



Anita. V

Lesiones endoperiodontales

2003 - Reservados todos los derechos

Permitido el uso sin fines comerciales

Anita. V

Lesiones endoperiodontales

Apunte de clase 26/03/01 de Dra. Quintana

Lesión endoperiodontal:

Íntimamente relacionado con el tejido periodontal y la pulpa dentaria.

Son lesiones inflamatorias que comprometen simultáneamente a la pulpa y al periodonto de inserción.

Son de difícil diagnóstico.

Afectan al mismo diente.

Signos y síntomas similares.

Gran destrucción de tejido de soporte ya que son lesiones agudas.

Tiene mejor pronóstico porque son mucho más fáciles de reparar cuando se tratan.

Signos y síntomas:

- Dolor de la pieza afectada
- Movilidad aumentada
- Presencia de bolsas periodontales profundas
- Supuración

Radiográficamente:

- Pérdida de continuidad de la línea periodontal marginal
- Ensanchamiento del ligamento periodontal
- Radiolucidez apical o lateral

Elementos de diagnóstico de las lesiones endoperiodontales (LEP):

- Sondaje periodontal
- Test de Harrington: Sondaje en distintas partes de un diente: El diente se ve periodontalmente sano, pero hay una zona en la que la sonda penetra hasta el ápice. Esto significa que solo la pulpa está comprometida.
- Test de vitalidad pulpar
- Radiografías

Relación anatómica entre periodonto y endodonto

- Foramen apical
- Conductos laterales
- Túbulos dentinarios expuestos (por ejemplo por un pulido radicular)
- Conductos accesorios que van a la zona de la furca

Conductos radiculares laterales o accesorios:

-Albergan normalmente tejido conectivo y vasos que conectan el sistema circulatorio de la pulpa con el ligamento periodontal.

-Son difíciles de ver en las radiografías (Solo se ven al rellenarlos en endodoncia).Se forman por no aposito de dentina alrededor de vasos sanguíneos cuando la vaina epitelial radicular de Hertwitz se va retirando hacia el periapice en el desarrollo de la pieza dentaria. De Deus (1975) estudio 1170 piezas dentarias y vio:

- 27,4% de ellas tenían conductos laterales
- 27% de los molares inferiores tienen conductos accesorios que terminan a nivel de la furca

1/3 cervical	1.6%	Frecuencia de De Deus de conductos accesorios
1/3 lateral	8.8%	
1/3 apical	17%	

Estas lesiones se contaminan porque por ejemplo una carie afecta la pulpa y se produce una lesión periapical que puede drenar por el ligamento periodontal o por el margen exterior del tejido óseo.

Vías de infección pulpar:

- Invasión bacteriana por caries profunda
- Daños a nivel de los capilares tras trauma
- Fracturas corono radicular
- Enfermedad periodontal avanzada

Vías de propagación:

- Fístula a nivel del ligamento periodontal: fistula transperiodontal. Podríamos creer que estamos frente a una EP, pero no es igual que el saco normal, es mucho más estrecho. Se encuentra en una cara del diente estando el resto libre de EP.
- Perforación de la cortical ósea y extensión subperiostica hasta el surco.

Hay varios estudios que demuestran la relación entre endodonto y periodonto:

- Pulpas sometidas a combinación de irritantes pulpares y periodontales presentan mayor inflamación que las pulpas sometidas solamente a intervenciones de operatoria (1963, Selzer y Belder).

-La EP provoca cambios degenerativos en la pulpa de piezas comprometidas.

6%	intactas
27%	atróficas
49%	inflamadas
18%	necrosis total

- Otros estudios dicen que 45% de los dientes con EP había una lesión pulpar asociada.
- Estudios en monos con EP(30-40% de perdida) no encontraron alteraciones pulpares(Se podría contraponer a los estudios anteriores, pero un 30-40% de perdida ósea no es demasiado).
- Otros no encontraron correlación directa entre EP y alteraciones del tejido pulpar. Una lesión interradicular puede inducirse o perpetuarse por una pulpa inflamada o

necrótica, hasta que no realicemos el tratamiento pulpar.

- No solo se puede traspasar de pulpa a periodonto vía conductos laterales, sino que también puede ser a través de los túbulos dentinarios.

Esto cobra importancia en el pulido radicular porque exponemos los túbulos arriesgándonos a una contaminación de pulpa.

- En estudios microbiológicos de lesiones endoperiodontales se ha encontrado que la pulpa dentaria infectada o necrótica puede presentar bacterias que se asocian a la EP (Fusobacterium, Porfiromona, Prevotella, Eubacterium, lactobacilos, peptoestreptococos espiroquetas, etc..)

Clasificación de las LEP (Simon y cols,1972)

1- Lesión endodóntica Primaria:

2- Lesión endodóntica Primaria con compromiso periodontal secundario

3- Lesión Periodontal Primaria

4- Lesión Periodontal Primaria con compromiso pulpar secundario

5- Lesión combinada o verdadera

1 y 3 son lesiones puras. Si son tratados solo con endodoncia o periodoncia respectivamente se mejoran. Si esto no se realiza se compromete el tejido periodontal o pulpar (2 y 4).

En el n° 5 hay 2 enfermedades concomitantes en 1 pieza dentaria (enfermedades separadas que en un momento se unen)

Clasificación según Guldener y Langeland (1982)

- Lesión tipo I:
 - Lesión esencialmente endodóntica
 - “Canal de drenaje marginal”: estrecho difícil de drenar.
 - Pérdida de inserción periodontal que con tratamiento endodóntico se resuelve. Si no es tratada se deberán efectuar los 2 tratamientos.
 - Hay caries o traumatismo que produce una necrosis pulpar formándose un foco apical.
 - Este se activa y da un absceso que drena hacia el surco o saco.
 - Se pierde la inserción periodontal (solo por la vía de drenaje).
 - El saco suele ser estrecho.
 - En la radiografía se ve caries, obturación extensa generalmente con una gran lesión asociada.

- Lesión tipo II:
 - Problema esencialmente periodontal.
 - Los sacos son amplios y sondeables.
 - Se resuelve con tratamiento periodontal, pero si compromete la pulpa también debe realizarse una endodoncia.
 - Generalmente se hace primero la endodoncia y luego el tratamiento periodontal
 - Saco periodontal profundo que compromete la pulpa vía ápice, conducto lateral o furca.
 - El test de vitalidad pulpar puede dar + o – (porque la pulpa puede estar

comprometida en diversos grados y a veces los test de vitalidad no son tan sensibles para determinar si es la pulpa la que responde y no el ligamento periodontal o restos pulpares etc..)

- En la radiografía se ve reabsorción ósea moderada o avanzada.
 - Puede ser una lesión periodontal primaria o a través de la severidad comprometer a la pulpa y transformarse en lesión periodontal primaria con compromiso pulpar secundario (extrapolando a la clasificación anterior)
- Lesión tipo III:
 - Problema endoperiodontal combinado. Lesión endoperiodontal verdadera
 - Lesiones que en su origen eran independientes entre si pero que en su extensión se unieron.
 - Infección pulpar y periodontal que se unen actuando como una sola entidad.
 - El tratamiento es una endodoncia, seguido por un pulido radicular y controles.

Estrategias de tratamiento:

Causa	Condición pulpar	Tratamiento
Endodóntica	No vital	Endodóntico
Periodontal	Vital	Periodontal
Endoperiodontal	No vital	Ambos

A veces cuando hacemos un tratamiento periodontal sin preocuparnos que pudiéramos tener un compromiso pulpar, vemos que el paciente no responde al tratamiento y al hacer el tratamiento endodóntico mejora la respuesta.

Como regla general se debe realizar primero el tratamiento endodóntico.

Impacto de medidas terapéuticas endodónticas sobre el periodonto:

- LP por tratamiento endodóntico defectuoso (hay que repetir en tratamiento endodóntico y tratar la lesión periodontal)
- Por irritación mecánica o química(medicamentos utilizados y materiales de sellado)
- Perforación radicular (pronostico dudoso) Generalmente se extrae la pieza o se sella la perforación.

Influencia del tratamiento periodontal sobre la pulpa:

- El pulido radicular elimina productos bacterianos, cemento necrótico y capas superficiales de dentina.
- Exposición de túbulos dentarios los cuales pueden ser colonizados por bacterias.
- Inflamación leve y dentina reparadora.
- Vitalidad pulpar normalmente no se afecta por el tratamiento de pulido radicular (salvo en EP avanzada).
- Normalmente puede producirse una hipersensibilidad dentinaria.

Hipersensibilidad dentinaria:

- Cuando el cemento es eliminado con una cureta.
- Síntomas generalmente moderados y desaparecen con el tiempo (cuando se remineraliza).
- Los túbulos dentinarios abiertos expuestos a los estímulos que provoca el dolor.
- Suele aparecer post tratamiento periodontal.
- Generalmente es transitoria. Rara vez permanentes.
- Desaparece alas semanas por oclusión natural de los túbulos.
- Por eso se termina el pulido radicular con una fluoración tópica.

Tratamiento (Cuando no se resuelve normalmente):

- Control de la placa
- Aplicación tópica de sustancia química (fluoruro de sodio)
- Deposito eléctrico de sustancias químicas (ionoforesis, iones sodio-fluor)
- Dentríficos con sustancias activas (Cloruro de estroncio, nitrato de potasio, que obliteran los túbulos)
- Impregnación de dentina con resinas
- Pulpectomia en casos extremos

Teoría de transmisión del dolor: Cuando los túbulos dentinarios estan expuestos, los estímulos (fisicos, mecánicos, químicos, etc...) originan movimientos de fluido intratubular que va a producir estimulación de las fibras nerviosas a nivel pulpar provocando este dolor. Este es el mecanismo de producción de la hipersensibilidad.

Diagnostico diferencial:

- Enfermedad Periodontal
 - Necrosis o lesión pulpar
 - Perforación radicular
 - Fractura radicular
 - Reabsorción externa
- Todas estas lesiones nos pueden producir una LEP

Ni los síntomas clínicos, ni los hallazgos radiográficos aseguran un diagnostico correcto. La forma y extensión de una zona radiolucida, síntomas clínicos de dolor, tumefacción y profundidad de sondaje, no siempre son eficaces como para precisar el diagnostico. Se requiere de conocimiento, habilidad y experiencia. La prueba más concluyente es reconocer la vitalidad pulpar.

- Test de vitalidad pulpar:

Se hace a través de estimulación térmica, (con cloruro de etilo, nieve carbónica, hielo, gutapercha caliente) estimulación eléctrica, (vitalómetro) y estimulación mecánica (fresado dentinario).

Vitalidad pulpar: Normalmente la camara esta ocupada por tejido conectivo con aporte vascular y sensorial que aunque puede estar afectado por alteraciones inflamatorias o degenerativas, conserva su sensibilidad y funcion.

Se prueba mas la sensibilidad que la vitalidad. Si responde esta vital, si no, se considera

desvitalizada. Hay que tener cuidado con los falsos + y falsos - por lo que se recomienda usar mas de 1 medio de prueba.

○ ***Fractura radicular vertical:***

- Fracturas radiculares verticales u oblicuas pueden ocasionar síntomas típicos de LEP.
- Invasión microbiana del rasgo de fractura produce inflamación que destruye el aparato de inserción.
- El diagnostico radiográfico y clínico es difícil.
- Dolor espontáneo a la masticación o percusión, formación de saco periodontal, abscesos o aparición de fístulas.
- Formas de diagnostico: Tinción, transiluminación, acceso quirúrgico.
- Mal pronostico (Generalmente hay que extraer la pieza dentaria o la hemiseccion si es multirradicular y solo una raíz esta comprometida)

○ ***Perforaciones radiculares:***

- Durante endodoncia en preparación de conductos para insertar pernos.
- Reacción inflamatoria puede generar un saco.
- Estimular la actividad de una lesión periodontal pre-existente.
- Si ocurre se debe sellar inmediatamente. Y si no se puede realizar habría que eliminar la pieza dentaria.

○ ***Reabsorciones externas:***

- Asociadas a inflamación de tejidos periodontales, traumas, perforaciones radiculares exageradas, eliminan la capa blástica protectora.
- Exponen los túbulos dentinarios favoreciendo el intercambio de sustancias.
- Tratamiento endodóntico.

○ ***Resección radicular:***

Indicaciones:

- Compromiso periodontal terminal de la raíz de piezas multirradiculares.
- Imposibilidad de tratamiento de conducto de una de las raíces (calcificación conductos o composición anatómica de la raíz)
- Raíz fisurada
- Lesión interradicular
- Gran compromiso patológico de la raíz.
- Se debe realizar endodoncia previo a la cirugía en la que se elimina la raíz.

[Facilitado por la Universidad de Chile](#)

Súmese como **[voluntario](#)** o **[donante](#)** , para promover el crecimiento y la difusión de la **[Biblioteca Virtual Universal](#)**.

Si se advierte algún tipo de error, o desea realizar alguna sugerencia le solicitamos visite el siguiente [enlace](#).

