







Lesión endoperiodontal

Endoperiodontal lesión

Ana Beatriz Pérez de la Hoz¹  , Liset de la Hoz Rojas¹ , Israel Alejandro Acosta Escanaverino¹ , Angélica María Rivero López¹ , Luis Ernesto Ruíz Rodríguez¹ 

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

 **Correo electrónico:** anabeatriz9709@nauta.cu

Recibido: 7 de junio de 2020. **Aceptado:** 1 de octubre de 2020. **Publicado:** 30 de noviembre de 2020.

Resumen

Las lesiones endoperiodontales son aquellas en las que coexisten una enfermedad periodontal y otra endodóntica, lo que supone que hay daño tanto en la pulpa del diente como en el tejido periodontal. El tratamiento y pronóstico de estas lesiones depende del diagnóstico oportuno y preciso de la enfermedad endodóntica o periodontal. El objetivo de esta investigación fue demostrar la capacidad de reparación de una lesión endoperiodontal mediante terapia endodóntica no quirúrgica, y la aplicación de terapia láser en una paciente femenina de 10 años de edad con fractura de la corona dentaria y necrosis pulpar del órgano dentario 31 con involucración periodontal. Dicha afección se reparó completamente en un año tras el tratamiento endodóntico y la aplicación de láser.

Palabras clave: Traumatismos de los Dientes; Necrosis de la Pulpa Dental/cirugía; Terapia por Láser.

Abstract

Endoperiodontal lesions are those in which periodontal and endodontic disease coexist, which implies that there is damage to both the pulp of the tooth and the periodontal tissue. The treatment and prognosis of these lesions depends on the timely and accurate diagnosis of endodontic or periodontal disease. The objective of this research was to demonstrate the repair capacity of non-surgical endodontic therapy in an endoperiodontal lesion, and the application of laser therapy in a 10-year-old female patient with dental crown fracture and pulp necrosis of the 31th dental organ with periodontal involvement. This condition was completely repaired in one year after endodontic treatment and laser application.

Keywords: Tooth Injuries; Dental Pulp Necrosis/surgery; Laser Therapy.

Introducción

Las relaciones que existen entre los tejidos pulpares y los tejidos periapicales son muy estrechas, tanto desde el punto de vista embriológico como anatómico y funcional. Esto lleva a que las afecciones de origen periodontal pueden tener afecciones endodónticas secundarias, que a su vez, pueden provocar una lesión endodóntica que repercute en la salud del periodonto. ¹

Se han descrito las lesiones endoperiodontales o pulpoperiodontales como aquellas lesiones de carácter inflamatorio que comprometen simultáneamente a la pulpa dental y a las estructuras del periodonto de inserción. Al tomar en cuenta la fuente primaria de origen se pueden clasificar en: ²

1. Lesión endodóntica primaria (LEP) o tipo I. Consiste en la exacerbación aguda de una lesión apical crónica en un diente con pulpa necrótica, que puede drenar coronalmente a través del ligamento periodontal hacia el área del surco gingival, lo cual puede simular un absceso periodontal. Sin embargo, solo es periodontal porque pasa a través del área del ligamento periodontal y en realidad se trata de una fístula de trayecto sinuoso causada por la enfermedad pulpar. Evoluciona satisfactoriamente luego de tratar el conducto radicular.

2. Lesión endodóntica primaria con afección periodontal secundaria (LEP-PS) o tipo II. Aparece después de un tiempo al no ser tratada una LEP y afecta de manera secundaria los tejidos periodontales. Por lo general requiere de una terapéutica combinada, si es adecuado el tratamiento endodóntico, el pronóstico dependerá de la gravedad del daño causado y de la eficacia de la terapéutica periodontal. Este tipo de afección puede ser consecuencia de la realización de una falsa vía durante el tratamiento del conducto radicular, de la colocación errónea de pernos, pines y postes durante la restauración coronal; a veces ocurre una respuesta más crónica sin dolor, con aparición de una bolsa con hemorragia en el sondeo o exudado purulento.

3. Lesión endoperiodontal de causa periodontal primaria (LPP) o tipo III. Se produce cuando la periodontitis crónica progresa a lo largo de la superficie de la raíz hasta la región apical. En dientes con esta afección, las pruebas de vitalidad revelan una respuesta pulpar normal desde el punto de vista clínico.

4. Lesión periodontal primaria con afección endodóntica secundaria (LPP-LES) tipo IV. Es la progresión apical de una bolsa periodontal que puede llegar hasta la pulpa; la pulpa vital suele necrosarse como resultado de la infección que penetra a través de un conducto lateral o del agujero apical. En dientes con raíz única no suele haber esperanza alguna, a diferencia de lo que ocurre con la lesión endodóntica primaria. En los molares, es posible que no todas las raíces sufran la misma pérdida de tejidos de sostén en la punta, en cuyo caso debe considerarse la posibilidad de resecar la raíz enferma. Existe controversia sobre si la periodontitis tiene algún efecto sobre la vitalidad de la pulpa. Se han publicado alteraciones pulpares consecutivas a una enfermedad periodontal.

5. Las lesiones combinadas (LC) ocurren cuando un proceso pulpar reversible pasa a un estado pulpar irreversible cuando existe abundante placa dentobacteriana. La presencia de bolsas periodontales

progresan apicalmente hasta involucrar los tercios medio y apical de la raíz. Esto es particularmente cierto para dientes unirradiculares, después de un tratamiento endodóntico satisfactorio y la eliminación de los factores irritantes locales se pudiera anticipar la curación periapical parcial. Sin embargo, esta combinación de características es considerada como una verdadera lesión endoperiodontal y el tratamiento incluye la terapia pulpar y la periapical; el grado de pérdida de la adherencia epitelial es invariablemente grande y el pronóstico reservado.

En las lesiones endodónticas periodontales la necrosis pulpar precede a las alteraciones periodontales.³

Las lesiones endodónticas primarias clínicamente pueden aparecer con drenaje a través del surco gingival e inflamación en la encía insertada vestibular. El paciente puede presentar mínima molestia. Pueden estar presentes fístulas de origen pulpar. Radiográficamente se pueden observar diferentes grados de pérdida ósea. La pulpa necrótica puede causar un tracto fistuloso desde el ápice a través del periodonto a lo largo de la superficie mesial o distal de la raíz hasta la línea cervical, eso aparece radiográficamente como una radiolucidez en toda la longitud radicular. La fistulización puede ocurrir también desde el ápice hacia la zona interradicular, lo que simula radiográficamente una enfermedad periodontal, al igual que en aquellos casos en que existen conductos laterales y la inflamación se extiende desde estos a la zona de interradicular. Cuando la placa comienza a formarse en el margen gingival y resulta en una periodontitis, se está en presencia de una lesión endodóntica primaria con afección periodontal secundaria.⁴

El pronóstico de esta lesión depende de la terapia de ambos problemas. El proceso de pérdida ósea causada por la lesión pulpar se detiene si es realizado un buen tratamiento de conductos. La pérdida de hueso periodontal depende de la eficacia del tratamiento periodontal instituido. El pronóstico de la parte endodóntica es excelente y la regeneración del aparato de inserción está limitada al pronóstico periodontal. Si solo se realiza el tratamiento de conductos, se debe esperar una capacidad de cicatrización limitada.⁵

Este informe muestra la reparación exitosa de los tejidos periodontales, a pesar de que la práctica de hábitos deletéreos asociados a la lesión implica un alto reto, pues su tratamiento requiere no solo de una detallada interpretación diagnóstica que determine la etiología de la lesión, sino una buena cooperación por parte de la paciente y familiares en la comprensión de la importancia de la terapéutica indicada.

Presentación del paciente

Paciente femenina de 10 años de edad que acudió a la consulta de Estomatología General Integral de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara; la madre de la paciente refirió que quería arreglarle el diente a la niña, pues hacía aproximadamente 1 mes se le había fracturado la corona de un incisivo central del maxilar inferior izquierdo cuando mordía un lápiz, para lo cual asistieron al cuerpo de guardia y le orientaron que acudiera a su área de atención para recibir tratamiento.

Al interrogatorio se pudo constatar que no refería antecedentes patológicos personales y familiares, pero sí la práctica de hábitos bucales deformantes: onicofagia, lengua protráctil, respiración bucal y mordedura de lápices. Producto de la práctica de este último sufrió fractura de la mitad de la corona del incisivo central inferior izquierdo y planteó que sintió un ligero escozor dentro del diente hace aproximadamente un mes, para lo cual se introdujo una aguja de coser y se le fracturó en su interior.

Al examen clínico se aprecia fractura del tercio medio de la corona del 31, con presencia de abundante placa dentobacteriana, movilidad dentaria grado II y presencia de fístula vestibular (**Figura 1**). En el fragmento restante de la corona se podía apreciar discromía. Cuando se realizó la exploración se observó la luz del conducto del diente con tejido necrótico en su interior, y durante la retirada de este para una mejor visualización, se encontró trabada un pedacito de aguja de coser ropa en el extirpador pulpar.



Figura 1. Se observa fractura del tercio medio de la corona del 31, con presencia de abundante placa dentobacteriana.

Al sondaje periodontal se detectó la presencia de bolsa de 7 mm mesial y 6mm distal del 31. En el examen radiográfico se observó una imagen radiolúcida que involucraba toda la raíz del incisivo central inferior izquierdo y parte de su homólogo contiguo, así como pérdida ósea vertical asociada al 31 (**Figura 2**).

El examen extrabucal no aportó datos significativos; las pruebas de vitalidad eléctrica y térmica resultaron negativas en el incisivo central y positivas en el lateral y en el 41. Se realizó una interconsulta con Periodoncia por lo cual se llegó al diagnóstico de lesión endoperiodontal endodóntica primaria con afección periodontal secundaria en el incisivo central.

Se estableció el siguiente plan para tratamiento:

Actividad educativa sobre hábitos bucales deformantes, control de placa dentobacteriana, control de hábitos bucales deformantes, necropulpectomía en 4 sesiones y sellado, y conjuntamente se le realizaron 10 sesiones de láser con parámetros regenerativos para el hueso alveolar.

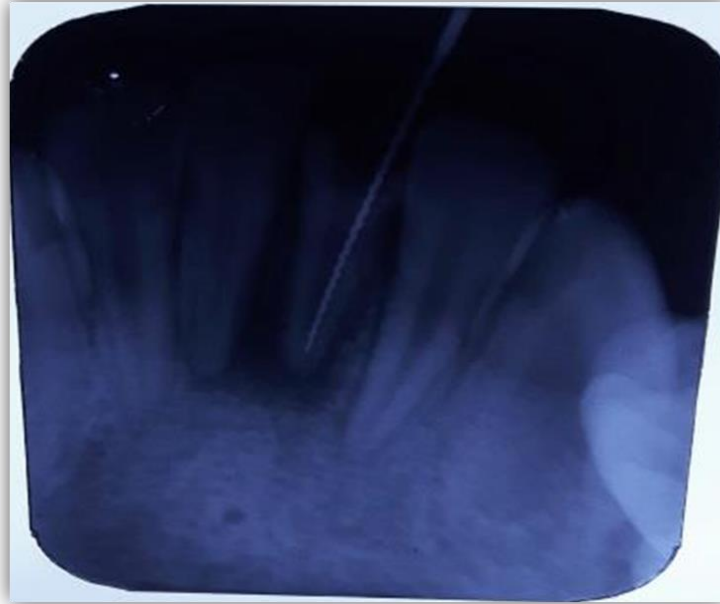


Figura 2. Se observa imagen radiolúcida.

Luego de 2 meses se decidió la restauración definitiva de la corona del diente con resina fotopolimerizable con previa colocación de perno intraconducto (**Figura 3**).

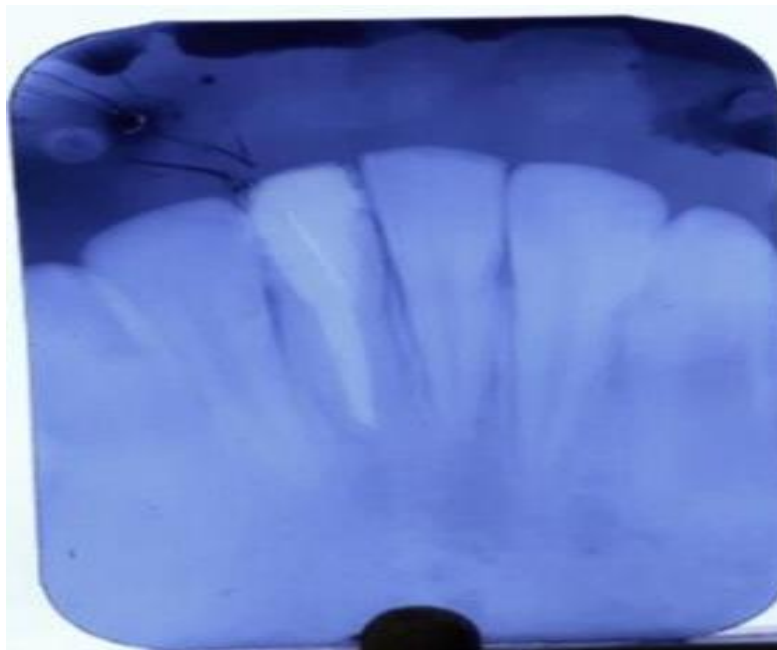


Figura 3. Se observa reparación con resina fotopolimerizable.

El proceso de recuperación fue evaluado mediante exámenes radiográficos periódicos durante 3 meses, observándose resolución de las lesiones endodónticas y periodontales. Al año se apreció la recuperación

del ligamento periodontal y claros signos de regeneración ósea. Clínicamente se apreció surco gingival de 2 mm, sin sangramiento u otro signo patológico (**Figura 4**).



Figura 4. Se observa recuperación del ligamento periodontal y claros signos de regeneración ósea.

Discusión

El tratamiento y pronóstico de las lesiones endoperiodontales depende del diagnóstico oportuno y preciso de la enfermedad endodóntica y periodontal. Existen hábitos que están relacionados con la patogenia de la enfermedad periodontal, estos pueden favorecer la actuación deletérea de los microorganismos del área periodontal, lo que disminuye las defensas orgánicas, lesiona directamente los tejidos superficiales, y daña los tejidos periodontales de inserción debido a la acción de las fuerzas que actúan sobre el diente.⁶

Esta última acción fue provocada por el hábito (mordedura de objetos duros) presente en la paciente del estudio. Por lo que la detección y eliminación oportuna de este hábito es esencial para el éxito del tratamiento. Con base en estudios previos y los resultados de este caso clínico, parece ser razonable combinar el tratamiento endodóntico no quirúrgico de órganos dentarios con laserterapia, ya que permite la reparación de la lesión de forma rápida. Es de destacar que la radiación láser de baja energía, fotoactiva las células osteoblásticas, pues acelera su desarrollo y su calcificación, y promueve la regeneración ósea.⁷

Comparán Bocanegra y colaboradores⁸ coinciden con los resultados alcanzados en este estudio, y plantean que cuando se trata de lesiones endodónticas primarias con afección periodontal secundaria, la estrategia de tratamiento debe ser primeramente enfocada a la infección pulpar, al desbridamiento y desinfección de los conductos radiculares, y posteriormente, terapia periodontal en caso de ser necesario.

Conclusiones

Los procesos inflamatorios del periodonto vinculados con las pulpas dentales necróticas tienen un pronóstico favorable a través del tratamiento endodóntico y periodontal correspondiente, pero si se le aplica terapia láser se acorta el período de curación. Para ello es necesario arribar a un diagnóstico certero y utilizar todas las herramientas disponibles, tanto clínicas, como complementarias.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de autoría

ABPH: concepción y diseño del estudio, búsqueda bibliográfica. Redacción de la versión final del artículo.

LHR: concepción y diseño del estudio, búsqueda bibliográfica. Redacción de la versión final del artículo.

IAAE: concepción y diseño del estudio, búsqueda bibliográfica. Redacción de la versión final del artículo.

AMRL: concepción y diseño del estudio, búsqueda bibliográfica. Redacción de la versión final del artículo.

LERR: concepción y diseño del estudio, búsqueda bibliográfica. Redacción de la versión final del artículo.

Financiación

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del artículo.

Referencias bibliográficas

1. Arena Benítez PG. Manejo Clínico de lesión Endoperiodontal: reporte de caso [tesis]. Universidad autónoma del Estado de México; 2017.
2. Alemán Garibaldi N, Rojo Toledano M, Sarduy Bermúdez L. Lesión endoperiodontal combinada secundaria a un traumatismo incisal. Rev Cubana Estomatol [internet]. 2015 Mar [citado 17 nov. 2018]; 52(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000100010
3. Hinrichs JE., Novak MJ. Classification of Diseases and Conditions Affecting the Periodontium. En: Carranza FA, Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, editors. Carranza's Clinical Periodontology. United States: ELSEVIER; 2012. p. 49.
4. Alvarez Rodríguez J., Ramírez Martínez DL. Necesidad de Tratamientos Endodónticos en Adultos Mayores del Policlínico Docente 5 de Septiembre 2016-2017[tesis]. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2017.
5. Álvarez Rodríguez J. Relación endoperiodontal y Cirugía endodóntica. En: J Alvarez Rodríguez. Compendio de endodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016. p.136-137.
6. González Díaz ME, Toledo Pimentel B, Corrales Alvarez M, Veitia Cabarrocas F. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica. En: Compendio de Periodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017. p. 224.

7. Hernández Díaz A. El láser terapéutico en la práctica médica actual. La Habana: Editorial Ciencia y técnica; 2014. p. 83-93.
8. Comparán Bocanegra NM, Hernández Martínez PD, Madrigal Orozco C, Guízar Mendoza JM. Reparación de una lesión endoperiodontal mediante tratamiento endodóntico no quirúrgico. Reporte de un caso. Rev ADM [internet]. 2015[citado 17 ene. 2019];72(5):[aprox. 5 p.]Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2015/od155f.pdf>



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento No Comercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

