



Presentación de caso

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández

Proceso endoperiodontal combinado. Presentación de un caso

Combined intraperiodontal process. A case presentation

Dra. Vania Julexis Lopez Rodríguez¹, Dra. Mst. Lidia Ester Nazco Barrios², Dra Ana Iris Gomez Martinez³, Dra. Lesyanis Montero Aguila³

Especialista de 2^{do} grado en Periodoncia. Profesor instructor ¹

Especialista de 1^{er} grado en EGI. MSc en Medicina Bioenergética. Profesor Instructor ²

Residente de Periodoncia ³

RESUMEN

Se realizó la presentación de un caso de un proceso endoperiodontal combinado que acudió a la consulta de Periodoncia del Hospital Provincial Universitario "Camilo Cienfuegos" con tumefacción a nivel del 46 por vestibular y con antecedentes de tener realizado un tratamiento pulporradicular (cómo se pronuncia?) en el mismo, después de los procedimientos establecidos de manejo clínico para diagnóstico y tratamiento se llega a la conclusión que estábamos ante un caso de un proceso endoperiodontal combinado, por la complejidad del diagnóstico y el tratamiento y la evolución satisfactoria del mismo se decidió publicarlo. La misma se realiza con el objetivo de mostrar el manejo clínico multidisciplinario del paciente, y así brindar un ejemplo de procesos endoperiodontales a los estomatólogos generales y los periodoncistas para compartir experiencias en una entidad que suele presentarse con frecuencia y exige de la atención en equipo para su respuesta adecuada a tratamiento. Los resultados obtenidos fueron excelentes pues la paciente evolucionó satisfactoriamente.

DeCS: ENDODONCIA, PERIODONCIA

SUMMARY

The presentation was made of a case of a combined endoperiodontal process who went to the consultation of Periodontology of the "Camilo Cienfuegos" Provincial University Hospital with a swelling at the level of the 46 vestibular pair and with antecedents of having received a pulporradicular treatment in it. After the established procedures of clinical management for diagnosis and treatment, it was concluded that we were before a case of a combined endoperiodontal process. Due to its complex diagnosis and treatment and its satisfactory evolution, it was decided to publish it. This presentation was made with the objective of showing the patient's multidisciplinary clinical management, and in this way giving an example of endoperiodontal processes to the general stomatologists and the periodontologists, to share experiences in an entity that tends to develop frequently and demands a team attention for its appropriate answer to treatment. The results obtained were excellent because the patient evolved satisfactorily.

INTRODUCCIÓN

La periodoncia y la endodoncia son especialidades separadas, pero el periodonto no está dividido, es una unidad continua.; es decir existe una relación anatómica y fisiológica de continuidad entre el periodonto (tejidos que soportan y protegen al diente) y los tejidos blandos del diente , refiérese a la pulpa(aporta vascularización , inervación y drenaje linfático).¹

La pulpa se conecta al ligamento periodontal a través del foramen apical, conductos laterales, canales accesorios, y probablemente a través de túbulos dentinarios creados bajo la presencia o ausencia de cemento. La presencia de canales laterales y su distribución en los dientes ha sido demostrada por diversos métodos. Estas técnicas incluyen la microradiografía, la perfusión con tinta hacia la cámara pulpar en dientes extraídos, radiografías post operatorias de los canales radiculares llenados por difusión o con técnicas de presión, y por examen con microscopio con luz convencional. Estos estudios sugieren que las vías de los vasos sanguíneos en los canales, conectan la pulpa coronal y/o radicular así como en el piso de la cámara pulpar.(1,2,3)

Existe evidencia de que la enfermedad pulpar, así como las comunicaciones radiculares y las fracturas afectan a la salud y función de los tejidos periodontales. En sentido contrario, es posible que las enfermedades periodontales puedan afectar la estructura y función de la pulpa dental, estas entidades patológicas son denominadas: procesos endoperiodontales.

Cuando la inflamación se difunde desde la encía hacia dentro del hueso alveolar y el ligamento periodontal (proceso inmunoinflamatorio crónico profundo: periodontitis), puede llegar a la pulpa a través de los ápices radiculares o conductos pulpares accesorios , a su vez ,la destrucción periapical causada por la infección pulpar puede propagarse a lo largo de la raíz y producir una periodontitis por vía apical , periodontitis retrograda ,según Ranfoprd, o proceso endoperiodontal secundario , o combinarse ambos procesos y denominarse lesión combinada que es el caso que nos ocupa.(1,3,4)

La relación entre enfermedad periodontal y pulpar puede ser seguida hasta el desarrollo embriológico, ya que la pulpa y el periodonto derivan de una fuente mesodérmica común. El germen del diente en desarrollo envuelve una porción de mesodermo que se convierte en pulpa, mientras que el mesodermo restante da lugar al periodonto. En el curso del desarrollo radicular, cordones de tejido mesodérmico pueden ser atrapados y convertirse posteriormente en conductos laterales y accesorios. Estas ramificaciones también pueden deberse a la formación de dentina alrededor de vasos sanguíneos existentes o la pérdida de continuidad de la vaina de Herwing durante la formación de la dentina. En su momento, la mayoría de estas comunicaciones son selladas por cemento o dentina secundaria, dejándola pulpa dependiente básicamente del foramen apical para el intercambio metabólico (formando un sistema de baja tolerancia).Algunas de estas puertas de comunicación permanecen patentes y junto al foramen apical y los túbulos dentinarios son vías a través de las cuales los agentes etiológicos pueden pasar entre la pulpa y el periodonto. (1,3)

Sabemos que los túbulos dentinarios quedan expuestos tras el tratamiento periodontal, u en su interior se han encontrado bacterias mediante microscopía electrónica. Asimismo, se han podido cultivar gérmenes periodontopatógenos procedentes de dichos túbulos.

Harwintogton plantea que se podría definir la lesión "perioendo " por medio de los criterios siguientes:

1. El diente afectado debe carecer de pulpa La experiencia clínica ha demostrado que cuando un diente presenta pulpitis avanzada irreversible es frecuente observar también un

rompimiento de la lámina dura y del ligamento periodontal a nivel del ápice del diente. Incluso, en algunos casos habrá signos radiográficos de una pequeña lesión periapical, especialmente en pacientes jóvenes. Sin embargo, rara vez se encuentran casos de pulpitis irreversible asociados a una gran lesión radiotransparente periapical.

2. Debe haber destrucción del aparato de conexión periodontal desde el surco subgingival hasta el ápice del diente, o la zona de un conducto lateral afectado.
3. Es necesario recurrir tanto al tratamiento de conductos como al periodontal para curar la lesión.(3,4,5)

Son diversos los mecanismos a través de los cuales la pulpa afecta el periodonto los cuales serán explicados a continuación:

- Los productos de degradación de las proteínas, así como las toxinas bacterianas provenientes del conducto, originan la inflamación del periodonto o la perpetua.
- La presión originada por el exudado inflamatorio presente en las lesiones periapicales destruye la trabéculas óseas y provoca la reabsorción óseas dentales.
 - Entidades clínicas periodontales causadas por enfermedades pulpar.
 - Migración dentaria causada por la presión resultante de la inflamación sobre la porción apical del diente, provocando su desplazamiento en el arco o su extracción.
 - Disminución del soporte óseo como consecuencia de la destrucción causada por las lesiones periapicales crónicas.
 - Disminución de la longitud radicular (reabsorción) por lesiones crónicas de origen pulpar.
 - Tractos fistulosos que desembocan a nivel del cáliz gingival y que puede dar apariencia de bolsa periodontal. La recuperación se logra por medio de tratamiento endodóntico.
 - Lesión periapical crónica, fístula y bolsa periodontal. Estos casos pueden ser tratados por una técnica combinada y periodontal.
 - Entidades clínicas periodontales causadas por práctica de terapia pulpar:
 - Técnicas endodónticas erróneas tales como sobre instrumentación, sobre obturación, obturación deficiente, sobre medicación, perforación a instrumentación excesiva que debilita la raíz, son los responsables de complicaciones periodontales.

La clasificación enmarca los procesos endoperiodontales en cinco categorías:

- Lesión endodóntica primaria.
- Lesión endodóntica primaria con afección periodontal secundaria.
- Lesión periodontal primaria.
- Lesión periodontal primaria con afección endodóntica secundaria.
- Lesiones combinadas.

Las lesiones combinadas ocurren cuando una lesión endodóntica progresa en sentido coronal y se continúa con una bolsa periodontal infectada por una placa que progresa apicalmente. En este tipo de lesión, el grado dependida de la adherencia es invariablemente grande y el pronóstico reservado.

Esto es particularmente cierto para dientes de raíz única, pero la situación puede salvarse en molares realizando una sección radicular si el resto de las raíces no están demasiado afectadas. Después de un tratamiento endodóntico satisfactorio cabe anticipar la curación periapical. Las superficies periodontales pueden o no responder entonces al tratamiento periodontal, dependiendo de la gravedad de la afección. Es posible que se presente un aspecto radiológico similar en un diente con una rotura vertical. Si existe un trayecto de seno quizás sea necesario levantar un

colgajo para ayudar a determinar la causa exacta de la lesión. Una rotura que ha penetrado el espacio de la pulpa con la consiguiente necrosis también puede considerarse una lesión combinada verdadera y aun así no ser factible al tratamiento exitoso.(1,3,6)

El caso que nos ocupa se trata precisamente de este tipo de lesión como se planteó anteriormente, por la complejidad del mismo y la necesidad de un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado para mantener la vida dentaria es que nos motivamos a publicarlo.

Objetivo

Mostrar el manejo multidisciplinario de un proceso endoperiodontal combinado y su evolución satisfactoria a pesar de la complejidad del caso.

PRESENTACIÓN DE CASO

Los procesos endoperiodontales requieren un tratamiento multidisciplinario para su evolución satisfactoria y es imprescindible el correcto diagnóstico basándonos en los signos clínicos de la lesión y apoyándonos en la radiografía periapical.(7,8,9,10)

El siguiente caso se presentó en la consulta de periodoncia del hospital provincial al una paciente femenina de 35 años de edad , raza blanca , universitaria .Acude con dolor intenso y tumefacción a nivel del 46 por vestibular , sin otra lesión en la cavidad bucal , refiere que se presentaron los síntomas hacia 3 días , que comenzó ligero y se intensifico , la paciente tiene historia de salud , no hay antecedentes patológicos familiares.

El interrogatorio aporto: que se había realizado un TPR en el diente en cuestión hacia 3 años, que no presentaba hábitos tóxicos, ni lesivos.

En el examen físico general se describió como una paciente normolínea , sin facie característica de proceso patológico, con piel y mucosas húmedas y normocoloreadas , cadenas ganglionares no visibles ni papables, La frecuencia cardíaca 74 , la frecuencia respiratoria 16 , la tensión arterial 125-80.

Al examen físico bucal encontramos :PDCB negativo ,una higiene bucal buena , sin cálculos , pero con una corona metálica sobreextendida por vestibular del 46 ,con una bolsa periodontal de 7mm en la zona comprometida .En el estudio funcional no se detectaron sobrecargas groseras ni interferencias oclusales.

Las radiografías periapicales reportaron: lesión de furca grado dos (según la clasificación de)y TRP en ambas raíces .El tratamiento de raíz mesial estaba inadecuado, de ahí residiva de la caries y el proceso periapical.

Los complementarios hematoquímicos indicados se encontraron en los límites normales, con serología y microelisa para VIH negativa.

Se coordinó con el servicio de prótesis para la colocación de una corona provisional para el transoperatorio y una definitiva para el e postoperatorio.

Dada las características clínicas y radiográficas de la lesión y analizando los factores de riesgo (prótesis fija iatrogénica) llegamos a la conclusión que se trataba de un proceso endoperiodontal combinado, dado que el diente tenía un TPR en ambas raíces que comprometía el periápice de una de ellas con comunicación con la furca y además en la misma un compromiso periodontal.(8,11,12)

El tratamiento consta de tres fases, según lo regido por nuestro país y utilizado en nuestro medio:

En este caso se trató primero el absceso periodontal con metronidazol tabletas de 250 mg vía oral cada 8 horas y colutorios de solución salina tibios para garantizar el drenaje del mismo.

Una vez que remitió la etapa aguda se procedió al tratamiento convencional.(1,13,14)

Fase inicial: Educación para la salud.

Indicación de la fisioterapia bucal correcta.

Control de placa comprobatorio (para cerciorarnos que la paciente tenía una higiene bucal buena)

Colutorios de clorhexidina Acuosa 0.12% tres veces al día para coadyuvar el tratamiento posterior.

Remisión al Estomatólogo General para la correcta realización del TPR en la raíz mesial.

Remisión a prótesis para colocar prótesis provisional.

Fase correctiva: Tratamiento quirúrgico: colgajo espesor total del 46. Valorando la posibilidad de cirugía ósea de la zona afectada(osteoplastia y osteotomía para mejorar la aposición del colgajo al hueso y así restituir la autolimpieza). Colocación en la zona de colágeno como injerto, sutura simple y colocación del aposito periodontal.(vease anexos)

Tratamiento restaurador definitivo: Remisión a prótesis para colocación de prótesis definitiva.

Fase de mantenimiento: Educación para la salud. Control de placa. Radiografías evolutivas.

La paciente en este momento se encuentra recuperándose con la prótesis definitiva y sin agravarse el avance de la lesión.

CONCLUSIONES

Los procesos endoperiodontales tienen un diagnóstico y tratamiento complejo, pero con procedimientos adecuados podemos obtener resultados satisfactorios, por lo tanto la endodoncia y la periodoncia son especialidades que deben trabajar en conjunto por las lesiones de ambos orígenes que se presentan en la práctica diaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carranza, F A. Periodontología clínica de Glickman 7ma ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 1997.
2. Kinane DF. Susceptibility and risk factors in periodontal disease. Ann R Australas Coll Dent Surg 2000 oct; 15: 51-6.
3. Matias I. Interrelaciones entre las enfermedades pulpares y radiculares. Odontología Sanmarquina 2002; 1 (9): 46-49
4. Bustamante G. Viejos y nuevos conceptos sobre las enfermedades periodontales. Arch Odontostom 2000; 16(2): 77-82.
5. www.librosmedicinaysalud.com/detale
6. www.universidaddeperu.com/odontologia_peru.phg
7. Herrera Ureña JI. Lesiones endo-periodontales. Periodoncia 1994; 4(3): 202-210
8. [Dra. Catalina Méndez](#) [Dra. Tania Lorenzana](#) Dr. Felipe Vieira MANEJO QUIRURGICO DE LESION ENDO-PERIODONTAL.<http://www.haveriana.edu.co/academiapgendodoncia>
9. Microbiología de fracasos endodontitos. d.www.ud.es/depodonto/master/_i_postgraus/progrmaendodoncia.pdf
10. Yenis Evaluación fisicoquímica del hipoclorito de sodio [.www.uc.edu./preprgrado/odon/AIO_DUN_congreso_inov_p_e.pdf](http://www.uc.edu./preprgrado/odon/AIO_DUN_congreso_inov_p_e.pdf).
11. www.carlosboveda.com/endointeractivoold/endointeractivo_21_resp.htm.
12. http://www.haveriana.edu.co/academiapgendodoncia/casos /i:r:casos9.html_20
13. Colectivo de autores .Compendio de periodoncia,. Villa clara 2005
14. Guías prácticas clínicas de enfermedades gingivales y periodontales. En: Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas ; 2003.p.195-260

ANEXOS



Foto 1: Radiografía periapical pretratamiento quirúrgico



Foto 2: Examen clínico bucal de la paciente: sondeo por vestibular, bolsas de 7mm de profundidad.



Foto 3: Exposición quirúrgica de la furca para su debido tratamiento.