

# Relaciones Mutuas entre Endodoncia y Periodoncia\*

Odont. Marisa Schultze

**PALABRAS CLAVE:** Tejido pulpar, Periodonto, Etiología.

**KEY WORDS:** Pulp tissue, Periodont, Etiology.

## RESUMEN

Existe una clara y estrecha relación entre el tejido pulpar y el periodonto.

Abarcando periodonto: las estructuras de soporte del diente, hueso alveolar, cemento radicular, ligamento periodontal.

Portanto, lesiones pulpares pueden afectar el periodonto y viceversa.

La búsqueda de la etiología, es la clave para el logro de un diagnóstico correcto y evitar tratamientos innecesarios y aún perjudiciales.

## SUMMARY

There is a clear and close relationship between the pulp tissue and the periodont. The periodont includes: the teeth support structures, the alveolar bone, the radicular cement and the periodontal ligament.

Therefore, the pulp lesions can affect the periodont and viceversa.

The research of the etiology is the key to reach a correct diagnosis and to avoid unnecessary and iatrogenic treatments.

## RESUME

Il y a un rapport net et étroit entre le tissu pulpaire et le tissu péri-dentaire.

On considère tissus péri-dentaires, les

estructures qui soutiennent la dent: le os alvéolaire, le cément dariculaire, le ligament alvéolo-dentaire.

C'est pourquoi les lésions pulpaires peuvent endommager les tissus péri-dentaires et vice versa. La recherche de l'étiologie est la clé pour atteindre un diagnostique correct et pour éviter des traitements qui ne sont pas nécessaires, et même nuisibles.

## INTRODUCCION

Normalmente el diagnóstico diferencial entre las lesiones marginales y las de etiología pulpar son de fácil interpretación, ya que, las primeras inducen síntomas al periodonto coronario y las segundas, las inducen al periodonto apical.

También es común observar que la sintomatología de ambas, se asemejen y el diagnóstico sea de difícil interpretación (6).

Principalmente, la sintomatología común a ambas lesiones son:

- Sensibilidad térmica.
- Sensibilidad a la percusión.
- Bolsas periodontales profundas.
- Exudado de dichas bolsas.
- Movilidad incrementada.
- Edema de la encía.
- Fístula.
- Pérdida ósea.

## CLASIFICACION (4)

Es conveniente clasificar las relaciones mutuas posibles entre las lesiones pulpares o

\* Realizado en el Departamento de Odontología de la D. Nacional de Sanidad de las FF.AA. Tema libre presentado en el 3er. Congreso Uruguayo de Odontología Militar. Noviembre 1993.

endodóncicas y las lesiones periodontales o marginales.

**CLASE I** - Lesiones primariamente endodóncicas o pulpares.

**CLASE II** - Lesiones primariamente periodontales

**CLASE III** - Lesiones combinadas, endodóncicas y periodontales.

#### CLASE I:

La etiología de la patología es: **PULPAR**.

La causa de una lesión pulpar puede ser la presencia de: caries profunda, obturación cercana a la pulpa, atrofia apreciable, pulpotomía, protección pulpar, obturación radicular defectuosa, perforación, uso de sustancias cáusticas que llegan a las furcas por conductos accesorios (2).

Todos son signos indicativos de que se puede estar en presencia de un problema pulpar.

Las patologías pulpares llevan frecuentemente a la destrucción periapical (5).

Una lesión de los tejidos periodontales inducida y mantenida por una infección pulpar suele tener una extensión limitada en torno del ápice del diente o del orificio de un conducto lateral o zona de furcaciones.

En las lesiones de CLASE I, la sintomatología clínica y radiográfica simula ser periodontal, como ser: bolsa periodontal, sensibilidad a la percusión, fístula, comunicación entre el proceso y el margen gingival, etc.

Pero el signo más claro de que el problema es endodóncico, está dado por la no vitalidad pulpar y que el paciente no tenga síntomas ni signos de enfermedad periodontal en otras zonas de la boca.

Las vías fistulosas derivadas de lesiones periapicales pueden ser de dos tipos: (3)

- 1 - Vía fistulosas a lo largo del ligamento periodontal, desembocando en el surco o bolsa gingival.
- 2- Vía fistulosa que perfora la cortical ósea cerca del ápice y drena hacia el surco o bolsa.

En la primera habrá pérdida ósea en las paredes internas del alvéolo y la segunda no provoca pérdida ósea.

Ambos tipos son estrictamente endodóncicas.

Por lo tanto, tras el tratamiento endodóncico se puede esperar que ambos tipos de fístulas curen rápidamente, sin persistencia de un defecto periodontal.

El tratamiento debe efectuarse sin demoras para prevenir exacerbaciones y establecimiento de una comunicación ápico-marginal permanente.

Si se deja sin tratar, existe la posibilidad de migración apical de la placa y epitelio a lo largo de la superficie radicular y entonces el tratamiento tendría menos probabilidades de éxito y quizás tuviera que ser complementado con tratamiento periodontal conjunto.

#### RESUMEN CLASE I

Los problemas endoperiodontales de CLASE I simulan ser lesiones de origen periodontal, pero en realidad precisan terapia endodóncica solamente.

Están caracterizadas por una cicatrización muy rápida y un excelente pronóstico.

A menudo los síntomas clínicos desaparecen después de la primera sesión.

Una bolsa periodontal de ocho a diez milímetros antes del tratamiento se transforma en un surco de solamente dos milímetros después del tratamiento; la pérdida ósea es reparada. Si quedan restos de cemento y fibras alteradas, solo por el proceso endodóncico es posible que regeneren a partir de las células del tejido conectivo indiferenciado.

#### CLASE II

Las lesiones primariamente periodontales, son aquellas en que el daño periodontal progresa hacia el área periapical, pudiendo provocar una pulpitis retrógrada.

En dientes con una lesión moderada del aparato de inserción, la pulpa suele estar viva (1).

La vitalidad no se suele perder hasta que la lesión periodontal y la placa microbiana hayan llegado al foramen apical, o sea, mientras el aporte sanguíneo sea adecuado desde el periápice, no existirá alteración pulpar.

El diagnóstico se basa en: la presencia de enfermedad periodontal en otras zonas de la boca y en la vitalidad de la pulpa.

## RESUMEN CLASE II

Parece indicar la necesidad del tratamiento endodóncico, cuando en realidad lo que indica es tratamiento periodontal.

El curso de la lesión comienza desde el epitelio gingival al área periapical.

La pérdida de hueso no localizada se extiende a otras piezas de la boca, trayecto fistuloso amplio, fácil de sondar. Puede ocurrir pulpitis retrógrada.

## CLASE III

Ambas lesiones están combinadas.

Pueden presentarse simultáneamente en una sola pieza dentaria. Es necesario realizar el tratamiento de ambas afecciones, para obtener un resultado satisfactorio.

Hay fusión de dos lesiones. Parece ser única desde el surco o bolsa, hasta el periápice.

La lesión que se extiende desde el ápice hacia la cresta alveolar es de origen pulpar.

La lesión que se extiende desde la cresta alveolar hacia la zona apical, es de origen periodontal.

Si hay una lesión no tratada, la lesión que es tratada no va a cicatrizar todo lo que podría hacerlo, dada la continua irritación e inflamación que existe en el tramo no tratado.

En lesiones combinadas, por lo común es mejor el pronóstico, cuando la lesión periapical es la más importante en extensión, ya que la cicatrización de la zona periapical es rápida y la incidencia de recidivas es despreciable.

Sin embargo, una lesión periodontal extendida es más difícil de curar y puede recidivar después de la cicatrización, sino se

continúa con un tratamiento de mantenimiento periódico.

Estas lesiones se caracterizan por una pérdida extensa de inserción, resultante de ambas lesiones.

El pronóstico parece ser más favorable, cuando el área afectada en su mayor extensión sea la consecuencia de una alteración proveniente del conducto radicular.

## RESUMEN CLASE III

Ambos tratamientos están indicados.

El tratamiento periodontal mediante técnicas inductivas o resectivas. La terapia endodóncica, para inducir una regeneración o reparación de la destrucción causada por la pulpa necrótica.

Las lesiones periodontales son progresivas y tienden a ser irreversibles.

La evolución de los procesos apicales, de origen pulpar, hacia los tejidos de soporte son generalmente reversibles después del tratamiento del conducto.

## CONCLUSIONES

La clave es realizar un diagnóstico correcto desde el comienzo.

Antes de iniciar el tratamiento se deben evaluar y considerar varios factores para tener un diagnóstico preciso, encontrando la etiología verdadera de la lesión.

## BIBLIOGRAFIA

- GLICKMAN, Irving.- Clinical periodontology. México, Interamericana, 4a. Ed.; 1974.
- INGLE, John.- Endodontics. México D. F. Interamericana. 3a. Ed.; 1987.
- LINDHE, J.- Textbook of Clinical Periodontology. Buenos Aires, Panamericana 2a. Ed.; 1992.
- RATEITSHAK, K.- Periodontologie. Barcelona, Salvat 1a. Ed.; 1987.
- SELTZER, S., BENDER, I. B.- Endodontology: Biologic considerations in endodontic procedures. Buenos Aires, Mundi. 2a. Ed.; 1970.
- WEINE, F.- Endodontic Therapy. Barcelona, Salvat. 2a. Ed.; 1991.