

## Principales aspectos clínicos de las afecciones endoperiodontales

**Dra. Xiomara Perdomo Marsilly,<sup>1</sup> Dra. Clara Ortiz Moncada,<sup>2</sup> Dra. Niurka Odalmis La O Salas,<sup>3</sup> Dra. Marcia Hortensia Corona Carpio<sup>4</sup> y Dra. Esperanza Caridad León Betancourt<sup>5</sup>**

La interrelación pulpa-ligamento periodontal ha venido constituyendo un tema de análisis y controversia desde la década de los 70; y si bien existen algunas hipótesis y teorías acerca del efecto que puede ejercer la enfermedad periodontal sobre el estado pulpar y viceversa, aún es vago el criterio para diagnosticar y distinguir clínicamente los estados patológicos de cada uno de estos tejidos.

Según Cosme Gay,<sup>1</sup> la relación pulpa-tejidos periapicales conduce a la inflamación del ligamento periodontal antes de que la pulpa se necrose totalmente y pueda alterarse tarde o temprano el hueso alveolar, según evidencia radiográfica.

Algunas vías de comunicación entre el tejido pulpar y el ligamento periodontal favorecen que la infección se disemine a través de foramen apical, conductos laterales, túbulos dentinales, caries, perforaciones, fracturas, reabsorciones, dentina expuesta, traumatismos inductores de reabsorción radicular, agenesia del cemento e hipoplasia.<sup>2</sup>

Se ha demostrado que la cicatrización de los tejidos periodontales puede afectarse cuando la dentina queda expuesta, pues a través de esta se propagan las bacterias a la pulpa. Tales hallazgos indican que el plan terapéutico debe ser secuencial, especialmente cuando el conducto radicular está infectado, lo cual deviene un importante factor de riesgo para la curación periodontal,<sup>3</sup> dado que en presencia de lesiones coexistentes se prefiere ejecutar primero el tratamiento endodóntico y luego el raspado y alisado radicular.<sup>4</sup>

Debido a que en ambas lesiones se destruye el hueso alveolar y en muchas ocasiones no basta solo con realizar la endodoncia o tratar el periodonto para lograr la osteogénesis, ha resultado muy alentador utilizar biomateriales que beneficien la osteointegración. Como antecedente cubano figura la aplicación de la coralina HAP 200 y el Apafill-G, cuya calidad físico-química y sus respuestas biológicas se asemejan a las de otros productos comerciales.<sup>4,5</sup>

Hoy día adquieren gran interés las acciones preventivas, puesto que permiten mantener los dientes durante toda la vida; de ahí la extrema importancia del tratamiento endodóntico para combatir las lesiones pulpares, que podrían dañar el periodonto. De igual manera, las medidas profilácticas de naturaleza periodontal impiden las pérdidas dentarias; esto último de observación bastante frecuente en nuestro diario desempeño.

Todo lo anteriormente expuesto nos movió a desarrollar esta investigación, dirigida a evaluar el pronóstico y tratamiento de las afecciones endoperiodontales sobre bases más sólidas.

### Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y transversal para identificar los principales aspectos clínicos de las afecciones endoperiodontales en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica Provincial Docente de Santiago de Cuba desde enero de 1998 hasta diciembre del 2001. En la fase organizativa se establecieron las necesarias coordinaciones de trabajo con los departamentos de Periodoncia y Atención Integral, respectivamente, de la citada institución, a fin de obtener la información y los recursos indispensables para ejecutarlo.

El universo de trabajo estuvo constituido por todos los pacientes de cualquier edad, de uno u otro sexo, con buena higiene bucal y saneados, que durante dicho período presentaron alguna lesión periodontal que dañara la pulpa o procesos periapicales que afectaran el periodonto, cuyos signos, síntomas y aspecto radiográfico así lo reafirmara. Se obtuvo un total de 35 dientes afectados.

A los pacientes se les explicaron ambos tratamientos, incluido el proceder quirúrgico, así como el

## Principales aspectos clínicos de las afecciones endoperiodontales

uso de material para implante, y se les aseguró que no había riesgo alguno para su salud. De ese modo se garantizó su incorporación de forma voluntaria al estudio, previa aclaración de que podían abandonarlo cuando quisieran y recibir entonces la terapéutica convencional.

Para seleccionar a los integrantes de la investigación se tuvieron en cuenta los siguientes diagnósticos: absceso dentoalveolar, quistes, periodontitis del adulto, procesos laterales o absceso periodontal crónico y lesiones de furca.

El diagnóstico endoperiodontal se estableció a partir de la Clasificación de Trope de 1996, <sup>2</sup> a saber:

- De origen endodóntico
- De origen periodontal
- Combinado
  - a) Lesiones endodóntica y periodontal sin comunicación
  - b) Lesiones endodóntica y periodontal con comunicación

También se tuvieron en cuenta: antecedente natural del proceso a partir de la anamnesis; examen clínico, que incluyó dolor (localizado y radiado), molestias a la percusión vertical u horizontal (la primera indica que es endodóntico y la segunda periodontal), movilidad dentaria, presencia de bolsas periodontales, profundidad de la obturación o caries (observada en la radiografía) y pérdida ósea,

El tratamiento periodontal consistió en la técnica de colgajo de Newman, modificada, que contempló: apiceptomía, acondicionamiento radicular con tetraciclina, colocación de Apaffil- G y membrana de Gore- tex. Una vez aplicada se orientaron a los pacientes los cuidados posoperatorios que debían garantizar, con revisión a las 24, 48 y 72 horas para detectar reacciones adversas o posibles complicaciones.

En los casos de dientes con lesiones de furca se realizó pulpotomía o tratamiento pulporradicular (TPR) como terapéutica endodóntica, así como cura periodontal después del método utilizado. En presencia de fístula se procedió primero a cerrarla y luego a tratarla desde los puntos de vista endodóntico y periodontal.

Las reacciones adversas evaluadas fueron: edema, dolor, adenopatía, fiebre, malestar general, abscesos y exfoliación del material.

La evolución de los tratamientos se evaluó periódicamente a través de las manifestaciones clínicas y pruebas radiográficas, con los siguientes criterios: satisfactorio, cuando hubo osteointegración, sin complicaciones ni reacciones adversas y desaparición de la fístula; y no satisfactorio, cuando la osteointegración fue parcial, sin complicaciones ni reacciones adversas y cierre incompleto de la fístula.

Se empleó el porcentaje como medida de resumen para variables cuantitativas.

## Resultados

Los pacientes que más debían ser tratados (**tabla 1**), fueron los de 30-39 y 40 - 49 años, con 31,4 y 28,6 %, respectivamente. El sexo femenino resultó ser el más afectado (71,4 %).

De las lesiones endodónticas diagnosticadas, 8 tenían abscesos dentoalveolares (88,9 %), tan extensos que afectaron el periodonto a través del periápice; 3 de ellos presentaron TPR incompletos; y 1 se trataba de un quiste (11,1 %). Todos recibieron tratamiento pulporradicular, previa retirada de este cuando era incompleto desde el punto de vista periodontal; a estos pacientes se les efectuó la técnica del colgajo, cura, apiceptomía y colocación de Apaffil-G.

El mayor porcentaje correspondió a los abscesos laterales o periodontales (65,4), con fístula, por tratarse de procesos crónicos, debido a perforaciones laterales durante el tratamiento endodóntico y rellenos incompletos (tanto diametral como longitudinalmente), lo cual provocó la comunicación (**tabla 2**).

La fístula se trató junto con el conducto radicular y luego se utilizó la terapéutica periodontal (**tabla 3**); a todos se les realizó la técnica del colgajo de Newman, modificada, seguida del relleno del defecto con Apaffil-G y Apaffil- G más membrana. En la totalidad de los dientes se ejecutó tratamiento pulporradicular.

En general, a 96,2 % de los 26 dientes diagnosticados periodontalmente se les aplicó tratamiento

**Principales aspectos clínicos de las afecciones endoperiodontales**

pulporradicular y a 84,6 % la técnica del colgajo.

Finalmente, en 34 de los 35 dientes, para 97,1 %, la evolución terapéutica fue satisfactoria.

Tabla 1. *Dientes de los pacientes según grupos de edades y sexo*

Grupo de edades (en años)	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 20	2	8,0	3	30,0	5	14,3
20 - 29	4	16,0	-	0,0	4	11,4
30-39	8	32,0	3	30,0	11	31,4
40-49	7	28,0	3	30,0	10	28,6
50 y más	4	16,0	1	10,0	5	14,3
Total	25	100,0	10	100,0	35	100,0

- Calculado sobre la base del total de dientes, el porcentaje del sexo femenino

Tabla 2. *Diagnóstico de origen periodontal en los dientes afectados*

Diagnóstico periodontal	Diente	
	No.	%
Periodontitis	5	19,2
Proceso lateral	17	65,4
Lesión de furca	4	15,4
Total	26	100,0

Tabla 3. *Tratamiento aplicado según diagnóstico de origen periodontal*

Tratamiento	Periodontitis		Proceso lateral		Lesión de furca		Total	
	No.	%*	No.	%*	No.	%*	No.	%**
Curación					1	33,8	1	33,8
Evolución sin tratamiento periodontal					3	66,7	3	11,5
Colgajo de Newman modificado	5	100,0	17	100,0			22	84,6
Apaffil-G	1	20,0	14	82,4			15	57,7
Apaffil-G más membrana	4	80,0	3	17,6			8	30,8
Tratamiento pulporradicular	5	100,0	17	100,0	3	66,7	25	96,2
Pulpotomía					1	33,3	1	3,8

\* Calculado sobre la base del total diagnosticado

\*\* Calculado sobre la base del total de dientes con diagnóstico periodontal

## Discusión

Munghantes, Markknen y Honkata<sup>6</sup> señalan que uno de los factores de riesgo para la enfermedad periodontal es tener 35 y más años; sin embargo, aunque en la literatura revisada no se incluyen trabajos similares que permitan comparar resultados en cuanto a la edad y el sexo, sí puede decirse que a medida que la persona envejece, aumentan las posibilidades de padecerla.

Los grupos de dientes más afectados fueron los incisivos, lo cual pudiera atribuirse al hecho de que la población se preocupa más por conservar las piezas dentarias del sector anterior.

Las lesiones de origen endodóntico se localizan en dientes con pulpa inflamada o necrótica, donde existe infección interna o de los conductos radiculares, incluso en dientes tratados endodónticamente. La presencia de infección dentro de los conductos (por caries penetrantes o tratamientos incorrectos) deriva en una lesión endodóntica apical, que puede extenderse y afectar todo el periodonto (antiguamente conocida como periodontitis retrógrada). En los molares, este daño continúa usualmente hacia la furcación, pero puede comprometer el surco o alguna otra cara del diente.<sup>7-9</sup>

Si hubiese conductos accesorios, cuyo trayecto fuese desde el piso de la cámara pulpar hasta la zona de la furcación, el proceso se ubicaría entre las raíces y radiográficamente se observaría la zona radiolúcida. Alrededor de 17 % de dichos conductos desembocan en el tercio apical y 18, 8 % en el tercio medio.<sup>2</sup> La destrucción ósea de origen periodontal es fácilmente identificada y puede inflammar la pulpa.

El estudio de este problema permitió reconocer que el tratamiento pulporradicular prevaleció como terapéutica primaria y la técnica de colgajo como secundaria, con una evolución satisfactoria que conviene acentuar para que sea tomada muy en cuenta por nuestros colegas.

## Referencias bibliográficas

1. Gay C, Penarrochi M, Berini L. Lesiones periapicales. En su: Cirugía bucal. Madrid: Ergou, 1999: 277-83.
2. Bohibouth A, Weinsten F. Lesiones endoperiodontales. Rev Fund Juan José Carrazo 2000;5(12):15-21.
3. Ruiz Nardi LF, Mendoza JA, Gómez RC. Interrelación entre endodoncia y periodoncia, Principios biológicos y mecánicos. Sao Paulo: Artes Médicas, 1999:247-91.
4. Lambert P, Ribeiro L, Albergari SJ, Campos PS, Fagundes D. Interrelación endodoncia-periodoncia. Rev Odontol Univers ST Amaro 2000;5(1):8-12.
5. Sy Chen, Mang HL, Glickman G. The influence of endodontics treatment upon periodontal mound healing. J Clin Periodontal 1997;24:449-56.
6. Mughamba EG, Markhanen HA, Honkula E. Risk factors for periodontal diseases in Itala, Tanzania. J Clin Periodontal 1995;22(5):347-54.
7. Coscarelli NY, Mosconi EB, Rueda LA, Papel GO. Representación del concepto de prevención – salud, integrado al servicio comunitario en odontología [biblioteca virtual en línea]. <<http://www.odontomarketing.com/articulos/art09.htm>>[consulta: 7 mayo 2001].
8. Jiménez Pérez J, Esquivel Hernández RI, González-Celis Rangel AL. La percepción de la salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos. Rev Asoc Dent Mex 2003;60(1):19-24.
9. Rodríguez Ortega J, Miranda Tarragó J, Morejón Lugones H, Santana Garay JC. Candidiasis de la mucosa bucal. Revisión bibliográfica. Rev Cubana Estomatol 2002;39(2):12-9.

Dra. Xiomara Perdomo Marsilly. Calle 10 nr 251, entre 13 y 15, Reparto Vista Alegre, Santiago de Cuba

E-mail: clara@medired.scu.sld.cu

Principales aspectos clínicos de las afecciones endoperiodontales

- <sup>1</sup> Especialista de I Grado en Estomatología General Integral**
- <sup>2</sup> Especialista de I Grado en Periodoncia. Profesora Titular**
- <sup>3</sup> Especialista de I Grado en Prótesis Dental**
- <sup>4</sup> Especialista de I Grado en Prótesis Dental. Diplomada en Medicina Natural y Tradicional.  
Instructora**
- <sup>5</sup> Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Diplomada en Homeopatía. Profesora Auxiliar**

#### CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Perdomo Marsilly X, Ortiz Moncada C, La O Salas NO, Corona Carpio MO, León Betancourt EC. Principales aspectos clínicos de las afecciones endoperiodontales [artículo en línea]. MEDISAN 2006; 10(1) [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_1\\_06/san07106.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_1_06/san07106.htm) [consulta: fecha de acceso].