

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

RELACION

ENDODONCIA - PERIODONCIA

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

CLAUDIA HERNANDEZ RAMIREZ

SEMINARIO DE TITULACION DE AREAS BASICAS Y CLINICAS

PARODONCIA

ASESORA: DRA. C.D. MARIA GUADALUPE MARIN GONZALEZ.

MEXICO D.F. TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1993



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

- I.- Introducción.
- II.- Influencia de las condiciones patológicas de la pulpa sobre el periodonto.
- III.- Influencia del tratamiento endodóntico sobre el periodonto.
- IV.- Influencia de la enfermedad periodontal sobre la pulpa.
- V.- Influencia del tratamiento periodontal sobre la pulpa.
- VI.- Diagnóstico.
- VII.- Clasificación.
 - a) Lesión endodóntica primaria.
 - Diagnóstico.
 - Tratamiento.
 - Pronóstico.
 - b) Lesión endodóntica primaria con enfermedad periodontal secundaria.
 - Diagnóstico.
 - Tratamiento.
 - Pronóstico.
 - c) Lesión periodontal primaria.
 - Diagnóstico.
 - Tratamiento.

-Pronóstico.

d) Lesión periodontal primaria con enfermedad
endodóntica secundaria.

-Diagnóstico.

-Tratamiento.

-Pronóstico.

e) Lesiones combinadas verdaderas.

-Diagnóstico.

-Tratamiento.

-Pronóstico.

VIII.- Diagnóstico diferencial.

IX.- Casos.

X.- Conclusiones.

XI.- Bibliografía.

I.- INTRODUCCION.

Siempre se ha considerado la relación que puede presentarse entre la enfermedad pulpar o lesión periodontal, ya que ambas afectan a los tejidos de sostén de los dientes.

Esto ha provocado que varios autores hayan realizado diversas investigaciones, estudios y clasificaciones sobre este tema.

El diagnóstico entre ambas lesiones tiene una gran importancia, porque de acuerdo a su resultado se elegirá el tratamiento a seguir; y para obtenerlo existen pruebas auxiliares signos y síntomas que pueden diferenciar una lesión inducida por causa pulpar que genera síntomas al periododnto en su porción apical y las lesiones causadas por enfermedad periodontal que están más confiadas al periodonto en su porción coronal.

Aunque no todas las veces se presenta así; ya que hay lesiones que refieren síntomas clínicos confusos que pueden dar un diagnóstico erróneo y por lo tanto el tratamiento no es el adecuado, y no se ataca el origen de la lesión pudiendo presentar recidiva y aumentar el tamaño de la lesión.

También pueden presentarse lesiones en que ambas entidades afectan o contribuyen a la causa de la enfermedad y necesitan terapias aunadas para contrarrestar la lesión.

El caso particular de las lesiones a nivel de furca representa uno de los ejemplos comunes en donde al no hacer un diagnóstico adecuado el tratamiento no lo es tampoco.

Es por esta razón que consideran un tema importante, ya que la revisión de la relación de ambas entidades, refrescará el conocimiento y de esta manera se dará un mejor manejo de lesiones tan comunes.

II.- INFLUENCIA DE LAS CONDICIONES PATOLÓGICAS DE LA PULPA SOBRE EL PERIODONTO.

Las alteraciones al periodonto como consecuencia de una lesión endodóntica pueden ir desde lesiones poco significativas y llegar hasta manifestarse como un problema agudo o crónico.

A continuación se mencionarán las alteraciones que sufre el periodonto desde que se manifiestan una pulpitis hasta una lesión periapical aguda.

a) PULPITIS.

Rara vez causan lesión al periodonto ya que no producen suficientes irritantes que dañen para manifestar una reacción severa. Pueden mostrarse signos de inflamación en la porción apical del diente, (se pierde la continuidad de la lámina dura) con ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.

Clínicamente hay dolor espontáneo, sensibilidad térmica y a la percusión; esta inflamación puede ser causada por caries, traumatismos o procedimientos restaurativos agresivos en el diente.

En general los autores consideran mínima la influencia que pueda existir porque la pulpa todavía es vital y puede recuperarse.

Seltzer y Bender notaron inflamación y proliferación epitelial pero no formación de bolsas periodontales en las regiones interradiculares de molares de monos y perros después de un recubrimiento pulpar en un diente que padeció de pulpitis.

b) NECROSIS PULPAR.

En estas condiciones los microorganismos crecen y liberan grandes cantidades de irritantes que salen hacia el periodonto por el conducto radicular o conductos accesorios existentes provocando alteraciones inflamatorias que destruyen las fibras del tejido posteriormente la destrucción del hueso alveolar adyacente y pueden llegar también a provocar la absorción de la raíz dental.

Generalmente se ve como una lesión alrededor del ápice radicular y la extensión depende de la resistencia del huésped y de la virulencia de las bacterias; cuando se establece un equilibrio Huésped-Parásito el proceso inflamatorio se vuelve crónico y pueden permanecer así por mucho tiempo.

Algunos autores describen que histológicamente es un tejido de granulación vascularizado y con infiltrado de células inflamatorias (plasmocitos, linfocitos, macrófagos,

neutrófilos).

Seltzer y Bender denominan a este tejido que se adhiere al tejido pulpar y rodean al diente en el agujero apical o conductos accesorios existentes como granulomas.

En ocasiones el granuloma apical se extiende a la región del surco para causar fístula.

También se ha encontrado este tipo de lesiones, en las furcas de dientes bi o trirradiculares y en zonas laterales (causadas por conductos accesorios) donde el tejido granulomatoso estaba a lo largo de la superficie lateral de la raíz causando absorciones extensas, y también de la cresta alveolar (en el caso de molares). (1)

Un estudio realizado por Dan B. Kirkham en 1975 sobre la localización y frecuencia de conductos accesorios hacia el periodonto en 100 dientes extraídos de hombres entre 37 y 53 años de edad en los cuales inyectó un material radiopaco llamado Lipiodal Iodized Oil con 40% de yodo y encontró:

- Que en 23 dientes (23%) se presentaba un conducto accesorio.
- Que en 6 de estos 23 dientes se presentaban dos conductos accesorios.
- No se encontró ningún diente con más de dos conductos accesorios.

- La frecuencia de conductos laterales en premolares y molares mandibulares fué de 44.5% y 53.5% respectivamente.
- La mayoría de los conductos accesorios se encontró en el tercio apical de las raíces dentales estudiadas.(5)

En la actualidad se han hecho estudios que informan la frecuencia de conductos accesorios en las furcaciones de entre 20 y 60% y el 27% aproximadamente distribuidos en otros niveles de las raíces dentales.

Estos conductos accesorios no se pueden observar clínicamente, se pueden llegar a observar con facilidad en una radiografía siempre y cuando haya sido rellenado con un material radiopaco al momento de realizar un tratamiento endodóntico.(2)

c) LESION PERIAPICAL AGUDA O CRONICA.

Una lesión inflamatoria crónica en los tejidos periodontales que es inducida y mantenido por una necrosis pulpar después de una exacerbación puede producir una destrucción más rápida y extensa de los mismos tejidos.

También se puede generar una lesión periapical como extensión directa de un absceso pulpar hacia los tejidos ya mencionados.

III.- INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO ENDODONTICO SOBRE EL PERIODONTO.

Para la realización de un tratamiento de conductos es necesario valernos de auxiliares que pueden ser sustancias e incluso instrumentos como lo son limas, exploradores de conductos, obturadores, etc; los cuales son usados a veces de forma agresiva y podemos llegar a provocar un accidente o iatrogenia.

a) USO DE SUSTANCIAS IRRITANTES.

Cuando se realiza un tratamiento endodóntico se utilizan sustancias antisépticas para la desinfección radicular y la desvitalización pulpar (como el uso de formaldehídos, hipoclorito de sodio, etc.) éstas pueden dañar el periodonto ya que pueden filtrarse por los bordes de la restauración provocando una necrosis severa del ligamento periodontal y hueso alveolar adyacente a la zona apical.

b) PERFORACION RADICULAR.

Las perforaciones pueden llevarse a cabo a través de las paredes laterales de la raíz o piso pulpar en dientes multirradiculares. Estas generar una reacción inflamatoria en el periodonto y puede ser:

- Si es a nivel del surco, provoca una pérdida de inserción y migración apical del epitelio de unión.
- Si la perforación es más hacia apical provoca la exacerbación del proceso inflamatorio y la generación de síntomas clínicos como son: dolor agudo, tumefacción, exudado purulento y pérdida de inserción.

Cuando se provoca una perforación hay presencia de dolor súbito y hemorragia durante el limado radicular. Puede darse el caso de que haya sangrado por la causa de una pulpectomía realizada y tener una idea errónea, pero se puede descubrir si hay perforación durante la terapia posterior al limado por la presencia de sangre coagulada o tejido granulomatoso proliferando a la cámara pulpar.

Para detener éste daño provocado al periodonto se debe sellar esa perforación.

Experimentos recientes en monos (Beavers y cols. en 1982) demostraron que la cicatrización de las perforaciones hacia el periodonto también se pueden producir tras el sellado con un compuesto de hidróxido de calcio de fraguado duro. No solo se caracterizó por el cierre de la perforación con nuevo tejido duro, sino con una capa de tejido conectivo no inflamado formada en la cercanía del medicamento.(2)

También es usada la amalgama por la superficie externa radicular cuando la perforación está ubicada en la porción cervical y es posible levantar un colgajo y localizarla.

c) FRACTURAS RADICULARES.

Las fracturas radiculares no pueden ser observadas fácilmente, solo en estudios radiográficos y raramente se aprecian; los síntomas clínicos pueden variar desde dolor, sensibilidad, formación de abscesos, profundización local y estrecha del surco.

El diagnóstico de una fractura es confirmado después de una cirugía exploratoria.

Los tipos de fracturas pueden variar desde atravesar la raíz en distintos sentidos o llegar a todo lo largo, en forma angulada o siguiendo el eje logitudinal del diente y ser provocada por traumatismos o condensaciones laterales de un conducto radicular con excesiva carga, en la cementación de un perno o incrustación.

Como el espacio de la fractura está expuesto hay proliferación microbiana y afecta el ligamento periodontal inflamandose y pudiendo llegar hasta una degeneración de fibras del tejido conjuntivo y hueso alveolar. Es necesario realizar la extracción del diente involucrado.

IV. = INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL SOBRE LA PULPA.

De la misma manera como es afectado el periodonto por enfermedades de origen pulpar, esto se puede presentar en forma inversa.

Los productos irritantes del periodonto migran hacia la pulpa por el ápice o conductos accesorios e inclusive por los túbulos dentinarios expuestos. Estos productos pueden afectar comenzando desde una pulpitis y llegar incluso a necrosar la pulpa dental; en muchas ocasiones los dientes que son afectados no presentan caries.

Seltzer y Bender realizaron estudios sobre este tema obteniendo los siguientes resultados:

- Cambios pulpares atróficos en dientes con padecimientos periodontales, sin caries ni restauraciones: estos cambios se cree, que son por falta de irrigación en la porción coronal por estar afectados algunos capilares por lo tanto hay muerte celular y formación de dentina restaurativa en los conductos pulpares y estos terminan por calcificarse.

- Estrechamiento excesivo de los conductos radiculares por la aposición de dentina reparativa, que tiene la característica de tener pocos o ningún túbulo dentinario.

Lindhe menciona que en 1973 mostraron algunos efectos relacionados con la formación de dentina restaurativa en los en los conductos pulpares de ratas. (2)

- Se pueden llegar a presentar anomalías anatómicas por ejemplo: "perlas" de esmalte que llegan a presentarse en dientes dando lugar a aberturas por donde se puede llegar a afectar la pulpa por enfermedad periodontal.
Otro defecto encontrado es el llamado "dens in dente", que es una invaginación o surco que se presenta en el cíngulo; este defecto retiene irritantes que posteriormente afectarán al periodonto por su proximidad y tarde o temprano terminan degenerando la pulpa del diente.
- Histológicamente se ha encontrado linfocitos en la porción radicular de la pulpa o en algún conducto accesorio en comunicación con la lesión periodontal.
- Absorciones radiculares por debajo del tejido de granulación existente en una lesión periodontal.

Estas absorciones se han observado que pueden ser:

- Sobre la superficie lateral radicular. (externas)
- A nivel del agujero apical. (externas)
- Dentro de los conductos radiculares. (internas)

En este tema al igual que el anterior mencionado se genera un círculo vicioso entre la necrosis pulpar y la lesión periodontal ya que ambos contribuyen a la elaboración de productos tóxicos que invaden los tejidos vecinos adyacentes.

V.- INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL SOBRE LA PULPA.

a) RASPADO Y ALISADO RADICULAR.

El raspado y alisado radicular es una terapia utilizada en Periodoncia para la remoción de cálculos dentales y cemento radicular enfermo, con la finalidad de obtener una disminución de irritantes a los tejidos blandos del periodonto y obtener un epitelio de unión en condiciones sanas.

Al realizar este tipo de tratamiento no solo eliminamos depósitos microbianos, sino aunados a éstos se encuentran también cemento y dentina superficial; por lo que quedan expuestos túbulos dentinarios, los cuales se encuentran a merced de los microorganismos de la flora bucal pudiendo provocar reacciones inflamatorias a la pulpa.

En un estudio experimental realizado por Bergenholtz y Lindhe (1978) en monos; encontraron que la vitalidad de la pulpa no dependía de que se realizara al diente un raspado y alisado radicular. Ya que a algunos dientes con enfermedad periodontal les fué realizador el tratamiento y no aumentó la severidad de la alteración pulpar en comparación con otros que no fueron tratados.

En los dientes que recibieron el raspado y alizado se observó una formación de dentina secundaria, y a estas mismas raíces alisadas se les dejó que tuvieran nuevamente acúmulo de placa bacteriana, y no se encontró incidencias de las alteraciones pulpares.(2)

b) SENSIBILIDAD DENTARIA.

Esta se debe no solo al raspado y alidado, pueden deberse también a los cambios inflamatorios o hemorragias en la pulpa.

Puede darse el caso que al realizar un raspado de las furcas en dientes bi o trirradiculares se seccionan conductos accesorios existentes provocando por falta de riego sanguíneo, necrosis pulpar por coagulación.

Esta sensibilidad puede ser muy exagerada, por lo que muchas veces los pacientes no soportan ni el contacto del cepillo dental sobre la superficie de los dientes; ésto provoca acumulación de placa nuevamente y no permite que los tejidos que fueron removidos se regeneren, en estos casos el cemento que es el que cubre la raíz dental evitando el contacto de la flora bucal y los túbulos dentinarios. Para estos casos se utilizan métodos terapéuticos que son:

- Sustancias tópicas químicas que se aplican a la superficie dental (fluor, formol, cloruro de estroncio, corticosteroides, hipofosfato de calcio, hidróxido de calcio, etc.).

- Ionoforesis (depósitos de sustancias químicas por medios eléctricos).
- Impregnando la dentina expuesta con resina.

Este método para algunos autores no ha sido tan exitoso su uso como para otros que opinan todo lo contrario y lo siguen utilizando.

Los endodoncistas opinan que el uso de estas sustancias causa daño a la pulpa sobre todo cuando la exposición radicular es amplia o grande ya que se pudiera encontrar éste tipo de sustancias, alterando las células pulpareas y algunos vasos que la irrigan.

Cuando la sensibilidad no cede mediante ningún tratamiento de los ya mencionados, se puede realizar una pulpectomía del diente y obturación del mismo.

Sin embargo hay que tener en cuenta que no todos los tratamientos periodontales terminan en inflamación y necrosis pulpar.

VI.- DIAGNOSTICO.

Cuando se presenta alguna lesión en el periodonto causada por inflamación de los tejidos de soporte, formación de bolsas, fístulas, dolor a la percusión, movilidad dentaria, generalmente nos inclinamos a pensar que es de origen periodontal, sin embargo ésta podría ser provocada por una lesión endodóntica crónica, por esta razón muchas veces no logramos saber cual es el origen de la lesión; es esencial realizar un buen diagnóstico para posteriormente realizar un tratamiento adecuado.

Hay diversos signos y síntomas que nos pueden ayudar a diferenciar una lesión periodontal de una endodóntica y pueden ser las siguientes:

- Dolor.
- Inflamación.
- Exploración periodontal (sondeo).
- Movilidad dental.
- Pruebas pulpares (termal, electrica, acceso a la cavidad, búsqueda de caries profundas, interpretación radiográfica).
- Exploración de tractos fistulosos.(abscesos).
- Antecedentes de traumatismos.

DOLOR.

El hablar de dolor es muy subjetivo en este caso porque no se puede medir con precisión; el dolor endodóntico se considera como severo, puede presentarse espontáneamente durante las etapas preliminares de inflamación pulpar. El dolor se intensifica y localiza cuando se espansa entre las estructuras periodontales. Este dolor es eliminado con el tratamiento de conductos radiculares.

El dolor periodontal crónico, empieza siendo suave o moderado y va creciendo hasta formar un absceso periodontal entonces el dolor puede ser severo y este es eliminado por medio de un drenaje.

Denominar al dolor de una forma precisa es muy difícil ya que cada paciente refiere un dolor diferente de acuerdo al umbral de dolor que posea.

INFLAMACION.

Cuando es causada por lesión endóntica puede aparecer en cualquier parte de la mucosa bucal o esparcirse en los planos faciales.

La inflamación periodontal se encuentra en la encía y puede esparcirse cerca de la línea mucogingival, aunque no es muy común.

EXPLORACION PERIODOTAL (SONDEO).

Cuando hay una migración patológica del epitelio de unión, y por lo tanto la formación de una bolsa periodontal, debe ser explorada para saber la severidad de ésta, y averiguar el origen de la misma, es decir, si fué causada por factores irritantes como lo son la placa y cálculos acumulados, o es un drenaje de una lesión periapical que es éste caso drenó hacia el surco gingival.

De los abscesos periapicales y periodontales se hablará más adelante.

MOVILIDAD DENTAL.

Cuando la movilidad dental se presenta en un diente localizado y presenta un cuadro agudo se le considera que es de origen endodóntico, esta movilidad va disminuyendo cuando el tratamiento de conductos radiculares ha sido efectuado.

Generalmente la movilidad por causa periodontal se presenta en varios dientes o en todos; también se dice que pueden estar involucrados todos los dientes por causa de un trauma oclusal afectando a los tejidos de soporte del diente.

PRUEBAS PULPARES.

El primer paso es examinar la vitalidad pulpar por medio de estas pruebas: calor, frío, eléctrica y las demás ya antes mencionadas.

FRIO.-Cuando la pulpa es sana la respuesta a este estímulo será inmediata. Si no hay respuesta se puede pensar en una necrosis pulpar o una inflamación irreversible. Para realizar esta prueba existen diversas sustancias que pueden ser: cloruro de etilo, diclorodifluorometina, hielo, etc.

Se colocan con una torunda de algodón sobre la superficie del diente a tratar.

CALOR.- Cuando la pulpa es sana, la respuesta es dolor que desaparece cuando es retirado el estímulo. Si el dolor permanece constante significa que hay una pulpa inflamada irreversiblemente o puede existir una necrosis pulpar presente. Esta prueba se realiza calentando a la flama directa una barra de gutapercha y se coloca sobre la superficie del diente, éste debe tener un separador que se coloca previamente sobre él antes de recibir la gutapercha caliente con el fin de que no se pegue.

ELECTRICA.-Si hay respuesta al estímulo eléctrico hay una pulpa vital (sin llegar a saber con esto el estado de la pulpa). Esta prueba ofrece falsos-positivos que pueden alterar el diagnóstico, por lo tanto no se debe tener confiabilidad.

DOLOR A LA PERCUSION Y PALPACION.- Cuando hay lesión

periodontal la prueba resulta negativa a excepción de la presencia de un absceso periodontal.

Un diente con problema endodóntico presenta positividad a la prueba. Existen dolores irradiados que pueden darnos una respuesta falsa de la localización del dolor.

ACCESO A LA CAVIDAD PARA LA ELIMINACION DE CARIES.- Se debe

observar la clase de caries que presenta el diente, ya que si es una caries clase IV es seguro que haya necrosis pulpar; se es caries tipo III pudiera ser una pulpitis irreversible.

Se debe hacer sin anestesia previa, si el diente presenta respuesta de dolor hay vitalidad pulpar, si la respuesta es negativa se piensa en necrosis pulpar.

RADIOGRAFIAS.- Esta prueba está asociada con las

pruebas anteriores, ya que de acuerdo a lo observado se debe relacionar con las respuestas obtenidas y dar un diagnóstico preciso. Por ejemplo si hay pérdida de hueso alrededor del diente y la pulpa presentó negatividad en las pruebas de vitalidad, se considera la pérdida de hueso por causa endodóntica.

Si hay radiolucidez en el ápice radicular y la pulpa no refirió vitalidad en las pruebas se le considera como necrótica, y el origen de la lesión del diente observado es endodóntico.

Cuando hay pérdida ósea radiográficamente y la pulpa dental se considera vital después de realizarse las pruebas de vitalidad; se le considera una lesión de origen periodontal.

Las lesiones por trauma oclusal son observadas con radiolucideces en el ápice radicular, pero la pulpa es vital de acuerdo a las pruebas.

EXPLORACION DE TRACTOS FISTULOSOS.

La presencia de una fístula en la mucosa bucal se debe considerar como importante, porque es la comunicación que hay de el lugar del origen de la lesión con ésta misma.

Para saber donde es éste origen se puede colocar una gutapercha, punta de plata o alambre para Ortodoncia delgado o fino, se introduce en el sitio del origen de la lesión; y dependiendo hacia donde se dirige el medio de contraste podemos ayudarnos a saber su origen.

Cuando el objeto introducido va hacia el ápice radicular la lesión es de origen endodóntico.

Cuando el trazo es hacia la furca, mitad de raíz o cualquier otra región del diente se considera de origen periodontal. Aunque a veces, cuando el trazo se dirige hacia la furca no necesariamente es de origen periodontal ya que en esta región hay la presencia de conductos accesorios que pueden ser afectados por una lesión pulpar y al realizar su tratamiento no fueron obturados generando en la radiografía una zona radiolúcida y la formación de una bolsa periodontal por la reacción encontrada.

Puede presentarse un tracto fistuloso angosto y largo que es causado por un problema endodóntico, es asociado con enfermedad periodontal y muchas veces se procede a realizar un raspado y alisado innecesario, sin pensar que este problema desaparecerá al realizar el tratamiento de conductos.

Estos abscesos suelen drenar en distintas direcciones, este proceso suele ser acompañado de dolor pulsátil, inflamación aguda, sensibilidad a la presión y percusión, movilidad incrementada y tumefacción en la encía marginal. (signos y síntomas del absceso periapical).

Un absceso periapical puede drenar de la siguiente forma:

- Lesión supurativa que puede generar una vía fistulosa a lo largo del ligamento periodontal, (en torno al diente solo hay un trayecto profundo al sondeo).

- Cuando perfora la cortical ósea cerca del ápice, con elevación del tejido blando, (se observa más a menudo en la parte vestibular del diente).
Este absceso periapical busca el área de menor resistencia para fistulizar.

ANTECEDENTES DE TRAUMATISMOS.

Para obtener resultados de un posible traumatismo es necesario realizarle al paciente una serie de preguntas por medio de las cuales se pueda obtener un antecedente de éstos ya haya sido por un golpe, accidente, etc.

Se debe tener una gran capacidad y manejo de estos auxiliares del diagnóstico para poder tener una certeza de que el diagnóstico que hemos dictaminado es el correcto y no afectar el tratamiento a seguir por obtener falsos-positivos que suelen ser muy comunes en estos casos.

VII.- CLASIFICACION.

Anteriormente se habló del círculo vicioso que se forma entre una lesión endodóntica de origen y que puede desencadenar una lesión periodontal o viceversa; estas lesiones formadas o desencadenadas por diversos factores son llamadas lesiones combinadas verdaderas.

Esta estrecha relación entre la Endodóncia y la Periodoncia, es decir, relación pulpa dental y enfermedad periodontal se ha expresado de diversas maneras por autores como Stern, Genco, etc. y estos coinciden en clasificarlos de esta forma:

a) LESION ENDODONTICA PRIMARIA.

Una lesión de este tipo se manifiesta por una pulpa necrótica con una periodontitis apical crónica y un trayecto fistuloso; éste puede drenar a través del surco gingival y causar una supuesta bolsa profunda pero no extensa, también puede drenar a la altura de la furcación de dientes multirradiculares. Si se presenta una inflamación bucal o lingual se debe pensar en la existencia de un conducto lateral.

En una radiografía se muestra que el problema periodontal está aislado, es decir, involucra un solo diente.

DIAGNOSTICO.

La confirmación de el diagnóstico se hace por medio de pruebas de vitalidad pulpar la cual resulta negativa; no presenta respuesta a prueba eléctrica, termal y de la cavidad también se puede seguir el trayecto fistuloso para conocer el origen de la lesión.

TRATAMIENTO.

Consiste en una terapia de conductos radiculares convencional conservativa, debe realizarse en varias citas para tener un control de la evaluación y mejoramiento de la lesión involucrada. No debe realizarse raspado y alisado radicular cuando la fistula está a lo largo del ligamento, porque puede afectarse las fibras del ligamento.

PRONOSTICO.

Es excelente, debe llevarse un control radiográfico en 3 y 6 meses para estar seguro de la cicatrización completa.

b) LESION ENDODONTICA PRIMARIA CON ENFERMEDAD PERIODONTAL SECUNDARIA.

Quando una lesión endodóntica primaria con trayecto fistuloso no es diagnosticada y tratada a tiempo, la placa y cálculos presentes en el trayecto fistuloso crean un problema periodontal secundario.

DIAGNOSTICO.

Las pruebas de vitalidad resultan negativas, no hay respuesta eléctrica y termal o de la cavidad. Pueden encontrarse bolsas periodontales visibles con presencia de placa y cálculos en el trayecto fistuloso.

TRATAMIENTO.

Se debe realizar un tratamiesto de conductos radiculares; seguida de una terapia periodontal que consiste en raspado y alisado radicular y disminución de la patogenia de la flora bacteriana dando al paciente una técnica adecuada para el control de placa bacteriana.

PRONOSTICO.

El pronóstico dependerá de la calidad de la terapia de conductos radiculares y de la regeneración del epitelio de unión que depende del éxito del tratamiento periodontal.

Si por algún mal diagnóstico se realiza una sola terapia de las mencionadas, el pronóstico será malo porque aunque se elimine una de las lesiones la otra existente volverá a presentar recidiva.

c) LESION PERIODONTAL PRIMARIA.

Esta lesión generalmente se desarrolla en un periodo largo de tiempo, por lo mismo se consideran lesiones periodontales crónicas en su naturaleza, pueden ser observadas afectando a otro diente contiguo o aislado al diente de la lesión. Se le considera como una lesión progresiva hacia el ápice, los bordes de la lesión se observan alterados, los márgenes gingivales también, el paciente puede referir un mínimo dolor por la enfermedad.

DIAGNOSTICO.

Por medio de la exploración (sondeo) periodontal, puede alcanzarse el ápice radicular involucrando en la lesión de un diente. Los resultados de las pruebas eléctrica y termal a la pulpa son normales, la pulpa presenta vitalidad.

TRATAMIENTO.

Es indicada la terapia periodontal, no se debe realizar el tratamiento de conductos radiculares a menos que la pulpa presente signos de cambio en la vitalidad pulpar. Deben hacerse reevaluaciones periódicas para evitar problemas endodónticos retrógradas posibles.

PRONOSTICO.

El pronóstico depende completamente del éxito de la terapia periodontal y de la extensión del daño.

d) LESION PERIODONTAL PRIMARIA CON PROBLEMA ENDODONTICO SECUNDARIO.

Cuando la enfermedad periodontal avanza y llega a involucrar el ápice de la raíz o afectar un conducto accesorio lateral, y por lo consiguiente una invasión retrógrada de la pulpa; el paciente presenta dolor severo. El raspado y alisado de la dentina pueden contribuir a la muerte de la pulpa.

DIAGNOSTICO.

Los resultados de las pruebas de vitalidad son semejantes a las realizadas en la lesión endodóntica primaria, teniendo como resultado la negatividad. La exploración (sondeo) periodontal también es realizado, la prueba eléctrica y termal son realizadas también en caso de haber todavía vitalidad pero una pulpitis irreversible, es decir, que las pruebas pueden dar resultados mezclados de vitalidad y necrosis pulpar, esto generalmente se presenta en dientes multirradiculares que pueden presentar necrosis parcial.

Para tener un diagnóstico certero de la vitalidad pulpar y poder realizar un buen tratamiento se debe usar la prueba del frío, la cual si es una pulpa vital completamente tiene una respuesta, aún cuando la pulpa esté inflamada, la aplicación del frío provocará respuesta inmediata y duradera o prolongada por unos minutos. Si la pulpa es necrótica esta prueba resultará negativa.

TRATAMIENTO.

Está indicada la terapia del conducto radicular, la terapia periodontal puede iniciarse aunada a la terapia endodóntica para obtener una conjunción y la curación del diente y sus tejidos circundantes.

PRONOSTICO.

El pronóstico de la lesión periodontal dependerá en gran parte del mantenimiento de la salud periodontal, y esto se logrará solamente si el paciente es capaz de llevar a cabo un buen control de placa bacteriana. Aunque también depende de el tratamiento endodóntico.

Algunos fracasos ocurren cuando el diente revela una furcación, es decir, dientes multirradiculares que suelen tener acumulación de placa y cálculos en estas zonas y es limitada su eliminación y limpieza para tener posibilidades de recuperación.

e) LESION COMBINADA VERDADERA.

A esta lesión se le considera como combinada puesto que presenta alteraciones pulpares y periodontales, pero en estos casos la patología pulpar y periodontal se desarrollan independientemente y se fusionan posteriormente. Es decir, hay un problema pulpar por caries tipo IV y bolsas periodontales de entre 4 y 5 milímetros causadas por acúmulo de placa y cálculos que al fusionarse generan un problema mayor.

DIAGNOSTICO.

La prueba pulpar resulta negativa en la lesión combinada se debe realizar la exploración periodontal (sondeo) en varios sitios alrededor del diente lesionado. También debe tomarse una radiografía con una punta de gutapercha en el lugar de la fistula en caso de estar presente para conocer el origen y trayecto de ésta. Si se da el caso de que se puedan introducir varias puntas de gutapercha la cantidad de destrucción periodontal se considera amplia.

Si las exploraciones (sondeos) son trazados en otra dirección que no sea el ápice entonces puede ser posible una fractura o absorción presente.

TRATAMIENTO.

Se debe realizar un buen tratamiento de conductos para reducir la concentración crítica de contaminantes en la lesión combinada. La terapia periodontal puede ser hecha durante o inmediatamente después del tratamiento de conductos. En algunos casos los autores mencionan la hemisección de la raíz de acuerdo al diagnóstico de la lesión, o sea en casos de que la raíz afectada no tenga un buen pronóstico.

PRONOSTICO.

Depende de la terapia periodontal. Mientras mayor sea la extensión de la lesión y el involucramiento, el pronóstico es menor. Se debe advertir al paciente que este puede ser limitado.

VIII. = DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

El diagnóstico diferencial de una lesión combinada verdadera incluye:

- Fracturas verticales de la raíz.
- Perforaciones.
- Absorciones internas o externas.

Esto puede deberse a una instrumentación severa, a una mala técnica endodóntica, a un traumatismo previo.

FRACTURA.

Una fractura puede ser confirmada mediante una exploración del surco. Si la fractura no atravieza el epitelio o base gingival se debe remover éste para poder tener un pronóstico de la misma.

Una fractura puede producir en una radiografía un efecto de "halo" en el diente afectado.

La examinación de la superficie del diente, si existe la fractura se sentirá una raspadura o que el explorador se atora ligeramente.

También se observa radiográficamente la pérdida de la lámina dura y alteraciones en el trabeculado normal y ensanchamiento del ligamento periodontal. Las fracturas generalmente terminan en la extracción.

PERFORACIONES.

Las perforaciones son creadas generalmente por una agresiva instrumentación; si la perforación es creada cerca del surco gingival o en la furcación, hay destrucción del ligamento periodontal y hueso alveolar adyacente que es resultado de una respuesta inflamatoria.

Las perforaciones pueden ser selladas inmediatamente después de su localización, ya que es un factor muy importante el cerrarla lo más rápido posible.

De acuerdo al tamaño y localización de las perforaciones se indica el material a escoger: amalgama, gutapercha (aunque se dice que no logra un buen sellado), hidróxido de calcio, cemento de ionómero de vidrio. Si la perforación es muy grande y extensa se debe realizar una hemisección o extracción dental de acuerdo al diagnóstico.

ABSORCIONES.

Pueden encontrarse absorciones internas que son detectadas radiográficamente, se debe extirpar el paquete pulpar antes de que avance más la absorción. El pronóstico en estos casos depende de si hay una comunicación establecida. El tratamiento indica el uso de terapias con hidróxido de calcio repetidas.

En las absorciones externas que son completamente diferentes a la anterior mencionada; generalmente se indica la extracción dental.

IX.- CASOS CLINICOS.

CASO I.

Henry M. Goldman y Herbert Schilder en 1987 publicaron el caso de una mujer de 64 años en la cual el dentista observó radiográficamente una destrucción osea extensa y una lesión periapical.

El diagnóstico de este dentista fué:

- Pérdida de hueso por problema de origen periodontal.
- Lesión periapical de origen pulpar, es decir, una lesión combinada.

Remitió al paciente con un Periodoncista el cual observó:

- Falta de cresta osea.
- Una lesión lateral y apical.
- Una bolsa periodontal no muy profunda.
- La presencia de una corona total.

El tratamiento de primera instancia fué de tratamiento de conductos que fué obturado por técnica de condensación lateral con cemento de óxido de zinc y gutapercha.

Radiográficamente observó la obturación de un conducto accesorio lateral el cual fué obturado al igual que el conducto radicular; no se mostró ningún cambio en la imagen periapical que tenía.

A los 3 meses hubo un pequeño mejoramiento radiográfico y a los 6 meses se volvió a repetir la radiografía teniendo nuevamente un mejoramiento más considerable y notorio.

Las conclusiones a las que llegó fueron:

- Al haber una destrucción rápida de hueso se pensó que era por causa endodóntica.
- No había caries presente, pero si una amplia restauración - (corona total) se pensó también que fuera de origen endodóntico.
- Al realizar pruebas de vitalidad pulpar (frío, calor, etc.) no refirió respuesta positiva.
- Se llegó a la conclusión de que solo era de origen endodóntico y con el tratamiento de conductos se dió fin al avance de esta enfermedad.

CASO II.

Este caso fué expuesto por Gold y Moskow en un artículo publicado; en 1986 y se habla de un paciente de 54 años de edad de sexo femenino que fué remitido al Periodoncista por diagnosticarle periodontitis generalizada.

Las condiciones clínicas fueron:

- Bolsas periodontales profundas de entre 4 y 12 milímetros.
- Una marcada movilidad considerada como severa en la mayoría de los dientes.
- Algunas áreas de sangrado y supuración al sondeo.

El plan de tratamiento del Periodoncista fué:

- Remitir al paciente con el dentista general para la realización de extracciones de dientes en malas condiciones. (Aquí incluía la extracción de un tercer molar inferior derecho del que se habla en este caso).
- Evaluar la vitalidad pulpar del segundo molar inferior derecho (porque presentaba una radiolucidez en la raíz distal radiograficamente semejando una reacción periapical).

El resultado de la prueba pulpar indicó que había vitalidad del segundo molar inferior derecho. Se realizó el tratamiento periodontal de una forma rutinaria. Se sugirió un colgajo, raspado y alisado radicular hasta el ápice y la colocación de un injerto óseo autógeno de la cortical en la base del defecto.

El hueso morfológicamente se colocó en la lesión y consistió en una amplia porción coronal compuesta de dos paredes y unas tres partes en porción de la base y una porción estrecha apicalmente.

El área tratada no mostró novedad después del tratamiento, sin embargo en una radiografía tomada después de 3 años de la cirugía realizada se demostró una aparente reparación de hueso.