

Contexto

La reabsorción radicular externa (RRE) ocurre cuando la capa de cementoblastos se ve seriamente dañada o removida (1). Dentro de los factores etiológicos se encuentran el trauma, aclaramiento dental interno, cirugía periodontal previa, movimientos ortodóncicos, presión de dientes adyacentes no erupcionados y condiciones patológicas como tumores y en dientes reimplantados (2). La reabsorción radicular puede ocurrir también como resultado de enfermedades sistémicas y desórdenes endocrinos (3). La identificación del origen del trauma conducirá al diagnóstico del tipo de RRE que se presente, y esto dirigirá el tratamiento adecuado (1).

Objetivo

Establecer el manejo clínico en endodoncia de la reabsorción radicular externa con base en la evidencia científica.

Método

Se realizó la búsqueda en bases de datos online bajo los siguientes criterios de búsqueda y palabras clave:

- External root resorption
- Root resorption AND dental trauma
- Root resorption AND occlusal trauma
- Root resorption AND bleaching
- Root resorption AND treatment
- BASES DE DATOS: PUBMED, EBSCO SCIELO, TRIPDATABASE (inglés y español).

Se exploraron todos los títulos de las publicaciones reportadas. Los estudios que parecían cumplir con los criterios de inclusión en el título y/o el abstract se sometieron a la evaluación del nivel de evidencia con base en las plantillas de OSTEBA. Los estudios incluidos en el estudio se registraron en la matriz bibliográfica (Tabla 1).

Los cuatro investigadores realizaron la evaluación de los artículos teniendo en cuenta la metodología y contenido.

Resultados

Se obtuvieron 1.503 títulos al realizar la búsqueda con las palabras clave seleccionadas. Después de leer los títulos 1001 artículos fueron descartados y posteriormente 417 artículos más fueron excluidos al leer el abstract. Finalmente, se seleccionaron 85 artículos que se ajustaban al objetivo de la revisión. De estos, 52 se excluyeron por duplicados en las bases de datos consultadas, por lo tanto se analizaron 33 artículos. Se seleccionaron 33 reportes de caso. Estos se sometieron a revisión por medio de las plantillas de nivel de evidencia de OSTEBA (para serie de casos) y se seleccionaron únicamente los artículos con nivel medio y alto de la tabla. Finalmente se seleccionaron 14 artículos.

Los artículos se analizaron y se realizó un resumen estableciendo el tratamiento endodóncico ideal en casos de reabsorción externa según la localización de la patología. Se tuvieron en cuenta las conclusiones y discusiones planteadas por cada autor con base en el tratamiento de la reabsorción radicular externa.

Recomendaciones Clínicas

TIPO DE REABSORCIÓN	MANIFESTACIONES CLÍNICAS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
Reabsorción externa superficial	No existen signos ni síntomas detectables.	Generalmente no visible en radiografías. Si se hace visible, se observa como pequeñas excavaciones en la superficie radicular con normalidad del espacio del ligamento periodontal y de la lámina dura.	Ninguno
Reabsorción externa inflamatoria apical	Puede empezar durante la 2 a 12 semanas después del trauma. Generalmente es asintomática.	Ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, pérdida de la lámina dura y de la estructura dental, con bordes irregulares. Si se encuentra en el ápice se observa una zona radiolúcida progresiva en el hueso adyacente a la región de reabsorción radicular.	Debridación del conducto con técnica crown down, irrigación con hipoclorito de sodio al 1-3%, y sello del ápice (4mm) con MTA. Segunda cita obturación tridimensional del conducto.
Reabsorción externa inflamatoria cervical	Puede presentar coloración rosada la corona. En algunas lesiones tempranas, se puede observar una pequeña irregularidad en el contorno gingival, asociado a un defecto en la superficie radicular que contiene tejido blando que sangra al sondaje. Asintomática. Asociada a infección pulpar produce síntomas asociados a pulpitis. Las pruebas de sensibilidad (+).	Zona radiolúcida irregular en la corona de la raíz con continuidad del conducto radicular.	-Sin compromiso pulpar: Levantamiento de colgajo, debridación y curetaje. El defecto se trata con ácido trisilicoesico (ATC) al 30% y sellado con resina compuesta reforzada. -Con compromiso pulpar: Levantamiento del colgajo, raspado y alisado radicular eliminando todo el tejido afectado, tratamiento endodóncico, irrigando con clorhexidina al 2%, obturación con gutapercha y cemento AH-26. La zona del defecto se iriga con ATC 30% y se sella con resina reforzada con ionomero de vidrio, reposición del colgajo. Tratamiento opcional: estiración intrínseca
Reabsorción por reemplazo	Son similares a las de la anquilosis, generalmente asintomática.	Lagunas de reabsorción llenas con hueso. Pérdida del espacio del ligamento periodontal. No se observan áreas radiolúcidas. La raíz puede quedar sustituida por hueso.	Ninguno

Referencias Bibliográficas

1. Ahangari Z, Nasser M. Interventions for the management of external root resorption. Cochrane Database Syst Rev. 2010; 6:1-14.
2. Opacic A, Zivkov S. Frequency of the external resorptions of tooth root. Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo 2004;132:152-6.
3. Carrotte P. Endodontics: Part 9. Calcium hydroxide, root resorption, endo perio lesions. British Dental Journal 2004;197:735-43