

## UN CASO DE REABSORCION RADICULAR TOTAL

Por el Dr. JUAN CH. BASIL

Melo — Cerro Largo

Este es un caso de interés clínico; lo he considerado de interés presentarlo en estas Jornadas por la poca frecuencia que se observan. A los efectos de dar una información que pueda aclararnos o por lo menos aclararme, he tratado de buscar informaciones que la Patología Bucal puede brindarnos, y que puede concretar desde ya, la coincidencia de conceptos generales en cuanto a la patogenia de estos procesos.

No ha de encontrarse mejor forma de definir la reabsorción radicular, que aquella que expresa, es el proceso inverso a la cementosis. Es un proceso que suele iniciarse como pequeñas excavaciones que luego se van sumando; pueden presentarse o comenzar en cualquier parte de la raíz, pero a la inversa de la cementosis que tiene preferencia por el ápice, la reabsorción radicular suele extenderse por las caras laterales. Los dientes que sufren el proceso de las reabsorciones radiculares, cuando son extraídos, se nota la ausencia total en la zona afectada, de las fibras periodontales. Este proceso de reabsorción puede atacar exclusivamente el cemento, o a éste y a la dentina. No es raro ver en un mismo diente, la presencia de los dos procesos: reabsorción y cementosis, siguiendo lo que unos afirman, que es raro que un proceso de reabsor-

ción o destrucción, no vaya acompañado de una neoformación y según prime uno u otro proceso, tendremos una cementosis o una reabsorción. Cuando se produce la cementosis, las nuevas laminillas de cemento se colocan ya por fuera o por dentro del cemento normal, e incluso entre las laminillas; en cambio, la reabsorción radicular no guarda ninguna relación con las laminillas, ni con los cementoblastos, ni con los canalículos dentinarios, ni con los grumos de la zona granular; los ataca a todos indiferentemente. Cuando ataca a la dentina, se denomina reabsorción cemento-dentinaria, y a la parte dentinaria de la reabsorción se le llama reabsorción dentinaria externa, para diferenciarla de la interna, que es la que proviene de la cámara pulpar. Se deduce entonces, que para que haya reabsorciones dentinarias externas, debe producirse previamente la reabsorción del cemento y para que se produzca la reabsorción radicular, lo afirma Erausquin, se debe pensar en una alteración, una irritación del periodonto; si la cementosis es producida por una simple superactividad calificadora, existiendo un simple fenómeno congestivo, la hiperemia permite trabajar con más actividad. Pero en las reabsorciones, son debidas a actividades destructivas que compensan o son compensadas por actividades constructivas, debiendo-

se todo esto a procesos inflamatorios que han dado lugar a la morificación de los tejidos. Agreguemos que en un periodonto débilmente inflamado aparecen las células gigantes, osteoclastos o mieloplaxias; y cuando actúan sobre el cemento debieran llamarse cementoclastos, y cuando actúan sobre la dentina, dentinoclastos; pero estas células se van colocando en las superficies del cemento a reabsorberse e inician su trabajo produciendo esas pequeñas concavidades, que más tarde se unirán, llamando a esas concavidades "lagunas" de Howship por el primero que las descubrió. En resumen, en cuanto a patogenia puede considerarse a la reabsorción externa, como el producto de una irritación periodontal que da lugar a la aparición de osteoclastos; las reabsorciones suelen ir acompañadas de cementosis, pero cuando las reabsorciones se producen en el tejido óseo, la combinación de reabsorción e hiperactividad es un fenómeno normal, y efectúa lo que se llama remoción general del esqueleto, y que dura toda la vida del individuo, caracterizándose por continuas destrucciones y neoformaciones de hueso; procesos destructivos y neoformadores realizan una alteración normal; pero existen en el hueso también las neoformaciones y reabsorciones patológicas. En el cemento normalmente no se producen nunca, y cuando hay reabsorciones y neoformaciones, se deben a alteraciones del periodonto. Pero a veces, se produce también el proceso con punto de partida de iniciación en la

pulpa produciendo —sin estar en contacto con el exterior— lo que denominamos anteriormente, **reabsorción dentinaria interna**. La pulpa dentaria, de medianas condiciones de nutrición, sufre a veces irritaciones que la hacen reaccionar, llegando a un estado de inflamación crónica, aumentando de volumen, constituyendo un granuloma o pólipo, que puede durar años, y es ahí donde aparecen los osteoclastos produciendo las reabsorciones dentinarias internas, pero que no es propiamente el caso, la pulpa en comunicación con el exterior.

La reabsorción dentinaria interna verdadera es debida a una irritación de la pulpa semejante a la que en el periodonto hacía producir la reabsorción radicular; aquí también aparecen los osteoclastos que van a producir una cavidad en la superficie interna de la dentina; esos eran los casos denominados "caries internas", lo cual no es cierto por el concepto que se tiene hoy de la caries dentaria. Y si esa reabsorción interna de la dentina continúa, se transforma en una reabsorción adamantina; se puede producir aquí también neoformaciones constituyendo un nuevo capítulo que entusiasma a los biólogos, porque lleva en él, el problema de la metaplasia; no entramos en este comentario a las teorías que afirman la formación de tejido óseo dentro de la cámara pulpar. Agreguemos que existe además, las reabsorciones adamantinas externas, que recaen generalmente sobre los dientes incluidos por acción de los osteoclastos, y que al producirse pueden llegar a la dentina;

y esas lagunas pueden a veces rellenarse con laminillas óseas.

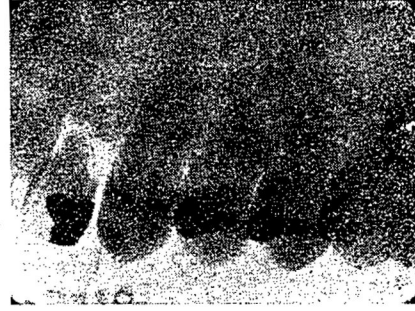
Afirma Erausquin, que en conjunto, todas las reabsorciones son debidas a la irritación de los tejidos blando en primer lugar; en 2º lugar, siempre que hay reabsorciones hay neoformaciones y vice versa, siendo lo único que las diferencia el predominio de uno u otro, y por eso se habla de una neoformación, o de una reabsorción, aunque en realidad hayan existido las dos. A esa reabsorción interna del diente a la cual me referí, y que Tomas la define como la reabsorción idiopática del diente con metaplasia, fue lo que con el nombre de mancha rosada, la definieron Miller y Mummary, y que es cuando la corona está afectada y el tejido vascular de la pulpa brilla a través de la adelgazada capa o pared del diente. Los investigadores alemanes creen que esta enfermedad se origina en la pulpa y la denominan, como Erausquin, granuloma interno, y aunque esta pulpa enferma tuviera como causa de la misma, algunos tipos de obturaciones, se puede afirmar que se han producido en dientes sin obturación, y muchas veces en dientes que no habían hecho erupción; y si la reabsorción se produce en un diente normal, suponen también que la infección penetra por algún conducto radicular accesorio, a causa de una enfermedad periodontal. Pero además, hay que insistir que la reabsorción radicular puede presentarse sin infección; si el traumatismo occlusal intenso causa reabsorción de la superficie del diente, cabe pensar que si ésta se inicia,

puede luego continuar en ciertas condiciones. Y por fin, la reabsorción puede producirse sin que la pulpa intervenga en el proceso, o como anota la llamada reabsorción interna, en todos los casos estudiados por él, comienza desde afuera, apoyándose en la teoría de Aisenberg, quien pudo demostrar la existencia de epitelio en la pulpa, derivado de los restos celulares (de Malazzez) contenidos en la membrana periodontal; pero hemos de recordar que el epitelio en la pulpa puede producirse durante el desarrollo del diente; ello equivale a decir que encontrarlas en la pulpa no es evidencia irrefutable de ataque externo.

Concretando, y según las afirmaciones de Euler y Meyer de 23 casos observados, llegan a la conclusión de que la reabsorción idiopática del diente puede ser de origen externo e interno; que hay reabsorción y neoformaciones y se afirma que hay un verdadero proceso de metaplasia. Cuando existan en una boca varios dientes afectados en forma semejante y al mismo tiempo o sucesivamente, parecen indicar que en el fenómeno está obrando un factor orgánico desconocido, o por la existencia de conductos radiculares accesorios. En cuanto a la sintomatología, puede manifestarse por una lesión de la encía que bordea el diente; a veces el diente o la corona remanente puede hacerse dolorosa; muchas veces hay ausencia de dolor y otras provocar verdaderas neuralgias extendidas, y de pronto el diente se manifiesta con un dolor del tipo de artritis. Cuando la reabsorción interna es grande,

la fractura frente a esa zona, es cosa frecuente. Muchas veces, radiológicamente se interpreta una sombra coronaria como caries, y al penetrar con la fresa en la fisura se produce la hemorragia; en otras radiografías, observadas al buscar información para este caso, aparecen dientes con conductos obturados, y con zonas de reabsorción dentinaria interna; puede afirmarse entonces que si el foco de reabsorción está alejado de la pasta obturatriz, la reabsorción fue posterior y la causa hay que admitir, tuvo origen en la periferia. En muchos casos de reabsorción radicular periférica se han encontrado conductos accesorios por donde el proceso penetra en el diente; este conducto se ensancha, y se abren diversas vías de reabsorción, y el tejido de reparación que es tejido cortical deja una señal permanente del proceso, que puede consistir en travéculas óseas que encierran espacios medulares, y a medida que la reabsorción del cemento continúa, hay aposición de tejido óseo, esponjoso o compacto, y en muchos casos, a la reabsorción del cemento se produce la reparación o neoformación por travéculas de osteocemento. En aquellos casos de reabsorción interna con aumento de volumen pulpar la solución será la extirpación total de la pulpa con la finalidad de conservar el diente; pero en el caso de reabsorciones externas, ésta continúa independientemente, que se extirpe o no la pulpa; y si la reabsorción es próxima al ápice, quizás la apicectomía puede ser útil después de tratar el conducto radicular.

1292



El caso que presento a Udes. es de una mujer de 23 años; concurrió a mi consultorio enviada por un colega para la toma de una radiografía del inc. lateral sup. derecho; no hay lesión por caries, pero la corona tiene una incrustación de oro desde hacía dos años. La paciente padecía dolores irradiados a la cara en toda su parte derecha, desde hacía 15 días, y que le llegaba a molestar el ojo derecho. Aunque los dolores no eran fuertes, quería salir de esa situación. Al examinar la corona noté su movilidad, que daba la sensación de fractura coronaria, pero al ver la radiografía aprecié la ausencia total de la raíz y que la retención en boca se hacía por sostén mucoso exclusivamente. La conclusión de este caso, fue la extracción de esa corona; es el caso que puede incluirse en aquellos cuyo punto inicial fue la irritación mucosa primero, que provocó la reabsorción dentinaria y luego dentino-cementaria, a eso se agrega alguna lesión del periodonto produciéndose por acción de los cementoclastos en última instancia la reabsorción total, y las lagunas fueron ocupadas luego por tejido óseo.

Este caso está a consideración de ustedes.