

## Regeneración Endodóntica En Permanente Joven - Control 17 Meses

Autores: Pienso, Matías Demetrio; Saucedo, Bianca María Azul

Asesor Científico: Zubiarrain, Claudia Valeria; Quevedo, José Manuel; Ivanov, María Marcela.

Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Odontología, Asignatura Odontología Integral Niños B

**Introducción** Las piezas permanentes jóvenes erupcionan en la cavidad bucal sin culminar su formación radicular. Al ser afectadas por una infección bacteriana involucionan y se produce la necrosis del tejido pulpar. Su pronóstico es desfavorable ya que en ese momento sus paredes poseen espesor delgado, son frágiles, con proporción corono radicular desfavorable y un ápice extensamente abierto y circundado por una zona infectada. Hay diferentes alternativas para su tratamiento terapéutico, pero solo la endodoncia regenerativa permite la regeneración de la dentina y la pulpa mediante la estimulación de las células madres que se conservan vitales en la papila apical de las piezas permanentes jóvenes con necrosis. Con la ayuda de control infeccioso, andamios biológicos y materiales biocompatibles le proporcionamos una situación favorable para que puedan culminar su desarrollo radicular. **Descripción del caso clínico** Paciente femenina de 12 años de edad, ingresa a la Clínica de la Asignatura Odontología Integral Niños B a causa de "una pelotita en la encía" en el maxilar inferior izquierdo zona de premolares A la inspección clínica se observa abultamiento fluctuante circular. Diagnosticamos caries penetrante en pieza 34, necrosis por lo cual el plan de tratamiento fue Regeneración Endodóntica. Se procedió a realizar el tratamiento de la primera cita durante la cual se retiró la lesión cariosa, se abordó el canal infectado se irrigó con 20 ml hipoclorito de sodio al 2,25 % se colocó hidróxido de calcio para controlar la infección Limpieza, desinfección y sellado provisorio. Recitamos a los 7 días donde realizamos, lavados e irrigación con 10 ml de Hipoclorito de sodio al 2,25%, recambio de hidróxido de calcio y volvimos a colocar obturación provisoria. A los 15 días vimos evolucionar favorablemente la infección periapical. Procedimos a confeccionar la creación del andamio biológico. Estimulamos el coágulo. Colocamos esponja colágena para estabilizarlo y realizamos la contención con Trióxido de Mineral Agregado MTA y realizamos el sellado coronal con Ionómero vítreo. Recitamos a los 17 meses para control y en la clínica observamos curación de la infección, la elongación radicular, el ensanchamiento y cierre apical. **Conclusión** La regeneración endodóntica es un tratamiento que induce la reparación mediante bases biológicas, reemplazando los daños celulares a nivel del complejo dentino pulpar. En este caso es una opción favorable para preservar, restaurar o sustituir la pulpa dental y propiciar el desarrollo radicular de aquellas piezas permanentes jóvenes afectadas por patologías pulpares.

## Endodontic Regeneration in Young Permanent - 17 Month Control

Authors: Pienso, Matías Demetrio; Saucedo, Bianca María Azul

**Introduction** Young permanent teeth erupt in the oral cavity without completing their root formation. When affected by a bacterial infection, they regress and necrosis of the pulp tissue occurs. Its prognosis is unfavorable since at that time its walls are thin, fragile, with an unfavorable crown-root ratio and a widely open apex surrounded by an infected area. There are different alternatives for its therapeutic treatment, but only regenerative endodontics allows the regeneration of dentin and pulp by stimulating the stem cells that remain vital in the apical papilla of young permanent teeth with necrosis. With the help of infectious control, biological scaffolds and biocompatible materials we provide a favorable situation so that they can complete their root development. **Description of the clinical case** A 12-year-old female patient was admitted to the Children's B Comprehensive Dentistry Subject Clinic due to "a small ball on the gum" in the left lower jaw, premolar area. Upon clinical inspection, a circular fluctuating bulge was observed. We diagnosed penetrating caries in tooth 34, necrosis, for which the treatment plan was Endodontic Regeneration. The treatment of the first appointment was carried out during which the carious lesion was removed, the infected canal was addressed, it was irrigated with 20 ml of 2.25% sodium hypochlorite, calcium hydroxide was placed to control the infection. Cleaning, disinfection and temporary sealing. We performed a repeat procedure 7 days later, where we performed washing and irrigation with 10 ml of 2.25% sodium hypochlorite, replaced calcium hydroxide, and placed a temporary filling again. After 15 days we saw the periapical infection progress favorably. We proceeded to create the biological scaffold. We stimulate the clot. We placed collagen sponge to stabilize it and performed containment with Added Mineral Trioxide MTA and performed coronal sealing with vitreous ionomer. We performed at 17 months for control and in the clinic we observed healing