolimitantes y se detienen en 1 o 2 años posteriores a la reparación, por esto la reabsorción en los primeros años tampoco debe justificarla endodoncia.

2) Fracaso

Formación de tejido de granulación. Este tejido supone el fracaso del tratamiento conservador. Aparece una destrucción del hueso entre las superficies fracturadas y alrededor de ella, ahora si el tratamiento de conductos será de elección.

Cuando aparece esta complicación habrá que realizar el tratamiento de conductos del fragmento coronario, procurando no irritar ni invadir durante la preparación del conducto la zona de la fractura. La obturación del conducto se realizará de forma provisional con hidróxido de calcio, para estimular la formación de tejido duro en el extremo apical del fragmento coronario. En ningún caso debemos intentar sobrepasar la línea de fractura y por supuesto mucho menos instrumentar el fragmento apical pues prácticamente siempre se mantiene vital. Actualmente y como opción al hidróxido de calcio podremos hacer un tapón con MTA y obturar en unos días.

Pronostico

El grado de formación del ápice.

Cuanto más inmaduro sea el cierre apical más favorable será el pronóstico.

El desplazamiento de los fragmentos:

A menor desplazamiento mejor pronóstico.

El estado periodontal.

Mal estado periodontal, esto es cuanto más próxima esté la línea de fractura del surco gingival, peor será el pronóstico. La comunicación del foco de fractura con la cavidad oral a través del surco gingival, implica un mal pronóstico por la fácil invasión bacteriana.

Tiempo que se tardó en instaurar el tratamiento.

Cuanto menor sea el tiempo transcurrido entre la fractura y la reducción e inmovilización de los fragmentos mejor será el pronóstico. El pronóstico de conservación del diente completo o de la corona y parte de la raíz es bueno. Podemos establecer un pronóstico de: Tejido de reparación manteniéndose la vitalidad pulpar en el 75%. Tejido de reparación y necrosis pulpar en el 20%.

No podemos esperar a que desaparezca la línea de fractura en la radiografía, pues como decíamos anteriormente en todos los tejidos de reparación es visible, de forma radioopaca en los tejidos calcificados o radiolúcida en los conjuntivos.

2 Casos Clínicos. Dr. Martínez de Haro

