



2 130

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES DE IZTACALA

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y
TRATAMIENTO DEL DOLOR DENTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

Ernestina del Rocío Godoy Cabrera

SAN JUAN IZTACALA, EDO. DE MEX. 1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

PAG.

INTRODUCCION

| | | |
|--------------|---|----|
| CAPITULO I | DIAGNOSTICO | 1 |
| A. | Historia Clínica Médica | 3 |
| B. | Historia Clínica Odontológica | 4 |
| C. | Interrogatorio | 5 |
| D. | Exámen Clínico | 6 |
| E. | Inspección | 6 |
| F. | Palpación | 7 |
| G. | Percusión | 8 |
| H. | Pruebas Térmicas | 8 |
| I. | Exámen Radiográfico | 10 |
| J. | Errores de Diagnóstico | 13 |
| CAPITULO II | EL FENOMENO DEL DOLOR | 15 |
| A. | Percepción y Reacción del Dolor | 18 |
| B. | Factores que Modifican el Dolor | 21 |
| CAPITULO III | DOLOR PULPAR | 24 |
| A. | Hiperemia Pulpar | 24 |
| B. | Pulpitis Serosa | 28 |
| C. | Pulpitis Ulcerosa | 30 |
| D. | Pulpitis Hiperplásica | 32 |
| E. | Gangrena Pulpar | 34 |
| F. | Oclusión Traumática | 36 |

| | | |
|-------------|--|----|
| CAPITULO IV | DOLOR PERIAPICAL | 37 |
| | A. Periodontitis Apical Aguda | 39 |
| | B. Absceso Alveolar Agudo | 43 |
| | C. Periodontitis Apical Crónica | 49 |
| | D. Periodontitis Apical Supurativa | 51 |
| | E. Quiste Apical | 55 |
| | | |
| CAPITULO V | DOLOR PARODONTAL | 57 |
| | A. Gingivitis Ulceronecrotizante | 57 |
| | B. Absceso Periodontal | 60 |
| | C. Gingivostomatitis Herpética | 62 |
| | D. Pericoronaritis | 64 |

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Para poder hacer un tratamiento dental se necesita conjuntar signos y síntomas para la elaboración de un diagnóstico diferencial tomando en cuenta que uno de los elementos fundamentales es el dolor.

El dolor dentario es el estímulo que impulsa en busca de atención odontológica a la mayoría de los pacientes; y aunque vivimos en una época en la que se considera más importante la prevención de la enfermedad que su cura, es indudable que una proporción muy amplia de la sociedad humana descarta la prevención en el cuidado de sus dientes hasta que un dolor de origen dentario se lo recuerda penosamente teniendo que recurrir en busca de los servicios dentales necesarios.

Es aquí donde se requieren una serie de condiciones que debe poseer un odontólogo para dar un buen diagnóstico; esto incluye estar familiarizado con todas las causas locales de dolor bucal, así como las causas generalizadas neurógenas y psicógenas, al igual que conocer los numerosos efectos físicos y mentales originados por un dolor intenso.

Un odontólogo capacitado puede brindar al paciente muchos servicios que le depararán una profunda satisfacción personal y el más destacado de todos es el diagnóstico y el alivio del dolor que no obstante de que cada día se encuentra con más y mejores recursos terapéuticos farmacológicos para suprimir el dolor, muchas veces no -

son suficientes y es indispensable la intervención del cirujano dentista. El dolor es uno de los más temidos -- síntomas, es en la mayoría de las ocasiones el más molesto y en ciertos pacientes el más revelante de sus padecimientos. El dolor en si no es una enfermedad, sino un -- síntoma subjetivo de la perturbación de algún proceso vital que se manifiesta por un sufrimiento y habitualmente es una característica de las reacciones de tipo inflamatorio.

Las variantes en las reacciones al dolor dentario -- en los diversos individuos, ha sido siempre un problema para la profesión dental y requiere paciencia y comprensión del por que son tan acentuados en algunas personas y el porque el dolor es tan temido en algunas otras.

Los síntomas dolorosos subjetivos y conscientes causados por una irritación superficial suelen ser distintos a los ocasionados por perturbaciones profundas, por lo que las sensaciones iniciales y simples de dolor que surgen por estímulos mecánicos, químicos o térmicos, son similares y no es posible diferenciar en un principio -- por el tipo de dolor, la causa o clase de estímulo.

Considero de suma importancia este tema, ya que conociendo las manifestaciones del dolor y sus diversas -- formas de expresión clínica nos darán la pauta para dar un diagnóstico correcto y así aliviar el dolor.

DIAGNOSTICO

Diagnóstico significa discernir o reconocer una --
afección diferenciandola de cualquier otra.

Diagnóstico es el arte de distinguir o identificar
las enfermedades.

El diagnóstico es el proceso mediante el cual los -
datos obtenidos por la historia clínica médica y odonto-
lógica; el examen radiográfico, el interrogatorio y el -
examen dental se combinan y utilizan por el cirujano den-
tista para identificar las desviaciones de lo normal y -
así poder instituir una terapéutica adecuada.

Para reconocer las desviaciones de lo normal el ci-
rujano dentista debe ser capaz de reconocer si hay algu-
na anomalía en la anatomía de la región circundante,
en la morfología dentaria externa e interna y en toda la
cavidad bucal en general. Es importante la capacidad --
para distinguir entre los trastornos que estan relacio-
nados con la pulpa y los que no lo están.

El primero de los factores que determina el éxito -
en el tratamiento odontológico es un buen diagnóstico ya
que este nos determina el tratamiento a seguir.

El diagnóstico de numerosos estados patológicos de-
pende de una correcta interpretación del dolor. Se debe
considerar cuidadosamente la fuente originante del dolor
y diferenciar bien las variadas características del mis-
mo en lo que respecta a su duración, intensidad e inicio

ción; el dentista debe estar familiarizado con las causas locales del dolor bucal así como las causas generalizadas neurógenas y psicógenas, los efectos físicos y mentales - originados por el dolor intenso y prolongado.

Un buen diagnóstico se fundamenta en la preparación clínica del odontólogo y esta a su vez en las siguientes premisas:

1.- Conocimiento y erudición científica

El profesional debe conocer perfectamente la patología pulpar y parodontal, los síntomas de cada una de las enfermedades y su interpretación.

2.- Capacidad de discernimiento e interpretación

a) Método.- siguiendo un orden comparativo, integrando o descartando sistemáticamente cada síntoma y cada signo.

b) Dinámica Interpretativa.- ya que las enfermedades pulpares o periapicales son dinámicas, están en constante evolución y movimiento y nos obligan a conocerlas a través de sus síntomas correctamente interpretados y elaborados de tal manera que evoquemos en nuestra mente la dinámica y clínica.

c) Agilidad mental.- el hecho de tener que recordar los síntomas de todas las enfermedades posibles, compararlos a los recién obtenidos e interpretarlos y discernir - con exactitud a que grupo de diagnóstico pertenecen.

d) Conciencia Profesional.- se debe recordar que el primer objetivo es el enfermo y su salud y que si para lograr un diagnóstico acertado hay que emplear más tiempo, agotar todos los recursos semiológicos o consultar colegas, deberemos hacer lo que sea para lograrlo.

3.- Experiencia Clínica

Los casos clínicos diagnosticados y tratados con anterioridad por cada profesional constituyen un archivo científico de gran valor.

Para llegar a un diagnóstico correcto vamos a proceder a obtener los siguientes datos:

Historia Clínica Médica y Odontológica

Interrogatorio

Examen Clínico

Inspección

Palpación

Percusión

Pruebas Térmicas

Examen radiográfico

HISTORIA CLINICA MEDICA

Es necesario obtener alguna información general y una historia clínica médica anterior antes de cualquier tratamiento dentario.

La anamnesis es el primer paso del diagnóstico, es el relato de la molestia inmediata del paciente, de sus afecciones pasadas relacionadas con las actuales y de su salud en general. Esto se logra mejor si seguimos la clásica fórmula de establecer la molestia principal y ampliar este punto sobre la enfermedad actual.

La extensión de la historia clínica varía según el caso de cada paciente. El paciente que viene con una mo-

lesta nueva, pero que ya fue atendido por el mismo odontólogo, sin duda tendrá anotada su historia clínica completa en el expediente. En este caso, el interrogatorio no va más allá de la molestia principal y un comentario sobre la enfermedad actual.

Existen dos métodos para obtener la historia de un paciente.

a) Por cuestionario impreso

b) Por entrevista directa

Cada uno tiene ciertas ventajas y desventajas.

El cuestionario tiene la ventaja de ser amplio, economizador de tiempo, consistente y tiene la desventaja de ser impersonal, carente de profundidad e inflexible.

La entrevista tiene la ventaja de la flexibilidad, el contacto personal con el paciente y potencial para inquirir en profundidad, pero su desventaja es que insume tiempo y da la oportunidad de omitir algo que sea para nosotros de importancia.

Es evidente entonces que una combinación de una entrevista y un cuestionario aprovechará las ventajas de cada uno y tendrá el mínimo de desventajas para poder llegar a una completa historia clínica del paciente.

HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA

La historia odontológica se vale de los siguientes métodos:

Interrogatorio

Exámen clínico

Exámen radiográfico

INTERROGATORIO

La Anamnesis o Interrogatorio deberá adaptarse no solo al temperamento y carácter del paciente sino a su educación y cultura. Algunos enfermos extrovertidos describen sus dolencias con gran lujo de detalles y exageración, pero algunos introvertidos y cortos de palabra -- apenas responden si ó no a nuestras preguntas. El interrogatorio que esta bien conducido hace la mitad del diagnóstico.

Las preguntas serán precisas y pausadas sin cansar al enfermo; estas pueden perseguir aclaraciones, ampliaciones, precisiones de los datos importantes proporcionados por el paciente, el más importante es el dolor.

El síntoma dolor tiene que analizarse cuidadosamente en relación a:

Cronología: aparición, duración en segundos, minutos, horas, periodicidad, diurno, nocturno, intermitente.

Tipo: sordo, pulsátil, lancinante, terebrante, ardiente.

Forma de Presentación: espontáneo o provocado

Lugar: lado, arcada, pieza dentaria, irradiado, reflejo etc.

Es importante saber si se ha tomado un exámen radiográfico completo, su higiene bucal, la causa por la que acudio al dentista, si ha tenido tratamientos dentales .

EXAMEN CLINICO

Las técnicas del examen clínico son la inspección, palpación, percusión y las pruebas térmicas. La aplicación adecuada de estas técnicas requiere un conocimiento de la anatomía, las características normales y las patologías que pueden afectar la zona oral.

INSPECCION

En el examen minucioso del diente enfermo, dientes vecinos, estructuras peridentales y la boca en general del paciente. Este examen visual será ayudado por los instrumentos dentales de exploración; espejo, sonda periodontal, lámpara intrabucal.

Una regla cardinal consiste en comenzar siempre el examen visual de la boca por el vestíbulo, examinar primero los labios ver coloración, textura, consistencia. A continuación el dentista se coloca frente al paciente y con las dos manos separa bien los labios y carrillos hasta el fondo del vestíbulo, luego pide al paciente que cierre y así podremos observar el tejido vestibular de molar a molar para saber si existe algún signo de importancia, como edema o inflamación periapical, existencia de trayectos fistulosos, cicatrices de cirugía anterior, se vera la coloración de las piezas, si existen coronas o caries, los carrillos su consistencia, coloración.

Posteriormente el paciente abrirá la boca y se examinarán las coronas de los dientes en las que podremos encontrar caries, líneas de fracturas o fisuras, obturaciones anteriores, abrasiones dentinarias, erosiones, anomalías de forma, estructura y posición (fluorosis hipoplasi-

sicas, microdentismos etc).

También corresponde hacer el exámen de la zona con una sonda periodontal. Por razones psicológicas primero se examinará el diente más obvio si los antecedentes, los síntomas o los signos llaman la atención hacia un determinado diente. Si no se sabe cual es exactamente el diente afectado, pero se sospecha que esta en una zona, lado o hemiarcada hay que examinar minuciosamente todos los dientes de ese sector hasta hallar el más probable.

Un exámen visual muy importante es el de la lengua, la cual se tomará con una gasa se estirará y observa en todas sus superficies; posterior a la lengua se observa las fauces y la nasofaringe. Se examinan el paladar duro y blando en busca de fistulas, torus y tumefacciones fluctuantes originadas en lesiones periapicales, finalmente se examina la relación oclusal.

PALPACION

El paso siguiente o casi parte integrante del exámen visual es la palpación.

Con la percepción táctil obtenida con los dedos se pueden apreciar los cambios de volúmen, dureza, temperatura, fluctuación etc. que provocan una estimulación directa en las zonas sensitivas.

En la palpación intrabucal se emplea casi exclusivamente el dedo índice de la mano derecha. El dolor percibido al palpar la zona periapical de un diente tiene gran valor semiológico. La presión ejercida por el -

dedo que puede hacer salir exudados purulentos por un trayecto fistuloso e incluso por el conducto abierto por lo que hay que tener cuidado al examinar por medio de la palpación.

Los dientes con movilidad, asociados con inflamación aguda o pérdida ósea alveolar, casi siempre pueden ser detectados mediante la palpación.

PERCUSION

La percusión es un método eficaz para localizar la pieza dentaria afectada. Se realiza con el mango de un espejo bucal en sentido horizontal o vertical.

Por medio de la percusión vamos a verificar lo que el paciente nos ha revelado o podemos obtener la primera indicación de una inflamación periapical en un diente.

Si ya es anticipada una severa sensibilidad, nunca se utiliza inicialmente el cabo del mango de un espejo. Se examina por medio del dedo índice y antes de percutir en el diente donde se localiza el dolor es preferible hacerlo en varios dientes alejados de él. Nunca percutir el diente que se sospecha causante del dolor.

PRUEBAS TERMICAS

Es un hecho muy conocido que la pulpa dentaria reacciona muy particularmente a los cambios de temperatura. Las pruebas térmicas, es decir la reacción al frío y al calor, han sido muy usadas para determinar la vitalidad de la pulpa, sobre todo en los pacientes que tienen --

varias obturaciones en oro o amalgama en fila. Con las pruebas térmicas podemos ubicar los dientes afectados.

Los estímulos térmicos son especialmente eficaces para saber si hay inflamación pulpar o para establecer cual es el diente con pulpitis aguda.

El calor puede ser aplicado al diente, ya sea por medio de un bruñidor de bolilla caliente, o mediante un poco de gutapercha calentada y llevada al diente, hay que tener especial cuidado de no calentar la gutapercha hasta un punto de maleabilidad ya que podemos dañar la pulpa ocasionando hiperemia.

TIPOS DE RESPUESTA TERMICA Y SU SIGNIFICACION

1) Una pulpa Normal: respuesta al calor suave y moderada e inmediata disminución.

2) Una pulpa con Inflamación Aguda (hiperémica) responderá enseguida al calor, sensación que perdurará durante un tiempo considerable una vez retirada la fuente de calor.

3) La pulpa con pulpitis aguda o con un absceso alveolar agudo; responderá violentamente al calor, este dolor se puede calmar con la aplicación de frío.

4) Si no existe respuesta se puede considerar un diente normal o anormal es decir con necrosis.

El frío se aplica con cubitos de hielo en forma de lápis o con una torunda de algodón con cloruro de etilo aplicada directamente sobre el diente aunque puede ser peligrosa, desagradable y dolorosa, aun cuando los otros

dientes estén protegidos por el dique de caucho. Para substituir esta técnica se aconseja reemplazar el cloruro de etilo por un aerosol es spray (fluorometano), que no es peligroso y nos da la misma respuesta que el cloruro de etilo.

TIPOS DE RESPUESTA A LA APLICACION DE FRIO

- 1) Pulpa Normal: respuesta suave o moderada y disminución inmediata.
- 2) Pulpa Anormal: respuesta moderada que tarda mucho en llegar (más de 10 seg.).
- 3) Sin respuesta: si el estímulo al frío es nulo el diente puede ser normal o anormal en caso de que estuviese necrosado.

EXAMEN RADIOGRAFICO

El examen radiográfico es básico para poder hacer un conocimiento y correcto diagnóstico dental, lo indicado es hacer un estudio radiográfico de 14 radiografías periapicales.

Ventajas de examen radiográfico.

- 1.- Como medio de diagnóstico
- 2.- Podemos conocer los estados normales de las estructuras.
- 3.- Podemos tener un control del progreso del tratamiento.
- 4.- Podemos comparar el resultado inmediato y posterior a el tratamiento.
- 5.- En la practica endodóntica son básicas
- 6.- Para poder efectuar cirugías.

La interpretación correcta de las radiográficas del paciente depende substancialmente del conocimiento que - posea el dentista de lo normal y de la habilidad para - apartar las referencias anatómicas que podrían ser tomadas por lesiones periapicales. Por lo tanto, la película radiográfica debe incluir no solo todos los límites de una ubicación sospechosa; sino también todas las estructuras normales que están más allá del área inmediatamente afectada.

Las películas con angulación adecuada y reveladas en condiciones óptimas muestran todas las estructuras más notables. También se cubren en el punto focal desde el cual todos los demás auxiliares del diagnóstico contradicen o confirman el diagnóstico sospechado.

En casos especiales cuando se desee conocer con más exactitud la topografía cameral, se emplearán las placas y la técnica interproximal.

Quando se va efectuar una cirugía, las placas oclusales son muy útiles y en ocasiones estrictamente necesarias.

Existen varias técnicas para tomar radiografías:

A) TÉCNICA DEL CONO LARGO

Llamada también paralela o del ángulo recto, va a estar el foco más alejado a 40cm. aproximadamente y la incidencia perpendicular al eje del diente y a la placa, en este tipo de técnica se va a disminuir la distorsión y la imagen obtenida es más nítida y fiel.

B) TECNICA DE CONO CORTO

Es la técnica perpendicular a la bisectriz del ángulo formado por el eje del diente y la placa. Esta técnica es muy usada por la mayor parte de los endodoncistas, la distorsión será mayor y quizás en la periferia es menos fiel por el hecho de tener el foco mas cegca y ser mas manejable, permite variar la angulación - vertical y horizontal con facilidad.

Para evitar las imagenes superpuestas o asociadas en Endodoncia; y cuando se desee apreciar mejor la luz o anchura de un conducto en sentido vestibulo-lingual o la interrelación entre varios instrumentos, conos o conductos de dientes multirradiculares se modificará la angulación horizontal.

C) TECNICA DE DISOCIACION O ANGULACION MODIFICADA

Esta técnica permite al dentista percibir casi con exactitud una imagen tridimensional de la topografía radicular y de los conductos tan necesaria para -- llevar la conductoterapia a una preparación y obturación correctas.

Existen tres posiciones de la angulación horizontal

Ortorradial

Mesiorradial

Distorradial

La placa Ortorradial se hará con el sistema de rutina o sea con una angulación perpendicular.

La placa Mesiorradial se efectuará modificando de 15° a 30° la angulación horizontal hacia mesial.

La placa Distorradiadial se modificará de 15° a 30° la angulación horizontal hacia distal.

En los tres casos se mantendrá la misma angulación vertical y el cono se dirigirá al centro geométrico del diente.

Con el estuche radiográfico ya sea la serie completa (14 radiografías periapicales) o de la zona sospechosa podremos obtener un diagnóstico preciso y así plantear el tratamiento adecuado para cada caso.

ERRORES DE DIAGNOSTICO

1.- Falta de conocimiento

2.- No seguir las reglas de diagnóstico

Frecuentemente cualquier descripción de malestar por parte del paciente o bien por medio de la radiografía se revela un diagnóstico que solamente necesita ser confirmado por un examen. En otros casos, deben ser usados todos los auxiliares de diagnóstico existentes. Afortunadamente no hay forma de abreviar, ni lugar para las cosas hechas al azar. Si un examen es realizado cuidadosamente, generalmente producirá un correcto diagnóstico.

3.- Insuficiencia en la observación de la etiología mas probable.

Durante el aprendizaje estudiamos bastantes enfermedades que probablemente no encontramos en nuestra --

practica diaria. Aunque debemos ser concientes que ellas existen, debemos considerar estos raros procesos patológicos solamente despues de que son eliminados los problemas diarios.

4.- Fallas para reconocer un dolor referido

Si despues de que las pruebas de diagnóstico estan completas, el origen del dolor no es obio; el odontologo debe sospechar que el sitio del dolor y de su origen no coinciden.

5.- No escuchar al paciente

La capacidad para escuchar a un paciente y entender lo que dice, es una característica de un buen diagnosticador. A menudo es necesario separar los hechos significativos de diagnóstico de las necesidades sociales o psicológicas del paciente. Un paciente puede llegar a dramatizar su estado, mientras que otros minimizan síntomas importantes para demostrar su coraje.

La experiencia permite al odontólogo interpretar correctamente el significado de los síntomas de un paciente el ser intuitivo es también una ayuda.

Un error es intentar precipitar un examen olvidando aceptar la historia que nos cuenta el paciente. Esta puede ser la diferencia entre un diagnóstico correcto y una falta de diagnóstico.

CAPITULO II EL FENOMENO DEL DOLOR

EL FENOMENO DEL DOLOR

El dolor es un mecanismo protector del cuerpo; se produce siempre que un tejido es lesionado y obliga al individuo a reaccionar en forma refleja para suprimir el estímulo doloroso.

Los estímulos nocivos que causan la lesión de los tejidos actúan sobre un sistema ampliamente distribuido de fibras aferentes que son los receptores del dolor. Estos impulsos pasan al Sistema Nervioso Central donde la información es procesada y enviada a diferentes -- órganos efectores según donde se haya producido el -- estímulo.

El elemento básico del Sistema Nervioso es la Neurona la cual presenta tres propiedades básicas:

- 1.- Tienen la capacidad especializada para reaccionar a los estímulos.
- 2.- Son capaces de Transmitir sus excitaciones (potenciales de acción) a todas las porciones de la -- célula.
- 3.- Tienen la capacidad de excitar células receptoras, sean estas otras neuronas o bien células musculares o glandulares.

El Sistema Nervioso Central está constituido literalmente por centenares de conjuntos o grupos comunes de neuronas, algunos de los cuales son muy pequeños, -- otros muy voluminosos etc. pero la neurona típica se compone de el Soma o cuerpo principal de la neurona; el Axon que es una prolongación y las Dendritas que son -- proyecciones relativamente cortas de este soma, en el interior del cuerpo celular de la neurona está el núcleo y diversas estructuras citoplásmicas, como son las mitocondrias, las neurofibrillas, el retículo endoplásmico, el aparato de Golgi, los lisosomas, el neuroplasma, los cuerpos de Nissl y las inclusiones pigmentarias.

La información en el sistema nervioso se transmite por una serie de neuronas, la unión entre una neurona y la siguiente recibe el nombre de Sinapsis.

En una Sinapsis puede haber varias funciones:

- a) El impulso puede quedar bloqueado en su transmisión de una neurona a otra.
- b) Puede cambiarse de un impulso único a impulsos repetitivos.
- c) O integrado con impulsos de otras neuronas, crear tipos muy complejos de impulsos en neuronas sucesivas.

En las superficies de las dendritas y del soma hay centenares de pequeñas terminales presinápticas. Estas --

terminales son las terminaciones de fibrillas nerviosas originadas en muchas otras neuronas y , en general, son solo unas pocas las terminales provenientes de cada -- neurona previa.

El mecanismo por virtud del cual las terminales -- presinápticas excitan la neurona postsináptica se debe a la secreción de la acetilcolina también llamada transmisor neuroquímico.

La neurona presináptica genera un potencial de acción en la neurona postsináptica al liberar vesículas sinápticas que contienen el transmisor neuroquímico, el cual se va a difundir a través de la hendidura sináptica y se une a sitios receptores específicos ubicados en la membrana celular postsináptica. Después de que un número determinado de moléculas neurotransmisoras hayan quedado unidas a los sitios receptores de la membrana postsináptica se generará la siguiente acción potencial. La transmisión a través de la Sinapsis suele requerir de 0.3 a 1.0 milésimas de segundo.

La sinapsis es fatigable debido a un agotamiento de las vesículas sinápticas almacenadas que contienen la - acetilcolina, pero hay rápida recuperación de la membrana postsináptica y se debe a la descomposición hidrolítica de la acetilcolina por la enzima esterasa de la acetilcolina (colinesterasa) en acetato y colina.

El impulso nervioso es generado por la entrada de iones de sodio en el axón, el cual puede ser provocado por una variedad de estímulos externos, como calor, presión, luz, fuerza mecánica, o estímulos eléctricos, etc; que provoca un potencial de acción que generará el impulso nervioso.

PERCEPCION Y REACCION DEL DOLOR

Los receptores del dolor en la piel y en todos los demas tejidos son terminaciones nerviosas libres que se hallan dispersas en las capas superficiales de la piel, en la membrana mucosa de las zonas maxilofaciales, paredes arteriales, en las vainas aponeuróticas, el periostio, la pulpa dentaria y las zonas de la predentina de los dientes; se encuentran practicamente en todas las estructuras del organismo.

Cuando existe una estimulación de las terminaciones nerviosas libres (receptores) por cualquier agente nocivo no específico que causa lesiones destructivas en las células o los tejidos que rodean a dichos receptores, nace el dolor el cual no es producido por la estimulación directa de una fibra nerviosa, sino por un trastorno de los tejidos que lleva a la generación de un potencial de acción en la vecindad del extremo terminal de la fibra.

Las terminaciones nerviosas que transmiten el dolor son quimiorreceptores especializados sensibles a sustancias químicas liberadas por los tejidos en respuesta a estímulos nocivos. Una vez generado el impulso de dolor en los receptores aferentes periféricos, éste es transmitido a los mecanismos sensitivos de la circunvolución -- parietal ascendente de la corteza cerebral por medio de dos sistemas de fibras nerviosas.

El primer sistema se compone de pequeñas fibras mielinizadas llamadas fibras A delta, cuyo diámetro varía de 2 a 5 micras las cuales conducen impulsos a velocidades de 12 a 30 metros por segundo; al bloquear las fibras de este tipo comprimiendo el tronco nervioso, desaparece el dolor de tipo punzante.

El segundo sistema se compone de fibras amielínicas más pequeñas, denominadas fibras dorsales C, cuyos diámetros varían de 0.4 a 1.2 micras, y su velocidad de conducción está entre 0.5 y 2.0 metros por segundo; este tipo de fibras se localizan en las divisiones laterales de las raíces dorsales de la médula espinal. Si se bloquea este tipo de fibras con pequeñas concentraciones de anestésico local, desaparece el dolor de tipo quemante y continuo. Ambos sistemas de fibras terminan en las neuronas de la vía espinotalámica lateral de la médula espinal.

Los impulsos dolorosos originados en la cara y boca se transmiten al sistema nervioso central por fibras aferentes que viajan por las raíces posteriores de los nervios craneales, Trigémino (V), Facial (VII), Glossofaríngeo (IX), y Vago (X); el primero, segundo y tercer ner-

vios espino cervicales; y también, por la vía de las fibras aferentes simpáticas descendentes por las raíces posteriores de los nervios espinotorácicos superiores.

Los impulsos del dolor son transmitidos a las zonas conscientes de la corteza cerebral por intermedio de tres órdenes de neuronas aferentes. Las neuronas de primer orden que transmiten impulsos de dolor desde las zonas maxilofaciales terminan en el núcleo caudado del tallo encefálico. El núcleo caudado es la porción caudal más inferior del núcleo de la vía espinal trigémina. Las neuronas trigéminas de segundo orden comienzan donde se produce la sinapsis inicial con la substancia gelatinosa del núcleo caudado.

Estas neuronas trigéminas de segundo orden van a los núcleos ventrales posteromedial y posterolateral del tálamo, donde terminan en varios núcleos. La sinapsis final ocurre allí con neuronas trigéminas de tercer orden.

Existe una considerable convergencia en cada sinapsis a medida que el impulso doloroso es conducido hacia la corteza cerebral desde estos núcleos. Luego, los impulsos dolorosos son retransmitidos a la circunvolución parietal ascendente de la corteza cerebral, donde se los reconoce como dolor sensitivo.

El grado de reacción de cada persona varía enormemente. Las personas estoicas, como los indios americanos reaccionan al dolor mucho menos intensamente que las personas emocionales.

Los impulsos condicionantes que penetran en las zonas sensoriales del sistema nervioso central procedentes de diversas partes de los sistemas central y periférico pueden determinar si los impulsos sensitivos aferentes - serán transmitidos intensa o débilmente a otras zonas del cerebro.

El dolor causa reacciones motoras reflejas y reacciones psíquicas. Las reacciones psíquicas al dolor probablemente sean mucho más sutiles; incluyen todos los conocidos aspectos del dolor, como la angustia, la ansiedad, - el llanto, la depresión, las náuseas y la excitabilidad. Estas reacciones varían notablemente según las personas - para grados comparables de estímulos dolorosos.

FACTORES QUE MODIFICAN EL DOLOR

Los factores psíquicos tienen mucha importancia y - pueden provocar grandes modificaciones en el dolor. La sugestión y la autoaugestión, así como la hipnosis, son capaces de aumentar o disminuir la percepción del dolor.

El dolor es casi siempre un síntoma enteramente subjetivo, es decir que raramente sus signos son visibles, lo que nos permitiría decir que un paciente está experimentando dolor. Uno de estos signos es la dilatación de las pupilas; otro la transpiración en una zona localizada del cuerpo. En algunos casos de dolor muy agudo en la cara, la expresión torturada del paciente y la inmovilidad mantenida apretadamente, son signos inconfundibles de la neuralgia facial. Estas son excepciones a la regla de que debemos tomar la palabra del paciente de que tiene dolor

por lo cual hay que saber distinguir si el dolor es orgánico o psíquico.

El dolor interviene en el desarrollo de las relaciones con el objeto. Un niño aprende que si grita de dolor obtendrá consuelo de su madre; aprende a asociar lo desagradable del dolor con el placer del alivio.

A edades muy tempranas, el dolor y el castigo están unidos, así cuando el niño es malo espera el castigo, y por asociación el dolor. También a edades muy tempranas el dolor se asocia estrechamente con la agresión y el poder; el niño descubre que puede imponer su voluntad amenazando con producir dolor, o infligiéndolo realmente, y también puede dominar sus propias agresiones dándose cuenta que el resultado puede ser doloroso.

El dolor puede ser usado como un mecanismo de escape por algunos pacientes.

El dentista para cumplir con sus obligaciones, necesita saber porque duelen los dientes, cómo duelen, y cuando duelen. Si las respuestas a estas preguntas son interpretadas correctamente la terapia resultará fácil, si el dolor se origina en los tejidos dentales; si no son los tejidos dentales los que originan el dolor, si no - otros el dentista requerirá la consulta del neurólogo, psicólogo, psiquiatra etc, y cuando a el se le consulte deberá estar en condiciones de confirmar o descartar que los tejidos dentales están afectados.

Es importante el papel de la ansiedad en la producción y control del dolor. Cuanto mayor es la ansiedad del paciente, tanto menor es su tolerancia al dolor. La reducción de la ansiedad es una de las técnicas comunes empleadas por los odontólogos para aliviar el dolor.

CAPITULO III DOLOR PULPAR

Los diversos orígenes del dolor dental pueden ser:

DOLOR PULPAR

DOLOR PERIAPICAL

DOLOR PERIODONTAL

DOLOR PULPAR

El dolor pulpar o pulpagia, es el dolor experimentado con mayor frecuencia en la cavidad bucal; puede -- ser clasificado según el grado de intensidad y según el proceso patológico existente.

HIPEREMIA PULPAR

La molestia pulpar más leve es la experimentada -- cuando no hay inflamación es la hiperemia pulpar que se caracteriza por una marcada dilatación y aumento del -- contenido de los vasos sanguíneos de la pulpa.

Este cuadro anatomopatológico puede ser reversible y eliminada la causa del trastorno, la pulpa normaliza su función. Mas que una afección, es el resultado o sign toma que anuncia el límite de la capacidad pulpar para mantener intactos su defensa y aislamiento.

La hiperemia pulpar es la primera reacción de la pulpa ante el daño causado por factores químicos, térmicos o traumáticos; traumatismos como golpes, problemas oclusales, los factores térmicos como fresas de alta velocidad que no son refrigeradas lo suficiente, calor -- generado en el acto de pulir una obturación, el calor emanado de las comidas calientes y transmitido por las obturaciones extensas, excesos al secar la dentina con -- aire, contacto con la fresa demasiado prolongado mientras se prepara la cavidad.

Factores bacterianos como la caries profunda, con microorganismos salivales que han invadido los canales de los dentinarios, son la causa más directa más frecuente de la hiperemia pulpar.

Factores químicos como la irritación ácida resultante de las obturaciones con cemento de silicato durante la primera semana.

El síntoma patognomónico de la hiperemia es el dolor agudo de corta duración, desde un instante hasta un minuto provocado por agentes térmicos o químicos como -- dulces, ácidos, alimentos muy calientes o muy fríos.

El diagnóstico se efectúa a través de la sintomatología y de los tests clínicos. El dolor es agudo y de -- corta duración de segundos hasta un minuto y casi siempre desaparece al suprimir el estímulo; generalmente es provocado por el frío, dulces o los ácidos. La hiperemia puede hacerse más o menos crónica.

Los accesos de dolor son de corta duración, pueden repetirse durante semanas y aun meses. La pulpa puede recuperarse totalmente o, por el contrario los accesos dolorosos pueden ser cada vez mas prolongados y con intervalos menores, hasta que acaba por sucumbir.

El frio puede constituir el mejor medio de diagnóstico en la hiperemia; ya que la pulpa es sensible a los cambios de temperatura, particularmente al frio en las pruebas de percusión, palpación, movilidad, transluminación y exámen radiográfico el diente con hiperemia -- pulpar es normal.

El pronóstico para la pulpa es favorable si la irritación se elimina a tiempo, de lo contrario la hiperemia puede evolucionar hacia una pulpitis.

El mejor tratamiento es el preventivo. Realizar exámenes periódicos para evitar la formación de caries; desensibilizar los cuellos dentarios en casos de retracción gingival pronunciada, tomar precauciones durante la preparación y pulido de cavidades, checar problemas de oclusión. Una vez instalada la hiperemia debe procurarse resolver el estado hiperémico, es decir descongestionar la pulpa.

En algunos casos la protección del diente contra el frio excesivo durante unos días será suficiente para normalizar la pulpa; en otras será necesario colocar una --

curación sedante en contacto con la dentina de óxido de cinc-eugenol durante una semana o más tiempo esto será suficiente para que se produzca la mejoría del estado pulpar; esta curación no debe quedar alta para no irritar la pulpa durante la oclusión.

Una vez remitidos los síntomas, se vigila la vitalidad del diente para asegurarse que no se ha producido una mortificación pulpar. Si el dolor continua pese al tratamiento indicado, la afección pulpar se considera como una inflamación aguda y se tendrá que proceder con otro tratamiento.

PULPITIS SEROSA

La pulpitis serosa es una inflamación aguda de la pulpa, caracterizada por exacerbaciones intermitentes de dolor, el que puede hacerse continuo. Es un estado de pulpitis total el cual es irreversible y es característico de cavidades cerradas.

La etiología es la invasión bacteriana a través de una caries, aunque también puede ser causada por cualquiera de los factores químicos, térmicos o traumáticos ya mencionados en la hiperemia.

En la sintomatología de la pulpitis serosa va haber dolor provocado por los cambios bruscos de temperatura y especialmente por el frío, por alimentos dulces o ácidos a la presión, por la succión ejercida por la lengua o la mejilla y por la posición de decúbito, que produce una gran congestión de los vasos pulpares.

El paciente puede describir el dolor como agudo pulsátil o punsante y generalmente intenso. Puede ser intermitente o continuo según el grado de afección pulpar, el dolor se exagera con los cambios de posición.

También pueden presentarse dolores reflejos que se irradian hacia los dientes adyacentes o se localizan en la sien o en el seno maxilar en el caso de dientes posterosuperiores, o bien en el oído, en el caso de dientes postero inferiores.

El pronóstico si bien es favorable para el diente, es decididamente desfavorable para la pulpa, ya que se tendrá que hacer la eliminación total de esta.

El primer tratamiento indicado consiste en eliminar el dolor y la congestión pulpares. Esto se obtiene eliminando la dentina cariosa o la obturación culpables -- aplicando una curación sedante y antiséptica para destruir la infección superficial. Debe dejarse pasar unos -- días para que ceda la congestión de los vasos sanguíneos pulpares y luego eliminar la pulpa. Este procedimiento -- no solo alivia el dolor sino que es también el primer paso en la preparación de la pulpa para su eliminación.

Una pulpa en estado de inflamación aguda no retorna a su condición normal. Antes de eliminar la pulpa bajo anestesia local se debe proceder a aliviar dicha inflamación y a dominar la infección.

PULPITIS ULCEROSA

La pulpitis ulcerosa se caracteriza por la formación de una ulceración en la superficie de la pulpa expuesta; generalmente se observa en pulpas jóvenes, o en pulpas vigorosas de personas mayores, capaces de resistir un proceso infeccioso de escasa intensidad. Existe baja virulencia en la infección siendo lenta la evolución al quedar bloqueada la comunicación caries-pulpa por tejido de granulación.

La pulpitis ulcerosa es causada por la exposición de la pulpa, seguida de la invasión de microorganismos provenientes de la cavidad bucal o de varias formas de cocos que son comunes en la dentina cariosa. Los gérmenes llegan a la pulpa a través de una cavidad de caries o de una caries con obturación mal adaptada, también -- puede seguir a una forma aguda de pulpitis en la que los síntomas ya han sido aliviados mediante una abertura en la cámara pulpar sin remoción de la infección. Al desaparecer la sintomatología aguda habiendo libre drenaje, se produce la pulpitis ulcerosa.

Entre su sintomatología vamos encontrar que el dolor puede ser ligero, manifestamos en forma sorda, o no existir, excepto cuando los alimentos hacen compresión en la cavidad o por debajo de una obturación defectuosa, va estar sensible la pieza a las temperaturas extremas,

a la presión directa de los instrumentos.

Aparecen síntomas de inflamación aguda siempre que se interfiera el drenaje a causa del cierre de la cavidad con alimentos o una obturación.

Rara vez el diente está sensible a la percusión. La radiografía suele revelar una pulpa expuesta y se ve a menudo una alteración en la densidad del hueso que rodea el ápice, el espacio periodontal engrosado. Esto se confunde a menudo con áreas semejantes en las raíces de dientes despulpaos y se diagnostica erróneamente como infecciones cuando sólo representan reacciones inflamatorias debidas a una infección en la superficie de la pulpa.

El pronóstico para este tipo de pulpitis es favorable siempre que la extirpación de la pulpa y el tratamiento de conductos sean correctos.

El tratamiento consiste en la pulpectomía total.

FULPITIS HIPERPLASICA

La pulpitis hiperplásica es una inflamación crónica en la pulpa expuesta que produce una proliferación o crecimiento anormal de este tejido. Se parece a un polipo, por lo cual se le denomina así, se produce con mayor frecuencia en los dientes de los niños que han sido destruidos ampliamente por caries de rápido desarrollo.

La causa es una exposición lenta y progresiva de la pulpa a consecuencia de la caries. Para que se presente una pulpitis hiperplásica son necesarios los requisitos siguientes: una cavidad grande y abierta, una pulpa joven y resistente y un estímulo crónico y suave. Con frecuencia, la irritación mecánica provocada por la masticación y la infección bacteriana constituyen el estímulo.

El diagnóstico se basa en que la pulpa expuesta protruye la cámara pulpar en forma de una masa roja de tejido de granulación. El aspecto del tejido polipoide (granulación), es clínicamente característico, presentándose como una excrecencia carnosa y rojiza que ocupa la mayor parte de la cámara pulpar o de la cavidad de caries, y aún puede extenderse mas allá de los límites del diente. Si bien en los estados iniciales la masa polipoide puede tener el tamaño de una cabeza de alfiler, a veces puede ser tan grande, que llega a dificultarse el cierre normal y mas sensible que el tejido gingival.

Es practicamente indolora al corte, pero transmite la presión al extremo apical de la pulpa causando dolor.

Tiene tendencia a sangrar fácilmente debido a su rica red de vasos sanguíneos. Cuando el tejido pulpar hiperplásico se extiende por fuera de la cavidad del diente, puede aparecer como si el tejido gingival proliferara dentro de la cavidad y se ha recubierto con epitelio gingival por trasplante de células de los tejidos blandos adyacentes. El diagnóstico de pulpitis hiperplásica no ofrece dificultades y es suficiente el examen clínico. La radiografía generalmente muestra una cavidad grande y abierta, en comunicación directa con la cámara pulpar. El diente puede responder muy poco o no responder a los cambios térmicos, a menos que se emplee un frío extremo como el del cloruro de etilo.

El tratamiento consiste en eliminar el tejido polipoide y extirpar luego la pulpa, es decir el tratamiento va hacer la pulpectomía total.

En casos seleccionados puede intentarse la pulpotomía en lugar de la pulpectomía.

GANGRENA PULPAR

La gangrena pulpar es la muerte masiva de la pulpa seguida por la invasión de microorganismos.

Generalmente se origina de pulpitis abiertas como son, las pulpitis ulcerosas no tratadas a tiempo o en forma adecuada. No obstante, conviene destacar que muchas gangrenas en pulpas cerradas por la penetración de gérmenes a través de las caries, por vía periodontal (absceso periodontal) y por vía sanguínea (anacoresis) — que aún no está demostrado suficientemente.

Un diente con gangrena pulpar puede o no presentar síntomas puede doler con gran intensidad al tomar líquidos calientes ya que producen la expansión de los gases que presionan las terminaciones sensoriales de los nervios de los tejidos vivos adyacentes. También el paciente puede quejarse de síntomas de periodontitis con ligera extrusión y movilidad del diente afectado.

Para un buen diagnóstico vamos a observar que la radiografía muestra una cavidad u obturación grande, -- una comunicación amplia con el conducto radicular y un antecedente de dolor intenso de algunos minutos a algunas horas de duración seguido de una desaparición completa del dolor.

El tratamiento en casos agudos con severa complicación apical conviene, ante todo, establecer el drenado de la pieza, así mismo es conveniente librar al diente de la oclusión.

Algunos autores prefieren dejar abierto el conducto otros prefieren sellar con una curación antibiótica , o una solución sedante. El uso de Paramono clorofenol alcanforado en una pequeña torunda de algodón sellada dentro de la cámara pulpar; esta cura antiséptica es posterior a una instrumentación cuidadosa y de mayor ensanchado debido a la gran cantidad de microorganismos, es muy importante el uso racionalizado de fármacos.

OCCLUSION TRAUMATICA

Los pacientes que presentan bruxismo o alguna restauración en hiperoclusión van a presentar síntomas como molestia al despertarse por la mañana o a veces la molestia al despertarse por la mañana o a veces la molestia provoca que se despierte, también va haber dolor al final de un día atareado; va haber dolor constante y leve pero no se localiza la pieza problema. Es patognomónico que - experimente alivio luego de tomar una aspirina.

Es muy importante hacer un buen diagnóstico para saber si realmente ese problema es por oclusión traumática o por algunos estadios de pulpitis.

Para lo cual hay que hacer un examen detallado con exámenes en oclusión media (céntrica) y las excursiones laterales funcionales; las excursiones en lado de balance (no funcional). Con gran frecuencia, el contacto no funcional es la posición compulsiva de la oclusión del paciente.

El tratamiento en estos casos exige el alivio del punto del traumatismo oclusal mediante el desgaste prudente para remodelar el diente afectado y su antagonista, hay que sacar al diente de oclusión para dar al tejido inflamado una oportunidad para recuperarse.

En caso de bruxismo hacer una guarda oclusal es lo mas indicado.

Con este tratamiento desaparecerán los síntomas y el malestar.

CAPITULO IV DOLGR PERIAPICAL

DOLOR PERIAPICAL

Las lesiones del tejido conectivo periapical evolucionan en forma aguda o crónica, con características clínicas que frecuentemente responden a estados anatomopatológicos definidos.

Las afecciones periapicales pueden ser de etiología infecciosa, traumática o medicamentosa.

Las periodontitis infecciosas son las más frecuentes y pueden ser provocadas por pulpitis avanzadas, por necrosis y por gangrena de la pulpa, también pueden ser provocadas por la infección accidental durante el tratamiento de un conducto, por la enfermedad periodontal avanzada - que provoca la reacción del tejido conectivo periapical - ante la acción toxibacteriana.

Las periodontitis traumáticas se originan como consecuencia de un golpe, una sobrecarga de oclusión, una restauración coronaria excesiva, una sobreinstrumentación en la preparación quirúrgica del conducto o una sobreobtención del mismo que presione sobre el tejido conectivo periapical.

Las periodontitis de origen medicamentoso se producen por la acción irritante o cáustica de las drogas utilizadas para la devitalización pulpar, medicación tópica o materiales de obturación de conductos radiculares.

Las periodontitis agudas evolucionan hacia la resolución o desencadenan el absceso alveolar agudo. Un estado intermedio, que podríamos calificar de subagudo, puede --

demorar la evolución hacia la cronicidad. Cuando la periodontitis adquiere las características de un proceso crónico formando tejido de granulación, puede evolucionar hacia la resolución o dar lugar al granuloma, al quiste apical, al absceso crónico.

Conjuntamente con la lesión del tejido conectivo periapical, en el ápice radicular pueden producirse — procesos de reabsorción y neoformación cementaria, que influyen en forma apreciable en la evolución de la patología de dicha lesión y en la reparación posterior a los tratamientos endodónticos.

Un trastorno crónico periapical puede agudizarse por la acción de nuevos agentes irritantes y provocar una periodontitis aguda o un absceso alveolar.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

PERIODONTITIS APICAL AGUDA

La periodontitis apical aguda es la inflamación - aguda de los tejidos periapicales que puede ser provocada por causas de origen infeccioso, traumático o por causas de origen medicamentoso.

La periodontitis aguda apical de origen séptico - es la más frecuente y se observa en endodoncia. Puede presentarse espontáneamente como consecuencia de una - infección profunda de la pulpa, ser provocada por una técnica operatoria defectuosa, aparecer como consecuencia de una infección periodontal avanzada o bien producirse por la agudización de un proceso crónico preexistente.

La periodontitis aguda traumática puede ser provocada por agentes de origen externo. Un golpe generalmente produce desgarramiento de las fibras periodonticas y pequeñas hemorragias por rotura de capilares.

Las sobrecargas de oclusión, la interposición extemporánea de algún alimento duro entre ambos arcos dentarios, y las sobreobturaciones en las caras oclusales por oclusión traumática a consecuencia de un desgaste irregular de los dientes pueden ser causa de una leve periodontitis aguda en su iniciación. Si la causa es rápidamente neutralizada, el periodónto se recupera sin dejar rastros del traumatismo, pero si persiste, i

la periodontitis evoluciona hacia el estado subagudo o crónico interesando al hueso circundante (granuloma, - osteoesclerosis).

La periodontitis aguda de origen medicamentoso se produce por las drogas empleadas para la desvitalización pulpar, para la desinfección de conductos radiculares y las incluidas en los materiales de obturación suelen producir inflamación aguda del tejido conectivo periapical.

Los síntomas de la periodontitis apical aguda de cualquiera de sus etiologías (infecciosa, traumática o medicamentosa), son semejantes en su iniciación y la intensidad del dolor depende del grado de inflamación. El dolor puede ser ligero con sensibilidad del diente que depende del grado de inflamación, y ligeramente dolorido cuando se lo presione en una intensidad al punto de dificultar la oclusión.

El diagnóstico se hace basándose en los antecedentes del diente afectado pues la periodontitis apical puede originarse por la instrumentación en el conducto durante la sesión inicial del tratamiento de un diente despulpado o infectado.

También puede presentarse en dientes con vitalidad en cuyo caso, tanto el test térmico como el eléctrico, complementados con una inspección cuidadosa, son muy útiles para descartar todo compromiso pulpar. El diente se encuentra sensible a la percusión suave, mientras que la mucosa que recubre el ápice radicular puede o no estar sensible a la palpación. En el caso de un diente des

pulpaco, la radiografía mostrará un espesamiento del periodonto o una zona de rarefacción, mientras que en un diente con vitalidad se observarán estructuras periapicales normales.

Debe establecerse el diagnóstico diferencial entre la periodontitis apical aguda y el absceso alveolar agudo. A veces la diferencia es más una cuestión de grado que de tipo de afección, ya que un absceso representa un estadio de evolución mas avanzado del mismo proceso, con desintegración de los tejidos periapicales y no una simple inflamación del periodonto. Los antecedentes, la sintomatología y los tests clínicos ayudarán a diferenciar estas afecciones.

El pronóstico para el diente generalmente es favorable aunque puede hacerse dudoso, ello depende de la causa y grado de evolución que haya alcanzado el proceso. En dientes posteriores dependerá de factores mas complejos, como una medicación antiséptica y antibiótica correcta y una obturación técnica impecable. En dientes anteriores el recurso de la cirugía periapical y la facilidad de la técnica endodóntica hace que el pronóstico sea siempre favorable.

El tratamiento consiste en determinar la causa, verificando especialmente si se trata de un diente vivo o despulpado. En casos de traumatismo oclusal, el diente debe ser liberado de la oclusión.

Como no se encuentra exudado presente periapicalmente, el tratamiento consiste en eliminar cualquier remanente pulpar, lavar, secar el conducto sellarlo con un apósito sedante y desinfectante. Se debe tener mucho

cuidado para no lesionar a los tejidos periapicales son deando más allá del ápice, o introduciendo medicamentos al conducto que sean irritantes, los cuales pueden difundirse apicalmente complicando la lesión.

Las preparaciones de corticosteroide como ledemix en pasta (acetónido de triamcinolona) o septomixine han demostrado también ser muy efectivas para el alivio de la fase aguda. Ambos medicamentos se colocan en el conducto corto del orificio apical y probablemente difunden dentro de los tejidos periapicales para controlar los procesos inflamatorios.

ABSCESO ALVEOLAR AGUDO

Cuando la acción intensa y duradera del agente traumático o la patogenicidad y virulencia de los gérmenes impiden una resolución rápida del proceso inflamatorio - agudo, el problema se complica, pues sobreviene la destrucción del tejido con la consiguiente acumulación de pus, - que lleva a la formación del absceso alveolar agudo.

El absceso alveolar agudo es una acumulación de exudado purulento con inflamación aguda y supurada de los tejidos periapicales.

El primer síntoma puede ser una ligera sensibilidad del diente. El paciente muchas veces encuentra que una presión leve y continua sobre el diente en extrusión empujándolo hacia el alveolo, le proporciona alivio. Más tarde el dolor se hace intenso y pulsátil, apareciendo una tumefacción de los tejidos blandos que recubren la zona apical.

A medida que la infección progresa, la tumefacción se hace más pronunciada, y se extiende a cierta distancia de la zona de origen. El diente se torna más doloroso, alargado y flojo, pudiendo estar afectados los dientes adyacentes de manera semejantes. Algunas veces, el dolor puede remitir o calmar totalmente, a pesar del edema y la movilidad del diente. Abandonada a su propio curso, la infección puede avanzar, produciendo una osteítis, periostitis, calicilitis u osteomielitis. El pus retenido, procurándose una vía de salida, puede drenar a través de una fístula en el interior de la boca, en la piel de la cara o del cuello,

y aun en el seno maxilar o la cavidad nasal.

La localización y extensión de la tumefacción dependen del diente afectado. Si se trata de un diente anterior particularmente el canino, la tumefacción del labio superior puede extenderse a uno o ambos párpados.

Si se trata de un diente posterosuperior, la tumefacción de la mejilla puede alcanzar proporciones enormes, - hasta desfigurar completamente la fisonomía. En el caso de un diente anteroinferior, puede abarcar el labio inferior y el mentón, extendiéndose en los casos graves hasta cuello.

Cuando se trata de un diente posteroinferior, la tumefacción de la mejilla puede extenderse hasta el oído o comprometer el borde del maxilar inferior hasta la región submaxilar. El tejido que recubre la tumefacción se presenta tenso y muy inflamado, mientras que los tejidos -- subyacentes comienzan a entrar en lisis.

El pus puede drenar a través de una abertura muy pequeña, que aumenta de tamaño con el tiempo, o por dos o más orificios, según sea el grado de reblandecimiento de los tejidos y la presión que el mismo ejerza. El trayecto fistuloso así formado cicatriza finalmente con tejido de granulación, a medida que se elimina la infección del conducto radicular.

El punto de salida del pus en la boca depende del espesor del hueso alveolar y de los tejidos blandos que lo recubren. Es obvio que el pus aprisionado seguirá el camino de menor resistencia.

En el maxilar superior, generalmente, el drenaje se hace a través de la tabla ósea vestibular, que es más delgada que la palatina.

En el maxilar inferior, comunmente, las tumefacciones se presentan en el vestíbulo de la boca, a través de la tabla alveolar bucal.

En casos de absceso dentoalveolar agudo no tratados, particularmente en personas jóvenes, la fístula puede aparecer en la superficie cutánea. Las fístulas de los dientes anteroinferiores muchas veces se abren en la piel, cerca de la sínfisis mentoniana; las causadas por dientes posteroinferiores, en especial el primer molar, generalmente lo hacen a lo largo del borde inferior del maxilar inferior, en la región del diente afectado. En raras ocasiones, la colección purulenta encuentra la línea de menor resistencia a lo largo de la raíz y desciende hasta el surco gingival, donde se abre la fístula. Estos dientes difícilmente son tratados con éxito.

En virtud de la absorción de productos tóxicos originados en el absceso, puede presentarse una reacción general de mayor o menor gravedad. El paciente, debido al dolor y la falta de sueño y también a la absorción de productos sépticos puede mostrarse pálido, irritable y debilitado. En los casos benignos, puede haber sólo un ligero ascenso de temperatura (37° a 37.7° c) mientras que en los casos graves la temperatura puede superar en varios grados de lo normal (38.8 a 39.4° C). La

fiebre frecuentemente ya precedida o acompañada de escalofríos, también se presenta estasis intestinal que se manifiesta en la boca con lengua saburral y mal aliento. El paciente puede así mismo quejarse de dolores de cabeza y malestar general.

El diagnóstico es sencillo, el dolor a la percusión y al palpar la zona periapical, la coloración, la erigida y la anamnesis lo facilitarán. La radiografía que al principio sólo muestra un engrosamiento de la línea periodontal, pasados unos días dará la típica zona radiolúcica esferular periapical del absceso crónico. En algunas ocasiones habrá que hacer diagnóstico diferencial con un absceso periodontal o con una pulpitis supurada.

El absceso alveolar agudo no debe confundirse con la pulpitis supurada aguda o con el absceso periodontal.

El absceso periodontal es la acumulación de pus a lo largo de una raíz y tiene su origen en la infección de las estructuras de soporte del diente, está asociado con una bolsa periodontal y se manifiesta con tumefacción y ligero dolor. La tumefacción se presenta generalmente a nivel del tercio medio de la raíz y en el borde gingival y no en la zona apical o periapical. En la mayoría de los casos el absceso periodontal aparece en dientes con vitalidad y no en dientes despulpados. Por otra parte, los buches calientes alivian el dolor si es causado por un absceso periodontal, pero pueden intensificarlo si se debe a un absceso alveolar agudo.

El absceso alveolar agudo se diferencia de la pulpitis supurada aguda mediante el test pulpar eléctrico y además porque en esta última no están comprometidos -- los tejidos periapicales de modo que los tests de la percusión, palpación y movilidad son negativos.

El pronóstico para el diente puede variar desde dudoso hasta favorable; depende del grado en que están -- comprometidos y destruidos los tejidos localmente, y del estado físico del paciente.

Aun cuando los síntomas de un absceso alveolar agudo pueden ser graves, por lo general el dolor y la tumefacción remiten si se establece un drenaje suficiente. El pronóstico para el diente es generalmente favorable. En la mayoría de los casos se lo puede salvar con un tratamiento endodóntico sin que la gravedad de los síntomas guarde relación con la facilidad o dificultad del tratamiento. A veces cuando existe gran cantidad de hueso destruido o se observa reabsorción apical, está indicada la apicectomía gingival y el periodonto ha sido muy destruido, el pronóstico es desfavorable.

El tratamiento consiste en establecer un drenaje inmediato, se aconseja la administración de antibióticos de selección únicamente cuando el paciente presente fiebre. El drenaje va a depender de cada caso en particular que se haga a través del conducto radicular, por una incisión, o por ambas vías. En los primeros estadios del absceso agudo, la simple abertura del conducto es suficiente para permitir la salida del pus.

La apertura del absceso se efectuará cuando éste, a la palpación, se sienta fluctuante. Nunca antes, pues el operador encontrará solamente un leve sangrado a través de un tejido de consistencia densa. El drenado se hace en el lugar en que el absceso presente una coloración blanquesina que corresponde a la zona donde la mucosa es más delgada. La apertura puede hacerse con un bisturí o con turbina de alta velocidad y fresa de carburo redonda. En las turbinas que no mezclan el agua de refrigeración con el lubricante, puede substituirse el agua por un líquido antiséptico, cepacol por ejemplo, que proporciona además un agradable sabor. Debe tratarse siempre que sea posible, de abrir el diente y drenar el conducto.

Cuando no es posible la aplicación de anestesia, es de mucha utilidad coger suave pero firme con el pulgar e índice de la mano izquierda el diente enfermo para inmovilizarlo evitando vibraciones en el momento de su apertura. Debe usarse turbina de alta velocidad.

PERIODONTITIS APICAL CRONICA

Es una inflamación del periodonto caracterizada por la presencia de una osteítis crónica con transformación del periodonto y reemplazo del hueso alveolar por tejido de granulación-

Las afecciones crónicas periapicales tienen la misma etiología que las agudas, y pueden ser por lo tanto, de origen infeccioso, traumático o medicamentoso.

Los procesos agudos evolucionan hacia la resolución o hacia la cronicidad de acuerdo con la intensidad de acción y duración de los factores etiológicos que los originan.

En muchas ocasiones, las afecciones crónicas periapicales son la prolongación de una periodontitis aguda o un absceso alveolar agudo. Sin embargo pueden presentarse en forma insidiosa, sin ninguna manifestación clínica aparente y como consecuencia de una acción indecisa, traumática o medicamentosa prolongada y poco intensa, controlada por una defensa bien organizada del tejido conectivo periapical.

La periodontitis crónica es en realidad un absceso alveolar agudo abierto accidental o quirúrgicamente; y que mediante una fístula natural o artificial, drena intermitentemente hasta el momento en que la fístula se obstruye provocando nuevamente un estado agudo periodontal.

Generalmente el paciente no presenta síntomas dolorosos; solo cuando la virulencia y expansión del absceso, vuelven a iniciarse por obstrucción de la fístula.

La fístula puede estar en su lugar de descarga al lado del diente enfermo. Radiográficamente puede seguirse, introduciendo una punta de gutapercha suavemente, - tomando luego una radiografía.

El tratamiento indicado es la eliminación de la pulpa enferma y la obturación del conducto radicular.

La fístula sana espontáneamente una vez eliminada la pulpa y obturado el conducto. Si a pesar de efectuado el tratamiento la fístula persiste, debe sospecharse que la terapia del conducto y la obturación del mismo, no fueron realizados adecuadamente; o bien, que las condiciones del ápice no eran las adecuadas para resolver el caso únicamente con el tratamiento de conductos. Un ápice que radiográficamente aparezca en forma de cráter, hace suponer que la dentina esta denudada e infectada o el cemento esta necrosado y/o infectado. En presencia de una destrucción crateriforme del mismo, se tiene que asociar el tratamiento de conductos a un curetaje apical con una obturación retrógrada del conducto.

PERIODONTITIS APICAL SUPURATIVA

También llamado absceso alveolar crónico; es una - inflamación supurativa crónica del periodonto apical de un diente enfermo, con descarga intermitente de pus.

Suele ser posterior a un absceso dentoalveolar agudo. Puede producirse por una infección del tejido perigical originada en el conducto radicular con la pulpa - muerta o una obturación radicular que traspasa el foramen apical.

Un diente con absceso alveolar crónico generalmente es asintomático; pero esta lesión, puede originar - una exacerbación aguda, el absceso fenix, y cuando ello sucede el paciente presenta todos los problemas de un - absceso apical agudo. En este caso, el dolor y la tumefacción aumentan debido a la gran lesión preexistente.

Su descubrimiento se hará unas veces, durante el - examen radiográfico de rutina, y otras, por la presencia de una fístula. Es rara la tumefacción de los tejidos . Puede o no presentarse una fístula. Cuando existe el material purulento del interior drena sobre la superficie de la encía, y puede hacerlo en forma continua o discontinua. Cuando la presión del pus encerrado es suficiente como para romper las finas paredes de los tejidos gingivales, la colección purulenta drena en la boca a través de una pequeña abertura que puede cicatrizar y abrirse nuevamente cuando la presión del pus vence la - resistencia de los tejidos gingivales subyacentes.

Si bien la abertura fistulosa generalmente se localiza a nivel del ápice radicular, en algunos casos puede hacerlo a distancia del diente afectado. Cuando el diente presenta una cavidad abierta, el drenaje puede hacerse a través del conducto radicular.

El absceso crónico puede ser inoloro o ligeramente doloroso. A veces, el primer indicio de infección apical lo da el examen radiográfico de rutina o la alteración del color del diente. La radiografía revelará una zona de rarefacción ósea difusa. El periodonto está engrosado. La zona de rarefacción puede ser tan difusa, hasta llegar a confundirse con el hueso normal sin ningún límite de demarcación, o bien existir una ligera demarcación. Cuando se investigan las causas posibles del absceso, el paciente suele recordar un dolor repentino y agudo que pasó, sin que volviese a incomodar o un traumatismo de larga data.

El examen clínico puede revelar la presencia de una cavidad, una obturación de silicato, acrílico o metálica, o bien una corona de oro o de porcelana, bajo la cual puede haberse mortificado la pulpa sin dar sintomatología.

En otros casos, el paciente se queja, por lo general de ligero dolor y sensibilidad particularmente durante la masticación. El diente puede estar apenas más vil o sensible a la percusión. A la palpación los tejidos blandos de la zona apical pueden encontrarse ligeramente tumefactos y sensibles. Es posible confirmar el diagnóstico de presunción de un absceso crónico abriendo el diente y explorando el conducto con una lima esteril, en la cual el paciente no acusará ningún dolor.

Mediante el examen radiográfico, es posible diferenciar un absceso alveolar crónico de un granuloma, -- pues en el primero la zona de rarefacción es difusa, -- mientras que en el segundo es mucho más delimitada o -- circunscripta. Se diferencia de un quiste en que éste tiene una zona de rarefacción con límites aún más circunscriptos, rodeados por una línea ininterrumpida de hueso compacto.

El pronóstico de un diente con inflamación crónica supurativa periapical no es tan bueno como para cualquiera de los casos anteriores. Cuando la inflamación crónica ha persistido durante un largo período, se suelen hallar reabsorciones inflamatorias del cemento y -- aún de la dentina. El hecho de que haya producido la -- reabsorción no elimina las posibilidades de reparación, pues el proceso reparador depende de la eliminación de la infección y de la desaparición del estado patológico.

En general cuando el pus descarga por una boca fistulosa en la mucosa oral, se produce poca destrucción ósea y poca reabsorción radicular.

Si el diente afectado se presta para una apicectomía y curetado de los tejidos periapicales, o un buen tratamiento de los conductos sin necesidad de hacer la apicectomía o de sacrificarlo.

Es claro que es esencial prestar como ya hemos dicho, la suficiente consideración al estado de salud general del paciente y al valor del diente en la reconstrucción oral.

El tratamiento consiste en eliminar la infección del conducto radicular. Una vez logrado tal propósito y obturado el conducto generalmente se produce la reparación de los tejidos periapicales.

Si existe una fístula, ella cerrará tan pronto como se logre la esterilidad del conducto, sin requerir ningún tratamiento especial.

En presencia de una zona de rarefacción extensa (es decir, que abarque 5 o más milímetros) el autor prefiere hacer una apicectomía y curetear la zona afectada, y no confiar exclusivamente en el tratamiento del conducto.

QUISTE APICAL

El quiste apical o radicular es una bolsa epitelizada de crecimiento lento, localizada en el ápice de un diente. Puede contener un líquido viscoso caracterizado por la presencia de cristales de colessterina.

El quiste radicular presupone la existencia de una irritación física, química o bacteriana que ha causado una mortificación pulpar, seguida de una estimulación de los restos epiteliales de Malassez, los que normalmente se encuentran en el periodonto.

El quiste no presenta síntomas vinculados, con su desarrollo, excepto los que incidentalmente pueden aparecer en una infección crónica del conducto radicular. Sin embargo, puede crecer hasta llegar a ser una tumefacción evidente tanto para el paciente como para el dentista.

La presión del quiste puede alcanzar a provocar un desplazamiento de los dientes afectados, debido a la acumulación de líquido quístico. En estos casos, los ápices de los dientes afectados se separan, y las coronas se proyectan fuera de su línea. Asimismo, los dientes suelen presentar movilidad.

Un quiste no sometido a tratamiento en el maxilar inferior puede continuar su crecimiento a expensas del hueso hasta llegar a producir su fractura espontánea.

La pulpa de un diente con quiste radicular no reacciona a los estímulos eléctricos o térmicos; los otros tests clínicos también son negativos, exceptuadas la -

radiografía o la traniluminación. En general, el examen radiográfico muestra una zona de rarefacción bien definida, limitada por una línea radiopaca continua que indica la existencia de un hueso más denso. La zona radiolúcida habitualmente tiene un contorno redondeado.

No siempre es posible diferenciar a través de la imagen radiográfica un quiste radicular pequeño de un granuloma. En la mayoría de los casos tal diferenciación es posible, pues el diseño de un quiste es mejor definido y está rodeado por un borde claro y fino que indica la presencia de un hueso más denso.

Otra diferenciación es cuando en la radiografía se observa la separación de los ápices de los dientes, causada por la posición y presión del líquido quístico.

El pronóstico depende del diente afectado, la extensión de hueso destruido etc.

El tratamiento radicular simple está contraindicado en un diente con un quiste, pues éste continuará su evolución, a menos que la membrana epitelial sea eliminada completamente por medios quirúrgicos o destruida por medios químicos o por la infección.

Sin embargo el diente puede tratarse con éxito practicando una apicectomía cuando ella sea factible. Si la apicectomía no pudiera realizarse satisfactoriamente estaría indicada la extracción y el curetaje completo de la membrana epitelial.

GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE

Es una enfermedad inflamatoria destructiva de la encía que presenta signos y síntomas característicos.

La gingivitis ulceronecrotizante se produce en bocas sanas o superpuestas a la gingivitis crónica o a --bolsas periodontales. Afecta mas frecuentemente adolescentes mayores y adultos jóvenes, aunque se puede presentar a cualquier edad.

La gingivitis ulceronecrotizante es provocada por --una flora mixta como fusospiroquetas, estreptococos, egtafilococos y otros.

Los transtornos emocionales (miedo, ansiedad, hosti--lidad reprimida), esfuerzos y debilitamiento físico, in--suficiencia nutricional, discracias sanguíneas, son con--sideradas factores etiológicos de acondicionamiento de --esta enfermedad.

Los síntomas pueden ser agudos o crónicos, intensos o leves. En la mayoría de los pacientes, los picos de --las papilas interdentes y región de la depresión inter--dental se hallan lesionados inicialmente por alteracio--nes que tienden a producir úlceras en sacabocado en el tejido de las crestas. Las úlceras estan cubiertas por --membranas facilmente desprendibles compuestas por fibrina, epitelio descamado viable y células inflamatorias --muertas.

Con frecuencia hay hemorragia y un olor y sabor de--sagradables de boca, con cambios en la forma y color del

tejido, pérdida del punteado, retractibilidad, exudación. Esta enfermedad puede seguir progresando e invadir la -- encía marginal o incluso una porción de tamaño variable de la encía fijada. La necrosis provoca la pérdida de to do tejido interdental.

Se han descrito casos en los cuales la intensidad, invasión o recidivancia periódica de la inflamación han producido una lesión persistente del hueso alveolar y de soporte. La propagación de la inflamación suele facilitar la destrucción de todo complejo de fibras gingivales que cubren al hueso.

Entre los síntomas bucales vamos a encontrar que las lesiones son en sumo grado sensibles al tacto y el pacien te se queja de un dolor constante irradiado, corrosivo, que se intensifica al contacto con alimentos condimentados o calientes y con la masticación. Existe un sabor desagradable y el paciente tiene conciencia de una cantidad - exesiva de saliva (pastosa).

Entre los síntomas extrabucales y generales encontra mos linfadenopatía local y leve aumento de temperatura; en los casos graves existen complicaciones orgánicas marcadas como fiebre , pulso acelerado, pérdida de apetito y decaimiento general; es frecuente el insomnio, extredi miento, alteraciones gastrointestinales, cefaleas y depre sión mental acompañada al cuadro. Puede traer como consecuencia destrucción progresiva del periodonto y denuda ción de las raíces, junto con intensificación de las com-

plicaciones tóxicas generales.

Es muy importante establecer un diagnóstico diferencial para no confundirla con la gingivostomatitis herpética, gingivitis descamativa, bolsas periodontales -- profundas.

El tratamiento consiste en reposo, administración - de líquidos, aspirina y debridamientos de la zona con - escarificadores manuales o uno de los aparatos ultrasóni - cos. Después del debridamiento, se cubre la úlcera con cemento quirúrgico.

ABSCEJO PERIODONTAL

Es una inflamación purulenta localizada en los tejidos periodontales. Los abscesos periodontales pueden ser agudos o crónicos.

Los síntomas del absceso periodontal agudo son el dolor irradiado pulsátil, sensibilidad exquisita de la encía a la palpación, movilidad dentaria, linfadenitis y manifestaciones generales como fiebre, leucocitosis y malestar.

El absceso periodontal aparece como una elevación ovoide de la encía, en la zona lateral de la raíz. La encía es edemática y roja, con una superficie lisa y brillante, la forma y la consistencia de la zona elevada varían. En la mayoría de los casos es posible expulsar pus del margen gingival mediante presión digital suave. Puede presentarse el paciente con síntomas de absceso periodontal agudo sin lesión clínica notable alguna o cambios radiográficos.

El absceso periodontal crónico se presenta como una fístula que se abre en la mucosa gingival en alguna parte de la raíz. Puede haber antecedentes de exudación intermitente; el orificio de la fístula puede ser una abertura muy pequeña, difícil de detectar que al ser sondeado revela un trayecto fistuloso en la profundidad del periodonto. La fístula puede estar cubierta por una masa pequeña rosada, esférica de tejido de granulación.

Por lo general el absceso periodontal crónico es - asintomático, o el paciente puede registrar ataques que se caracterizan por dolor sordo, leve elevación del -- diente y el deseo de morder o frotar el diente.

El aspecto radiográfico característico del absceso periodontal es el de una zona circunscripta radiolúcida en el sector lateral de la raíz.

El diagnóstico exige la correlación de la historia con hallazgos clínicos y radiográficos. La continuidad de la lesión con el margen gingival es una prueba clínica de la presencia de un absceso periodontal.

El absceso no se localiza necesariamente en la misma superficie de la raíz de la bolsa que la genera.

Es muy importante el diagnóstico diferencial entre un absceso periodontal y un periapical ya que si el diente no es vital, es probable que la lesión sea periapical. En casos graves, el absceso periodontal se extiende hasta el ápice y produce la desvitalización de los dientes.

El tratamiento del absceso periodontal consiste en incisión y drenaje y en caso que fuese producido por una bolsa periodontal se procederá a la eliminación quirúrgica de esta.

CAPITULO V DOLOR PARODONTAL

GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA

La gingivostomatitis herpética es causada por el virus del herpes simple y aparece entre el primero y el quinto año de vida, es con frecuencia endémica y en raras ocasiones incide a los adultos y adolescentes de ambos sexos.

La afección aparece como una lesión difusa, eritematosa y brillante de la encía y la mucosa bucal adyacente con grados variables de edema y hemorragia gingival. En el período primario, se caracteriza por la presencia de vesículas circunscriptas esféricas grises que se localizan en la encía, mucosa labial o bucal, paladar blando, faringe, mucosa sublingual y lengua. Aproximadamente a las 24 horas las vesículas se rompen y dan lugar a pequeñas úlceras dolorosas con un margen rojo, elevado a modo de halo y una porción central hundida, amarillenta o grisácea. Ello se produce en áreas bien separadas una de otra o en grupos que confluyen.

La enfermedad dura de 7 a 10 días. El eritema gingival difuso y el edema que aparecen primero en la enfermedad persisten algunos días después que las úlceras han curado, pero no quedan cicatrices.

Entre los síntomas bucales vamos a encontrar una irritación generalizada de la cavidad que impide comer y beber. Las vesículas rotas son los focos de dolor, que son particularmente sensibles al tacto, variaciones térmicas, condimentos, jugos de frutas, al movimiento de alimentos asperos con sialorrea.

En los lactantes la enfermedad esta marcada por irritabilidad y rechazo de alimentos.

Esta enfermedad es contagiosa y la mayoría de los adultos han adquirido inmunidad al virus del herpes - simple como consecuencia de una infección en la niñez.

El tratamiento es sintomático.

PERICORONARITIS

La pericoronaritis es la inflamación de la encía que esta en relación con la corona de un diente incompletamente erupcionado.

Es originada por la lesión y la infección del tejido pericoronario que cubre los molares en erupción, casi siempre de los terceros molares. El tejido puede estar lastimado por la masticación.

La queja más comun del paciente con pericoronaritis es un dolor intenso que irradia hacia la parte posterior de la boca e incapacidad de abrir o cerrar la boca cómodamente. No solo hay dolor al ocluir sobre el opérculo distal del tercer molar en erupción, sino que el dolor del trismo muscular limita también los movimientos mandibulares. El tejido distal al molar en erupción es sumamente sensible al contacto, especialmente durante la masticación. El dolor se irradia por toda la región hacia abajo hasta el cuello y hacia arriba - hasta el oído, y se lo puede confundir fácilmente con el dolor pulpar. A veces, un tercer molar en erupción puede desencadenar el mismo dolor profuso y extendido, justo antes de que el diente atreviese el epitelio bucal.

El paciente puede presentar complicaciones tóxicas generales como fiebre y malestar. La lesión puede localizarse y adquirir la forma de absceso pericoronario. Puede propagarse hacia la zona bucofaríngea y medialmente a la base de la lengua, dificultando la deglución.

CONCLUSIONES

La sensación de dolor merece especial cuidado porque desempeña un papel muy importante de protección a nuestro organismo.

Eliminar el dolor es uno de los principales objetivos del odontólogo, aunque su diagnóstico diferencial es a menudo tarea difícil y frustrante para el dentista que no está bien familiarizado con los tipos de dolor, diferenciación y consecuencias.

Para poder establecer un diagnóstico clínico es completamente necesario tener los conocimientos suficientes aunados a una experiencia en este tema tratado, ya que de lo contrario veremos con tristeza que la mayoría de nuestros trabajos fracasarán por un diagnóstico equivocado.

En la actualidad el tratamiento correcto del dolor dental, permite salvar muchas piezas dentarias, poniendo a la profesión dental en un lugar muy alto, pero el éxito es mayor cuanto más se evitan estos padecimientos.

Con esta tesis tenemos un conocimiento de los diferentes tipos de dolor periapical, paradontal y pulpar; basandonos en ésta y en la correcta ejecución de los diferentes elementos de diagnóstico podremos establecer el tratamiento adecuado para así aliviar el dolor.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Banca, E. y Weine, F.
Manual de Clínica Endodóntica
Editorial Mundi
Primera Edición
Buenos Aires, Argentina
pp. 15-63

- 2.- Bhaskar
Patología Bucal
Editorial El Ateneo
Segunda Edición
Buenos Aires, Argentina 1975
pp. 139-146

- 3.- Cooldge, E. y Kesel, R.
Manual de Endodontología
Editorial Bibliográfica Argentina
Segunda Edición
pp. 179-185

- 4.- Grossman, Louis
Práctica Endodóntica
Quinta Edición
Buenos Aires, Argentina 1963
pp. 43-81

5.- Guyton, Arthur

Tratado de Fisiología Médica

Editorial Interamericana

Cuarta Edición , 1971

pp. 619-633

6.- Harry, Archer

Cirugía Bucodental

Segunda Edición Tomo II

Buenos Aires, Argentina

pp. 792-833

7.- Houssay, Bernardo

Fisiología Humana

Editorial El Ateneo

Cuarta Edición, 1972

pp. 1024-1043

8.- Ingle, John y Beveridge, Edward

Endodoncia

Editorial Interamericana

Segunda Edición, 1979

pp. 427-495

9.- Irving, Glickman

Periodontología Clínica

Editorial Interamericana

Cuarta Edición, 1974

pp. 121-142, 236-241

10.- Jensen, James y Serene Thomas

Publicaciones de la Universidad de Costa Rica

Serie Ciencias Médicas No. 61

Primera Edición, 1974

Costa Rica

pp. 35-43

11.- Kutler, Yury

Endodoncia Práctica

Editorial Alpha

Primera Edición 1961

pp. 59-69

12.- Lasala, Angel

Endodoncia

Editorial Cromotip C. A.

Segunda Edición, 1971

Caracas Venezuela

pp. 45-148

13.- Luks, Samuel

Endodoncia

Editorial Interamericana

Primera Edición 1978

pp. 3- 14

14.- Maisto, Oscar

Endodoncia

Editorial Mundi

Tercera Edición, 1975

pp. 20-65, 48-67

- 15.- Odontología Clínica de Norte América
Dolor Facial y Bucal
Editorial Mundi
Serie III, Volumen 8, 1960
pp. 201- 329
- 16.- Odontología Clínica de Norte América
Terapéutica Bucal Práctica
Editorial Mundi
Serie II, Volumen 4, 1961
pp. 41-55
- 17.- Preciado, Vicente
Manual de Endodoncia
Editorial Ediciones Cuellar
Segunda Edición
México, 1977
pp. 94-146
- 18.- Sommer, F. y Ostander, F.
Endodoncia Clínica
Editorial Mundi
pp. 333-349, 109-126
- 19.- Thoma, Robert
Patología Oral
Editorial Salvat
Primera Edición 1973
pp. 464-471