

## Reabsorción radicular interna. Reabsorción radicular externa

P. I. Varela-Centelles<sup>a,b</sup>, M<sup>a</sup> A. Romero Méndez<sup>b</sup>, J. M. Suárez Quintanilla<sup>b</sup> y A. Aguado Santos<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud de Burela. Lugo. <sup>b</sup>Departamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Santiago de Compostela.

### INTRODUCCIÓN

La reabsorción radicular es un proceso que cursa con destrucción del tejido dentario, de causa no infecciosa, que puede detectarse radiológicamente como lesiones radiolúcidas en la raíz dental. El aspecto clínico del diente puede ser normal y cursar con dolor o ser totalmente asintomático.

Su vinculación con otras patologías hace que el conocimiento de esta entidad sea de interés para el médico de Atención Primaria fundamentalmente por su calidad de posible marcador de patología sistémica.

Se presentan dos casos de reabsorción radicular: un raro caso de reabsorción interna múltiple y otro más frecuente de reabsorción externa, ambos hallazgos casuales en el curso de exploraciones radiológicas practicadas por otras causas.

### CASO Nº 1. REABSORCIÓN INTERNA MÚLTIPLE

La reabsorción interna fue descrita por primera vez por Bell en 1830<sup>1</sup>. Desde esta primera descripción se han sugerido múltiples factores etiológicos: herencia, inflamación pulpar crónica, traumatismo, pulpotoria, procedimientos restauradores, síndrome del diente fracturado, cíngulo invaginado, movimiento ortodóntico o herpes zoster<sup>2</sup>. Se ha implicado en la etiología de la reabsorción interna a ciertos procesos sistémicos como déficit de vitamina A o alteraciones endocrinas (hiperparatiroidismo), sin que hayan podido ser confirmados en grandes series de casos<sup>3</sup>.

La reabsorción interna es más frecuente en mujeres en la tercera o cuarta década de la vida, con una incidencia descrita de dos casos por cada 20.000 dientes<sup>5</sup>.

Se han descrito muy pocos casos de reabsorción interna múltiple, todos ellos clasificados como idiopáticos o hereditarios<sup>6</sup>, asociados a osteogénesis imperfecta<sup>7</sup> o a una historia previa de radioterapia.

La reabsorción puede continuar progresando mientras exista tejido pulpar vital.

El caso que se presenta fue un hallazgo casual en una mujer de 17 años durante un estudio de los senos maxilares con tomografía axial computarizada, en la que se exploraron cortes axiales y coronales, y se efectuó una reconstrucción tridimensional de los maxilares. Las imágenes obtenidas revelaron reabsorciones internas múltiples en los incisivos centrales superiores, acompañadas de patología periapical (fig. 1). Como consecuencia del hallazgo, el resto de la dentición se exploró clínica y radiológicamente (mediante ortopantomografía) determinándose que el proceso se circunscribía a los mencionados incisivos centrales superiores. No se pudo hallar alteración sistémica alguna, y la exploración clínica de la cavidad oral permitió identificar dos lesiones cariosas profundas, que indujeron necrosis pulpar, y fueron consideradas como causa local.

### CASO Nº 2. REABSORCIÓN EXTERNA

La reabsorción externa implica igualmente destrucción del tejido dentario, pero el origen del proceso se encuentra en el ligamento periodontal. Se trata de un proceso mucho más frecuente que el anterior, en el que se han indicado como factores implicados quistes, traumatismo, tratamiento ortodóntico, sobrecarga oclusal, tumores, blanqueamiento...

Correspondencia:  
P. I. Varela-Centelles.  
C. S. Burela.  
C/ Eijo Garay, s/n.  
27880 Burela. Lugo.

Recibido el 31-01-2002, aceptado para su publicación el 26-06-2002.

**Figura 1.** Imagen de reabsorción radicular interna múltiple de los incisivos maxilares obtenida mediante Tomografía axial computarizada.

**Figura 2.** Imagen de reabsorción radicular externa del incisivo lateral inferior izquierdo obtenida mediante ortopantomografía.

mientos dentarios intracoronales, dientes impactados o enfermedad periodontal, habiéndose descrito también casos idiopáticos<sup>8</sup>. En las reabsorciones externas han sido igualmente implicadas enfermedades sistémicas: hipoparatiroidismo, calcinosis, enfermedad de Gaucher, hiperparatiroidismo, síndrome de Turner o enfermedad de Paget<sup>9</sup>.

Radiológicamente se aprecia una radiolucidez menos definida que la reabsorción interna y con diferentes radiodensidades. Clínicamente el aspecto del diente afectado suele ser normal, cursando con dolor espontáneo al masticar o bien cursar asintomáticamente. El tratamiento consiste en identificar la presencia de posibles factores causales y eliminar su influencia. Posteriormente se ganará acceso quirúrgico al área afectada y se eliminará todo el tejido blando del interior de la lesión, restaurándose posteriormente. Puede ser preciso tratamiento endodóntico. En ocasiones, particularmente en destrucciones extensas el tratamiento es vano<sup>10</sup>.

El caso que se presenta corresponde a un varón de 63 años que acude a la consulta por sangrado gingival espon-

táneo de semanas de duración y preocupado por apreciar movilidad en sus incisivos inferiores. El paciente es explorado y se aprecia una higiene oral deficiente, cúmulo de cálculo supra y subgingival, gingivitis y profundidad de sondaje aumentada, siendo diagnosticado de periodontitis crónica del adulto. Se solicita exploración radiológica para valorar el aparato de soporte de su dentición, apreciándose como hallazgo casual una lesión radiolúcida en el tercio medio del incisivo central inferior izquierdo, compatible con reabsorción radicular (fig. 2).

La exploración posterior del paciente no reveló patología sistémica alguna ni factor local contribuyente, a excepción de la enfermedad periodontal que motivó la consulta, por lo que se diagnostica una reabsorción radicular externa de origen inflamatorio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bell T. The anatomy, physiology and disease of the teeth. Philadelphia: Carel and Lea; 1830;171-2.
2. Barclay C. Root resorption 2: internal root resorption. Dental Update 1993;9:292-4.
3. Stafne EC, Slocumb BCH. Idiopathic resorption of teeth. Am J Orthod Oral Surg 1944;30:41-9.
4. Kerr DA, Courtney RM, Burkes EJ. Multiple idiopathic root resorption. Oral Surg 1970;29:552-65.
5. Klees L, Philippart R. A propos de deux cas de granulome interne. Rev Stomatol 1948;49:414-20.
6. Thoma KH. Central osteoclastic resorption of dentin and complete repair with osteodentine in the permanent tooth of an adult. Dent Items of Interest 1935;57:28-38.
7. Rabinowitch BZ. Internal resorption. Oral Surg 1972;33:263-82.
8. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Buoquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. Philadelphia: WB Saunders and Co; 1995;51-3.
9. Chivian N. Resorción radicular. En: Cohen S, Burns R editores. Endodoncia. Los caminos de la pulpa. Madrid: Ed Médica Panamericana; 1988;678-734.
10. Zubizarreta FJ. Procesos destructivos de los tejidos duros dentarios de etiología no cariosa. En: Bascones A. editores. Tratado de Odontología. Tomo III. Madrid: Trigo Ediciones; 1998;2472-4.