



REPORTE DE CASO

RESORCIÓN CERVICAL INVASIVA EN INCISIVO LATERAL INFERIOR

EXTERNAL CERVICAL RESORPTION IN MANDIBULAR LATERAL INCISOR

Ana Karina Court-Pinto^{1*}, Ilusión Romero²

¹ Especialista en Endodoncia. Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela (od.anacourt@gmail.com) (ORCID: 0000-0002-6481-9221)

² Especialista en Periodoncia. Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela. (ORCID: 0000-0002-9970-6120)

Editor académico: Dra. Dra. Maira Quevedo-Piña.

RESUMEN

La resorción radicular es la pérdida de tejido dentario por la acción odontoclástica. Existen distintos tipos de resorciones radiculares, entre ellas la resorción cervical invasiva o resorción cervical externa. La resorción cervical invasiva es poco frecuente que inicia en el tercio cervical del diente. Por su clínica asintomática, suele ser un diagnóstico radiográfico. Sin embargo, este diagnóstico suele ser difícil, ya que por su aspecto clínico y radiográfico, puede confundirse con una lesión de caries o resorción radicular interna. Su causa aún es desconocida, aunque se han relacionado distintos factores etiológicos posibles. En este reporte, se presenta un caso de paciente femenina de 32 años de edad que acude a consulta referida para evaluación y tratamiento de una lesión de resorción cervical invasiva presente en el incisivo central inferior izquierdo.

Palabras clave: Resorción de la raíz dental, resorción de raíz dental, TC de haz cónico, resorción del diente, resorción dentaria (DeCS)

ABSTRACT

Root resorption is the loss of dental hard tissue as a result of odontoclastic action. There are several types of root resorption, including external cervical resorption. External cervical resorption is uncommon; it begins on the cervical third of the tooth and it's usually asymptomatic. Because of that, it's a radiographic finding. It's a very difficult diagnosis to assess, because it can be confused with a caries lesion or internal root resorption. Several etiological factors have been associated with this lesion. In this case report, we present a case of an external cervical resorption in a mandibular central incisor of a 32 years old female patient.

Key words: Root resorption, tooth resorption, cone beam CT, invasive cervical resorption, resorption (MeSH)

Recibido: 10/08/2021; Aceptado: 21/09/2021; Publicado: 08/10/2021

Como citar: Court-Pinto AK. Resorción cervical invasiva en incisivo lateral inferior. Rep Imagenolol Dentomaxilofac 2021;1(2):19-23.

INTRODUCCIÓN

La resorción radicular es la pérdida de tejido dentario como resultado de una acción odontoclástica. Ocurre tanto en dentición primaria como permanente ^{1,2}. En el caso de la dentición permanente lleva a un daño irreversible en el diente. La resorción cervical invasiva (RCI) es un tipo específico de resorción externa que empieza en el tercio cervical del diente, producto del daño del ligamento periodontal y el cemento radicular. La prevalencia de la RCI se calcula entre 0.02% y 0.08% ³. Su diagnóstico a tiempo mejora el pronóstico de la estructura dentaria afectada. En muchos casos, no hay cambios clínicos ni síntomas, por lo que es un hallazgo radiográfico. Si la lesión ha alcanzado el tejido pulpar, el paciente presentará síntomas ¹.

El aspecto radiográfico de esta resorción no es patognomónico. Se pueden encontrar distintas imágenes de acuerdo a la etapa en la que se encuentre el proceso resortivo: Imagen radiolúcida en etapa resortiva en área cervical que puede extenderse a la dentina radicular, radiolucencias asimétricas o simétricas con bordes difusos o definidos o imagen radiopaca moteada en etapa reparativa ².

La Asociación Americana de Endodoncia y la Sociedad Europea de Endodoncia recomiendan usar la tomografía computarizada de haz cónico (TCHC) de campo de visión limitado o pequeño para la evaluación de las resorciones. Este examen permite la ubicación y determinación precisa del tamaño de la lesión, superando las limitaciones de la radiografía periapical. La visión tridimensional facilita la evaluación de la lesión, sin superposición de otras estructuras y distorsión geométrica ⁴.

Patel *et al.* ⁴, describen una clasificación que toma en cuenta el aspecto de la lesión en las imágenes tomográficas. Esta clasificación identifica tres elementos: altura, extensión

circunferencial y proximidad al conducto radicular.

- **Altura:** se establece de acuerdo a la extensión vertical máxima de la lesión en la superficie radicular y en relación con la cresta ósea. La raíz es dividida, usando la unión amelocementaria y el ápice dentario como puntos de referencia, en tercios coronal, medio y apical. Para establecer la altura, se utilizan radiografías periapicales y los cortes sagital y coronal de la TCHC. Se divide en cuatro tipos: 1: a nivel de la unión amelocementaria o coronal a la cresta ósea (supracrestal), 2: se extiende al tercio coronal de la raíz y apical a la cresta ósea, 3: se extiende al tercio medio de la raíz y 4: se extiende al tercio apical de la raíz ⁴.
- **Extensión circunferencial** se clasifica de acuerdo a la máxima extensión dentro de la raíz. Se evalúa en el corte axial de la TCHC. Se clasifica en A: menos o igual a 90°, B: entre 90° y 180°, C: entre 180° y 270° y D: más de 270° ⁴.
- **Proximidad al conducto radicular** que se determina en las vistas axiales de la TCHC. Se divide en d: lesión limitada a dentina y p: probable compromiso pulpar. Estos tres aspectos juntos ofrecen información acerca del avance tridimensional de la lesión ⁴.

En este reporte, se presenta un caso de una paciente con resorción cervical invasiva, confirmado con el uso de TCHC.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 33 años de edad acudió a consulta remitida para evaluación y tratamiento del incisivo central inferior izquierdo. A la consulta se presentó asintomática. Refirió antecedentes de dolor leve localizado provocado a los cambios térmicos y haber recibido atención de urgencia previamente. Clínicamente, se observó incisivo central inferior izquierdo (3.2) con cavidad obturada con cemento provisional en tercio cervical vestibular y tercio medio de la cara lingual.



Figura 1. Radiografía periapical de la zona afectada 3.2. Imagen radiolúcida difusa en tercio cervical distal de la raíz dentaria

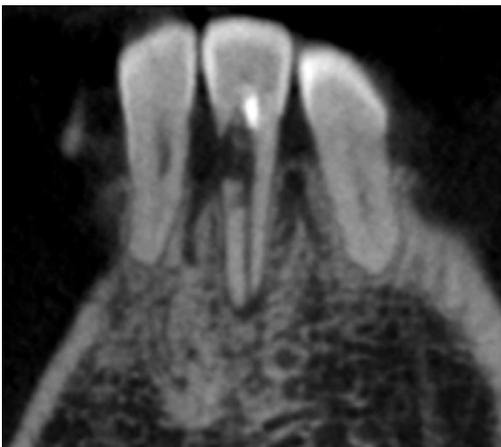


Figura 2. Vista coronal del 3.2 Imagen hipodensa en tercio cervical mesial del diente que se comunica con el sistema de conductos radiculares.

Se realizó radiografía periapical de la zona. En el 3.2 se observó imagen radiopaca a nivel de la cámara pulpar y entrada del sistema de conductos radiculares. En la cara mesial del tercio cervical de la raíz dentaria, se observó imagen radiolúcida de bordes difusos (Figura 1). Se indicó estudio tomográfico. El examen del diente 3.2 fue realizado con un tomógrafo de haz cónico CS 9500 (Carestream, Atlanta, GA, USA) y visualizador Imaging Software 3.3.9 (Carestream, Atlanta, GA, USA).

En el corte coronal, se observó que el 3.2 presenta una imagen hipodensa desde mesial de la raíz a nivel del tercio cervical y medio radicular,

por debajo del límite amelo-cementario que se extendía hasta comunicarse directamente con el espacio ocupado por el sistema de conductos radiculares. Se observó también una imagen hiperdensa ocupando el espacio de la cámara pulpar (Figura 2). En cortes sagitales, se visualizó imagen hipodensa en tercio cervical y medio radicular, extendida hasta vestibular de la raíz por debajo del límite amelocementario. En comunicación con el sistema de conductos radiculares (Figura 3). En el corte axial realizado a nivel del tercio medio radicular, se observó imagen hipodensa en la pared mesial de la raíz que crea una comunicación entre el periodonto y el sistema de conductos radiculares (Figura 4).

DISCUSIÓN

La resorción cervical invasiva es un tipo específico de resorción agresiva e invasiva ^{1,2}. Su causa es desconocida, pero se han propuesto distintos factores que podrían estar relacionados. Entre ellos encontramos traumatismos dentarios, blanqueamiento interno, ortodoncia, procedimientos quirúrgicos, enfermedades autoinmunes, virus de la varicela zóster, virus de paciente refiere únicamente como antecedentes el uso de aparatología de ortodoncia en tres oportunidades, siendo la última hace siete años.

Aunque la mayoría de los casos son asintomáticos ¹, si la lesión alcanza la cámara pulpar o el sistema de conductos radiculares, el paciente desarrollará síntomas como ocurrió en el presente caso. La paciente refirió historia de dolor previo, provocado a cambios térmicos que cedieron una vez realizado un tratamiento de urgencia.

El aspecto radiográfico de esta resorción observada es una imagen radiolúcida asimétrica que se extiende a dentina radicular y que está en contacto directo con el sistema de conductos radiculares. Aunque este aspecto no es único de esta lesión, coincide con el aspecto descrito con más frecuencia en la literatura ^{1,2}. Este caso se puede clasificar de acuerdo a sus características observadas en la TCHC ⁴, la altura se ubicaría en

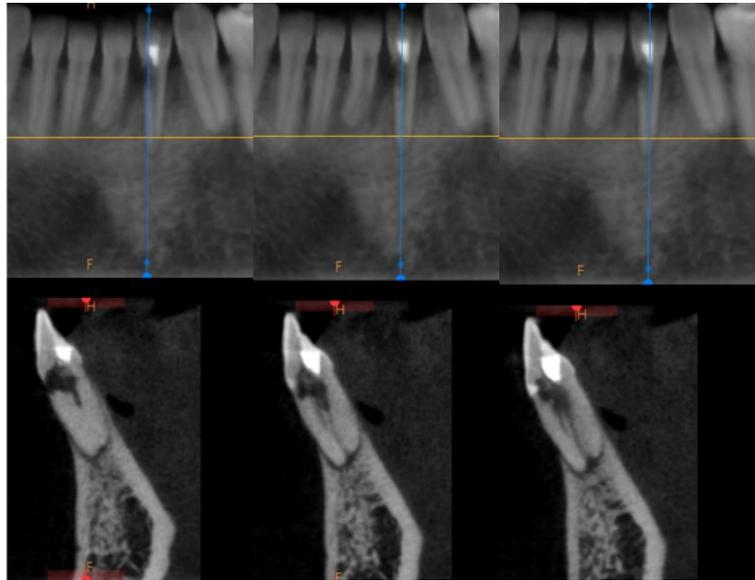


Figura 3. Vistas sagitales del 3.2. Imagen hipodensa en tercio cervical vestibular del diente que se comunica con el sistema de conductos radiculares. Muestra la comunicación con el periodonto.

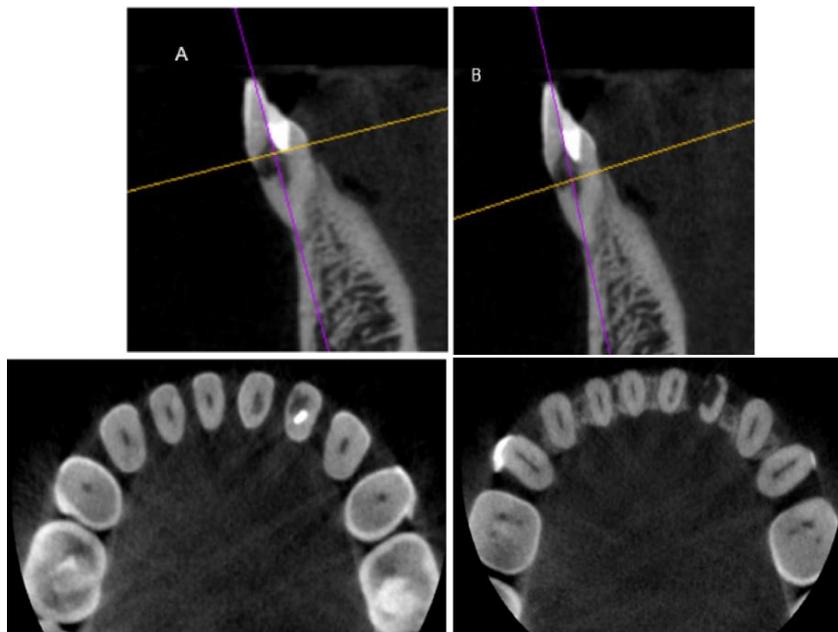


Figura 4. Vista axial. Imagen hipodensa en comunicación con el periodonto y el sistema de conductos radiculares en el 3.2.

3, la extensión B y la proximidad al conductor radicular en p.

La RCI, por su aspecto radiográfico, tiende a confundirse con una lesión de caries o con resorción radicular interna. En el caso de la caries dental, la diferencia radica en las características clínicas de la cavidad resortiva con una superficie firme y sangrado profuso al sondaje. La lesión de

caries presenta un tejido dentario duro reblandecido^{4,5}. El diagnóstico diferencial con la resorción radicular interna se realiza con una buena radiografía. En la RCI, los bordes de la imagen son bien definidos y simétricos y la configuración del conducto aumenta en tamaño. En las resorciones externas son irregulares y asimétricos, variando en densidad, el conducto permanece intacto y puede ser delimitado a

menos que la resorción haya avanzado e invadido ese espacio⁵. Un buen conocimiento del aspecto clínico y radiográfico de estas tres lesiones ayudará al clínico a distinguirlas y tratarlas de forma acertada a tiempo.

Conflicto de intereses: las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Autor para correspondencia:

Ana Karina Court-Pinto. Cátedra de Radiología, Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela. (od.anacourt@gmail.com)

REFERENCIAS

1. Kandalgaonkar S, Gharat L, Tupsakhare S, Gabhane M. Invasive Cervical Resorption: A Review. *J Int Oral Health*. 2013;5(6):124-30.
2. Patel S, Kanagasingam S, Ford T. External cervical resorption: A review. *J Endod*. 2009;35(5):616-25. DOI: 10.1016/j.joen.2009.01.015
3. Jeng P, Lin L, Chang S, Lee Y, Wang C, Jeng J *et al*. Invasive cervical resorption—distribution, potential predisposing factors and clinical characteristics. *J Endod*. 2020;46(4):475-82. DOI: 10.1016/j.joen.2020.01.011
4. Patel S, Foschi F, Mannocci F, Patel K. External cervical resorption: a three-dimensional classification. *Int Endod J*. 2018;5:206-14. DOI: 10.1111/iej.12824
5. Hiremath H, Yakub S, Metgud S, Bhagwat S, Kulkarni S. Invasive Cervical Resorption: A Case Report. *J Endod*. 2007;33(8):999-1003. DOI:10.1016/j.joen.2007.02.014