



Presentación de caso

Policlínico tipo II Celia Sánchez Manduley. Trinidad

Proceso endoperiodontal primario. (Presentación de un caso)

Primary endoperiodontal process. (Presentation of a case)

Dra. Grisel Isabel Echenagusía López¹, Dra. Vania Julexis López Rodríguez², Dr. Mario Alberto Triana Estrada³

Especialista de 1^{er} grado en Periodoncia. Profesor Instructor¹
Especialista de 2^{do} grado en Periodoncia. Profesor Instructor²
Especialista de 1^{er} grado en MGI. Profesor Instructor³

RESUMEN

Se realiza la presentación de un caso de un proceso periodontal simple que acudió a la consulta de Periodoncia del Policlínico II de Trinidad. La misma se hizo con el objetivo de mostrar el manejo clínico multidisciplinario del paciente, así como brindar un ejemplo de procesos endoperiodontales a los Estomatólogos Generales y especialistas de Periodoncia para compartir experiencias en una patología que se presenta con bastante frecuencia e impone de la atención adecuada y en equipo para su respuesta satisfactoria al tratamiento y su recuperación.

DeCS: ENFERMEDADES PERIODONTALES, ENFERMEDADES DE LA PULPA DENTAL

SUMMARY

The presentation is made of a case of simple periodontal process who came to the periodontology consultation of Polyclinic II of Trinidad. This presentation was made with the objective of showing the multidisciplinary clinical management of the patient, as well as to give an example of endoperiodontal processes to general stomatologists and specialists of periodontology so as to share experiences in a disease that develops very frequently and demands an appropriate care and in team for its satisfactory response to treatment and its recovery.

MeSH: PERIODONTAL DISEASES, DENTAL PULP DISEASES

INTRODUCCIÓN

En la práctica diaria es frecuente encontrar situaciones clínicas en las que tras una exploración no es fácil discernir si se trata de una patología endodóntica o periodontal, o si se trata de una combinación de ambas.

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 tejidos blandos del diente, refiérase a la pulpa (aporta vascularización, inervación y drenaje linfático). (1)

La pulpa y el periodonto se comunican por el foramen apical, pero también por los conductos laterales y accesorios y por multitud de túmulos dentinarios. 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.

La relación entre enfermedad periodontal y pulpar puede seguirse 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 a la pérdida de continuidad de la vaina de Hertwig durante la formación de la dentina. En su momento, la mayoría de estas comunicaciones son selladas por cemento o dentina secundaria, dejando la 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 túmulos dentinarios son vías a través de las cuales los agentes etiológicos pueden pasar entre la pulpa y el periodonto. (1, 3)

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

Son diversos los mecanismos a través de los cuales la pulpa afecta el periodonto, ellos son:

- Los productos de degradación de las proteínas, así como las toxinas bacterianas provenientes del conducto, originan la inflamación del periodonto o la perpetúa.
- La presión originada por el exudado inflamatorio presente en las lesiones periapicales destruye las trabéculas óseas y provoca la reabsorción ósea dental.

Entidades clínicas periodontales causadas por enfermedades pulpares:

- Migración dentaria causada por la presión resultante de la inflamación sobre la porción apical del diente, provocando su desplazamiento en el arco o su extrusión.
- 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.
- Trayectos fistulosos que desembocan a nivel del cáliz gingival y que pueden 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 o instrumentación excesiva que debilita la raíz, son los responsables de complicaciones periodontales.

Los procesos endoperiodontales se clasifican en cinco categorías:

- 1. Lesión endodóntica primaria
 2. Lesión endodóntica primaria con afección periodontal secundaria
 3. Lesión periodontal primaria
 4. Lesión periodontal primaria con afección endodóntica secundaria
 5. Lesiones combinadas

La lesión endodóntica primaria ocurre cuando la exacerbación aguda de una lesión apical crónica en un diente con pulpa necrótica drena coronalmente a través del ligamento periodontal hacia el área del surco gingival. Esta situación puede simular un absceso periodontal. Sin embargo, solo es periodontal porque pasa a través del área del ligamento periodontal. En realidad se trata de una fístula sinusal causada por la enfermedad pulpar. Por tanto, es indispensable insertar un cono de gutapercha en el trayecto del seno y tomar una o más radiografías para determinar el origen de la lesión. Cuando se sondea la bolsa, esta es estrecha y sin anchura.

Las lesiones endodónticas primarias generalmente curan después de tratar el conducto radicular, una vez que se ha tratado la pulpa necrótica, pronto desaparece la fístula del surco gingival. Vale aclarar que cualquier tratamiento periodontal fracasará cuando no se haya diagnosticado y por tanto, no tratado, una necrosis pulpar. (4)

El caso que nos ocupa se trata precisamente de este tipo de lesión y como expresamos anteriormente, por la necesidad de un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado para mantener el diente, es que nos motivamos a publicarlo.

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 Policlínico tipo II de Trinidad. Paciente femenina de 36 años de edad, raza negra, con antecedentes de salud anterior, no hay antecedentes patológicos personales. Acude con molestias en fondo de surco vestibular en la zona del 11, refiere que el diente lo tiene un poco "flojo".

El interrogatorio aportó que no presentaba hábitos tóxicos ni lesivos y que hacía aproximadamente una semana había comenzado a sentir las molestias en el diente y que le salía un líquido de sabor salado que provenía del fondo del surco vestibular de la zona afectada.

En el examen físico general se describió como una paciente normolínea, con facie no característica de procesos patológicos, con piel normocoloreada y mucosas húmedas y normocoloreadas, cadenas ganglionares no visibles, tejido celular subcutáneo no infiltrado, la frecuencia cardiaca 75, la frecuencia respiratoria 17, la tensión arterial 130-80.

Al examen físico bucal se encontró: PDCB negativo, higiene bucal buena, sin cálculos, presencia de una fístula en el fondo de surco vestibular en la zona del 11 y esa área hipercoloreada y tumefacta, con una bolsa periodontal de 6mm en la zona comprometida y movilidad dentaria del 11 grado III. En el estudio funcional no se detectaron sobrecargas groseras ni interferencias oclusales.

Las radiografías periapicales muestran: imagen radiolúcida en zona periapical del 11 que se continúa lateral a la raíz por mesial del diente en cuestión.

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

Se coordinó con el servicio de EGI para la realización del TPR en el propio acto quirúrgico.

Dada las características clínicas y radiográficas de la lesión y analizando los factores de riesgo llegamos a la conclusión que se trataba de un proceso endoperiodontal primario, dado que el diente presentaba una lesión periapical crónica que drenó coronalmente a través del ligamento periodontal hacia el área del surco gingival, que simula un absceso periodontal, que solo es periodontal porque pasa a través del área del ligamento periodontal. En realidad se trata de una fístula sinusal causada por la enfermedad pulpar y que al sondear encontramos una bolsa estrecha y sin anchura.(8, 11, 12)

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

En este caso se indicó Metrnidazol de 250 mg vía oral cada 8 horas y colutorios de solución salina tibios, así como se realizó acceso cameral para garantizar la remisión de la fase aguda. Luego 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 corroborar que la paciente tenía una higiene bucal buena)
- Colutorios de clorhexidina acuosa 0.12% tres veces al día para coadyuvar el tratamiento posterior.

Fase correctiva: Colocación de férula de 12 a 22 antes de comenzar el acto quirúrgico debido a la movilidad dentaria grado III del 11, colgajo de espesor total de zona de 12 y 11, curetaje minucioso para eliminar tejido de granulación, se realiza TPR en el propio acto, sutura simple y colocación del apósito periodontal. (Véase anexos)

Fase de mantenimiento:

- Educación para la salud.
- Indicación de la fisioterapia bucal correcta.
- Control de placa.
- Radiografías evolutivas

La paciente en estos momentos se encuentra recuperándose satisfactoriamente.

CONCLUSIONES

- 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.
- Las lesiones pulpares pueden comprometer el periodonto y pueden aparecer procesos endoperiodontales primarios que con un diagnóstico certero y un adecuado tratamiento pueden evolucionar favorablemente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carranza, F A. Periodontología Clínica de Glickman 7ma ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 1997.
2. Kinane D F. 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.universidadeperu.com/odontologia_peru.phg
7. Herrera Ureña J I. Lesiones endoperiodontales. Periodoncia 1994; 3(3): 202-210
8. Dra. Catalina Méndez Dra. Tania Lorenzana Dr. Felipe Vieira. MANEJO QUIRÚRGICO DE LESIÓN ENDO-PERIODONTAL. <http://www.haveriana.edu.co/academiapgendodoncia.pdf>
9. Microbiología de fracasos endodónticos. d.www.ud.es/depodonto/masrter/_i_postgraus/progrmaendodoncia.pdf
10. Yenis. Evaluación fisicoquímica del hipoclorito de sodio. www.uc.edu/preprgrado/odon/AIO_DUN_congreso_inov_p_e.pdf.
11. www.carlosbogueta.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. 195-206

ANEXOS



Img 1



Img 2



Img 3



Img 4



Img 5