

TOCa
0094

UNA REVISIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS ENDODONTICOS ENCONTRADOS EN LAS
CLINICAS
DE ADULTOS IV DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO DE CALI EN EL 2001

IRLEN JERFERSON BELTRAN MARULANDA

CODIGO : 97 24 07

MARIA JULIANA UPEGUI DUQUE

CODIGO: 97 24 28

CLAUDIA ANDREA MONTOYA COLMENARES

CODIGO: 97 24 32

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI

2002



UNA REVISIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS ENDODONTICOS ENCONTRADOS EN LAS
CLINICAS
DE ADULTOS IV DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO DE CALI EN EL 2001

IRLEN JERFERSON BELTRAN MARULANDA

CODIGO : 97 24 07

MARIA JULIANA UPEGUI DUQUE

CODIGO : 97 24 28

CLAUDIA ANDREA MONTOYA COLMENARES

CODIGO : 97 24 32

Trabajo escrito presentado para optar al titulo de:

ODONTOLÓGO

TUTOR:

WALTER MARINE

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI

2002



NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO

JURADO

DEDICATORIA

A nuestros padres, hermanos y familiares
los cuales nos dieron su apoyo incondicional
para llevar a cabo
nuestra meta propuesta

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todas aquellas personas que de una u otra forma nos colaboraron. Entre ellos a nuestros padres, docentes; como la Doctora Carolina Londoño la cual nos facilito los libros de control de actividades diarias, al doctor Walter Marine el cual nos dedico. Parte de su tiempo para colaborarnos con este proyecto, a los Pacientes los cuales confiaron en nosotros para llevar a cabo sus tratamientos odontológicos, a nuestros compañeros que estuvieron con nosotros a lo largo de esta carrera y finalmente al Colegio Odontológico Colombiano por su constante motivación para la formación de futuros Odontólogos.

TABLA DE CONTENIDO

1. TEMA DE INVESTIGACIÓN	10
2. RESUMEN	11
3. INTRODUCCIÓN	12
4. JUSTIFICACIÓN	13
5. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
5.1 Descripción	14
5.2 Formulación Del Problema	14
6. OBJETIVOS	15
6.1 Objetivo General	15
6.2 Objetivos Específicos	15
6.2.1 Establecer el Motivo de Consulta	15
6.2.2 Verificar si a los pacientes se les realizaron las pruebas de vitalidad 21 con endoice y gutapercha	15
6.2.3 Correlacionar el diagnóstico clínico con el análisis radiográfico	15
6.2.4 Comprobar la prevalencia del diagnóstico pulpar	15
7. PLANEACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
8. DISEÑO METODOLÓGICO	17
8.1 Título	17
8.2 Muestra	17
8.3 Tipo de investigación no experimental	17
8.4 Métodos de investigación	17

9. MARCO TEORICO	18
9.1 Patologías pulpares	18
9.1.1 La pulpa dental	18
9.1.2 Progreso de la lesión	19
9.1.3 Etiopatogenia	19
9.1.4 Irritantes pulpares	20
9.2 CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PULPARES	21
9.2.1 PULPITIS REVERSIBLE	21
9.2.1.1 Manifestaciones clínicas	21
9.2.1.2 Examen radiográfico	21
9.2.2.3 Tratamiento	21
9.2.2 PULPITIS IRREVERSIBLE	22
9.2.2.1 PULPITIS IRREVERSIBLE AGUDA	22
9.2.2.1.1 Manifestaciones clínicas	22
9.2.2.2 Examen radiográfico	22
9.2.2.3 Tratamiento	22
9.2.3 PULPITIS IRREVERSIBLE CRÓNICA ABIERTA	23
9.2.3.1 PULPITIS IRREVERSIBLE CRÓNICA CERRADA	23
9.2.3.2 PULPITIS IRREVERSIBLE CRÓNICA HIPERPLASICA	23
9.2.3.3 PULPITIS IRREVERSIBLE CRÓNICA CON REABSORCIÓN INTERNA	24
9.2.4 NECROSIS PULPAR	24
9.2.4.1 Manifestaciones clínicas	24
9.2.4.2 Examen radiográfico	25
9.2.4.3 Tratamiento	25
9.3 CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PERIAPICALES	25

9.3.1 PERIODONTITIS APICAL AGUDA NO SUPURATIVA	25
9.3.2 PERIODONTITIS APICAL AGUDA SUPURATIVA	26
9.3.2.1 Fase de absceso dentó alveolar	26
9.3.2 PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA NO SUPURATIVA	27
9.3.3 PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA SUPURATIVA	27
9.3.4 OSTEITIS CONDENSANTE	28
10. DESARROLLO DEL TEMA	29
10.1 Establecer el motivo de consulta	29
10.2 Verificar si a los pacientes se les realizaron las pruebas de vitalidad con endoice y gutapercha	31
10.2.1 PRUEBAS TÉRMICAS	31
10.2.1.1 Endoice	31
10.2.1.2 Gutapercha	32
10.3 CORRELACIONAR ÉL DIAGNOSTICO CLÍNICO CON EL ANÁLISIS RADIOGRÁFICO	33
10.4 Comprobar la prevalencia del diagnostico pulpar	35
10.4.1 Prevalencia del diagnostico	35
10.4.1.1 Diagnóstico: pulpitis irreversible aguda	36
10.4.1.2 Diagnóstico: pulpitis irreversible crónica	37
10.4.1.3 Diagnóstico: necrosis pulpar	38
10.4.1.4 Diagnóstico: periodontitis apical crónica no supurativa	39
10.4.1.5 Diagnóstico: periodontitis apical aguda no supurativa	40
10.4.1.6 Diagnóstico: periodontitis apical aguda supurativa	41
10.4.1.7 Diagnóstico: periodontitis apical crónica supurativa	42

9.3.2 PERIODONTITIS APICAL AGUDA SUPURATIVA	26
9.3.2.1 Fase de absceso dentó alveolar	26
9.3.2 PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA NO SUPURATIVA	27
9.3.3 PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA SUPURATIVA	27
9.3.4 OSTEITIS CONDENSANTE	28
10. DESARROLLO DEL TEMA	29
10.1 Establecer el motivo de consulta	29
10.2 Verificar si a los pacientes se les realizaron las pruebas de vitalidad con endoice y gutapercha	31
10.2.1 PRUEBAS TÉRMICAS	31
10.2.1.1 Endoice	31
10.2.1.2 Gutapercha	32
10.3 CORRELACIONAR ÉL DIAGNOSTICO CLÍNICO CON EL ANÁLISIS RADIOGRÁFICO	33
10.4 Comprobar la prevalencia del diagnostico pulpar	35
10.4.1 Prevalencia del diagnostico	35
10.4.1.1 Diagnóstico: pulpitis irreversible aguda	36
10.4.1.2 Diagnóstico: pulpitis irreversible crónica	37
10.4.1.3 Diagnóstico: necrosis pulpar	38
10.4.1.4 Diagnóstico: periodontitis apical crónica no supurativa	39
10.4.1.5 Diagnóstico: periodontitis apical aguda no supurativa	40
10.4.1.6 Diagnóstico: periodontitis apical aguda supurativa	41
10.4.1.7 Diagnóstico: periodontitis apical crónica supurativa	42
10.4.2 TOTAL DE LOS DIAGNOSTICOS PULPARES	43

10.5 PREVALENCIA DE DIAGNÓSTICO PULPAR EN LAS CLÍNICAS DEL	
COLEGIO ODONTOLÓGICO	44
11. CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46
GLOSARIO	47
ANEXOS	53
COMENTARIOS	64
BIBLIOGRAFÍA	65

1 TEMA DE INVESTIGACIÓN

UNA REVISIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS ENDODONTICOS ENCONTRADOS EN LAS
CLÍNICAS DE ADULTOS IV DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO DE CALI EN EL
2001

2 RESUMEN

La valoración adecuada del paciente durante la consulta odontológica es inmensamente importante, puesto que a través de ella se puede llegar al establecimiento ideal del plan de tratamiento. Con especial cuidado debe hacerse esta valoración para el establecimiento de un diagnóstico pulpar adecuado, ya que cada día es mayor la necesidad del paciente por la terapia endodòntica y es importante que el odontólogo general este bien enterado de las condiciones que va a determinar él éxito del tratamiento endodòntico a realizar, es por eso que el diagnóstico pulpar es un factor importante para alcanzar la satisfacción de lo perseguido.

Aprovechando la asistencia prestada en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano y la gran demanda de pacientes que se reciben en ellas que necesitan de la terapia endodontica por diferentes motivos (dolor, inflamación, preventiva), se realizo un estudio retrospectivo para poder establecer sí los pacientes han sido valorados correctamente, revisando 75 historias clínicas que tuvieran en su plan de tratamiento endodoncias realizadas hace mas o menos seis meses, donde se revisó también si fueron realizadas las pruebas de vitalidad pulpar y a la vez se efectuó un control clínico y radiográfico de los pacientes tratados endodonticamente para conocer así el éxito de los Tratamientos terminados. Nos vimos en la labor de revisar todas estas historias clínicas. encontrando así muchos datos estadísticos cuantitativos de cual es la patología pulpar que esta afectando con mayor frecuencia a los pacientes que visitaron nuestras clínicas del colegio odontológico colombiano en el 2001. Después de cuantificar minuciosamente estas setenta y cinco historias clínicas nos pudimos dar cuenta que la PULPITIS IRREVERSIBLE AGUDA fue la que se presentó con mayor frecuencia, con una prevalencia del 53.3 % (cincuenta y tres punto tres porciento). Entre otras seis patologías mas que se encontraron en las diferentes historias clínicas, como: la necrosis pulpar, etc.

3 INTRODUCCIÓN

Los pacientes que requieren tratamiento odontológico a menudo demandan procedimientos involucrados en el campo de la endodoncia, esto debido a la presencia de patologías pulpares y Periapicales. En el colegio odontológico Se encuentra una cantidad de pacientes que permiten un análisis cuantitativo y cualitativo de los tratamientos endodonticos realizados por los estudiantes en un Periodo de tiempo especifico.

Como la endodoncia es el área de la odontología que persigue la conservación del órgano dental sin manifestaciones patológicas locales ni a distancia es de mucha importancia realizar un control Radiográfico del éxito obtenido en determinado tratamiento.

Aprovechando la concurrencia de pacientes que necesitaban tratamientos endodònticos, en las clínicas del colegio odontológico colombiano una de las más grandes y completas de Latinoamérica; junto con un grupo de estudiantes, se decidió prestar atención a estos pacientes para mirar cual es la Principal causa de dicha patología, y además mirar la prevalencia del diagnóstico encontrado.

La parte fundamental para esta revisión se basa en las historias clínicas ya que esta es la forma mas Organizada de recopilar los datos relacionados con el paciente y sus diferentes diagnósticos.

Es por eso que la base fundamental y primordial es la revisión; utilizando como apoyo el análisis Radiográfico post-endodóntico y la revisión clínica del paciente.

4 JUSTIFICACIÓN

Cada día es mayor la necesidad del paciente por la terapia endodóntica, la complejidad de muchos casos a contribuido a que se mejoren los procedimientos de diagnóstico como terapéuticos y pruebas de vitalidad; debido a estas circunstancias, el odontólogo general debe estar mas enterado de las condiciones que van a determinar el tratamiento endodóntico a realizar, por lo anterior se considera que el diagnóstico pulpar es un factor importante en el tratamiento endodóntico.

5 DESCRIPCIÓN Y FORMULACION DEL PROBLEMA

5.1 DESCRIPCIÓN

Los requisitos exigidos en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano en el área de endodoncia dejan en claro que los tratamientos endodónticos realizados representan una muestra significativa, como para ser fuente de estudio retrospectivo de la patología pulpar que con mayor frecuencia se presenta a la consulta en el colegio Odontológico colombiano y así mismo poder efectuar un control de la tasa de éxito obtenida después del tratamiento endodóntico realizado.

Con la realización de esta revisión el departamento de clínicas del colegio odontológico colombiano podrá verse beneficiado, ya que por medio de el se podrá evaluar sí los métodos diagnósticos y terapéuticos utilizados coadyudan al éxito del tratamiento endodóntico realizado.

Con esto también se persigue sembrar la iniciativa dentro del proceso de acreditación, para que se realice el control de calidad de los procedimientos realizados en todos los niveles de atención prestados en las clínicas del colegio odontológico colombiano.

5.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿ ESTÁ RELACIONADO EL MOTIVO DE CONSULTA CON LA NECESIDAD ODONTOLÓGICA DEL PACIENTE?
- ¿SON UTILIZADAS LAS PRUEBAS DE VITALIDAD PULPAR EN LA VALORACIÓN CLINICA DEL PACIENTE?
- ¿PERSISTIÓ LA SINTOMATOLOGÍA DESPUÉS DE REALIZADA LA TERAPIA ENDODONTICA?

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL:

Establecer si los pacientes han sido correctamente valorados antes de darles un diagnóstico definitivo de algún tipo de patología pulpar.

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

6.2.1 Establecer el motivo de consulta.

6.2.2 Verificar si a los pacientes se les realizaron las pruebas de vitalidad con endoice y Gutapercha.

6.2.3 Correlacionar el diagnóstico clínico con el análisis radiográfico.

6.2.4 Comprobar la prevalencia del diagnóstico pulpar.

7 PLANEACION PARA EJECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS

OBJETIVOS	ACTIVIDAD	RECURSOS FISICOS Y HUMANOS	COSTOS	TIEMPO
Establecer motivo de consulta	Solicitar las historias clínicas a las auxiliares, para revisar lo consignado en ellas.	Auxiliares de piso Historias clínicas, lapiceros, hojas en blanco y borrador	1600 700 + 500 <hr/> 2800	Cuatro meses.
Verificar si a los pacientes se les realizaron las pruebas de vitalidad con endoice y gutapercha	Revisar odontograma y evolución de tratamiento.	Auxiliares de piso y historias clínicas	Cero pesos	Un mes.
Correlacionar el análisis clínico con el análisis radiográfico.	Recolectar historias clínicas y citar a los pacientes para el control radiográfico.	Historias clínicas, radiografías, guantes, tapa bocas, gancho de radiografías, revelador, fijador, bata, cuarto oscuro y equipo de rayos x	40.000 10.000 2.000 6.000 <hr/> 58.000	Tres meses.
Comprobar la prevalencia del diagnóstico pulpar.	Análisis estadístico de la información recolectada.	ninguno	Cero pesos	Dos semanas.

8 DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 TÍTULO:

Una revisión de los diagnósticos endodónticos encontrados en las clínicas de adultos IV del Colegio Odontológico Colombiano de Cali en el 2001.

8.2 MUESTRA:

Para este estudio se tomaron un total de cien historias clínicas de pacientes que fueron atendidos en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano. A los cuales se les realizaron tratamientos convencionales de conductos hace más o menos seis meses; De las cuales se tomaron como muestra real setenta y cinco historias clínicas con su correspondiente diagnóstico pulpar, las veinticinco historias restantes no se tuvieron en cuenta por que carecían del diagnóstico pulpar.

8.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN: NO EXPERIMENTAL

El tipo de investigación utilizado fue Descriptiva, ya que por medio de ella se quiere especificar o precisar las características de la muestra, utilizando la información consignada dentro de las Historias clínicas que reposan en los archivos de historias del Colegio Odontológico Colombiano.

8.4 METODOS DE INVESTIGACIÓN:

Es de observación, puesto que dentro de la revisión la información se obtiene, primero de lo consignado en la historia clínica y segundo del control radiográfico que se realizará a los pacientes para establecer el éxito del tratamiento.

9 MARCO TEÓRICO

9.1 PATOLOGÍAS PULPARES:

9.1.1 LA PULPA DENTAL: Tejido blando localizado en el centro del diente; forma, soporta y está rodeado por dentina. La función primaria de la pulpa es formativa debido a que de ahí surgen los odontoblastos que forman la dentina después de la formación dental la pulpa proporciona varias funciones secundarias relacionadas con la sensibilidad, y defensa del diente.(2). El tejido pulpar como cualquier otro tejido conectivo del cuerpo reacciona ante cualquier injuria de tal manera que se produce dentro del conducto radicular un proceso llamado inflamación.

El grado de inflamación es proporcional a la intensidad y gravedad del daño tisular.

Las lesiones ligeras, como la caries incipiente o las preparaciones cavitarias superficiales, producen poca o ninguna inflamación en la pulpa dental. Como el grado de respuesta depende del tamaño de la lesión, esta también depende de la capacidad del huésped para responder. La respuesta pulpar va desde una inflamación que sé perpetua en el tiempo (pulpitis irreversible) y después puede llevarse a cabo la necrosis pulpar.

Inicialmente la inflamación se produce de forma local, en una zona limitada del tejido conectivo pulpar, por irritantes externos, manteniéndose el resto de la pulpa normal: es una pulpitis. Se eliminan los irritantes, la inflamación regresa y se normaliza a nivel local. Si los irritantes son intensos y actúan mucho tiempo, la inflamación se extenderá: pulpitis irreversible; por lo general, la inflamación pulpar es asintomático, incluida la forma irreversible.

La aparición de cuadros agudos depende de la velocidad de drenaje del exudado o de su salida a través de una caries. Habitualmente, la pulpitis no es aguda de entrada, si no que se trata de la exacerbación de una inflamación crónica. (1) , (2)

9.1.2 PROGRESO DE LA LESIÓN:

Las lesiones moderadas a graves liberan concentraciones de mediadores inflamatorios, produciendo como consecuencia un aumento en la permeabilidad vascular, éxtasis vasculares y migración de leucocitos al sitio de la lesión.

La presión alta en los capilares y el aumento de la permeabilidad capilar mueve el líquido en las venulas y linfáticos no iguala la inflamación de líquido de los capilares se forma un exudado. De esta manera se forma dentro del conducto tal presión que la pulpa se encierra en paredes rígidas, produciéndose un colapso que causa la muerte pulpar.

El dolor es causado a menudo por factores diferentes; la liberación de mediadores de la inflamación produce dolor directo al disminuir el umbral de los nervios sensoriales e indirecto al aumentar el vaso dilatación en arteriolas y la permeabilidad vascular en vénulas, lo que produce edema y elevación de la presión del tejido.

El aumento en la presión del tejido, la incapacidad de la pulpa para exponerse y la falta de circulación colateral produce necrosis y después enfermedad periradicular.

9.1.3 ETIOPATOGENIA:

La integridad de los tejidos pulpares y periapical se favorece con la preservación de los tejidos dentales duros (esmalte y dentina) y el periodonto (cemento, encía, actúan como barreras biomecánicas). Estas barreras pueden verse afectadas ante múltiple factores externos, que facilitarán la invasión microbiana del tejido conectivo pulpar a partir de gérmenes procedentes de la cavidad oral, que entran en él, por medio de los conductos dentinales.

Existen otras vías de comunicación bacterianas de los tejidos pulpar y periapical, como: procesos patológicos periodontales.

La flora microbiana de los conductos radiculares se caracteriza por ser cualitativa y cuantitativamente diferentes, en términos generales, en los procesos inflamatorios pulpares predominan los cocos aerobios y anaerobios facultativos (estreptococos, staphylococos y micrococos) y en las gangrenas pulpares y las periodontitis apicales, predominan las formas anaerobias estrictas.(2),(3)

9.1.4 IRRITANTES PULPARES:

Dentro de los irritantes pulpares se distinguen: irritantes microbianos, mecánicos e irritantes químicos.

Los irritantes microbianos se encuentran bien representados por numerosas bacterias como: streptococcus mutans, lactobacilos y actinomyces, que pueden llegar a la cavidad pulpar por medio de la caries utilizando los conductillos dentinales como vía directa de acceso. Después de esta invasión microbiana el tejido pulpar permanece inflamado por periodos largos y sufre necrosis de manera eventual, o en ocasiones, rápidamente.

Este evento depende de varios factores:

- 1) Virulencia de las bacterias.
- 2) La capacidad para liberar líquidos inflamatorios y evitar así el aumento marcado en la presión intrapulpar.
- 3) Resistencia del huésped.

Dentro de los irritantes mecánicos se encuentran los procedimientos operatorios, traumatismos, fuerzas inadecuadas durante el tratamiento de ortodoncia, entre otros. Y finalmente los irritantes químicos como el nitrato de plata, fenol con y sin alcanfor, y el eugenol, utilizados en un intento de esterilizar la dentina después de preparaciones cavitarias, pero su eficacia como esterilizadores de dentina es cuestionable y su citotoxicidad causa cambios inflamatorios en la pulpa dental.(2)

A nivel perirradicular, irritantes como medicamentos intra conductos y sustancias presentes en los materiales obturadores.

9.2 CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PULPARES:

El diagnóstico y la clasificación de las enfermedades pulpares se basa en los síntomas clínicos y los hallazgos, y no de manera estricta en los hallazgos histopatológicos.(2)

Las enfermedades pulpares incluyen pulpitis reversible e irreversible aguda y crónica, y la necrosis pulpar.

9.2.1 PULPITIS REVERSIBLE:

Se produce como consecuencia de caries pocos profundas, exposición de tubulos dentinales, procedimientos de operatorio dental, preparaciones protésicas poco agresivos o procesos destructivos dentales no cariogénicos.

Regularmente acostumbra ser asintomático y si existen síntomas, son provocados por la aplicación de estímulos térmicos, aire, azúcar, roce.

Aunque puede provocar dolor intenso este desaparece al retirar el estímulo.

9.2.1.1 MANIFESTACIONES CLINICAS:

- No existe antecedente de dolor espontáneo.
- Dolor transitorio de leve a moderado provocado por estímulos como frío, calor y dulce.

9.2.1.2 EXAMEN RADIOGRÁFICO:

No presenta cambios al examen radiográfico.

9.2.1.3 TRATAMIENTO:

Eliminar la causa y restaurar adecuadamente el diente.

9.2.2 PULPITIS IRREVERSIBLE:

Generalmente es consecuencia de una pulpitis reversible no tratada, que no se resuelve e incluso aunque se elimine la causa.

La pulpa progresa de manera lenta o rápida hacia la necrosis.

9.2.2.1 PULPITIS IRREVERSIBLE AGUDA:

9.2.2.1.1 MANIFESTACIONES CLINICAS:

- Dolor irradiado, referido en estadios iniciales de inflamación pulpar.
- Dolor localizado en estadios avanzados de inflamación pulpar.
- Dolor espontáneo de moderado a severo.
- El dolor puede aumentar con cambios posturales
- Dolor constante y/o persistente.
- El dolor puede ser pulsátil.
- Se pueden presentar episodios de dolor con cambios térmicos.
- El dolor puede aumentar con el calor y disminuir al frío.

9.2.2.2 EXAMEN RADIOGRÁFICO:

- Posible engrosamiento del ligamento periodontal.
- Radiolucidez de la corona compatible con caries.
- Imagen radiopaca compatible con restauraciones profundas.

9.2.2.3 TRATAMIENTO:

Terapia Endodóntica: apertura, extirpación pulpar, conductometría tentativa, preparación biomecánica, conometría, control radiográfico y obturación final; este procedimiento debe ser realizado bajo profunda irrigación.

9.2.3 PULPITIS IRREVERSIBLE CRÓNICA ABIERTA:

Exposición pulpar por caries o por fractura coronal complicada sin tratamiento. Las pruebas de sensibilidad positivas con respuesta anormal o prolongada.

No existen cambios en los tejidos de soporte circundantes. Radiolucidez en la corona compatible con caries.

Su tratamiento es la terapia endodóntica.

9.2.3.1 PULPITIS IRREVERSIBLE CRÓNICA CERRADA:

Se presenta dolor ocasional moderado, historia de trauma, recubrimiento pulpar directo, restauraciones profundas, ortodoncia, caries profundas, sin exposición pulpar aparente.

Es una evolución de pulpitis reversible con persistencia de una agresión de baja intensidad y larga duración. No existen cambios en los tejidos de soporte circundante. Se observa imagen radiopaca compatible con restauraciones profundas radiográficamente.

Su tratamiento es la terapia endodóntica.

9.2.3.2 PULPITIS IRREVERSIBLE CRÓNICA HIPERPLÁSICA:

Se observa exposición pulpar por caries, o por fractura coronal complicada sin tratamiento, con presencia de un sobrecrecimiento rosa pálido o rojo cereza en forma de coliflor del tejido pulpar a través y alrededor de la exposición. Se recomienda realizar exploración para determinar el origen de crecimiento tisular.

El dolor es nulo o leve por presión sobre el pólipo y puede haber hemorragia durante la masticación y así mismo, puede haber dolor espontáneo, así como un aumento del dolor a los estímulos térmicos.

No existen cambios en los tejidos circundantes y se ve una cavidad abierta con acceso a la cámara pulpar. Su tratamiento es la terapia endodóntica.

9.2.3.3 PULPITIS IRREVERSIBLE CRÓNICA CON REABSORCIÓN INTERNA:

El diente presenta una mancha rosada, si se localiza a nivel coronal, las pruebas de sensibilidad son positivas o con respuesta retardada. Puede estar asociada a una infección bacteriana, iatrogenia o trauma.

Radiográficamente se ve una imagen en forma de balón a nivel radicular, radiolucidez uniforme, márgenes lisos, definidos, distribución simétrica y se observa pérdida de la anatomía del conducto.

En estados avanzados la pulpa puede necrosarse, y desarrollar patología periapical o continuar vital y producir perforación en la pared lateral de la raíz. Su tratamiento es la terapia endodóntica.

9.2.4 NECROSIS PULPAR:

Esto sucede cuando la pulpa se encuentra encerrada en paredes rígidas, sin presentar circulación sanguínea y sus venas y linfáticos se colapsan bajo el aumento de la presión del tejido; por tanto, la pulpitis reversible produce una necrosis por licuefacción. (2)

9.2.4.1 MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Esta necrosis casi siempre es asintomático, pero puede estar asociada con episodios de dolor espontáneo o (desde el periápice) a la presión, se presenta cambio de color coronal que puede ser de matiz pardo verdoso o grisáceo. La aplicación de frío, calor o estímulos eléctricos que no producen respuesta.

El diente presenta pérdida de translucidez y la opacidad se extiende a toda la corona. Puede presentar movilidad y dolor a la percusión cuando se encuentra afectado el ligamento periodontal.

9.2.4.2 EXAMEN RADIOGRÁFICO:

Puede observarse un leve ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal y radiolúidez de la corona compatible con caries.

9.2.4.3 TRATAMIENTO: Terapia endodóntica con técnica crow down.

9.3 CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PERIAPICALES:

Al igual que la enfermedad pulpar, hay poca correlación entre los signos y síntomas clínicos y las lesiones comparada con los hallazgos histopatológicos. (2). Debido a estas discrepancias y por conveniencia, las lesiones se clasifican en cinco grupos principales:

9.3.1 PERIODONTITIS APICAL AGUDA NO SUPURATIVA:

El diente presenta dolor a la percusión y la palpación del área apical. (7). No se observa inflamación intraoral o extraoral, dolor a la masticación y contacto oclusal. (5) Las pruebas de sensibilidad térmicas y eléctricas son negativas y se presenta también dolor espontáneo severo. La radiografía puede o no revelar cambios en el tejido de soporte circundante, puede también observarse ensanchamiento del ligamento periodontal. (9). Se ve asociada a historia de preparación y/o de obturación de conductos con previo trauma.

Su tratamiento a seguir sería el alivio de la oclusión del diente y medicación analgésica. (10)

Se debe evaluar la calidad de la limpieza y conformación de conductos previa teniendo en cuenta:

- Extensión de la instrumentación
- Utilización de sustancias irritantes.
- Medicamentos utilizados en el conducto.
- Hiperoclusión de una restauración provisional. (2)



Si el conducto se encuentra obturado debe también evaluarse la calidad de la obturación y las condiciones en las que se realizó el tratamiento antes de pensarse en la desobturación o el retratamiento. La obturación endodóntica se realizará cuando el conducto se encuentre apto: Limpio, seco, asintomático y debidamente instrumentado.

9.3.2 PERIODONTITIS APICAL AGUDA SUPURATIVA

9.3.2.1 FASE DE ABSCESO DENTOALVEOLAR

El paciente refiere dolor espontáneo de moderado a severo, localizado y persistente, se presenta a la masticación, al contacto oclusal y a la presión. Con frecuencia hay dolor localizado o difuso de tejidos blandos intraorales. Puede presentar exudado, movilidad incrementada, dolor a la percusión y malestar general. La pruebas de sensibilidad son negativas, presenta inflamación intraoral o extraoral. Su extensión y distribución esta determinada por la localización del ápice, por la localización de inserciones musculares y por el espesor del hueso cortical. (6)

Si no se elimina el factor etiológico puede presentarse drenaje espontáneo intra o extraoral, o compromiso de espacios aponeuróticos derivando a un ABSCESO OROFACIAL DE MANEJO HOSPITALARIO. Se ve asociado a necrosis pulpar o historia de preparación de conductos previa.

Radiográficamente puede o no revelar cambios en el tejido de soporte circundante (7), puede observarse ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal (2), asociado a necrosis pulpar.

Puede observarse radiolucidez compatible con reabsorción osea, asociado a periodontitis apical crónica preexistente.

El tratamiento del absceso dentoalveolar es incisión y drenaje, cuando el absceso este localizado, **NUNCA EN CELULITIS O EDEMA.**

Dejar un dren por mínimo 24 horas, anestesia a distancia, apertura, aislamiento absoluto, terapia endodóntica con técnica de crow down, colocación de hidróxido de calcio por 8 a 10 días, alivio de la oclusión, medicación analgésica y antibiótico terapia.

No dejar el conducto abierto a cavidad oral ya que se introducen nuevos microorganismos que retardan el proceso de cicatrización.

9.3.2 PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA NO SUPURATIVA

Es una respuesta inflamatoria proliferativa como consecuencia de la contaminación bacteriana de un conducto radicular necrótico.

Generalmente es asintomático, asociada a molestia muy leve. Respuesta anormal o positiva a la percusión, sensibilidad ligera a la palpación, si existe compromiso de la tabla osea vestibular, pruebas de vitalidad negativas. A nivel radiográfico se presenta una zona radiolúcida periapical.

El tratamiento sería la terapia endodóntica con la técnica crow down, terapia de hidróxido de calcio por 8 a 10 días y obturación final del conducto cuando este se encuentre apto; Limpio, seco y con adecuada instrumentación.

9.3.3 PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA SUPURATIVA

Es una respuesta inflamatoria proliferativa, resultado de la necrosis pulpar y asociado con la migración gradual de irritantes del conducto radicular a los tejidos perirradiculares que se caracteriza por la presencia de un tracto fistuloso que puede drenar en forma continua o intermitente.

Puede estar asociada a fracaso endodóntico, fracturas verticales, síndrome del diente agrietado. (11).

Las pruebas de sensibilidad son negativas. Radiográficamente se ve zona radiolúcida

Debe tomarse una fistulografía con cono de gutapercha # 30 o 35.

El tratamiento sería la terapia endodóntica con técnica crow down , colocación de terapia de hidróxido de calcio en el conducto hasta que la fístula cicatrice y obturación endodóntica final. Si no se presentan signos clínicos y radiográficos de reparación esta indicada la cirugía apical.

9.3.4 OSTEITIS CONDENSANTE:

Patología periapical caracterizada por un aumento en la condensación, que ofrece una imagen radiopaca y esta asociada a necrosis pulpar o a un proceso inflamatorio de baja intensidad y larga evolución.

Puede ser considerada una variante de la periodontitis apical crónica no supurativa (7) o de la pulpitis irreversible crónica. (12)

El diente puede o no responder a las pruebas de sensibilidad, a la percusión o palpación.

Al examen radiográfico presenta una característica patognomónica que es la presencia de una acomodación difusa concéntrica de radiopacidad alrededor de la raíz del diente afectado.

El tratamiento a seguir sería: Radiografía preoperatorio, anestesia, terapia endodóntica con técnica crow down, obturación final, radiografía control y obturación temporal.

10 DESARROLLO DEL TEMA

10.1 ESTABLECER EL MOTIVO DE CONSULTA

Esta sin lugar a duda es la parte más importante de la historia clínica, ya que aquí el paciente nos hace saber la causa por la cual requiere ser atendido.

En esta parte a menudo se registra lo que el paciente manifiesta con sus propias palabras en el momento que requiere ser atendido, es decir el síntoma que presenta, para esto el odontólogo esta en la obligación de escucharlo y a su vez interrogarlo para saber las manifestaciones clínicas de la enfermedad y deducir así la gravedad y urgencia del problema que éste paciente presenta.

Uno de los procedimientos subjetivos para determinar el diagnóstico y el tratamiento de la Enfermedad Pulpar y Periapical es la evolución del dolor. Ya que esta es la principal causa de la Consulta Odontológica.

El dolor es una entidad muy compleja; muchos de sus aspectos no son diagnósticos en particular y no diferencian los problemas endodónticos de los no endodónticos, ni indican la gravedad del problema. No obstante, algunos aspectos del dolor son indicativos de una enfermedad endodóntica irreversible y, por tanto, se requiere tratamiento.

Mientras más intenso hay mas probabilidad de una enfermedad irreversible, por eso es importante que el odontólogo este familiarizado con la calidad y duración del dolor, para así poder empezar a tener una impresión diagnóstica.

Al extenderse en la enfermedad presente y al hacer preguntas subjetivas cuidadosas a cerca del problema del paciente, con frecuencia el odontólogo puede determinar la presencia de cambios patológicos en la pulpa o tejidos periradiculares.

Las preguntas cuidadosas y la interpretación de las respuestas de la enfermedad, por lo regular ofrecen indicios claros de un diagnóstico tentativo pulpar y periradicular.

Entonces el diagnóstico tentativo se confirma o se niega con el examen oral y las pruebas clínicas.

10.2 VERIFICAR SI A LOS PACIENTES SE LES REALIZARON LAS PRUEBAS DE VITALIDAD CON ENDOICE Y GUTAPERCHA

Las pruebas de vitalidad proporcionan información acerca de la sensibilidad pulpar, que unida al examen clínico, historia dental y radiográfica pueden establecer un diagnóstico definitivo. Estas pruebas consisten en la aplicación de un estímulo térmico o eléctrico sobre la superficie dental, produciendo movimientos de líquidos en el interior de los tubulos dentinales que activan las fibras nerviosas pulpares. La respuesta a los estímulos en ocasiones puede identificar el diente afectado mas no la vitalidad o salud pulpar, pero en el mejor de los casos indica la presencia de algunas fibras nerviosas que llevan impulsos sensoriales. Hay una gran variación de la respuesta pulpar en los dientes normales y con alteraciones patológicas. Debido a las limitaciones inherentes, estas pruebas siempre deben de tener controles adecuados, y se deben interpretar los resultados con mucho cuidado. Hay varios aparatos para pruebas pulpares que están actualmente en mercado los cuales no nos dan una seguridad en la prueba realizada.

10.2.1 PRUEBAS TÉRMICAS

Este estímulo aplicado sobre la pulpa vital casi siempre produce un dolor agudo y breve cuando el material se retira. Esta respuesta corta y aguda se presenta sin importar el estado pulpar (normal, pulpitis reversible o irreversible); sin embargo, una respuesta intensa y prolongada indica pulpitis irreversible. Así, la aplicación de frio causa un dolor severo persistente después de eliminar el estímulo, casi siempre hay una pulpitis irreversible. En contraste con las pulpas necróticas no hay respuesta.

Esta prueba resulta más eficaz para dientes anteriores que en los posteriores; por tanto, la falta de una respuesta al frio en un diente posterior control dicta otra prueba de vitalidad.

10.2.1.2GUTAPERCHA

Por lo general, el calor es la prueba de vitalidad menos útil y no se utiliza de rutina; no obstante, es de mucha ayuda cuando el síntoma principal es la sensibilidad al calor y el paciente no puede identificar el diente afectado. Al momento de realizar la prueba con la gutapercha caliente la temperatura se aumenta de manera gradual hasta que surge el dolor. Cuando el resultado es una respuesta dolorosa aguda la cual no es persistente indica una pulpa viva (no necesariamente normal). Una respuesta exagerada y persistente al calor es un buen indicio de una pulpitis irreversible. La ausencia de la respuesta pulpar casi siempre indica una necrosis pulpar.

Al realizar nuestro estudio de revisión de historias clínicas para valorar la vitalidad de algunos dientes nos encontramos que en un total de setenta y cinco historias clínicas revisadas no se han realizado las pruebas térmicas adecuadas con endoice y gutapercha, encontrando así que los diagnósticos dados han sido mas basados en la parte teórica y radiográfica que en la valoración térmica de la vitalidad pulpar.

10.3 CORRELACIONAR EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO CON EL ANÁLISIS RADIOGRÁFICO

El establecimiento de un buen diagnóstico clínico nos da las pautas del protocolo de la terapia endodóntica a llevar a cabo. El diagnóstico incluye no solo identificar la presencia y naturaleza de la enfermedad, si no también determinar la anatomía radicular y pulpar y por supuesto diferenciar otras estructuras normales por medio de la radiografía en estos casos siendo útil la película periapical. La utilización de la imagen radiográfica como media de apoyo en la búsqueda del diagnóstico, es una buena manera de correlacionar la sintomatología del paciente y los hallazgos clínicos con las manifestaciones que algunas patologías pulpares y periradiculares muestran en el ámbito radiográfico.

Las radiografías se utilizan para sacar el mayor provecho; hay técnicas alternativas que mejoran en gran medida la capacidad de hacer un diagnóstico exacto y controlar los procedimientos de tratamiento, en aquellos dientes donde se presentan variaciones morfológicas y dientes multiradiculares cuya ubicación de conductos se vuelve a veces muy complicado. Se debe tener en cuenta los hallazgos radiográficos los cuales nos ayudan a dar una impresión diagnóstica que deberá ser complementada con un exclusivo examen clínico, realizado las diferentes pruebas clínicas como lo son: los estímulos térmicos, palpación, percusión entre otras.

En el área endodóntica el motivo de consulta tiene gran peso para la identificación de la patología pulpar presente, ya que la mayoría de los pacientes asisten a la consulta cuando se agudiza el dolor; Es entonces cuando las preguntas subjetivas y cuidadosas acerca del problema del paciente permite determinar la presencia de cambios patológicos en la pulpa o tejidos periapical, estos últimos deben ser corroborados obligatoriamente con el uso de la radiografía periapical.

Durante la revisión de la muestra se pudo encontrar que treinta y cinco historias clínicas que corresponden al cuarenta y seis por ciento. (46%) de la muestra tenían las radiografías iniciales y el diagnóstico endodóntico diligenciado y se pudo comprobar la veracidad de la información.

Es importante resaltar que las radiografías son útiles y necesarias como auxiliares diagnósticos y de tratamientos, pero el uso de las radiografías para diagnosticar enfermedades pulpares o periradiculares se ha exagerado. La mayor parte de los cambios patológicos de la pulpa no son visibles a sí como las lesiones no producen cambios radiográficos en sus etapas tempranas. Las radiografías son solo bidimensionales; varias proyecciones permiten algunas vistas de las mismas estructuras, y producen quizás una interpretación tridimensional. Con estas y otras limitaciones es evidente que las películas de buena calidad son solo una herramienta utilizada para tener un diagnóstico exacto.

10.4 COMPROBAR LA PREVALENCIA DEL DIAGNÓSTICO PULPAR

10.4.1 PREVALENCIA DEL DIAGNOSTICO:

Número total de casos de una determinada enfermedad en un lugar y tiempo determinado.

Para hallar nuestra prevalencia del diagnóstico o la patología pulpar que más incide o se presenta en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano es necesario saber los casos totales presentados de determinada enfermedad pulpar, es decir, cuantificar cada diagnóstico pulpar presentado. Además debemos conocer el total de la población, en nuestro caso son las setenta y cinco (75) historias clínicas tomadas de las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano.

La prevalencia la hallaremos con la siguiente fórmula:

$$\text{PREVALENCIA} = \frac{\text{CASOS TOTALES DE LA PATOLOGIA PULPAR}}{\text{TOTAL DE LA POBLACIÓN (75 HISTORIAS CLINICAS)}} \text{ POR } (*) \text{ 100 \%}$$

10.4.1.1 DIAGNÓSTICO: PULPITIS IRREVERSIBLE AGUDA

PULPITIS IRREVERSIBLE AGUDA

$$\text{PREVALENCIA} = \frac{\text{HISTORIAS CLÍNICAS}}{\text{PULPITIS IRREVERSIBLE AGUDA}} * 100\%$$

$$\text{PREVALENCIA} = \frac{40 \text{ CASOS}}{75} * 100 \%$$

$$\text{PREVALENCIA} = 0.5333 * 100\%$$

$$\text{PREVALENCIA} = 53.3 \%$$

10.4.1.2 DIAGNÓSTICO: PULPITIS IRREVERSIBLE CRÓNICA

PULPITIS IRREVERSIBLE CRONICA

$$\text{PREVALENCIA} = \frac{\text{HISTORIAS CLÍNICAS}}{\text{HISTORIAS CLÍNICAS}} * 100\%$$

7 CASOS

$$\text{PREVALENCIA} = \frac{7 \text{ CASOS}}{75} * 100\%$$

$$\text{PREVALENCIA} = 0.0933 * 100\%$$

$$\text{PREVALENCIA} = 9.3 \%$$

10.4.1.3 DIAGNÓSTICO NECROSIS PULPAR

$$\text{PREVALENCIA} = \frac{\text{NECROSIS PULPAR}}{\text{HISTORIAS CLINICAS}} * 100\%$$

$$\text{PREVALENCIA} = \frac{14 \text{ CASOS}}{75} * 100\%$$

$$\text{PREVALENCIA} = 0.1866 * 100\%$$

$$\text{PREVALENCIA} = 18.6\%$$

10.4.1.4 DIAGNOSTICO: PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA NO SUPURATIVA

PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA NO SUPURATIVA

$$\text{PREVALENCIA} = \frac{\quad}{\quad} * 100\%$$

HISTORIAS CLINICAS

23 CASOS

$$\text{PREVALENCIA} = \frac{\quad}{75} * 100\%$$

75

$$\text{PREVALENCIA} = 0.3066 * 100\%$$

$$\text{PREVALENCIA} = 30.6\%$$

10.4.1.5 DIAGNOSTICO: PERIODONTITIS APICAL AGUDA NO SUPURATIVA

PERIODONTITIS APICAL AGUDA NO SUPURATIVA

PREVALENCIA = _____ * 100%

HISTORIAS CLINICAS

6 CASOS

PREVALENCIA = _____ * 100%

75

PREVALENCIA = 0.08 * 100%

PREVALENCIA = 8%

10.4.1.6 DIAGNOSTICO: PERIODONTITIS APICAL AGUDA SUPURATIVA

PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA SUPURATIVA

PERIODONTITIS APICAL AGUDA SUPURATIVA

$$\text{PREVALENCIA} = \frac{\text{PREVALENCIA}}{\text{PREVALENCIA}} \times 100\% = \frac{\text{PREVALENCIA}}{\text{PREVALENCIA}} \times 100\%$$

HISTORIAS CLINICAS

HISTORIAS CLINICAS

2 CASOS

$$\text{PREVALENCIA} = \frac{2 \text{ CASOS}}{75} \times 100\% = 2.6\%$$

$$\text{PREVALENCIA} = 0.0266 \times 100\% = 0.0266 * 100\%$$

$$\text{PREVALENCIA} = 2.6\%$$

10.4.1.7 DIAGNOSTICO: PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA SUPURATIVA

PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA SUPURATIVA

$$\text{PREVALENCIA} = \frac{\quad}{\quad} * 100\%$$

HISTORIAS CLINICAS

2 CASOS

$$\text{PREVALENCIA} = \frac{\quad}{75} * 100\%$$

75

$$\text{PREVALENCIA} = 0.0266 * 100\%$$

$$\text{PREVALENCIA} = 2.6 \%$$

10.4.2 TOTAL DE LOS DIAGNOSTICOS PULPARES:

DIAGNOSTICO	TOTAL CASOS
Periodontitis apical crónica no supurativa	23
Periodontitis apical aguda no supurativa	6
Periodontitis apical aguda supurativa	2
Periodontitis apical crónica supurativa	2
Pulpitis irreversible aguda	40
Pulpitis irreversible crónica	7
Necrosis pulpar	14
<hr/>	<hr/>
TOTAL DE DIAGNÓSTICOS	94

10.5 PREVALENCIA DE DIAGNÓSTICO PULPAR EN LAS CLINICAS DEL COLEGIO
ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

A continuación encontraremos un cuadro con la prevalencia de los diagnósticos pulpares. Y su correspondiente porcentaje.

PREVALENCIA : PULPITIS IRREVERSIBLE AGUDA.

DIAGNOSTICO	PREVALENCIA	PORCENTAJES SEGÚN LA PREVALENCIA
Pulpitis irreversible aguda	53.3 %	53.3 %
Periodontitis apical crónica no supurativa	30.6 %	30.6 %
Necrosis pulpar	18.6 %	18.6 %
Pulpitis irreversible cronica	9.3 %	9.3 %
Periodontitis apical aguda no supurativa	8 %	8 %
Periodontitis apical aguda supurativa	2.6 %	2.6 %
Periodontitis apical crónica supurativa	2.6 %	2.6 %

11.CONCLUSIONES

- Algunas historias clínicas no están siendo manejadas correctamente, pues un 25 % de las cien historias clínicas revisadas no se encontró consignado el diagnóstico pulpar, teniéndose que descartar setas historias como muestra del estudio reduciéndose así la misma.
- Las pruebas de vitalidad pulpar no están siendo utilizadas o al menos en ninguna de las historias clínicas revisadas se encontró consignado como realizado este procedimiento.
Se asume que los diagnósticos dados han sido basados en los conocimientos teóricos, lo referido por el paciente y los hallazgos radiográficos encontrados.
- Los resultados obtenidos nos indican que la patología pulpar que más se presentó en la consulta odontológica en las clínicas de adultos IV del Colegio Odontológico Colombiano fue: LA PULPITIS IRREVERSIBLE AGUDA.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere una supervisión más exhaustiva del manejo que los estudiantes tienen con las historias clínicas, principalmente en el área de diagnósticos definitivos.
- Sería además muy importante que la manera como sean archivadas las radiografías, se realizara de tal manera que se pueda conservar la nitidez de las mismas. (Lavarlas con jabón líquido, secarlas y guardarlas en un acetato y no en el estuche donde estas vienen).
- Serviría mucho tener como requisito realizar un control radiográfico a los dientes tratados endodónticamente mínimo tres meses después de terminado el tratamiento.

11.GLOSARIO

Capilar: Se dice de los vasos sanguíneos y linfáticos muy finos cuyas paredes se componen de una sola capa de células.

Caries : Destrucción dental, se ve radiolúcida en la imagen radiográfica.

Cemento: Es un tejido parecido al hueso que cubre la raíz; su función más importante es proporcionar inserción a las fibras periodontales principales. Su formación es un proceso continuo por cambios de la posición dental.

Conducto: Vía en forma de tubo a través del hueso que alberga nervios y vasos sanguíneos.

Conometría: Es la verificación clínica y radiográfica tanto del ajuste como de la longitud del cono principal, y es un requisito indispensable antes de iniciar la obturación endodóntica.

Constricción apical: También llamado límite CDC es el punto hasta donde se debe realizar tanto la limpieza y conformación del sistema de conductos como la obturación endodóntica. Generalmente esta localizado entre 0.5 y 1.0 milímetros del foramen apical.

Dolor : Es un proceso neurofisiológico que compromete funciones cognitivas condicionando la sintomatología a experiencias.

Edema: Supone la presencia de un exceso de líquido en el espacio intersticial o en cavidades serosas; puede ser exudado o trasudado.

Endodoncia : Rama de la odontología que trata del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades dentales.

Enfermedad periodontal: Grupo de enfermedades que afecta los tejidos alrededor de los dientes.

Esmalte: Es la capa más externa de la corona de un diente.

Examen periapical: Inspección radiográfica utilizada para examinar todo el diente y el hueso de soporte.

Exudado: Es un líquido extravascular de origen inflamatorio que presenta una concentración elevada de proteínas, abundantes restos radiculares y una densidad superior a mil veinte.

Fistulografía: Procedimiento utilizado para rastrear el origen de una fístula ubicando un cono de gutapercha numero 35 o 40 en el interior de esta y tomando una radiografía. Este procedimiento debe de utilizarse de rutina en todos los casos de periodontitis apical crónica supurativa.

Gutapercha: Es un material sólido el cual se emplea para la obturación del conducto radicular, es uno de los materiales mas usados por su capacidad de controlar la longitud, así como su capacidad razonable de crear un sellado adecuado.

Historia clínica: Es un documento legal e intransferible en el cual se recopilan los datos relacionados con el paciente.

Lesión: Daño corporal causado por herida golpe o enfermedad.

Leucocito: Célula sanguínea, ameboidea e incolora, con núcleo y citoplasma granular o a granular. Una de sus funciones características es capturar cualquier cuerpo extraño presente en la sangre, son los defensores del organismo contra influencias extrañas y en caso de infección aumentan su número hasta el triple, son denominados también glóbulos blancos.

Lima apical principal: Es la última lima que llega a la longitud de trabajo y a partir de esta se inicia el retroceso cuando se realiza la técnica step back.

Longitud de trabajo: Es la longitud en la cual se va a preparar y obturar el conducto radicular.

Muestra: recolección de información para estudiarla o darla a conocer.

Necrosis licuefactiva: Esta ocurre debido a que la pulpa se encuentra encerrada en paredes rígidas, sin circulación sanguínea colateral y sus vénulas y linfáticos se colapsan bajo el aumento de la presión del tejido, por eso la pulpitis irreversible produce esta necrosis.

Necrosis pulpar: Muerte del tejido pulpar, a menudo caracterizado por la coloración marrón o negrusca que adquieren aquellos dientes con esta patología.

Odontometría: Es la determinación de la longitud de trabajo utilizando una radiografía para mantener tanto la preparación como la obturación dentro de los límites del conducto radicular.

Patología: Parte de la medicina que trata el estudio de la enfermedad e incide sobre cuatro aspectos que son: etiología, patogenia, morfología y consecuencia funcional de las alteraciones morfológicas desde el punto de vista clínico.

Periapical : Es todo aquello que se encuentra alrededor del ápice de un diente.

Periodontitis Apical Aguda No Supurativa: Es una patología periapical inflamatoria muy dolorosa, asociada directamente a procedimientos iatrogénicos durante la terapia endodóntica (sobreinstrumentación, sobre medicación, sobreobturación o pulpectomías incompletas).

Periodontitis Apical Crónica No Supurativa: Es la respuesta inflamatoria proliferativa como consecuencias de la contaminación bacteriana de un conducto radicular necrótico.

Periodontitis Apical Supurativa: Es la respuesta inflamatoria severa de los tejidos periapicales, acompañada de una colección de exudado purulento producido por los microorganismos de un conducto radicular necrótico. También es conocido como absceso dentoalveolar.

Periodontitis apical crónica supurativa: Es la respuesta inflamatoria proliferativa y resultado de la necrosis pulpar y asociado con la migración gradual de irritantes del conducto radicular a los tejidos periapicales.

Polimorfonucleares: Hay tres tipos los neutrófilos, eosinófilos y basófilos. Son células ricas en sustancias con actividad enzimática, las cuales desempeñan un papel importante de los procesos de fagocitosis.

Prevalencia : Número total de caso de una determinada enfermedad en un lugar y tiempo determinado.

Pruebas térmicas: Son exploraciones complementarias para el diagnóstico endodóntico, estos pueden ser realizados con frío o calor.



Pulpa dental: Es el tejido blando localizado en el centro del diente; forma, soporta y esta rodeado de dentina. Sus funciones son la de inducir, formar, nutrir, defender y proporcionarle la sensibilidad al diente.

Pulpectomía: Es la eliminación quirúrgica de la totalidad del tejido pulpar vital, tanto de la cámara como los conductos radiculares.

Pulpitis irreversible: Es un proceso inflamatorio en el cual la pulpa se ha dañado mas allá de cualquier reparación posible, o aún cuando se halla eliminado el factor irritante la pulpa no cicatrizará.

Pulpitis reversible: Inflamación de la pulpa que no es grave; si se elimina la causa, la inflamación se revierte y la pulpa regresa a la normalidad.

Radiolúcida: Porción de la radiografía procesada que es oscura o negra; una estructura

Radiolúcida permite con facilidad el paso del haz de los rayos x y permite que más rayos alcancen la película.

Radiopaco: Porción de la radiografía procesada que es blanca o clara; una estructura radiopaca es aquella que se resiste al paso de los rayos x y limita la cantidad de rayos que llegan a la película.

Radiografía dental: Imágenes de los dientes y las estructuras relacionadas producidas en una película al exponerla a los rayos x para después procesarla.

Radiografía diagnóstica: Es una radiografía que proporciona una gran cantidad de información, con imágenes que tienen un contraste y una densidad adecuada, con contornos nítidos y son de la misma forma y tamaño que el objeto radiografiado.

Rayos x: Es un haz de energía que tiene el poder de penetrar sustancias y registrar sombras de imágenes de una película fotográfica.

Sensibilidad: Son estímulos los cuales se expresan a nivel clínico, como: dolor, y es la pulpa quien transmite las sensaciones mediadas por el esmalte o dentina a los centros nerviosos más altos.

Signos: Es toda aquella manifestación que es identificada por la persona especializada.

Síntoma: fenómeno que revela un trastorno funcional o una lesión.

Vénula: Pequeña vena resultante de la confluencia de varios capilares sanguíneos.

Vitalidad pulpar: Es la actividad o eficacia de las funciones vitales del tejido pulpar.

ANEXO

Para este estudio se revisaron setenta y cinco historias clínicas, tomada de la central de las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano. Para realizar una revisión de la prevalencia del diagnóstico pulpar:

A continuación encontramos una recopilación de los datos tomado de estas historias clínicas.

HISTORIA CLINICA

DIAGNOSTICO PULPAR

MOTIVO DE CONSULTA	PRUEBAS DE VITALIDAD
16672 me duele una muela	no realizadas
16613 cambieme las calsas	no realizadas
19602 quiero una prótesis	no realizadas
20651 me duele un diente	no realizadas
18340 cambieme las calsas	no realizadas
17711 me duele una muela	no realizadas
16629 quiero una corona	no realizadas
15973 quiero una prótesis	no realizadas
15978 me duele esta muela	no realizadas
95 98 me quiere doler una muela	no realizadas
20380 me quiero cambiar las calsas	no realizadas
17720 quiero una prótesis fija	no realizadas
13471 quiero unos dientes fijos	no realizadas
11214 me duele una muela	no realizadas
18403 quiero una revisión	no realizadas
17471 quiero un puente	no realizadas
18881 cambieme una calsa	no realizadas
5230 me duele un diente	no realizadas
13585 cambieme todas las calsas	no realizadas
18563 quiero una revisión	no realizadas
19013 reviseme por favor	no realizadas
19993 cambieme las calsas grises	no realizadas

MOTIVO DE CONSULTA	PRUEBAS DVITALIDAD
16909 cambieme las calsas	no realizadas
117292 me duele un diente	no realizadas
18875 quiero una prótesis	no realizadas
17796 cambieme las calsas grises	no realizadas
11238 me duele una muela	no realizadas
13159 cambieme esta calsa	no realizadas
23668 quiero una corona	no realizadas
19867 cambieme este diente	no realizadas
16631 me dueleln todos los dientes	no realizadas
19795 quiteme este dolor de diente	no realizadas
12586 cambieme las calsas	no realizadas
19867 me duele este diente	no realizadas
18723 me cambia esta calsa	no realizadas
15350 me duele una muela abajo	no realizadas
12902 me quiero cambiar una corona	no realizadas
4890 me quiero cambiar las calsas	no realizadas
17621 quiero una revisión	no realizadas
16629 quiero una prótesis	no realizadas
19972 quiero una fija	no realizadas
15973 quiero una prótesis	no realizadas
12712 me duele un diente	no realizadas
1047 me duele una muela	no realizadas
5780 cambieme las calsas	no realizadas
16843 me duele una muela	no realizadas

MOTIVO DE CONSULTA	PRUEBAS DE VITALIDAD
13843 me duele un diente	no realizadas
18521 cambiar de calsas	no realizadas
13816 me duele un diente	no realizadas
17805 me duele una muela	no realizadas
16802 cambieme una calsa	no realizadas
15662 quiero una revisión	no realizadas
20919 me duele este diente	no realizadas
18569 reviseme este diente	no realizadas
20596 me duelen los dientes	no realizadas
21788 me duele una muela	no realizadas
16427 me duele este diente	no realizadas
14373 me duelen los dientes de abajo	no realizadas
1387 cambieme las calsas	no realizadas
19305 me duele un diente	no realizadas
14520 quiero una revisión	no realizadas
12047 reviseme este diente	no realizadas
14529 reviseme	no realizadas
13590 quiero un puente	no realizadas
18191 me retira esta caries	no realizadas
18836 me duele este diente	no realizadas
19166 quiero una revisión	no realizadas
13590 saqueme esta muela	no realizadas

MOTIVO DE
CONSULTA

PRUEBAS DE
VITALIDAD

15004 me cambia esta amalgama	no realizadas
15390 me revisa los dientes	no realizadas
12902 quiero que me saque un diente	no realizadas
17695 hagame una limpieza	no realizadas

HISTORIA CLINICA

DIAGNOSTICO PULPAR

16672	pulpitis irreversible aguda
16613	necrosis pulpar
19602	periodontitis apical aguda no supurativa.
20651	periodontitis apical crónica no supurativa
18340	pulpitis irreversible aguda 44 y 45.
17711	periodontitis apical crónica no supurativa.
16629	necrosis pulpar.
15973	pulpitis irreversible crónica del 24.
15978	periodontitis apical crónica no supurativa del 25
9598	pulpitis irreversible aguda del 37.
20380	periodontitis apical crónica no supurativa.
17720	endodoncia preventiva del 10 y 21
13471	periodontitis apical aguda no supurativa del 12. periodontitis apical crónica no supurativa del 34 y 33. pulpitis irreversible aguda del 11 y 26
11214	pulpitis irreversible aguda del 24.
18403	periodontitis apical no supurativa del 15

HISTORIA CLINICA

DIAGNOSTICO PULPAR

17471	pulpitis irreversible aguda del 14. pulpitis irreversible crónica del 27. periodontitis apical crónica no supurativa del 43.
18881	pulpitis irreversible aguda del 11,12,34,35. Periodontitis apical aguda supurativa del 46.
5230	periodontitis apical crónica no supurativa del 12
13585	pulpitis irreversible aguda del 14.
18562	endodoncia preventiva 15
19013	necrosis pulpar del 24 y 47
19993	periodontitis apical crónica no supurativa del 46.
18875	pulpitis irreversible crónica del 46
17796	periodontitis apical crónica no supurativa del 31. necrosis pulpar 11.
11238	pulpitis irreversible aguda del 36.
13159	pulpitis irreversible aguda del 36.
23668	pulpitis irreversible aguda del 14
16631	necrosis pulpar del 45 y 21.
19867	necrosis pulpar del 26. pulpitis irreversible aguda del 25 y 45.

HISTORIA CLINICA

DIAGNOSTICO PULPAR

19795	pulpitis irreversible aguda del 11 y 26. periodontitis apical crónica no supurativa del 17
12586	pulpitis irreversible aguda del 44.
19867	periodontitis apical crónica del 25 y 26.
16909	pulpitis irreversible aguda del 48 y endodoncia preventiva 23 y 44.
17292	pulpitis irreversible aguda del 24.
18723	pulpitis irreversible aguda del 25.
15350	necrosis pulpar. endodoncia preventiva. periodontitis apical aguda supurativa.
12902	pulpitis irreversible aguda del 14.
4890	pulpitis irreversible aguda del 14.
17621	pulpitis irreversible aguda del 37 y 47.
16629	periodontitis apical crónica no supurativa del 11.
19972	pulpitis reversible crónica del 16.

HISTORIA CLINICA

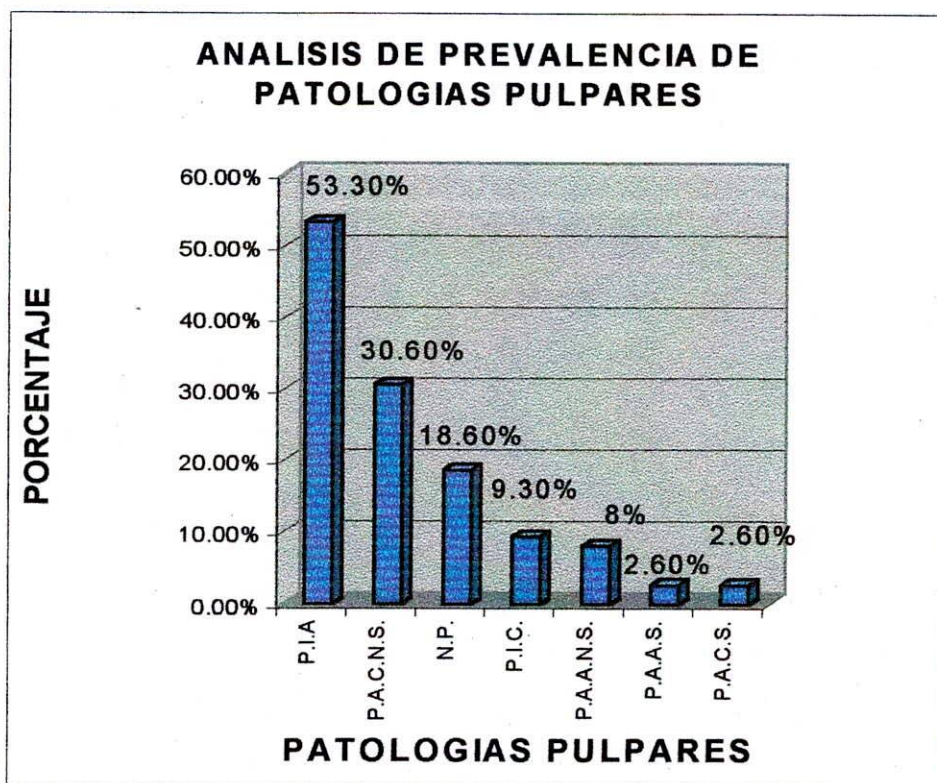
DIAGNOSTICO PULPAR

15973	periodontitis apical aguda no supurativa del 15, pulpitis irreversible aguda del 17.
12712	pulpitis irreversible aguda del 23 y necrosis pulpar del 45.
1047	pulpitis irreversible aguda del 15.
5780	pulpitis irreversible aguda del 16.
16843	periodontitis apical crónica no supurativa.
13843	periodontitis apical crónica no supurativa.
18521	endodoncia preventiva del 21.
13816	periodontitis apical aguda del 12. pulpitis irreversible aguda del 25. Pulpitis irreversible crónica de 26.
17805	pulpitis irreversible aguda del 15.
16802	periodontitis apical crónica no supurativa del 46. pulpitis irreversible aguda del 26.
15662	necrosis pulpar del 15 y 23.
20919	periodontitis apical crónica no supurativa del 37. Pulpitis irreversible aguda del 36.
20585	pulpitis irreversible aguda del 13.

HISTORIA CLINICA

DIAGNOSTICO PULPAR

18569	periodontitis apical crónica no Supurativa del 33.
20596	periodontitis apical crónica no supurativa del 37 y 38.
14373	endodoncia preventiva.
13874	periodontitis apical crónica no supurativa del 17.
19305	periodontitis apical crónica supurativa del 46.
14529	periodontitis apical aguda supurativa del 11.
12047	necrosis pulpar de 24
14529	periodontitis apica aguda no supurativa de 44.
13590	pulpitis irreversible crónica del 33.
18191	pulpitis irreversible aguda del 36.
18836	necrosis pulpar del 15.
19166	periodontitis apical crónica supurativa del 44.
13590	periodontitis apical crónica no supurativa del 32.
15004	necrosis pulpar del 46.
15390	pulpitis irreversible aguda del 33
12902	pulpitis irreversible aguda del 47.
17695	periodontitis apical crónica no supurativa del 27.
16423	endodoncia preventiva del 13.
18510	endodoncia preventiva del 42.
16427	periodontitis apical crónica supurativa de 47.
21788	pulpitis irreversible aguda del 27.



P.I.A: PULPITIS IRREVERSIBLE AGUDA
 P.A.C.N.S. : Periodontitis Apical Crónica no Supurativa
 N.P. : Necrosis Pulpar
 P.I.C.: Pulpitis irreversible crónica
 P.A.A.N.S.: Periodontitis Apical Aguda no Supurativa
 P.A.A.S.: Periodontitis Apical Supurativa
 P.A.C.S: Periodontitis Apical Crónica Supurativa

COMENTARIOS

- Con la realización de este estudio el grupo en general y la institución universitaria podrán evaluar la calidad de la anamnesis y pruebas clínicas realizadas para la obtención de los diferentes diagnósticos pulpares y por su puesto de la rata de éxito que se maneja después del tratamiento terminado.
- Este estudio se podrá emplear como base para entrar a corregir ciertos aspectos en los que se esta fallando en cuanto al correcto diligenciamiento de las historias clínicas, especialmente en el área de diagnósticos pulpares definitivos y en la parte de mantenimiento o almacenamiento adecuado de las radiografías, para que futuros trabajos que se enfoquen en el área de endodoncia, siendo nuestra universidad pionera en este aspecto a nivel de postgrado.

BIBLIOGRAFIA

- 1 E.G José Javier. El manual de odontología.
Masson. S.A. Pág.: 701-703.
- 2 W.E. Richard D.M.D, M.S,T. Mahmoud D.M.D, M.S.D., PHD. Endodoncia principios y practica.
Mc Graw Hill Interamericana, segunda edición. Pag. 33-35, 298, 299.
- 3 Hashioka K, Yamasaki, Nakane A, et al: The relationship between Clinical Symptoms and anaerobic bacteria from infected root canals, J Endodont pag: 18,558. 1992
- 4 J. Liebano ureña. Microbiología oral.
Mc Graw Hill interamericana pag: 517-539. 1996.
- 5 Cohen. S.Borns. R .Los caminos de la pulpa.
6 edición. Mosby. Pág.: 25. 1994
- 6 G.G Yolanda, Ninet: A. Claudia Mejia C. Jose Luis, Gonzales R. Maria Cecilia.
Patología pulpar y periapical, Guías de practica Clínica basadas en la evidencia, seguro social.
- 7 ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ENDODONCIA. Diagnostico pulpar y periapical.
Publicación especial. 1986

- 8 Alarcón M. Y Becerra, H. Caicedo R. Estudio descriptivo clínico e histopatológico de la pulpitis hiperplasia en dientes humanos. Memorias VI encuentro investigación. ACFO. Manizales. Colombia. Pág.: 231-234. 1996
- 9 Donado. J.E. Consideraciones generales y manejo clínico de conductas necróticas cerradas. Universidad odontológica. Pág.: 3,67,75, 1984
- 10 Rosentein, E. Diccionario de especialidades, Farmacéuticas. Editorial P.L.M. S.A. Vigésima sexta edición. Pág.: 678-713. 1998.
- 11 ASOCIACIÓN AMERICANA DE ENDODONCIA. A.A.F Cracking the cracked tooth code. Special Issue. 1997
- 12 Ingle. J. Backland. Endodoncia. Cuarta adición. Mc. Graw Hill. 1996.
- 13 Rojas William, Inmunología. Colombia. Corporación para investigación biológicas. 10 edición. Pág.: 4-5. 1995.
- 14 Robbins. Contran. Kumar. Patología estructural y funcional. Mc Graw Hill Interamericana., 5 edición Pág.: 1,24. 1997.
- 15 Pequeño Larousse Ilustrado. Circulo de lectores Pág.: 943,944. 1988.
- 16 Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology y Endodontics. Mosby, Edición en español Vol. 2 y 3 Pág.: 317-321. 2000.

- 17 Haring- Lind. Radiología dental principios y técnicas.
Mc Graw Hill Interamericana. Pag.: 517-539. 1996.
- 18 <http://www.infomed.es/rode/>
- 19 <http://www.endodoncia-zabalegui.com/>
- 20 <http://www.endodoncia.cl/endodoncia/>
- 21 <http://www.endodoncia.org.ve/>
- 22 http://www.tuotromedico.com/odontologia/indice_endodoncia.htm
- 23 <http://www.revistaendodoncia.com/frameset.html>
- 24 <http://www.dentalcolombia.com/docs/endodoncia/>
- 25 <http://www.uaslp.mx/fest/me.html>
- 26 <http://ame.org.mx/>
- 27 <http://www.infomed-dental.com/aede/revista.html>
- 28 <http://www.carlosboveda.com/endointeractiva.htm>
- 29 <http://www.endoestudios.com/>

- 30 **sjogren U, Hagglund B, factors affecting of endodontics 1990. 31-34**
- 31 Ruth, J, andreasen JO. Jensen JEM after endodontic surgery. Int 1972; 1-195.
- 32 Dummer PMH. The posición topography apical endodontic..1984, 192-195
- 33 PALMER MJ, weine FS, Healey 1993, 196-198
- 34 Davis W . Pulpectomy vs pulp-extirpation . Dental 1992. 262-286
- 35 Bystron A, Happonen R-P of periapical lesion of pulpless teeth afther endodontic 1987
58-63.
- 36 Cailleleteu JG, Mullay TP Prevalence of teschiing apical patency. 1997 394-396.
- 37 Goerig LAC michelling. Instrumentation of roott canals in molar. 1982 550-554.