

Síndrome endo-periodontal

revisión literaria

Andrés A. Ortega

Prof. de Periodoncia,

Universidad Eugenio María de Hostos (UNIREMHOS)

Ayudante de profesor de Periodoncia - Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) - Miembro Academia americana de Periodontología.

1.- Introducción

La inflamación de los tejidos de soporte acompañado por bolsas periodontales profundas, supuración, sangrado gingival, formación de fístula, incremento de la movilidad dentaria y la pérdida ósea angular, son generalmente asociadas a casos de periodontitis. Aunque estos mismos signos y síntomas pueden ser causados por una infección pulpar que haya penetrado el ligamento periodontal, ya sea por el foramen apical o por los canales laterales¹.

Las lesiones periodontales y pulpares poseen varios signos y síntomas que permiten su identificación. Estos incluyen el dolor, inflamación, sondaje periodontal, movilidad dentaria, percusión, palpación, pruebas térmicas y eléctricas y la interpretación radiográfica².

El dolor de origen endodóntico es usualmente agudo y severo². Aunque otros autores expresan que puede ser de intenso a moderado³. Este dolor puede ocurrir en la etapa inicial de la inflamación pulpar. El dolor podrá intensificarse y localizarse una vez se haya esparcido hacia el ligamento periodontal y el hueso alveolar. A veces el dolor endodóntico no responderá a potentes analgésicos y muchas veces podrá interrumpir el sueño del paciente.

El dolor de origen periodontal es usualmente crónico, de leve a moderado, y generalmente cede con la aplicación de analgésicos. Aunque pueden

ocurrir cuadros de dolor severo, creando a su vez un absceso periodontal. Este tipo de dolor severo tiende a ser regresivo luego de realizarse un drenaje. Además, el dolor de origen endodóntico no interrumpe el sueño del paciente⁴. Las lesiones combinadas frecuentemente presentan un dolor de tipo leve, ya que existe bastante pérdida de tejido periodontal, conllevando a la apertura de un drenaje vía el surco gingival, disminuyendo así la presión y el dolor².

La inflamación causada por una infección endodóntica usualmente puede ocurrir en el pliegue mucobucal o extendiéndose hacia los planos faciales. La inflamación asociada a problemas periodontales es encontrada en la encía adherida y raramente puede extenderse hasta la línea mucogingival.

Cuando existe la presencia de movilidad alrededor de un diente aislado, la fuente de problema podrá ser endodóntica o periodontal. En una etapa aguda el origen es muchas veces endodóntico. La movilidad de tipo generalizada envolviendo muchos dientes sugiere un origen de tipo periodontal u oclusal⁵.

2- Pruebas diagnósticas

Percusión y palpación. Los resultados de estas pruebas son usualmente negativas en un diente con problemas periodontales.

En presencia de un absceso periodontal este tipo de prueba podrá ser positivo. Un diente con problemas endodónticos definitivamente presentará a la percusión y la palpación.

Frío. La respuesta de una pulpa normal ante este estímulo es inmediato y desaparece al removerse el estímulo. Si no hay respuesta o si el dolor persiste luego de haber removido el estímulo, la pulpa está necrótica o inflamada de forma irreversible⁶.

Eléctrica. Esta prueba es vista como una respuesta de positiva vitalidad o cero vitalidad. No indica el estado real de la pulpa. Si no hay respuesta, la pulpa está necrótica y la terapia endodóntica deberá de realizarse⁴.

Radiografías. Radiográficamente los problemas endodónticos y periodontales pueden presentar un parecido entre sí; por lo tanto, las pruebas pulpares y el sondaje periodontal deberán acompañar la radiografía. Si existe la presencia de pérdida ósea en un diente aislado y las pruebas pulpares son negativas, entonces esta pérdida ósea será de origen endodóntico, teniendo un pronóstico de regeneración ósea excelente. Si existe una zona radiolúcida a nivel periapical y las pruebas pulpares son negativas, estaremos en la presencia de una lesión endodóntica⁸.

Cuando estamos en la presencia de pérdida ósea y las pruebas pulpares son normales, es evidente que se trata de una lesión de tipo periodontal. Lesiones periapicales pueden ser de origen periodontal cuando encontramos dientes con raíces fusionadas⁸.

Los túbulos dentinales contienen prolongaciones citoplásmicas que se extienden desde los odontoblastos hacia el borde dentina-pulpa. Cuando la dentina es cortada, ya sea por una fresa o por una cureta, este reacciona como cualquier tejido del cuerpo humano. Existe un injuria inicial precedida por una reacción inflamatoria, concluyendo con una fase de cicatrización. La comunicación por los túbulos dentinales fue demostrada por SELTZER ET AL (1967) en el cual los cambios interradiculares en el periodonto fueron demostrados seguido de tratamientos de pulpotomías⁹. El efecto de la enfermedad periodontal hacia la pulpa fue descrita por primera vez por TUNER y DREW en el 1918¹⁰.

Una condición patológica que ilustra la intercomunicación es el de las reabsorciones radiculares. Esto podrá ocurrir seguido de una avulsión o reimplantación de un diente, debido a la injuria causada al ligamento periodontal y la necrosis de la pulpa en presencia de bacterias. El resultado de esto se desarrollará de forma rápida, presentando lagunas de reabsorción en el aspecto lateral de la raíz. En dientes inmaduros, donde existen canales dentinarios

anchos, la remoción de cemento radicular facilitará el movimiento de productos bacterianos de una pulpa necrótica hacia el ligamento periodontal, resultando en una reabsorción radicular inflamatoria. En los dientes maduros no se observará este proceso, ya que los canales dentinarios son más estrechos y en caso de remover el cemento radicular este formará una nueva capa basofílica¹¹.

3- Canales laterales

En 1965 RUBACH y MITCHEL demostraron que existían un gran número de canales laterales en dientes humanos. Ellos, además, comprobaron que la inflamación del ligamento periodontal podría muchas veces afectar la pulpa vía los canales laterales¹².

Cuando la concentración de contaminantes en un canal lateral necrótico es lo suficientemente grande, podremos entonces observar cuadros de dolor y evidencia radiográfica de anormalidad en las paredes laterales de las raíces. Cuando las pruebas de vitalidad indican una necrosis y radiográficamente se observa un trayecto sinuoso, estaremos posiblemente en presencia de una lesión endo-periodontal de tipo fistuloso¹³.

Otros canales laterales podrán ir desde el piso de la cámara pulpar hacia el área de furcación, siendo responsable de la pérdida ósea interradicular debido a la presencia de los componentes cáusticos utilizados en la cámara pulpar.

4- Microbiología

Las bacterias juegan un importante papel en la patogénesis de la caries dental y la enfermedad periodontal.

Se ha sugerido en varias ocasiones que los casos endoperiodontales deberán ser diagnosticados con el uso de la microscopia de campo oscuro¹⁴. El problema periodontal rutinario posee grandes porcentajes de espiroquetas, lo cual no es observado en un caso endóntico con fistulación. Otros autores han descrito la inflamación pulpar debido a la presencia de bacterias y toxinas. Dada la combinación correcta de patógenos periodontales y cariogénicos se podrá desarrollar la caries radicular, la cual es muy dificultosa de tratar debido a la inhabilidad de un aislamiento en donde haya un ambiente estéril.

5- Clasificación de los problemas endo-periodontales

Diferentes sistemas de clasificación para este tipo de lesión han sido elaboradas. Al examinar y tratar los problemas combinados o individuales, tanto en el campo de la endodoncia como en el de la periodoncia, debemos siempre de tener en mente el diente a tratar, su funcionabilidad, pronóstico y correcto diagnóstico.

Lesión endodóntica primaria La lesión endodóntica primaria se presentará en dientes que manifiestan una pulpa necrótica con una periodontitis crónica apical y con un drenaje fistuloso. El drenaje en este caso se observará en áreas del ligamento periodontal de la furca o del surco gingival.

Se confirmará el diagnóstico al observar que las pruebas de vitalidad son negativas. El sondaje periodontal estará dentro de lo normal y la destrucción ósea se observará sólo en un diente.

El tratamiento consistirá en un tratamiento de canal convencional sin raspados del área, ya que con esto se podría disminuir el pronóstico del caso. El pronóstico será excelente y habrá un período de 3 a 6 meses de cicatrización.

Lesión endodóntica primaria con envolvimiento periodontal. Si la lesión endodóntica primaria no es tratada a tiempo, la placa y el cálculo podrán obstruir la fístula, creando un problema periodontal secundario. Las pruebas de vitalidad serán negativas y el sondaje revelará grandes cantidades de cálculos.

El tratamiento consistirá en un tratamiento de canal conservador. La terapia periodontal en estos casos es necesaria usualmente con la utilización de técnicas de raspados y alisado radicular. El pronóstico del componente endodóntico será excelente y el pronóstico periodontal será limitado a la capacidad de cicatrización del paciente.

Lesión periodontal primaria. Esta lesión podrá extenderse hasta el ápice de la raíz. Generalmente no se observa dolor, aunque a veces se ha reportado un dolor mínimo. El borde de la lesión será más ancho en el margen gingival. En la lesión endodóntica la lesión es usualmente más ancha que en el ápice de la raíz y más estrecha en el margen gingival. el sondaje peri-

odontal podrá alcanzar el ápice de la raíz de los dientes expuestos a la lesión. El diagnóstico diferencial se hará luego de observar que las pruebas de vitalidad pulpar están dentro de lo normal.

El tratamiento consistirá en una buena terapia periodontal y el tratamiento endodóntico no será indicado hasta no observarse cambios en las pruebas de vitalidad pulpar. se realizarán chequeos periódicos para así observar la posibilidad de problemas endodónticos de tipo retrógrado.

El pronóstico dependerá enteramente de la efectividad del tratamiento periodontal.

Lesión periodontal primaria con envolvimiento endodóntico secundario. Cuando la lesión periodontal alcanza el ápice del diente, podrá entonces ocurrir una retroinfección de los tejidos pulpaes, pudiendo el paciente experimentar un dolor de tipo severo. La infección de la pulpa podrá ocurrir a través de un canal lateral.

Abrasiones dentinales y las técnicas de raspado y alisado radicular también podrán contribuir a la muerte de la pulpa.

Las pruebas nos podrán presentar tanto una pulpa necrótica como una pulpa parcialmente necrótica con una o dos raíces vitales. Cuando el diagnóstico es estrictamente periodontal y la terapia no produce ninguna mejoría, deberán repetirse las pruebas de vitalidad.

El tratamiento será iniciado con la terapia periodontal y seguido por el tratamiento endodóntico. Es importante señalar que los dos tratamientos pueden ser realizados en forma combinada. El pronóstico dependerá de la terapia periodontal. La cicatrización de la lesión periapical no podrá ser predecible debido a la comunicación periodontal. El tratamiento endodóntico será favorable cuando el diente este sellado y en un ambiente protegido¹⁶.

Lesión combinada. La lesiones combinadas o verdaderas son usualmente de origen periodontal. La lesión ocurre cuando se unifican lesiones pulpaes y periodontales, independientemente desarrolladas.

El diagnóstico diferencial podrá incluir una fractura radicular de tipo vertical y perforaciones⁴. Si la perforación es creada a nivel del surco gingival, habrá una interrupción física del ligamento periodontal y el hueso alveolar adyacente, resultando en una respuesta inflamatoria.

El epitelio del surco podrá migrar a esta área desarrollando una comunicación entre la inflamación periodontal y la cavidad oral. Las reacciones más severas ocurren cuando las perforaciones no son debidamente selladas⁷.

En las lesiones combinadas, las pruebas de vitalidad pulpar serán negativas. El diente en cuestión tendrá bolsas periodontales en numerosos sitios. La confirmación de que la lesión es periodontal puede hacerse por medio de la radiografía, utilizando conos de gutta-percha vía el surco gingival hasta llegar al ápice de la raíz. Otra forma de diagnóstico podría hacerse analizando las espiroquetas con técnicas de microscopia de campo oscuro. Los porcentajes de espiroquetas serán mayores si la lesión es de origen periodontal¹⁴.

El tratamiento consistirá primeramente, en explicar al paciente las limitaciones del pronóstico.

Se deberá realizar un buen tratamiento endodóntico para así disminuir la concentración de contaminantes. El tratamiento periodontal podrá

hacerse antes, durante o inmediatamente después del tratamiento endodóntico.

Reabsorción interna. Si es detectada radiográficamente, esta se deberá tratar inmediatamente con la extirpación de la pulpa. Si la lesión ha perforado las paredes de la cámara, deberá tratarse con hidróxido de calcio por un período prolongado¹⁷. Las fracturas dentarias y la pérdida ósea completa son dos factores que condenan el diente a una extracción. La confirmación de una fractura podrá hacerse mediante la exploración quirúrgica¹³.

Si la fractura es vertical lo indicado es la extracción inmediata de la pieza.

El pronóstico de una lesión combinada dependerá de la terapia periodontal. Mientras más grande es la lesión periodontal, peor será el pronóstico. Al paciente no se le deberá anticipar un pronóstico favorable y siempre se le deberá explicar claramente la situación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ORTEGA, GARG. Endo-perio Lesions "Literature Review". University of Miami/Division of Oral and Maxillofacial Surgery Aceptado para publicación Academy of General Dentistry, 1992.
2. GENCO, GOLDMAN, Cohen. Contemporary Periodontics. Mosby, 1990.
3. TAVERAS D. Terapia Periodonta Editora Universitaria.
4. BENDER, SELTZER. The effect of periodontal disease on the dental pulp. Oral Surg. 14:1367, 1961.
5. FUSS ET AL. assessment of reliability and thermal pulp testing procedures. J. endo. 12:30, 1986.
6. AUGSBERGER, PETERS. in vitros effects of ice, sking, refrigerant and co² on the dental pulp. J. Endo. 7:110, 1981.
7. BENDER, SELTZER. The oral fistula. Oral surg. 33:485, 1972.
8. BAUMANN, ROSMAN. Clinical, roentgenologic and histopathologic findings in teeth with radiolucent areas. oral surg. 9:1330, 1956.
9. SELTZER. The Dental Pulp. Philadelphia 1984. Lippincott Co.
10. TURNER, DREW, Experimental injury into bacteriology of pyorhea. Proc. R. Soc. Med (Odont.) 12:104, 1919.
11. ANDREASEN. Cementum repair after an apico. Acta Odont cand. 31:211, 1973.
12. RUBACH, MITCHELL. Periodontal disease, accessory canals and pulp pathosis. J. Period. 36:34, 1965.
13. ROSSMAN. Endodontic surgery, diagnosis consideration and techniques. comp. Cont. Ed. 2:18 1981.
14. TROPE. Darkfield microscopy as a diagnostic aid in differentian diagnosis. j. Endo. 14:35, 1988.
15. TROWBRIDGE, pathogenesis of pulpitis resulting from dental caries. j. Endo. 7:52, 1988.
16. EVIAN ET AL. The effect of submerging roots with periodontal defects. Comp. Cont. Ed. 4:37, 1983.
17. WEINE. The enigma of the lateral canal. Dent. Clin. N. America 28:833, 1984.