

Guía Clínica para el tratamiento de Lesiones Endoperiodontales Sin Compromiso Radicular en Pacientes Periodontales

Clinical Practice Guide for the Treatment of Endoperiodontal Lesions Without Root Compromise in Periodontal Patients

Recibido 22/08/2022

Aceptado 25/10/2022

Cáceres SH^{1,2}, Caride F², Rodríguez PA¹

¹ **Universidad de Buenos Aires**
Facultad de Odontología
Cátedra de Endodoncia
Buenos Aires, Argentina

² **Universidad de Buenos Aires**
Facultad de Odontología
Cátedra de Periodoncia
Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

La comunicación patológica entre la pulpa y el periodonto se denomina lesión endoperiodontal. Puede presentarse de forma aguda o crónica, y su manifestación más común es la presencia de un absceso acompañado de dolor. Es importante realizar una detenida evaluación clínica y radiográfica para establecer un correcto diagnóstico y plan de tratamiento. Por este motivo, el objetivo de esta guía es presentar un protocolo consensuado entre las Cátedras de Periodoncia y Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires (FOUBA), para su tratamiento.

Palabras clave: lesiones endoperiodontales, lesiones periodontales agudas, absceso, endodoncia, periodoncia.

ABSTRACT

The pathological communication between the pulp and the periodontium is called Endoperiodontal Lesion. It can be presented in an acutely or chronically form and its most common manifestation is the presence of an abscess accompanied by pain. It is important to carry out a careful clinical and radiographic evaluation to establish a correct diagnosis, prognosis, and treatment plan. For this reason, the objective of this guide is to present a consensus protocol between Periodontics and Endodontics Departments of the Faculty of Dentistry of the University of Buenos Aires (FOUBA) for their treatment.

Keywords: endo-periodontal lesions, acute periodontal lesions, abscess, endodontics, periodontics.

INTRODUCCIÓN

La pulpa dental y el periodonto presentan diferentes vías de comunicación. El foramen apical, los conductos accesorios (más prevalentes en el tercio apical) y los túbulos dentinarios son ejemplos de ello (De Deus, 1975). La comunicación patológica entre estas

estructuras se denomina lesión endoperiodontal (Herrera, et al., 2018). La misma se produce por medio de la migración de microorganismos y mediadores de la inflamación. Es decir, bacterias y subproductos inflamatorios provenientes de la pulpa pueden atravesar el foramen apical y causar una patología perirradicular, así como también subproductos provenientes de bolsas periodontales profundas pueden ingresar por medio del foramen apical y generar patología pulpar (Rotstein, 2017). Pueden presentarse de forma aguda o crónica y, su manifestación más común es la presencia de un absceso acompañado de dolor.

El objetivo de esta guía es presentar un protocolo clínico para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento de las lesiones endoperiodontales.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO

Desarrollo: Los signos y síntomas más comunes de una pieza dentaria afectada por una lesión endoperiodontal en pacientes con periodontitis son bolsas anchas y profundas que se extienden a nivel del tercio apical radicular, asociadas a una respuesta pulpar alterada (Abbott y Yu, 2007).

Al examen visual se observa la presencia de signos de inflamación gingival (Figura 1).

En el examen instrumental se registra un aumento de la profundidad de sondaje (PS), pérdida en el nivel de inserción (NI) y sangrado al sondaje (SS) en más de un sitio de la raíz, asociado a la presencia de bolsas anchas y profundas (Figuras 2A y 2B).

Habitualmente hay dolor a la percusión vertical y horizontal, así como también a la palpación en fondo de surco.



Al evaluar el estado pulpar por medio de la prueba de sensibilidad al frío realizado con un spray refrigerante de diclorodifluorometano (Endo Ice), se observa una respuesta alterada (dolor de intensidad severa que perdura en respuesta a cambios térmicos) o negativa (ausencia de respuesta).

Radiográficamente, se observa un defecto óseo que se extiende a nivel del tercio apical radicular que indica la comunicación entre la lesión endodóntica y periodontal (Figura 2C).

En el caso de piezas multirradiculares, puede observarse una zona radiolúcida a nivel del área de furcación como vía de comunicación entre ambas estructuras.

En el caso de presentar una fístula se deberá realizar una fistulografía para determinar el origen de la lesión y poder realizar un correcto diagnóstico diferencial (Figuras 3A y 3B).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las lesiones endoperiodontales sin compromiso radicular presentan una manifestación clínica y radiográfica similar a fracturas longitudinales, perforaciones, reabsorciones radiculares externas y abscesos periodontales (Tablas 1-2).



FIGURA 1. Examen visual. Se observa agrandamiento gingival, pérdida de inserción generalizada, presencia de placa y cálculo, supuración y fístula localizada a nivel de la pieza 1.1

FIGURA 2A. Registro de la PS y NI por medio de una sonda Carolina del Norte. **2B.** Registro de los índices en periodontograma. **2C.** Imagen radiográfica, donde se observa defecto vertical que se extiende a nivel apical

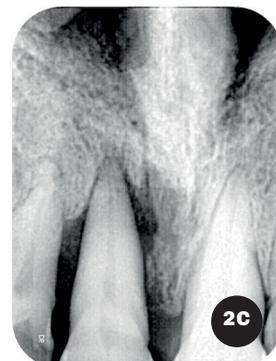
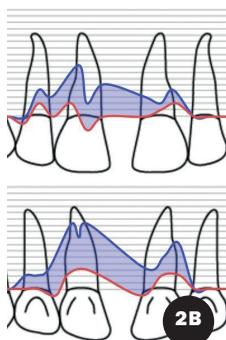




FIGURA 3A. Fistulografía.
3B. Radiográficamente, se observa origen endodóntico de la fístula vestibular y origen periodontal de la fístula palatina

PRESENTACIÓN CLÍNICA				
ÍNDICES	LESIÓN ENDOPERIODONTAL			ABSCESO PERIODONTAL
	SIN COMPROMISO RADICULAR		CON COMPROMISO RADICULAR	
	PACIENTES PERIODONTALES	PACIENTES NO PERIODONTALES	FRACTURAS, PERFORACIONES, REABSORCIONES RADICULARES EXTERNAS	
PROFUNDIDAD DE SONDAJE	Bolsas anchas y profundas que se extienden hasta el tercio apical	Bolsas estrechas y profundas que se extienden hasta el tercio periapical	Bolsas estrechas y profundas que se extienden hasta el tercio periapical	Bolsas profundas
NIVEL DE INSERCIÓN				
SANGRADO AL SONDAJE	+	+	+	+
SUPURACIÓN	+/-	+	+/-	+
TEST SENSIBILIDAD PULPAR	Respuesta pulpar alterada o negativa	Respuesta pulpar negativa	Respuesta pulpar alterada o negativa	Respuesta leve y transitoria
PERCUSIÓN	Dolor	Dolor	Dolor	Sensibilidad
PALPACIÓN	Dolor	Dolor	Dolor	Dolor
MOVILIDAD DENTARIA	+/-	+/-	+/-	+/-

TABLA 1. Diagnóstico clínico

IMAGEN RADIOGRÁFICA	
DEFECTO ÓSEO	Reabsorción ósea que se extiende hasta el tercio apical / área de furcación
FISTULOGRAFÍA	Determinar origen de la lesión

TABLA 2. Diagnóstico radiográfico

TRATAMIENTO

1° TRATAMIENTO DE URGENCIA

En el caso de una tumefacción localizada o ausencia de la misma, se procederá a eliminar la fuente de la infección por medio del drenaje a través del conducto radicular. Se realizará la apertura, desbridamiento y desinfección del sistema de conductos por medio de lavajes con Hipoclorito de Sodio al 0,5%. Si el conducto se encuentra seco se utilizará Hidróxido de Calcio como medicación intraconducto y se procederá al cierre del acceso endodóntico (Chong y Pitt Ford, 1992; Turkun y Cengiz, 1997; Lee, et al., 2009).

Si la tumefacción está indurada o es fluctuante se podrá realizar una incisión de drenaje en el área, para descomprimir la zona y evitar una posterior diseminación de la infección (Natkin, 1974).

2° TRATAMIENTO DE ENDODONCIA

Es importante tener en cuenta que el tratamiento de endodoncia debe ser realizado de forma previa a la terapia periodontal. El conducto debe ser obturado de forma definitiva por medio de un material inerte antes de tratar la superficie radicular, ya que la instrumentación mecánica y química, así como las pastas medicamentosas tienen un efecto irritante que puede influenciar el patrón normal de cicatrización periodontal (Blomlöf, et al., 1988; Lima et al., 1997) (Figuras 4A y 4B).

3° TRATAMIENTO PERIODONTAL

Durante la terapia básica se realizará motivación y enseñanza de la higiene oral; remoción del biofilm, cálculo supra y subgingival; eliminación de factores

retentivos de placa; ajuste oclusal y endodoncia de piezas con un diagnóstico de necrosis o pulpitis irreversible.

4° REEVALUACIÓN A LOS 30 DÍAS

Se realizará una nueva evaluación clínica y radiográfica. Se registrará la PS, NI, SS y movilidad de la pieza dentaria (Figura 5A, 5B y 5C).

5° TERAPIA COMPLEMENTARIA QUIRÚRGICA

Las piezas que presentan una patología endodóntica están asociadas con mayor frecuencia a defectos óseos angulares y bolsas periodontales profundas (Jansson, et al., 1995).

La presencia de bolsas residuales mayores o iguales a 5 mm, finalizada la terapia básica, significa un riesgo de progresión de la pérdida de inserción, y por ende el avance de la enfermedad, comprometiendo la pieza dentaria (Matuliene et al., 2008), motivo por el cual la gran mayoría de los sitios afectados por una lesión endoperiodontal en un periodonto reducido deberán ser abordados quirúrgicamente (Figura 6A y 6B).

6° REEVALUACIÓN 6 MESES POSTQUIRÚRGICOS

Se realizará una nueva evaluación clínica y radiográfica (Figura 7A y 7B). Clínicamente, se evaluará la presencia de bolsas residuales, y radiográficamente el llenado óseo. En caso de que no se observen bolsas residuales >4mm, SS y tenga un índice de O'Leary <20%, el paciente será incluido en un programa de mantenimiento periodontal cada 6 meses.



FIGURA 4A. Examen visual post tratamiento de endodoncia. Se observa la remisión de la fístula.
4B. Radiografía periapical post endodoncia

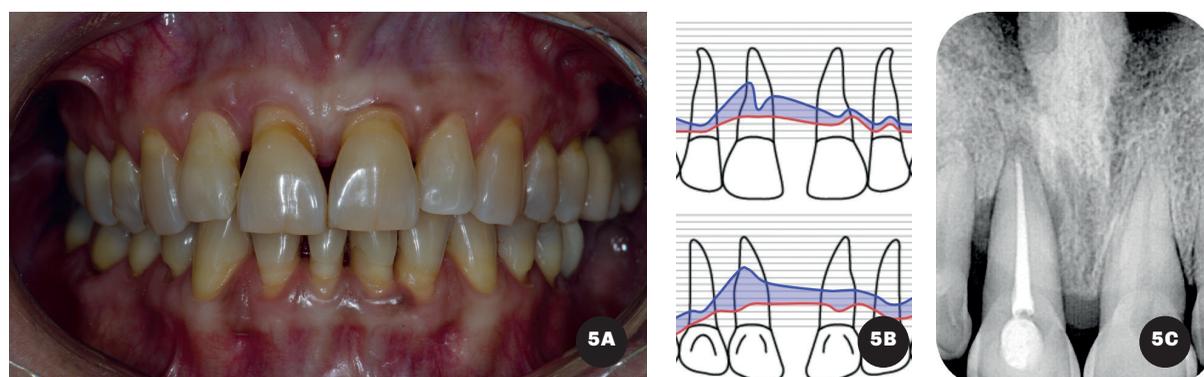


FIGURA 5A. Examen visual al momento de la reevaluación (30 días post terapia básica). **5B.** Registro de la PS y NI al momento de la reevaluación. **5C.** Radiografía periapical 30 días post terapia básica

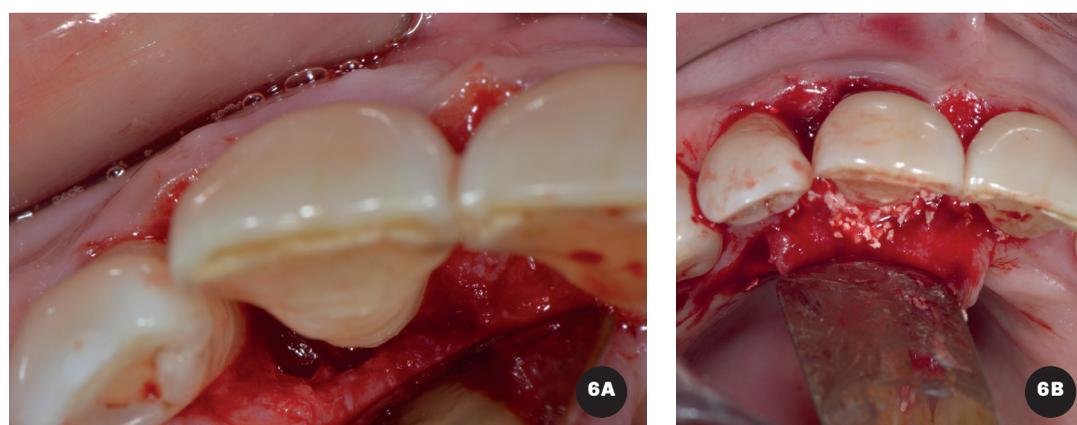


FIGURA 6A. Abordaje quirúrgico, realizado por medio de una técnica mínimamente invasiva (MIST). Se observa presencia de defecto óseo circunferencial. **6B.** Luego de lograr acceso, el defecto fue desbridado cuidadosamente, la superficie radicular tratada con Prefgel®, y el defecto regenerado con proteínas derivadas de la matriz del esmalte Emdogain®, en combinación con una hidroxiapatita bovina (Cerabone®)



FIGURA 7A. Examen visual 6 meses post quirúrgicos. **7B.** Radiografía periapical 6 meses postquirúrgicos

CONCLUSIONES

Es importante realizar una detenida evaluación clínica y radiográfica para establecer un correcto diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

En el caso de piezas afectadas por lesiones endoperiodontales sin compromiso radicular en pacientes no periodontales, la bolsa estrecha generada por el trayecto fistuloso presentará una resolución completa con el tratamiento endodóntico definitivo. En cambio, una lesión endoperiodontal combinada con una lesión periodontal establecida, necesitará a su vez un tratamiento periodontal para mejorar su pronóstico. Las piezas que presentan lesiones endoperiodontales con compromiso radicular como las fracturas verticales presentan un pronóstico irrecuperable, y su tratamiento consiste en la extracción de la pieza, no así las piezas que presentan perforaciones o reabsorciones radiculares externas como vía de comunicación, las cuales serán mantenidas en boca con un pronóstico pobre.

REFERENCIAS

Abbott, P. V., y Yu, C. (2007). A clinical classification of the status of the pulp and the root canal system. *Australian Dental Journal*, 52(1 Suppl), S17–S31. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2007.tb00522.x>

Blomlöf, L., Lindskog, S., y Hammarström, L. (1988). Influence of pulpal treatments on cell and tissue reactions in the marginal periodontium. *Journal of Periodontology*, 59(9), 577–583. <https://doi.org/10.1902/jop.1988.59.9.577>

Chong, B. S., y Pitt Ford, T. R. (1992). The role of intracanal medication in root canal treatment. *International Endodontic Journal*, 25(2), 97–106. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2591.1992.tb00743.x>

De Deus, Q. D. (1975). Frequency, location, and direction of the lateral, secondary, and accessory canals. *Journal of Endodontics*, 1(11), 361–366. [https://doi.org/10.1016/s0099-2399\(75\)80211-1](https://doi.org/10.1016/s0099-2399(75)80211-1)

Herrera, D., Retamal-Valdes, B., Alonso, B., y Feres, M. (2018). Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. *Journal of Periodontology*, 89 Suppl 1, S85–S102. <https://doi.org/10.1002/JPER.16-0642>

Jansson, L., Ehnevid, H., Lindskog, S., y Blomlöf, L. (1995). The influence of endodontic infection on progression of marginal bone loss in periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*, 22(10), 729–734. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051x.1995.tb00254.x>

Lee, M., Winkler, J., Hartwell, G., Stewart, J., y Caine, R. (2009). Current trends in endodontic practice: emergency treatments and technological armamentarium. *Journal of Endodontics*, 35(1), 35–39. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2008.10.007>

Lima, L. A., Anderson, G. B., Wang, M. M., Nasjleti, C. E., Morrison, E. C., Kon, S., y Caffesse, R. G. (1997). Healing of intrabony defects and its relationship to root canal therapy. A histologic and histometric study in dogs. *Journal of Periodontology*, 68(3), 240–248. <https://doi.org/10.1902/jop.1997.68.3.240>

Matuliene, G., Pjetursson, B. E., Salvi, G. E., Schmidlin, K., Brägger, U., Zwahlen, M., y Lang, N. P. (2008). Influence of residual pockets on progression of periodontitis and tooth loss: results after 11 years of maintenance. *Journal of Clinical Periodontology*, 35(8), 685–695. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2008.01245.x>

Natkin, E. (1974). Treatment of Endodontic Emergencies. *Dental Clinics of North America*, 18(2), 243-255.

Rotstein I. (2017). Interaction between endodontics and periodontics. *Periodontology 2000*, 74(1), 11–39. <https://doi.org/10.1111/prd.12188>

Türkün, M., y Cengiz, T. (1997). The effects of sodium hypochlorite and calcium hydroxide on tissue dissolution and root canal cleanliness. *International Endodontic Journal*, 30(5), 335–342. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2591.1997.00085.x>

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

Dirección para correspondencia

Cátedra de Periodoncia
Facultad de Odontología
Universidad de Buenos Aires
Marcelo T. de Alvear 2142, Piso 17
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, C1122AA
stefaniahcaceres@gmail.com

La Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Argentina

