



Medicent Electrón. 2018 jul.- sep.;22(3)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

Fracaso del tratamiento endodóntico en pacientes con enfermedad periodontal

Failure of endodontic treatment in patients with periodontal disease

Lilian Toledo Reyes, Isabel Ramos Hurtado

Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: liliantr@infomed.sld.cu

RESUMEN

Existen varios factores que dificultan la terapia pulporradicular. El conocimiento y la derivación apropiada del tratamiento constituyen un elemento sustancial en la preservación del órgano dentario; sin embargo, no siempre son estimados de forma coherente. Entre estos parámetros, la condición periodontal constituye un importante aspecto a evaluar. Este trabajo tiene como objetivo analizar las consideraciones asociadas a la relación de la enfermedad periodontal con el fracaso de los tratamientos endodónticos. Se registra que existe una íntima relación entre la pulpa y el periodonto. En los dientes con afección periodontal y nivel óseo afectado, se posibilita con mayor rapidez la diseminación de la infección y, por ende, el fracaso del tratamiento de los conductos.

DeCS: enfermedades periodontales, tratamiento del conducto radicular/efectos adversos.

ABSTRACT

There are several factors that difficult pulpar radicular treatment. Treatment knowledge and its appropriate derivation constitute a substantial element in the preservation of dental organ; however they are not always consistently estimated. Periodontal condition constitutes an important aspect to evaluate among these parameters. This work has as objective to analyze the considerations associated with the relation between periodontal disease and the failure of endodontic treatments. A close relationship between the pulp and the periodontium was registered. The dissemination of the infection is produced more rapidly in teeth with periodontal disease and affected bone- level, and thus, the failure of root canal treatment.

DeCS: periodontal diseases, root canal therapy/adverse effects.

El éxito en el tratamiento de endodoncia puede ser considerado cuando se logra su objetivo inicial: la desinfección del conducto y su sellado hermético, lo que propicia la reparación biológica y el bienestar a largo plazo. El éxito, tanto clínico como radiográfico, debe observarse después de un adecuado período de tiempo desde que concluya el tratamiento.

En los últimos años se ha incrementado el número de piezas que han recibido tratamiento endodóntico, y a pesar de que el porcentaje de éxito ha sido aproximadamente el 90 %, existe una importante incidencia de fracasos debido al desconocimiento de muchos aspectos básicos y primordiales.³

La literatura plantea que los fracasos no serán siempre relacionados con obturaciones de conductos cortos o sobreobturados, y que deberán ser considerados otros factores asociados a la complejidad de la terapia, que afectan el resultado final.^{4,5}

Los recientes avances tecnológicos en el tratamiento endodóntico han permitido conservar dientes que anteriormente eran considerados como intratables. Sin embargo, tanto la tecnología como los instrumentos y los materiales no deben remplazar la habilidad clínica y la experiencia del profesional. Es imperativo obtener una secuencia cuidadosa de la selección del paciente y del plan de tratamiento, llevada a cabo sobre la base de los factores clínicos y el reconocimiento, por parte del odontólogo, tanto de sus habilidades como de las posibles limitaciones.

Existen varios factores que dificultan la terapia pulporradicular; su conocimiento y la derivación apropiada del tratamiento constituyen un elemento sustancial de la calidad de la asistencia que se ofrezca al paciente y para la preservación del órgano dentario; sin embargo, no siempre son estimados de forma coherente.⁵

Entre estos parámetros, la condición periodontal del diente constituye un importante aspecto a evaluar durante la planificación inicial de la terapia. En casos necesarios, se deberán realizar de forma conjunta los procedimientos periodontal y endodóntico para condicionar la supervivencia del órgano dentario.

Vire DE,⁶ en 1991, informa que los fracasos endodónticos relacionados con la condición periodontal constituyeron el 32 % en su estudio. Otros autores mencionan también tasas de fracaso que se deben tener en cuenta, pues involucran el estado periodontal como principal factor implicado.^{7,8}

Tanto en la salud, como en la enfermedad, existe una íntima relación entre la pulpa y el periodonto. Esta relación es embriológica, anatomofisiológica y fisiopatológica. Desde el punto de vista embriológico, la pulpa y el periodonto tienen un origen mesodérmico común, y según un análisis anatomofisiológico y fisiopatológico, se encuentran importantes vías de continuidad en estos tejidos.

La relación dinámica entre la pulpa y el periodonto debe considerarse como una unidad biológica, la cual requiere para su función normal un buen estado de salud, tanto de sus tejidos dentales como de los periodontales o de soporte. En las lesiones endoperiodontales, desempeñan un papel fundamental las diferentes interconexiones anatómicas y vasculares entre la pulpa y el periodonto. Desde el desarrollo del germen dental se forman estructuras, como los túbulos dentinarios y conductos principales, secundarios, laterales, entre otros, los cuales son capaces de comunicar el endodonto y el periodonto; de esta manera, se produce un intercambio de sustancias entre ambos, razón por la cual es común que una enfermedad pulpar afecte el periodonto y viceversa. En la raíz, los túbulos dentinarios se extienden desde la pulpa a la unión amelocementaria, y se pueden exponer por defectos del desarrollo, enfermedad o procedimientos periodontales. Los conductos laterales y accesorios pueden presentarse a lo largo de toda la raíz, y son más frecuentes a nivel apical. En la furca, estos conductos accesorios son una vía directa de comunicación entre la pulpa y el periodonto, a través de tejido conectivo y vasos contenidos en los conductos. Por último, el foramen apical es la ruta principal de comunicación; las bacterias y productos inflamatorios existentes en los conductos radiculares pueden extenderse a los tejidos periapicales y causar una respuesta inflamatoria local, que puede ir acompañada de reabsorción ósea y radicular. A su vez, el foramen apical es una puerta de entrada a la pulpa para las bacterias y productos inflamatorios, desde bolsas periodontales profundas.⁹

Los dientes con enfermedad periodontal deben recibir una minuciosa evaluación que permita discernir las posibilidades reales de éxito, pues en la enfermedad periodontal avanzada las posibilidades de fracaso se incrementan, según argumenta la literatura.^{5,10}

En Cuba, la práctica de la endodoncia es habitual y se solicita cada vez con más frecuencia por los pacientes interesados en preservar sus dientes. Los profesionales deberán insistir en perfeccionar el juicio clínico, que permita seleccionar apropiadamente los casos y estimar el pronóstico de ellos con la mayor exactitud. Esto implica también el análisis de la condición periodontal previa. Un

estudio reciente realizado en la localidad de Santa Clara, en la Facultad de Estomatología, informa que de un total de 76 pacientes a los que se les concluyó la terapia de conducto, el 75 % presentó enfermedad periodontal. La frecuencia de periodontitis se mostró en el 40,3 % de los pacientes; en el resto (59,6 %), se diagnosticó gingivitis.

Después de evolucionados estos pacientes durante dos años, se constató el fracaso de la terapia de conductos en el 21 % de los casos. En la mayoría de los pacientes donde se observó el fracaso, se diagnosticó inicialmente periodontitis. La diseminación de bacterias y contaminación del periápice, que se establece cuando la preparación biomecánica no es eficiente o falla el cierre hermético del conducto, suele ser más rápida y perjudicial en dientes con afección periodontal y nivel óseo afectado, debido a todas las vías de comunicación antes mencionadas que posibilitan la diseminación con mayor rapidez.⁵

El facultativo deberá evaluar siempre con pericia la condición periodontal. Una minuciosa exploración intrabucal, exámenes radiográficos, el sondaje del diente y del trayecto fistuloso de vitalidad, conducirán al diagnóstico certero y permitirán rediseñar un plan de tratamiento óptimo que incluya también el raspado del cemento radicular, el curetaje, la cirugía periapical o el empleo de medicamentos, conjuntamente con el accionar propio durante la terapia de conductos. El tratamiento endodóntico debe ser realizado con un enfoque multifactorial; de esto dependerá, en gran medida, el resultado final de la terapia y, en este enfoque, la salud periodontal del paciente constituye un antecedente que no debe ser obviado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en el presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goldberg F, Cantarini C. El retratamiento endodóntico: consideraciones clínicas. Rev Asoc Odontol Argent. 2014;102(2):76-82.
2. Wai-Yee Wong A, Zhang S, Kar-Yan Li S, Zhu X, Zhang C, Chun-Hung C. Incidence of post-obturation pain after single-visit versus multiple-visit non-surgical endodontic treatments. BMC Oral Health. 2015;15(1):96.
3. Rodríguez-Niklitschek C, Oporto V. GH. Determinación de la longitud de trabajo en Endodoncia. Implicancias clínicas de la anatomía radicular y del sistema de canales radiculares. Int J Odontostomat [internet]. 2014 sep. [citado 24 ago 2015];8(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2014000200005&lng=es
4. Toledo Reyes L, Alfonso Carrazana M. Consideraciones en relación con la complejidad del tratamiento endodóntico. Medicent Electrón [internet]. 2015 abr.-jun. [citado 24 ago. 2015];19(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000200007&lng=es
5. Toledo Reyes L, Alfonso Carrazana M, Barreto Fiú E. Evolución del tratamiento endodóntico y factores asociados al fracaso de la terapia. Medicent Electrón [internet]. 2016 jul.-sep. [citado 5 oct. 2017];20(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/2064/1706>
6. Vire DE. Failure of endodontically treated teeth: classification and evaluation. J Endod. 1991;17(7):338-42.
7. Rodríguez-Niklitschek C, Oporto GH. Implicancias clínicas de la contaminación microbiana por *Enterococcus faecalis* en canales radiculares de dientes desvitalizados: Revisión de la literatura. Rev Odontol Mex. 2015;19(3):181-6.

8. Vázquez Fiallo CJ, García Báez FA, Reyes Suárez VO, Jach Ravelo M. Fracasos del tratamiento endodóntico en pacientes atendidos en el servicio de urgencias estomatológicas. MediMay [internet]. 2014 [citado 24 ago. 2015];20(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/384>
9. Solomon C, Chalfin H, Kellert M, Weseley P. The endodontic-periodontal lesion: a rational approach to treatment. J Am Dental Assoc. 1995 Apr.;126(4):473-9.
10. Pineda Vélez E, Segura Cardona AM. Factores asociados a la supervivencia del diente con endodoncia en pacientes mayores de 20 años, atendidos en una IPS privada en el periodo 2006 a 2012. Rev Fac Odontol Univ Antioq [internet]. 2014 ene.-jun. [citado 24 ago. 2015];25(2):[aprox. 16 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2014000100004&lng=en

Recibido: 8 de abril 2018

Aprobado: 20 de mayo de 2018

Lilian Toledo Reyes. Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: liliantr@infomed.sld.cu