

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Miguel Enríquez"

Lesiones endoperiodontales y mortalidad dentaria

Endoperiodontal lesions and dental mortality

Teresa Cecilia Rodríguez Machado^I, Dayanira Parejo Maden^{II}, Grissel Mayán Reina^{III}, Lien Herrero Herrera^{IV}, Cariné Velázquez Machado^V

^I Doctora en Estomatología. Especialista Primer Grado en Estomatología General Integral. *Master* en Atención a Urgencias Estomatológicas. Instructora. e.mail: teresatr@infomed.sld.cu

^{II} Doctora en Estomatología. Especialista Segundo Grado en Estomatología General Integral. *Master* en Atención a Urgencias Estomatológicas. Asistente. e.mail: deyaparejo@infomed.sld.cu

^{III} Doctora en Estomatología. Especialista Primer Grado en Periodontología. *Máster* en Atención a Urgencias Estomatológicas. Asistente. e.mail: gmayan@infomed.sld.cu

^{IV} Doctora en Estomatología. Especialista Primer Grado en Estomatología General Integral. *Master* en Atención a Urgencias Estomatológicas. Asistente.

^V Doctora en Estomatología. Especialista Primer Grado en Periodontología.

RESUMEN

Introducción: la caries dental afecta la integridad de los dientes, pudiendo provocar lesiones endodónticas irreversibles que le confieren un carácter incurable a los mismos. El periodonto está anatómicamente interrelacionado con la pulpa dental. Las lesiones resultantes de la interacción entre la enfermedad pulpar y periodontal son conocidas como lesiones endoperiodontales.

Objetivo: evaluar el comportamiento de las lesiones endoperiodontales en el área de salud de la Facultad de Estomatología de enero de 1998 a diciembre de 2002.

Material y Métodos: para ello se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal con las historias clínicas de pacientes atendidos con este diagnóstico en la Facultad de Estomatología de La Habana, en el periodo comprendido entre enero

de 1998 y diciembre del 2002. La muestra quedó constituida por 124 historias clínicas pertenecientes a pacientes con dientes afectados por estas lesiones.

Resultados: el 15,6% de los pacientes presentaron lesión endoperiodontal, 60,5% tuvieron la causa endodóntica como origen de las lesiones. El 42 % de los dientes afectados tuvo que ser extraído debido a causas periodontales.

Conclusiones: dentro de las causas que favorecieron el origen del objeto de estudio, el endodóntico ocupó el lugar cimero. Las terapéuticas más realizadas fueron la endodóntica y combinadas ocupando el primero y segundo lugares respectivamente. El porcentaje de lesiones endoperiodontales fue bajo, aunque la mortalidad dentaria por este tipo de afecciones fue alta y estuvo fundamentalmente relacionada con la causa periodontal, y con el grupo de 35 a 59 años de edad.

Palabras clave: Enfermedad pulpar, enfermedad periodontal, lesiones endoperiodontales, causa periodontal.

ABSTRACT

Introduction: dental caries affects the integrity of the teeth and can cause irreversible endodontic lesions that confer an incurable character to them. The periodontium is anatomically interconnected with the dental pulp. Injuries resulting from the interaction between the pulp and periodontal disease are known as Endoperiodontal injuries.

Objective: to evaluate the behavior of Endoperiodontal injuries in the policlinic belongs to The Havana Dentistry Faculty from January 1998 to December 2002.

Material and Methods: descriptive, retrospective and cross-sectional study was performed using the medical records of patients seen with this diagnosis in the Faculty of Dentistry of Havana, in the period between January 1998 and December 2002. The sample was composed of 124 medical records belonging to patients with teeth affected by these injuries.

Results: 15.6% of patients had Endoperiodontal injury, 60.5% of patients had the cause and origin of endodontic lesions. 42% of the affected teeth had to be extracted due to periodontal reasons.

Conclusions: among the causes that favored the origin of the object of study, endodontic occupied the top place. Therapeutic most performed were combined endodontic and occupying the first and second place respectively. The percentage of endoperiodontales lesions was low, although the tooth mortality such conditions was high and was mainly related to periodontal cause, and the group of 35 to 59 years old.

Key words: Pulp disease, periodontal disease, Endoperiodontal injuries, periodontal cause.

INTRODUCCIÓN

Durante el siglo XX, en muchas regiones del mundo se ha logrado una disminución de las tasas de natalidad y mortalidad perinatal e infantil y mejoras en la alimentación, la atención sanitaria y el control de muchas enfermedades. La

combinación de todos estos factores ha permitido que un mayor número y proporción de personas alcancen edades avanzadas. La Estomatología no ha escapado de este fenómeno y hoy también experimenta grandes avances.^{1,2}

La caries dental afecta la integridad de los dientes, pudiendo provocar lesiones endodónticas irreversibles que le confieren un carácter incurable. La enfermedad periodontal comienza su manifestación como gingivitis en la niñez, aumenta en prevalencia y gravedad a medida que se incrementa la edad. La no aceptación e implementación de medidas preventivas en los más jóvenes conducen irremediablemente a la periodontitis con daños irreversibles y un alto grado de compromiso de la permanencia del diente. Las razones anteriores justifican que ambas afecciones constituyen los dos primeros problemas de salud bucal para la OMS.

El diente y sus estructuras de soporte deben tomarse como una unidad biológica. Las interacciones entre dichas estructuras se influyen mutuamente en salud, función y enfermedad; por lo que no es posible hablar de tejidos periodontales y pulpares como entidades independientes.^{3,4}

El periodonto está anatómicamente interrelacionado con la pulpa dental, con vías de intercambios de elementos nocivos entre los dos compartimientos tisulares cuando uno o ambos tejidos están enfermos.⁵⁻⁸

Entre las vías de comunicación de estos dos procesos tenemos:

Foramen apical, los conductos laterales, los conductos secundarios, los conductos accesorios y los túbulos dentinarios.^{4,6,8-11}

Las lesiones resultantes de la interacción entre la enfermedad pulpar y periodontal son conocidas como lesiones endoperiodontales; término usado por primera vez en 1964 a proposición de Simring y Goldberg. Tienen características inflamatorias que comprometen simultáneamente la pulpa y las estructuras periodontales de inserción.³

La estrecha relación que existe entre el periodonto y la pulpa dificulta en muchas ocasiones el diagnóstico diferencial de las lesiones que tiene lugar en ambos. Si el proceso inflamatorio de los tejidos periodontales es el resultado de los agentes nocivos presentes en el sistema de conductos del diente hablamos de una lesión endodóntica que suele estar confinada en la zona apical. Si el proceso inflamatorio en los tejidos periodontales es debido a la acumulación de placa bacteriana en las superficies dentarias externas se trata de una lesión periodontal que suele manifestarse más a nivel marginal. Si el diente se encuentra afectado por ambas lesiones hablaríamos de una lesión endoperiodontal verdadera.¹⁰

Dentro de los criterios para definir las lesiones endoperiodontales tenemos:

- 1) El diente afectado debe carecer de pulpa.
- 2) Debe haber destrucción del aparato de inserción periodontal, desde el surco gingival hasta el ápice del diente o la zona de un conducto lateral afectado.
- 3) Es necesario recurrir tanto al tratamiento de conductos y/o periodontal para curar la lesión.⁶

A medida que la afectación pulpar avanza, los cambios que se producen a nivel del periodonto son notorios. La necrosis pulpar sí que se asocia frecuentemente con inflamación del tejido periodontal, compartiendo mecanismos microbiológicos y etiológicos similares. Según la microflora y la capacidad del huésped para resistir la infección, pueden generarse formas agudas o crónicas en cualquier sitio donde existe comunicación directa con la cámara pulpar. Una entidad puede evolucionar a la otra y en ocasiones puede ocurrir una transformación cística.¹⁰

Las manifestaciones agudas de las infecciones de los conductos radiculares pueden originar una rápida y extensa destrucción del aparato de inserción. Los abscesos pueden drenar al exterior en diferentes direcciones, fistulizando a lo largo del espacio del ligamento periodontal o fistulizando a través del hueso hacia el surco-bolsa.^{5,6}

Las medidas terapéuticas endodóncicas también causan un impacto sobre el periodonto. Cuando la obturación radicular es de mala calidad, se asocia la destrucción del tejido periodontal a posible etiología endodóncica. En estos casos las bacterias y los productos infecciosos son capaces de iniciar y mantener una lesión inflamatoria en los tejidos periodontales a través de los canales permeables, que subsecuentemente puede predisponer a la lesión ósea y unirse a una lesión inflamatoria derivada de la acción de la placa bacteriana; estas infecciones pueden contribuir a que se inicie o se agrave la enfermedad periodontal.^{5, 6,12}

Las perforaciones radiculares lesionan el ligamento periodontal, a través de las paredes laterales de la raíz o del piso de la cámara pulpar en los dientes multirradiculares. Las fracturas radiculares verticales, son fracturas longitudinales, que atraviesan al diente en distintas direcciones, mesiodistal o vestibulolingual, y pueden afectar la cámara pulpar y el periodonto.

Las reabsorciones radiculares externas son condiciones asociadas con inflamación de los tejidos periodontales y también a procesos fisiológicos, los cuales estimulan las células mononucleares a que se fusionen y generen células multinucleadas (osteoclastos), que inician la resorción dentaria, resultando en la pérdida de dentina, cemento y hueso. Las reabsorciones externas se inician en el periodonto y afectan inicialmente las superficies externas del diente.^{5,6}

La tartrectomía y el alisado radicular son procedimientos indispensables para el tratamiento de la enfermedad periodontal, pero no solo eliminan los depósitos duros y blandos de la superficie radicular, sino también cemento y porciones superficiales de la dentina, exponiendo túbulos dentinarios al medio bucal, que pueden servir de vehículo hacia la pulpa a los microorganismos y/o sus productos. El no respeto de por lo menos 2 mm de grosor de la dentina remanente entre la pulpa y el estímulo irritante, trae como consecuencia un daño pulpar.

La terapia periodontal puede ser también factor desencadenante de lesiones endoperiodontales en casos donde existen bolsas periodontales profundas, que afectan zonas donde se encuentran conductos laterales y secundarios. El tratamiento periodontal puede incluso destruir el paquete vasculonervioso, y desarrollarse una patología pulpar.^{10, 13-16}

Es importante comprender que clínicamente no es posible determinar hasta qué grado uno u otro de los trastornos ha afectado los tejidos de sostén, por eso la estrategia de tratamiento deberá enfocarse primero a la infección pulpar, realizando de esta forma el tratamiento de conductos respectivos, debido a que algunas veces las lesiones periodontales mejoran después de un exitoso tratamiento endodóncico.¹¹

El uso de los Rayos X es un complemento para el diagnóstico definitivo correcto, ya que el material radiográfico o afín permite una evaluación más completa de las estructuras óseas de los dientes y, en general, del periodonto. Dentro de ellas se pueden incluir radiografías periapicales, *bite-wing*, panorámicas tomografías computarizadas de alta resolución y tomografías convencionales.^{10,17}

Debemos señalar dos aspectos de importancia en la aparición de estas enfermedades. Por un lado, la alta prevalencia de las afecciones que da origen a este tipo de lesiones, así como la cantidad de vías y formas por las que pueden instaurarse. Por otro, las características de cronicidad de la mayoría de los casos clínicos encontrados hacen que el paciente no acuda precozmente a consulta, unido a un diagnóstico y tratamiento muchas veces complicados que comprometen con frecuencia la permanencia del diente afectado.

La preocupación por las pérdidas dentarias ocasionadas por lesiones endoperiodontales, nos motivó a indagar sobre su comportamiento en nuestros servicios, no pudiendo quedar satisfechas nuestras pesquisas, por no contar con ninguna investigación al efecto en nuestro Centro, y disponer de escasos estudios que relacionaran estas lesiones con la mortalidad dentaria en nuestro país.

OBJETIVO

Realizamos esta investigación con el objetivo de evaluar el comportamiento de las lesiones endoperiodontales como causa de mortalidad dentaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal que constó de una revisión de historias clínicas y evaluación de pacientes de las áreas de salud de la Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez" de La Habana en el período comprendido de marzo de 2003 a febrero de 2005.

Técnicas y procedimientos

Se revisaron 795 historias clínicas consideradas completas que datan de enero de 1998 a diciembre del 2002, de las cuales quedó constituida una muestra de 124 historias que referían al menos un diente con diagnóstico de lesión endoperiodontal, de más de 1 año de evolución.

Se utilizó para el agrupamiento de las lesiones la clasificación de Trope (Anexo 1). Se utilizaron las variables edad, causas, dientes extraídos, tipo de tratamiento recibido y evolución.

A partir de la Historia Clínica, se llenó un formulario (Anexo 2) que consta de dos partes: la primera, con los datos generales del paciente que permitían su localización, características clínicas del caso, además de orientarnos sobre el origen, determinar la presencia o ausencia de sintomatología en los casos que requerían un examen bucal, el diente, tipo de lesión y el tratamiento impuesto. Una

vez realizada la primera parte del formulario, se llenó la segunda, a partir de la Historia Clínica en aquellos casos que fueron evolucionados anteriormente, o a través del examen bucal del paciente en los casos que no estuviera descrita la reconsulta al año del tratamiento del diente objeto de nuestro interés. En este último caso, la cita del paciente a reconsulta sirvió para la evolución del tratamiento recibido. La información recopilada se presentó en tablas de frecuencias.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la Tabla 1, se muestran los pacientes con dientes afectados por lesiones endoperiodontales según su causa y edad. El 60.5% de la totalidad de los dientes estuvo comprometido con la causa endodóntica; de esta forma resultó ser la que más dientes afectados presentó. Las edades que avalaron esta posición cimera fueron las de 19 a 34 años y la de 35 a 59 años, sin diferencias significativas entre ellas. La enfermedad periodontal como factor etiológico primario, fue la segunda causa más representada con 28.2%. Al analizar el comportamiento de las edades se puede observar que los más jóvenes, 19 a 34 años, estuvieron muy discretamente lesionados; sin embargo, para los grupos de 35 a 59 años y de 60 a 69 años se duplicaron los casos presentados con respecto al grupo más joven. La causa combinada fue la menos frecuente dentro de las causas analizadas.

Tabla 1. Pacientes con dientes afectados por lesiones endoperiodontales según su causa y edad

Grupos de edades	Causas						Total	
	Periodontal		Endodóntica		Combinada		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
19 - 34	6	17.1	34	45.3	3	21.4	43	34.7
35 - 59	15	42.9	32	42.7	7	50.0	54	43.5
60 - 69	14	40.0	9	12.0	4	28.6	27	21.8
Total	35	28.2	75	60.5	14	11.3	124	100.0

Analizando nuestros resultados podemos plantear que la causa endodóntica es un factor primordial en la aparición de las lesiones endoperiodontales y principalmente en las edades de 19 a 34 años; ya que en estas edades aumenta la prevalencia de la caries dental, lo que justifica incrementar la actividad de promoción y prevención de esta enfermedad desde edades tempranas. Rivas⁴ en su estudio coincide con estos resultados y plantea que la enfermedad pulpar puede en un porcentaje elevado, sin dudas, causar enfermedad periodontal.

La Tabla 2 relaciona los pacientes con dientes afectados por lesión endoperiodontal, según su causa y tipo de tratamiento aplicado. Aquí analizamos los 97 dientes que no fueron motivo de exodoncia desde el inicio del estudio. El tratamiento endodóntico fue el más aplicado en 51.6% de la muestra, y aunque altamente relacionado con la causa del mismo tipo, no estuvo representada entre los otros dos tipos etiológicos. Los tratamientos combinados, segundos en el orden de los seleccionados con 37.1% del total, muestra una cifra, repartida dentro de las tres causas aunque predominando más en el endodóntico y periodóntico. El tratamiento periodontal se aplicó solo en 11 dientes, y aunque no se realizó en ningún diente de causa endodóntica, sí prevaleció su frecuencia entre las dos causas que tienen

como escenario primario el periodonto, aunque predominó en la causa periodontal única.

Tabla 2. Pacientes con lesión endoperiodontal, según su causa y tratamiento aplicado

Tratamiento conservador	Causas						Total	
	Periodontal		Endodóntica		Combinada		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Endodóntico	1	4.5	48	72.7	1	11.1	50	51.6
Periodontal	8	36.4	0	0.0	3	33.3	11	11.3
Combinado	13	59.1	18	27.3	5	55.6	36	37.1
Total	22	22.7	66	68.0	9	9.3	97	100.0

El orden de tratamiento está determinado por el origen primario.⁷ El objetivo de la terapia es remover los factores etiológicos responsables de la destrucción tisular.^{5,6} Varias terapias pueden ser empleadas para instituir la reparación de las estructuras de soporte, estas fueron utilizadas en nuestro estudio con tratamientos endodónticos, periodontales y combinados.

El tratamiento endodóntico fue implementado en más de la mitad de los dientes tratados por lesiones endoperiodontales. En nuestra muestra esto es debido a que gran número de estas lesiones son por causa endodóntica y varios autores^{5-7,18} plantean que con un correcto tratamiento de conducto se logra la reparación de los tejidos periodontales; aunque en ocasiones es necesario acudir a la terapia periodontal para lograr la total cicatrización cuando estas resulten en reacciones irreversibles en el aparato de soporte.^{4, 12,19}

Otro tratamiento utilizado de manera importante en nuestra muestra, fue el combinado teniendo en cuenta el porcentaje en que el mismo fue implementado. Resultó además el tratamiento de elección en las lesiones endoperiodontales de causa periodontal y combinada.

Es importante comprender que clínicamente no es posible determinar hasta qué grado uno u otro de los trastornos ha afectado a los tejidos de sostén, por eso la estrategia del tratamiento combinado enfoca, primero, la infección pulpar. De forma secundaria, se determina el grado de curación periodontal conseguido con el tratamiento de conducto, una vez evaluado este resultado se propone la terapia periodontal.^{4- 6, 9, 20,21}

Después de un año de tratamientos conservadores realizados, se evolucionan los mismos, cuyo resultado se muestra en la Tabla 3. De los 97 dientes en estudio pertenecientes a los pacientes afectados, la mayoría tuvo una evolución satisfactoria. Esta cifra se basa fundamentalmente en los tratamientos endodónticos y combinados. En cuanto a los evaluados insatisfactoriamente, resulta significativo, que la totalidad de pacientes que recibieron el tratamiento periodontal presentaron esta evolución. Los pacientes que recibieron tratamiento combinado, solo 25.0% resultó un fracaso, y quedaron incluidos en el grupo de los insatisfactorios. Un gran número de estas lesiones evolucionó insatisfactoriamente al aplicar principalmente un solo tratamiento periodontal o endodóntico.

Tabla 3. Pacientes con lesión endoperiodontal, según tratamiento conservador recibido y su evolución

Tratamiento	Evolución				Total	
	Satisfactoria		Insatisfactoria			
	No.	%	No.	%	No.	%
Endodóntico	32	64.0	18	36.0	50	51.6
Periodontal	0	0.0	11	100.0	11	11.3
Combinado	27	75.0	9	25.0	36	37.1
Total	59	60.8	38	39.2	97	100.0

Comparamos nuestros resultados con los de Ducci Giesen,²² donde obtuvo 70% de éxito de los tratamientos realizados a dientes con lesiones endoperiodontales. Otros resultados de estudios de Blanco²³ y Borja,²⁴ con respecto a las pulpectomías que se realizan en dientes con lesión endoperiodontal, reflejaron 86% de éxito. Nuestros valores se encuentran por debajo de los dos últimos estudios anteriormente reflejados. Con este resultado es lógico pensar que el tratamiento más certero es el combinado, corroborando la necesidad de implementarlo en el tratamiento de las lesiones endoperiodontales, con la interacción muy estrecha entre los especialistas de EGI y los especialistas en Periodoncia, para lograr una cicatrización mejor de estas lesiones y en el menor tiempo posible.

La Tabla 4 muestra la distribución de los pacientes con dientes extraídos por lesiones endoperiodontales, según causa y edad de los pacientes. De un total de 52 pacientes con dientes extraídos; la causa periodontal fue la que más incidió con 46.2%, y dentro de ella la responsabilidad la compartieron el grupo de 60 a 69 años con 54.2%, seguido del grupo de 35 a 59 años con 37.5%. La segunda causa con culpabilidad en la mutilación de los dientes fue la endodóntica, con 34.6%. Los dos primeros grupos de edad tuvieron las más altas frecuencias de pacientes con dientes perdidos con respecto al grupo del adulto mayor que solo estuvo representado por 1 caso (5.6%).

Tabla 4. Pacientes con dientes extraídos por lesiones endoperiodontales, según causa y edad de los pacientes

Grupos de Edades	Causas						Total	
	Periodontal		Endodóntica		Combinada			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
19 - 34	2	8.3	7	38.8	1	10.0	10	19.2
35 - 59	9	37.5	10	55.6	5	50.0	24	46.2
60 - 69	13	54.2	1	5.6	4	40.0	18	34.6
Total	24	46.2	18	34.6	10	19.2	52	100.0

La tercera causa, o sea, cuando se combinan ambos orígenes, endodóntico y periodontal, las exodoncias estuvieron menos presentadas, 19.2%. De esta forma tan solo existió 1 caso para los más jóvenes, mientras que en los dos grupos de edades más avanzadas, se comportaron de forma similar, con 5 casos para el grupo de 35 a 59 años, y 4 para el grupo de 60 a 69 años, que representan 50.0% y 40.0% respectivamente.

Podemos resumir, que el grupo de edad que incrementó más significativamente para cualquiera de las tres causas la mortalidad dentaria, fue el grupo de 35 a 59 años para 46.2%, seguido por el de 60 a 69 años con 34.6%.

Este desfavorable proceder estuvo también presente en los más jóvenes con 19.2%. La causa periodontal aportó casi la mitad de los pacientes con exodoncias realizadas por lesión endoperiodontal en nuestro estudio, lo cual consideramos fue debido a la asistencia tardía a la consulta y la máxima gravedad de las lesiones, cicatrización comprometida por daños pulpaes y la edad avanzada en la que se presenta la enfermedad periodontal; la cual no tiene otra solución terapéutica.

Las razones anteriormente expresadas justifican de igual forma el incremento significativo, estadísticamente hablando para cualquiera de las tres causas, la mortalidad dentaria, en el grupo de 35 a 59 años.

Lo que coincide con un estudio realizado por Marín,²⁵ donde expresa que el número de dientes perdidos por estas lesiones aumentan con la edad.

En la Tabla 5, se distribuyen los pacientes con dientes afectados por lesión periodontal, según mortalidad dentaria. Observamos un elevado porcentaje de mortalidad dentaria en los pacientes afectados con esta enfermedad; 52, para un 42.0%. En 21,8% de la muestra fueron las exodoncias la primera y única opción terapéutica y la posterior al tratamiento conservador 20.2% como consecuencia de un fracaso del mismo. Esto nos sirve de referencia, para poder evaluar que las lesiones endoperiodontales constituyeron causa elevada de mortalidad dentaria al extraerse 42.0% de los dientes afectados por esta entidad. Nuestro estudio se comporta muy similar al realizado sobre este tema, donde Clara Ortiz⁷ reporta que las lesiones endoperiodontales son causantes de más de 50% de la mortalidad dentaria por estas lesiones. Eduardo Ducci,²² plantea en su estudio que estas lesiones representan un elevado porcentaje de dientes perdidos. Estadísticamente se acepta la hipótesis, de que los resultados obtenidos en el estudio se comportan igual a lo reportado en la literatura. Cabe destacar que esto es debido al poco conocimiento que existe sobre las lesiones endoperiodontales por los estomatólogos, haciendo que no se realicen los tratamientos preventivos necesarios para evitarlas y ya instauradas establecer un tratamiento correcto. Además de que son difíciles de diagnosticar, también los pacientes no acuden tempranamente, muchas veces debido a la poca expresividad en sintomatología, a la cronicidad que la caracteriza y en su evolución intervienen diversos factores en los que no podemos actuar ya instaladas como causa primaria, estado de los tejidos y respuesta del hospedero.

Tabla 5. Paciente con dientes afectados por lesión periodontal, según mortalidad dentaria

Mortalidad dentaria	No.	%
Inicial	27	21.8
Después del tratamiento conservador	25	20.2
Total	52	42.0

CONCLUSIONES

La frecuencia de aparición de lesiones endoperiodontales en nuestra población fue baja. La mortalidad dentaria fue alta. La causa más estrechamente relacionada con la mortalidad dentaria en cualquier momento de la terapéutica fue la periodontal, Los pacientes entre 35 y 59 años fueron más afectados por exodoncias debido a esta enfermedad. La aparición de estas lesiones estuvo representada fundamentalmente por la causa endodóntica y en los pacientes entre 19 y 59 años. Veintisiete dientes de ciento veinticuatro afectados no contaron desde el inicio con posibilidades terapéuticas conservadoras. Los tratamientos endodónticos y combinados fueron los más aplicados. En los dientes tratados predominó la evolución satisfactoria. De los dientes con evoluciones insatisfactorias fueron extraídos más de la mitad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Horta Muñoz DM, Rodríguez Mora MM, López Govea FL, Herrera Miranda LG, Coste Reyes J. La diabetes mellitus como factor de riesgo de pérdida dentaria en la población geriátrica. Clínica Estomatológica Guamá. Pinar del Río. Revista Habanera de Ciencias Médicas. Enero 2010; 14(1): ISSN 1561-3194.
- 2 Rocabruno GC, Prieto Ramos O. Duración de la vida y longevidad en gerontología y geriatría clínica. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias médicas; 2008, p. 165-177.
- 3 Martínez Arróniz F. Diagnóstico y tratamiento endoperiodontal. Revista de salud pública y nutrición. RESPYN. México. 2003; Edición especial (7): [artículo en línea]. (Consultado mayo 2009). Disponible en: <http://van/mx/publicaciones/respyn/especiales/ee>
- 4 Rivas Muñoz R. Relación endoperiodontal. Notas de endodoncia. Apoyo académico por analogías. 2004. [Artículo en línea]. (Consultado mayo 2009). Disponible en: <http://rivasmr@servidor.unamamx>
- 5 Bergenhaltz G, Hasselgren G. Endodoncia y Periodoncia. 3ª edición. España. Editorial médica panamericana; 1999, p.296-331.
- 6 Jaquez Bairán E. Lesiones periodontales. University of Bern. Switzerland. 2001. (Consultado febrero 2011). Disponible en: <http://www.imu.unibe.ch/for>
- 7 Ortiz Moncada C. Interpretación clínica de las lesiones periodontales. MEDISAN 2002; 6[2]: 98-102. [Artículo en línea]. (Consultado enero 2008). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/usan/vol6-2-02/san16012.htm>
- 8 Fol GB. Lesiones Endoperiodontales. Diagnóstico y Tratamiento. Temas libres - COSAE. Argentina. 2004. [Artículo en línea]. (Consultado diciembre 2010). Disponible en: <http://www.endodoncia-sae.com.ar>
- 9 Chapple IL, Lumley PJ. The periodontal-endodontic interface. Dental Update, 1999- europepmc.org. (Consultado diciembre 2010). Disponible en: <http://europepmc.org>

- 10 Sanz-Sánchez I, Bascones-Martínez A. Otras enfermedades periodontales. II: Lesiones endoperiodontales y condiciones y/o deformidades del desarrollo o adquiridas. Avances en periodoncia. Madrid. Abril 2008; 20 (1): Versión impresa ISSN 1699-6585.
- 11 Alcota M, Mondragón R, Zepeda C. Tratamiento de una lesión endoperiodontal tipo III: Reporte de un caso. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral. Santiago. Abril 2011; 4(1): Versión impresa ISSN 0719-0107.
- 12 Fol GB. Cirugía endodóntica de canino y premolar superior. Reporte de casos. Bogotá, Colombia. 2005. [Artículo en línea]. (Consultado febrero 2011). Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/facultades/odontología/posgrados/>
- 13 Lindhe J, Lang N. Periodontología clínica e implantología odontológica. 4a edición. Buenos Aires: Editorial médica panamericana; 2005.
- 14 Bascones AM, Sanz IS. Avances en Periodoncia e Implantología Oral. Madrid. SciELO. Abril 2008; 20 (1). (Consultado octubre 2011). Disponible en: <http://www.dx.doi.org/>
- 15 Von Troil B, Needleman I, Sanz M. A systematic review of the prevalence of root sensitivity following periodontal therapy. J clin periodontol. 2000; 29 (supl 3): 173-7.
- 16 Bernal G, Carvajal JC, Muñoz Viveros CA. A review of the clinical management of mobile teeth. J contemp dent pract. 2002 nov 15; 3(4):10-22.
- 17 Ikeda-Artacho MC, Mori-Arambulo G. Defectos de furcación. Etiología, diagnóstico y tratamiento. Revista Estomatológica Herediana. Facultad de Estomatología. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú. 2010; 20(3):172-178.
- 18 Tobón CG. Endodoncia simplificada. 2da Edición. Guantánamo: Edición Revolucionaria; 1985, p. 129-140.
- 19 Simón JH. Patología periapical. En: Cohen S. Editor. Vías de la Pulpa. Madrid: Mosby; 1999, p. 401- 451.
- 20 Heine FS. Tratamiento Endodóntico. 5th Edición. Saint Louis: Editorial Harcourt Brance; 1997.
- 21 Caviedes BJ. Manejo clínico de defectos óseos: Fenestración y Dehiscencia. Facultad de Odontología Pontífica Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. 2003. [Artículo en línea]. (Consultado marzo 2009). Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/facultades/odontología/posgrados/>
- 22 Ducci Giesen E. Lesiones Endoperiodontales. Especialidades patología dentaria. Agosto 2001. [Artículo en línea]. (Consultado mayo 2005). Disponible en: <http://www.odontología.metmayor.cl/cuarto/endodoncia/lesionesendoperiodontales>
- 23 Blanco Moreno F, Zabalegui L, Zabalegui B. Imagen radiolúcida periapical y compleja anatomía interna del conducto radicular. [Publicación periódica en línea]. 2003. (Consultado junio 2011). Disponible en: <http://www.otpzaanb@ig.chu.es>

24 Borja Zabalegui A. Clasificación de las causas de fracaso de los tratamientos de conducto [en línea]. 2003. (Consultado junio 2011). Disponible en: <http://otpzaanb@ig.chu.es>

25 Marín Zuluaga D. Es necesario la odontogeriatría. Bogotá, Colombia. 2005. [en línea]. (Consultado junio 2011). Disponible en: <http://www.encolombia.com/odontología/foc/odont59-001-198necesario.htm>

ANEXO 1

Clasificación de las Lesiones Endoperiodontales, basada en su origen según Trope

1- Periodontal

- Bolsas periodontales profundas.
- Exposición dentinaria.

2- Endodóntico

- Necrosis pulpar.
- Procesos agudos.
- Perforación radicular.
- Obturación radicular de mala calidad.
- Fractura radicular vertical.
- Conductos accesorios.
- Reabsorción radicular.

3- Combinado

- Lesiones endodónticas y periodónticas sin comunicación.
- Lesiones endodónticas y periodónticas con comunicación.

ANEXO 2

Lesiones endoperiodontales y mortalidad dentaria.

Formulario

- Datos generales.

Nombre y apellidos: _____ No HC _____

Edad _____ Dirección _____

Parte A

- Datos específicos recogidos de la Historia Clínica.

Diente _____ Fecha de concluido el tratamiento _____

- Signos y síntomas clínicos.

Dolor _____ Percusión horizontal _____

Percusión vertical _____

Edema: Intrabucal _____ Extrabucal _____ Fístula _____

Bolsa periodontal: Sí _____ mm _____ Movilidad: Sí _____ Grados _____

No _____ No _____

Pulpotomía: Sí _____ Exposición dentinaria: Sí _____

No _____ No _____

Fractura radicular: Sí _____ No _____

Prueba de vitalidad térmica: Positiva _____ Negativa _____

Prueba de vitalidad eléctrica: Positiva _____ Negativa _____

A los Rx.

Fractura; Sí _____ Localización _____ Perforaciones de la raíz: Sí _____

No _____ No _____

Conductos accesorios: Sí _____ Pérdida ósea: Sí _____ No _____

No _____ Moderada _____

Reabsorción radicular: Sí _____ Incipiente _____

No _____ Avanzada _____

Área radiolúcida: Periapical _____ Otros _____

Lateral _____

Ambas _____

- Etiología: Endodónica _____ Tratamiento recibido _____

Periodontal _____ Combinada _____

Parte B

Signos y síntomas presentes: Sí _____ No _____Cuál _____

- Informe radiológico Normal _____Alterado_____
- Evolución: Satisfactoria_____Insatisfactoria_____
- Opción Terapéutica: Exodoncia ____ Retratamiento ____

Observaciones: _____

Recibido: 15 de septiembre de 2013

Aprobado: 11 de Julio de 2014