

318322

1
2ej

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

**ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO**



**DIAGNOSTICO CLINICO PRECISO EN ENDODONCIA
EN DIENTES PERMANENTES**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
IRMA PATRICIA ALATRISTE VAZQUEZ

MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



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.

DEDICATORIA.

Dedico esta Tesis a Dios:

Por mostrarme los senderos por los que debo caminar.

Agradesco a mis Padres:

*Lic. Pedro Oscar Alatraste Lozano
Sra. Ma. de los Angeles Vazquez de Alatraste*

*Por no escatimar en brindarme su apoyo y comprensión
y que gracias a ustedes, soy lo que soy.*

Agradesco a mis Hermanos:

*Sr. Pedro Oscar Alatraste Vazquez
Lic. Ma. Esther Alatraste Vazquez
Lic. Armando Alfonso Alatraste Vazquez*

*Por su valiosa colaboración, paciencia y apoyo durante el
transcurso de mi carrera.*

A mis Abuelos:

*Ing. Pedro Oscar Alatraste Pastrana (in Memoriam)
Sra. Esther Lozano de Alatraste (in Memoriam)*

*Sr. Regulo Vazquez Linares
Sra. Celia Ramirez de Vazquez (in Memoriam)*

A mi esposo Manuel Alberto:

Por su amor y gran apoyo incondicional.

Al Dr. Cesar Díaz de Ita:

*Por sus conocimientos y ser mi guía para la elaboración
de esta Tesis.*

Al Mtro. Eduardo A. Ventura Morales:

Por su gentil enseñanza y consejos.

Y mi eterno agradecimiento a la

UNIVERSIDAD LATINO AMERICANA.

INDICE

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I 3

HISTORIA CLÍNICA Y FICHA CLÍNICA ENDODÓNTICA

1.1 Historia Clínica

1.2 Antecedentes Médicos

1.3 Antecedentes Dentales

1.4 El fenómeno del dolor

1.5 Pruebas térmicas eléctricas

1.6 Examen radio gráfico

1.7 Otras pruebas

1.8 Ficha Clínica Endodóntica

CAPÍTULO II 28

LA PULPA DENTAL EN ESTADO DE SALUD

2.1 Pulpa sana

2.2 Pulpitis reversible

2.3 Pulpitis irreversible

2.4 Necrosis pulpar

CAPÍTULO III

36

PERIAPICE EN ESTADO DE SALUD Y EN ESTADO PATOLÓGICO

3.1 Periapice sano

3.2 Periodontitis apical aguda

3.3 Periodontitis apical crónica

3.4 Periodontitis apical supurativa

3.5 Probable granuloma

3.6 Probable quiste

CONCLUSIONES

44

BIBLIOGRAFÍA

49

INTRODUCCIÓN

Anteriormente, el proceso de la Endodoncia se detuvo, pues no se contaba con un auxiliar de diagnóstico tan importante como los son los Rx pues, el tratamiento de conductos era inexacto, por lo tanto era una época empírica en la cual, lo que hacían era condenar la piezas dentarias a la extracción, pues, la mayoría de los casos, los tratamientos de conductos llegaban al fracaso.

Siendo así, muy pocos odontólogos prosiguieron sus estudios en favor de la Endodoncia y gracias al descubrimiento de los Rx, se comprobó la mala Endodoncia que se practicaba anteriormente.

Así mismo, con la mejora de antibióticos, anestésicos, estandarización de instrumentos, materiales de obturación y cementación, implantes Endodónticos y las técnicas de neoformación apical, podemos llegar a una perspectiva más apropiada, pero aún así es necesario convencer a muchos odontólogos y pacientes de que el tratamiento de conductos es una solución práctica para evitar la pérdida innecesaria de los dientes.

Para entender la importancia de saber utilizar los medios de diagnóstico en la planificación de un tratamiento Endodóntico preciso, es necesario conocer que la Endodoncia es aquella parte de la Odontología que se ocupa del estudio del estado normal, profilaxis y terapia del tejido pulpar y del periapical, esto es, que abarca desde la porción dentaria del conducto hasta las zonas pariapicales.

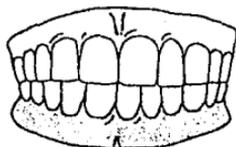
La Endodoncia abarca etiopatogenia, anatomía dental y patológica, diagnóstico, terapéutica y pronóstico.

Así pues, para saber dar un diagnóstico correcto es necesario tener los conocimientos básicos, como lo es el conocer las causas locales y generales del dolor, así como el interés demostrado de operador a paciente para calmar el dolor, la paciencia y poner todos nuestros sentidos para poder llegar a un diagnóstico preciso.

Para llegar a la determinación de un tratamiento se debe establecer cierto orden lógico, pero aún así las circunstancias hacen imposible seguir este orden, como en el caso de una emergencia donde es necesaria la rapidez, antes de realizar diversas exploraciones.

CAPÍTULO I

HISTORIA CLÍNICA Y FICHA CLÍNICA ENDODÓNTICA



Habitualmente no existen contraindicaciones para realizar una terapéutica Endodóntica, pero es necesario saber el estado físico y la historia pasada médica de cada paciente y esta información de las medicaciones de éste, para no tener complicaciones durante el tratamiento.

Una historia clínica completa, permite reconocer a los pacientes de alto riesgo, y ayuda a tomar la decisión de tratar o no a un paciente en problemas endodónticos.

La historia médica debe abarcar toda la información necesaria como: El nombre del paciente, edad, sexo, dirección, ocupación, así como el teléfono y la dirección de su empleo. Es importante, incluir el nombre del médico particular del paciente, y si es que lo está atendiendo, debemos anotar su teléfono y dirección para el caso de que se presentara alguna emergencia, para poder recurrir a él o confirmar si el paciente puede tomar cualquier tipo de medicamento o si es contraindicado utilizar cualquier tipo de anestésico.

Existen algunas enfermedades que son importantes y debemos considerarlas, así como su significación en el tratamiento endodóntico y realizar un buen diagnóstico.

ANTECEDENTES GENERALES

FIEBRE REUMÁTICA.

Cierto es que casi todo procedimiento odontológico, ya sea una simple profilaxis, extracción dentaria o endodoncia, produce un cierto grado de bacteremia.

Al presentar un paciente fiebre reumática, tiene éste la capacidad potencial de sufrir un ataque de endocarditis bacteriana sub aguda, se deben tomar las medidas precisas para evitar la posibilidad de esta enfermedad.

A manera de precaución, es necesario indicar una premedicación antibiótica. El antibiótico de elección es la penicilina tipo procaínica por vía intramuscular, ésta se administra 1 ó 2 horas antes de la intervención y seguir durante los dos días siguientes a ella.

CARDIOPATIA CORONARIA.

Una cardiopatía actualmente, no se encuentra en la lista de las contraindicaciones de la terapéutica endodóntica; más sin embargo se deben observar ciertas precauciones al tratar pacientes en esas condiciones.

Aparte del peligro de introducir bacterias susceptibles, se debe tener precaución con los dispositivos modernos usados para tratar a los pacientes con cardiopatías ya que a menudo, el paciente con un episodio previo de oclusión coronaria está con terapéutica anticoagulante. El tratamiento Endodóntico no quirúrgico, incluida la extirpación pulpar vital, no requiere alteración de la administración de anticoagulantes.

Si es necesaria una cirugía se debe de consultar con el médico tratante, y este es el que debe modificar el medicamento para que el paciente llegue a tener un estado hemático compatible a la formación del coágulo y dar oportunidades para que el tejido sane por sí solo.

HIPERTENSIÓN.

Sabemos que cuando un paciente se presenta refiriendo en su historia médica que padece hipertensión, debemos consultar con su médico de cabecera, para saber el tratamiento y la causa de su hipertensión antes de comenzar cualquier tratamiento endodóntico.

La hipertensión o presión sanguínea elevada puede producirse como una enfermedad distinta o como un síntoma en conjunción con una enfermedad renal cardio-vascular arteriosclerosis.

Existen diversos factores como causante de la producción de hipertensión y entre ello se encuentran aquellos trabajos que crean tensiones y preocupaciones, aumento de peso exagerado, cierta dieta mal balanceada o bien una estimulación anormal del sistema nervioso simpático ocasionado por razones meramente emocionales; como consecuencia de estas causas pueden existir la falta de aliento, dolores de cabeza muy frecuentes y persistentes, hemorragias nasales y mareos.

El tratamiento para este tipo de enfermedad consiste básicamente en la administración e ingestión de diversas drogas que bajen la presión sanguínea, anticoagulante o vaso dilatadores. El dentista por lo tanto, debe estar al tanto de estas drogas antes de introducir nuevos medicamentos en el organismo del paciente.

Lamentablemente el anestésico local sin la presencia de vaso constrictor tiene un efecto menos profundo y una duración más breve que cuando éste posee epinefrina y en el caso particular de la realización de un tratamiento de conductos se requiere una gran profundidad anestésica para la extirpación de la pulpa dental o bien de la cirugía.

La preocupación que debe de tomar el dentista al momento de colocar la solución anestésica es inyectarla lentamente llevando un ritmo no más rápido de 30 segundos X ml. con aspiraciones frecuentes para evitar que el líquido sea administrado directamente en un vaso sanguíneo.

Para que el tratamiento tenga un buen éxito en este tipo de pacientes, es importante crearle confianza al paciente tratándolo con suavidad y sobre todo sin

dolor para no crear en él un estado de angustia con el cual elevaría su presión arterial.

DIABETES.

Existen ciertas manifestaciones bucales que nos pueden dar la clave de un posible padecimiento de diabetes, aunque muchas veces el paciente no lo manifiesta en su historia clínica; éste por lo general presenta gingivitis, dolor en sus encías, presencia de saliva viscosa debido a la disminución de líquidos, cierto olor se tónico provocado por la fermentación de carbohidratos, y el creciente aumento de caries, reabsorción o sea con el aflojamiento de dientes y debilidad con sensibilidad a las infecciones.

Estos síntomas se presentan casi siempre cuando el paciente no está controlado, siendo así, hay que consultar con su doctor si está medicado o no, saber el tipo de medicamento, informarnos cuando se realizó su último examen de glucosa y cual fue el resultado de ésta.

Así, ya podemos brindarle al paciente su tratamiento endodóntico, con su debida premedicación antibiótica, pues son propensos a las infecciones y después derivarlo a su médico para cualquier ajuste en la medicación o dieta.

El anestésico de elección debe de estar exento de epinefrina, ya que éste aumenta el nivel de azúcar en la sangre al estimular el sistemas nervioso simpático, además de llegar a producir una mayor isquemia pudiendo causar necrosis de los tejidos después de un procedimiento quirúrgico.

Es posible utilizar los vaso constrictores sintéticos como la epinefrina, ya que ésta no causa estimulación simpática a pesar de que eleva la presión sanguínea.

En caso de presencia de infección, la droga de elección será la penicilina V, con una dosificación de 500 gr., 4 veces al día durante 7 días. Además, en la toma del medicamento de acuerdo con un plan específico, por lo general cooperan lo suficiente para emplear la vía oral.

Al presentarse una hipoglucemia, el paciente presenta la cara y ropa húmedas y pegajosas, a pesar de que el pulso, tensión sanguínea y respiración permanecen normales.

En caso de inulismo, la piel está fría con una marcada palidez, y aquí sí tanto el pulso, como la presión, se encuentran disminuidas por el colapso circulatorio.

HEPATITIS

Cuando un paciente contesta afirmativamente haber padecido hepatitis, hay que tomar medidas de cuidado ya que ésta es una enfermedad infecciosa y el paciente puede ser portador de dicha enfermedad.

Dentro del campo específicamente endodóntico, se ha comprobado que los pacientes con padecimientos hepáticos son muy resistentes a los procesos de esterilización empleados normalmente, por lo que es esencial la esterilización y la asepsia para cada caso.

El contacto directo con la sangre o saliva del paciente pueden causar la enfermedad, ya que éstos microorganismos pueden permanecer en la sangre por un largo tiempo, después de la fase activa. Por lo tanto todos los instrumentos intraradiculares que se utilicen durante el tratamiento endodóntico deben ser desechados después de emplearlos, esto es para mayor seguridad.

ANTECEDENTES DENTALES

La información que el paciente nos dé sus antecedentes dentales, nos proporcionan los datos fieles para poder solucionar el tipo de problemas que presente, por lo tanto, el hacer una historia clínica dental completa, va muy ligada a lo que corresponde al interrogatorio, pues por lo general, el interrogatorio sistemático o aún el análisis cuidadoso de las respuestas permiten identificar el trastorno y determinar el tratamiento, es necesario confirmar la veracidad del paciente, ubicar el diente específico, o descartar trastornos debidos a disfunción oclusal, diente fisurado o dolor referido.

Con frecuencia, el mayor problema causante de fracasos en procurar que un paciente acepte el plan de tratamiento es que sus deseos no son tomados en cuenta, como por ejemplo:

1. El paciente nuevo llega al consultorio odontológico;
2. Se le examina con radiografías, explorador, sonda periodontal y a veces se le toman modelos de estudio;
3. Se establece un buen diagnóstico y se le presenta al paciente su plan de tratamiento;

4. Se le estableció un excelente juicio odontológico;
5. Pero, el paciente lo ha rechazado porque no tiene nada que ver con los objetivos de su visita.

El signo o molestia principal aclarada por medio de un interrogatorio hábil, nos puede evitar muchos problemas, es tener en cuenta también que la molestia principal puede no ser una "queja verbal" del paciente, sino la observación que haga el odontólogo de una lesión desconocida para el paciente, muchos de los dientes despulpados asintomáticos por, ejemplo, se descubren durante el examen radio gráfico sistemático.

En cuanto se desconoce y registra la molestia principal, el examinador hace proceder e interrogar sobre la enfermedad actual.

Los datos que se enumeren para determinar éste punto serán comparados luego en el resultado o resultados del examen, son datos que permiten apreciar la velocidad de evolución de la enfermedad e indican o no la urgencia del tratamiento. Estos se refieren más específica mente al dolor aunque también es necesario indicar la presencia e hinchazón, entumecimiento, trastornos del gusto y obstaculización de la función.

Las preguntas que se harán deben ser formadas ya sea verbalmente por el odontólogo o como sugieran varios expertos en el campo de la administración de consultorios, por vía de un cuestionario.

Las preguntas que se deben hacer serán las siguientes:

- ¿Cuál es el diente que le molesta?
- ¿Cuándo notó el dolor por primera vez?
- ¿Qué es lo que inicia el dolor, qué lo disminuye y qué es lo que lo detiene?
- ¿El dolor es espontáneo o molesto por las noches?
- ¿El dolor va en aumento y se ha vuelto más frecuente en presencia de inflamación?
- ¿Qué medicamento tomó o está tomando actualmente para su dolor?

Si el paciente sufre, hay que posponer la historia clínica completa y comenzar un examen rápido para determinar cuál es del diente afectado, pero en ningún caso se dará anestesia si el odontólogo no está seguro del diagnóstico, ya que el examen anterior se verá limitado por el efecto de la anestesia.

Los antecedentes dentales son una información que orientan al examen, especialmente cuando la historia del trastorno actual es confusa y de poca ayuda.

EL FENÓMENO DEL DOLOR



El dolor como síntoma es el más representativo en Endodoncia. El interrogatorio para referirlo deberá ser metódico y ordenado, para que el paciente nos comunique todos los detalles del mismo.

A través de los años y hasta nuestros días, se le ha definido al dolor como una sensación desagradable creado por un estímulo nocivo, transmitido por vías nerviosas específicas hasta el sistema nervioso central, en donde es interceptado como tal.

El dolor es comunicado por muchas maneras diferentes de modo que el conocimiento de las raíces sociales y culturales pueden ayudarnos a comprender la comunicación.

Existen muchos estímulos productores de dolor, estos se clasifican en:

ESPONTÁNEO
PROVOCADO

ESPONTANEO: En reposo absoluto, despertando durante el sueño, o en reposo relativo, apareciendo durante la conversación o lectura; sin motivo alguno.

PROVOCADO: Por la ingestión de alimentos o bebidas frías o calientes, dulces o salados, que actúan por su tensión superficial; por la penetración de aire frío ambiental, por presión alimenticia, por succión de la cavidad o durante el cepillado al contacto con el diente antagonista, por la presión lingual.

En lo que corresponde a la ubicación del dolor, se pueden presentar dos tipos, el dolor dental y el dolor referido.

El diagnóstico del dolor facial debe ser abordado con precaución. Afortunadamente la mayoría de los síntomas que se originan de una enfermedad dentaria u oral, son fácilmente investigados en su origen, por medio de un examen odontológico.

La pulpitis de un diente puede causar dolor dental en otro diente, el dolor es entonces referido. La patología dentaria puede además, causar como resultado, dolor de los senos maxilares, ojos y dolores de cabeza. Cuando el dolor facial es difuso, el diagnóstico puede ser difícil y las pruebas tienen que ser repetidas para verificar los resultados.

La manera más fácil de inducir a la analgesia, es utilizar una anestesia local que dure más que el procedimiento dental. Y esto se logra gracias a que hoy en día,

existen anestésicos de efecto prolongado para el uso dental, los cuales nos proporcionan de 6 a 8 horas libres de dolor, lo cual permite que los analgésicos empiecen a actuar antes de terminado el efecto anestésico.

PRUEBAS PULPARES TÉRMICAS Y ELÉCTRICAS

Las pruebas térmicas y eléctricas son utilizadas para determinar la presencia o ausencia de vitalidad o inflamación pulpar.

La vitalidad pulpar no es sinónimo de viabilidad pulpar, ya que la vitalidad expresa la capacidad de la pulpa para reaccionar al los estímulos, en tanto que la viabilidad expresa la capacidad de la pulpa para el tratamiento y permanecer sano.

1._ PRUEBAS PULPARES TÉRMICAS.

Dentro de las razones principales para que la prueba pulpar térmica sea un medio valioso de diagnóstico son que las afecciones dolorosas de la pulpa pueden ser provocadas o aliviadas por cambios súbitos y severos de temperatura.

Existen pues, dos tipos de pruebas térmicas, las que responden al frío y las que responden al calor, ya que la acción del paciente después de la aplicación de cualquiera de éstas pruebas al diente específico no sólo señala el diente afectado, sino que también señala el mal presente.

A) RESPUESTA AL FRÍO.

Este tipo de prueba se realiza fácilmente con hielo o con cloruro de etilo, éste último resulta de bastante utilidad si no se cuenta con un refrigerador en el consultorio.

La sensibilidad al frío puede ser leve o intensa. A diferencia de la sensibilidad al calor, la pulpa puede recuperarse, pero un diente con sensibilidad al calor que se alivia con el frío la reversión del proceso es imposible.

La reacción positiva al frío indica solamente vitalidad, Las pulpas inflamadas reaccionan inmediatamente y la reacción dura después de interrumpir el estímulo.

La respuesta al frío en un diente normal solamente dura mientras el hielo o el cloruro de etilo está sobre el diente. En cambio, cuando se coloca el hielo en un diente con pulpitis irreversible la respuesta es un dolor que permanece aún después de haber retirado el hielo y cuando se coloca en un diente con pulpitis reversible, el dolor desaparece quitando el estímulo (hielo).

Si el paciente registra una respuesta hipersensible se eliminará el estímulo inmediatamente para evitar un dolor innecesario.

El cloruro de etilo o nieve carbónica también se utiliza para las pruebas al frío, éste se utilizará protegiendo al paciente de ojos y cara y al diente aislado con dique de hule. Este se aplicará en una torunda de algodón en el diente seco durante 5 segundos.

B) RESPUESTA AL CALOR.

En este caso se emplea gutapercha para provocar una respuesta al calor, se debe de secar y aislar el diente o dientes con dique de hule o con rollos de algodón. Se utiliza por lo regular gutapercha en barra, esta se sostiene con unas pinzas de curación, se calienta hasta casi evaporación (temperatura superior a los 65°C) se le aplica en la zona cervical del diente; si al gutapercha estuviera demasiado caliente, podría causar una lesión irreversible en la pulpa vital. Este tipo de abuso puede ser fatal para la pulpa debilitada, el calentamiento conviene hacerlo fuera de la vista del paciente, de otro modo pudiera ocurrir que al serle aplicado al diente reaccionará o rehuya, por pensar que pudiera sucederle y no por lo que sienta.

La reacción violenta al calor puede indicar necrosis pulpar. Cuando la aplicación de calor se cita a una reacción desde aguda y sostenida hasta una sensación de dolor que se demora, es que la pulpa ha experimentado una degeneración, estado del cual no se puede recuperar.

Un diente con pulpa sana tendrá una reacción positiva al calor; y el efecto sólo durará mientras se mantenga el estímulo en el diente.

2.- PRUEBAS PULPARES ELÉCTRICAS.

El probador pulpar eléctrico o vitalómetro, es un instrumento que utiliza graduaciones de la corriente eléctrica para provocar una respuesta de los elementos susceptibles de los tejidos pulpares. La corriente eléctrica encargada de pasar a través de la pulpa es muy débil y su intensidad debe ir en aumento hasta llegar al

umbral de irritación, el cual se manifiesta por una sensación de cosquilleo, calor o hasta ligero dolor, éste es el efecto de un pequeño choque eléctrico.

Esta prueba sólo está destinada a determinar la sensibilidad pulpar, realmente no mide la vitalidad pulpar determinada por la presencia o ausencia de un aporte vascular. Esto significa que los vitalómetros no cuantifican la enfermedad ni miden la salud, por lo tanto pueden dar resultados negativos o falsos positivos.

Esta prueba nos da valores absolutos para determinar situaciones de algunos dientes, los resultados deben de ser interpretados individualmente.

Para realizar correctamente la prueba pulpar se debe rodear los dientes para examinar con rollos de algodón y secarlos con aire. La saliva en los dientes podría conducir la corriente hacia los tejidos gingivales adyacentes y provocar una reacción de origen extraño a la pulpa. Pudiera ser necesario remover el tártaro supragingival, en particular en los dientes anteriores inferiores para lograr acceso a las áreas cervicales.

EXAMEN RADIOGRAFICO

Antes del descubrimiento de los Rx el odontólogo se presentaba ante la problemática de una incapacidad para poder ver el conducto radicular así como la anatomía periapical y esto traía como consecuencia un obstáculo para intentar diagnosticar y tratar los problemas endodónticos. Sin embargo, gracias a la aparición de los Rx dentales se puede obtener una visualización indirecta de la dentición y sus estructuras de soporte y esto ayuda no sólo como auxiliar sino también para el mismo tratamiento endodóntico.

Se ha descubierto que con el uso de la Roetgenografía, se puede diagnosticar el 75% de todas las lesiones pulpares.

APLICACIÓN DE RADIOGRAFÍAS EN ENDODONCIA.

La Endodoncia no se podría practicar correctamente sin la ayuda de la radiografía; las razones principales son las siguientes:

1. Nos sirve como medio de diagnóstico para alteraciones dentarias y para la endodoncia,
2. Estima y confirma la longitud de los conductos radiculares antes de las instrumentación,
3. Ayuda a conocer los estados normales de todas las estructuras,
4. Establece aproximadamente el número, localización, forma, tamaño y dirección de las raíces y conductos radiculares,
5. Controla el proceso del tratamiento,
6. Compara el resultado inmediato y posterior de un tratamiento,
7. Localiza conductos difíciles de encontrar por medio del examen de la posición de un instrumento en el interior de la raíz,

8. **Pone en evidencia las pulpas muy calificadas o muy retraídas,**
9. **Confirma la posición del cono principal de obturación,**
10. **Después de lesiones traumáticas, ayuda a localizar dientes fracturados o cuerpos extraños,**
11. **Localiza ápices difíciles en casos de cirugías pariapicales, por medio de la colocación de un cuerpo opaco al lado del ápice.**
12. **Es el único medio que permite al endodoncista "ver" lo que no puede percibir durante el diagnóstico,**
13. **Facilita el descubrimiento de caries proximales y su grado de extensión, las caries bucales, linguales y oclusales sólo se descubren cuando la destrucción ya es muy grande.**
14. **Un área de lesión crónica en la zona apical puede producir reabsorción del cemento y dentina adyacente en estado avanzado el extremo de raíz tiene forma irregular.**

LIMITACIONES DE LAS RADIOGRAFÍAS.

Debe tenerse presente también, que la radiografías tienen ciertas limitaciones en el tratamiento de conductos por el hecho de que simplemente sugieren y no deben de considerarse como la prueba final definitiva al diagnosticar un problema clínico y debe correlacionarse con los hallazgos objetivos, por lo tanto sus limitaciones son las siguientes:

1. Es un registro de imágenes proyectadas por lo que sólo aparecen en dos dimensiones en la película.
2. Las dimensiones proyectadas se deforman fácilmente si se usan dos técnicas incorrectas y las estructuras anatómicas limitan a las imágenes correctas.
3. No aparece en la película la dimensión vestíbulo lingual.
4. Con frecuencia se olvida el práctico de las técnicas correctas para localizar la tercera dimensión.
5. No brindan una imagen las pulpas sanas y necróticas.
6. La presencia de infección o esterilidad de los tejidos blandos o duros y sólo se establecen por medio de pruebas bacteriológicas.
7. Las lesiones periradiculares de los tejidos blandos no pueden diagnosticarse con precisión por medio de radiografías sino que requieren la verificación histológica.

8. No es posible diferenciar los tejidos inflamados crónicos de tejido cicatrizal fibroso.

9. No es posible diagnosticar una diferencia de aquellas imágenes radio lúcidas periapicales en base al tamaño, forma y densidad de hueso adyacente.

10. Puede pasar inadvertida la cantidad de destrucción ósea en los procedimientos radio gráficos de rutina.

11. No es posible descubrir por medios de una radiografía una destrucción limitada de la porción esponjosa del hueso.

12. Las radiolucencias sólo aparecen cuando existe erosión o destrucción interna o externa de la cortical ósea.

13. En el examen radio gráfico no es posible diferenciar lo que es un absceso, quiste o granuloma.

14. No se puede diferenciar un absceso pariapical agudo en su estado inicial por medio de la radiografía.

Es recomendable fechar y archivar en orden cronológico las secuencias Roentgenográficas de cada tratamiento; en cada una de ellas se podrá observar:

a) Preoperatorio.- Se puede apreciar tamaño, forma, número y disposición de las raíces, tamaño y forma de la pulpa, lumen mesiodistal de conductos, relación con seno maxilar, conducto dentario inferior, agujero mentoniano etc.

De las lesiones patológicas; tamaño, forma de la cavidad o fractura, relación caries-pulpa, formación de dentina terciaria, presencia de pulpolitos, reabsorción interna, granulomas, quistes, dens in dente, etc.

Así mismo se puede estudiar intervenciones endodónticas anteriores. Obturación de conductos incorrectos, pulpotomías o momificaciones pulpares que fracasaron y lesiones periapicales diversas.

b) Conductometrías.- Radiografía obtenida para medir la longitud del conducto después de colocar en cada conducto una lima. Se puede repetir el número de veces necesario hasta conocer la longitud del diente.

c) Conometría.- Se utiliza para comprobar la posición del cono gutapercha, también se puede repetir el número de veces necesario.

d) Condensación.- Se comprueba si quedó correcta la obturación especialmente del tercio apical.

e) Postoperatorio.- Su finalidad es evaluar la calidad de la obturación definitiva. Además logra una visión de los tejidos adyacentes por tomarse sin dique de hule. Después se toman periódicamente y se archivan para control de tratamiento.

OTRAS PRUEBAS

Además de las pruebas anteriormente mencionadas, existen otras pruebas que sólo se utilizan cuando hay necesidad de confirmar un diagnóstico presuntivo.

Estas son las siguientes:

1. CAVIDAD DE PRUEBA

Se considera éste tipo de pruebas, como aquel recurso y el más exacto para determinar la vitalidad pulpar, sólo si las otras pruebas no fueron concluyentes.

Esta se lleva a cabo mediante la utilización de una fresa de bola tamaño pequeño de alta velocidad sin anestesia previa. Se han de utilizar la fresa con la finalidad de remover el esmalte llegando hasta el límite ámelodentinario.

Si la pulpa a examinar se encuentra vital, el paciente experimentará dolor e inmediatamente se ha de dar por concluida dicha prueba. De manera contraria, si el fresado llega hasta la cámara pulpar y el paciente no da signos de dolor, se ha confirmado la existencia de una pulpa necrosada total o parcialmente.

Es importante anotar que una vez terminada dicha prueba, se ha de restaurar la cavidad. Esto se lleva a cabo temporalmente con óxido de Zinc y Eugenol, antes de la restauración permanente con incrustación o amalgama. En caso de que existiera una pulpa necrosada, la preparación podría ampliarse para convertirla en una apertura normal de acceso.

2.- ANESTESIA SELECTIVA.

Este tipo de prueba consiste en la administración de un anestésico local por la infiltración o regional selectiva para facilitar la identificación de un diente causante del dolor ya que el dolor pulpar aún cuando es reflejo casi invariablemente es unilateral y proviene de solo una de las ramas del nervio trigémino que parte de la inervación sensitiva de los maxilares.

Se ha de indicar que ésta prueba se utiliza en la rara circunstancia de un dolor difuso de origen incierto, todas las demás pruebas son concluyentes.

Como ejemplo, mencionemos el caso de un paciente que se queja de dolor en todo un lado de la cara y ni las radiografías ni las pruebas usuales nos revelan presencia de problemas patológicos.

Se anestesia regionalmente (dentario inferior) y si en un lapso de 2 a 3 minutos desaparece el dolor, la prueba anestésica nos indica que la causa del dolor la provoca invariablemente un diente inferior. En el caso de dientes superiores, éstos se han de ir anestesiando supereperióticamente, comenzando por el diente más distal, esperando tres minutos aproximadamente en cada uno.

3.- TRANSLUMINACIÓN

La prueba de transluminación es poco utilizada en endodoncia, pero en caso de carecimiento de aparatos de Rx puede ser útil.

La prueba se lleva a cabo, con el uso de un rayo de luz o fibra óptica, el cual se coloca por palatino o lingual en un diente y se hace oscurecer la habitación donde se lleva a cabo la prueba. El rayo de luz ha de penetrar a través del diente a inspeccionar y se pueden presentar dos casos:

A) Si el diente está normal éste aparecerá claro y ligeramente rosado.

B) Si el diente se encuentra necrosado, aparecerá opaco y más oscuro que los dientes adyacentes normales a causa de la descomposición de la sangre dentro de la cámara pulpar.

Además ésta prueba resultará útil en presencia de dientes con fractura vertical, en este caso, se proyectará la fibra óptica en ángulo con la línea de fractura y se ha de iluminar el segmento del diente del lado de la fractura, mientras que el segmento distante permanecerá oscuro.

FICHA CLÍNICA ENDODÓNTICA

Es importante anotar el nombre del paciente, dirección, sexo, edad, teléfono y el diente a tratar para relacionarlo y tener en cuenta al paciente y al cliente, para siempre saber cuál es el vamos a entender.

El interrogatorio nos ayuda a conocer los antecedentes e historia del diente a tratar, explicándonos desde cuándo siente dolor, si se golpeó ese diente y así nos ayuda a llegar a un diagnóstico preciso.

Tenemos que anotar si el diente a tratar llega con caries, fractura, resina, amalgama, etc. También es importante realizar un examen clínico para comprobar la sensibilidad pulpar. Hacemos las pruebas con calor y frío; al aplicar el frío se hace con hielo o con cloruro de etilo, la sensibilidad al frío puede ser leve o intensa, el estímulo se aplica 5 segundos para obtener una mejor respuesta.

Cuando hay sensibilidad al calor y el dolor se alivia con el frío la reversión del proceso es imposible. Las reacciones pueden ser fugaces, persistentes, localizadas o irradiadas. Al aplicar el calor se hace con gutapercha de barra, se calienta y se aplica en la zona cervical. Al igual que el frío, el dolor puede ser fugaz, persistente, localizado o irradiado.

Cuando el dolor en ambos casos es fugaz, es decir, sólo dura mientras se coloca el estímulo, esto nos indica que la pulpa está sana.

En la sensibilidad periapical, la percusión horizontal nos ayuda a saber si existe alguna inflamación en pulpa y se realiza con el mango de algún instrumento, colocando el dedo pulpar o índice por la cara palatina o lingual y golpeándolo con poca fuerza en el tercio medio de la corona clínica.

El dolor puede ser fugaz, persistente, localizado o irradiado. La percusión vertical se aplica igual que la percusión horizontal, sólo cambiando el golpe que en este caso se hará, golpeando en la cara incisal u oclusal del diente. Este no puede indicar una inflamación en la zona periapical. Igualmente el dolor puede ser fugaz, persistente, localizado e irradiado.

Es muy importante hacer palpación periapical pues podemos encontrar una zona normal, o encontramos fistulas que nos indican infección y hasta una tumefacción.

También es necesario medir con una sonda periodontal la profundidad entre encía libre y diente pues podemos encontrar bolsas periodontales y movilidad.

El examen radiográfico es indispensable realizarlo pues sólo así podemos conocer al diente, podemos observar desde la cámara pulpar, si es normal, amplia, estrecha, calificada o se encuentran algunos nódulos.

También conocer los conductos radiculares, y darnos cuenta si está calificado, obturado o tiene agujas cálcicas, así también observar la morfología radicular, pues puede estar recto, curvo, acodado o en bayoneta.

El espacio del ligamento cuando está engrosado o hipercementado ya nos indica que ahí existe algún problema, como también podemos observar hipercementosis, resorción del ápice o algún tipo de rarefacción circunscrita o difusa.

Por último es bueno anotar el trabajo clínico, para tener anotadas las referencias que debemos llevar y no tener confusión alguna.

Para poder llegar a un diagnóstico preciso en endodoncia, es necesario llevar acabo todos estos pasos y exámenes ya mencionados en la historia clínica.

FICHA ENDODÓNTICA

Paciente: _____ Sexo: _____ Diente: +
 Dirección: _____ Edad: _____ Teléfono: _____

Interrogatorio: _____ Antecedentes del diente a tratar: _____ Fecha: _____

Caries _____ Traumatismo _____ Abrasión _____ Resina _____
 Amalgama _____ Incrustación _____ Corona _____

Examen Clínico

- Sensibilidad pulpar:

Frio _____ Fugaz _____ Persistente _____ Localizado _____ Irradiado _____
 Calor _____ Fugaz _____ Persistente _____ Localizado _____ Irradiado _____
 - Estímulos: Frio _____ Calor _____ Acido _____ Dulce _____ Masticación _____

- Sensibilidad peripical:

Perucción horizontal:

Fugaz _____ Persistente _____ Localizado _____ Irradiado _____

Perucción vertical:

Fugaz _____ Persistente _____ Localizado _____ Irradiado _____

- Cambio de color = Localizado _____ Difuso _____

- Piso de la cavidad = Duro _____ Blando _____

- Palpación peripical = Normal _____ Fistula _____ Tumefacción _____

- Movilidad: 1 _____ 2 _____ 3 _____ Bolsa periodontal _____

Examen Radiológico:

- Cámara pulpar:

Normal _____ Ampla _____ Estrecha _____ Calcificada _____

Nódulos _____

- Conducto radicular:

Amplio _____ Normal _____ Estrecho _____ Calcificado _____

Obturado _____

- Morfología:

Recto _____ Curvo _____ Acodado _____ Bayoneta _____

- Zona apical y ferlapical

- Espacio del ligamento:

Normal _____ Engrosado _____ Hiper cementario _____ Resorción del ápice _____

Rarefacción circunscrita _____ Rarefacción difusa _____

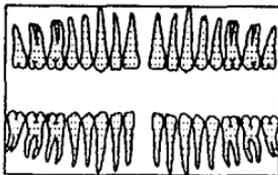
Trabajo clínico:

Conductometría: Aparente Real

	Aparente	Real
Unico		
Vestibular		
Mesopvestibular		
Distrovestibular		
Distal		
Palatino-lingual		
Otro		

Diagnóstico Pulpar

Diagnóstico Peripical



CAPÍTULO II

LA PULPA DENTAL EN ESTADO DE SALUD Y ESTADO PATOLÓGICO



PULPA SANA

Un punto de partida adecuado para el estudio de las enfermedades pulpares es el estado de normalidad. ¿Podemos definir la pulpa normal? Hasta cierto punto sí, la pulpa vital sin síntomas no necesariamente es por completo normal desde el punto de vista de integridad celular, como tampoco es equivalente desde el punto de vista de la norma microscópica, la pulpa de un joven de 15 años a la de un individuo de 55 años.

Es evidente que hay dos definiciones de pulpa normal por un lado está la pulpa clínicamente normal, por el otro está la pulpa considerada normal después del examen de cortes microscópicos en serie.

Dada la ubicación y naturaleza de la pulpa en el interior del diente, todavía no ha sido posible establecer la normalidad histológica en presencia de normalidad clínica. La pulpa clínicamente normal reacciona con vitalidad positiva a las pruebas y responde a una variedad de excitaciones pero no presenta síntomas espontáneos. Cuando la pulpa está sana responde a algunos estímulos provocados, como lo es al frío, calor, siendo en estos una reacción fugaz y localizada, no existe sensibilidad periapical y tampoco ningún signo de cambio de color en el diente. La pulpa microscópicamente normal presenta únicamente características histológicas compatibles con su edad, no presenta alteraciones inflamatorias de ningún tipo.

Los componentes de la pulpa dental, básicamente son los mismos del tejido conjuntivo laxo en cualquier parte del cuerpo, son células, sustancia intercelular. Las células incluyen fibroblastos, células de reserva, células de defensa y células especiales.

El estado de salud de los fibroblastos refleja la edad y la vitalidad de la pulpa, y por consiguiente, el potencial de la pulpa para responder a las alteraciones deletéreas de su ambiente. Como resultado del proceso de envejecimiento, producido por la secuencia natural o acelerado por las caries, abrasión, hay una disminución del tamaño y número de estas células.

PULPITIS REVERSIBLE

Es una respuesta inflamatoria del tejido pulpar a un irritante, en el cual las fuerzas proliferativas desempeñan un papel dominante. El dolor está ausente de la presión intrapulpar, disminuida y balanceada.

ETIOLOGÍA. Los factores etiológicos de la pulpitis reversible son síntomas provocados por medios físicos, químicos y biológicos.

La reacción a las pruebas de vitalidad con frío y calor, tanto como la exploración, fresado como la sensibilidad periapical con percusión horizontal y vertical debe de presentar una reacción fugaz y localizada.

A la palpación periapical, debe encontrarse un tejido sin anomalías y radio gráficamente, en la zona apical y periapical se debe de encontrar con un espacio del ligamento periodontal normal.

DIAGNÓSTICO. Pulpitis reversible.- Periapice Sano

TRATAMIENTO. Eliminar el factor causal. Colocar una protección pulpar indirecta.

PULPITIS IRREVERSIBLE

Es una respuesta inflamatoria clínicamente detectable del tejido conectivo pulpar ante un irritante en el cual las fuerzas exudativas desempeñan un papel predominante, sus síntomas dolorosos son causados por una acentuada presión intrapulpar.

ETIOLOGÍA. La pulpitis irreversible es precedida por vaso dilatación, sus factores etiológicos pueden ser los mismos que los de la pulpitis reversible. Sin embargo puede desarrollarse como una exacerbación aguda de una previamente existente en una pulpa crónicamente inflamada, donde las zonas exudativas aumentan su actividad para dominar la escena inflamatoria como en las siguientes situaciones:

1.- Retenciones alimenticias en una cavidad careada con pulpa expuesta, puede bloquear el drenaje de las zonas exudativas subyacentes hacia la caries o pueden forzar los contaminantes cariosos más profundamente hacia tejidos granulomatosos movilizados.

2.- Un diente que haya sido traumatizado y se haya lesionado el tejido pulpar

DIAGNÓSTICO. La severidad de los síntomas clínicos variará al aumentar las respuestas inflamatorias. El grado de la intensidad del dolor depende de la intensidad de la presión intrapulpar y la viabilidad de las unidades que comprenden la cápsula sensorial periférica. Variará desde leve y con malestar fácil de tolerar hasta un dolor severo y pulsátil.

Clínicamente es un dolor espontáneo por la presencia de estimulación intrapulpar secundaria, responde a estímulos de frío y calor permaneciendo el dolor después de haber retirado el irritante externo.

El dolor es irradiado, el paciente podría ser capaz de localizar la zona general de malestares, pero habitualmente no será capaz de señalar el diente específico.

A la sensibilidad periapical, con la percusión horizontal puede ser localizada la pieza dentaria afectada, y a la percusión vertical podremos diagnosticar si hay inflamación periapical.

Radio gráficamente se podrá observar el espacio del ligamento ensanchado o algún tipo de rarefacción tanto difusa como circunscrita.

TRATAMIENTO. Tratamiento de conductos, manteniendo en observación al paciente para valorar su evolución.

NECROSIS PULPAR

La necrosis o muerte del tejido pulpar es una secuela de inflamación aguda o crónica de la pulpa o de una interrupción inmediata de la circulación por un traumatismo.

La necrosis puede ser parcial o total, dependiendo de la extensión de la involucración pulpar. El término gangrena ha sido utilizado para referirse al material necrótico, infectado por microorganismos saprófitos, capaces de prosperar en materia orgánica en descomposición.

SÍNTOMAS CLÍNICOS.

La necrosis por coagulación, está asociada a una reducción o falta de aporte sanguíneo a una zona. El tejido puede obtener la apariencia de una masa sólida blanda, a veces con consistencia de queso, compuesta principalmente de proteínas, grasas y agua. Los productos de la necrosis pueden tener muy mal olor y son tóxicos para los tejidos periapicales. Los productos dañinos intermedios y finales hallados en la proteína descompuesta asociados con al necrosis pulpar son:

- 1.- Productos intermedios de la degradación proteínica, tales como ptomáinas; putrecina y cadaverina.
- 2.- Productos finales como anhídrido sulfuroso, amoniaco, agua, anhídrido carbónico, ácidos grasos.

3.- Exotoxinas, liberadas con la destrucción de los microorganismos.

4.- Proteínas microbianas extrañas.

DIAGNÓSTICO.

No existe dolor en un diente con necrosis pulpar. Cualquier dolor asociado con tal diente proviene de los tejidos periapicales. No hay tumefacción, movilidad ni respuesta a la palpación y la percusión, a menos de que exista una inflamación asociada. Los hallazgos radio gráficos son normales, a menos de que existe una periodontitis apical, osteoesclerosis apicales con irritantes o alguna otra alteración de origen periapical. También puede haber respuesta positiva al calor por dilatación de gases.

Los dientes multiradicales pueden presentar una respuesta mixta, porque puede ser que un sólo conducto contenga tejido vital. Puede haber un cambio definido de color a causa de la pérdida de translucidez. La decoloración puede ser causada por hemólisis de los eritrocitos o por descomposición del tejido pulpar.

TRATAMIENTO.

La radiografía puede revelar una radio lucidez que desde un definido engrosamiento del espacio periodontal a una gran lesión periapical. Sin embargo, es frecuente llegar a un diagnóstico de necrosis pulpar en donde radio gráficamente no presenta alteración alguna del espacio del ligamento periodontal y de la zona apical.

El tratamiento apropiado para la necrosis pulpar es la limpieza de los conductos. Haciendo una cavidad de acceso correcta hay una determinación de la longitud radicular llevarán a un ensanchamiento suficiente del conducto como para permitir la remoción de todo el tejido pulpar necrótico.

CAPÍTULO III

PERIAPICE EN ESTADO DE SALUD Y ESTADO PATOLÓGICO



En ciertos aspectos, el estudio de la patología periapical es una experiencia más grata que la tarea de analizar las enfermedades pulpares. El tamaño y la ubicación de la lesión tiende a frustrar los esfuerzos del odontólogo para basar el tratamiento sobre un diagnóstico exacto. Fuera del diente la escena cambia, entre otras cosas, porque el periodonto es un campo más amplio que la pulpa. Ahí nos encontramos un complejo más variado de tejidos. Las lesiones adquieren un mayor tamaño, tarde o temprano, el hueso alveolar será afectado y presentará signos radio gráficó. Más aún, sabemos que como regla, las enfermedades periapicales encuentran una resistencia más eficaz en el periodonto que las pulpares en el seno de la pulpa.

La batalla se libra fuera del diente, donde el organismo tiene la posibilidad de utilizar todos sus recursos.

La relación entre la patología pulpar y periapical es muy estrecha. Casi siempre, la lesión pulpar es precursora. Por lo tanto, nuestro examen de la patología periapical es una continuación lógica del estudio de la patología pulpar, ambas comparten la inflamación y sus secuelas. Ciertas lesiones son más comunes en el ápice, aunque no es difícil encontrar lesiones periodontales que involucran al tejido pulpar consecuentemente.

PERIAPICE SANO

La apófisis alveolar está integrada por el hueso alveolar propiamente dicho y el hueso de sostén. El primero es una fina capa de hueso compacto que tapiza el alvéolo. Aparece como una línea radiopaca en la radiografía y es denominado **lámina dura**.

El hueso de sostén, que rodea y brinda sostén al hueso alveolar propiamente dicho del alvéolo dentario, consta de las láminas corticales vestibulares y linguales de hueso compacto y la esponjosa intermedia de hueso trabecular. El hueso trabecular tiene una disposición en tabique en laberinto de las láminas óseas. El tejido conjuntivo laxo de la médula ósea, forma en continuo con el tejido conjuntivo laxo intersticial del periodonto. Como no existen receptores específicos del dolor en los espacios trabeculares, la modalidad asociada de la respuesta inflamatoria a los espacios modulares es de plenitud o presión continua.

Los receptores del dolor presentes en las vainas vasculares o la presión sobre los nervios que pasan por esa zona, pueden dar la sensación referida.

PERIODONTITIS APICAL AGUDA

La periodontitis apical aguda suele originarse con mayor frecuencia como secuela de una lesión pulpar y del tratamiento endodóntico. Es el caso de la sensibilidad experimentada en el ápice luego de la pulpectomía vital, aún la más simple. Otras veces, la reacción aguda es encadenada por el pasaje accidental de un instrumento fuera del conducto, puede impulsar hacia el ligamento periodontal irritantes como tejido pulpar necrótico, bacterias o fragmentos de dentina. Entonces la inflamación es segura. La medicación excesiva del conducto o la sobreobturación del mismo también puede originar la misma reacción y casi la misma sensibilidad apical diagnóstica, así como por traumatismos físicos.

Hay que conocer la periodontitis apical aguda por lo que es, a saber, una inflamación al rededor del ápice de un diente. Los rasgos característicos son más microscópicos y no radio gráficos, sintomáticos y no visibles. Así por ejemplo desde una pulpa necrótica, los elementos tóxicos y las bacterias pueden avanzar más allá de foramen, entonces se origina un infiltrado inflamatorio en el ligamento periodontal.

En cualquier parte de la lesión aguda cicatriza o se hace crónica; lo mismo sucede con una periodontitis apical aguda. El resultado depende fundamentalmente de la duración del irritante, su tipo y su intensidad.

Así, por ejemplo, la agresión de la pulpectomía se supera rápidamente y la periodontitis apical aguda producida por este traumatismo repara pronto. Por otro lado, la presencia constante de pulpa necrótica en un diente no tratado impide la reparación.

Por supuesto, que cuando el irritante es abundante agresivo, entonces el proceso inflamatorio leve de la periodontitis apical aguda es rebasado totalmente. Aquí también se logra la contención del irritante, pero únicamente a costa de una reacción inflamatoria mucho más aguda y extendida identificada como absceso alveolar agudo.

PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA

Difícilmente se puede evitar la inflamación cuando el tejido conectivo apical está en contacto con el material de obturación para conductos irritantes, o cuando se sobreobtura, aunque sea con un material que no es muy irritante.

Esta lesión fue mal denominada granuloma dental y hasta absceso radicular por muchos años. Esencialmente, es una masa de tejido inflamatorio crónico sin ninguna de las características de un tumor, por lo tanto no concuerda el sufijo "oma".

La zona afectada por la periodontitis apical crónica tiende a crecer hasta un cierto punto y quedar luego estacionaria. La expansión ocurre primero a expensas del ligamento periodontal y del hueso alveolar normales. Este es el reemplazo lento habitual de tejido especializado frente a la inflamación crónica.

También es común la resorción del cemento y dentina. A medida que la lesión apical crece y envejece, su estructura tiende a cambiar, pero nuestra atención debe dirigirse primero a los rasgos que siguen siendo características pese al agrandamiento.

PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA SUPURATIVA

Cuando el equilibrio entre la resistencia local y los estímulos nocivos se rompen, la lesión inflamatoria de bajo grado se transforma bruscamente. El equilibrio puede ser alterado por:

- 1) Aumento de la cantidad de un determinado irritante
- 2) Aumento de la virulencia de las bacterias que pueden estar presentes
- 3) Disminución de la resistencia orgánica

De aquí sobreviene entonces la periodontitis apical crónica supurativa con su correspondiente fístula y su boca de salida.

La formación activa de pus requiere drenaje, a veces el conducto radicular propiamente dicho lo proporciona. Sin embargo, si está bloqueado, es preciso crear una salida. Cuando la necrosis periapical es extensa, sucede lo mismo. En ese caso ni siquiera un conducto radicular abierto puede eliminar el gran volumen de exudado con la suficiente velocidad. Es por ello que la vía de drenaje lateral o fistulización quirúrgica es tan común.

En la etapa temprana de la periodontitis apical se ven manifestaciones radiográficas de ensanchamiento del ligamento periodontal de una ligera radiolucidez del hueso alveolar.

La fistula no ha tenido tiempo de formarse y la producción de pus ha comenzado. Desde el punto de vista clínico hay poco dolor o no lo hay.

Este mismo tipo de lesión, en la etapa tardía presenta superación activa. Ya hay una fistula bien definida. Es característico que el exudado purulento alcance la superficie por la vía que ofrece menor resistencia. El hueso y el tejido blando serán perforados en su punto más delgado. En la parte anterior de la boca, esto se encuentra en la zona vestibular del diente, frente al tercio apical de la raíz.

El exudado de los dientes posteriores superiores puede acumularse en el maxilar durante su salida. Este resultado está condicionado por factores anatómicos como posición de las raíces, ubicación del piso sinusal y espesor del hueso que cubre el ápice radicular.

PROBABLE GRANULOMA

GRANULOMA PERIAPICAL.

Es una forma más avanzada de periodontitis apical crónica. Se caracteriza por el crecimiento de tejido granulomatoso periapical en respuesta a una irritación pulpar continua y por una cápsula periférica colágena fibrosa.

Una invasión masiva de éste tejido por los contaminantes pulpares, dará por resultado la formación de un absceso agudo. Desde el punto de vista clínico, este absceso puede ser distinguible del absceso apical agudo. La palpación, percusión y movilidad pueden ser positivas en los casos que tienen o han tenido agudizaciones. A la transluminación puede apreciarse una opacidad periapical y la corona será muy opaca a la luz por lo regular es asintomático pero puede agudizarse con mayor o menor intensidad, desde ligera sensibilidad periodontal, hasta violentas inflamaciones con osteoperiostitis y linfadenitis.

Radio gráficamente hay, afortunadamente, una diferencia. En la película se ve una gran zona radio lúcida y ésta elimina toda duda en cuanto al diagnóstico. La imagen radio lúcida es creada por el tejido conectivo inflamatorio, que hace mucho reemplazó al hueso alveolar de la zona apical.

El factor causal del granuloma es la presencia de restos necróticos o de gérmenes en los conductos radiculares, la terapéutica más racional es el tratamiento de conductos.

PROBABLE QUISTE

Es una respuesta inflamatoria del periápice, que se forma a partir de lesiones crónicas con tejido granulomatoso preexistente. Se caracteriza por una cavidad central, tapizada por epitelio, rodeada por tejido granulomatoso y con encapsulamiento fibroso periférico.

En la inspección se encontrará siempre un diente con pulpa necrótica y en ocasiones un diente tratado endodóticamente de manera incorrecta. A la palpación puede ser negativa, pero a menudo se nota abombamiento de la tabla ósea e incluso se puede percibir una crepitación.

A los rayos Roentgen se observa una amplia zona roentgenolúcida de contornos precisos y bordeada de una línea blanca, nítida y de mayor densidad, que incluye el ápice del diente responsable con pulpa necrótica.

El pronóstico es bueno si se instituye una conducta terapia correcta.

CONCLUSIONES



El tema que he desarrollado, es necesario en la planificación de un tratamiento endodóntico, y ha de abarcar lo concerniente a las medidas de diagnóstico para poder llevar a cabo una terapéutica endodóntica exitosa.

La pulpa clínicamente normal, reacciona normal, reacciona con vitalidad positiva a las pruebas y no presenta síntomas espontáneos y cuando responde a estímulos provocados, refiere un dolor fugaz y localizado, y no existe sensibilidad periapical.

La pulpitis es una respuesta inflamatoria del tejido pulpar ante el irritante. El tratamiento para la pulpitis reversible es eliminar el factor causal, y para la pulpitis irreversible es el tratamiento de conductos.

La necrosis pulpar puede ser parcial o total, por lo general no existe dolor; sin embargo pueden presentarse respuestas positivas al calor por dilatación de los gases existentes en el conducto radicular. En dientes multiradicales puede presentar una respuesta mixta porque puede ser que un sólo conducto contenga tejido vital y el tratamiento es la eliminación del tejido pulpar.

En la zona periapical clinicamente normal reacciona favorablemente a los estímulos como los son, la percusión horizontal y vertical, no hay sensibilidad periapical, no representa síntomas espontáneos.

En patología periapical, la periodontitis apical aguda, suele originarse con mayor frecuencia como la secuela de una lesión pulpar y tratamiento endodóntico, así como la medicación excesiva del conducto o la sobreobturación del mismo y traumatismos; también puede originar la misma reacción y casi la misma sensibilidad apical.

Cuando la resistencia local y los estímulos nocivos se rompen, la lesión inflamatoria de bajo grado se transforma bruscamente, y este equilibrio puede ser alterado por aumento de la cantidad de un determinado irritante, aumento de la virulencia de las bacterias que pueden estar presentes y por disminución de resistencia orgánica, de aquí sobreviene la periodontitis apical crónica supurativa con su correspondiente fístula y su boca de salida.

El granuloma se caracteriza por el crecimiento de tejido granulomatoso periapical en respuesta a una irritación pulpar continua.

El quiste periapical se caracteriza por una cavidad central, llena de líquido, tapizada por epitelio y rodeada de tejido granulomatoso y con encapsulamiento fibroso periférico.

Para llegar a lograr un buen diagnóstico y así poder desarrollar favorablemente y acertadamente a una terapéutica endodóntica es necesario primeramente tener una buena base; para ello es importante realizar una correcta historia clínica, la cual puede comprender tanto los antecedentes médicos como los dentales, así como la elaboración de una ficha clínica endodóntica.

Cabe indicar que la mayoría de los dentistas tiene la mentalidad que al crear una historia clínica completa trae consigo la consecuente pérdida de tiempo.

Es importante conseguir la información necesaria acerca de las enfermedades generales padecidas por el paciente ya que éstas pueden afectar al curso de una enfermedad bucal.

El problema que estriba al presentarse un paciente con fiebre reumática es que tiene la capacidad potencial de sufrir un ataque de endocarditis bacteriana subaguda.

Los antecedentes dentales son aquellos que nos proporcionan datos fieles para poder solucionar el tipo de problemas en la cavidad bucal.

El odontólogo debe tener el suficiente conocimiento para poder descubrir la molestia principal en caso de que el paciente no lo exprese verbalmente.

La interrogación de la enfermedad actual nos proporciona los datos para poder apreciar la velocidad de la enfermedad y nos indica o no la urgencia del tratamiento.

Si el paciente sufre de algún dolor habrá la necesidad de posponer la historia clínica completa y comenzar un examen rápido para determinar cuál es el diente afectado, la preocupación es no brindar anestesia si el diagnóstico aún no está definido. En resumen, el paciente tiene ciertos propósitos fijos; alivio del dolor o malestar, corrección de insuficiencia masticatoria, mejoramiento de la relación salud-bucal general, chequeo periódico bucal.

Ha quedado claro que el dolor tiene dos aspectos; la percepción constante de la mayoría de los pacientes y la reacción al dolor variable, en todos los individuos. El dolor a su vez puede ser espontáneo o provocado, además de ser dolor dental o referido en cuanto a su ubicación. El odontólogo por lo tanto, deberá tener el suficiente conocimiento e institución para poder descubrir lo verdadero.

Un diente normal y uno con inflamación crónica responde igual a la percusión. Se ha de tener claro, que las pruebas de vitalidad pulpar pueden utilizarse sólo para determinar la presencia o ausencia de vitalidad e inflamación pulpar y su estudio. Se emplean para confirmar la historia clínica y comprobar si el dolor es tan intenso como lo afirma el paciente.

Una prueba de vitalidad son las pruebas térmicas, son auxiliares de diagnóstico, mucho más de fiar y más fácil de realizar, las pruebas existentes son: las que responden al frío con hielo o con cloruro de etilo, o las que responden al calor con gutapercha caliente. La sensibilidad al frío puede ser leve o intensa y la pulpa puede recuperarse, pero en un diente con sensibilidad al calor, que se alivia con el frío, la reversión del proceso es casi imposible.

Con el frío las lecturas exactas, se hacen en la primera prueba, ya que el tejido pulpar aprende rápidamente a acomodarse al frío. Las pulpas inflamadas reaccionan inmediatamente. La prueba al calor resulta la menos preferible, la reacción violenta al calor puede indicar gangrena pulpar, cuando la respuesta es leve y cede rápidamente es muy probable que el diente sea normal.

BIBLIOGRAFÍA

Terapéutica Endodóntica

F.S. Weine

B.S. D.D.S.

E.D. Mundi 1a. Edición

Endodoncia

Vicente Preciado Z.

Cuellar Ediciones

4a Edición

Endodoncia

John Ide Ingle

Edward Edgerton Beveridge

2a Edición

Periodontología Clínica de Glickman

Dr. Fermín A. Carranza

Interamericana

5a. Edición

Pulpa Dental

Samuel Seltzer D.D.S.

I.B. Bender, D.D.S.

Manual Moderno

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Endodoncia

Ángel Lázala

2a Edición