

318322 2
24

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS URGENCIAS ENDODONTICAS

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA :

RUTH ELIZABETH CANCINO ARGUETA

DIRECTOR DE TESIS:

C.D. ENRIQUE RUBIN IBARMEA

MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**A mis padres,
Gracias por su apoyo, comprensión
y amor que he recibido toda la vida.**

**A mi novio Rafael,
Por tu gran cariño y apoyo
en todo momento difícil,
alientandome a salir adelante.**

**A los Doctores:
Pedro Palma y Enrique Rubín Ibarnea,
Por su ayuda y colaboración desinteresada
en la elaboración de esta tesis.**

INDICE

	Pag.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
DIAGNOSTICO DE LAS URGENCIAS ENDODONTICAS	3
CAPITULO II	
AFECCIONES PULPARES COMO CAUSA DE URGENCIA ENDODONTICA	9
- PULPITIS REVERSIBLE	10
- PULPITIS IRREVERSIBLE	11
- NECROSIS PULPAR	16
CAPITULO III	
AFECCIONES PERIAPICALES COMO CAUSA DE URGENCIA ENDODONTICA	22
- PERIODONTITIS APICAL AGUDA	23
- ABSCESO ALVEOLAR AGUDO	30
Fase inicial	32
Fase en evolución	34
Fase final	36
- PERIODONTITIS APICAL CRONICA AGUDIZADA	39
CAPITULO IV	
TRAUMATISMOS Y FRACTURAS	42

CLASE I		
	DIENTE TRAUMATIZADO: CORONA Y RAIZ INTACTAS	45
CLASE II		
	FRACTURA CORONARIA: SIN EXPOSICION PULPAR	47
CLASE III		
	FRACTURA CORONARIA: CON EXPOSICION PULPAR	48
CLASE IV		
	FRACTURA CORONARIA: QUE SE EXTIENDE SUBGINGIVALMENTE	50
CLASE V		
	FRACTURA RADICULAR CON PERDIDA DE LA ESTRUCTURA CORONARIA O SIN ELLA	51
CLASE VI		
	DESPLAZAMIENTO DE DIENTES CON FRACTURAS O SIN ELLA	54
	- DESPLAZAMIENTO PARCIAL	54
	Vestibular o lingual	
	Extrusión	
	Intrusión	
	- LUXACION TOTAL	56
CLASE VII		
	LESIONES DE LOS DIENTES TEMPORALES	58
	CONCLUSIONES	61
	BIBLIOGRAFIA	63

INTRODUCCION

Las Urgencias Endodónticas son situaciones que demandan de una atención inmediata debido a que nos podemos encontrar por lo general con un paciente aturdido por el dolor intenso y debido a su estado emocional requiere de una cita urgente.

Las Urgencias en Endodoncia las podemos definir como circunstancias que se encuentran principalmente relacionadas con el dolor, tumefacción o se encuentran ambas, el paciente se encuentra desesperado, y se requiere de un tratamiento eficaz y un diagnóstico adecuado.

Debido a que las urgencias endodónticas son visitas no esperadas, ni programadas al consultorio, esta situación junto con la inexperiencia del operador y las presiones que nos genera el paciente debido a que reporta mucho dolor o limitación física debido a alguna tumefacción es posible que provoquemos un manejo y diagnóstico erróneo e inapropiado y causar a nuestro paciente un problema aún mayor.

Para evitar errores, se debe tener conocimiento de los pasos que hay que seguir para llegar primero al diagnóstico determinar las causas, el diente que esta dando el problema y después dependerá el tratamiento a elegir ya especificado para cada uno.

Los principales motivos de las urgencias dentales dolorosas son las que estan relacionadas con lesiones de tejido pulpar, o periapical, ocasionadas ya

sea por una afección de tipo microbiano, químico o mecánico o debido a un traumatismo, golpes y fracturas.

En consecuencia a estas afecciones que nos están generando un problema y dolor para el paciente, como objetivo inmediato debemos reducir la presión dolorosa, eliminar la pulpa inflamada, para propiciar condiciones apropiadas a los tejidos periapicales para su reparación.

En casos donde nos encontramos con un paciente que ha sufrido un accidente y que presenta lesiones traumáticas se debe dar de igual forma una atención inmediata.

Este tratamiento consiste desde un simple tratamiento paliativo de los tejidos blandos o se protege la dentina expuesta. Nos podemos encontrar también con situaciones más extremas, ya que en algunos casos puede ser necesario la reubicación o reimplantación de dientes que fueron luxados recurriendo en muchos casos al tratamiento endodóntico.

Es muy importante que nosotros como odontólogos tengamos conocimiento de los casos que se pueden presentar como urgencia y estar preparados para manejar esta clase de situaciones, ya que son las que con mayor número se presentan porque el paciente obligado por el dolor se ve en la necesidad de buscar ayuda odontológica.

En esta tesis se recopilan datos sobre los casos de urgencia más comunes que se pueden presentar y tener conocimiento de los pasos y procedimientos a seguir para concluir con un Diagnóstico y tratamiento adecuado y exitoso.

CAPITULO I

DIAGNOSTICO DE LAS URGENCIAS ENDODONTICAS

Es muy importante ante cualquier urgencia que se presente tener en cuenta un buen diagnóstico.

En algunas ocasiones, lamentablemente, la inexperiencia o las presiones de la situación de urgencia llegan a afectar la capacidad del operador para distinguir entre casos que exigen tratamiento endodóntico urgente y casos en los que es mejor posponer dicho tratamiento.

Para evitar un diagnóstico erróneo y un manejo incorrecto del paciente, es obligatorio el uso de un método ordenado, paso por paso.

HISTORIA MEDICA

De manera breve, se revisa si el paciente acude con regularidad al consultorio. En la situación urgente es fácil pasar por alto los antecedentes médicos aunque no está de más preguntar al paciente de una forma concreta si padece de alguna enfermedad importante o antecedente sistémico.

Luego de que se obtiene información pertinente sobre los antecedentes médicos y odontológicos del paciente, se prosigue con:

- ANTECEDENTES DEL DIENTE A TRATAR (INTERROGATORIO)

- EXAMEN CLINICO
- EXAMEN RADIOLOGICO

ANTECEDENTES DEL DIENTE A TRATAR

En este paso vamos a observar si el diente afectado tiene presencia de caries, si hay una amalgama, resina o incrustación en mal estado o desajustada, alguna corona o si el diente sufrió de algún traumatismo, esto se puede saber haciéndole preguntas al paciente sobre accidentes previos sufridos en los dientes, si ha molestado en forma espontánea, nocturna, etc.

EXAMEN CLINICO

En el exámen clínico realizamos las pruebas de vitalidad como sea al frío al calor, se observa si su respuesta es fugaz o persistente, localizado o irradiado.

AL FRIO.- Se aplica mediante rociamiento de cloruro de etilo sobre una bolita grande de algodón y se coloca sobre la superficie vestibular del diente. El frío también puede usarse en barritas de hielo, obtenidas congelando agua en cartuchos de anestesia vacíos.

AL CALOR.- Aplicando en gutapercha caliente, "humeante", sobre la superficie húmeda del diente, también da una respuesta positiva, particularmente si la pulpa está hipersensible o inflamada.

Dentro del examen clínico también se hacen pruebas de percusión horizontal y percusión vertical, estas pruebas no son de vitalidad pulpar, sino que son pruebas para comprobar la salud o enfermedad del periodonto al igual que la prueba de masticación que se hace al morder una torunda de algodón. En la prueba de masticación puede haber respuesta pulpar por empacamiento de comida si la cavidad se encuentra abierta y si la cavidad se encuentra cerrada y responde a la percusión vertical y horizontal puede ser por trauma oclusal, para ello se buscan facetas de desgaste en el diente, también se puede deber a inflamación del ligamento periodontal.

Los dientes normales sanos en oclusión adecuada no presentan dolor al hacerse una percusión moderada. Los dientes cuyos ligamentos periodontales están inflamados suelen reaccionar con dolor, en el cual también interpretaremos su intensidad, si es persistente y fugaz y si es localizado o irradiado.

Después continuamos con los signos del diente, en el que tomaremos en cuenta el cambio de color, si es localizado o difuso, el piso de la cavidad si se encuentra duro o blando, la movilidad del diente y en que grado de movilidad se encuentra (1.2.3), también se observa la situación de la pulpa, si está expuesta, íntegra, hipertrofiada o sin pulpa.

Por último realizamos el tacto periapical y se debe realizar tanto intraoral como extraoral para comprobar la presencia o ausencia de tumefacciones localizadas o difusas o de fístulas.

EXAMEN RADIOLOGICO

No hay fase del examen endodóntico que sea tan compensadora como la radiográfica, o que induzca a tantos errores cuando no se interpretan adecuadamente.

En la radiografía podemos ver la anatomía del diente a tratar como es la cámara pulpar, el conducto pulpar y su morfología, debemos tomar en cuenta si se encuentra amplio, estrecho, calcificado, si ya fueron preparados y obturados.

Es muy importante observar en la radiografía de diagnóstico la zona apical y periapical, si el ligamento se encuentra normal o ensanchado, si hay rarefacción difusa o circunscrita. En caso de ser fractura se observará si se encuentra en la corona del diente o en la raíz y hasta donde abarca, si involucra o no el tejido pulpar y si se ubica en el tercio incisal, tercio medio o tercio apical.

Después de haber realizado estos pasos de una manera breve, se tendrán datos para tener un diagnóstico pulpar y periapical de presunción.

De acuerdo a los resultados de las pruebas mencionadas anteriormente podemos definir la vitalidad de la pulpa:

- La pulpa sana responde a estímulos provocados de frío y calor, el estímulo es localizado y fugaz. Se encuentra en dientes intactos sin caries.
- En pulpitis reversible, encontramos respuesta al frío, al calor, el estímulo es localizado y fugaz. Está en dientes con caries de primero y segundo grado.

con fractura coronaria y exposición dentinaria, restauraciones y enfermedad paradontal, puede existir evidencia radiográfica de ensanchamiento del ligamento periodontal. .

- En pulpitis irreversible, hay respuesta al frío, al calor, es provocada y espontánea, irradiada y persistente, está en dientes con fracturas coronarias o con restauraciones muy profundas, enfermedad paradontal avanzada. En la radiografía se observa ligamento ensanchado.
- En la necrosis el diente puede estar ligeramente movable y observarse en la radiografía ensanchamiento del ligamento y lesión periapical circunscrita. No se obtiene respuesta con el frío, pero el calor puede producir dolor.

Con respecto al diagnóstico periapical lo podemos obtener con los siguientes datos:

- **Periapice Sano.-** Responde de manera natural a las pruebas de masticación, a la percusión vertical y horizontal. No hay persistencia del dolor, al retirar el estímulo desaparece la respuesta.
- **Periodontitis Apical Aguda.-** Dolor exagerado a la percusión vertical, horizontal y masticación. El dolor es persistente. Radiográficamente no se observa nada más que ensanchamiento. Puede cursar con fiebre y estado de malestar general. El diente se puede encontrar ligeramente avulsionado.

El irritante es de alta capacidad irritativa, la evolución del problema es de corta duración.

- **Absceso Alveolar Agudo.-** Dolor espontáneo, pulsátil y localizado, extrusión dentaria, dolor a la percusión, movilidad dentaria, sensibilidad a la palpación a nivel del ápice radicular. Radiográficamente mostrará sólo un aumento del espacio periodontal.
- **Absceso Alveolar Crónico.-** No hay respuesta a la percusión vertical y horizontal y a la masticación, la calidad del irritante es baja, el tiempo de evolución es largo. Radiográficamente se puede observar lesión periapical, desde ensanchamiento del ligamento hasta rarefacción circunscrita. También es consecuencia de la necrosis pulpar o de la enfermedad parodontal avanzada que han cursado asintomáticos.
- **Periodontitis Apical Crónica Agudizada.-** Cursa con todos los datos de la periodontitis apical crónica pero, que por alguna situación vuelve a ser aguda. Radiográficamente se puede observar una rarefacción difusa o circunscrita. Cursa con sintomatología agudizada, dolor espontáneo, fiebre y existe inflamación.
- **Periodontitis Apical Crónica con Sintomatología.-** Cursa con los mismos datos que la Periodontitis apical crónica con etapas de remisión de sintomatología. Dolor provocado a la masticación, a la percusión horizontal y vertical, pero no son datos de un problema agudo. Dolor persistente y localizado, muy raro que exista inflamación.

CAPITULO II

AFECCIONES PULPARES COMO CAUSA DE URGENCIA ENDODONTICA

Sin tomar en cuenta la configuración anatómica y diversidad de irritantes, el tejido pulpar reacciona a ellos como cualquier otro tejido conectivo en cualquier otra parte del organismo.

La lesión pulpar mediante estos agentes causa inflamación. El grado de ésta es proporcional a la intensidad y gravedad del tejido dañado. Las lesiones mínimas, como caries incipiente o preparaciones de cavidades poco profundas, causan una pequeña o ninguna inflamación en la pulpa.

Sin embargo, la caries profunda y extensos procedimientos operatorios por lo general producen una reacción inflamatoria más grave en la pulpa. Dependiendo de la gravedad y duración del daño a la pulpa y la capacidad pulpar para responder, puede variar la enfermedad pulpar de una inflamación transitoria (pulpitis reversible) a una pulpitis irreversible, la cual puede progresar hasta la necrosis.

ENFERMEDAD PULPAR

- PULPITIS REVERSIBLE
- PULPITIS IRREVERSIBLE
- NECROSIS PULPAR

PULPITIS REVERSIBLE

Los estímulos mínimos y/o de corta duración como caries incipiente, erosión cervical y oclusión atrisal, la mayor parte de los procedimientos operatorios, curetaje periodontal profundo y fracturas del esmalte que resulten en la exposición de túbulos dentinarios son los irritantes que causan la pulpitis reversible.

Por lo general, la pulpitis reversible no se acompaña con síntomas agudos; sin embargo, cuando éstos están presentes usualmente son de un patrón muy particular.

La aplicación de estímulos como líquidos fríos, calientes así como aire, pueden producir un dolor transitorio y agudo.

La remoción de estos estímulos, los cuales bajo condiciones normales no producen dolor o incomodidad, resultan en un inmediato alivio. Los estímulos como frío o calor producen diferentes respuestas de dolor en dientes normales.

Cuando el calor se aplica en dientes normales, hay una respuesta inicial retardada y la intensidad del dolor aumenta conforme la temperatura lo hace. En contraste, la respuesta dolorosa al frío en dientes normales es inmediata y su intensidad disminuye cuando el frío se mantiene. Con base en estas observaciones, puede suponerse que las respuestas pulpares en dientes saludables o con enfermedad son debidas a cambios en las presiones intrapulpares.

TRATAMIENTO

El pronóstico es bueno, siempre que se instaure de inmediato el tratamiento, que consiste en eliminar la causa (caries por lo general), después proteger la pulpa mediante el recubrimiento pulpar con bases protectoras como hidróxido de calcio, eugenato de zinc y coronas prefabricadas plásticas, o restaurar con la obturación más conveniente.

El diente una vez protegido, vuelve a su umbral doloroso normal al cabo de dos o tres semanas.

PULPITIS IRREVERSIBLE

La remoción de los irritantes pulpares y el sellado y aislamiento de la dentina expuesta casi siempre disminuyen y abaten los síntomas. Sin embargo, si la irritación de los tejidos pulpares continúa o aumenta en gravedad, la inflamación moderada o grave desarrollará pulpitis irreversible y eventualmente la necrosis pulpar.

La característica más importante de la pulpitis irreversible es la gravedad de la inflamación y el daño tisular. Por definición la pulpa ha sido dañada a tal grado que ya no es susceptible a la reparación, con el tiempo la pulpa morirá, aún si se retira el irritante. No existe ningún material o pócima mágica que promueva la reparación de tejido tan lesionado. Por lógica, estas pulpas deberán ser eliminadas. De no ser así el tejido experimentará una degeneración progresiva, lo que a la larga dará necrosis y destrucción periapical.

El clínico mal informado supone que la muerte pulpar se presentará con rapidez y tratará de correlacionar la grave enfermedad pulpar con los síntomas significativos. En realidad la necrosis pulpar si se presenta algunas veces con gran rapidez.

Sin embargo, el proceso puede requerir años. Además, la agonía de la muerte pulpar puede producir diversos síntomas.

El proceso puede ser agonizante también para el paciente, aunque más a menudo es asintomático. En este caso ni el paciente ni el dentista conocerán el grado de destrucción de la pulpa debido a que la enfermedad no suele ser acompañada por dolor. El dentista deberá estar conciente de este importante hecho e informarlo al paciente. Es fundamental que el clínico sepa que la muerte pulpar suele presentarse con lentitud y sin síntomas.

Aunque la exposición cariosa no es necesaria para que la pulpa se inflame en forma irreversible, este evento suele ser catastrófico. Una exposición cariosa es el punto en el que la dentina alterada e infectada entra en contacto con la pulpa. Esta penetración de caries " abre las puertas " y permite que gran cantidad de bacterias, residuos de la dentina cariosa y productos de su desintegración, productos de la saliva y agentes químicos de los alimentos ingeridos tengan acceso directo a la pulpa.

Esta infección franca acompañada de otros irritantes, conduce invariablemente al desarrollo de un microabsceso.

El avance del procedimiento inflamatorio hasta el punto del absceso es en extremo significativo, y a menudo ocurre una infección posterior debido a

la gran colonización bacteriana después del establecimiento de áreas de necrosis.

SINTOMAS

Cuando se presenta pulpitis irreversible, por lo general es una secuela de la pulpitis reversible. Además el daño pulpar es grave producido por una remoción dentinaria extensa durante procedimientos operatorios o un deterioro grave del flujo sanguíneo debido a un traumatismo o movimiento ortodóntico pueden también ocasionarla.

La pulpitis irreversible por lo general es asintomática, o el paciente reporta sólo síntomas leves cuando se da en cavidades abiertas. Sin embargo, esta pulpitis también puede estar asociada con episodios intermitentes o continuos de dolor espontáneo.

El dolor puede ser agudo, constante, localizado o difuso y puede durar pocos minutos o hasta horas.

La localización del dolor pulpar es mucho más difícil que la del dolor periapical, y llega a ser más difícil conforme el dolor se intensifica.

De acuerdo con esto, cuando el paciente tiene un dolor significativo, las respuestas pulpares en dientes con pulpitis irreversible difieren de aquellas en los dientes normales o en los dientes con pulpitis reversible. Por ejemplo, la aplicación de calor a dientes con pulpitis irreversible causa una respuesta inmediata.

También, algunas veces cuando se aplica frío la respuesta no desaparece, se prolonga. Algunas veces, la aplicación de frío en dientes con pulpitis irreversible y con vasos sanguíneos que responden puede causar vasoconstricción, y la disminución de la presión pulpar y, por consiguiente, alivio del dolor.

PRUEBAS Y TRATAMIENTOS

Mientras la inflamación se encuentre confinada dentro de los conductos radiculares y no se haya extendido dentro de los tejidos periapicales, las respuestas de los dientes serán dentro de los límites normales a las pruebas de palpación y percusión.

La extensión de la inflamación pulpar al ligamento periodontal causa sensibilidad a la percusión y una mejor localización del dolor por parte del paciente.

El tratamiento definitivo ante una pulpitis irreversible dolorosa consiste en la eliminación de la fuente del dolor, es decir, el tejido pulpar inflamado.

Anestesia Profunda

Es un primer paso importante durante la terapéutica ganarse la confianza y cooperación del paciente y se influye sobre su deseo por salvarle el diente implicado.

La anestesia en los dientes superiores se logra, por lo general, mediante

una infiltración adecuada o por inyecciones de bloqueo en las regiones vestibular y palatina. Cuando, además del bloqueo alveolar inferior y del correspondiente al nervio lingual, se anestesian los dientes inferiores, la inyección al nervio bucal largo puede ser útil.

Con frecuencia, y en especial con molares inferiores, aunque existan todos los signos de anestesia profunda, el intento por penetrar la pulpa o la dentina aún puede que sea doloroso. La inyección periodontal o intrapulpal ayuda a la eliminación de la sensibilidad residual en casi todos los casos.

Tratamiento Pulpar

El tiempo disponible determina a menudo el tratamiento pulpar de pulpitis irreversible. De modo ideal, los mejores tratamientos son el retiro completo de la pulpa inflamada, la limpieza y preparación de dientes uni y multirradiculares, las posibilidades para la eliminación del dolor disminuyen conforme el operador no realiza la limpieza total de conductos radiculares.

Si el tiempo no lo permite:

- 1) De manera parcial se extirpa el tejido pulpar en dientes uni o birradiculares.
- 2) Se agrandan los conductos radiculares pequeños hasta por lo menos del tamaño de una lima No. 20 o No. 25 (luego de que se establecen radiográficamente las longitudes de trabajo) se extirpa la pulpa de los conductos más grandes (raíz palatina o distal) en los molares, o
- 3) Se hace la extirpación de la pulpa cameral.

Después de la extirpación de la pulpa es preciso se irriguen con hipoclorito de sodio o soluciones con acción antiséptica los conductos y secarlos cuidadosamente con puntas de algodón, se protege el orificio con una torunda de algodón y se sella con material de obturación provisional.

Cuando termina la terapéutica de urgencia, puede recetarse al paciente un analgésico leve a moderado para emplearse de ser preciso.

NECROSIS PULPAR

Es la muerte de la pulpa, con el cese de todo metabolismo, y por tanto, de toda capacidad reactiva. Se emplea el término de necrosis cuando la muerte pulpar es rápida y aséptica y se denomina necrobiosis si se produce lentamente como resultado de un proceso degenerativo o atrófico.

La pulpa se encuentra encerrada en paredes rígidas, no tienen circulación sanguínea colateral y sus vénulas y linfáticos se colapsan bajo la presión tisular aumentada.

Grossman clasifica la necrosis en dos tipos:

1.- Necrosis por coagulación.

En la cual el tejido pulpar se transforma en una sustancia sólida parecida al queso, por lo que también recibe el nombre de caseificación.

2.- Necrosis por licuefacción.

Con aspecto blando o líquido, debido a la acción de las enzimas proteolíticas. A su vez la gangrena pulpar se divide en gangrena húmeda, según se produzca desecación o licuefacción.

La pulpitis irreversible lleva a la necrosis por licuefacción.

Si el exudado que se produce se absorbe o drena a través de la caries o la exposición dentro de la cavidad oral, la necrosis pulpar se retarda y la pulpa radicular puede mantenerse intacta por mucho tiempo. En contraste, una pulpa inflamada, cerrada o sellada induce a la rápida y total necrosis pulpar y a enfermedad periapical.

Además de la necrosis por licuefacción, la necrosis isquémica de la pulpa dental puede ocurrir como resultado de una lesión traumática y por la interrupción del suministro sanguíneo.

Si la necrosis es seguida de invasión de microorganismos se produce gangrena pulpar, caso en que los gérmenes pueden alcanzar la pulpa a través de la caries o fractura (vía transdental) por vía linfática periodontal o por vía hemática en el proceso de anacoresis.

La causa principal de la necrosis y gangrena pulpares es la invasión microbiana producida por caries profunda, pulpitis o traumatismos penetrantes pulpares.

SINTOMAS

Los dientes con necrosis pulpar casi siempre son asintomáticos o pueden estar asociados con episodios de dolor espontáneo o dolor a la presión.

A diferencia de las pulpas vitales, el dolor provocado después de la aplicación de calor en dientes con pulpas necróticas no se debe al incremento de la presión pulpar, esta presión puede registrar hasta cero después de la aplicación de calor en dientes necróticos. De hecho, la aplicación de frío, calor o estimulación eléctrica a dientes con pulpas necróticas no produce respuesta.

En la necrosis, y especialmente en la necrobiosis pueden faltar los síntomas subjetivos. A la inspección se observa una coloración oscura, que puede ser de matiz pardo, verdoso o grisáceo. A la transluminación presenta pérdida de la translucidez y la opacidad se extiende a toda la corona.

El diente puede estar movable y observarse en la radiografía un engrosamiento de la línea periodontal.

El diagnóstico, aunque relativamente fácil, puede ofrecer dudas con los períodos finales de la pulpitis irreversible, no obstante, y siendo la terapéutica parecida, puede comenzarse de inmediato la conducta terapia, eliminando los restos pulpares e iniciando la medicación antiséptica.

En la gangrena, forma infecciosa y común de la necrosis los síntomas subjetivos son más violentos con dolores intensos provocados por la masticación y percusión.

La inspección y vitalometría son similares a los descritos en la necrosis, y el diente puede estar más movable y doloroso a la percusión.

La transluminación y la vitalometría son idénticas en la gangrena y la necrosis.

Tratamiento

El pronóstico es favorable, de establecer de inmediato el tratamiento, especialmente en dientes anteriores.

La cámara pulpar será abierta para establecer un drenaje a los líquidos exudados y gases resultantes de la desintegración pulpar.

En casos agudos con reacción periodontal intensa, será menester hacerlo con un mínimo de presión para no causar dolor al paciente.

En los dientes que con facilidad drenan luego de abrirles, es preciso limitar a la instrumentación al sistema de conductos radiculares. En dientes con abscesos periapicales sin drenaje por los conductos, la penetración del agujero apical con limas delgadas (hasta la No. 25) en ocasiones establece el drenaje y libera la presión a través del forámen anatómico.

Durante y luego de la limpieza y preparación del sistema de conductos radiculares, debe irrigarse con hipoclorito de sodio. Después se secan los conductos con puntas de algodón, se coloca una torunda de algodón y se sella la cavidad con la obturación provisional.

El éxito de la terapéutica radicular no requiere del uso de medicamentos y de ninguna cantidad de quimioterapéuticos a menos que éstos sean acompañados por la limpieza mecánica adecuada, conducirá a un resultado exitoso.

Medicamentos muy potentes como para destruir las bacterias, también pueden destruir el tejido periapical vital y saludable, y en muchas ocasiones el medicamento hace más daño que los microorganismos.

El medicamento ideal debe de tener ciertos requisitos como:

- 1.- Que no irrite o necrose a los tejidos periapicales y periodontales.
- 2.- Que destruya o reduzca la flora bacteriana del conducto
- 3.- Que no pigmenta tejidos blandos y el diente.
- 4.- Que disminuya el dolor o lo prevenga.
- 5.- Que disminuya la inflamación periapical.

Un medicamento que llene todos los criterios antes mencionados no existe en la actualidad.

Existen dos grupos de medicamentos que están en uso común:

- Los Antisépticos Químicos: Paramonoclorofenol: ha sido usado desde el siglo XIX y aún goza de bastante popularidad a pesar que sus propiedades tóxicas son bien conocidas.

- **Los Antibióticos:** Están muy cerca del medicamento ideal, debido a que son virtualmente no irritantes a los tejidos periapicales.

CAPITULO III

AFECCIONES PERIAPICALES COMO CAUSA DE URGENCIA ENDODONTICA

En ciertos aspectos, el estudio de la patología periapical es una experiencia más grata que la tarea de analizar las enfermedades pulpares. Fuera del diente, empero la situación cambia. Entre otras cosas, porque el periodonto es un campo más amplio que la pulpa. Las lesiones adquieren un mayor tamaño, tarde o temprano, el hueso alveolar será afectado y presentará signos radiográficos.

La batalla se libra fuera del diente. Donde el organismo tiene la posibilidad de usar todos sus recursos. La resistencia y la limitación toman formas similares a las observadas en otros huesos y tejidos blandos del organismo.

La relación entre la patología pulpar y la apical es muy estrecha. Casi siempre, la lesión pulpar es precursora de la lesión periapical. Por lo tanto, nuestro exámen de la patología periapical es una continuación lógica del estudio de la patología pulpar.

Ambas comparten la inflamación y sus secuelas. Los tejidos conectivos de la cámara pulpar, el conducto radicular, los forámenes y la zona periapical son inseparables. Dada la existencia de esta unidad, la extensión de la lesión

más allá del ápice dentario es más comprensible. Ciertas estructuras del sector apical del periodonto ejercen una fuerte influencia sobre la naturaleza de las lesiones.

Entre éstas se destaca más el ligamento periodontal continuo, su rica red vascular y colateral y su trama epitelial. Más allá esta la lámina cribiforme del hueso alveolar propiamente dicho, a través de la cual el tejido conectivo se fusiona, en muchos puntos, con la médula del hueso alveolar de soporte.

El resultado neto de estas características de la zona periapical es que alrededor del ápice se puede montar una defensa celular más adecuada que en el seno de la pulpa. Que la pulpa sucumba ante la invasión bacteriana y que la cámara pulpar y el conducto radicular se conviertan en un nido de bacterias y toxinas orgánicas, es un hecho.

Pero con relación al diente, estos agentes están, en gran medida fuera de él, y es diferente si las bacterias o las toxinas, o ambas, escapan del conducto radicular hacia el tejido conectivo del ápice radicular.

En el periápice, la defensa se apoya más sobre las reacciones celulares y vasculares al ataque externo. Aquí, al igual que en la pulpa, la defensa gira en torno a la inflamación.

PERIODONTITIS APICAL AGUDA

La periodontitis aguda se puede definir como la inflamación aguda del periodonto apical, resultante de una irritación procedente del conducto radicular, o de un traumatismo.

La causa de la periodontitis apical aguda puede ser mecánica; por ejemplo, un golpe sobre un diente, una obturación alta, un cuerpo extraño que presiona al periodonto, las agresiones físicas a través del conducto radicular, aparecen generalmente por la sobreinstrumentación, debido a los errores de odontometría, perforaciones periapicales, traspasos con conos de papel absorbente en el momento del secado o de la colocación de ápositos, instrumentos fracturados y empujados durante la preparación biomecánica hacia la región periapical, o aún por los estravasamientos accidentales de conos de gutapercha o de plata en el momento de la obturación.

La periodontitis apical aguda también puede presentarse en dientes con vitalidad, por ejemplo: por oclusión traumática a consecuencia de un desgaste irregular de los dientes, por una obturación recientemente colocada que sobrepasa el plano oclusal, o por la introducción de un cuerpo extraño entre los dientes, tales como la cerda de un cepillo para dientes, un trozo de palillos para dientes, una espina de pescado, un trocito de goma de dique dejada por el dentista, accidentes en deportes o de otros orígenes, los procedimientos operatorios con movimientos ortodoncias inadecuados, separaciones bruscas son algunos de los aspectos que pueden llevar un diente con vitalidad pulpar a una situación de periodontitis.

La presencia de estos agentes etiológicos podrá también llevar a la aparición de alteraciones pulpares.

También puede ser ocasionada por agentes químicos, por ejemplo, gases de medicamentos muy irritantes como el formocresol, tricresol, formol, fenol, y otros productos que, apesar de poseer una excelente acción bactericida, son agresivos para los tejidos periapicales, haciendo que los mismos se inflamen intensamente.

Los extravasamientos accidentales de cementos y pastas en el momento de la obturación, en general provocan reacciones que serán más o menos intensas, dependiendo de la constitución química del producto y de la consistencia de la mezcla empleada. Se sabe que los cementos que poseen Eugenol en su fórmula, cuando están en contacto con los tejidos periapicales, provocan una reacción inflamatoria con liberación de exudado cuyo infiltrado es de leucocitos polimorfonucleares pudiendo llevar varios días para ceder, según Holland y col. las mezclas más fluidas son las más agresivas.

Por último la causa puede ser microbiana, la agresión puede darse como acontecimiento natural después de la necrosis pulpar. En otras situaciones, la invasión de la membrana periodontal se produce como consecuencia de procedimientos endodóncicos incorrectos, como penetraciones intempestivas en dientes con conductos radiculares infectados, donde no se realizó una limpieza previa del contenido séptico y se fuerza parte de este material hacia el periápice.

Existe una reacción inflamatoria del periodonto apical. Los vasos están dilatados, aparecen polinucleares y una acumulación de exudado seroso distiende el periodonto y extruye ligeramente el diente.

Si la irritación es intensa y continua, los osteoclastos pueden entrar en actividad destruyendo el hueso periapical y produciendo el período evolutivo siguiente, es decir, un absceso alveolar.

En las periodontitis agudas, la identificación es fácil dado que, como vimos a través de la descripción anterior, el proceso inflamatorio contenido por

los tejidos duros provocará por el edema una ligera extrusión del diente, además de la compresión y el estiramiento de las fibras nerviosas, haciendo siempre que el dolor sea localizado.

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

También pueden 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.

Por medio del interrogatorio, el paciente nos presenta la queja que siente un dolor espontáneo, muy intenso, localizado y llegando a veces a ser pulsátil. Además de esto, percibe una ligera extrusión del diente, y que el mismo se presenta sensible al tacto, impidiendo la masticación o dificultando aún la fonación. El examen clínico nos confirma este último aspecto, cuando realicemos las pruebas de percusión.

También aquí es fundamental la aplicación de las pruebas eléctricas y térmicas para determinar si el diente en cuestión presenta o no vitalidad pulpar y si está comprometido.

La palpación a nivel del ápice puede o no revelar sensibilidad dependiendo del grado de compromiso de la membrana periodontal.

El examen radiográfico mostrará, en la mayoría de los casos, un aumento del espacio periodontal apical, en función del rápido desarrollo de estos

procesos, no hay tiempo para un trabajo de osteoclasia que caracterice un área de rarefacción periapical, a no ser en aquellos casos en los que la periodontitis aparece como una agudización del proceso crónico (P.A.C.A.)

En el caso de un diente despulpado, la radiografía mostrará un espesamiento del periodonto, mientras que en un diente con vitalidad se observarán estructuras periapicales normales o igualmente un ensanchamiento del ligamento periodontal.

El diagnóstico diferencial debe ser hecho con el absceso dentoalveolar agudo en su fase inicial, donde los signos y síntomas son más sensibles.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

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 más avanzado del mismo proceso, con desintegración de los tejidos periapicales regularmente provenientes de la pulpa necrótica y no una inflamación del periodonto. Los antecedentes la sintomatología y los tests clínicos pulpaes ayudarán a diferenciar estas afecciones.

MICROBIOLOGIA.- La pulpa y los tejidos periapicales pueden estar estériles si la periodontitis es causada por un golpe o un traumatismo oclusal, u obedece a una irritación mecánica o química.

En el caso de conductos infectados, los microorganismos o sus productos tóxicos pueden ser forzados o difundirse a través del forámen, irritando la zona periapical.

PRONOSTICO.- El pronóstico del diente es favorable generalmente, dependiendo de la causa y del grado de evolución que haya alcanzado el proceso. La presencia de síntomas de periodontitis apical aguda durante el tratamiento endodóntico, no compromete su resultado final.

TRATAMIENTO.- El tratamiento consiste en determinar la causa verificando especialmente si se trata de un diente con pulpa vital o desulpado. Si fuera una periodontitis en un diente con vitalidad pulpar, provocada por ejemplo por un trauma oclusal como consecuencia de una restauración alta, el desgaste para armonizar la oclusión será suficiente para la rápida normalización del cuadro doloroso. Si la causa es una irritación química, producida por medicamentos empleados en el conducto, se aísla el diente con dique de goma, se retira la curación y se deja abierto el conducto cinco minutos como mínimo. El exudado acumulado en el conducto se eliminará completamente con puntas de algodón.

Deben colocarse en el conducto simplemente un taponcillo de algodón estéril en la cámara pulpar sellando a continuación el diente. Cuando se sospecha que ha habido exceso de medicación o que la irritación se debe al medicamento empleado para desinfectar el conducto, el tratamiento debe ser el mismo. Si el dolor persiste, se deja el conducto abierto para facilitar el drenaje, hasta que éste se elimine o cese el exudado, se debe lavar profusamente el conducto radicular con agua destilada evitando a toda costa la colocación de más irritantes.

En las periodontitis apicales subsiguientes a una obturación del conducto, para aliviar el dolor puede prescribirse un analgésico como el ácido acetil salicílico, o el Darvon y también debe liberarse la oclusión.

Cuando la pulpa se encuentra sin vitalidad y la causa de la periodontitis sea de etiología bacteriana, el tratamiento de urgencia implicará cuidados locales como realizar una instrumentación cuidadosa por tercios, tratando de evitar al máximo proyectar restos de material necrótico al periápice, liberar la oclusión y evitar la colocación de medicamentos intraconducto y químicos. Una buena opción es la irrigación con agua destilada ya que en este caso lo más importante no será lo que se meta al conducto, sino lo que se saque de él que al mismo tiempo favorecerá el que los tejidos periapicales inicien su reparación. Una vez hecho esto se colocará una torunda de algodón estéril en la cámara pulpar y una curación provisional eliminando también los puntos oclusivos con el diente antagonista.

La irrigación y la aspiración son indispensables manteniendo el conducto abierto para dar lugar a la salida de los gases y los posibles exudados que pudieran acumularse.

TRATAMIENTO SISTEMICO

Se debe prescribir medicación analgésica y antiinflamatoria durante 24 a 48 horas. La mediación antibiótica si fuese necesaria se debe instituir por lo menos cinco días hasta que desaparezca la fase aguda.

La remoción del contenido séptico eliminará el agente causal y en consecuencia, la continuidad de la agresión. Mientras tanto el proceso inflamatorio ya instalado podrá tomar algunas horas o días para ceder.

Generalmente luego de 48 a 72 horas después de la institución de la terapéutica de urgencia, el caso ya se encuentra en la fase crónica y podemos iniciar el tratamiento del conducto radicular.

El tratamiento del conducto radicular deberá siempre ser realizado después de la desaparición de los síntomas que caracterizan la fase aguda, y el pronóstico de la periodontitis es favorable, porque éstas responden satisfactoriamente al tratamiento.

ABSCESO ALVEOLAR AGUDO

El absceso alveolar agudo también se le conoce como absceso apical agudo, absceso dentoalveolar agudo, absceso periapical agudo, absceso radicular agudo.

Al absceso alveolar agudo se le define como una colección de pus localizada en el hueso alveolar a nivel del ápice radicular de un diente, resultante de la muerte de la pulpa, con expansión de la infección a los tejidos periapicales a través del forámen apical (etiología biológica). Se acompaña de reacción local intensa y a veces de reacción general. En consecuencia, el absceso puede considerarse un estadio evolutivo posterior de una pulpa necrótica en el que los tejidos periapicales reaccionan intensamente ante la infección.

Etiología

Entre otros agentes etiológicos encontramos físicos y químicos, que pueden determinar la formación de un absceso dentoalveolar agudo, aunque los de etiología microbiana son los dominantes.

La periodontitis bacteriana no tratada, evolucionará un proceso supurativo. Casi siempre todo esto es cuestión de tiempo. Otras veces el proceso seguirá horas después de una intervención incorrecta en los conductos radiculares infectados, donde se fuerza a través del foramen material séptico en cantidad suficiente para causar irritación.

Los abscesos se inician a nivel de periodonto apical, por la extensión de la infección hacia esos tejidos, a través del foramen. Mientras tanto, pueden evolucionar hacia el hueso alveolar alcanzando las zonas más distantes y profundas. A medida que la reacción evoluciona, surge una tumefacción de los tejidos blandos y, prosiguiendo en su marcha, una colección purulenta que acaba por exteriorizarse, abriéndose camino en el sentido de menor resistencia del tejido óseo, y finalmente drenando espontáneamente por la mucosa.

De esta manera, clínicamente los abscesos agudos presentan diferentes fases evolutivas. Es muy importante tratar de identificar estas fases dado que la conducta terapéutica de urgencia se encuentra directamente relacionada con estos estadios, aunque el límite nítido entre ellos, muchas veces sea impreciso.

De este modo, de acuerdo con la evolución clínica y para facilitar la orientación del tratamiento de urgencia.

Clasificamos los abscesos dentoalveolares agudos en tres fases distintas: inicial, en evolución y final.

ABSCESO DENTOALVEOLAR AGUDO EN FASE INICIAL

El resultado entre la agresión y la defensa se caracteriza por la intensa reacción localizada, determinando la exudación excesiva donde el edema periapical ocasiona la separación de los tejidos, llegando a comprometer estructuras adyacentes a la membrana periodontal.

Por la presencia del intenso proceso inflamatorio o infeccioso o ambas cosas, con supuración a nivel de los tejidos periapicales, las fibras del periodonto estarán comprimidas e incluso separadas, produciéndose también una destrucción ósea que no se aprecia radiográficamente.

Este cuadro determina la aparición de signos y síntomas bien característicos los que fácilmente serán identificados a través del interrogatorio y el examen clínico. Ellos son: dolor espontáneo, pulsátil y localizado, extrusión dentaria, dolor a la percusión, movilidad dentaria, congestión de la mucosa a nivel de ápice radicular, sensibilidad a la palpación a nivel del ápice radicular.

El examen radiográfico mostrará solamente un aumento del espacio periodontal, porque no existen condiciones para que se manifiesten zonas de reabsorción ósea.

En el interrogatorio el paciente puede relatar que el diente en cuestión, hacía poco tiempo se presentaba ligeramente sensible al tacto, y en

las últimas 24 a 48 horas esa sensibilidad aumentó considerablemente al punto de tornarse insoportable.

Por medio de la inspección podemos constatar la presencia de una caries profunda, responsable del cuadro actual, o bien esta caries podrá ser una recidiva en un diente portador de un bloque restaurador y sólo con el auxilio del exámen radiográfico es que la vamos a detectar. Por las pruebas de palpación a nivel del ápice, vamos a encontrar una zona sensible y prosiguiendo el exámen clínico fácilmente comprobaremos la presencia de dolor a la percusión y movilidad.

Las pruebas eléctricas y térmicas muestran ausencia de vitalidad pulpar. En algunas situaciones, en presencia de calor puede aparecer dolor, por la expansión de los gases.

La ausencia de edema es uno de los principales elementos para identificar esta fase inicial de los abscesos agudos.

Tratamiento

Los cuidados en la atención de urgencia incluyen el tratamiento local y el tratamiento sistémico.

Tratamiento local.- Se hace apertura coronaria, limpieza y remoción del contenido séptico del conducto radicular, por medio de irrigación y aspiración, con hipoclorito de sodio al 0.5% y con el auxilio de un instrumento para endodoncia. Con este procedimiento se producirá la salida de los gases y el drenaje del exudado purulento, generalmente poca cantidad en esta fase.

Tratamiento sistémico.- Una cobertura antibiótica en esta fase puede ser de gran valor, porque así estaremos protegiendo al paciente contra la posible evolución del proceso, y por consiguiente contra la formación del edema, que una vez instalado llevaría algunos días para ceder. En la prescripción de una medicación antibiótica se opta por penicilinas. La medicación debería mantenerse en dosis adecuadas durante un período de hasta dos a tres días después de la desaparición de la sintomatología, totalizando un período de por lo menos cinco días de cobertura antibiótica.

Generalmente, dos a tres días después de la institución del tratamiento de urgencia, los signos y síntomas que caracterizan a la fase aguda ya habrán cedido. Puede realizarse entonces el tratamiento de los conductos radiculares.

ABSCESO DENTOALVEOLAR AGUDO EN EVOLUCION

Si no se insituyera un tratamiento de urgencia, el absceso agudo en fase inicial proseguirá en evolución y el pus formado ahora en mayor volumen, procurará una vía de drenaje natural determinando la lisis ósea, siempre en el sentido de menor resistencia, alcanzando áreas más distantes.

La aparición de la tumefacción de los tejidos blandos, intra y extrabucal, se caracteriza por la intensa reacción inflamatoria regional con todos los síntomas y signos inherentes a la gravedad del cuadro.

El diagnóstico no es difícil existe dolor espontáneo e intenso, pulsátil y localizado, acentuada extrusión del diente dolor a la percusión, ausencia de vitalidad pulpar y presencia de edema consistente, sin fluctuación.

En la radiografía puede observarse simplemente un aumento del espacio periodontal. A través del interrogatorio el paciente nos va a informar que hace algunos días el diente se encontraba sensible al tacto como si estuviera "salido", podrá informar además de que esta sensibilidad se agravó rápidamente, volviéndose insoportable, y en las últimas 24 horas la cara comenzó a edematizarse, el dolor es ahora intenso, espontáneo, pulsátil, impidiéndole dormir, alimentarse correctamente y aún hablar, dado que el simple contacto con la lengua sobre la región afectada agrava el dolor.

Por la palpación constatamos la presencia de un edema consistente, sin fluctuación, porque la colección purulenta se encuentra aún dentro del hueso.

Esta tumefacción también tiene sus manifestaciones extrabucales y dependiendo del diente afectado, podrá comprometer distintas regiones de la cara. Llegando en ocasiones a causar asimetría en la cara por la inflamación.

El pronóstico será siempre favorable, siempre que existan condiciones, después del tratamiento de urgencia, para la realización del tratamiento de conductos radiculares del diente comprometido.

Tratamiento

Se hace apertura coronaria y limpieza inmediata del contenido séptico del conducto radicular, con el auxilio de lavajes y aspiración, con hipoclorito de sodio al 0.5 %. Remoción del contenido con instrumentos para la preparación del conducto radicular.

Con esto se dará salida a los gases y el drenaje de pus será muy pequeño, pues el mayor volumen de la colección purulenta en busca de una

zona de menor resistencia para dar salida, se halla a mitad del camino entre la región periapical y el periostio.

Como la tumefacción es dura significa que la colección purulenta aún no ha perforado el periostio, no se debe intentar su incisión.

Dada la evolución del cuadro se puede instaurar una terapéutica antibiótica y una vez remitida la fase aguda se inicia el tratamiento de conductos.

ABSCESO DENTOALVEOLAR AGUDO EN FASE FINAL

Esta es la última fase de los abscesos, la colección purulenta ya perforó el periostio y se encuentra distribuida por toda la región submucosa lista para drenar espontáneamente o auxiliada por una incisión.

La colección purulenta es delimitada por tejido de granulación, rico en vascularización e histiocitos como una verdadera barrera con finalidad de aislar el proceso, protegiendo los tejidos, así como el organismo, de la acción de los agentes irritantes.

Aunque el edema es ahora fluctuante y extremadamente evolucionado, el dolor no es ya tan intenso, dado que la colección purulenta está en su mayor parte en los tejidos blandos, que ceden a la constante presión.

El diagnóstico no es difícil. A través del interrogatorio y pruebas clínicas se encuentra: dolor espontáneo, moderado y pulsátil, extrusión

dentaria, dolor a la percusión, ausencia de vitalidad pulpar y edema voluminoso, localizado y fluctuante.

A través del interrogatorio el paciente nos relata que este cuadro ya tiene algunos días de evolución y a medida que la tumefacción se localizó, el dolor disminuyó.

Mientras tanto los tejidos blandos de la región edematizada están menos sensibles a la palpación.

Por la palpación del edema observamos la fluctuación, o sea la movilización de la colección purulenta submucosa. En ocasiones puede suceder que el absceso siga el camino extrabucal, con su exteriorización hacia los tejidos cutáneos. Dependiendo del área donde se desenvuelve la infección, el pus puede drenar hacia las fosas nasales o a los senos maxilares, o según su trayecto a través de la piel.

El pronóstico en la gran mayoría de los casos es favorable para el diente, siempre que existan condiciones para realizar el tratamiento de los conductos radiculares.

Tratamiento

Se realiza apertura coronaria y remoción del contenido séptico del conducto por medio de irrigación y aspiración, con hipoclorito de sodio al 0.5 % y con una lima tipo " K " como auxiliar. Con esto estaremos creando condiciones para la salida de los gases y el drenaje de parte de la colección purulenta. El diente debe permanecer abierto durante algunos días.

Se procede al drenaje quirúrgico a través de una incisión en el edema fluctuante.

Realizada una anestesia tópica con cloruro de etilo o un " spray " anestésico, se hace una incisión con un bisturí en la zona más prominente de la tumefacción y de pronto drenará la colección purulenta.

Los antibióticos son importantes en esta fase porque generalmente el paciente se encuentra con una resistencia orgánica muy debilitada y la medicación, además de actuar sobre el cuadro infeccioso, irá a proteger su organismo contra una probable complicación o diseminación bacteriana.

A pesar de que en todas las fases del absceso el diente está sin vitalidad pulpar, en muchos casos es necesario anestesiarse para abrir el diente, porque es grande la sensibilidad táctil y la movilidad, y como es necesario realizar un acceso para establecer drenaje la vibración de la fresa sobre el diente causa dolor, en este caso tomaremos al diente por la corona entre los dedos índice y pulgar y con una fresa en buenas condiciones y de tamaño adecuado procederemos a realizar el acceso.

El tratamiento de los conductos radiculares será realizado después de la desaparición total de todos los síntomas que caracterizan a la fase aguda y se desarrollará dentro de la técnica que orienta el tratamiento de las necropulpectomías.

PERIODONTITIS APICAL CRONICA AGUDIZADA

Definición: Es una infección de poca virulencia y larga duración, localizada en el hueso alveolar periapical y originada en el conducto radicular.

Etiología: Es una etapa evolutiva natural de una mortificación pulpar con extensión del proceso infeccioso hasta el periápice. Puede también provenir de un absceso agudo preexistente, o ser la consecuencia de un tratamiento de conductos mal realizado.

Sintomatología: Generalmente es asintomático, 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; en este último caso, la descarga de pus está precedida por la tumefacción de la zona, debido al cierre de la abertura fistulosa. Cuando la presión del pus encerrado es suficiente para romper las finas paredes de los tejidos gingivales, la colección purulenta drena en 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. Esta pequeña prominencia en las encías, semejante a una "postemilla" como vulgarmente se le conoce, y se observa con frecuencia tanto en infecciones de los dientes temporarios como de los permanentes.

Diagnóstico: Puede ser indoloro o ligeramente doloroso. A veces, el primer indicio de infección apical lo da el examen radiográfico de rutina o la

alteración del color de diente. La radiografía revelará una zona de rarefacción ósea difusa. El periodonto está engrosado. La zona de rarefacción puede ser tan difusa, que llega hasta confundirse con el hueso normal sin ningún límite de demarcación (rarefacción difusa), o bien existir una zona de demarcación o delimitación de la destrucción ósea (rarefacción circunscrita). El examen clínico puede revelar la presencia de una cavidad, una obturación de resina, acrílico o metálica, o bien una corona de oro o porcelana, bajo las cuales 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 móvil o sensible a la percusión. A la palpación, los tejidos blandos de la zona apical pueden encontrarse, ligeramente tumefactos y sensibles.

Pronóstico

El pronóstico del diente generalmente es favorable dependiendo de la accesibilidad de los conductos y el grado y extensión de la destrucción ósea presente. Si el hueso está muy lesionado y a pesar del tratamiento de conductos no se observa (en un período de aproximadamente 6 meses) reparación periapical o indicios de ésta y fístula sigue presente se podrá pensar en el retratamiento o en el abordaje quirúrgico para resolver el cuadro.

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. Cuando la zona de rarefacción es pequeña, el método terapéutico no difiere materialmente del tratamiento de un

diente con pulpa necrótica, en realidad, un absceso crónico puede considerarse como la propagación de la infección de una pulpa necrótica a los tejidos periapicales y su persistencia en ellos.

Si existe una fístula, ésta cerrará tan pronto como se logre la esterilidad del conducto, sin requerir ningún tratamiento especial. En muchos casos, una vez limpio el conducto y sellado, se observa su cicatrización o reparación apical.

CAPITULO IV

TRAUMATISMOS Y FRACTURAS

Los traumatismos y fracturas en Odontología son un problema común, generalmente al tener este problema en el consultorio representa una urgencia que requiere de atención inmediata.

Las lesiones traumáticas pueden producir dolor, pérdida final de los dientes con posibles daños y desfiguración de cara y boca. Con frecuencia tales lesiones son acompañadas por daños a los tejidos blandos, que pueden ser más notables para el paciente y personal de la sala de urgencias que las lesiones dentales. Estas últimas pueden no recibir atención sino hasta mucho tiempo después.

Es importante que se le dé atención inmediata a los dientes. Esta atención consiste en diagnóstico y simple tratamiento paliativo de tejidos blandos o protección de la dentina coronaria expuesta. En circunstancias más extremas, puede ser necesario hacer reubicación o reimplantación de dientes luxados, y en muchos casos habrá que recurrir al tratamiento endodóntico que abarca desde pulpotomía hasta obturación del conducto radicular.

En muchas ocasiones, ante tales urgencias, la inexperiencia del operador, no distingue entre casos que requieren tratamiento endodóntico urgente en los que es mejor posponer ese tratamiento. En algunas ocasiones en dientes jóvenes, las pulpas que aparentemente fueron desvitalizadas por un

traumatismo suelen recuperar su respuesta normal al cabo de un período breve. Una vez comprobada la desvitalización pulpar, hay que iniciar rápidamente el tratamiento de conductos para evitar secuelas agudas así como el cambio de color progresivo tan común en casos traumáticos.

Generalmente los pacientes buscan asistencia odontológica cuando han sufrido un traumatismo en los dientes. Sin embargo, si esta lesión no fué una fractura o no desplaza los dientes, el paciente puede no ver la necesidad de buscar asistencia odontológica hasta que se ve obligado por la aparición de dolor, tumefacción o de cambio de color del diente.

Es muy importante hacer un breve interrogatorio al paciente sobre la historia del accidente (Momento, naturaleza, tratamiento anterior, etc.) y tomar en cuenta los síntomas subjetivos de igual manera como se vió en el capítulo I.

CLASIFICACION DE LAS LESIONES TRAUMATICAS

- Clase I** **Diente traumatizado: corona y raíz intactas**
- A. La pulpa puede estar desvitalizada
 - B. Puede originarse resorción interna (Por inflamación pulpar crónica)
 - C. Puede originarse resorción externa
- Clase II** **Fractura coronaria: sin exposición pulpar**
- Clase III** **Fractura coronaria: con exposición pulpar**
- Clase IV** **Fractura coronaria: que se extiende subgingivalmente**
- Clase V** **Fractura radicular con pérdida de estructura coronaria o sin ella**
- División 1: fracturas horizontales**
- División 2: fracturas verticales y en cincel**
- Clase VI** **Desplazamiento de dientes con fracturas o sin ella.**
- División 1: desplazamiento parcial**
- A. Desplazamiento vestibular o lingual
 - B. Extrusión
 - C. Intrusión
- División 2: luxación total**
- Clase VII** **Lesiones de los dientes temporales.**

CLASE I. Diente Traumatizado: Corona y Raiz Intactas

En muchas ocasiones los dientes que han sufrido el traumatismo menos minifiesto suelen tener la lesión pulpar más grave. En realidad es común observar que dientes con fracturas coronarias o radiculares conservan su vitalidad pulpar mientras que las pulpas de dientes adyacentes no fracturados, pero similarmente traumatizados están desvitalizadas. En el momento de producirse la fractura, la fuerza del golpe se disipa notablemente y con ello se reduce el choque que recibe la pulpa. Por otra parte, la pulpa y los vasos apicales del diente que no se fractura reciben toda la fuerza del golpe y tienden a ser lesionados con mayor intensidad.

Luego de un accidente traumático, el diagnóstico de la vitalidad pulpar se basa en las pruebas térmicas y eléctricas. Si las reacciones pulpares son negativas y el desarrollo del diente traumatizado es completo, no se justifica pensar que habrá un retorno de la vitalidad. Los procedimientos terapéuticos indicados son la pulpectomía inmediata y el tratamiento de conductos.

En el caso de un diente erupcionado recientemente cuyo desarrollo radicular es incompleto, estamos ante un problema diagnóstico más complejo.

La gran abertura apical y el aporte sanguíneo más abundante hacen posible que el diente joven se recupere del choque de la lesión traumática. Este choque inicial, que puede haber dañado la capacidad del diente para reaccionar a estímulos de sensibilidad puede no haber sido suficiente para destruir la circulación pulpar. Después de un cierto tiempo es posible que las reacciones de sensibilidad reaparezcan.

De este modo, en los dientes permanentes, lo poco fidedigno de las pruebas pulpares y la mayor posibilidad de recuperación justifican la demora en el tratamiento para una revaloración ulterior de la vitalidad pulpar. Muchos dientes jóvenes que están aparentemente desvitalizados por el traumatismo gradualmente vuelven a la normalidad de un período de seis a diez semanas. El cambio de color en la corona, debido a la hemorragia pulpar inicial, puede ir desapareciendo lentamente a medida que el sistema vascular se repara y los elementos de la hemorragia son eliminados de la dentina.

La falta de reacción vital al cabo del período de diez semanas no significa que el daño pulpar ha sido definitivo, ya que hasta un diente normal recién erupcionado puede no reaccionar a los estímulos de las pruebas pulpares. Por lo tanto es razonable esperar antes de proceder según corresponde cuando hay daño pulpar genuino teniendo en cuenta, por supuesto, que hay que controlar cuidadosamente la espera. Los signos de necrosis incluyen aparición o aumento progresivo del cambio de color de la corona, formación de una zona radiolúcida periapical o cese del desarrollo radicular. Si pese a que la pulpa reaccione como desvitalizada el ápice radicular prosigue su desarrollo supondremos que hay vitalidad pulpar y que no se debe hacer el tratamiento de conductos. Si la evidencia de la falta de vitalidad es clara hay que hacer el tratamiento de conductos lo antes posible a fin de evitar secuelas agudas o crónicas de importancia. Además, el tratamiento temprano prevendrá el posible cambio intenso de color de la corona y aumentará la posibilidad de lograr que se blanquee si el cambio de color ya existe.

Si la pulpa muere, el crecimiento radicular cesa y la formación del diente queda incompleta. El tejido pulpar necrótico sirve de irritante del tejido

periapical y el ápice queda abierto. Si hemos de salvar el diente, hay que volver a estimular el crecimiento radicular para cerrar el ápice mediante la apicoformación.

CLASE II. Fractura Coronaria: Sin Exposición Pulpar

Son fracturas que abarcan esmalte y dentina, pero sin exposiciones pulpares. Por lo general no se relacionan con dolor intenso. El pronóstico por lo regular es favorable, a menos que presente lesión amplia al ligamento periodontal y a la vasculatura apical que irriga la pulpa, en cuyo caso el diente estará sensible a la percusión.

Estas fracturas pueden incluir ángulos incisoproximales, bordes incisales o fracturas linguales de tipo "cincel" en dientes anteriores, y con frecuencia cúspides de dientes posteriores.

Cuando la fractura dentaria afecte a la dentina, estarán expuestos los túbulos dentinarios. Esto puede propiciar la contaminación o irritación de la pulpa, con inflamación posterior.

El resultado puede ser degeneración (y finalmente necrosis) de la pulpa, o formación de dentina irritacional. Tal resultado depende de varios factores: proximidad de la fractura a la pulpa, área superficial de dentina expuesta, edad del paciente (recesión pulpar y tamaño de los túbulos dentinarios) tiempo entre el traumatismo y el tratamiento.

La determinación de la reacción pulpar es importante, tanto para elaborar el plan de tratamiento como para establecer el pronóstico, ya que los dientes que reaccionan en forma positiva tienen mayor probabilidad de conservar la vitalidad pulpar. Debe interrogarse al paciente sobre dolor espontáneo, que indica pulpitis irreversible, y los dientes deben ser examinados cuidadosamente en busca de cambios de coloración, un signo de traumatismo pulpar.

TRATAMIENTO

El objetivo principal de tratamiento en casos de fracturas coronarias es proteger la pulpa mediante el sellado de los túbulos dentinarios. El método más eficaz consiste en la aplicación directa de hidróxido de calcio, como el Dycal. Debe cubrirse el sitio de la fractura y considerarse la función y la estética. En la actualidad, esto puede lograrse con éxito utilizando el sistema de resina compuesta y grabando con ácido su principal ventaja es que no es necesario eliminar estructura dentaria adicional, y se satisfacen a la vez las necesidades estéticas.

CLASE III. Fractura Coronaria: Con Exposición Pulpar

Esta clase de daño comprende el esmalte, dentina y pulpa. Tanto la observación clínica como la investigación han demostrado que la contaminación bacteriana de las exposiciones pulpares impide la reparación cicatrización, salvo que la exposición pueda ser cubierta con rapidez para

evitar contaminación mayor. La reacción inicial es hemorragia en el sitio de la herida. Enseguida se presenta una reacción inflamatoria superficial, seguida por una reacción destructiva (necrótica) o proliferativa (pólipo pulpar).

La condición de la pulpa expuesta afectará la elección del tratamiento y deberá ser valorada con gran cuidado. A este respecto, deben considerarse cuatro factores importantes: Tiempo que haya estado expuesta la pulpa. Se recomienda hacer sólo un recubrimiento pulpar si la pulpa ha estado expuesta menos de seis horas.

Madurez del diente.- Se determina radiográficamente observando el tamaño y la forma del conducto radicular. Si el ápice no está cerrado y la raíz no se ha formado completamente, deberán realizarse todos los esfuerzos posibles por conservar la vitalidad del tejido pulpar, al menos en el conducto radicular.

La edad del paciente.- No hay duda de que una pulpa alimentada a través de un agujero apical amplio y abierto pueden reaccionar con mayor vigor tanto al recubrimiento pulpar como a la pulpotomía.

La extensión de la fractura en la corona a menudo determina el tratamiento pulpar (por razones de restauración), pero la madurez del diente es más importante.

TRATAMIENTO

Si el ápice está abierto, la raíz presenta paredes delgadas y la longitud radicular es incompleta, deberán hacerse todos los esfuerzos posibles para

inducir la formación radicular final. Esto puede lograrse mediante el recubrimiento pulpar o la pulpotomía. El procedimiento implica la eliminación de la pulpa coronaria hasta el nivel de la apertura coronaria del conducto radicular, y el recubrimiento posterior de la herida pulpar con hidróxido de calcio. En la mayoría de los casos, la pulpotomía se considera una medida temporal hasta que la raíz alcanza su madurez, permitiendo la pulpectomía y la obturación del conducto radicular.

Si la formación radicular es completa, se recomienda la pulpectomía y la obturación de conductos radiculares cuando el diente requiera una corona como restauración, cuando el diagnóstico señale pulpitis irreversible o cuando alguna lesión de luxación pueda haber comprometido el aporte vascular de la pulpa.

Los dientes tratados con pulpotomías deben valorarse radiográfica y clínicamente cada seis meses y a intervalos anuales después.

CLASE IV. Fractura Coronaria que se Extiende Subgingivalmente

Si hay una fractura subgingival del esmalte lingual, generalmente basta una gingivectomía simple para exponer el margen fracturado. Si está afectado la superficie radicular lingual, también puede ser necesaria una ostectomía para dejar al cubierto el extremo de la fractura. Si por otra parte la fractura afecta la superficie vestibular de esmalte hay que considerar la estética. En ese caso puede ser necesario extender la gingivectomía o la ostectomía al diente a cada lado del diente lesionado con la finalidad de lograr una altura gingival en armonía con la del diente fracturado.

La combinación de la gingivectomía con la ostectomía logra lo siguiente: El margen fracturado y el resto de la estructura radicular se exponen para facilitar su restauración. Se expone la suficiente estructura radicular como para colocar el dique de goma y poder realizar asépticamente el tratamiento de conductos. Se crea una estructura ósea y gingival adecuada.

Si la pulpa está vital y está indicado el tratamiento endodóntico conservador, todo el procedimiento endodóntico puede ser efectuado en el momento de la intervención quirúrgica periodontal. En dientes posteriores, si la fractura se extiende a la furcación puede ser posible retirar uno de los segmentos fracturados y su raíz y restaurar el otro luego del tratamiento de conductos.

**CLASE V. Fractura Radicular con
Pérdida de la Estructura
Coronaria o sin Ella**

FRACTURAS HORIZONTALES

La frecuencia de fracturas radiculares es considerable entre los 7 y los 10 años de edad. Esto se debe a que en esa edad las raíces de los dientes anteriores permanentes no están totalmente desarrolladas. Tienden a ser avulsionadas o luxadas por el traumatismo, pero no fracturadas.

En relación con los dientes adultos completamente formados, si la fractura horizontal se produce en la parte media de la raíz o en su tercio apical.

el pronóstico de conservación es bastante favorable, siempre y cuando no haya contaminación bacteriana.

El pronóstico de la fractura horizontal radicular, depende principalmente de la altura en que se produce. En los dientes fracturados en el tercio coronario de la raíz puede salvarse el segmento radicular aunque el coronario se pierda. Luego puede aprovecharse el fragmento terminal extruyéndolo previamente por medios ortodónticos. Si el segmento coronario fracturado sigue en su lugar, se hace una pulpectomía y ambos segmentos se obturan con gutapercha. A continuación se coloca un perno con rosca en el segmento radicular y se prepara en la corona con una fresa una ranura rectangular a través de la cual se fija un aparato de ortodoncia para desplazar la raíz hacia una posición funcional. Si la corona falta, resulta más fácil fijar el mismo aparato.

Una vez desplazada la raíz hasta la posición adecuada, se le retendrá allí por dos meses y luego se le restaurará definitivamente con cofia y perno y una corona. Si el fragmento apical es pequeño o está considerablemente desplazado en relación al coronario y rodeado por una lesión, será preciso eliminarlo. Si el diente no se mueve, el conducto se obtura comunmente con gutapercha. Si hay movilidad, se obtura el conducto con un material más rígido que tenderá a ferulizar ambos segmentos. Si la fractura ha causado la movilidad del diente, es necesario estabilizarlo por medio de una férula. También hay que retirar los dientes de la oclusión limándolos para reducir el traumatismo durante el periodo de cicatrización.

FRACTURAS VERTICALES Y EN CINCEL

Fracturas radiculares verticales son aquellas en las cuales la línea de fractura está en el mismo sentido que el eje mayor del diente. Fracturas en cincel son aquellas en las cuales hay una gran diferencia entre la altura vestibular y la lingual. Los extremos radiculares fracturados están uniformemente biselados y presentan aspecto de cincel.

El pronóstico de las fracturas verticales es malo ya que los segmentos fracturados generalmente no se unirán mediante callo. Lamentablemente, las fracturas verticales casi siempre abarcan las superficies vestibular y lingual de la raíz y la mera reparación del sector vestibular no proporcionará un resultado favorable. Por lo tanto, casi siempre está indicada la extracción.

Las fracturas en cincel tienen un pronóstico igualmente malo. Los extremos biselados agudos de los segmentos fracturados tienden a deslizarse uno sobre otro cuando actúan las fuerzas de la masticación, impidiendo la formación del callo. Si la fractura se produce en la porción apical de la raíz, el fragmento apical puede extirparse quirúrgicamente, al mismo tiempo que se obtura el conducto del segmento coronario.

Generalmente, el diagnóstico de fractura radicular se hace basándose en la imagen radiográfica. Sin embargo, en algunos casos el desplazamiento de los segmentos es tan leve que no se manifiesta radiográficamente. La fractura vertical puede no descubrirse de igual manera en la radiografía. Los síntomas de fractura radicular incluyen molestia constante en mucosa vestibular y sensibilidad a la percusión o a la palpación. Un signo común es la presencia de absceso crónico. Ocasionalmente un diente con fractura radicular es desvitalizado y tratado endodónticamente sin que se descubra la fractura.

Posteriormente puede aparecer una zona radiolúcida en el ápice o al lado de la raíz a la altura de la fractura, o en caso de fractura vertical, a lo largo de toda la longitud de toda la longitud de la raíz, hasta el ápice.

CLASE VI. Desplazamiento de Dientes con Fractura o sin Ella

El desplazamiento de los dientes varía desde una modificación ligera de la posición, hasta el extremo de la pérdida total del diente (avulsión). Este desplazamiento también puede tener fractura coronaria o radicular, aunque en la mayoría tienden a fracturarse menos que los que permanecen en su sitio.

DESPLAZAMIENTO PARCIAL

Dentro de este desplazamiento se pueden considerar varios tipos: vestibular o lingual, extrusión, intrusión.

Los dientes extruidos y los desplazados hacia vestibular o lingual suelen tener bastante movilidad, mientras que los intruidos, puesto que fueron forzados hacia adentro del alveolo, tienden a estar muy firmes.

Tratamiento de dientes extruidos y desplazados hacia vestibular o lingual.

Este tipo de desplazamiento debe ser llevado a su posición normal. Si los dientes tienen movilidad la maniobra se lleve a cabo con presión digital suave, bajo anestesia local. Pero sin embargo se encuentra firme en su nueva

posición se puede considerar el uso de un aparato de ortodoncia. Este es conveniente, ya que las fuerzas son ejercidas con mayor lentitud, por lo que son menos traumáticas para la pulpa y las estructuras periodontales ya traumatizadas, que las fuerzas necesarias para hacer la recolocación con los dedos. Una vez recolocados los dientes desplazados que tienen movilidad, se deben estabilizar aplicándoles férula junto con los dientes vecinos. Una vez reinsertado el diente, al cabo de tres semanas o un mes, se quitan las férulas y se quitan de oclusión los dientes desplazados para que no se sigan traumatizando. Si se requiere pulpectomía o pulpotomía debido a exposición pulpar, se harán después de colocar la férula, salvo que la aparición de dolor o tumefacción exijan el tratamiento de conductos más temprano. De requerirse una pulpotomía se hará por supuesto, en la primera sesión. Si no sucede así se dejarán para más adelante la instrumentación y la obturación del conducto, una vez retirada la férula.

Tratamiento de dientes intruidos.

Sin necesidad de maniobras estos suelen volver a sus posiciones originales luego de un cierto lapso. Si la erupción es lenta se puede adelantar ortodónticamente. También se ha sugerido que en la sesión de urgencia el diente se lleve a su posición con pinzas para extracciones, esto es muy aconsejable sobre todo cuando éste "desaparece" en la ápofisis alveolar o ha llegado al piso de las fosas nasales, ya que los dientes intruidos están firmemente fijos en el alveolo no se necesita colocación de férula, salvo que los dientes queden flojos debido a la colocación forzada. Si aparecen datos de necrosis pulpar el tratamiento de conductos está indicado.

LUXACION TOTAL

Para el diente totalmente avulsionado el único tratamiento es la reimplantación, recolocar el diente dentro de su alveolo para lograr la reinscripción. Aunque la reimplantación suele dar buenos resultados, el pronóstico final es malo porque casi invariablemente se produce la resorción radicular progresiva.

El promedio de vida de un diente reimplantado puede ser de cinco a diez años, no obstante el período de retención varía de unas pocas semanas a toda la vida. Desde un punto de vista práctico, parece razonable conservar el ligamento periodontal vital insertado cuando la reimplantación tiene lugar muy poco después de la luxación total o la extracción. Si un diente ha estado fuera de la boca durante un lapso considerable o cubierto por suciedad o fragmentos de otro material extraño es mejor lavar el diente contaminado con solución salina, antes de la reimplantación. Cuanto antes se reimplante el diente después del accidente, tanto más favorable será el pronóstico de la reinscripción.

En estudios realizados se comprobó que incisivos extraídos de monos y conservados durante dos horas, algunos al aire, otros en solución salina y otros más en la saliva de los monos, en el vestíbulo bucal. Los dientes expuestos al aire sufrieron resorción radicular posterior principalmente por anquilosis. Los que se conservaron en solución salina durante una hora no presentaron anquilosis y los que fueron conservados dos horas en saliva prácticamente no experimentaron resorción alguna.

Basándose en este experimento y en la experiencia clínica, Andreasen recomienda especialmente indicar al paciente que coloque el diente

avulsionado en el vestíbulo bucal o debajo de la lengua mientras llega al consultorio para colocarlo dentro de su alveolo.

Si la reimplantación se hace en un lapso razonable (minutos u horas no hay que hacer primero el tratamiento de conductos, sin embargo, si el diente estuvo fuera durante horas y se seco al aire, al parecer no interesa mayormente cuando se hace el tratamiento de conductos adecuadamente, se lava el diente desprendido con una gasa empapada en solución salina y se puede hacer el tratamiento de conductos en la mano, antes de la reimplantación se vuelve a colocar el diente en solución salina mientras se prepara el alveolo para la reimplantación.

Los pasos para la reimplantación son los siguientes: Se anestesia la zona. Se raspa e irriga suavemente el alveolo con solución salina para eliminar sangre coagulada y todo material extraño que pueda haber entrado en el momento del accidente, se retira el diente de la solución salina y se empuja suavemente al interior del alveolo. Frecuentemente al realizar la recolocación sucederá que el diente no llega al fondo del alveolo, esto se debe a la resistencia por la sangre atrapada en la zona apical. En este caso, es necesario crear una " ventana " quirúrgica que permita la salida de la sangre al ser empujada hacia el fondo del alveolo. No es aconsejable abrir esta ventana cuando la tabla vestibular fue fracturada.

Colocación de férula.

El diente reimplantado ha de ser estabilizado con férula para asegurar las probabilidades de reinserción, éstas pueden ser de acrílico flexible o de alambre colocados con resinas compuestas colocadas con ácido como auxiliar.

Una vez colocada la férula se libra al diente de oclusión limando el antagonista, estas deben permanecer colocadas durante una semana, al cabo de este período, el diente debe estar firme en el alveolo. La ventaja de la férula de acrílico blando es que se hace con mucha facilidad y rapidez en un caso de urgencia y muchas veces proporciona la estabilidad adecuada.

Anquilosis después de la reimplantación es frecuente que se produzca. Los dientes adyacentes siguen erupcionando, dejando al diente reimplantado a la altura incisal original. Es posible restablecer el nuevo nivel incisal del diente reimplantado colocando una corona funda. Sin embargo, si la diferencia de altura es grande, lo indicado es hacer la extracción y el reemplazo protético del diente reimplantado.

CLASE VII. Lesiones de los Dientes Temporales

En general, los procedimientos usados en el tratamiento de las lesiones traumáticas de los dientes permanentes son igualmente aplicables a la dentición temporal. El objetivo principal de conservar un diente temporal desvitalizado o avulsionado depende en gran medida del tiempo que el diente quedará en la boca antes de sufrir la exfoliación normal. Como no tendrá ningún caso reimplantar un incisivo central temporal de un niño de 5 1/2 años de edad, cuando sus incisivos permanentes están a punto de erupcionar. En los niños como es difícil obtener una colaboración adecuada o respuestas precisas puede disminuir el valor de la prueba pulpar como procedimiento diagnóstico en niños de corta edad.

Como regla general, nos podemos basar en signos y síntomas clínicos para establecer la pérdida de vitalidad pulpar, el cambio de color progresivo que aparece luego del traumatismo es señal de necrosis pulpar; sin embargo, el cambio de color hemorrágico que resulta del traumatismo puede empezar a resolverse al cabo de varias semanas, por ello hay que esperar un cierto tiempo antes de considerar el tratamiento de conductos. También podemos observar otros indicios de daño pulpar como: formación de fístulas, desarrollo de la lesión periapical, sensibilidad a la percusión, tumefacción y dolor.

El tratamiento de conductos completos está indicado en dientes anteriores temporales desvitalizados cuya resorción radicular normal no es todavía muy avanzada. Los procedimientos para lograr el acceso, hacer la instrumentación y la medicación de los conductos radiculares son los mismos que los utilizados para los dientes permanentes. Se pueden usar cementos resorbibles como óxido de zinc y eugenol o pastas resorbibles compuestas principalmente de yodoformo, estos materiales son adecuados para el tiempo relativamente corto que falta para llegar a la muda normal.

Se puede procurar realizar la pulpotomía en exposiciones pulpares traumáticas de dientes temporales que conserven la vitalidad, cuya finalidad simplemente es conservar la vitalidad de la pulpa radicular y no la de lograr el cierre apical.

El tratamiento de las fracturas radiculares de los dientes temporales es similar al de los dientes permanentes.

El tratamiento de desplazamiento parcial generalmente es el mismo que en los dientes permanentes, la intrusión suele ser el más común en los dientes

temporales, en relación a desplazamiento parcial, frecuentemente ocurre daño pulpar y se debe hacer el tratamientos de conductos para conservar al diente.

El desplazamiento total se trata mediante la reimplantación, como en la dentición permanente, la técnica es idéntica excepto que se obturan los conductos con pasta o cemento reabsorbible. Se tratará de no hacer una ventana quirúrgica por riesgos de dañar el sucesor permanente. Si el paciente tiene la edad suficiente como para colaborar, se puede colocar una férula de acrílico flexible, si no se probará con férulas fijas.

CONCLUSIONES

Al término de la elaboración de esta tesis y de acuerdo al estudio de las situaciones de urgencia más comunes presentadas en el consultorio dental, concluimos que es importante desde el principio realizar un buen diagnóstico y no dejarse llevar por las presiones que el caso trae consigo como es: el estado emocional del paciente, la limitación física debido a las afecciones pulpares, periapicales, traumatismo y fracturas, la falta de tiempo y la falta de conocimiento para saber diagnosticar y realizar un tratamiento adecuado.

Es fácil y tentador apresurarse con un diagnóstico rápido y dar un tratamiento por ver a la persona que sufre, este error se debe evitar.

Se debe obtener de una manera concreta información sobre los antecedentes tanto médicos como odontológicos del paciente, es preciso hacer algunas preguntas subjetivas y un examen objetivo cuidadoso y completo.

Las Urgencias Endodónticas se pueden presentar antes del tratamiento endodóntico: entre las citas y después de la obturación.

Es importante al efectuar el tratamiento cuidar la limpieza mediante una irrigación constante con una solución antiséptica, evitar la sobreinstrumentación y saber que medicamentos intraconducto usar ya que los de ayudar algunos pueden empeorar más la situación, ya que medicamentos muy potentes como para destruir las bacterias, también, pueden destruir el tejido periapical.

Para prevenir este tipo de urgencias es necesario efectuar una limpieza y preparación completa de los conductos radiculares, administrarle un analgésico apropiado y darle a nuestro paciente una preparación psicológica para tranquilizarlo. en general esto ayuda a controlar su aprensión y el dolor y si sabemos cual es la causa, tenemos capacidad para controlarlos..

Si manejamos a nuestro paciente reuniendo todos los componentes que integran un tratamiento de Urgencia como son: Una actitud adecuada ganandonos y brindando confianza y tranquilidad a su angustia y dolor, un diagnóstico exacto, una anestesia profunda y bien realizada, así como una terapéutica eficaz. resulta de esta urgencia edodóntica una experiencia satisfactoria y gratificante.

Es recomendable y de suma importancia que el médico cirujano en Odontología este preparado para atender cualquier Urgencia Endodóntica que se le presente y conocer sus limitaciones remitiendo dado el caso con un especialista antes de causar un mayor problema a nuestro paciente.

BIBLIOGRAFIA

- Ingle Jhon Ide, Beveridge Edward. Endodoncia.. Ed. Segunda. Edit. Interamericana.
- Walton Richard E., Mahmoud Torabinejad., Endodoncia Principios y Práctica Clínica.. Edit. Interamericana.
- Leonardo Mario Roberto, Leal Jayme.. Endodoncia. Tratamiento de los conductos radiculares., Edit. Médica Panamericana
- Lasala Angel., Endodoncia. Ed. Tercera., Edit. Salvat.
- Grossman Lois I., Práctica Endodóntica.. Edit. Mundi. Ed. Cuarta.
- Preciado Vicente., Endodoncia. Ed. cuarta., Edit. Cuellar de Ediciones.
- J.F. Taintor-JI Ingle. Manual Práctico de Endodoncia., Tomo dos .. Edit. Interamericana.
- J.F. Taintor-JI Ingle. Manual Práctico de Endodoncia., Tomo cuatro., Edit. Interamericana.
- Harty., Endodoncia en la práctica clínica. Editorial Manual Moderno. 1979.
- J. I. Ingle-JF Taintor. Endodoncia Clínica. Tercera Edición. Editorial Interamericana.
- Franklin Sweine, Terapeutica en Endodoncia, Segunda Edición, Editorial Salvat.
- John Dowson y Frederick N. Gazben. Endodoncia. Primera Edición, Editorial Panamericana.
- Lindhe. Periodontología Clínica, Editorial Médica Panamericana, 1986.