



RECROMÍA DENTAL. REPORTE DE 5 CASOS CLÍNICOS.

Nuvia Pupo Esparza ¹

Iliana Leyva Domínguez ²

Edelma Rodríguez Cruz ³

Elvia Ávila Fernández ⁴

¹ Policlínico Pedro Díaz Coello, Holguín, Cuba, nuviap@nauta.cu

<https://orcid.org/0000-0003-1303-5854>

² Policlínico Pedro Díaz Coello, Holguín, Cuba, ilianal@infomed.sld.cu

<https://orcid.org/0000-0002-1613-8413>

³ Policlínico Pedro Díaz Coello, Holguín, Cuba, edelmahlg@infomed.sld.cu

<https://orcid.org/0000-0001-6293-4472>

⁴ Policlínico Pedro Díaz Coello, Holguín, Cuba, elviavilahlg@infomed.sld.cu

<https://orcid.org/0000-0003-0408-3037>

RESUMEN

La estética ha adquirido un papel primordial dentro de la estomatología. Una sonrisa agradable con dientes blancos, constituye un patrón de belleza en la actualidad. Dependiendo de las causas que provocan la discromía, así se aplican el tratamiento de blanqueamiento indicado o recromía. La recromía es un procedimiento mediante el cual se puede devolver al diente el color perdido. Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 29 años de edad, residente en una comunidad urbana de Holguín, Cuba, sin antecedentes patológicos referidos, quien acude a consulta estomatológica del Policlínico Pedro Díaz Coello preocupada por su estética. Al examen bucal se observó cambio de color en el diente 11 de amarillo oscuro a carmelita que evidencia una discromía. A la imagen de una radiografía periapical se observó tratamiento pulpo radicular correctamente realizado por lo que se decidió comenzar un tratamiento de

recromía. Se escogió la técnica de peróxido de hidrógeno al 30 % y perborato de sodio. Esta misma técnica se aplicó a 4 pacientes más que acudieron con problemas estéticos siendo un total de 5 casos atendidos. Después del tratamiento se observó recuperación del color normal del diente, gran mejoría en la estética y gran satisfacción nuestra y de los pacientes recuperando su autoestima, confianza y satisfacción personal.

Palabras clave: Discromía, Radiografía Periapical, Recromía, Peróxido de Hidrógeno.

INTRODUCCIÓN

La estética ha adquirido un papel primordial dentro de la Estomatología hasta llegar a ser uno de los principales motivos de consulta de los pacientes. Una sonrisa agradable con dientes blancos, constituye un patrón de belleza en la actualidad.

Dependiendo de las causas que provocan la discromía, así se aplican el tratamiento de blanqueamiento indicado o recromía. La recromía es un procedimiento mediante el cual se puede devolver al diente el color perdido. ⁽¹⁾

Cuando el problema que se presenta es cambio de color del diente puede nominarse como discromía; la palabra significa cambio de coloración y está formada por las voces del latín dis que significa alteración y cromos es color. ⁽²⁾

La corona de los dientes permanentes bien calcificados es de color amarillento y en los dientes temporales es blanco azulado. En el mismo diente existen cambios de tonalidad; en el mismo arco dentario los incisivos son más claros que los molares y caninos y en el sexo femenino los dientes son más claros. ⁽³⁾

Las discromías pueden originarse por varias causas: de origen extrínseco (pigmentaciones por algunos alimentos, tabaco, algunos materiales dentales, caries dental) o intrínseco (congénitas o adquiridas) que son más difíciles de tratar.

La degradación tisular durante el proceso de necrosis, la hemorragia pulpar postrauma, la hemólisis de estos eritrocitos produce un pigmento negro (sulfato de hierro) que da lugar al oscurecimiento dentario. ^(4,5)

Los errores cometidos durante el tratamiento endodóntico, y algunos materiales restauradores que contienen plata y/u óxido de zinc-eugenol, cuando permanecen en contacto con las paredes de la cámara pulpar durante largos periodos de tiempo, son también factores etiológicos en el oscurecimiento dentario. ⁽⁶⁾

El tratamiento de las discromías es variado. Muchas veces indicamos carillas o coronas fundas, espigas, pero cuando el problema está bien planteado podemos resolverlo con una recromía y así conservar la integridad del diente y devolverle su color normal.

Recromía es la terapéutica destinada a devolver a un diente su color y translucidez normal. ^(7,8) En la actualidad podemos aplicarlo en dientes vitales y no vitales.

Existen dos métodos fundamentales que son la oxidación y la reducción.

El método de oxidación que es el más indicado; puede ser por técnica directa (uso de sustancia que pueda liberar oxígeno directamente) o indirecta (medicamentos por los que el oxígeno se obtiene indirectamente). ⁽⁹⁾

Técnicas de blanqueamiento en dientes no vitales. Métodos de Oxidación Directa.

Técnica termoactivada: Sugerida por Stewart en 1965 consiste en aplicar peróxido de hidrógeno (H_2O_2) al 30 %, activado con calor. Con una torunda de algodón en la cámara pulpar posteriormente se coloca un instrumento caliente o lámparas de calor dejándolo un minuto sobre el algodón repitiendo este procedimiento tres veces en la misma cita con lapsos de 2 minutos. Esto fue propuesto como el mejor método de blanqueamiento interno debido a la alta reactividad del H_2O_2 en presencia de calor. ⁽¹⁰⁾

Sobre la marcha o ambulatoria: Original de Spassery, retomada y modificada por Nutting y Poe en 1963 en la cual se prepara una pasta gruesa de peróxido de hidrógeno y perborato de sodio, esta pasta se coloca en la cámara pulpar y se sella con un cemento temporal por una semana.

Técnica combinada: Termoactiva y Ambulatoria. Es utilizada en dientes muy pigmentados en la cual se realiza la técnica termoactiva para después dejar el peróxido de hidrógeno y perborato de sodio en la cámara pulpar hasta la siguiente cita.

Técnica de perborato de sodio y acetona esterificada. ^(11,12)

El objetivo de esta presentación de caso es aportar una mayor información acerca de este tema y lograr una pronta recuperación estética y psicológica en los pacientes.

PRESENTACIÓN DEL CASO 1

Este se describe paso a paso como referencia del tratamiento que se realizó en un total de 5 pacientes quienes acudieron a nuestro servicio por el mismo motivo de consulta en el primer semestre del presente año.

Paciente de sexo femenino de 29 años de edad, tez blanca, residente en una comunidad urbana en Holguín, sin antecedentes patológicos referidos; quien acudió a consulta estomatológica del Policlínico Pedro Díaz Coello preocupada por su estética. Refiere que hace aproximadamente 10 años tuvo un accidente con trauma en los dientes anteriores, y desde entonces uno de sus dientes comenzó a cambiarle de color y oscurecerse. Se le realizó tratamiento pulpo radicular (TPR) en incisivo central superior derecho, se limita en la apertura bucal, se cubre con las manos al sonreírse y de alguna manera ha modificado su estilo de vida en su centro laboral y con su familia. Esta presentación de caso se corresponde con una Discromía (fig. 1).



Fig. 1. Caso 1 .Discromía en el incisivo central superior derecho.

A la exploración clínica el diente 11 se observó color oscurecido del tercio incisal hasta el tercio cervical, de amarillo hacia carmelita que evidencia una discromía. Radiográficamente se observó tratamiento de conductos con adecuadas características. La paciente siempre se mantuvo asintomática.

Después de realizar un interrogatorio profundo a la paciente se realizó toma de fotografía previa al tratamiento, se seleccionó el color del diente que deseábamos obtener, tomamos como guía el diente homólogo; se decidió comenzar un tratamiento de recromía, explicándole a la paciente la técnica, pronóstico y se obtuvo su aprobación con su consentimiento informado y firma en su Historia Clínica.

PREPARACIÓN DEL DIENTE

1. Protección de la paciente, del operador y asistente recordando siempre que los materiales son cáusticos en extremo.
2. Limpieza del diente. Se realizó tartrectomía previa.
3. Aislamiento relativo con abundantes rollos de algodón estéril y antisepsia del campo operatorio.
4. Se realizó protección del área de tejidos blandos próxima al diente mediante aplicación de crema aislante de Vaselina.
5. Acceso al diente. Toda la cámara pulpar debe ser accesible al blanqueamiento. Realizamos apertura cameral o retirada de su restauración por cara palatina tratando siempre de preservar la estructura dental al máximo.
6. Retiramos obturación radicular unos 2 o 3 mm apicales de la línea cervical clínica. Reobturamos esos milímetros con cemento de Policarboxilato o Ionomero de vidrio equivalente hasta 1 o 2 mm coronal a la línea cervical clínica.
7. Limpieza de la cámara pulpar de todo tipo de tejido necrótico y agentes decolorantes. La dentina se preparó para facilitar la penetración del material de blanqueamiento con un fresado superficial y grabado con ácido ortofosfórico al 37%

durante 15 segundos en el interior de la cámara pulpar y luego se eliminó este con abundante agua destilada. La dentina fresada permite una penetración más fácil del material blanqueador.

8. Se aplicó en la cavidad alcohol al 90% para permeabilizar y deshidratar los túbulos dentinarios, con el objetivo de disolver cualquier material grasoso y facilitar la penetración del agente blanqueador a los túbulos. Secamos la cámara pulpar con aire.
9. Se colocó la moto con Peróxido de Hidrógeno al 30 % en la cámara pulpar, evitando el contacto con tejidos blandos, y se aplicó calor con cucharilla caliente para la liberación de moléculas de oxígeno que permitieran eliminar los pigmentos presentes en el diente.
10. Cubrimos la superficie labial con fibras de algodón para formar una matriz para retener la solución blanqueadora y activamos la sustancia blanqueadora con el instrumento caliente por tres minutos labialmente manteniendo saturado el algodón en todo momento. Repetimos por la cámara pulpar.
11. Se aplicó el máximo calor tolerado por el paciente. Se ha estimado que un diente no vital puede ser calentado hasta 73°C sin que el paciente sienta incomodidad.
12. Repetimos el procedimiento acondicionando una nueva matriz de algodón. Repetimos la secuencia de 3 a 5 veces o por un total de 20 a 30 minutos, usando cada vez nuevo algodón y nueva solución blanqueadora.
13. El agente blanqueador se retiró. En una loseta de vidrio, se preparó la pasta blanqueadora de perborato de sodio y peróxido de hidrógeno al 30 % para formar una consistencia espesa, una mezcla 1:1 y se colocó en la parte interna de la misma corona o cámara pulpar dejando suficiente para colocar una restauración provisional libre de Eugenol.
14. Indicaciones al paciente: Se aconsejó realizar buches con soluciones calientes 3 veces al día, durante 5 minutos, las primeras 72 horas después del tratamiento.

15. Este procedimiento se repitió cada 5 o 7 días hasta alcanzar el color deseado de 3 a 5 sesiones.

16. En la sesión donde se obtuvo el color deseado o su máxima aproximación, se sellaron los conductos dentinarios con un barniz adhesivo para que tuviera mayor estabilidad la relación entre el oxígeno y el tejido dentario para evitar la recidiva del cambio de color y se restauró el diente con compuesto fotopolimerizable. (fig. 2).



Fig. 2. Caso 1. Recuperación del color normal del diente.



Fig. 3. Caso 1. Comparación del diente tratado, antes y después de la recromía concluida.

Esta misma técnica de recromía se realizó a 4 pacientes más de diferentes sexos ,adultos jóvenes sanos aquejados de la misma preocupación estética, con dientes afectados por traumas , hemorragias y necrosis pulpares y con tratamientos de conductos realizados en años anteriores, se obtuvieron muy buenos resultados y gran satisfacción de los pacientes.



Fig. 4. Caso 2. Femenina ,32 años de edad, Recromía en 14 (Concluida).



Fig. 5. Caso 3. Femenina, 28 años de edad, Recromía en 21. (Concluida)



Fig. 6. Caso 4. Masculino, 42 años de edad, Recromía en 41 (Concluida)



Fig. 7. Caso 5. Femenina, 22 años de edad, Recromía en 11.

DISCUSIÓN.

La discromía se soluciona con la recromía, que es un tratamiento estético para devolverle al diente el color perdido; se aplica a petición del paciente, a quien se le

explica la técnica y el pronóstico. Para lograr el efecto blanqueante en el diente se debe utilizar una sustancia que sea capaz de alterar químicamente la sustancia colorante para que desaparezca el color. ⁽⁸⁾

Similares estudios han utilizado la técnica recromía con peróxido de hidrógeno al 30 % afirmando que constituye un agente activo en todos los materiales para el blanqueamiento, se puede emplear de forma directa o producirse a través de una reacción química del peróxido de carbamida o el perborato de sodio. ⁽¹³⁾

El peróxido de hidrógeno al 30%, activado con calor. La edad de la paciente, tiempo de oscurecimiento, la severidad y origen de la discromía, son factores que influyeron en el éxito del blanqueamiento y su resultado final. ⁽¹⁴⁾

Por su fácil aplicación la técnica del peróxido de hidrógeno de 100 volúmenes (30%) activada con calor, ha sido utilizada por largo tiempo con eficiencia ante un cambio de coloración en los dientes. ⁽¹⁵⁾ La técnica aplicada ofrece ampliar el arsenal terapéutico del estomatólogo para la conservación de unidades dentarias destinadas a perderse por los criterios de tratamiento convencional. ⁽¹⁶⁾

Juárez et al refieren que el peróxido de hidrógeno al 30 % con perborato de sodio o sin él y aplicación de calor usado para el blanqueamiento interno de órganos dentarios no vitales, es una opción eficiente para restablecer la estética en aproximadamente 50 % de los casos. ⁽⁶⁾

Actualmente los productos utilizados para el blanqueamiento de piezas dentarias son seguros, en cuanto a que no implican riesgos significantes, ya que los efectos son leves y transitorios, con un alto porcentaje de éxito en los resultados finales. ⁽¹⁷⁾

Se consiguieron muy buenos resultados y gran satisfacción de los pacientes atendidos semejantes resultados obtuvo Arias lazo JO en su estudio donde la mayoría de los pacientes se mostraron satisfechos. ⁽¹⁸⁾

La discromía en dientes no vitales tratados con la técnica de recromía deben analizarse periódicamente ya que puede existir una recidiva en el color.

CONCLUSIONES

Podemos observar que el tratamiento de recromía dental es un procedimiento que debemos llevar a cabo en nuestra practica diaria ya que este satisface demandas estéticas para el paciente que ha sufrido la discromía de algún órgano dentario.

El blanqueamiento interno es un tratamiento conservador con excelentes resultados en la disminución de las pigmentaciones dentales, gran mejoría en la estética, gran satisfacción nuestra y del paciente recuperando su autoestima, confianza y satisfacción personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seguí Ulloa A, Domínguez Santana L, Hevia Medina MC. Discromía y recromía .En: Estomatología general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. [Citado 5/04/2022].p2.70.Disponible en:http://www.bvs.sld.cu/libros/estomatologia_general_integral/parte_5/cap_22.pdf
2. Gumila Jardines M. Discromía en Incisivo central superior derecho. Rev Cub Med Mil 2015 Dic [citado 5/04/2022]; 44(4).Disponible en:http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000400009&lng=es.
3. Bestard Echevarría D M, Molero Porto V. Alternativa terapéutica en la discromía de un diente con distrofia pulpar por fuerzas ortodóncicas: presentación de caso. AMC 2015 Feb [citado 10/03/2022]; 19(1):55-60.Disponible en:http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000100010&lng=es
4. Díaz del Mazo L, Ortiz Andrial A, Ferrer González S, Vicente Botta B, Perdomo Estrada C. Efectividad del Oleozón® en el tratamiento de pacientes con discromía dental.MEDISAN 2018 Ene[citado 20/01/2022]; 22(1):110.Disponible en:http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000100001&lng=es.

5. Cruz M. Recromía dental en dientes no vitales. México: universidad nacional autónoma de México; 2012: Disponible en: <http://endoenxochi.blogspot.com/2012/04/recromia-dental-en-dientes-no-vitales.html>
6. Juárez Broon N, Andaracua García S, Barrera Zamacona DC. Blanqueamiento dental intrínseco utilizando técnica termo-catalítica. Presentación de un caso clínico. Rev Odont Mex [citado 20/01/2022] 2014; 18(3):186-90. Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/69654/61488>
7. Espin Pilay F. Recromía Pieza # 13. [Tesis].Ecuador: Universidad De Guayaquil; 2019. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/44184/1/ESPINjos%C3%A9.pdf>
8. Paez Delgado D, Díaz Sánchez L S, Jiménez Castellanos M I. Recromía en un diente del maxilar superior .MEDISAN 2019 Abr [citado 20/04/2022]; 23(2):325331 .Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000200325&lng=es.
9. Natera A, Da Silva A, Fernández M, Montilla MA, Moukel J, Rodríguez L, Vivas S. Tratamiento de fluorosis con microabrasión del esmalte. Reporte de un caso clínico índice TF5. Odous Cientif 2018 May – Ago [citado 20/01/2022] ; 7(2). Disponible en : <https://www.rodyb.com/wp-content/uploads/2018/05/3-microabrasion.pdf>
10. González Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2013. p. 26978.
11. Díaz del Mazo L, Toledo de la RC, Ferrer González S, Vicente Botta B, Perdomo Estrada C. Efectividad de la terapia láser combinada con la técnica convencional en pacientes con discromías dentales. MEDISAN 2021 Abr [citado 6 /03/ 2022] ; 25(2): 292-304. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000200292&lng=es.
12. Nishiyama CK, Marinho MAD, Filho GK, Burgos Ponce J. Evaluación de la efectividad del MTA como tapón cervical en el blanqueamiento de dientes tratados endodónticamente. Endodoncia. Jul-Sep 2012; 30(3):111-6.

13. Cahuatico Carhuapoma Y, Cheng Abusabal L, Noborikawa Kohatsu AK, Tay Lidia Y. Blanqueamiento interno: Reporte de caso. Rev Estomatol Herediana. 2016 [citado 14/05/2022];26(4):244-254.Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552016000400007&lng=es
14. Artigas Alonso A, Melik González Y R, Saavedra Chía M, Guerra Rodríguez E, Rivera Cruz A M. Recromía en dientes no vitales. Reporte de caso. CCM 2018 Dic [citado 15/06/2022]; 22(4):757-765.Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000400020&lng=es.
15. Otero Baxter Y, Seguí Ulloa A. Las afecciones estéticas: un problema para prevenir. Rev Cubana Estomatol. 2001 [citado 10/04/2022]; 38(2):83-89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000200002&lng=es
16. Milanés Sosa Y, Espinosa Martínez N, Téllez Velázquez Y. Tratamiento quirúrgico de una perforación radicular como complicación endodóntica. Presentación de un caso. MULTIMED 2018 [citado 5/06/2022];22(5).Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1005>
17. Kohen S, Chaves C, Komanecki M, Costa S. Estética y color en dientes calcificados. Informe de tres casos clínicos con blanqueamiento. Rev Asoc Odontol Argent 2020 [citado 20/01/2022];108:119-128.Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/02/1147888/kohen-estetica-y-color-en-dientes-calcificados.pdf>
18. Arias Lazo JO. Gestión de la satisfacción de los pacientes con tratamiento de recromía dental. Policlínico “Manuel Fajardo Rivero”. [Tesis].Holguín: Policlínico “Manuel Fajardo Rivero; 2021. Disponible en: <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=1863>