

314322

20
2ej



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**DOLOR MAS COMUN MANIFESTADO
POR PACIENTES EN CONSULTA DENTAL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

GEORGINA MARTINEZ GALLEGOS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D.F.

1993

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 está 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.

DOLOR MAS COMUN MANIFESTADO POR PACIENTES EN CONSULTA DENTAL

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I.- NERVIO TRIGEMINO

1.- NERVIO MAXILAR SUPERIOR

2.- NERVIO MAXILAR INFERIOR

CAPITULO II.- PULPITIS

1.- PULPITIS REVERSIBLE FOCAL

2.- PULPITIS AGUDA

3.- PULPITIS CRONICA

CAPITULO III.- DOLOR POR ENFERMEDAD EN TEJIDO PERIAPICAL

1.- ABSCESO PERIAPICAL

CAPITULO IV.- DOLOR POR INFECCIONES AGUDAS

1.- PERIODONTITIS APICAL AGUDA

2.- ABSCESO DENTO-ALVEOLAR AGUDO

3.- ABSCESOS ALVEOLARES

4.- OSTEOMIELITIS

5.- FISTULAS CUTANEAS

CAPITULO V.- DOLOR POR INFECCIONES EN ESPACIOS ANATOMICOS ESPECIFICOS

1.- CELULITIS

2.- ANGINA DE LUDWIG

3.- SINUSITIS MAXILAR

4.- ALVEOLO SECO

CAPITULO VI.- TRAUMATISMOS FISICOS EN CAVIDAD BUCAL QUE CAUSAN DOLOR

1.- ULCERA TRAUMATICA

2.- INFLAMACION GENERALIZADA

3.- SIALOLITIASIS

4.- EFISEMA CERVICOFACIAL

CAPITULO VII.- TRAUMATISMOS QUIMICOS EN CAVIDAD BUCAL QUE CAUSAN DOLOR

- 1.- ASPIRINA
- 2.- NITRATO DE PLATA

CAPITULO VIII.- DOLOR PROVOCADO EN CAVIDAD BUCAL POR:

- 1.- GINGIVITIS
- 2.- DIENTES RETENIDOS
- 3.- FRACTURAS INCOMPLETAS DE PIEZAS DENTALES

CAPITULO IX.- DOLOR MANIFESTADO EN CAVIDAD BUCAL POR INFECCIONES VIRALES

- 1.- ESTOMATITIS HERPETICA
- 2.- SINDROME DE BEHCET
- 3.- HERPANGINA
- 4.- HERPES ZOSTER
- 5.- PARODITITIS

CONCLUSION

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

LA FINALIDAD DEL TRABAJO QUE A CONTINUACION SE PRESENTA ES INDICAR, LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL DOLOR AL DIAGNOSTICAR Y REALIZAR UN -- TRATAMIENTO ODONTOLOGICO.

EL PROFESIONAL DE LA ODONTOLOGIA PUEDE BRINDAR AL PACIENTE MUCHOS - SERVICIOS, LOS CUALES LE DEJARAN UNA GRAN SATISFACCION PERSONAL, -- PERO LO MAS IMPORTANTE Y QUE EL PACIENTE RECORDARA SIEMPRE, ES EL - DIAGNOSTICO ACERTADO Y EL ALIVIO DEL DOLOR, INTENSO O PROLONGADO. Y MAS AUN CUANDO OTROS ODONTOLOGOS NO HABIAN LOGRADO ELIMINAR EL -- DOLOR Y SU CAUSA. SON DIAGNOSTICOS QUE PONEN A PRUEBA NUESTRA ----- PACIENCIA E INGENIO, DONDE SOLO LOS MAS CAPACITADOS, CONSIGUEN ---- DIAGNOSTICAR LOS CASOS REALMENTE DIFICILES; DE LO CONTRARIO EL ---- TESTIMONIO LAMENTABLE DE UN MAL DIAGNOSTICO, SON LOS PACIENTES ---- JOVENES DESDENTADOS POR EXTRACCIONES NO INDICADAS. UN BUEN ----- DIAGNOSTICO DENTAL ES EL RESULTADO DE LA EXPERIENCIA PERSONAL, POR LO TANTO, LA OBTENCION DE ESTA Y EL SABER APROVECHARLA ES MUY ----- IMPORTANTE.

DEBEMOS SEÑALAR QUE EL TENER CONOCIMIENTOS, INTERES, INTUICION, --- CURIOSIDAD, PACIENCIA Y AGUDEZA DE LOS SENTIDOS, SON CONDICIONES - INDISPENSABLES PARA QUE EL ODONTOLOGO LOGRE UN DIAGNOSTICO ACERTA - DO.

BONICA J.J. SEÑALA DE LAS VICTIMAS DEL DOLOR LO SIGUIENTE:

"EL PULSO DISMINUYE MIENTRAS LA PRESION Y EL RITMO REPIRATORIO AU-- MENTAN, LAS PUPILAS SE DILATAN, EL PACIENTE EXPERIMENTA NAUSEAS, -- DIGESTION LENTA Y SU FUNCION RENAL DISMINUYE. OTROS PACIENTES ----- SUFREN DE HISTERIA CON REACCION QUE VA DE LA DOCILIDAD A CUADROS -- INGOVERNABLES".

POR LO CUAL EL ODONTOLOGO DEBE CONOCER LOS EFECTOS FISICOS Y MENTA-- LES ORIGINADOS POR EL DOLOR INTENSO O PROLONGADO.

POR LO TANTO, EL CONOCIMIENTO ES LO MAS IMPORTANTE QUE DEBERA ----- POSEER, LO CUAL INCLUYE LAS CAUSAS LOCALES DEL DOLOR BUCAL.

EL ODONTOLOGO DEBE MOSTRAR INTERES POR EL PACIENTE Y SU PROBLEMA; -
LA INTUICION ES UNA CAPACIDAD QUE EN OCASIONES NOS PERMITE LOGRAR -
UN DIAGNOSTICO INMEDIATO DE UNA LESION POCO COMUN, DEBEMOS DESARRO-
LLAR UNA CURIOSIDAD NATURAL POR EL PACIENTE Y SU ENFERMEDAD, SI ---
DESEAMOS LLEGAR A CONSEGUIR EL DIAGNOSTICO ACERTADO.

EXISTEN ALGUNOS PACIENTES QUE SE QUEJAN DE UN DOLOR RARO QUE HAN --
PADECIDO DURANTE UN LARGO PERIODO, DE TAL MANERA NO ES POSIBLE UN -
DIAGNOSTICO INMEDIATO O EN CUESTION DE MINUTOS, POR LO QUE ES -----
NECESARIO TENER PACIENCIA.

EL ODONTOLOGO AL REALIZAR UN DIAGNOSTICO DEBE AGUDIZAR TODOS SUS --
SENTIDOS, SU MENTE DEBERA PASAR REVISTA A TODAS LAS POSIBLES CAUSAS
DEL DOLOR Y POSTERIORMENTE ELIMINAR UNA POR UNA HASTA ASI LLEGAR AL
DIAGNOSTICO CORRECTO Y ACERTADO.

DEL DOLOR SE DICE QUE ES UNO DE LOS PRIMEROS SINTOMAS DE LA -----
ENFERMEDAD QUE HA PREVISTO LA NATURALEZA. EL DOLOR OCUPA UN LUGAR -
ESPECIAL ENTRE TODAS LAS EXPERIENCIAS SENSORIALES POR MEDIO DE LAS
CUALES EL HOMBRE PUEDE DARSE CUENTA DE QUE PADECE UNA ENFERMEDAD.
LOS PADECIMIENTOS QUE EVOLUCIONAN SIN FASES DOLOROSAS SON INFIMOS;
Y EN MUCHOS EL DOLOR ES TAN CARACTERISTICO, QUE CUANDO ESTE NO ----
EXISTE HAY QUE PONER EN DUDA EL DIAGNOSTICO.

LA RESPONSABILIDAD DEL ODONTOLOGO ES EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO -
DEL DOLOR QUE AFECTA LAS ESTRUCTURAS BUCALES.

MUCHOS DE LOS CASOS SE RELACIONAN CON PIEZAS DENTALES, OTROS SE ---
ORIGINAN EN ENFERMEDADES DE LOS NERVIOS PROPIAMENTE DICHOS Y POR LO
TANTO, NO TIENEN UN VINCULO ESTRECHO ENTRE ELLOS.

POR LO MISMO, ES IMPORTANTE TENER CONOCIMIENTO DE TRASTORNOS QUE --
AFECTEN VIAS NERVIOSAS Y REGIONES ANATOMICAS ASOCIADAS CON LA -----
CAVIDAD BUCAL; Y ASI, DETERMINAR LA NATURALEZA DEL DOLOR Y TOMAR --
LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA ALIVIARLO.

EL DOLOR ES UN SINTOMA SUBJETIVO COMPLEJO CAUSADO POR DIFERENTES --
ALTERACIONES ORGANICAS O PSIQUICAS. ES POR LO GENERAL, EL QUE LLEVA
AL PACIENTE A CONSULTAR AL DENTISTA O AL MEDICO.

EL TEMA DE DOLOR DENTAL, SUS CAUSAS, TECNICAS DE DIAGNOSTICO Y DISCUSION DE LA PATOLOGIA DE SU ORIGEN HA SIDO DESCUIDADO.

EL ODONTOLOGO GENERAL DEBE TENER LA CAPACIDAD PARA CONFIRMAR O DESCARTAR TODO PROCESO DOLOROSO DE TEJIDOS DENTALES. CUANDO SE DIAGNOSTICA Y SE TRATAN CORRECTAMENTE LOS PROCESOS DOLOROSOS DENTALES, SE EVITA LA PERDIDA DE PIEZAS DENTALES.

ANTES DE TRATAR O COMPRENDER EL DOLOR BUCAL, ASI COMO EL DENTAL, SE DEBE TENER CONOCIMIENTOS SOBRE EL DOLOR EN GENERAL; TRATAREMOS EN FORMA BREVE EL FENOMENO DEL DOLOR.

QUE ES EL DOLOR? ARISTOTELES LO DESCRIBE COMO UN TORMENTO, UNA PASION DEL ALMA; Y NO COMO UNA EXPERIENCIA SENSITIVA ORDINARIA.

EN INVESTIGACIONES SE HA DEMOSTRADO QUE EL DOLOR SE TRANSMITE POR ORGANOS TERMINALES Y VIAS NERVIOSAS SEPARADAS DE LOS SENTIDOS.

SE PUEDE DEFINIR AL DOLOR COMO UNA SENSACION DESAGRADABLE CREADA POR UN ESTIMULO POR VIAS NERVIOSAS ESPECIFICAS, ENVIADA HASTA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (S.N.C.) DONDE ES INTERPRETADO COMO TAL.

LOS ESTIMULOS ACTUAN SOBRE UN SISTEMA DE FIBRAS AFERENTES, LOS RECEPTORES DEL DOLOR.

EL DOLOR PRODUCIDO POR UN ESPASMO MUSCULAR LO USAREMOS COMO EJEMPLO DE ESTIMULO NOCIVO (PUEDEN SER EMOCIONALES).

SE ESTABLECE UN CICLO DE CONTRACCIONES QUE LLEVAN AL DOLOR; LOS ESTIMULOS PASAN AL S.N.C., DONDE SE PRESENTA LA INFORMACION Y SE ENVIA A DIFERENTES ORGANOS EFERENTES, COMO TEJIDO MUSCULAR Y GLANDULAR QUE REACCIONA POR MEDIO DE LA CONTRACCION O LA SECRECION.

LOS ESTIMULOS NOCIVOS DE LARGA DURACION PUEDEN PRODUCIR CONTRACCIONES MUSCULARES PROLONGADAS, QUE A SU VEZ PRODUCEN LA ACUMULACION DE IONES DE POTASIO QUE ACTUA NUEVAMENTE COMO ESTIMULO NOCIVO PARA LOS RECEPTORES DEL DOLOR PROPIAMENTE DICHO. ASI SE PERPETUA EL CICLO DOLOR-ESPASMO-DOLOR-ESPASMO; Y ESTE CICLO PUEDE PERSISTIR AUN DESPUES QUE EL ESTIMULO NOCIVO PRIMARIO HAYA DESAPARECIDO.

MONHEIM, SEÑALA DOS ASPECTOS DEL DOLOR:

1.- PERCEPCION DEL DOLOR

2.- REACCION AL DOLOR

LA PERCEPCION ES RELATIVAMENTE CONSTANTE EN TODAS LAS PERSONAS, ---
MIENTRAS QUE LA REACCION ES VARIABLE EN LOS INDIVIDUOS, EN DIFEREN-
TES MOMENTOS.

LA NEURONA ES EL ELEMENTO BASICO DEL SISTEMA NERVIOSO, ESTA SE COM-
PONE DE: CUERPO CELULAR, AXON, DENTRITAS. EN EL INTERIOR DEL CUERPO
CELULAR DE LA NEURONA ESTA EL NUCLEO Y DIVERSAS ESTRUCTURAS CITO---
PLAMATICAS, NEUROPLASMA, MITOCONDRIAS, NEUROFIBRILLAS, APARATO DE -
GOLGI, RETICULO ENDOPLASMICO, LISOSOMAS E INCLUSIONES PIGMENTARIAS.
EL SISTEMA NERVIOSO SE COMPONE DE NEURONAS DE DIFERENTES FORMAS Y -
TAMAÑOS, TODAS PRESENTAN 3 PROPIEDADES CARACTERISTICAS:

- 1.- TIENE CAPACIDAD ESPECIFICA PARA "REACCIONAR A ESTIMULOS"
- 2.- SON CAPACES DE "TRANSMITIR SUS EXCITACIONES".
- 3.- TIENEN CAPACIDAD DE "EXCITAR" CELULAS RECEPTORAS, SEAN ----
NEURONAS O CELULAS MUSCULARES O GLANDULARES.

LA UNION DE DOS NEURONAS SE LE LLAMA SINAPSIS, LO CUAL ES DE GRAN -
IMPORTANCIA, YA QUE ES CONECTOR INTEGRAL DE NEURONAS. A DIFERENCIA
DEL AXON QUE ES INFALIBLE.

LA SINAPSIS ES FATIGABLE. LO IMPORTANTE DEL IMPULSO NERVIOSO ES EL
ESTABLECIMIENTO DE UN POTENCIAL A TRAVES DE LA MEMBRANA CELULAR DE
PERMEABILIDAD SELECTIVA MEDIANTE EL PROCESO METABOLICO "BOMBA DE -
SODIO". ESTE MECANISMO FORMA DIFERENCIA DE CONCENTRACION ENTRE ----
IONES POSITIVOS Y NEGATIVOS DE AMBOS LADOS DE LA MEMBRANA, LA SEPA-
RACION DE CARGAS IONICAS LO CONSTITUYE EL POTENCIAL DE REPOSO.
UN POTENCIAL DE ACCION ES GENERADO POR GRAN VARIEDAD DE ESTIMULOS -
EXTERNOS COMO: PRESION, CALOR, LUZ, FUERZA MECANICA O ESTIMULOS ---
ELECTRICOS.

EL DOLOR ES PRODUCIDO POR ESTIMULACIONES APROPIADAS DE LOS RECEPTO-
RES O TERMINACIONES NERVIOSAS LIBRES (TERMINACIONES DESNUDAS-NO ---
CAPSULADAS); QUE SE ENCUENTRAN POR LO GENERAL EN TODAS LAS ESTRUC--
TURAS DEL ORGANISMO, SE HAYAN EN CAPAS SUPERFICIALES DE LA PIEL O -
MEMBRANA MUCOSA DE LOS MAXILARES, EN PERIOSTIO, EN PULPA DENTARIA Y
ZONAS DE LA DENTINA DE PIEZAS DENTALES.

EL DOLOR NACE A PARTIR DEL RECEPTOR DEL DOLOR ESTIMULADO POR CUAL--
QUIER AGENTE NOCIVO NO ESPECIFICO QUE CAUSE LESION DESTRUCTIVA EN -
CELULAS O TEJIDOS QUE RODEEN A DICHS RECEPTORES.

ASI, EL DOLOR NO ES PRODUCIDO POR ESTIMULACION DIRECTA DE FIBRAS --
NERVIOSAS, SINO POR TRASTORNOS DE TEJIDOS QUE LLEVA A LA GENERACION
DE UN POTENCIAL DE ACCION EN LA PARTE EXTREMA TERMINAL DE LA FIBRA.
LOS IMPULSOS DOLOROSOS EN LA BOCA SE TRANSMITEN AL S.N.C., POR ----
FIBRAS AFERENTES QUE VAN POR RAICES POSTERIORES DE LOS NERVIOS ----
TRIGEMINO V PAR CRANEAL, FACIAL III, GLOsofaringeo IX Y VAGO X.
LA SINAPISIS INICIAL COMIENZA CON NEURONAS TRIGEMINAS DEL 2º ORDEN.
LA SINAPISIS FINAL OCURRE CON NEURONAS TRIGEMINAS DEL 3º ORDEN.

C A P I T U L O I

N E R V I O T R I G E M I N O

ESTE NERVIOS ES MIXTO, UNA DE SUS RAMAS RECOGE LA SENSIBILIDAD GENERAL DE LA CARA, Y POR OTRA RAMA ACTIVA MUSCULOS MASTICADORES.

ORIGEN REAL: EL ORIGEN SENSITIVO SE ORIGINA EN EL GANGLIO DE GASSER (MASA SENSITIVA PLANA) SITUADA EN LA FOSITA OVAL DE GASSER, EN LA CARA ANTERO-SUPERIOR DE LA ROCA Y ENVUELTA POR UN DESDOBLAMIENTO DE LA DURAMADER LLAMADO CAVUM DE MECKEL.

DEL BORDE ANTERIOR CONVEXO SE DESPRENDEN TRES RAMAS QUE DAN ORIGEN: POR ATRAS AL NERVIOS OFTALMICO, EN SU PARTE MEDIA AL NERVIOS MAXILAR Y EN EL LADO EXTERNO AL NERVIOS MANDIBULAR. DE ESTE GANGLIO SALE LA RAIZ SENSITIVA QUE PENETRA EN LA PROTUBERANCIA, TERMINANDO EN UNA COLUMNA GRIS BULBO PROTUBERANCIAL LLAMADA NUCLEO DE TERMINACION DEL TRIGEMINO, QUE PROLONGA EN EL BULBO Y EN LA PROTUBERANCIA LA CABEZA POSTERIOR DE LA SUSTANCIA GRIS MEDULAR.

ORIGEN MOTOR: LAS FIBRAS MOTRICES NACEN DE CELULAS DE DOS NUCLEOS MASTICADORES: EL PRINCIPAL SITUADO EN SUBSTANCIA RETICULAR GRIS DE LA PROTUBERANCIA.

EL ACCESORIO SITUADO ENCIMA DE PRECEDENTE (ANTERIOR) EN EL MECENFALO.

ORIGEN APARENTE: LAS DOS RAICES SALEN EN EL LIMITE DE LA PROTUBERANCIA ENTRE SU CARA LATERAL Y LOS PEDUNCULOS CEREVELOLOS MEDIOS. LA RAIZ MOTORA MAS PEQUEÑA QUE LA SENSITIVA, SALE DEL NEUROEJE POR DETRAS DE ESTA ULTIMA. DESDE ESTE PUNTO SE DIRIGEN AMBAS RAICES Y ALCANZAN AL GANGLIO DE GASSER POR SU BORDE POSTERIOR Y PENETRAN POR SU CARA INFERIOR.

EL NERVIOS TRIGEMINO EMITE TRES RAMAS QUE SON: NERVIOS OFTALMICO, NERVIOS MAXILAR SUPERIOR Y NERVIOS MAXILAR INFERIOR O MANDIBULAR.

NERVIOS OFTALMICO: PRIMERA RAMA DEL TRIGEMINO SOLO ES SENSITIVA, NACE DE LA PARTE ANTERO-INTERNA DEL GANGLIO DE GASSER; SE DIRIGE HACIA ADELANTE ALCANZANDO PARED EXTERNA DEL SENO CAVERNOSO Y ANTES

DE PENETRAR A LA HENDIDURA ESFENOIDAL SE DIVIDE EN TRES RAMAS:

LAGRIMAL, FRONTAL Y NASAL.

NERVIO LAGRIMAL: PENETRA EN LA ORBITA, SE DISTRIBUYE POR GLANDULA LAGRIMAL, GLANDULA CONJUNTIVA Y PIEL QUE CUBRE PARTE EXTERNA QUE -- CUBRE PARPADO SUPERIOR.

NERVIO FRONTAL: PENETRA EN LA ORBITA POR LA PARTE ANCHA DE LA --- HENDIDURA ESFENOIDAL POR FUERA DEL ANILLO DE DE ZINN Y DEL ----- PATETICO, SALE POR EL AGUJERO SUPRA-ORBITARIO, SE DISTRIBUYE POR LA FRENTE Y CUERO CABELLUDO, POR SENO FRONTAL Y PIEL QUE CUBRE PARPADO SUPERIOR.

NERVIO NASAL, LLAMADO TAMBIEN NASOCILIAR: PENETRA TAMBIEN POR SU PARTE ANCHA DE LA HENDIDURA ESFENOIDAL Y PASA POR EL ANILLO DE ZINN Y SE DIVIDE EN DOS RAMAS TERMINALES: NERVIO NASAL INTERNO Y ----- EXTERNO. ESTOS SE DISTRIBUYEN POR FOSAS NASALES, EMITIENDO RAMOS -- FACIALES QUE VAN A LA PIEL DE LA NARIZ HASTA LA PUNTA DONDE FORMA - AL NERVIO NASO-LOBAR.

1.- N E R V I O M A X I L A R S U P E R I O R

ES UN NERVIO SENSITIVO SE DESPRENDE DEL GANGLIO DE GASSER POR FUERA DEL OFTALMICO. SALE DEL CRANEO POR EL AGUJERO REDONDO MAYOR Y ALCANZA LA FOSA PTERIGOMAXILAR, SALE DE ESTA PARA PENETRAR POR EL CANAL INFRAORBITARIO, SITUADO EN LA PARED INFERIOR DE LA CAVIDAD ORBITARIA, DESEMBOCANDO EN FOSA CANINA POR EL AGUJERO INFRAORBITARIO; EN SU TRAYECTO EMITE SEIS RAMAS COLATERALES.

A) RAMO MENINGEO MEDIO: SALE DE LA PORCION INTRACRANEAL DEL NERVIO Y SE DIRIGE A LA DURAMADRE.

B) RAMO ORBITARIO: NACE EN LA FOSA PTERIGOMAXILAR, ATRAVIEZA HENDIDURA ESFENO-MAXILAR, ANASTOMOSANDOSE CON UN RAMO CON UN RAMO DEL -- NERVIO LAGRIMAL.

C) NERVIO ESFENO-PALATINO: PASA POR UN LADO DEL GANGLIO ----- ESFENO-PALATINO AL CUAL ESTA LIGADO Y LE PROPORCIONA RAMOS ANASTO--

MOTICOS, SE DIVIDE EN NUMEROSAS RAMAS TERMINALES DESTINADAS A LA --
ORBITA, EMITE LOS NERVIOS NASALES SUPERIORES, NASO-PALATINOS, -----
PTERIGO-PALATINOS, PALATINO ANTERIOR, PALATINO MEDIO Y PALATINO ---
POSTERIOR.

D) RAMO DENTARIO POSTERIOR: EN NUMERO DE 2 O 3 SE INTRODUCEN POR --
LOS AGUJEROS DENTARIOS POSTERIORES QUE SE ENCUENTRAN EN LA TUBERO--
SIDAD MAXILAR Y ANASTOMOSANDOSE FORMAN POR ENCIMA DE LOS MOLARES Y
PREMOLARES UN PLEXO DENTARIO QUE PROPORCIONAN RAMOS A LAS RAICES DE
TODOS LOS MOLARES SUPERIORES, AL HUESO MAXILAR Y SU MUCOSA.

E) NERVIIO DENTARIO MEDIO: NACE DETRAS DEL CANAL INFRAORBITARIO, ---
DESDE AHI DESCIENDE HASTA EL PLEXO DENTARIO, CONFUNDIENDOSE CON ---
DENTARIO POST.

F) RAMO DENTARIO ANTERIOR: NACE EN EL CONDUCTO INFRAORBITARIO Y SE
INTRODUCE POR LAS RAICES DE INCISIVOS Y CANINOS.

RAMAS TERMINALES: NERVIIO INFRAORBITARIO SE DIVIDE AL SALIR DEL CON-
DUCTO INFRAORBITARIO EN RAMAS DESTINADAS A INERVAR PARPADO -----
INFERIOR, LABIOS Y FOSAS NASALES.

2.- N E R V I O M A X I L A R I N F E R I O R

TAMBIEN ES LLAMADO NERVIIO MANDIBULAR.

ES UN NERVIIO MIXTO, RESULTA DE LA UNION DE DOS RAICES; UNA GRUESA Y
SENSITIVA QUE NACE DEL BORDE ANTERO-EXTERNO DEL GANGLIO DE GASSER,-
POR FUERA DEL NERVIIO MAXILAR, Y DE UNA RAIZ DELGADA Y MOTORA SITUA-
DA DEBAJO DE LA ANTERIOR QUE ES LA RAIZ MOTORA DEL TRIGEMINO.

SALE DEL CRANEO POR EL AGUJERO OVAL, POR DEBAJO DEL AGUJERO, SE ---
DIVIDE EN DOS RAMAS: ANTERIOR Y POSTERIOR.

LAS RAMAS DEL TRONCO TERMINAL ANTERIOR SON EN NUMERO DE TRES.

A) NERVIIO TEMPORAL BUCAL: PASA ENTRE LOS DOS HACES DEL MUSCULO ----
PTERIGOIDEO EXTERNO Y SE DIVIDE EN NERVIIO TEMPORAL PROFUNDO -----
ANTERIOR DESTINADO A LA PARTE ANTERIOR DEL MUSCULO TEMPORAL Y AL --

NERVIO BUCAL QUE ES SENSITIVO DESCIENDE POR DETRAS DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR E INERVA PIEL Y MUCOSA DE LAS MEJILLAS.

B) NERVIO TEMPORAL PROFUNDO MEDIO: SE DIRIGE HACIA AFUERA ENTRE EL PTERIGOIDEO Y EL ALA MAYOR DEL ESFENOIDES, Y TERMINA EN PARTE MEDIA DEL MUSCULO TEMPORAL.

C) NERVIO TEMPORO-MASETERICO: DESTINADO A INERVAR MUSCULO MASETERO Y PARED POSTERIOR DEL MUSCULO TEMPORAL DE DONDE DERIVA UNA RAMA --- PARA LA ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR (A.T.M.).

LAS RAMAS DEL TRONCO TERMINAL POSTERIOR EMITE CUATRO RAMAS:

A) TRONCO COMUN DEL NERVIO PTERIGOIDEO INTERNO, DEL PERISTAFILINO - EXTERNO Y DEL MUSCULO DEL MARTILLO.

B) NERVIO AURICULO TEMPORAL

C) NERVIO DENTARIO INFERIOR: ES EL MAS VOLUMINOSO, VA HACIA ABAJO, ALCANZA EL ORIFICIO DENTARIO INFERIOR JUNTO A LA ESPINA DE SPIX, - CAMINA POR EL CONDUCTO DENTARIO HASTA EL AGUJERO MENTONEANO, DENTRO DEL CONDUCTO DENTARIO EMITE RAMAS DESTINADAS INERVAR MOLARES, ----- PREMOLARES Y CANINOS. A SU SALIDA LAS RAMAS INERVAN A LA REGION --- MENTONEANA.

D) NERVIO LINGUAL: SE ANASTOMOSA CON NERVIO FACIAL LLAMADO NERVIO - DE LA CUERDA DEL TIMPANO, SE COLOCA BAJO MUCOSA GINGIVO-LINGUAL, -- POR ENCIMA DE LA GLANDULA Y GANGLIO SUB-MANDIBULAR, SUB-LINGUAL POR INTERMEDIO DE LOS GANGLIOS NERVIOSOS.

GANGLIOS NERVIOSOS ANEXOS A LAS TRES RAMAS DEL NERVIO TRIGEMINO, SE ENCUENTRAN PEQUEÑOS GANGLIOS.

A) GANGLIO OFTALMICO O CILIAR PARA EL NERVIO OFTALMICO

B) GANGLIO ESFENO PALATINO O DE MECKEL PARA EL NERVIO MAXILAR

C) GANGLIO OPTICO PARA EL NERVIO MANDIBULAR.

SE DICE QUE CADA UNO DE ESTOS GANGLIOS RECIBE UNA RAMA MOTORA, UNA SENSITIVA Y UNSA SIMPATICA.

C A P I T U L O I I

P U L P I T I S

LA PULPA DENTAL ES UN TEJIDO CONECTIVO DELICADO. INTERCALADO CON --
VASOS SANGUINEOS, VASOS LINFATICOS, NERVIOS MIELINIZADOS Y AMIELINI-
ZADOS, ASI COMO CELULAS CONECTIVAS INDIFERENCIADAS.

REACCIONA CON LA INFLAMACION A UN IRRITANTE NOCIVO COMO INFECCION -
BACTERIANA U OTRO ESTIMULO, COMO CUALQUIER TEJIDO CONECTIVO DEL ---
CUERPO.

SEGUN LA IMPORTANCIA Y DURACION DEL AGENTE IRRITANTE PUEDE SUFRIR -
LA PULPA CAMBIOS INFLAMATORIOS AGUDOS O CRONICOS CON GRADOS VARIA--
BLES DE DEGENERACION QUE PUEDEN TERMINAR EN NECROSIS, SUPURACION O
GANGRENA. LOS CAMBIOS DE LA PULPA SON REVERSIBLES SI SE ELIMINA AL
IRRITANTE A TIEMPO.

EL CONFINAMIENTO DE LA PULPA EN UNA CAVIDAD CERRADA, PROVOCA AUMEN-
TO DE PRESION DEL TEJIDO INTRAPULPAR, QUE TIENE IMPORTANCIA PARA LA
FISIOLOGIA DE LA PULPA Y EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD.

LA REACCION INFLAMATORIA Y LOS CAMBIOS DEL TEJIDO INTRAPULPAR SON -
CAUSA DEL DOLOR; INTERESA SEÑALAR QUE EL DOLOR ES LA UNICA RESPUES-
TA DE LA PULPA A LOS ESTIMULOS.

LA CARIES ES CAUSA PRINCIPAL DE LA PULPITIS EN CASOS AVANZADOS Y NO
TRATADOS, PROVOCA CAMBIOS IRREVERSIBLES DE LA PULPA, QUE TERMINA EN
NECROSIS, ESTE TEJIDO PULPAR NECROTICO SE ELIMINA CON TRATAMIENTO -
ENDODONTICO.

(TRATAMIENTO DE CONDUCTOS RADICULARES)

OTRAS CAUSAS DE PULPITIS PUEDEN SER: PREPARACION DEL DIENTE, MATE--
RIALES DENTALES, EROSION, FRACTURA DE LA SUPERFICIE DEL DIENTE, ---
IRRITANTES LOCALES Y CAMBIOS DEPENDIENTES DE PROCESOS GENERALES ---
COMO: FALTA DE VITAMINA "A" Y "C", HIPER O HIPOTIROIDISMO Y FALTA -
DE PROTEINAS.

LA PULPITIS SE CONSIDERA DE SUMA IMPORTANCIA, PUES CORRESPONDE A UN
PERIODO DE SUCESION DE FENOMENOS, QUE COMIENZA EN SUPERFICIE DEL --

-DIENTE EN FORMA DE CARIES Y PUEDE LLEGAR A UNA INFECCION GRAVE DE MAXILARES CON SECUELAS GENERALES DEBILITANTES.

(NO SE HARA CLASIFICACION DE PULPITIS, SALVO LO QUE SE FUNDAMENTA EN LA DURACION DEL PROCESO).

1 .- P U L P I T I S R E V E R S I B L E F O C A L

UNA DE LAS FORMAS MAS INCIPIENTES ES LA LLAMADA: PULPITIS REVERSIBLE FOCAL CONOCIDA ANTERIORMENTE COMO HIPEREMIA PULPAR. SIN EMBARGO SABEMOS QUE LA DILATACION VASCULAR SE PUEDE PRODUCIR POR LA ACCION DE BOMBEO DURANTE LA EXTRACCION DENTAL O COMO CONSECUENCIA DE IRRITACION DENTAL O PULPAR PATALOGICAMENTE. POR LO TANTO, ESTA PULPITIS TRANSITORIA LEVE SE LOCALIZA PRINCIPALMENTE EN LOS EXTREMOS DE LOS TUBULOS DENTINARIOS IRRITADOS, Y ES CONOCIDA COMO REVERSIBLE FOCAL.

LAS CARACTERISTICAS DE UN DIENTE CON PULPITIS FOCAL, PRESENTA SENSIBILIDAD A CAMBIOS TERMICOS. PARTICULARMENTE AL FRIO, LA APLICACION DEL HIELO O LIQUIDO FRIO GENERARA DOLOR, QUE DESAPARECERA AL RETIRAR EL AGENTE CAUSAL O IRRITANTE, EN ESTE CASO EL HIELO O LIQUIDO FRIO, O AL ALCANZAR SU TEMPERATURA NORMAL.

TAMBIEN REACCIONA A LA ESTIMULACION CON EL PROBADOR PULPAR ELECTRICO ACCIONADO A BAJA CORRIENTE, LO CUAL INDICA QUE EL UMBRAL DOLOROSO ES MAS BAJO (O LA SENSIBILIDAD ES MAYOR) QUE LA DEL DIENTE NORMAL.

LOS DIENTES AFECTADOS ASI SUELEN PRESENTAR CARIES PROFUNDAS, RESTAURACIONES METALICAS GRANDES CON MARGENES DEFECTUOSOS O SIN AISLACION ADECUADA.

SE CONSIDERA A LA PULPITIS FOCAL COMO UNA LESION REVERSIBLE SIEMPRE Y CUANDO EL IRRITANTE SE ELIMINE ANTES DE DAÑAR INTENSAMENTE A LA PULPA.

POR LO TANTO ES IMPORTANTE ELIMINAR CARIES Y REEMPLAZAR OBTURACIONES DEFECTUOSAS LO ANTES POSIBLE. DE LO CONTRARIO, TERMINARA

PRODUCIENDO UNA LESION SEVERA DE LA PULPA.

2.- P U L P I T I S A G U D A

LA INFLAMACION AGUDA GENERALIZADA DE LA PULPA DENTAL, ES UNA -----
SECUELA FRECUENTE DE LA PULPITIS FOCAL REVERSIBLE, TAMBIEN PUEDE --
OCURRIR COMO MOLESTIA AGUDA DE UN PROCESO INFLAMATORIO CRONICO. EN-
TRE PULPITIS AGUDA Y CRONICA EXISTEN DIFERENCIAS CLINICAS SIGNIFI-
CATIVAS.

LA PULPITIS AGUDA SUELE PRODUCIRSE EN DIENTES CON CARIES O RESTAU--
RACIONES GRANDES, O EN DEFECTUOSAS CON CARIES RECIDIVENTE.

AUN EN SUS FASES PRIMARIAS, EN LA REACCION AFECTA UNA PORCION DE -
PULPA, POR LO GENERAL ES UNA ZONA QUE ESTA BAJO LA CARIES, CAMBIOS
TERMICOS EN ESPECIAL EL FRIJO QUE GENERA DOLOR RELATIVAMENTE INTENSO
ES CARACTERISTICO QUE EL DOLOR PERSISTA AUN DESPUES QUE EL ESTIMULO
TERMICO HA DESAPARECIDO O A SIDO RETIRADO.

AUNQUE LA MAYORIA DE LOS PACIENTES CON CUALQUIER TIPO DE PULPITIS, -
PRESENTA UN AUMENTO DE SENSIBILIDAD AL FRIJO Y CALOR. LA INTENSIDAD
DEL DOLOR SOLO TIENE RELACION PARCIAL CON LA MAGNITUD DE LA -----
REACCION INFLAMATORIA; OTROS FACTORES INCLUYEN EXPERIENCIAS -----
PREVIAS, EMOCIONES DEL PACIENTE.

COMO GRAN PROPORCION DE LA PULPA ES AFECTADA POR FORMACION DE -----
ABSCEJO INTRAPULPAR, EL DOLOR PUEDE SER MAS INTENSO, DESCRITO COMO
LANCINANTE O PUNZANTE; PUEDE SER EL DOLOR CONTINUO Y SU INTENSIDAD
AUMENTA CUANDO EL PACIENTE ESTA ACOSTADO. LA APLICACION DEL CALOR -
PUEDE CAUSAR UNA EXACERBACION AGUDA DE DOLOR.

CUANDO SE PRODUCE LA NECROSIS DE LA PULPA, LA SENSIBILIDAD SE -----
PIERDE, ES MAS FACTIBLE QUE HAYA DOLOR INTENSO CUANDO LA ENTRADA A
LA PULPA ENFERMA NO ES AMPLIA, LA PRESION AUMENTA DEBIDO A FALTA --
DE SALIDA DEL EXUDADO INFLAMATORIO Y HAY UNA RAPIDA EXPANSION DE LA
INFLAMACION A LA PULPA CON DOLOR Y NECROSIS. MIENTRAS LA INFLAMA---
CION O NECROSIS NO SE EXTIENDA MAS ALLA DEL TEJIDO PULPAR, POR EL -

APICE RADICULAR EL DIENTE NO ES SENSIBLE A LA PERCUSION. EN CAVIDADES ABIERTAS Y GRANDES NO HAY OPORTUNIDAD DE QUE SE ORIGINE UNA -- GRAN PRESION, ASI EL PROCESO INFLAMATORIO NO TIENDE A EXTENDERSE -- POR LA PULPA; EN ESTE CASO EL DOLOR EXPERIMENTADO ES SORDO Y PULSATIL Y EL DIENTE SIGUE SENSIBLE A CAMBIOS TERMICOS.

EL PACIENTE CON UNA PULPITIS AGUDA INTENSA, SE ENCUENTRA MUY MOLESTO Y LEVEMENTE ENFERMO, SUELE SENTIRSE APRENSIVO Y DESEOSO DE ----- ATENCION INMEDIATA. SI LA PULPA ESTA CERRADA, SE GENERA UNA PRESION Y EL TEJIDO PULPAR EXPERIMENTA UNA DESINTEGRACION RAPIDA; SE PUEDEN FORMAR VARIOS ABSCESOS PEQUEÑOS Y TODA LA PULPA SUPRE LICUEFACCION Y NECROSIS, ESTO SE DENOMINA PULPITIS SUPURATIVA AGUDA.

LA PULPA EN LA ULTIMA FASE DE PULPITIS, PROSIGUE LA INVASION DE --- CRIES CONTENIENDO GRAN CANTIDAD DE BACTERIAS, POR LO GENERAL, FORMA UNA POBLACION MIXTA Y CONSISTE DE LAS QUE SE ENCUENTRAN EN BOCA. SU TRATAMIENTO Y PRONOSTICO PARA LA PULPITIS AGUDA QUE ABARCA MAYOR PARTE DE TEJIDO PULPAR, NO HAY TRATAMIENTO QUE SEA CAPAZ DE CONSERVAR LA PULPA.

UNA VEZ PRESENTADO ESTE GRADO DE LESION EL DAÑO ES IRREVERSIBLE, -- PUEDE ESTAR EN LATENCIA Y SE CONVIERTE EN CRONICA, ESTO ES RARO, -- SOLO EN PERSONAS CON GRAN RESISTENCIA HISTICA O EN CASOS DE INFECCION POR MICROORGANISMOS DE BAJA VIRULENCIA.

EN CASOS INCIPIENTES DE PULPITIS AGUDA, QUE AFECTA SOLO UNA ZONA -- LIMITADA DEL TEJIDO, HAY INDICIOS QUE LA PULPOTOMIA (ELIMINACION DE PULPA CORONARIA O CAMARA PULPAR) O LA COLOCACION DE UN MATERIAL --- BLANDO COMO HIDROXIDO DE CALCIO PURO, QUE FAVORECE LA CALCIFICACION EN LA ENTRADA DE LOS CONDUCTOS RADICULARES PUEDE RESULTAR Y MANTENER LA SOBREVIVENCIA DEL DIENTE; ESTA TECNICA SE USA EN EXPOSICIONES PULPARES MECANICAS SIN INFECCION.

LOS DIENTES CON PULPITIS AGUDA, PUEDEN SER TRATADOS MEDIANTE LA --- ENDODONCIA (ELIMINACION DE PULPA RADICULAR Y CORONARIA) Y LA ----- OBTURACION DE LOS CONDUCTOS RADICULARES CON UN MATERIAL INERTE.

CUANDO SE ABRE LA PULPA PARA EVACUAR EL PUS, SUELE ESCAPAR UNA GOTTA

DE LIQUIDO AMARILLENTO Y CUANDO SE LLEVA A CABO LA OPERACION SIN --
ANESTESIA, EL PACIENTE EXPERIMENTA INMEDIATO ALIVIO DEL DOLOR.
PARA REALIZAR EL TRATAMIENTO ENDODONTICO, SE DISPONE DE UNA CONSI--
DERABLE CANTIDAD DE TECNICAS.

3.- P U L P I T I S C R O N I C A

COMO SE MENCIONO EN EL CAPITULO ANTERIOR, LA FORMA CRONICA PUEDE --
ORIGINARSE EN UNA PULPITIS AGUDA PREVIA CUYA ACTIVIDAD ENTRO EN ---
LATENCIA.

PERO ES MAS FRECUENTE QUE SEA UNA LESION DE TIPO CRONICO DESDE EL -
COMIENZO. EN LA MAYORIA DE LAS AFECCIONES CRONICAS, LOS SIGNOS Y --
SINTOMAS SON MAS LEVES QUE LOS DE FORMA AGUDO.

LA PULPITIS CRONICA ES TAMBIEN CLASIFICADA EN ABIERTA Y CERRADA, --
PERO COMO EN LA AGUDA, LA CLASIFICACION ES ARTIFICIAL.

CARACTERISTICAS CLINICAS: EL DOLOR NO ES UN RASGO NOTABLE DE ESTA -
ENFERMEDAD, AUNQUE A VECES EL PACIENTE SE QUEJE DE UN DOLOR LEVE Y
APAGADO QUE CON FRECUENCIA ES INTERMITENTE Y NO CONTINUO. LA -----
REACCION A CAMBIOS TERMICOS ES MENOR QUE EN PULPITIS AGUDA, A CAUSA
DE LA DEGENERACION DEL TEJIDO NERVIOSO EN LA PULPA AFECTADA DURANTE
UN PERIODO PROLONGADO, EL UMBRAL DE ESTIMULACION POR EL PROBADOR --
PULPAR ELECTRICO ES ELEVADO, A DIFERENCIA DE LA PULPITIS AGUDA EN -
LA CUAL SUELE DESCENDER.

LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE LA PULPITIS CRONICA NO SON -----
ACENTUADAS Y PUEDE HABER UNA LESION GRAVE EN LA PULPA EN AUSENCIA -
DE SINTOMAS SIGNIFICATIVOS. HASTA CON CARIES AMPLIA Y EXPOSICION DE
LA PULPA AL MEDIO AMBIENTE BUCAL, EXISTE RELATIVAMENTE POCO DOLOR.
EL TEJIDO PULPAR EXPUESTO PUEDE SER MANIPULADO POR UN INSTRUMENTO -
PEQUEÑO AUNQUE HAYA SANGRADO, EL DOLOR SUELE ESTAR AUSENTE.

LA PULPA PUEDE LLEGAR A NECROSARSE SIN DOLOR. LA PULPA PUEDE PRE---
SENTAR AISLAMIENTO DE INFECCION MEDIANTE EL DEPOSITO DE COLAGENO,-

ALREDEDOR DE LA ZONA INFLAMADA. LA REACCION HISTICA PUEDE PARECER -
FORMACION DE TEJIDO DE GRANULACION, CUANDO ESTO OCURRE EN SUPERFI--
CIAS DE TEJIDO PULPAR EXPUESTO, SE LE LLAMA PULPITIS ULCERATIVA. EN
CASOS LA REACCION PULPAR OSCILARA ENTRE FASES AGUDA Y CRONICA, ES -
VALIDO PARA INFLAMACION DIFUSA Y LA PULPOTATIA QUE SE CARACTERIZA -
POR FORMACION DE PEQUEÑOS ABSCESOS.

POR LO TANTO, UNA PULPA CON ABSCESOS ENTRA EN LA TECNICA Y ES -----
RODEADA POR UNA PARED DE TEJIDO CONECTIVO.

CASI SIEMPRE LA PULPA TERMINA POR SER AFECTADA EN SU TOTALIDAD, POR
EL PROCESO DE INFLAMACION CRONICA, ESTO PUEDE TOMAR MUCHO TIEMPO Y
PRESENTAR POCOS SINTOMAS APRECIABLES.

EL TRATAMIENTO NO CAMBIA MUCHO DEL DE LA PULPITIS AGUDA.

LA INTEGRIDAD DEL TEJIDO PULPAR VA PERDIENDO Y SE REQUIERE EL TRATA
MIENTO ENDODONTICO O LA EXTRACCION DE LA PIEZA DENTAL DAÑADA.

C A P I T U L O I I I

D O L O R P O R E N F E R M E D A D E N T E J I D O P E R I A P I C A L

UNA VEZ ESTABLECIDA LA INFECCION EN LA PULPA, EL AVANCE DEL PROCESO SOLO TOMA UNA DIRECCION, ATRAVES DEL CONDUCTO RADICULAR HASTA LA -- ZONA PERIAPICAL, AQUI SE PRODUCEN CANTIDAD DE REACCIONES TISULARES SEGUN LA VARIEDAD DE CIRCUNSTANCIAS.

ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA QUE LAS LESIONES PERIAPICALES NO ---- REPRESENTAN ENTIDADES INDIVIDUALES, NI DISTINTAS, SINO MAS BIEN, -- HAY UNA TRANSFORMACION SUTIL DE UN TIPO DE LESION A OTRA, ADEMAS -- HAY QUE TENER EN CUENTA QUE EN ALGUNAS LESIONES ES POSIBLE QUE HAYA CIERTO GRADO DE REVERSIBILIDAD.

1.- A B S C E S O P E R I A P I C A L

TAMBIEN LLAMADO ABSCESO DENTOALVEOLAR Y ABSCESO ALVEOLAR.

ES UN PROCESO SUPURATIVO AGUDO Y CRONICO DE ZONA PERIAPICAL DENTAL. PUEDE SER PRODUCTO DE INFECCION O CARIES E INFECCION PULPAR, ----- TAMBIEN PUEDE APARECER DESPUES DEL TRATAMIENTO DENTAL QUE OCASIONE LA NECROSIS PULPAR, O POR IRRITACION DE TEJIDOS PERIAPICALES POR -- MANIPULACION MECANICA O APLICACION DE SUSTANCIAS QUIMICAS EN PROCE- DIMIENTOS ENDODONTICOS.

EL ABSCESO PUEDE FORMARSE COMO PERIODONTITIS APICAL AGUDA A CAUSA - DE UNA PULPITIS AGUDA, PERO ES MAS FRECUENTE QUE SE FORME EN ZONAS DE INFECCION COMO EL GRANULOMA PERIAPICAL.

EL ABSCESO PERIAPICAL AGUDO PRESENTA INFLAMACION AGUDA DEL ----- PERIODONTO APICAL. MIENTRAS ESTE ABSCESO ESTE LIMITADO A LA REGION PERIAPICAL INMEDIATA, ES RARO QUE HAYA MANIFESTACIONES GENERALES -- INTENSAS, AUNQUE SI PUEDE HABER LINFADENITIS REGIONAL Y FIEBRE, Y - ES FRECUENTE LA EXTENSION HACIA ESPACIOS MEDULARES DEL HUESO ----- ADYASCENTE, LO CUAL PRODUCE LA OSTEOMIELITIS, PERO ESTO SE -----

CONSIDERA DESDE EL PUNTO DE VISTA CLINICO COMO ABSCESO -----
DENTOALVEOLAR. ENTONCES LAS CARACTERISTI CASPUEDEN SER INTENSAS Y
GRAVES; EL ABSCESO PERIAPICAL AGUDO ES UNA LESION DE AVANCE RAPIDO
PERO EL ENSANCHAMIENTO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL ES LEVE, NO HAY --
SIGNOS RADIOGRAFICOS DE SU PRESENCIA.

EL PRINCIPIO DEL TRATAMIENTO, ES IGUAL QUE EL DE CUALQUIER ABSCESO,
HAY QUE REALIZAR SU DRENAJE, MEDIANTE LA APERTURA DE CAMARA PULPAR
O LA EXTRACCION DEL DIENTE. A VECES ES POSIBLE CONSERVAR LA PIEZA -
DENTAL Y REALIZAR EL TRATAMIENTO ENDODONTICO SI ES FACTIBLE. SI NO
ES TRATADO LLEGARA A COMPLICACIONES GRAVES POR EXTENSION DE LA ----
INFECCION, ELLAS INCLUYEN OSTEOMIELITIS, CELULITIS Y BACTEREMIA, --
FORMACION DE UN TRAYECTO FISTULOSO Y SU ABERTURA A PIEL O MUCOSA --
BUCAL.

C A P I T U L O I V

D O L O R P O R I N F E C C I O N E S A G U D A S

LAS TRES ETAPAS PERIAPICALES DE LA INFECCION AGUDA SON DE ACUERDO --
CON EL GRADO DE EXTENSION. POR LO TANTO, CONFORME SE EXTIENDE LA --
INFECCION AGUDA DEJA DE SER PERIAPICAL.

LOS GERMESES PIOGENOS (PURULENTOS), SE DIFUNDEN A PARTIR DE LA ----
PULPA A TRAVES DEL AGUJERO APICALCO LATERAL HACIA LA MEMBRANA -----
PARODONTAL, LO QUE ORIGINA LA INFECCION AGUDA.

LO MAS FRECUENTE ES QUE LOS SINTOMAS OCURREN COMO MOLESTIA DE UN --
ABSCESEO CRONICO O COMO INFECCION SECUNDARIA DE UN GRANULOMA PREVIO
A CONSECUENCIA DE LA DISMINUCION EN LA RESISTENCIA GENERAL DEL ----
ENFERMO.

LA ENTRADA DE LOS GERMESES A LA PULPA SE HACE GENERALMENTE A TRAVES
DE CARIES DENTAL EXTENSA Y MAS RARA VEZ POR PROCEDIMIENTOS ENDODON-
TICOS.

1.- P E R I O D O N T I T I S A P I C A L A G U D A

EN ESTE PROCESO PREDOMINA EL EDEMA LOCAL Y LA INFILTRACION LEUCO---
CITARIA DE LA MEMBRANA PARODONTAL, QUE DESPLAZA AL DIENTE DE SU ---
ALVEOLO.

EL CONTACTO PREMATURO ENTRE EL DIENTE AFECTADO Y LA PIEZA DENTAL --
OPUESTA AUMENTA LA SENSIBILIDAD DE LA REGION APICAL.

PUEDE ACOMPAÑARSE POR DOLORES LIGEROS DEL DIENTE AFECTADO, O POR --
DOLOR INTENSO CUANDO SE APLICA PRESION SOBRE EL DIENTE AFECTADO.

EN LA RADIOGRAFIA UNAS VECES NO HAY DATOS ANORMALES, Y EN OTRAS SE
VE ENSANCHAMIENTO DE LA MEMBRANA PARODONTAL.

2.- A B S C E S O D E N T O A L V E O L A R A G U D O

ESTE SE FORMA CONFORME ANANZA EL PROCESO DESCRITO ANTERIORMENTE. LOS TEJIDOS PERIAPICALES Y SUBAPICALES SE DESTRUYEN COMO CONSECUENCIA DE LA SUPURACION. DESPUES APARECE UNA MEMBRANA QUE ENCIERRA EL PUS ACUMULADO EN UNOS CUANTOS DIAS EN LA ZONA PERIODONTAL APICAL. PROVOCA DOLOR CONSTANTE DE TIPO PUNZANTE Y SI EL DIENTE SE EXTRAE - EN ESTE MOMENTO SE ENCUENTRA POR LO GENERAL UNA MASA ROJIZA ADHERIDA AL APICE, SIN EMBARGO, EL SACO QUE CONTIENE EL LIQUIDO PURULENTO PUEDE ESTAR ADHERIDO A LA ZONA INTERRADICULAR O EN LA PORCION ----- LATERAL DEL DIENTE, DEPENDIENDO DE ESTO LA INFECCION PASA A TRAVES DEL AGUJERO APICAL PRINCIPAL O DE UN CANAL ACCESORIO O POR UNA ---- PERFORACION MECANICA ANORMAL DE LA CAMARA PULPAR. CLINICAMENTE APARECE DOLOR INTENSO Y TUMEFACCION LOCAL, ACOMPAÑADA DE REACCION SISTEMATICA. NO SE APRECIAN DATOS RADIOGRAFICOS ----- IMPORTANTES.

3.- A B S C E S O S A L V E O L A R E S

LA INFECCION MAS COMUN DE CAVIDAD BUCAL SON LOS ABSCESOS ALVEOLARES AGUDOS, QUE SE CLASIFICAN EN:

- a) PERIAPICALES
- b) PERICEMENTALES
- c) PERICORONALES
- d) SUBPERIOSTICOS

SI EL ENFERMO SE ENCUENTRA EN MALAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, PUEDEN RESULTAR MUY GRAVES Y DE GRAN PELIGRO PARA EL PACIENTE. PERO SI CONSTITUYE EL MISMO PROBLEMA ES UN INDIVIDIO SANO, EL ----- PRONOSTICO ES BUENO.

a) ABSCESO PERIAPICAL: SE PRODUCE EN EL APEX DE LA RAIZ DENTAL, ---

CONFINADO O RELACIONADO AL ESPESOR DE LA ZONA CORTICAL DE LOS MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR.

b) **ABSCESO PERICEMENTAL:** NO SE ENCUENTRA CIRCUNSCRITO AL HUESO, --- CORRE A LO LARGO DE LA RAIZ DESNUDA, DONDE EL ALVEOLO HA SIDO DESTRUIDO Y SE EXTIENDE HASTA TEJIDOS BLANDOS VECINOS, LOS VESTIBULOS LINGUALES O BUCALES Y/O A LOS TEJIDOS PALATINOS.

LOS SINTOMAS PRINCIPALES SON HINCHAZON Y DOLOR QUE MEJORA CON EL -- DRENAJE DE PUS Y LA MEDICACION ANTIBIOTICA.

c) **ABSCESO PERICORONAL:** ESTA INFECCION ES LA QUE RODEA A UN DIENTE NO SALIDO O PARCIALMENTE ERUPCIONADO Y EN OCASIONES A UN DIENTE --- RETENIDO. OCURRE MAS FRECUENTE EN 3o. MOLAR INFERIOR.

LA PUS PUEDE DRENARSE ELEVANDO O DESPLEGANDO EL BORDE GINGIVAL QUE CUBRE EL DIENTE. ESTO SE CONOCE COMO OPERCULECTOMIA.

d) **ABSCESO SUBPERIOSTICO:** EN ESTE CASO EL PUS SE LOCALIZA ENTRE --- PERIOSTIO Y HUESO EN UN SITIO DISTANTE A LA INFECCION. SE PUEDEN - OBSERVAR TUMEFACCIONES DOLOROSAS, FLUCTUANTES O VARIABLES EN EL --- VESTIBULO OPUESTO A LA ZONA DEL 1o. O 2o. MOLAR INFERIOR, CUANDO EL SITIO DE LA INFECCION CORRESPONDE AL 3o. MOLAR RETENIDO.

LA INFECCION EMIGRA POR DEBAJO DEL PERIOSTIO A LO LARGO DE LAS ---- LINEAS DE MENOR RESISTENCIA Y FORMA UNA COLECCION PURULENTA LEJOS - DEL SITIO DE ORIGEN. POR LO GENERAL SE PRESENTA DESPUES DE LA ---- INFECCION PERICORONAL Y PERICEMENTAL QUE DESPUES DE LA PERIAPICAL. EN LA OSTEOMIELITIS BIEN ESTABLECIDA LOS ABSCESES SUBPERIOSTICOS -- MIGRATORIOS FORMAN PARTE DEL CUADRO, POR LO TANTO, DEBE SER BIEN -- CONOCIDO POR EL DENTISTA. LA INVASION BACTERIANA AGUDA PUEDE FORMAR CAMINOS A TRAVES DEL PERIOSTIO Y LLEGAR A ESTRUCTURAS O FOSAS ---- ANATOMICAS PROFUNDAS.

4.- O S T E O M I E L I T I S

ES LA INFLAMACION DEL HUESO Y MEDULA OSEA, SE PUEDE ORIGINAR EN ---
MAXILARES COMO RESULTADO DE INFECCIONES DENTALES, ASI COMO POR ----
DIVERSIDAD DE SITUACIONES.

LA ENFERMEDAD PUEDE SER AGUDA O SUBAGUDA Y CRONICA; Y PRESENTA UN -
CURSO CLINICO DIFERENTE SEGUN SU NATURALEZA.

A) OSTEOMIELITIS SUPURATIVA AGUDA O SUBAGUDA

ES UNA SECUELA GRAVE DE INFECCIONES PERIAPICALES QUE TERMINAN EN LA
EXTENSION DIFUSA DE INFECCION POR ESPACIOS MEDULARES, CON POSTERIOR
NECROSIS DE CANTIDADES VARIABLES DE HUESO.

LA INFECCION DENTAL ES LA CAUSA MAS FRECUENTE; PUEDE SER UNA INFECCION
BIEN LOCALIZADA O ABARCAR GRAN VOLUMEN DE HUESO.

LA FORMA AGUDA O SUBAGUDA AFECTA AL MAXILAR O MANDIBULA; EN MAXILAR
PERMANECE LA ZONA DE INFECCION BIEN LOCALIZADA, EN MANDIBULA LA ---
LESION TIENDE A SER MAS DIFUSA Y EXTENDIDA.

EL PACIENTE ATACADO POR ESTA LESION SIENDE DOLOR INTENSO Y ELEVA---
CION DE TEMPERATURA CON INFLAMACION REGIONAL. LOS DIENTES DE ESTA -
ZONA ESTAN FLOJOS Y DUELEN, POR LO TANTO, LE RESULTA DIFICIL O ----
IMPOSIBLE EL COMER.

LA PARESTESIA O ANESTESIA DE LABIOS ES COMUN EN CASOS MANDIBULARES,
HASTA PRESENTARSE LA PERIOSTITIS NO HAY HINCHAZON O ENROJECIMIENTO
DE PIEL O MUCOSA.

EL TRATAMIENTO EXIGE QUE SEA ESTABLECIDO Y MANTENIDO EL DRENAJE Y -
QUE LA INFECCION SEA TRATADA CON ANTIBIOTICOS PARA EVITAR MAYOR ---
EXTENSION Y COMPLICACION; SALVO QUE SE REALICE EL TRATAMIENTO ADE--
CUADO, LA OSTEOMIELITIS AGUDA O SUBAGUDA PUEDE TRANSFORMARSE EN ---
PERIOSTITIS, ABSCESO DE TEJIDOS BLANDOS O CELULITIS.

EN OCASIONES HAY FRACTURAS PATOLOGICAS DEBIDO AL DEBILITAMIENTO DEL

MAXILAR CAUSADO POR PROCESO DESTRUCTIVO.

B) OSTEOMIELITIS SUPURATIVA CRONICA

ESTA SE ORIGINA UNA VEZ QUE HA REMITIDO LA FASE AGUDA O COMO CONSECUENCIA DE INFECCION DENTAL SIN UNA FASE AGUDA PREVIA. LOS SIGNOS Y SINTOMAS SON MAS LEVES QUE EN LA OSTEOMIELITIS AGUDA O SUBAGUDA. EL DOLOR ES DE MENOR INTENSIDAD, LA TEMPERATURA SIGUE SIENDO ELEVADA, PERO DE MENOR MAGNITUD, LOS DIENTES PUEDEN O NO ESTAR FLOJOS, DE MANERA QUE SI PUEDE SER POSIBLE LA MASTICACION, AUNQUE EL MAXILAR NO ESTE PERFECTAMENTE COMODO.

ESTE TIPO DE OSTEOMIELITIS CRONICA PRESENTA TRES ETAPAS DIFERENTES QUE SON:

- a) OSTEOMIELITIS FOCAL CRONICA
- b) OSTEOMIELITIS DIFUSA CRONICA
- c) OSTEOMIELITIS CRONICA CON PERIOSTITIS PROLIFERATIVA

A) OSTEOMIELITIS FOCAL CRONICA (OSTEITIS CONDENSANTE)

REACCION DESUSADA DEL HUESO A LA INFECCION, CUNADO LA RESISTENCIA DEL TEJIDO ES MUY ALTA O LA INFECCION ES DE BAJO GRADO. ESTA FORMA, APARECE POR LO GENERAL EN PACIENTES JOVENES (MENORES DE 20 AÑOS). EL DIENTE ATACADO CON MAYOR FRECUENCIA ES EL 1o. MOLAR INFERIOR, EL CUAL SIN DUDA PRESENTA UNA LESION GRAVE DE CARIES. SUS SIGNOS Y SINTOMAS DE DOLOR SON LEVES RELACIONADOS CON LA PULPA INFECTADA. EL DIENTE CON EL CUAL SE RELACIONA ESTA LESION PUEDE SER TRATADO ENDODONTICAMENTE O EXTRAIDO, PORQUE LA PULPA ESTA INFECTADA Y ESTA HA SOBREPASADO LA ZONA PERIAPICAL INMEDIATA.

B) OSTEOMIELITIS DIFUSA CRONICA

ES UNA LESION SIMILAR A LA FORMA FOCAL Y TAMBIEN ES REACCION A UNA INFECCION DE BAJO GRADO. LA CAUSA DE LA INFECCION ES LA CARIES, Y LA INFECCION PULPAR ES OCASIONADA POR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL --- DIFUSA. LA OSTEOMIELITIS DIFUSA PUEDE PRESENTARSE A CUALQUIER EDAD, PERO ES MAS COMUN EN PERSONAS MAYORES ESPECIALMENTE EN DESDENTADOS. CASI NO PRESENTA INDICIO DE SU PRESENCIA. EN OCASIONES HAY MOLESTIA AGUDA QUE DA LUGAR A LA SUPURACION LEVE POR LA FORMACION ESPONTANEA DE UNA FISTULA QUE SE ABRE EN LA SUPERFICIE MUCOSA PARA ESTABLECER EL DRENAJE. EN ESTOS CASOS EL PACIENTE PRESENTA DOLOR IMPRECISO Y MAL SABOR EN LA BOCA, POR LO GENERAL NO HAY OTROS RASGOS.

C) OSTEOMIELITIS CRONICA CON PERIOSTITIS PROLIFERATIVA (PERIOSTITIS OSIFICANTE)

ESTE TIPO LO DESCUBRIO GARRE, COMO ENSANCHAMIENTO LOCALIZADO DEL -- PERIOSTIO DE HUESOS LARGOS CON FORMACION DE HUESO PERIFERICO, ----- ORIGINADO POR IRRITACION O INFECCION LEVE. LA AFECCION EN MAXILARES ES POR LO REGULAR EN NIÑOS O ADULTOS JOVENES Y TIENE PREDILECCION - POR LA MANDIBULA. RARA VEZ AFECTA AL MAXILAR. EL PACIENTE SE PRE--- SENTA A LA CONSULTA QUEJANDOSE DE DOLOR DENTAL O EN LA MANDIBULA. PRESENTA HINCHAZON OSEA EN SUPERFICIE EXTERNA, ESTA MASA SUELE ---- TENER VARIAS SEMANAS DE DURACION.

EL TRATAMIENTO ES LA EXTRACCION DEL DIENTE AFECTADO, SIN INTERVEN-- CION QUIRURGICA PARA LA LESION PERIOSTICA, EXCEPTO LA BIOPSIA PARA CONFIRMAR EL DIAGNOSTICO.

5.- FISTULAS CUTANEAS

LA APARICION DE ESTAS EN LA PIEL PUEDEN SER PRESIDIDAS POR DATOS DE INFECCION AGUDA EN EL DIENTE Y EN EL TEJIDO SUBCUTANEO O PUEDE SER

RELATIVAMENTE SILENCIOSA.

LO MAS FRECUENTE ES QUE EL ABSCESO PERIAPICAL ORIGINAL SE MANIFIESTE POR ODONTALGIA O HINCHAZON DE LA ENCIA Y TEJIDOS BLANDOS DEL --- MAXILAR.

EL ABSCESO SUBCUTANEO VARIA DE TAMAÑO Y EN LA RAPIDEZ DE SU FORMA--- CION HASTA LLEGAR A SER FLUCTUANTE O VARIABLE.

UNAS VECES PRESENTA GRAN TUMEFACCION, TENSION DOLOROSA E INFLAMA--- CION SUPERFICIAL DE LA PIEL Y EN OTROS CASOS ES RELATIVAMENTE ----- PEQUEÑO E INDOLORO.

C A P I T U L O V

DOLOR POR INFECCIONES EN ESPACIOS ANATOMICOS ESPECIFICOS

1.- C E L U L I T I S

CONOCIDO TAMBIEN COMO FLEMON.

ES UNA INFLAMACION DIFUSA DE TEJIDOS BLANDOS, QUE NO SE CIRCUNSCRIBE O CONFINA A UNA ZONA; TIENDE A EXTENDERSE POR ESPACIOS ENTRE LOS TEJIDOS Y A LO LARGO DE LOS PLANOS FACIALES. LOS ESTREPTOCOCOS SON PRODUCTORES MENORES DE HIALURONIDASA, POR LO TANTO DAN ORIGEN A LA CELULITIS. LA CELULITIS DE CARA Y CUELLO, POR LO GENERAL ES RESULTADO DE UNA INFECCION DENTAL, YA SEA COMO SECUELA DE UN ABSCESO U OSTEOMIELITIS O BIEN DESPUES DE LA INFECCION PERIODONTAL.

LA INFECCION PERICORONARIA EN LOS TERCEROS MOLARES EN ERUPCION O PARCIALMENTE RETENIDOS, LA CELULITIS Y TRISMUS SON CUADROS CLINICOS MUY COMUNES.

LA CELULITIS DE CARA Y CUELLO EN OCASIONES TAMBIEN ES RESULTADO DE EXTRACCION DENTAL POR USAR INSTRUMENTAL MAL ESTERILIZADO, O SE REALIZA LA PUNZION EN UNA ZONA INFECTADA O DE UNA FRACTURA MANDIBULAR. CUANDO EL ORIGEN DE CELULITIS DE CARA Y CUELLO ES UNA INFECCION DENTAL, EL PACIENTE SUELE ESTAR LIGERAMENTE ENFERMO, PRESENTA TEMPERATURA ELEVADA Y LEUCOCITOSIS; HAY TUMEFACCION DOLOROSA DE TEJIDOS BLANDOS AFECTADOS, LA PIEL ESTA INFLAMADA Y A VECES HASTA VIOLACEA, CUANDO ESTAN AFECTADOS LOS ESPACIOS ENTRE TEJIDOS SUPERFICIALES.

LA CELULITIS SE TRATA CON ANTIBIOTICOS Y ELIMINACION DE LA CAUSA DE LA INFECCION.

SON RARAS LAS SECUELAS Y MAS QUE ESTAS SEAN GRAVES.

2.- ANGINA DE LUDWIG

ASI SE LLAMA LA INFECCION QUE COMIENZA EN PISO DE LA BOCA Y SE ----
DIFUNDE HACIA LA LENGUA Y EL CUELLO.

EL AGENTE ETIOLOGICO MAS IMPORTANTE ES EL ESTREPTOCOCOS HEMOLITICO
Y LA INFECCION SE PUEDE ORIGINAR EN LOS DIENTES PRINCIPALMENTE EN -
LOS 2o. Y 3o. MOLARES, DEBIDO A QUE SUS APICES DE LAS RAICES ESTAN
SITUADAS POR DEBAJO DEL BORDE MILOHIOIDEO, EN GRAN PARTE DE LOS ---
CASOS, TAMBIEN PUEDE SER ORIGINADA LA INFECCION EN AMIGDALAS Y ----
GLANDULAS SALIVALES PARA PROFUNDIZARSE EN TEJIDOS LAXOS DEL CUELLO.
ES MAS FRECUENTE EN PERSONAS ADULTAS JOVENES, PERO PUEDE OCURRIR A
CUALQUIER EDAD. LA TUMEFACCION ES FIRME, DOLOROSA Y DIFUSA, SIN ---
SIGNOS DE LOCALIZACION, EL PROCESO SE DIFUNDE RAPIDAMENTE Y AFECTA
EN GENERAL SOLO UN LADO DEL CUELLO, DESVIANDO LA LENGUA Y -----
PRODUCIENDO UNA TUMEFACCION INDURADA, PRACTICAMENTE NO HAY PUS, LA
FIEBRE ES ELEVADA Y LA LEUCOCITOSIS INTENSA, EN UN PRINCIPIO EL ---
DOLOR NO ES MUY IMPORTANTE, PERO EL DOLOR AUMENTA RAPIDAMENTE CON--
FORME AVANZA LA INFECCION. EL PRONOSTICO ES GRAVE DEBIDO A LA POSI-
BLE ASFIXIA, CUANDO LA INFECCION LLEGA A LA LARINGE O DE SEPTICEMIA
CUANDO LOS GERMESES ALCANZAN LA CIRCULACION SANGUINEA.
ACTUALMENTE EL USO DE ANTIBIOTICOS HA REDUCIDO CONSIDERABLEMENTE LA
MORTALIDAD QUE PRODUCIA ESTA ENFERMEDAD.

3.- SINUSITIS MAXILAR

ES UNA INFLAMACION DEL SENOS MAXILAR; GENERALMENTE ES PRODUCIDA POR
LA EXTENSION DIRECTA DE INFECCION DENTAL, PERO TAMBIEN PUEDE ORIGI-
NARSE POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS COMO RESFRIADO COMUN, GRIPE Y --
POR EXTENSION LOCAL DE LA INFECCION DE LOS SENOS FRONTALES O -----
PARANASALES ADYASCENTES O POR LESION TRAUMATICA DE ESTOS.
LA RELACION Y LA CERCANIA QUE TIENEN LOS DIENTES CON EL SENOS -----
MAXILAR SERA DETERMINANTE PARA QUE SE PRODUZCA UNA INFECCION DE ---

ORIGEN DENTAL, ESTA ENFERMEDAD PUEDE SER AGUDA O CRONICA.

a) **SINUSITIS MAXILAR AGUDA:** PUEDE SER EL RESULTADO DE UN ABSCESO -- PERIAPICAL AGUDO O LA EXACERBACION AGUDA DE UNA LESION PERIAPICAL - INFLAMATORIA QUE AFECTE AL SENO POR EXTENSION DIRECTA, EN OCASIONES SE REACTIVA UNA SINUSITIS MAXILAR CRONICA LATENTE AL EXTRAER UN --- MOLAR SUPERIOR Y PERFORAR EL SENO.

LOS SINTOMAS SON CLASICOS, EL ENFERMO SE QUEJA DE DOLOR INTENSO --- SOBRE LA PARTE DE LA CARA EN LA REGION CIGOMATICA Y CORRE HACIA --- ATRAS DEL OIDO Y POR ARRIBA Y ATRAS DEL OJO, EN CASOS GRAVES LA --- CARA SE VA HINCHANDO SE PRESENTA LA ZONA ENROJECIDA Y MUY DOLOROSA; A LA PRESION EJERCIDA SOBRE EL MAXILAR AUMENTA EL DOLOR, ES FRE---- CUENTE QUE LA SENSACION DOLOROSA SEA DE PRESION.

EL DOLOR AUMENTA CUANDO EL PACIENTE SE AGACHA Y SE QUEJA DE SALIDA DE PUS CON OLOR FETIDO, QUE SALE DE LA VENTANA NASAL.

TODOS LOS DIENTES DEL MAXILAR SUPERIOR AFECTADOS PRESENTAN DOLOR Y SE INTENSIFICA CON LA PERCUSION DE ELLOS, EXISTE SENSACION NOTABLE DE PLENITUD Y PRESION EN EL MAXILAR SUPERIOR, EL ENFERMO SUFRE ---- SINTOMAS COMO MOLESTIAS Y FIEBRE.

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN ELIMINAR EL FOCO DE INFECCION, LO CUAL - DA BUEN RESULTADO, ESPECIALMENTE CUANDO LA INFECCION ES DE ORIGEN - DENTAL. SE ADMINISRA ANTIBIOTICOS Y SE DEJA QUE LA REPARACION SIGA SU CURSO.

b) **SINUSITIS MAXILAR CRONICA:** ES LA CONTINUACION DE LA LESION AGUDA NO TRATADA, O DE LESION CRONICA DESDE UN PRINCIPIO, SE CONSIDERA LA POSIBILIDAD DE INFECCION POR MUCORMICOSIS ESPECIALMENTE EN PACIEN-- TES DIABETICOS.

MUCHAS VECES NO PRESENTAN SINTOMAS CLINICOS DE ESTA ENFERMEDAD Y ES DESCUBIERTA POR MEDIO DE UN EXAMEN DE RUTINA. A VECES HAY DOLOR --- VAGO O SENSACION DE OBSTRUCCION EN EL LADO AFECTADO DE LA CARA, --- TAMBIEN PUEDE HABER SALIDA DE PUS LEVE HACIA LA NARIZ Y ALIENTO --- FETIDO.

EL DIAGNOSTICO SE PUEDE FACILITAR SI COMPARAMOS LOS DOS SENOS MAXILARES MEDIANTE UNA RADIOGRAFIA.

EL TRATAMIENTO AL IGUAL QUE LA AGUDA CONSISTE EN LA ELIMINACION DE LA CAUSA Y SI ES DE ORIGEN DENTAL LAS PROBABILIDADES SERAN MAYORES, SE DARA ANTIBIOTICO PARA COMBATIR LA INFECCION, SI LA INFECCION ES PROVENIENTE DE OTRO SITIO PUEDE RESULTAR DIFICIL ERRADICAR LA LESION.

4.- ALVEOLO SECO

CONOCIDA TAMBIEN COMO ALVEOLITIS.

SE CONSIDERA UNA OSTEOMIELITIS FOCAL EN LA CUAL EL COAGULO SE HA DESINTEGRADO O PERDIDO, CON PRODUCCION DE MAL OLOR Y DOLOR INTENSO, PERO SIN SUPURACION. SE PRODUCE UNA INFLAMACION EN EL ALVEOLO, POS-EXTRACCION, AL FALTAR EL COAGULO EN EL ALVEOLO, PERMITIENDO LA ENTRADA DE LIQUIDOS BUCALES Y MATERIAL ORGANICO QUE IRRITA LAS PAREDES DEL ALVEOLO. LA LESION TOMA SU NOMBRE UNA VEZ PERDIDO EL COAGULO, EL ALVEOLO APARECE SECO A CAUSA DEL HUESO EXPUESTO.

ESTE CUADRO SUELE SER POR EXTRACCIONES DIFICILES O TRAUMATICAS Y POR ELLO ES FRECUENTE EN LA ELIMINACION DEL 3o. MOLAR INFERIOR RETENIDO, ESTO ES PORQUE LA MANDIBULA TIENE HUESO ESPONJOSO Y MENOS VASCULARIZADO POR LA GRAVEDAD, POR LO QUE TIENDE A SER RESERVADOR DE ALIMENTOS.

A VECES EL ALVEOLO SECO ES SECUELA DE EXTRACCION NORMAL DE UN DIENTE DEBIDO AL DESPLAZAMIENTO O DESINTEGRACION DEL COAGULO Y LA CONSIGUIENTE INFECCION DEL HUESO EXPUESTO.

ESTA COMPLICACION PUEDE SURGIR PASANDO EL EFECTO DEL ANESTESICO O TAL VEZ UNA SEMANA DESPUES DE REALIZADA LA EXTRACCION. SE TIENE COMO SINTOMATOLOGIA UN DOLOR EXACERBADO, LOCALIZADO EN EL ALVEOLO Y COMO CARACTERISTICA NO CEDE EL DOLOR A LOS ANALGESICOS, A LA EXPLORACION SE OBSERVA UN ALVEOLO VACIO O CUBIERTO POR UNA MATERIA GELATINOSA GRISASEA O UN COAGULO QUE PARCIALMENTE CUBRE AL ALVEOLO.

EL APOSITO REALIZANDO LA MISMA TECNICA, CON DOS CURACIONES POR LO -
GENERAL ES SUFICIENTE.

- LA ALVEOLITIS SOBREGUDA: BLOQUEAMOS, REALIZAMOS EL CURETAJE, ---
LAVAMOS Y SECAMOS PERFECTAMENTE ANTES DE COLOCAR EL APOSITO SE ----
ALCOHOLIZA (ALCOHOL DEL 96) CON UNA GASA EMBEBIDA EN ALCOHOL SE ---
COLOCA EN EL ALVEOLO DURANTE 2 O 3 MINUTOS, SE VUELVE A LAVAR Y ---
SECAR EL ALVEOLO Y COLOCAMOS EL APOSITO.

C A P I T U L O VI

TRAUMATISMOS FISICOS EN LA CAVIDAD BUCAL QUE CAUSAN DOLOR

1.- U L C E R A T R A U M A T I C A

ES UNA IRRITACION PROVOCADA POR PROTESIS DE TIPO FISICO; POR LO ---
GENERAL LA ULCERA PROTETICA, YA SEA UNA O MAS, SUELE APARECER DES--
PUES DE UNO O DOS DIAS LUEGO DE COLOCAR LA PROTESIS.

LA SOBRE EXTENSION DE LOS FLANCOS, PRESENCIA DE SECUESTROS O -----
ESPICULAS DE HUESO (ESPONJOSO) DEBAJO DE LA PROTESIS O UNA ZONA ---
ASPERA O ALTA EN LA SUPERFICIE INTERNA DEL APARATO, PUEDE DAR -----
ORIGEN.

ESTAS ULCERAS SON PEQUEÑAS, MUY DOLOROSAS Y DE FORMA IRREGULAR, ---
CUBIERTAS POR UNA DELGADA MEMBRANA NECROTICA GRIS Y RODEADA POR UN
HALO INFLAMATORIO. EL TRATAMIENTO MAS ADECUADO ES ELIMINAR LA CAUSA
O AGENTE ETIOLOGICO Y LA ULCERA SUELE CICATRIZAR CON RAPIDEZ.

2.- I N F L A M A C I O N G E N E R A L I Z A D A (INFLAMACION BUCAL POR PROTESIS)

ESTA LESION PUEDE O NO PRESENTARSE EN PACIENTES CON PROTESIS NUEVA;
SE HA CONSIDERADO QUE EN ALGUNOS CASOS SE ORIGINA POR INFECCION DE
CANDIDA ALBICANS, TAMBIEN SE CREE QUE LA FORMACION DE TAPONES DE --
QUERATINA EN GLANDULAS SUDORIPERAS O SALIVALES ACCESORIAS, PUEDEN -
CAUSAR LA INFECCION.

EN ESTOS CASOS LA MUCOSA SUBYASCENTE A LA DENTADURA SE ENCUENTRA --
ROJA, HINCHADA, LISA O GRANULAR Y MUY DOLOROSA.

ES FRECUENTE LA SENSACION DE ARDOR, EL ENROJECIMIENTO DE LA MUCOSA
ESTA BIEN DELINEADO O DELIMITADO Y SE RESTRINGE AL TEJIDO QUE ESTA
EN CONTACTO CON LA PROTESIS.

EL TRATAMIENTO DE ESTA LESION CONSISTE EN CORREGIR LA PROTESIS, AN-
TIBIOTICOTERAPIA Y ENSEÑAR AL PACIENTE UNA HIGIENE BUCAL ADECUADA.

3.- S I A L O L I T I A S I S (CALCULO DE CONDUCTO SALIVAL)

ASI SE LLAMA A LA PRESENCIA DE CALCULOS SIALOLITICOS O SIALOLITOS - EN CONDUCTOS O GLANDULAS SALIVALES, SIENDO MAS FRECUENTE EN LOS -- CONDUCTOS.

EL PACIENTE SE QUEJA DE UN DOLOR MODERADO INTENSO ANTES, DURANTE Y DESPUES DE COMER, DEBIDO A LA ESTIMULACION PSIQUICA DE FLUJO ----- SALIVAL. EL TAPONAMIENTO DEL CONDUCTO NO PERMITE EL LIBRE FLUJO DE SALIVA EN EL CONDUCTO Y AL ACUMULARSE O ESTANCARSE LA SALIVA EN --- ESTE DICHO CONDUCTO, PROVOCA DOLOR Y TUMEFACCION.

EN OCASIONES SE ENCUENTRA GRAN CANTIDAD DE PEQUEÑOS CALCULOS QUE -- OCLUYEN EL SISTEMA DE CONDUCTOS. ESTA LESION SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EN ADULTOS DE EDAD MEDIA, SIENDO LA GLANDULA SUBMAXILAR Y SU CONDUCTO EL MAS AFECTADO, DEBIDO A QUE EL TRAYETO DE ESTE CONDUCTO ES MAS LARGO Y DE RECORRIDO IRREGULAR, SIGUIENDOLE EN ORDEN - DE FRECUENCIA LA GLANDULA PAROTIDA Y LA SUBLINGUAL Y SUS RESPECTI-- VOS CONDUCTOS.

CUANDO ES POSIBLE PODEMOS ELIMINAR LOS SIALOLITOS PEQUEÑOS MEDIANTE LA MANIPULACION, PERO SI SON DE MAYOR TAMAÑO LOS ELIMINAREMOS POR - MEDIO DE LA EXPOSICION QUIRURGICA. PARA SER ELIMINADOS, ALGUNAS --- OCASIONES ES NECESARIO EXTIRPAR LA GLANDULA DAÑADA.

4.- E F I S E M A C E R V I C O F A C I A L

ES UNA INFLAMACION O HINCHAZON POR LA PRESENCIA DE LOS GASES O AIRE EN LOS INTERSTICIOS DEL TEJIDO CONECTIVO.

ESTA LESION APARECE O SE FORMA LUEGO DE REALIZAR ALGUN PROCEDIMIEN- TO O TRATAMIENTO DENTAL O BUCAL COMO LA EXTRACCION, INSUFLACION DE AIRE COMPRIMIDO EN UN CONDUCTO RADICULAR DURANTE UN TRATAMIENTO --- ENDODONTICO O EN BOLSA PARODONTAL, DESPUES DE FRACTURAS EN LINEA -- MEDIA DE LA CARA O EN FORMA ESPONTANEA AL RASPAR AL PACIENTE -----

DESPUES DE ALGUN TRATAMIENTO DENTAL; EN EL CUAL SE DEJA O QUEDA UNA ABERTURA EN TEJIDOS QUE PERMITE LA ENTRADA DE AIRE A LOS ESPACIOS - CONECTIVOS.

ESTA LESION SE MANIFIESTA COMO UNA HINCHAZON UNILATERAL DE TEJIDOS DE CARA Y CUELLO, SUELE SER DOLOROSO SOBRE TODO DURANTE LOS PRIME-- ROS DIAS Y NO ES RARO QUE EL PACIENTE SE QUEJE DE UNA SENSACION DE BURBUJEO AL PALPAR LOS TEJIDOS.

LA AFECCION POR LO GENERAL, SE RESUELVE AL TERMINO DE UNA SEMANA, - EN ALGUNOS CASOS HAY QUE ADMINISTRAR ANTIBIOTICOTERAPIA.

C A P I T U L O V I I

TRAUMATISMOS QUIMICOS EN CAVIDAD BUCAL QUE CAUSAN DOLOR

1.- A S P I R I N A

(ACIDO ACETILSALICILICO)

ANALGESICO UTILIZADO POR MUCHAS GENTES PARA CALMAR EL DOLOR DENTAL; COLOCANDO UNA TABLETA CONTRA LA PIEZA QUE DUELE Y SOSTENIENDOLA CON EL LABIO, CARRILLO O LENGUA; DEJANDO QUE SE DISUELVA, RESULTA DAÑINA PARA LA MUCOSA BUCAL EN LA CUAL A LOS POCOS MINUTOS HABRA UNA -- SENSACION DE DOLOR Y ARDOR Y LA SUPERFICIE PALIDECE O SE BLANQUEA. SI LA ZONA ESTA TRAUMATIZADA PUEDE INCLUSO HABER SANGRADO. LA CICATRIZACION DE LA QUEMADURA POR ASPIRINA ES BASTANTE DOLOROSA Y SUELE LLEVARSE UNA O MAS SEMANAS PARA SU CURA TOTAL.

2.- N I T R A T O D E P L A T A

ES UNA SAL INORGANICA DE LA PLATA, SE PRESENTA EN POLVO BLANCO INODORO SOLUBLE EN AGUA Y ALTAMENTE HIGROSCOPICO (ABSORBE Y EXHALA LA HUMEDAD).

APLICADO TOPICAMENTE POSEE ACTIVIDADES ANTIBACTERIANAS, A CONCENTRACIONES ALTAS ES BACTERICIDA Y A CONCENTRACIONES MENORES ES ----- BACTERIOSTATICO. SUS EFECTOS ASTRINGENTES, CAUSTICOS Y GERMICIDAS - SE ATRIBUYEN A LA COMBINACION DE IONES DE PLATA CON GRUPOS QUIMICOS DE INTERESES BIOLOGICOS. EL NITRATO DE PLATA SE USA COMO ANTISEPTICO, ASTRINGENTE Y CAUSTICO.

EL GRADO DE ACCION DEPENDE DE LA CONCENTRACION Y DEL TIEMPO DE ---- EXPOSICION DEL FARMACO. LA PLATA SE PRECIPITA COMO CLORURO DE PLATA INSOLUBLE, POR ELLO LAS SALES DE PLATA NO PENETRAN TAN FACILMENTE - LOS TEJIDOS DEL ORGANISMO.

EL FARMACO TIÑE DE NEGRO A LOS TEJIDOS.

LA FORMA SOLIDA DEL NITRATO DE PLATA, HA SIDO UTILIZADA EN LA -----

ODONTOLOGIA COMO CAUTERIZANTE QUIMICO DE HERIDAS, PARA REMOCION DE
TEJIDO GRANULOSO, ESTERILIZANTE DE CAVIDADES, EN TOPICOS PARA LA -
PREVENCION DE CARIES.

EL MAL EMPLEO Y LA EXAGERACION PRODUCE QUEMADURAS DE MUCOSA BUCAL
MUY DOLOROSAS.

C A P I T U L O V I I I

DOLOR PROVOCADO EN CAVIDAD BUCAL POR:

1.- G I N G I V I T I S

ESTA AFECCION INFLAMATORIA ATACA FUNDAMENTALMENTE EL MARGEN GINGIVAL LIBRE, CRESTA DE LA ENCIA Y PAPILAS INTERDENTALES. SI LA ENFERMEDAD SE EXTIENDE A PALADAR BLANDO Y ZONA DE AMIGDALAS, LO CUAL --- SUCEDE POCAS VECES, SE LE LLAMA ANGINA DE VINCENT.

SE DICE QUE EL ESTADO NERVIOSO INTENSO DE UN INDIVIDUO PUEDE PROVOCAR ESTA ENFERMEDAD. ESTUDIOS REALIZADOS EN PERSONAS QUE ESTUVIERON EN LA 1a. Y 2a. GUERRA MUNDIAL PRESENTARON DICHA ENFERMEDAD.

ES POR ESTO, QUE TAMBIEN SE LE LLAMA BOCA DE TRINCHERA.

LA GINGIVITIS ULCERONECROZANTE AGUDA SE PRESENTA A CUALQUIER EDAD, SIENDO MAS FRECUENTE EN ADULTOS JOVENES ENTRE 15 Y 35 AÑOS DE EDAD. LA ENFERMEDAD SE CARACTERIZA POR UNA ENCIA HIPEREMICA Y DOLOROSA, CON EROSIONES NETAMENTE SOCAVADAS EN PAPILAS INTERDENTARIAS, LA --- ENCIA SANGRA AL SER TOCADA Y GENERALMENTE ESTA CUBIERTA POR UNA --- SEUDOMEMBRANA NECROTICA GRIS, SE PRESENTA UN DOLOR FETIDO QUE ----- RESULTA MUY DESAGRADABLE.

EL PACIENTE SE QUEJA DE NO PODER COMER POR EL DOLOR GINGIVAL INTENSO Y HAY TENDENCIA A HEMORRAGIAS GINGIVALES. EL DOLOR ES DE TIPO -- SUPERFICIAL DE PRESION; EL PACIENTE TAMBIEN PADECE DOLOR DE CABEZA, MALESTAR GENERAL Y FIEBRE DE BAJA INTENSIDAD.

EL TRATAMIENTO LO REALIZA EL ODONTOLOGO DE ACUERDO A SU EXPERIEN--- CIA, DE TAL MANERA QUE HAY QUIENES REALIZAN UNA LIGERA ODONTOKSIS O BIEN UNA ODONTOKSIS REALIZADA CONCIENZUDAMENTE.

ASIMISMO EL USO DE ANTIBIOTICOS TAMBIEN QUEDA A JUICIO DEL ODONTO-- LOGO. EL TRATAMIENTO SERA SATISFACTORIO HASTA QUE EL CONTORNO DEL - TEJIDO GINGIVAL SE ACERQUE A LA NORMALIDAD.

LA GINGIVITIS ULCERONECROZANTE AGUDA RECIDIVA CON FACILIDAD.

2.- D I E N T E R E T E N I D O

ES AQUEL QUE NO PUEDE HACER ERUPCION POR LA PRESENCIA DE ALGUNA ---
BARRERA FISICA EN SU TRAYECTO, O BIEN, POR FALTA DE ESPACIO DEBIDO
AL APIÑAMIENTO DE LAS PIEZAS DENTALES EN ARCOS DENTALES O POR LA -
PERDIDA TEMPRANA DE PIEZAS DENTALES TEMPORALES, CON LA CONSECUENTE
PERDIDA DE ESPACIO.

LOS 3o. MOLARES SUPERIORES E INFERIORES, ASI COMO CANINOS SUPERIOR-
ES SON LAS PIEZAS QUE CON MAYOR FRECUENCIA SE ENCUENTRAN RETENIDAS
TOTAL O PARCIALMENTE.

LAS PIEZAS RETENIDAS PRESENTAN GRAN VARIEDAD DE POSICIONES, TOMANDO
COMO BASE LA POSICION EXISTE UNA CLASIFICACION:

a) RETENCION MESIOANGULAR: EL DIENTE SE ENCUENTRA OBLICUO EN EL ---
HUESO, SU CORONA ORIENTA EN DIRECCION MESIAL Y PUEDE O NO ESTAR EN
CONTACTO CON RAIZ O CORONA DEL SIGUIENTE DIENTE.

b) RETENCION DISTOANGULAR: LA PIEZA DENTAL ESTA OBLICUA EN HUESO, -
SU CORONA ORIENTADA EN DIRECCION DISTAL, HACIA RAMA MANDIBULAR Y LA
RAIZ EN CONTACTO O CERCA DE LA RAIZ DE LA PIEZA CONTINUA.

c) RETENCION VERTICAL: EL DIENTE ESTA EN POSICION VERTICAL NORMAL,
PERO LA SUPERFICIE DISTAL DEL DIENTE JUNTO LE IMPIDE ERUPCIONAR.
REFERIDO AL 3o. MOLAR INFERIOR EL BORDE DE LA RAMA.

d) RETENCION HORIZONTAL: LA PIEZA ESTA EN POSICION HORIZONTAL CON
RELACION AL CUERPO DE LA MANDIBULA Y LA CORONA PUEDE ESTAR O NO EN
CONTACTO CON LA RAIZ O CORONA DEL DIENTE CONTIGUO, ESTE TIPO DE --
RETENCION PUEDE DARSE DESDE LA CRESTA DEL REBORDE HASTA EL BORDE -
INFERIOR DE LA MANDIBULA.

ADEMAS DE ESTA CLASIFICACION, LOS DIENTES PUEDEN ESTAR DIRIGIDOS --
HACIA VESTIBULAR O LINGUAL, EN CUALQUIERA DE LAS CIRCUNSTANCIAS ---
ANTES MENCIONADAS.

DEBIDO A SU LOCALIZACION, LAS PIEZAS RETENIDAS SUELEN REABSORVER --
LAS RAICES DE LAS PIEZAS DENTALES VECINAS.

UN DIENTE RETENIDO PRODUCE DOLOR PERIODICO E INCLUSO TRISMUS, SOBRE TODO CUANDO APARECE INFECCION EN DIENTES DE RETENCION PARCIAL A SI MISMO, SE HA MENCIONADO LA PRESENCIA DE DOLOR IRRADIADO DE LOS ---- DIENTES RETENIDOS.

EL DOLOR ES UN SINTOMA ASOCIADO AL DIENTE RETENIDO, CASI SIEMPRE ES DE TIPO NEURALGICO, REFERIDO AL OJO, OIDOS, SENOS FACIALES, HUESO - FRONTAL, CARA, CABEZA Y ZONAS DE MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR.

SE OBTIENE MEJORIA INMEDIATA, DESPUES DE LA ODONTECTOMIA. LA ODON-- TALGIA VERDADERA ES CASI SIEMPRE PROVOCADA POR EL ATAQUE A PULPA O RAIZ DE LOS DIENTES CERCANOS.

EL DOLOR DE TIPO SORDO, CAUSADO POR COMPRESION Y QUE SE IRRADIA, -- PUEDE OBEDECER A QUISTES O TUMORES EN CRECIMIENTO SITUADOS CERCA DE LA CORONA DEL DIENTE RETENIDO.

SE TRATA GENERALMENTE POR MEDIO DE LA EXTRACCION.

3.- FRACTURAS INCOMPLETAS DE PIEZAS DENTALES

LA PIEZA DENTAL AGRIETADA PERO NO FRACTURADA, PRESENTARA ALGUNOS DE LOS SINTOMAS MAS CAPRICIOSOS QUE ENCONTRAREMOS EN LA PRACTICA ----- DENTAL.

ESTOS SINTOMAS VAN DESDE UNA PULPA INEXPLICABLE Y CONSTANTEMENTE -- HIPERSENSIBLE HASTA EL DOLOR DE MUELA TAMBIEN CONSTANTE E INEXPLI-- CABLE.

ALGUNAS VECES LA MOLESTIA O DOLOR SE PRODUCE DURANTE LA MASTICACION SIENDO EL DOLOR RAPIDO E INSOPORTABLE. ESTO SUCEDE CUANDO LA GRIETA DE LA DENTINA, SE EXTIENDE BRUSCAMENTE AL SEPARARSE LA CUSPIDE DEL RESTO DEL DIENTE.

MUCHOS DE LOS CASOS, SE DAN EN DIENTES SIN CARIES, NI RESTAURACIO-- NES, APARENTEMENTE SANOS. DE AHI, QUE RESULTA DIFICIL CREER QUE --- ALGO ANDA MAL EN ESE DIENTE, SI LA HENDIDURA LLEGA HASTA LA PULPA, SE PRODUCE LA INCLUSION BACTERIANA Y SE ORIGINA UNA VERDADERA ----- PULPITIS.

LA QUEJA MAS FRECUENTE O COMUN, ES QUE DUELE AL MORDER, CON ALGUN DOLOR LEVE DE CUANDO EN CUANDO.

AL REALIZAR EL EXAMEN, HAY QUE EXPLORAR BIEN LA PIEZA, DEBERA ESTAR SECA Y CON BUENA LUZ, PARA HALLAR LA GRIETA EN EL ESMALTE, LAS PRUEBAS TERMICAS SON DE MUCHO VALOR, SI SE REALIZA CON AGUA FRIA O CALIENTE SOBRE LA SUPERFICIE DEL DIENTE; EN CAMBIO LA BARRA DE HIELO Y LA GUTAPERCHA NO SUELEN SER DE UTILIDAD, EL ACTO DE MORDER UN PALILLO DE MADERA O UN ROLLO DE ALGODON A VECES PROPORCIONA LA SEPARACION NECESARIA PARA PROVOCAR DOLOR, TAMBIEN PODEMOS PINTAR LA CORONA CON TINTURA DE YODO, QUE DESAPARECE AL CABO DE DOS MINUTOS Y LA GRIETA APARECE COMO UNA LINEA OSCURA.

EL TRATAMIENTO SE REALIZA PREPARANDO LA CORONA PARA UNA RESTAURACION COMPLETA, QUE CEMENTE TEMPORALMENTE CON OXIDO DE ZINC Y EUGENOL.

SI ES NECESARIO SE HARA UN TRATAMIENTO ENDODONTICO Y COLOCAREMOS UNA CORONA COMPLETA PARA EVITAR UNA FRACTURA COMPLETA DE LA PIEZA. EN UN CASO EXTREMO, LO INDICADO ES LA EXTRACCION DE LA PIEZA DENTAL AFECTADA.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

C A P I T U L O IX

DOLOR MANIFESTADO EN CAVIDAD BUCAL POR INFECCIONES VIRALES

1.- ESTOMATITIS HERPETICA

LA ESTOMATITIS HERPETICA PRIMARIA ES UNA ENFERMEDAD COMUN.

PRESENTA INFLAMACION TOTAL O PARCIAL DE LA MUCOSA BUCAL, APARECE EN NIÑOS Y ADULTOS JOVENES.

EN NIÑOS CON FRECUENCIA ES EL ATAQUE PRIMARIO Y SE CARACTERIZA POR PEQUEÑAS MANCHAS BLANQUECINAS O AMARILLENTAS DEL TAMAÑO DE LA CABEZA DE UN ALFILER, NUMEROSAS Y DISEMINADAS TAMBIEN LLAMADAS AFTAS, - EL PACIENTE PRESENTA FIEBRE, IRRITABILIDAD, CEFALEA, DOLOR AL TRA--GAR Y LINFADENOPATIA REGIONAL. A LOS POCOS DIAS, LA BOCA SE TORNA - DOLOROSA Y LA ENCIA SE INFLAMA INTENSAMENTE, TAMBIEN PUEDE AFECTAR LABIOS, LENGUA, MUCOSA VESTIBULAR, PALADAR, FARINGE Y AMIGDALAS.

EN UN TIEMPO CORTO, SE FORMAN LAS AFTAS Y SE ROMPEN DEJANDO ULCERAS POCO PROFUNDAS, IRREGULARES Y EN EXTREMO DOLOROSAS. ESTAS ULCERAS - CURAN ESPONTANEAMENTE ENTRE 7 Y 14 DIAS Y NO DEJAN CICATRIZ.

SE CONSIDERA QUE EL MODO DE TRANSMISION, SE PRODUCE MEDIANTE INFECCION POR GOTAS, AUNQUE HAY QUIENES CONSIDERAN QUE ES NECESARIO QUE EXISTA CONTACTO DIRECTO. LA APLICACION DE ANTIBIOTICOS ES DE CONSI--DERABLE AYUDA EN LA PREVENCION DE LA INFECCION SECUNDARIA.

LA ESTOMATITIS HERPETICA SECUNDARIA O RECURRENTE, SE MANIFIESTA EN PACIENTES ADULTOS EN FORMA ATENUADA EN COMPARACION A LA PRIMARIA. LA FORMA RECURRENTE, ESTA ASOCIADA CON TRAUMATISMO, FATIGA, MENS---TRUACION, EMBARAZO, INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, ---ALERGIAS, EXPOSICION A LA LUZ SOLAR Y TRASTORNOS GASTROINTESTINA--LES.

LA LESION SE PRESENTA EN LABIOS O BOCA, PRECEDIDA POR SENSACION DE ARDOR, HINCHAZON, LEVE SENSIBILIDAD DONDE SE FORMAN LAS VESICULAS,- LAS CUALES SON PEQUEÑAS Y EN GRUPOS LOCALIZADOS.

EL GRADO DE DOLOR DE ESTAS ULCERAS ES VARIABLE.

LOS SITIOS MAS FRECUENTES DE ESTA LESION SON PALADAR DURO Y ENCIA -
INSERTADA A LA APOFISIS ALVEOLAR.

ESTA LESION CURA ENTRE LOS 7 Y LOS 10 DIAS, SIN DEJAR CICATRIZ.

2.- S I N D R O M E D E B E H C E T

ES UNA ENFERMEDAD DE ETIOLOGIA INCIERTA, SE HA DICHO QUE ES PRODU--
CIDA POR ORGANISMOS SEMEJANTES A LOS DE LA PLEURONEUMONIA O A UN --
VIRUS; POR ESTO ULTIMO, ES QUE SE INCLUYE EN ESTE CAPITULO.

SE CARACTERIZA POR ULCERACIONES BUCALES Y GENITALES, LESIONES -----
OCULTAS Y CUTANEAS.

LAS LESIONES BUCALES SON MUY DOLOROSAS Y DE ASPECTO MUY SIMILAR A -
LA ULCERA AFTOSA RECURRENTE, EL DIAMETRO DE LA ULCERA VARIA ENTRE -
UNOS MILIMETROS Y UN CENTIMETRO.

EL SINDROME DE BEHCET, SE DIFERENCIA DE LA ESTOMATITIS AFTOSA RECU-
RRENTE, EN QUE PRESENTA POR LO MENOS DOS COMPONENTES DE LA TRIADA -
CLASICA: ULCERAS BUCALES RECURRENTES, ULCERAS GENITALES RECURRENTES
E INFLAMACION OCULAR.

NO EXISTE AUN EL TRATAMIENTO ESPECIFICO PARA ESTA ENFERMEDAD.

3.- H E R P A N G I N A

ES UNA ENFERMEDAD VIRAL AGUDA QUE OCURRE FRECUENTEMENTE EN FORMA DE
BROTOS EPIDEMICOS, LAS MANIFESTACIONES CLINICAS SON COMPARATIVAMEN-
TE LEVES Y DE CORTA DURACION.

COMIENZA CON DOLOR DE GARGANTA, FIEBRE, CEFALEA, EN OCASIONES -----
VOMITO, POSTRACION (DEBILIDAD) Y DOLOR ABDOMINAL.

SE CARACTERIZA POR LA APARICION DE NUMEROSAS PAPULAS Y VESICULAS --
PEQUEÑAS EN EL VELO DEL PALADAR BLANDO Y EN LA BASE DE LA LENGUA.
LAS VESICULAS SE ROMPEN DEJANDO UNA ULCERACION SUPERFICIAL RODEADA
POR ERITEMA. SU CURACION ES EN POCOS DIAS.

4.- H E R P E S Z O S T E R

ESTA SE CONSIDERA UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA AGUDA VIRAL, MUCHO MUY DOLOROSA E INCAPACITANTE, QUE SE CARACTERIZA POR LA INFLAMACION DE LOS GANGLIOS DE LA RAIZ DORSAL Y NERVIOS CRANEALES EXTRAMEDULARES- JUNTO CON ERUPCIONES VESICULARES DE LA PIEL.

SE DICE QUE EL HERPES ZOSTER ES CAUSADO POR LA ACTIVACION DEL VIRUS V-Z INCORPORADO EN UN ATAQUE PREVIO DE VARICELA.

AL PRINCIPIO, EL PACIENTE PRESENTA FIEBRE, MALESTAR GENERAL, DOLOR Y SENSIBILIDAD EN EL TRAYECTO DE LOS NERVIOS SENSORIALES AFECTADOS, POR LO GENERAL DE UN SOLO LADO.

ESTA ENFERMEDAD APARECE EN LA CARA, POR INFECCION DEL NERVIIO TRIGEMINO, LAS LESIONES DE MUCOSA BUCAL SON BASTANTE COMUNES Y ES FACTIBLE QUE HAYAN VASICULAS MUY DOLOROSAS EN MUCOSA VESTIBULAR, LENGUA, UVULA, FARINGE Y LARINGE; UN RASGO CARACTERISTICO DE ESTA ENFERMEDAD ES LA UNILATERALIDAD, UNA FORMA ESPECIAL DE INFECCION POR ----- ZOSTER ES LA DEL GANGLIO GENICULADO QUE ABARCA OIDO EXTERNO Y ----- MUCOSA BUCAL.

5.- P A R O T I D I T I S

ES UNA INFECCION VIRAL AGUDA, LA CUAL TIENE COMO CARACTERISTICA --- PRINCIPAL HINCHAZON UNILATERAL O BILATERAL DE LAS GLANDULAS SALIVALES, POR LO GENERAL LA PAROTIDA, LAS GLANDULAS SALIVALES SUBMAXILARES Y SUBLINGUALES EN OCASIONES TAMBIEN SON AFECTADAS, AUNQUE ES -- MUY DIFICIL QUE NO ESTE AFECTADA LA PAROTIDA EN ESE MOMENTO, EN --- ALGUNAS VECES LLEGAN A SER ATACADOS ALGUNOS ORGANOS INTERNOS, ----- ADEMAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES, TALES COMO: PANCREAS, OVARIOS, - TESTICULOS, CORAZON Y PROSTATA.

ESTA ENFERMEDAD POR LO REGULAR SE PRESENTA DURANTE LA NIÑEZ, AUNQUE TAMBIEN SE LLEGA A PRESENTAR EN ADULTOS OCASIONANDO UNA MAYOR ----- TENDENCIA A LAS COMPLICACIONES.

LA ENFERMEDAD SUELE IR PRECEDIDA POR CEFALÉAS, ESCALÓFRIOS, FIEBRE MODERADA, VOMITOS Y DOLOR BAJO LA OREJA, ESTOS SINTOMAS SON CONTINUACION DE LA HINCHAZON FIRME, ALGO GOMOSA O ELASTICA DE LAS GLANDULAS SALIVALES, QUE CON FRECUENCIA ELEVA LA OREJA Y QUE TIENE COMO DURACION ALREDEDOR DE 2 A 4 SEMANAS, LAS TUMEFACCIONES DE ESTAS GLANDULAS PRODUCEN DOLOR AL MASTICAR.

LA INFECCION VIRAL PAROTIDEA BILATERAL OCURRE APROXIMADAMENTE EN EL 70% DE LOS CASOS, LA ENFERMEDAD RARA VEZ ES MORTAL, PESE A QUE ES MUY MOLESTA Y PELIGROSA.

C O N C L U S I O N

PARA PODER REALIZAR UNA ATENCION ODONTOLOGICA PROFESIONAL RESPONSABLE, ES NECESARIO QUE EL ODONTOLOGO ESTE CONSTANTEMENTE AL TANTO DE LOS AVANCES TEORICOS Y PRACTICOS, ASI COMO EN CONSULTA DE CONOCIMIENTOS QUE LE PERMITAN SER COMPETENTE EN SU PROFESION.

LA PRESENTE TESIS "DOLOR MAS COMUN MANIFESTADO POR PACIENTES EN CONSULTA DENTAL", BUSCA QUE AQUELLOS ESTUDIANTES O PROFESIONISTAS, QUE TENGAN LA OPORTUNIDAD DE LEER LA MISMA, TOMEN CONCIENCIA DE LO IMPORTANTE QUE ES EL DOLOR, DENTRO DEL DIAGNOSTICO, QUE CUANDO SE PRESENTE UN PACIENTE AL CONSULTORIO CON DOLOR, ESTE SEA ANALIZADO CON CONOCIMIENTO DE CAUSA Y NO SOLO SE PIENSE, QUE DICHO DOLOR ES OCASIONADO POR EL NERVIOS TRIGEMINO Y ASI SOLO SE RECETE UN CALMANTE PARA EL DOLOR.

EN ESTE TRABAJO, PROCURO TRATAR EL TEMA DESDE SUS BASES ANATOMICAS Y FISIOLÓGICAS, SE HACE NOTAR LA IMPORTANCIA DE CONOCER EL QUINTO PAR CRANEAL "NERVIOS TRIGEMINO", COMO SE COMPONE UNA NEURONA, COMO SE RELACIONAN ENTRE SI, COMO SE VAN FORMANDO Y LLEVANDO LOS IMPULSOS NERVIOSOS; LA FORMA EN QUE LAS PERSONAS PERCIBEN EL DOLOR Y LA REACCION O INTERPRETACION QUE CADA PACIENTE LE DA AL DOLOR.

EL NERVIOS MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR, SE TRATA CON LA IMPORTANCIA QUE TIENE EN LA PROFESION ODONTOLOGICA.

EN TODO MOMENTO, SE PROCURA LLEVAR UN ORDEN EN EL AVANCE O PRESENCIA PATOLOGICA Y EL DOLOR COMO CENTRO DE ATENCION, EN CADA UNA DE LAS PATOLOGIAS EN QUE ESTA PRESENTA.

AL HABLAR DEL DOLOR DE BOCA O CARA, NO SE INVADIRIA NINGUN TERRENO AJENO A NUESTRA PROFESION, MAS BIEN ENRIQUECEMOS NUESTROS CONOCIMIENTOS, PARA ASI, PODER ENFRENTARNOS CON PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN EN EL CONSULTORIO DENTAL, Y QUE MUCHAS VECES LOS CONSIDERAMOS AJENOS, CUANDO BIEN PUEDEN TENER UN ORIGEN DENTAL O ESTAR RELACIONADOS CON PROBLEMAS DENTALES PROPIAMENTE O BIEN CON ALGUN PROBLEMA

DE STRESS CAUSADO DURANTE ALGUN TRATAMIENTO.

SE REALIZAN GRAN CANTIDAD DE EXTRACCIONES DENTALES INECESARIAS POR UN DIAGNOSTICO ERRONEO CONSIDERANDO QUE UNA PIEZA DENTAL, ES RESPONSABLE DE DOLOR EN BOCA O CARA, CUANDO EL DOLOR NO TIENE NINGUNA RELACION CON PIEZAS DENTALES.

EN LA PRESENTE TESIS, SE TRATAN PRACTICAMENTE LAS AFECCIONES MAS COMUNES DEL NERVIO TRIGEMINO, ASI COMO ALGUNAS AFECCIONES O ENFERMEDADES QUE PUEDEN SER CONFUNIDADES ENTRE SI, Y SE MENCIONAN SUS DIFERENCIAS.

COMO YA DIJIMOS ANTERIORMENTE, TOMANDO CONCIENCIA DE ESTO Y DANDOLE LA IMPORTANCIA DEBIDA FACILITAREMOS ASI EL DIAGNOSTICO Y REALIZAREMOS EL TRATAMIENTO ADECUADO PARA EL PROBLEMA DE NUESTRO PACIENTE, Y DE ESTA FORMA LE EVITAREMOS MUCHOS MAS PROBLEMAS. Y EL ODONTOLOGO SENTIRA SATISFACCION PROFESIONAL.

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

- 1.- ALCAZAR, DEL RIO IGNACIO.
ANATOMIA HUMANA PARA ODONTOLOGIA
TERCERA EDICION
MEXICO, D.F., ED. MENDEZ OTEO, 1981.
- 2.- BHASKAR, S. N.
PATOLOGIA BUCAL
TERCERA EDICION
BUENOS AIRES, ARGENTINA, ED. EL ATENEO, 1979.
- 3.- BURKET, W. LESTER DR.
MEDICINA BUCAL
VOL. 3
MEXICO, D.F., ED. INTERAMERICANA, 1973.
- 4.- CABRINI, ROMULO LUIS.
ANATOMIA PATOLOGICA BUCAL
PRIMERA EDICION
BUENOS AIRES, ARGENTINA, ED. MUNDI, 1981.
- 5.- DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS
ONCEAVA EDICION
MEXICO, D.F., ED. SALVAT, 1979.
- 6.- DUNN, MARTIN J.
BOOTH, DONALD F.
MEDICINA INTERNA Y URGENCIAS EN ODONTOLOGIA
PRIMERA EDICION
MEXICO, D.F., ED. EL MANUAL MODERNO, 1980.
- 7.- GARCIA, SANCHEZ CRISTINA
DOLOR, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
VOL. 2
MEXICO, D.F., ED. INTERAMERICANA, 1974.
- 8.- GIUNTA, JOHN
PATOLOGIA BUCAL
PRIMERA EDICION
MEXICO, D.F., ED. INTERAMERICANA, 1981
- 9.- HAM, A. W.
TRATADO DE ODONTOLOGIA
OCTAVA EDICION
MEXICO, D.F., ED. INTERAMERICANA, 1984.
- 10.- HARTY, F. J.
ENDODONCIA
PRIMERA EDICION
MEXICO, D.F., ED. EL MANUAL MODERNO, 1982.
- 11.- HALLINSHEAD, HENRY M.
ANATOMIA PARA CIRUJANOS DENTISTAS
VOL. I.
MEXICO, D.F., ED. SAGITARIO, 1983.
- 12.- INGLE, IDE JOHN.
BEVERIDGE, EDGERTON EDWARD
ENDODONCIA
SEGUNDA EDICION
MEXICO, D.F., ED. INTERAMERICANA, 1980.

- 13.- KRUPP, MARCUS A.
CHALTON, MILTON J.
DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO
VIGESIMA EDICION
MEXICO, D.F., EL MANUAL MODERNO, 1985.
- 14.- LUKS, SAMUEL.
ENDODONCIA
PRIMERA EDICION
MEXICO, D.F., ED. INTERAMERICANA, 1978.
- 15.- MALCON, A. LINCH.
"MEDICINA BUCAL DE BUCKET" DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
SEPTIMA EDICION
MEXICO, D.F., ED. INTERAMERICANA, 1985.
- 16.- MEYERS, H. FEDERICK.
JOWETZ, ERNEST.
GOLDFIEN, ALAN.
FARMACOLOGIA CLINICA
QUINTA EDICION
MEXICO, D.F., ED. MANUAL MODERNO, 1975.
- 17.- PRECIADO, Z. VICENTE.
ENDODONCIA
CUARTA EDICION
GUADALAJARA, JAL., MEXICO, ED. CUELLAR, 1984.
- 18.- RODRIGUEZ, CARRANZA RODOLFO.
VADEMECUM ACADEMICO DE MEDICAMENTOS
PRIMERA EDICION
MEXICO, D.F., ED. PROGRAMA DEL LIBRO DE TEXTO UNIVERSITARIO.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, 1984.
- 19.- SCHWARTZ, LASZLO.
DOLOR FACIAL Y DIFUSION MANDIBULAR
VOL. I.
ARGENTINA, ED. MUNDI, 1973.
- 20.- SHAFER, G. WILLIAM G.
HINE, K. MAYNARD
LEVY, M. BERNET.
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
TERCERA EDICION.
MEXICO, D.F., ED. INTERAMERICANA, 1977.
- 21.- SPANGE, J. D.
PATOLOGIA BUCAL
PRIMERA EDICION
BUENOS AIRES, ARGENTINA, ED. MUNDI, 1972.
- 22.- U.N.A.M.
PATOLOGIA BUCODENTAL Y GENERAL
PRIMERA EDICION
MEXICO, D.F., ED. U.N.A.M. 1977.
- 23.- VELAZQUEZ, TOMAS
ANATOMIA PATOLOGICA DENTAL Y BUCAL
PRIMERA EDICION
MEXICO, D.F., ED. FOURNIER, 1963.

24.- ZEGARRELLI, EDWARD V. Y OTROS
DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
VOL. I.
ESPAÑA, ED. SALVAT, 1979.