



Depósito Legal: ppi201302ME4323
ISSN: 2343-595X

La Revista Venezolana de Investigación Odontológica de la IADR

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio>



CASO CLÍNICO

Manejo interdisciplinario de lesión endoperiodontal en diente con pronóstico reservado. Caso clínico

Interdisciplinary management of an endodontic-periodontal lesion in a tooth with a poor prognosis: a case report

Edison Quesada-Maldonado¹, María José Movilla Orozco², Diana Quiroz-Morales³

1. Universidad del Magdalena. Facultad Ciencias de la Salud. Santa Marta, Colombia.
edison158@hotmail.com. <https://orcid.org/0000-0001-7398-5902>
2. mmovilla@unimagdalena.edu.co. <https://orcid.org/0009-0003-9530-580X>
3. dianaquiroz894@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0009-7945-1691a>

RESUMEN

Historial del artículo

Recibo: 18-09-25
Enviado a evaluación:
20-09-25
Aceptado: 10-11-25
Disponible en línea:
01-07-2026

Palabras Clave:
endodoncia, pronóstico,
enfermedades
periapicales, éxito
clínico.

Keywords: structural
analysis, endodontics,
prognosis, periapical
diseases, achievement

Introducción: las lesiones endoperiodontales conjugan en un solo órgano dental o diente enfermedad pulpar y periodontal, por ello su tratamiento puede resultar complejo y requiere intervención interdisciplinaria de varias especialidades, lo que a su vez mejora el pronóstico de esta condición. **Objetivo:** presentar evolución y seguimiento clínico y radiográfico a 36 meses de diente con lesión endoperiodontal luego de ser tratado endodóntica y periodontalmente. **Presentación de caso:** se reporta seguimiento a 3 años de caso clínico de paciente masculino de 55 años de edad con lesión endoperiodontal y pronóstico reservado en primer premolar superior derecho 14 con diagnóstico periodontal de Periodontitis estadio III grado C y lesión endoperiodontal sin daño en la raíz y grado 3. A 3 años de la intervención, por áreas de endodoncia y periodoncia, clínica y radiográficamente se observa evolución satisfactoria del caso ya que no hay síntomas, el diente sigue en función adecuada, no hay exudados o signos asociados a infección, tampoco bolsa y la lesión periapical ha desaparecido.

Autor de correspondencia: Edison Quesada-Maldonado. Email: edison158@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: Endoperiodontal lesions combine pulp and periodontal disease in a single dental organ or tooth, therefore their treatment can be complex and requires interdisciplinary intervention of several specialties, which in turn improves the prognosis of this condition.

Objective: To present the evolution and clinical and radiographic follow-up at 36 months of a tooth with an endoperiodontal lesion after being treated endodontically and periodontally.

Case report: We report a 3-year follow-up of a clinical case of a 55-year-old male patient with an endoperiodontal lesion and a reserved prognosis in the upper right first premolar 14. With a periodontal diagnosis of stage III grade C periodontitis and an endoperiodontal lesion with no root damage and grade 3. Three years after the intervention, by areas of endodontics and periodontics, clinically and radiographically, a satisfactory evolution of the case is observed since there are no symptoms, the tooth continues to function adequately, there are no exudates or signs associated with infection, nor a pocket and the periapical lesion has disappeared.

Introducción

La odontología contemporánea ofrece varias especialidades enfocadas a tratar las diferentes afecciones o patologías asociadas a cavidad oral que brindan herramientas para la preservación de la salud y permiten establecer un mejor pronóstico para los órganos dentales y estructuras vecinas. Dentro de las especialidades podemos encontrar la endodoncia: disciplina encargada de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías pulpares y periapicales, la cual se orienta a aumentar la longevidad o permanencia de los dientes en la boca mejorando función y estética, así como repercutiendo de manera positiva en el bienestar de los pacientes(1).

La tasa de éxito de las diferentes modalidades de los tratamientos de endodoncia, se acerca u oscila entre 90 al 95%(2), sin embargo, es necesario tener en cuenta que el éxito de dichas terapéutica a corto, mediano o largo plazo puede ser determinado por varios aspectos entre los cuales destaca: el diagnóstico inicial, grado de dificultad, tratamiento realizado, forma de abordar el caso, número de citas empleadas, higiene del paciente, condición periodontal, tamaño de la lesión apical (en caso de haberla), enfermedades de base, tipo de restauración realizada, accidentes durante la atención, tecnología y/o instrumental usado, entre otros(3–7).

Definición: es importante resaltar y tener en cuenta que el odontólogo endodoncista u operador clínico, luego de realizar un análisis minucioso de la historia clínica, de los signos y síntomas, así como de las ayudas diagnósticas y considerando además el diagnóstico y su experiencia clínica, podrá anticipar o establecer un pronóstico para cada caso que le permita

tomar decisiones adecuadas de acorde a lo que sea más conveniente para el paciente y su salud(8).

En este reporte de caso se presenta el seguimiento clínico y radiográfico a dos años de un primer premolar superior derecho (14) con aparente mal pronóstico, que fue tratado endodóntica, así como periodontalmente, y cuya evolución durante los últimos 3 años ha sido satisfactoria ya que se ha conservado el órgano dental y se observan cambios clínicos y radiográficos positivos.

Objetivo: el propósito de este documento es presentar el reporte de caso clínico en el cual se aborda clínicamente diente con lesión endoperiodontal con pronóstico reservado y cuyo seguimiento muestra éxito clínico y radiográfico.

Descripción de caso

Paciente masculino de 55 años de edad que acude a consulta con la intención de mejorar su salud oral y salvar o conservar diente posterosuperior derecho (primer premolar superior derecho 14). Cuyo único antecedente médico personal de relevancia es ser diabético tipo II controlado con hipoglucemiantes orales. Refiere haber perdido varios dientes por enfermedad periodontal, también dice tener movilidad en dicho diente en el cual además manifiesta haber observado exudado purulento en algunas ocasiones.

Se valora interdisciplinariamente por áreas de Periodoncia y Endodoncia. Clínicamente se observa diente 14 con corona clínica sana, no hay lesiones en tejidos duros, ni caries, tampoco restauraciones o fracturas. Presenta movilidad dental grado 3 con notorio desplazamiento horizontal de varios milímetros, y con movimiento vertical aumentado. Al sondaje periodontal se detecta leve sangrado y exudado, bolsa periodontal de 6mm en vestibular, distal y palatino.

Análisis radiográfico: al analizar y estudiar radiografía periapical inicial, así como imágenes de tomografía computarizada, se observa zona radiopaca de forma semi romboidal, de aproximadamente 11mm de diámetro y compatible con corona clínica con morfología y características anatómicas dentro de los parámetros normales. En el tercio medio de la corona, se aprecia zona radiolúcida acintada y de aproximadamente 5mm de diámetro compatible con cámara pulpar con ligera retracción, la cual se continua en dirección apical dentro de la raíz dental como zona radiolúcida en forma de banda con grosor aproximado de 3mm y longitud cercana a los 15mm que se hace menos visible en el tercio apical en donde a su vez se torna ligeramente curva hacia distal compatible con único conducto. La raíz dental se observa como superficie cónica radiopaca de alrededor de 17mm de longitud, con aparente engrosamiento en región apical que se asemeja a hipercementosis. En el periápice dental se evidencia una zona radiolúcida de forma circular e irregular de aproximadamente 14mm de

diámetro compatible con lesión apical de origen endodóntico. La altura de la cresta ósea en distal se encuentra considerablemente disminuida hasta el tercio medio de la raíz y con patrón de pérdida ósea horizontal que clínicamente se correlaciona con pérdida de inserción clínica; la proporción corono raíz es 1:2. (Figura 1).



Figura 1. Radiografía inicial.

Se determina diagnóstico periodontal de Periodontitis estadio III grado C y lesión endoperiodontal sin daño en la raíz y grado 3 debido a que se detectó bolsa periodontal en más de una superficie dental. No fue posible establecer si se originó vía periodontal o endodóntica. Las pruebas diagnósticas realizadas por especialidad de endodoncia permiten concluir como diagnóstico pulpar: necrosis pulpar y como diagnóstico periapical: periodontitis apical asintomática.

Por todo lo anterior se infiere que el pronóstico del órgano dental es reservado y se explica al paciente la situación, sin embargo, éste manifiesta que no desea extraerse el diente e indaga con mucho interés por alternativas de tratamiento para conservar por más tiempo el diente afectado. Se plantea al paciente la opción de realizar tratamiento de endodoncia previo tope apical con Biodentine, así como raspaje y alisado radicular a campo cerrado inicialmente y de acuerdo a la evolución del caso también raspaje quirúrgico y regeneración ósea guiada a lo cual el paciente accede dando su autorización mediante consentimiento informado.

Se realiza tratamiento de endodoncia iniciando el procedimiento con anestesia local de la zona mediante bloqueo del nervio alveolar superior medio para cual se usó articaína al 4% con epinefrina 1:100.000. La apertura fue convencional entrando por la cara oclusal y en forma ovoide en sentido vestíbulo-palatino, durante toda la instrumentación se irrigó cuidadosamente, abundante y copiosamente con solución de hipoclorito de sodio al 5% y para la preparación biomecánica se emplearon limas manuales y rotatorias. Fueron necesarias

dos citas en el diente 14 siendo fundamental dejar entre ambas sesiones de atención medicación intracanal a base de pasta triantibiótica (hidróxido de calcio, metronidazol, ciprofloxacina y minociclina). Para la obturación del sistema de conductos se utilizó Biodentine en el tercio apical del conducto, el resto del conducto se obturó con gutapercha y cemento sellador de conductos radiculares a base de resina mediante técnica de condensación lateral. Se realiza control radiográfico y se remite para restauración e inicio de tratamiento periodontal. (Figura 2).



Figura 2. Radiografía final.

El tratamiento periodontal se inicia con fase higiénica de raspaje y alisado radicular usando instrumentos ultrasónicos y curetas una cita semanal durante cuatro semanas, implementando técnicas de higiene oral y enjuagues de clorhexidina por 21 días, 4 semanas después se realiza raspaje a campo abierto y se utiliza material de regeneración con una matriz ósea desmineralizada y liofilizada de origen porcino con partícula de tamaño de 600-1000 μm , se utilizó una barrera de matriz de colágeno con velocidad de reabsorción de 4 semanas y plasma rico en fibrina en la técnica de sticky bone para regenerar en zona distal del 14.

Luego de 8 meses se realiza radiografía periapical y tomografía de control (figura 3) en las cuales se observa disminución considerable de la lesión periapical, así como también formación ósea en distal del 14 y aumento del volumen óseo de 8.8 mm y una altura total de 13.8 mm disponible en área del 16 para ubicar un implante.



Figura 3. Control 8 meses después.

A los 35 meses se realiza control clínico y radiográfico en el que se evidencia movilidad grado 0 o fisiológica, ausencia de signos y síntomas asociados a enfermedad periodontal, presenta salud clínica periodontal con pérdida de inserción clínica de 4mm en distal. La radiografía periapical permite evidenciar la ausencia casi total de la lesión periapical y en su lugar se aprecia formación ósea compatible con trabeculado normal que corresponde a hueso sano. De igual forma se aprecia ligera formación de hueso en distal del diente 14 (figura 4).



Figura 4. Control a los 35 meses.

Declaración de aspectos éticos. Este estudio tuvo en consideración el cumplimiento de los principios y normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975, y sus posteriores revisiones, y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia para la investigación con seres humanos. La recopilación de información y el manejo de datos se hizo manteniendo el anonimato de los participantes, de los cuales se obtuvo el consentimiento informado.

Discusión

Las lesiones endoperiodontales afectan tanto a la pulpa dental como al periodonto, esto debido a la íntima conexión anatómica existente entre ambas estructuras funcionales, su etiología y patogenicidad se consideran complejas lo cual puede empeorar el pronóstico de cada caso y también hacer más difícil el abordaje clínico o plan de tratamiento que termina convirtiéndose en un reto para los profesionales(9,10). En el caso reportado se determinó un pronóstico reservado debido al gran tamaño de la lesión apical, movilidad presentada y grado de la periodontitis, sin embargo, casi 3 años después de la intervención, clínica y radiográficamente se observa evolución satisfactoria del caso ya que no hay síntomas, el diente sigue en función adecuada, no hay exudados o signos asociados a infección, tampoco bolsa y la lesión periapical ha desaparecido.

De acuerdo a los consensos de clasificación de lesiones endoperiodontales vigentes este caso corresponde a una lesión endoperiodontal sin daño en la raíz y grado 3 y es muy importante tener en cuenta que el diente tratado antes y después de ser intervenido no evidenció ni presentó signos o factores que indicaran lesiones traumáticas, indicios de eventos iatrogénicos o accidentes tales como perforaciones radiculares, fracturas, fisuras o reabsorción radicular externa que se han descrito ampliamente como determinantes fundamentales del mal pronóstico en este tipo de situaciones clínicas(11,12). Lo anterior contribuyó con la evolución favorable del caso hasta la actualidad.

En cuanto a la ubicación anatómica del origen de las lesiones endoperiodontales, éstas se pueden clasificar en: lesiones de origen en el periodonto apical, lesiones de origen en el periodonto lateral o lesiones combinadas entre ambos espacios biológicos; debido al avanzado estado en el que se encontraba la lesión endoperiodontal al momento de iniciar el caso presentado se dificultó establecer el origen anatómico de la misma y también el diagnóstico, sin embargo la terapéutica instaurada inició con el tratamiento de endodoncia debido al claro compromiso pulpar del diente y posteriormente con terapia periodontal lo cual coincide con la mayoría de protocolos encontrados en la literatura(13,14).

Si las lesiones endoperiodontales son ignoradas o no tratadas a tiempo pueden evolucionar y avanzar desencadenando consecuencias negativas sobre los tejidos óseos circundantes hasta

llegar a penetrar el piso del seno maxilar siendo el causante de alrededor del 50% de los casos de sinusitis odontogénicas seguido por la periodontitis apical con un porcentaje superior al 30%(15), en este caso se logró detener el avance de la lesión endoperiodontal y también la periodontitis apical sin afectación del seno maxilar o desarrollo de patologías asociadas al mismo, esto gracias al abordaje y oportuno tratamiento interdisciplinario por especialidades de Endodoncia y Periodoncia.

El tratamiento de forma combinada de dientes con lesiones endoperiodontales mediante tratamiento de endodoncia y periodoncia regenerativa siguiendo además controles o un seguimiento adecuado en dientes con pronóstico poco prometedor permitió la obtención de buenos resultados a largo plazo con mantenimiento de los dientes hasta por 7 años(16). Esto concuerda con los resultados hasta el momento observados en el caso reportado cuya evolución a casi 3 años ha sido positiva.

Conclusiones

La determinación de un diagnóstico certero y adecuado para cada caso o situación clínica inicial será de gran utilidad para poder establecer un pronóstico como también un plan de tratamiento ideal y acertado para las lesiones endoperiodontales. Los dientes con este tipo de condiciones sin duda deben abordarse de forma integral y demandan la atención, habilidades, conocimientos, así como tecnología de especialidades como la Endodoncia y Periodoncia. Es clave también la adherencia de los pacientes a regímenes de higiene oral más estrictos, a fases de mantenimiento y a seguimiento clínico periódico.

Referencias bibliograficas

1. Miranda Anchundia A, Elizabeth Menéndez Oña L, Carranza Anthony M. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas 2024;43(Sup):e3434 [Internet]. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0001-7183-2267>
2. Karamifar K, Tondari A, Saghiri MA. Endodontic Periapical Lesion: An Overview on the Etiology, Diagnosis and Current Treatment Modalities. Vol. 5, European Endodontic Journal. Kare Publishing; 2020. p. 54-67.
3. Monardes H, Lolas C, Aravena J, González H, Abarca J. Evaluación del tratamiento endodóntico y su relación con el tipo y la calidad de la restauración definitiva. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. agosto de 2016;9(2):108-13.
4. Abarca J, Barraza C, Matamala P, Mazzey G, Monardes H. Endodoncia guiada Para el manejo de Canales Obliterados, Reporte de Caso. International journal of interdisciplinary dentistry. agosto de 2021;14(2):187-90.

Quesada E, Quiroz D. Manejo interdisciplinario de lesión endoperiodontal en diente con pronóstico reservado. Reporte de caso. Rev Venez Invest Odont IADR. 2026;14(1): 98-107.

5. Chilena U, Maldonado-Sanhueza F, Gómez-Inzunza V, Rosas-Mendez C, Hernández-Vigueras S. Evaluación del Éxito de Tratamientos Endodónticos Realizados por Estudiantes de Pregrado en una Evaluation of Success Rate of Root Canal Treatment Performed by Undergraduate Dental Students in a Chilean University. Vol. 14, Int. J. Odontostomat. 2020.
6. Fransson H, Dawson V. Tooth survival after endodontic treatment. Vol. 56, International Endodontic Journal. John Wiley and Sons Inc; 2023. p. 140-53.
7. Segura-Egea JJ, Cabanillas-Balsera D, Martín-González J, Cintra LTA. Impact of systemic health on treatment outcomes in endodontics. Vol. 56, International Endodontic Journal. John Wiley and Sons Inc; 2023. p. 219-35.
8. Karobari MI, Adil AH, Basheer SN, Murugesan S, Savadamoorthi KS, Mustafa M, et al. Evaluation of the Diagnostic and Prognostic Accuracy of Artificial Intelligence in Endodontic Dentistry: A Comprehensive Review of Literature. Vol. 2023, Computational and Mathematical Methods in Medicine. Hindawi Limited; 2023.
9. Chen B, Zhu Y, Lin M, Zhang Y, Li Y, Ouyang X, et al. Expert consensus on the diagnosis and therapy of endo-periodontal lesions. Vol. 16, International Journal of Oral Science. Springer Nature; 2024.
10. Aljasser R, Bukhary S, Alsarhan M, Alotaibi D, Aloraini S, Habib SR. Regenerative therapy modality for treatment of true combined endodontic-periodontal lesions: A randomized controlled clinical trial. Int J Environ Res Public Health. 2 de junio de 2021;18(12).
11. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol. 1 de junio de 2018;89:S173-82.
12. Herrera D, Retamal-Valdes B, Alonso B, Feres M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. J Periodontol. 1 de junio de 2018;89:S85-102.
13. García-Tuñón-Pérez P, Fernández-Jiménez A, Lafuente-Ibañez-de-Mendoza I, Estefanía-Fresco R, Marichalar-Mendia X, García-De-La-Fuente AM. Endoperiodontal lesions: diagnosis first, then treatment and not always tooth extraction: a cross-sectional survey in Spain and a proposal of a clinical treatment protocol. J Clin Exp Dent. 2024;16(1):e32-41.

14. Ruetters M, Kim TS, Krisam J, El-Sayed S, Elsayed N. Effect of endodontic treatment on periodontal healing of grade 3 endo-periodontal lesions without root damage in periodontally compromised patients-a retrospective pilot study. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00784-020-03560-6>
15. Wu J, Zheng M, Wang X, Wang S. Endo-Periodontal Lesions—An Overlooked Etiology of Odontogenic Sinusitis. *J Clin Med*. 1 de noviembre de 2023;12(21).
16. Tietmann C, Tezer I, Youssef E, Jepsen S, Jepsen K. Management of Teeth with Grade 3 Endo-Periodontal Lesions by Combined Endodontic and Regenerative Periodontal Therapy. *J Clin Med*. 1 de enero de 2024;13(1).