

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Facultad de Estomatología

## **PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES ENDOPERIODONTALES POR EL ESTOMATOLOGO GENERAL INTEGRAL**

\*Dra. María Isabel Ventura Hernández. Calle Canal núm. 11608 entre 11 y 13. Casino Deportivo. Municipio Cerro. Ciudad de La Habana. Teléfono: 411907  
[mariai.ventura@infomed.sld.cu](mailto:mariai.ventura@infomed.sld.cu)

\*Dra. Maritza Alfaro Mon. Teléfono : 417098. [maritzalfaro@infomed.sld.cu](mailto:maritzalfaro@infomed.sld.cu)

\*Dra. Nayda Nasco Hidalgo. Emilio Núñez núm. 264 entre 20 de Mayo y General Aguirre. Teléfono: 8702273. [nnasco@infomed.sld.cu](mailto:nnasco@infomed.sld.cu)

\*Dra. Miliella Pérez Majín. Calle 48 núm. 1909 entre 19 y 21. Playa. Ciudad de La Habana. Teléfono: 209 0368. [miliella@infomed.sld.cu](mailto:miliella@infomed.sld.cu)

\*\*ATD. Rosa Ma. López García. San Quintín núm. 659 entre Esperanza y Armonía. Cerro. Ciudad de La Habana.

\*Especialista Primer Grado en E.G.I. Asistente

\*\*Técnica en atención estomatológica.

### **RESUMEN**

El propósito de esta investigación fue conocer la efectividad de dos técnicas quirúrgicas usadas en el tratamiento de las lesiones endoperiodontales, en la atención primaria de salud, por el especialista en Estomatología General Integral. Para ello seleccionamos dos grupos, en este estudio de tipo experimental y comparativo, de 30 pacientes adolescentes en las edades comprendidas entre 15 y 19 años y adultos de 20 a 35 años respectivamente, por las dificultades que presentan estas edades en el sellado correcto del área periapical, que tuvieran experiencia de trauma dentario o conductos infectados y mantuvieran síntomas o signos de ello (como dolor, fístula, secreción o área de rarefacción apical), para poder constatar la efectividad de la técnica quirúrgica endoperiodontal (curetaje apical), aplicando dos variantes en la consecución de la misma, ya sea el relleno del área intervenida o su tratamiento con electrocoagulación. La muestra fue seleccionada a partir de todos los pacientes que se presentaron a la Facultad de Estomatología (Departamento Integral), en el período comprendido entre marzo del 2003 y diciembre del 2004 con los síntomas ya descritos. Se dispusieron al azar los dos grupos, previo consentimiento e información del paciente del tratamiento a aplicar. Para las variables cualitativas, se realizó el procesamiento estadístico de Chi Cuadrado, con un nivel de significación 0.05. Se programaron un chequeo a las 72 horas; otro, a los siete días y, posteriormente, otros dos, a los 3 y 6 meses, respectivamente, una vez concluida la técnica, para constatar desaparición de los síntomas y reparación y llenado del área periapical. Los resultados obtenidos con ambas

técnicas avalan su uso, constituyendo un desafío su aplicación por el Estomatólogo General Integral en el tratamiento quirúrgico endoperiodontal.

**Palabras clave:** Lesiones endoperiodontales, técnicas quirúrgicas, curetaje apical, reparación inducida o electrocoagulación.

## **INTRODUCCION**

Por la alta frecuencia de aparición de las infecciones odontogénicas y la temprana edad donde se comienza a desarrollar conciencia psicológica en relación con la estética, en esta adolescencia (15 a 19 años) y juventud temprana (20 a 35 años), se impone la cirugía endoperiodontal a la vecindad de la parte apical de las raíces de los dientes en la etapa de dentición ya permanente.<sup>1</sup>

Conociendo por criterios de definición que para que exista la lesión endoperiodontal, el diente debe carecer de pulpa y tener realizado un buen sellado de todo el conducto en largo y ancho, y existir destrucción de la inserción periodontal con pérdida de hueso de sostén, pudiendo tener o no un conducto lateral o accesorio afectado.

Estas infecciones se manifiestan a través de inflamación, dolor, temperaturas elevadas, enrojecimiento, malestar general, trismo, etcétera, y después de realizado un correcto tratamiento radical total de la causa de la infección, en ocasiones, es necesario acudir a la cirugía, por ser el diente permanente joven, el que mayor orificio apical presenta, que dificulta el buen sellado periapical o donde persisten quistes o lesiones periapicales de gran importancia.<sup>2-3</sup>

Bueno es aclarar que una cosa es infección y otra es inflamación, puesto que, como luego veremos, puede existir una sin la otra. La infección es una de las formas de agresión con que cuenta el Medio Ambiente para actuar contra el organismo; la inflamación es el mecanismo de defensa del organismo frente a la acción agresiva local, determinada por agentes vulnerantes. La inflamación puede ser aséptica o séptica, según la causa que la determine.<sup>4</sup>

Para el éxito del tratamiento dental debe comprenderse que la mayoría de estos casos clínicos deriva a la cronicidad, lo que hace que esos pacientes no acudan tempranamente, lo que puede complicar el éxito del tratamiento si se inicia la reabsorción radicular externa, que debe ser prevenido adecuadamente por el estomatólogo.<sup>5</sup>

Se debe comprobar la efectividad de la técnica quirúrgica endoperiodontal en la reparación del área periapical, si:

-Desaparecen los síntomas y signos de infestación, o si:

-Se completa dicha reparación, o sea, es la razón que justifica nuestro estudio, pues nos permitirá en el futuro, en consecuencia con los resultados obtenidos, avalar todos estos procedimientos, tanto desde el punto de vista preventivo como ya curativos, los que evitarán pérdidas dentarias por estas causas.

## **PACIENTES Y METODO**

Para este estudio de tipo experimental se seleccionaron jóvenes y adolescentes que se incluyen en las edades de 15 y 35 años, divididos en dos grupos: 15–19 y 20-35, con antecedentes de buena salud general y de trauma dentario anterior, o con tratamiento radical total de la pulpa donde persistían signos de infección, o quistes y procesos periapicales. Los casos seleccionados al azar, de todos aquellos que acudieron a la Facultad de Estomatología (Departamento Integral), entre marzo del 2003 y diciembre del 2004, fueron un total de 30, siendo excluidos aquellos que no tenían síntomas de infestación periapical después del tratamiento pulpo radicular convencional. Para la aplicación de la técnica se obtuvo de ellos el consentimiento informado para cada caso y los pasos son:

--Radiografía Diagnóstica (para localizar e identificar la zona periapical y patología a tratar).

--Anestesia y analgesia.

--Colgajo amplio mucoperióstico. Se aceptan varios diseños de colgajos: de base ancha, semilunar y horizontal.

--Tratamiento del conducto antes de la cirugía.

--Exposición parte apical de la raíz con la pieza de mano de pequeña velocidad bajo irrigación.

--Extirpación cuidadosamente de la lesión o el quiste periapical.

-- Seleccionar con una fresa de fisura un quinto aproximado de la parte apical de la raíz: Hacer un sesgo facial de forma que se pueda ver el conducto.

--Preparar una pequeña cavidad en la nueva zona del orificio apical y obturar con amalgama.

--Irrigar el lugar con solución salina y aproximar y cerrar la herida con varias suturas.

--Colocar un apósito extraoral *Elastoplast* que presione la mejilla o labio superior en el sitio tratado quirúrgicamente durante 24 horas para prevenir la formación de hematomas o inflamación excesiva.

--Instruir al paciente del cuidado postoperatorio, como se ha descrito antes, y retirar la sutura de 6 a 8 días.

--Si se usa la electrocirugía en toda la concavidad, o el relleno de ésta con un material biocompatible con la reparación ósea (hidroxiapatita), ambos aceleran la coagulación y permiten la combinación de la técnica endoperiodontal y la regeneración tisular guiada de forma eficaz y segura.5-6

En el proceder fueron aplicadas ambas técnicas en pacientes con trauma o caries que afectan el tejido pulpar, en el salón de Cirugía de la Facultad de Estomatología; a los resultados se aplicaron pruebas estadísticas de Chi Cuadrado de homogeneidad para las variables cualitativas, con nivel de significación estadística 0.05. El instrumental usado

para la técnica de Electrocauterio estuvo integrado por un equipo para esta función (electrocoagulador) y un *set* de cirugía de uso específico para tejidos blandos y para la otra variante el mismo *set* y además material de relleno óseo (hidroxiapatita) y membrana tisular que nos facilitó el Departamento de Periodontología de la Facultad.

Para la elaboración del informe, se utilizó el procesador de textos *Word*, para los datos obtenidos por el autor del trabajo en el programa estadístico SP.SS, versión 8.0 para *Windows*. Como medida resumen de los datos cualitativos se usó el porcentaje y para alcanzar los objetivos del trabajo las variables se agruparon en Independientes y Dependientes. Las primeras constituyen los grupos de estudio (dos divididos en adolescentes y adultos jóvenes) a los que se les aplicó ambos tratamientos. El tratamiento 1 responde a la variante electrocoagulación y el 2 al relleno con hidroxiapatita. Para las dependientes se evaluaron resultados inmediatos a través de radiografías periapicales constatando la reparación periapical a los tres y seis meses respectivamente, dividiendo las categorías en éxito y fracaso, valorando así los resultados a expensas de si persiste o no la infestación y si existe reparación ósea del área intervenida. Los datos se presentarán en tablas en el acápite siguiente de los resultados.

## **RESULTADOS Y DISCUSION**

Como se aprecia en los resultados obtenidos mediante ambas técnicas, tanto la de aplicación de electrocoagulación del área intervenida como la del relleno de la misma con hidroxiapatita, son el complemento que garantiza que una vez realizado el curetaje apical y T.P.R. convencional de forma eficaz, se realice la reparación biológica del área afectada.<sup>7</sup>

En la Tabla 1, podemos apreciar que se realizaron 30 técnicas y se dividieron en dos grupos de tratamiento, para los dos grupos de edad escogidos; las dos siguientes tablas (2y3) muestran la efectividad de ambos tratamientos, y sólo un caso de los intervenidos, no presentaba el llenado total del área periapical, pero los síntomas y signos de infestación ya no estaban presentes. Este paciente, aún a los seis meses no había completado éste y decidimos investigar algún antecedente sistémico que pudiera estar influyendo en la reparación ósea con su especialista en Medicina General Integral. En cuestión, se trataba de un paciente que desconocía era portador de una *Diabetes Mellitus*, enfermedad sistémica que no se hubiera diagnosticado sino hubiera existido el precedente del retardo de su reparación periapical.

Todo lo que muestran los datos obtenidos se corresponde con la literatura consultada, pues Hasen, Fadel, Duarte, Lamberty 9-10-11-12 y Santos 13 que publicó en nuestra *Revista Cubana de Estomatología* lo confirman, a pesar de que escasean datos de prevalencia de esas lesiones, el tratamiento encaminado siempre a la detección temprana de la lesión es el descrito en nuestro trabajo y con ello coinciden, Fernando Martínez Bóveda<sup>14</sup> Pacheco 15 y Finn, 5 además de realizar el quirúrgico (técnica escogida) si lo merita el paciente, por su edad y condiciones del área a intervenir. Por lo que podemos decir que nuestros especialistas en Estomatología General Integral, ganarán tiempo con la aplicación de esas técnicas en la reparación de forma inducida y evitarán las pérdidas dentarias ocasionadas por estas causas, además de poner en un lugar cimero la labor curativa y preventiva de nuestra atención primaria de salud.

## CONCLUSIONES

1 Esta técnica quirúrgica endoperiodontal (curetaje apical) es totalmente efectiva en aquellos pacientes que presentan alguna complicación o infección persistente, una vez concluido el tratamiento radical total, y en mayor medida en los adolescentes, ya que el grado de cierre apical en ocasiones no completado y la estructura ósea (con mayor cantidad de sustancia orgánica), favorecen la reparación ósea en ambos tratamientos aplicados.

2 Una vez concluida la técnica y rechequeado el paciente a las 72 horas, el proceso reparativo ha comenzado con efectividad, al desaparecer síntomas y signos de infección en ambos tratamientos.

3 La reparación del área periapical es casi completa a los tres meses, en los casos en que se les aplicó la variante de electrocoagulación, y completa para los que se les puso el relleno de hidroxiapatita; redemonstró así que la combinación del tratamiento endoperiodontal y la regeneración tisular guiada es un arma más con la que cuenta el E.G.I en su labor encaminada a la disminución de la pérdida dentaria y garantiza una mejor funcionalidad del aparato estomatognático.

### **Abstract:**

The purpose of this investigation was to know the effectiveness of the treatment of periodontal lesions in Primary Health Care utilizing two surgical techniques by the specialist in General Integral Odontology. For this we selected two groups, experimental and comparative, of 30 adolescent patients between the ages of 15 to 19 years and adults of 20 to 35 years respectively, because of the difficulties in these ages of the periapical closure, those who had dental trauma or infected ducts and have signs and symptoms of such (pain, fistulae, secretion, apical tumefaction area) to be able to assess the effectiveness of the surgical endo periodontal technique ( apical curettage ), applying two ways in the consecution of the technique , plugging in the area or electro coagulation therapy . The sample was selected from the patients who attended the Odontology Faculty from March 2003 to December 2004 with the so called symptoms. The two groups were disposed randomly with a previous informed consent. For the qualitative markers we utilized Chi Square with  $\alpha = 0.05$

A re check was programmed after 72 hours, another after 7 days and another two after three and six months respectively, once concluded the technique, another to assess the disappearance of symptoms and repair and plugging of

the periapical area . The results with both techniques are valid for their utilization, which is defiant to the General Integral Odontologist.

Key words: Endo periodontal lesions, surgical techniques, curettage, Induce reparation, electrocoagulation.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-Kennet D.Snawder.Manual de Odontopediatría Clínica. Ciudad de La Habana: Editorial Científico Técnica; 1977, p.213-9.
- 2-Boh Bouth A, Veinsten F.Lesiones Endoperiodontales.Rev Fund Juan José Carraro 2000;5(12):6-12.
- 3- Grossman LJ. Endodontic practice. 9 edition. Philadelphia: Lea-febiger; 1978, p.7-9.
- 4-Lasala A. Endodoncia. 4ta. Edición. México: Salvat; 1993.
- 5-Sidney B.Finn. Odontopediatría clínica. Ciudad de La Habana: Edición Rev;1967, p.273-415-9.
- 6-Petrocco de Angelis C. Urgencias Endodónticas.Universidad Central de Venezuela.2001.Hallado en: <http://e-mail:conche@cantv.net/>
- 7-Weine. Tratamiento Endodóntico. 5th. Edition. Editorial HarcourtBranche ;1997,p.4-9.
- 8-Martínez Arroniz. Diagnóstico y tratamiento endoperiodontal. Revista de Salud Pública y Nutrición. RESPIN.México Edición Especial núm. 7,2003. Hallado en: <http://www.van/mx/publicaciones/respyn/especiales/ee>
- 9-Hasen A. Patología Periapical. Odontocat: Especialidades. Patología dentaria 2004. Hallado en: <http://www.odontocat.com/altpatpería.htm>
- 10-Fadel P. Reabsorción Cemento Dentinaria Externa. Presentación de dos casos clínicos. Temaslibres-COSAE. Argentina, 2004. Hallado en: <http://www.endodonciasae.com.ar>
- 11-Duarte E, Peláez Y. LesiónEndoperiodontal por Iatrogena endodóntica. Revista 16 de Abril. 2002. Hallado en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/210/caso.htm>. -42k-

12-Lamberti P, Leite Riveiro A, Campos S. J. Interrelacao endodoncia-periodontia. Rev. Odontol. Univ. S T Amaro 2000;5(1):8-9.

13-Santos Peña M A, Betancourt García A, Queirós Enríquez M, Curbeira Hdez E, Santana Fernández D. Manual de terapéutica antimicrobiana en Estomatología. Temas de actualización. Rev. Cub. Estomatol.1999;36(2):101-8.

14-Bóveda ZC. Tratamientos de Lesión Endoperiodontal. Endodoncia Interactiva. Facultad de Odontología. Venezuela. Marzo 2004. Hallado en:

<http://www.carlosboveda.com/endointeractivaold/endointeractiva>

15-Pacheco C. Imagen radio lúcida periapical. Diagnóstico y tratamiento endodóntico. Endodoncia en exclusiva 2003. Hallado en: <http://fsroyuela@render.es>

## ANEXOS

**Tabla1**

### Cantidad de individuos según grupos de edad y tipo de tratamiento

Grupo	Tipodetratamiento					
	Tratamiento 1		Tratamiento2		Total	
	No	%	No	%	No	%
15 <sup>a</sup> 19	8	43,3	8	43,3	16	43,3
20 <sup>a</sup> 35	7	46,7	7	46,7	14	46,7
Total	15	50	15	50	30	100

**Tabla2**

### Resultados inmediatos en cuanto a ambas técnicas

Grupo	No	Exito		Fracaso	
		No	%	No	%
Tto. 1	15	13	86,7	2	13,3
Tto. 2	15	14	93,3	1	6,7
Total	30	27	90	3	10

**n.s.**

**Tabla3**

**Resultados mediatos (a los tres meses) de ambas técnicas**

Grupo	No	Exito		Fracaso	
		No	%	No	%
Tto 1	15	14	99,7	1	6,7
Tto 2	15	15	100	0	0
Total	30	29	99,7	1	3,3

**n.s.**