

J.J. Echeverría García

Profesor Titular.
Facultad de Odontología
Universidad de Barcelona

Correspondencia:

Dr. J.J. Echeverría García
Ronda General Mitre, 174-176
Barcelona

Dolor en periodoncia

ABSTRACT

In the clinical setting, several periodontal entities show the presence of pain among their symptoms, especially in cases of acute lesions, terminal cases as well as in relation with parafunctional habits. Such situations are depicted in this paper and finally the presence of pain associated with periodontal treatment is also considered.

KEY WORDS

Pain; Periodontal Diseases.

RESUMEN

En este trabajo se presentan aquellos cuadros clínicos periodontales en donde el dolor aparece como uno de los síntomas frecuentes, especialmente en procesos agudos, terminales, o en relación con parafunciones. Finalmente se comenta la presencia de dolor asociado con el tratamiento periodontal.

PALABRAS CLAVE

Dolor; Enfermedades Periodontales.

632 INTRODUCCIÓN

En general, las enfermedades periodontales no suelen incluir entre sus síntomas más frecuentes el dolor. En cambio, el sangrado gingival, la aparición de retracciones gingivales, diastemas y movilidad dentaria pueden alertar al paciente y buscar consejo y tratamiento profesional.

El dolor de origen periodontal es, sin embargo frecuente en episodios agudos y también, en ocasiones, en relación con el tratamiento de la enfermedad. En este sentido, y con un enfoque eminentemente didáctico distinguiremos:

1. Dolor asociado a lesiones periodontales agudas
 - 1.1. Abscesos gingivales/periodontales
 - 1.2. Gingivitis/periodontitis necrotizantes agudas
 - 1.3. Periodontitis asociadas a infección por V.I.H.
 - 1.4. Lesiones combinadas endo-periodontales
2. Dolor asociado a lesiones periodontales terminales
3. Dolor asociado a parafunciones
4. Dolor asociado al tratamiento periodontal
 - 4.1. Hiperestesis dentinarias
 - 4.2. Postquirúrgico
 - 4.2.1. Dependiente de la intervención
 - 4.2.2. Dependiente de las (posibles) complicaciones

1. DOLOR ASOCIADO A LESIONES PERIODONTALES AGUDAS

1.1 Abscesos gingivales/periodontales

Definición

Los abscesos gingivales y periodontales son tumores-colecciones purulentas localizadas en el periodonto, sin relación con la pulpa y generalmente en relación con la presencia de bolsas. Cuando por algún motivo el surco gingival queda ocluido y el drenaje se interrumpe, se forma un absceso, doloroso, fácilmente identificable por el paciente, localizado muy cerca del margen gingival (absceso gingival) o incluyendo

la encía y quizá parte de la mucosa alveolar (absceso periodontal).

Etiología

- Instrumentación radicular.
- Introducción de un cuerpo extraño (fibra del cepillo de dientes, cutícula de manzana, maíz..., espícula de palillo) subgingivalmente.
- Periodontitis en pacientes bruxómanos, diabéticos, fumadores.
- Desbridamiento radicular incompleto.
- Disbacteriosis en pacientes periodontales en antibióticoterapia.

Signos y síntomas

- Dolor localizado en la zona del absceso.
- Dolor en el diente relacionado, a veces espontáneo y también a la percusión. Puede haber extrusión dentaria.
- Presencia de bolsa activa (sangra al sondaje).
- Una sonda introducida en el surco correspondiente alcanza el interior del absceso.
- Incremento de la movilidad dentaria.
- Posible adenopatía regional.
- En ocasiones, malestar general (puede haber fiebre).

Diagnóstico diferencial

Aunque diferentes entidades patológicas pueden ofrecer cuadros clínicos similares, desde el punto de vista práctico el absceso de origen pulpar merece destacarse.

Datos a favor del origen pulpar de un absceso lateral:

- Situado más bien en mucosa alveolar.
- Dolor a la palpación en zona periapical.
- Historia de patología dentaria (tratada o no).
- Respuesta negativa al *test* de vitalidad pulpar (no siempre)
- No suele haber bolsa.
- Imagen de radiolucidez periapical/lateral, pero visible hacia coronal.

Tratamiento

No antes de una anamnesis y exploración adecuadas, y una aproximación diagnóstica lo más precisa posible.

- Tratamiento inmediato.
- Anestesia infiltrativa.
- Provocar drenaje:
 - a) a través del surco introduciendo una sonda periodontal. Si no es posible o además:
 - b) a través de la pared del absceso, tras anestesia tópica e incisión.
- Instrumentación radicular suave.
- Limpieza suave del foco séptico. ¿Existe cuerpo extraño?
- Antibióticos: sólo si hay afectación sistémica o el paciente no puede recibir atención en la clínica. Recordar que la infección aguda suele estar causada por bacterias anaerobias Gram-negativas.
- Clorhexidina (en gel o colutorio, o ambos x 15 días).

Tratamiento definitivo:

- Ninguno adicional si la causa era un cuerpo extraño eliminado (la bolsa desaparecerá en pocos días).
- Quirúrgico si persiste bolsa activa, generalmente mediante un colgajo mucoperióstico con/sin cirugía ósea, con/sin amputación radicular.

1.2 Gingivitis/periodontitis necrotizantes agudas

Definición

Infección aguda de la encía, especialmente a nivel de su margen, que puede seguirse de destrucción rápida, por necrosis, del periodonto de sostén. La infección puede ser recurrente.

Etiología

Aunque se asume que se trata de una infección, su etiología precisa no se conoce. Espiroquetas (que invaden los tejidos), fusobacterias y bacteroides están presentes pero su rol etiológico directo no se ha demostrado. Factores predisponentes: pacientes jóvenes, mucha placa y cálculo, estrés, tabaco, inmunodepresión.

Signos y Síntomas

- Aparición súbita.
- Afectación gingival con necrosis marginal (margen gingival irregular y blanco).
- Patognomónico: necrosis papilar.
- Dolor intenso a nivel gingival, especialmente en incisivos inferiores.
- Sangrado fácil o espontáneo.
- Retracción gingival (periodontitis necrotizante aguda).
- Posibilidad de adenopatías regionales.
- Posible afectación sistémica (fiebre, malestar general).

Diagnóstico Diferencial

Especialmente con enfermedades hematológicas (aunque el cuadro clínico de la Gingivitis/Periodontitis necrotizante aguda es muy característico) y con la Periodontitis asociada al V.I.H. (véase más adelante).

Tratamiento

Tratamiento inmediato

- Si el dolor lo permite, desbridamiento suave, manual o mecánico (en caso de este último: precaución con aerosol generado-utilizar técnicas de barrera de manera estricta).
- Antibióticos: Flagyl 250 mg x 8 h x 10 d.
- Chlorhexidina en colutorios 0,12/0,2 % x 12 h x 3 sem.
- Cepillado con gel de clorhexidina y cepillo ultrasuave 12 h x 1 sem.
- Analgésicos (paracetamol suele ser suficiente).
- 24 h y 72 h después: nuevo desbridamiento. La sintomatología (especialmente el dolor) han mejorado espectacularmente tras 24 h de la visita inicial.

Tratamiento definitivo

- Puede iniciarse a los 7-10 días de la primera visita.
- Llevar a cabo tratamiento como en una gingivitis marginal crónica.

634 1.3. Periodontitis asociada a infección por V.I.H.

En estos casos la periodontitis progresa con rapidez y con unas características clínicas que semejan las de una Periodontitis Necrotizante Aguda, con destrucción severa y bolsas poco profundas. En consecuencia, estos pacientes suelen presentar dolor similar al de los pacientes con lesiones necrotizantes: intenso, especialmente en la encía, requieren un tratamiento local que en líneas generales es similar al de los pacientes con Gingivitis/Periodontitis necrotizante aguda.

1.4. Lesiones combinadas endo-periodontales**Definición**

La presencia en un mismo diente de lesiones periodontales y pulpares que pueden o no estar relacionadas.

Etiología

Pulpar y/o periodontal. Lo que significa que en un diente puede existir:

- a: Una lesión periodontal que provoca una lesión a nivel de la pulpa.
- b: Una lesión pulpar que provoca una lesión (bolsa) periodontal.
- c: Una lesión pulpar y, a la vez, una bolsa periodontal, sin relación entre ellas.

Sintomatología

El paciente con una lesión combinada endo-periodontal suele presentarse con un absceso periodontal o periapical, dolor, movilidad dentaria y posiblemente sensación de «diente largo».

El clínico detecta también la presencia de una bolsa periodontal que puede estar localizada sólo en este diente o estar presente en otros puntos de la dentición.

Este escenario impone la necesidad de un diagnóstico diferencial que intente averiguar el origen de la lesión.

Diagnóstico diferencial

A favor del origen dentario del cuadro clínico:

- Presencia de patología dentaria previa, incluso tratada.
- Presencia de dolor en el diente.
- Absceso localizado en zona periapical.
- No respuesta al *test* de vitalidad pulpar.
- Bolsa periodontal sólo en el diente afectado.

Tratamiento**Tratamiento inmediato**

- Control del dolor y la infección.

Tratamiento definitivo

Sea cual sea el origen de la lesión, si la exploración determina que la pulpa es necrótica, se llevará a cabo tratamiento endodóncico de entrada. Si se considera que la lesión periodontal era consecuencia de la afectación pulpar, se esperará unos seis meses la resolución espontánea de la bolsa periodontal. Si persiste tras este periodo, se tratará como una lesión periodontal.

Si, por el contrario, se decide el origen periodontal de la lesión combinada, se llevará a cabo tratamiento periodontal, esperando así la resolución de la pulpitis secundaria. Sólo en casos donde lesiones periodontales muy profundas deban ser tratadas quirúrgicamente será conveniente considerar tratamiento endodóncico, aun en el caso de pulpa vital.

Observación

Numerosos casos de cuadros dolorosos localizados, pero sordos y mal definidos, pueden deberse a fracturas dentarias, especialmente en pacientes bruxómanos, presentándose a veces clínicamente como lesiones endo-periodontales de etiología aparentemente desconocida. En estos pacientes las bolsas, si están presentes, suelen ser aisladas y filiformes. La extracción suele ser el tratamiento indicado en estos casos.

2. DOLOR ASOCIADO A LESIONES PERIODONTALES TERMINALES

En ocasiones, pacientes con enfermedad perio-

dontal avanzada, tratada o sin tratar, acuden por dolor dentario agudo o subagudo, a veces característico de periodontitis apical. La exploración muestra en ese diente una bolsa periodontal, generalmente ancha y laxa, que llega hasta la zona periapical. En realidad se trata de una lesión combinada endo-periodontal, de origen periodontal, en dientes con gran pérdida de soporte y mal pronóstico a corto/medio plazo. En estos casos es muy importante considerar variables como la importancia estratégica del diente, su movilidad, el soporte residual, la posibilidad de amputación radicular, la existencia de episodios previos similares en el mismo diente, con objeto de decidir si el tratamiento requerido (endodoncia, a veces seguida de tratamiento periodontal quirúrgico) tiene una aceptable relación costo/beneficio para el paciente.

3. DOLOR ASOCIADO A PARAFUNCIONES

Numerosos pacientes refieren un típico cuadro doloroso oral, poco reconocido, pero muy característico: dolor no intenso, como «dentro de las encías», sordo, que se observa a temporadas, no de un diente sino generalizado o localizado en uno o más sextantes o cuadrantes. La exploración permite detectar 1) la presencia de gingivitis, no necesariamente acentuada y 2) con pocas excepciones, la palpación dolorosa del músculo pterigoideo externo en uno o ambos lados, típica del paciente apretador. En estos casos, el tratamiento de la lesión periodontal va generalmente seguido de la desaparición del dolor gingival, aun en presencia del síndrome disfuncional.

4. DOLOR ASOCIADO AL TRATAMIENTO PERIODONTAL

4.1. Hiperestésias dentinarias

La presencia de hiperestésias dentinarias, con frecuencia generalizadas, es típica de muchos pacientes

periodontales, especialmente si son apretadores y/o presentan retracciones gingivales con o sin abrasiones dentarias. El dolor de hiperestesia puede ser también debido a una pulpitis irreversible, pero en estos casos el dolor suele localizarse en dientes aislados.

La hiperestesia del paciente periodontal puede aparecer o aumentar durante el tratamiento periodontal, como consecuencia del raspaje radicular, especialmente si es agresivo. El manejo de la hiperestesia dentinaria no es fácil, y algunos pacientes periodontales desarrollan una respuesta de inhibición ante estímulos térmicos, especialmente al frío. Diferentes sustancias químicas, como el nitrato y el oxalato potásicos se utilizan con éxito desigual. La ausencia o el control de posibles parafunciones, índices de placa bacteriana reducidos y la ausencia de retracciones gingivales minimizarán la presencia de hiperestésias dentinarias, en espera de un tratamiento más predecible de este cuadro doloroso.

4.2. Posquirúrgico

4.2.1. Dependiente de la intervención

Una adecuada preparación y manejo de los tejidos periodontales durante la cirugía es la mejor manera de evitar un posoperatorio doloroso. El paciente suele requerir únicamente analgésicos suaves (paracetamol) durante los dos primeros días tras la cirugía. Sin embargo, la intensidad del dolor posoperatorio puede incrementarse si:

- a) existe inflamación evidente de los tejidos blandos;
- b) se llevan a cabo técnicas de cirugía ósea;
- c) el tiempo quirúrgico es prolongado;
- d) la herida quirúrgica es extensa;
- e) la herida debe cerrar por segunda intención (como en algunos procedimientos mucogingivales).

4.2.2. Dependiente de las (posibles) complicaciones

En ocasiones el dolor posoperatorio no sólo no cede, sino que aumenta progresivamente. En estos casos debe sospecharse la aparición de una infección posoperatoria, que generalmente es consecuencia de

636 una incorrecta indicación quirúrgica (pacientes con mal control de la placa bacteriana, fumadores empedernidos, como razones más frecuentes) o de un incorrecto protocolo quirúrgico. En estos casos suele observarse clínicamente la presencia de necrosis del colgajo y posiblemente hueso expuesto, lo que lleva a una osteítis, muy dolorosa y de lenta cicatrización con

un coste elevado en forma de pérdida adicional de soporte.

El paciente puede presentar fiebre, adenopatías y malestar general, requiriendo tratamiento antibiótico, de acuerdo con las necesidades del caso y supervisión profesional continua con objeto de mantener la zona tan libre de placa bacteriana como sea posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peñarrocha M. Dolor orofacial. En: Echeverría JJ, Cuenca E (ed.). *El Manual de Odontología*. Masson-Salvat, Barcelona, 1995:197-205.
2. Echeverría JJ. Sobre la patología combinada endo-periodontal. *Boletín de Información Dental* 1981;**41**:47-64.
3. Falace D, Cailleteau J. The Diagnosis of Dental and Orofacial Pain. En: Falace D (ed.). *Emergency Dental Care*. Williams and Wilkins, Filadelfia, 1995: 1-24.
4. Peñarrocha M, Faus VJ. Dolor periodontal. *Arch Odontost* 1993;**9**:46-55.