

Interrelación endodoncia-periodoncia:

Lesión endodóntica primaria

Las relaciones entre los tejidos pulpaes y los tejidos endodónticos son muy estrechas, tanto desde un punto de vista embriológico como desde un punto de vista anatómico y funcional. Esto lleva a que la afectación patológica de uno de ellos pueda repercutir en el otro.

INTRODUCCIÓN

Ante la presencia de una lesión que afecta tanto al periodonto como a la pulpa es imprescindible establecer un correcto diagnóstico ya que de ello se derivará aplicar una u otra actitud terapéutica. El éxito de la misma dependerá de ese diagnóstico.

Desde el punto de vista anatómico la relación es clara y queda establecida a través de:

- Foramen apical
- Conductos laterales, secundarios y accesorios (presentes hasta en un 27.4% de los dientes, ya sean uni o multirradiculares)
- Conductos que van del suelo de la cámara a la furca (un 29-76% de molares inferiores y un 27-76% de molares superiores)
- Túbulos dentinarios

Estas múltiples comunicaciones permiten que infecciones que en un principio eran sólo endodónticas evolucionen y afecten también al periodonto y viceversa.

CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES ENDOPERIODONTALES

Ha habido varias clasificaciones de las lesiones endoperiodontales, pero algunas eran más teóricas que clínicas ya que al fin y al cabo lo que interesa saber es si la causa es endodóntica, para establecer tratamiento endodóntico, periodontal, para establecer tratamiento periodontal, o combinada, para establecer tratamiento endodóntico y periodontal. Por ello, consideraremos la siguiente clasificación:

- **Lesiones endodónticas:** Cuando hay pulpitis irreversible o necrosis pulpar.
- **Lesiones periodontales:** Cuando el diente presenta una lesión periodontal y la pulpa es vital y no presenta indicios de estar afectada.
- **Lesiones combinadas:** Cuando se da simultáneamente una afectación periodontal y la pulpa está necrótica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 25 años que acude por dolor y presencia de flemón a nivel del 46. El molar está tallado pero se ha descementado la corona. Se observa filtración en la interfase entre la obturación y el diente remanente (fig.1).



Fig.1

Los estudios confirman la importancia de la estanqueidad de la restauración coronal de cara a la supervivencia de la endodoncia. En este sentido se ha visto que en más del 50% de casos en los que se ha realizado una endodoncia y se ha dejado expuesta la obturación al medio oral, al cabo de 3-7 semanas aparecen gérmenes en el ápex del tipo *Estafilococcus epidermidis* o *Proteus vulgaris*.

La percusión es positiva y la radiografía muestra una endodoncia defectuosa y una gran lesión ósea con afectación apical de las dos raíces y del área furcal. Se diagnostica, por tanto, de lesión endodóntica primaria y se decide realizar la reendodoncia.

En la raíz distal la obturación ha quedado ligeramente corta, pero es más evidente el hecho que parece que se haya sobreinstrumentado e infraobturado. De las distintas posibilidades que relacionan la longitud de trabajo y la de obturación es la que presenta peor pronóstico (éste es más favorable cuando se sobreobtura o, también si se infraobtura habiéndose infrainstrumentado).

La raíz mesial muestra claramente unos conductos infraobturados.

Nuestro objetivo será instrumentar de nuevo y dejar la longitud de trabajo a 0-1mm del ápice radiográfico (cuanto más cerca quede de él, mejor). Se han hecho estudios sobre dientes endodonciados que presentaban imagen periapical previa y se ha visto que el porcentaje de éxito de la endodoncia se sitúa en el 90% si estamos como máximo a 1mm del ápice, pero aumenta al 69% si aumentamos esa distancia.

Pasamos fresas de Gates-Glidden y con la ayuda de un diluyente de gutapercha y limas K retiramos el material de obturación. Reinstrumentamos a la longitud de trabajo definitiva y obturamos con gutapercha y cemento AH26plus.

En la fig.2 podemos observar la endodoncia hecha y como hemos conseguido alcanzar el ápice radiológico. Se realiza la reconstrucción con IRM y se coloca una corona provisional.



Fig.2

En la fig.3 se observa el estado de la lesión a los 6 meses. La imagen periapical se ha reducido considerablemente al igual que la lesión a nivel de la furca.

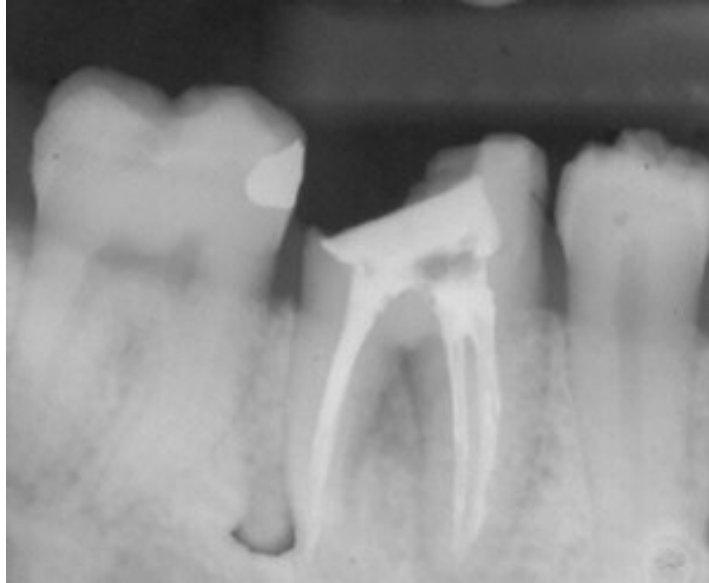


Fig.3

La fig.4 permite cerciorar la evolución favorable del tratamiento al año y medio. Viendo la buena evolución del caso decidimos quitar la corona provisional y colocar una corona definitiva de metal porcelana.

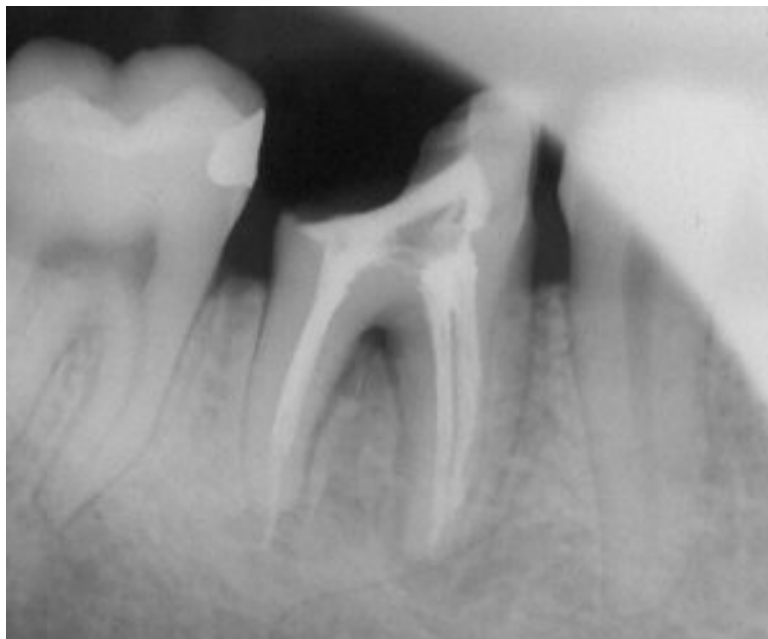


Fig.4

En la fig.5 tenemos el estado actual del 46 a los 12 años del tratamiento. Sigue siendo asintomático.

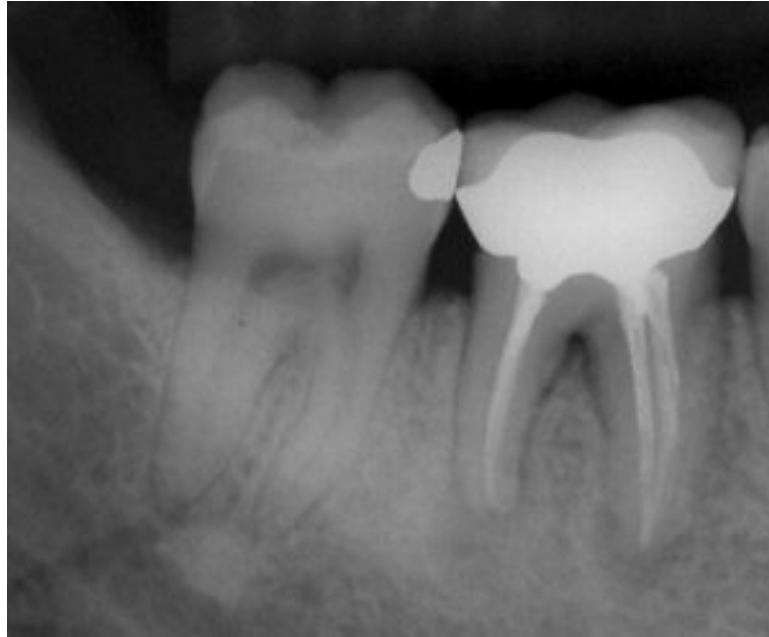


Fig.5

Dr.Xavier Mallat Callís
Clínica Drs.Mallat

- Bergenholtz G., Hasselgren G. Endodontics and periodontics. En: Lindhe J editor. *Periodontology*. 1999:296-331.
- Chapple I., Lumley P. The periodontal-endodontic interface. *Dental update* 1999 October; 26(10): 331-341.
- De Deus Q. Frequency, location, and direction of the lateral, secondary, and accessory canals. *J Endod* 1975 November;1(11): 361-366.
- Simon JH, Werksman LA. Endodontic-periodontal relations. En:Cohen S, editor. *Pathways of the pulp*. St. Luis. Mosby, 1994:513-530.
- Sjögren U., Hägglund B., Sundqvist G., Wing K. Factors affecting the longterm results of endodontic treatment. *J Endod* 1990; 16: 498-504.
- Torabinjead M., Ung B., Kettering J.D. In vitro bacterial penetration of coronally unsealed endodontically treated teeth. *J Endod* 1990; 16: 566-569.

Caso clínico publicado en Geodental.com

<http://www.geodental.net/article-5476.html>