



DIAGNÓSTICO PULPAR Y PERIRRADICULAR MÁS FRECUENTE Y DIENTE MÁS AFECTADO REPORTADO EN HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA SEDE CENTRO DEL COC – 1999

García J.^{*}, López J.^{*}, Muriel L.^{*}, Nieto N.^{*}, Perez I.^{*}, Ruiz N.^{*}, Velandia Y.^{*}, Avellaneda P.^{**}, Hurtado C.^{***}

ABSTRACT

This was a retrospective, descriptive and observational study, where a revision of clinical histories were done, of patients that presented endodontic diag between January and December of 1999, that assisted to the clinic of COC, in the city of Bogota DC. It was observed in the results, a greater prevaler endodontic diagnosis in female patients(frequency of 56,3%) than male patients(frequency of 43,8). The average age of the patients was between 2 and 80 old, where we found a greater endodontic diagnosis at the age of 22 with a 6,3%. A greater presence of pulp problems were found(77,2%) than perirad (22,8%).The most frequen diagnosis observed, was healthy pulp, with a percentage of 35,1%, followed by Irreversible pulpitis with a 24,3%.In the perirad diagnosis, the not supurating cronical apical periodontitis was observed as the most significant with a percentage of 14,9, followed by the supurating cronical : periodontitis with a percentage of 9,34. A 44,5% presented treatment of root canal and 55,5% did not present treatment of root canal, from the 148 clinical his chosen. The most frequent treatment was the conventional root canal with a 40,5%. The most affected tooth was: number 11 and number 12 respectively 49,3% and the less affected one was number 13.

RESUMEN

Estudio descriptivo observacional retrospectivo, donde se hizo una revisión de historias clínicas de pacientes que presentaron diagnósticos pulpares y perirradiculares, en el periodo correspondiente de enero a diciembre de 1999, que asistieron a la Clínica del Centro COC, en la ciudad de Bogotá D.C que tuvieron los criterios de inclusión. en los resultados se observó mayor prevalencia de la enfermedad pulpar y perirradicular en el sexo femenino con una frecuencia del 56,3% con respecto al género masculino que presentó un 43,8%. La edad promedio se destacó entre 2 y 80 años, encontrándose mayor presencia de problemas pulpares y perirradiculares en la edad correspondiente a los 22 años con un 6,3%. Se presentó mayor presencia de diagnósticos pulpares con un 77,2% con respecto al diagnóstico perirradicular con un 22,8%. En cuanto al diagnóstico pulpar más frecuente se observó Pulpa Sana con un porcentaje de 35,1%, seguido de Pulpitis Irreversible con un porcentaje de 24,3%. En el diagnóstico perirradicular se observó como más representativo Periodontitis Apical Crónica no Supurativa con un 14,9%, seguido de la Periodontitis Apical Crónica Supurativa con un 9,34%. De las 148 historias clínicas escogidas un 44,5% si presentaba tratamiento endodóntico y 55,5% no presentó. El tratamiento más frecuente fue Tratamiento Convencional de Conducto con un 40,5%. Se observó que el diente más afectado fue el diente número 11 y 12 con un 49,3% respectivamente y el menos afectado el diente número 13 con un 0,7%.

Introducción. Las enfermedades pulpaes y perirradiculares son uno de los problemas más frecuentes que afectan a la población, sobre todo cuando el aumento en el número de pacientes que recurren a tratamiento odontológico ha generado problemas en la calidad de atención, debido a que generalmente requieren de diferentes procedimientos restaurativos, en los que, en ocasiones, se hace necesario un lapso de tiempo mayor al que le asignan al Odontólogo en su lugar de trabajo.

La realización de un tratamiento endodóntico es un procedimiento que, por lo general, despierta muchas expectativas en el paciente, más aún si éste presenta sintomatología; posiblemente esto se deba a la creencia popular de que los tratamientos odontológicos son dolorosos. Uno de los objetivos, como miembros de un equipo de salud, es el proporcionarle alivio al paciente. Puede llegar a ser frustrante, tanto para el paciente como para el odontólogo, que el tratamiento efectuado, en lugar de

proporcionar alivio, ocasione dolor o inflamación; más aún, llega a ser sorpresiva una sintomatología dolorosa postoperatoria, si el paciente previamente a la realización del tratamiento, se encontraba asintomático.

De ahí surge la inquietud por conocer, entre otras cosas, la incidencia de las enfermedades de la pulpa y perirradiculares y las causas que las producen a fin de que, cuando se presente esta situación, se pueda manejar de la manera más adecuada y prevenirla en cuanto sea posible.

Siendo éste un tema importante, es necesario conocer las opiniones de los autores que trabajan la materia, acerca de los signos y síntomas que debe presentar un paciente para considerar que requiere de un tratamiento; conocer sus características clínicas y los factores que podrían desencadenarlas, por lo cual adquiere importancia la revisión de la literatura al respecto.

Problema. La pulpa dental es una estructura oral que requiere especial atención. Los irritantes del tejido pulpar y perirradicular, incluyen procedimientos operatorios, curetaje periodontal profundo, movimiento ortodóntico

* Estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano

** Asesora Científica

*** Asesora Metodológica

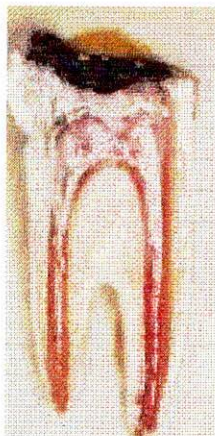
y traumatismo por impacto, además de la sobreinstrumentación y sobrextención de los materiales de obturación.



FUENTE: www.alpatpulpa.com

Figura 1. Pulpa Sana

En la mayor parte de casos la pulpa de un diente hipersensible está sana y libre de inflamación pero una inflamación pulpar a veces asintomática puede modificar la respuesta de los nervios pulpares de forma que estímulos normales pueden inducir a una reacción de hipersensibilidad. En consecuencia, la hipersensibilidad dentaria puede indicar patología pulpar. (González, 1992)



FUENTE: www.alpatpulpa.com

Figura 2. Necrosis Pulpar

Los signos radiográficos y clínicos, así como los síntomas de una enfermedad pulpar, no siempre se diferencian con facilidad de los signos y síntomas de otras enfermedades

dentales y no dentales. Por ejemplo, las lesiones periodontales de origen endodóntico en ocasiones son similares a las lesiones inducidas por una enfermedad primaria del periodonto o por lesiones de origen no dental, lo cual hace que el conocimiento sea un factor relevante en la detección oportuna de la enfermedad pulpar y los síntomas asociados.



FUENTE: www.alpatpulpa.com

Figura 4. Diente con Necrosis Pulpar

La pulpa, al igual que otros tejidos conectivos, sufre cambios graduales con la edad. Algunos de estos cambios son naturales (cronológicos), mientras otros se presentan como resultado de lesión (fisiopatológicos) al complejo dentina-pulpa por factores de caries, enfermedad periodontal, traumatismo o procedimientos dentales restauradores. Ya sea que estos cambios sean causados por la edad natural o por lesión, el resultado es un aspecto alterado de la pulpa (cambios morfológicos) y de su función (cambios fisiológicos). (Walton y Torabinejad, 1996)

Sobre las causas y clasificación de las enfermedades pulpares existe una gran cantidad y terminologías publicadas por investigadores, muy razonadas y de gran valor científico, pero que han provocado controversias y disidencias. En lo que todos los autores están de acuerdo es que no existe correlación entre los hallazgos histopatológicos y los síntomas clínicos. Generalmente en los trabajos de investigación se hacían cortes insuficientes y se cometían errores en su interpretación. (Rivas, 2001)

Por lo anterior se acepta que las clasificaciones netamente histopatológicas son importantes en la investigación científica y con fines académicos para entender los procesos reaccionales pulpares; por otra parte se prefiere una clasificación clínica para ayudar al profesional a decidir con precisión el mejor tratamiento. *"La mayoría de los autores clasifican las enfermedades pulpares en procesos inflamatorios o pulpitis, procesos regresivos y degenerativos o pulposis y muerte pulpar o necrosis"*. (Rivas, 2001).

En contraste con la pulpa los tejidos perirradiculares tienen una fuente casi ilimitada de células indiferenciadas que participan tanto en la inflamación como en la reparación. Además, estos tejidos tienen un aporte sanguíneo colateral rico y un drenaje linfático, lo cual permite que sean contrarrestados los elementos destructivos relacionados con los irritantes del espacio del conducto y la inflamación resultante. (Zachrisson, 1994)



FUENTE: www.alpatpulpa.com

Figura 5. Absceso Periapical

Dependiendo de la gravedad de la irritación, duración y respuesta del huésped, la enfermedad perirradicular va desde la inflamación ligera hasta una destrucción extensa del tejido. La lesión casi siempre es resultado del daño celular y liberación de mediadores inmunológicos no específicos y específicos de las reacciones inflamatorias. (Zachrisson, 1994)

Las lesiones perirradiculares se clasifican con base en sus hallazgos clínicos e

histológicos. Al igual que la enfermedad pulpar, hay poca correlación entre signos y síntomas clínicos y la duración de las lesiones comparadas con los hallazgos histopatológicos (Zachrisson, 1994).

Justificación. Este estudio es útil porque con él se cuantificarán los diagnósticos pulpares y perirradiculares presentados más frecuentemente, así como el diente más afectado en la población atendida, reportado en las historias clínicas en el COC sede centro, en el periodo enero a diciembre 1999.

Propósito. Para los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano, este estudio puede servir de herramienta de consulta estadística de los diagnósticos reportados en las historias clínicas de los pacientes atendidos en la sede Centro del COC en el año 1999.

Objetivo. Identificar el diagnóstico pulpar y perirradicular más frecuente y diente más afectado, reportado en historias clínicas de pacientes atendidos en la Clínica Sede Centro del COC – 1999

Materiales y métodos. Estudio descriptivo observacional retrospectivo, donde se hizo una revisión de historias clínicas de pacientes que presentaron diagnósticos pulpares y perirradiculares, en el periodo correspondiente de enero a diciembre de 1999, que asistieron a la Clínica del Centro COC, en la ciudad de Bogotá D.C y que tuvieron los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de Pacientes hombres y mujeres que asistieron a la consulta del COC en el período comprendido entre Enero y Diciembre de 1999
- Historias clínicas de Pacientes de cualquier edad que asistieron a la consulta del COC sede centro
- Históricas clínicas que reporten un diagnóstico pulpar y/o periradicular

Criterios de exclusión:

- Historia clínica ilegible
- Historia clínica incompleta
- Diagnóstico pulpar y periradicular inadecuado

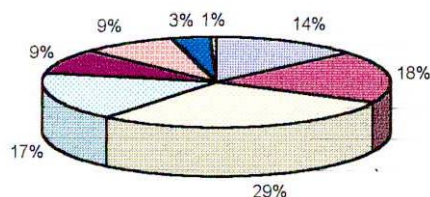
Mediante la observación directa se revisaron las historias clínicas, y se recolectó la información, teniendo en cuenta los criterios de selección y muestreo.

Procedimiento. Se hizo un conteo inicial de las historias de los pacientes que acudieron a la clínica del Centro del COC, encontrando un total de 9.110. Posteriormente se escogió la muestra contando grupos de 25 historias inicialmente y 56 historias, escogiendo las que correspondían a los criterios de inclusión.

Resultados. Se observó mayor prevalencia de la enfermedad pulpar y perirradicular en el sexo femenino con una frecuencia del 56,3% con respecto al género masculino que presentó un 43,8%.

La edad promedio se destacó entre 2 y 80 años, encontrándose mayor presencia de problemas pulpares y perirradiculares en la edad correspondiente a los 22 años con un 6,3%.

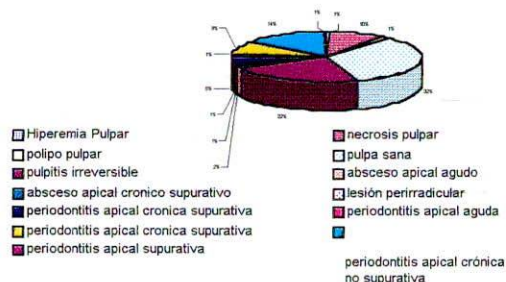
Edad



2-10 11-21 21-30 31-40 41-50 51-60 61-70 71-80

Se presentó mayor presencia de diagnósticos pulpares con un 77,2% con respecto al diagnóstico perirradicular con un 22,8%.

Lesión más recurrente



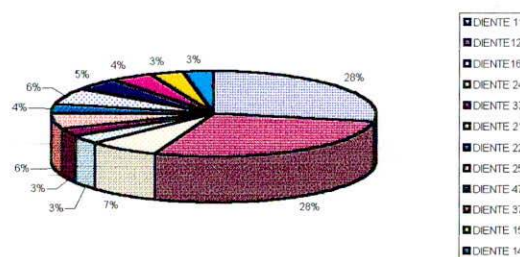
En cuanto al diagnóstico pulpar más frecuente se observó Pulpa Sana con un porcentaje de 35,1%, seguido de Pulpitis Irreversible con un porcentaje de 24,3%.

En el diagnóstico perirradicular se observó como más representativo Periodontitis Apical Crónica no Supurativa con un 14,9%, seguido de la Periodontitis Apical Crónica Supurativa con un 9,34%.

De las 148 historias clínicas escogidas un 44,5% sí presentaba tratamiento endodóntico y 55,5% no presentó.

El tratamiento más frecuente fue Tratamiento Convencional de Conducto con un 40,5%.

Diente más afectado



Se observó que el diente más afectado fue el diente número 11 y 12 con un 49,3% respectivamente y el menos afectado el diente número 13 con un 0,7%.

Referencias Bibliográficas

- BAROTINNE L. *Diagnosis of disease of the pulp*. Oral Surgery, 1997. 29: 102-116
- BENDER I. *The determination of pulp vitality by means of thermal and electrical stimuli*. 1997. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. 22 :231-240
- BRÄNNSTRÖM M y LIND P. *Pulpal Response to Early Dental Caries*. Journal Dental Research. 1998. 44 :1045-1050
- CHAMBERS I. *The role and methods of pulp testing in oral diagnosis: a review*. International Endodontic Journal. 15:1-5. 1982
- EHRMANN E. *Pulp testers and pulp testing with particular reference to the use of dry ice*. Australian Dental Journal. 22: 272-279. 1977
- GOLDMAN H : *Dental sensitivity: A periodontist's perspective*. Dent Clin Nart Am, 1991
- GONZALEZ S, NAVAJAS JM. *Hipersensibilidad dentinaria. Parte II. Posibilidades terapéuticas*. Rev Ruop Odontoestomatol, 1992; 4: 81-86.

GROSSMAN, Louis. *Endodontic Practice*. 11th. edition. Lippincott. St. Louis. 1988

IDE INGLE John y BAKLAND Leif K. *Endodoncia*. Cuarta Edición. México: Mc Graw Hill Interamericana Editores, 1996

KAKEHASHI S, Stanley H and FITZGERALD R. The effects of surgical exposure of dental pulps in germ-free and conventional laboratory rats. . Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. 20 (3):340-349. 1965

KANAPKA J, Coluccis S : *Clinical evaluation of dentinal hypersensitivity : A Comparison of methods*. End Dent Traumatol, 1986; 2 : 157.

KLEINBER G I, KAUFMAN H, Confesore F . *Methods of measuring tooth hypersensitivity*. Dent Clin Nat Am, 1990; 34 : 515-430.

LASALA A. *Endodoncia*. 3ª edición. Salvat editores S.A. Cap 4. 1988

MOLVEN O. y HALSE I. *Flexibilidad a largo plazo y comparaciones del observador en el diagnóstico radiográfico de enfermedad periapical*. International Endodontic Journal, 35, 142 – 14. 2002.

MONTGOMERY S y FEGURSON C. *Diagnostic, Treatment Planning, and Prognostic Considerations*. Dental Clinics of North America. 40:533-547. 1996

ORSTAVIK, Dag & PITT FORD, Thomas R. *Essential Endodontology. Prevention and Treatment of Apical Periodontitis*. London: Blackwell Science Ltd., 1999.

RIETHE P. *Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador*. Barcelona: Salvat Editores, 1990.

RIVAS MUÑOZ, Ricardo. *Patología Periapical*. Unidad 8. Notas de endodoncia. Apoyo Académico por Antologías, 2001. www.enfermedadespulpares.

SELTZER S y BENDER I. *Pulpa Dental*. 3ª edición. Editorial El Manual moderno S.A. México. Cap 17. 1987

SIMON J, WALTON R, PASHLEY D, DOWDEN W y BAKLAND L en: "Patosis Pulpar" de Ingle J y Bakland L. *Endodoncia*. 4ª edición. McGraw-Hill Interamericana. Cap 7. 1996

SMULSON M y SIERASKI S En: *Histofisiología y alteraciones de la pulpa dental* de Weine F. Tratamiento endodóntico. 5ª edición Harcourt Brace España. Cap 3. 1997

TARBET W, SILVERMAN G, FRATARCAYELO P y Cols. : *Home treatment for dentinal hypersensitivity*, 2000

TORABINEJAD, Walton. *Vías de la pulpa*. 7ª Edición. Ingle Bakland, 1996
Treatment of Apical Periodontitis. Black Well Science editors. Cap 7. 1998

TROPE M y SIGURSSON A. en: Clinical Manifestations and Diagnosis. De Orstavik D y Pittford T. *Essential Endodontology. Prevention and Treatment of Apical Periodontitis*. Black Well Science editors. Cap 7. 1998

VILLASANA Arelys. *Patología Pulpar y su Diagnóstico*. Caracas: Unicentral, 2001

WALTON Richard E. y TORABINEJAD Mahmoud. *Endodoncia Principios y Práctica*. México: Mc Graw Hill, 1996

www.odontocat/especialidades/odontologiapulpar/htm

ZACHRISSON B, SKOGEDAL O. *Mast cells in inflamed human dental pulp* Scand J Dent Res, 1994

ZACHRISSON B. *Mast cell in human dental pulp* Arch Oral Biol, 1970.

