

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD PULPAR Y PERIAPICAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE POSTGRADO DE ENDODONCIA DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO ENTRE 2001 Y 2003.



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

Dib, F.^{*}
Avellaneda, P.^{**}
Hurtado, C.^{***}
Pachón, M.^{****}

Area: Epidemiología Oral
Modalidad: Oral
Categoría: Postgrado

RESUMEN

PROPÓSITO: Determinar el perfil epidemiológico de la enfermedad pulpar y periapical de los pacientes atendidos en la Clínica de Postgrado de Endodoncia del Colegio Odontológico Colombiano entre 2001 y 2003. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo. Se diseñó ficha técnica que contiene aspectos sociodemográficos y aspectos clínicos: patología pulpar y periapical, etiología, motivo de remisión y tratamiento. Se revisaron 1.674 anexos de las historias clínicas del postgrado de endodoncia y se hizo el análisis de distribución de frecuencias. **RESULTADOS:** El 54.2% eran de género femenino y el 45.5% masculino. El 58% se encuentra entre 26- 49 años. Los dientes mas afectados fueron los incisivos centrales superiores con el 17.2%, el derecho con un 9.1% y el izquierdo con el 8.1% y los primeros molares superiores con el 6.8% e inferiores con 6.7%. La patología mas frecuente fue la periodontitis apical crónica no supurativa que registro un 46.2%. Las causas mas frecuentes fueron el tratamiento de conducto previo 43.1% y caries 19.8%, la remisión más frecuente fue el retratamiento 29.4% y existencia de restauración 10.5%. El tratamiento más frecuente el retratamiento 40.5%. **CONCLUSIONES:** Se confirma que la periodontitis apical crónica no supurativa es la patología más frecuente. El mayor número de remisión está determinado por factores iatrogénicos. Los tratamientos mas frecuentes realizados son los retratamientos.

PALABRAS CLAVES: Morbilidad, Perfil epidemiológico, Patología pulpar, Patología periapical.

ABSTRACT

PURPOSE: Determinate the epidemiologic profile of the pulps and periapical illness present in the patients treated at the endodontics postgraduate clinic at the Colegio Odontológico Colombiano between 2001 and 2003. **MATERIALS AND METHODS:** Transversal retrospective descriptive study. Design of an instrument to collect the data, a data base, which contains sociodemographic and clinical aspects: pulp and periapical pathology, etiology, reason of referral, and treatment. 1674 clinical file attachments were reviewed and a statistical analysis was made using percentage and frequency. **RESULTS:** 54.5% were females and 45.5% were males. 58% of the patients are between 26- 49 years. The most affected teeth were the central superior incisor with 17.2%, the right one with 9.1%, and the left one with 8.1%, and the first superior molars with 6.8% and inferior molars with 6.7%. The most common pathology was the non suppurative chronic apical periodontitis with 46.2%. The most frequent causes were the previous root canal treatment with 43.1% and carie with 19.8%. The most common referral was the retreatment with 29.4% and presence of a definitive restoration with 10.5%. As for the treatment, a retreatment was the one commonly applied with 40.5%. **CONCLUSIONS:** It was proved, as suspected, that the non suppurative was the most common pathology among the patients. The most common reason for referral is because of iatrogenic factors, the most frequently made treatments are the retreatments.

KEY WORDS: Morbidity, Epidemiologic profile, Pulp pathology, Periapical pathology.

* Estudiante Postgrado de Endodoncia COC.
** Odontóloga Especialista en Endodoncia y Docencia Universitaria. Asesor Científico.
*** Odontóloga Especialista en Docencia Universitaria. Asesor Metodológico.
**** Asesor Estadístico.

INTRODUCCION

Es de gran importancia para las clínicas del Postgrado de Endodoncia del Colegio Odontológico Colombiano, identificar el perfil epidemiológico de las patologías pulpares y periapicales de los pacientes atendidos, relacionada con aspectos sociodemográficos y de esta forma obtener un diagnóstico de la situación de salud, lo cual permitirá perfeccionar los servicios de atención que la Institución requiere, orientar la prestación de servicios, y ofrecer sugerencias para la respectiva planeación.

El diligenciamiento correcto de la historia clínica es un requisito indispensable para realizar el diagnóstico apropiado que será la base para realizar tratamientos adecuados, indicados por el profesional de acuerdo a las necesidades generales del paciente, sus indicaciones y contraindicaciones. (1,2). La Asociación Americana de Endodoncia en el año 2001 proporciona un rápido repaso de los pasos a seguir para el diagnóstico pulpar:

- * Motivo de consulta

- * Historia de salud general

- * Evaluación del diagnóstico (Examen subjetivo, objetivo, radiográfico, pruebas especiales)

- * Análisis de la información

- * Formulación de un diagnóstico apropiado y un plan de tratamiento

De acuerdo con la clasificación internacional las enfermedades orales se clasifican en:

- * Grupo I: enfermedades de los dientes y sus estructuras de sostén.

- * Grupo II: enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales.

- * Grupo III: enfermedades de los tejidos periodontales.

- * Grupo IV: enfermedades de los tejidos blandos.

- * Grupo V: tumores benignos, malignos y quistes.

- * Grupo VI: enfermedades de los maxilares.

- * Grupo VII: anomalías, trastornos de estructura y función de la cavidad bucal.

- * Grupo VIII: pérdida de los dientes por exfoliación o accidente (3).

El comportamiento de la salud oral por consulta odontológica muestra que los principales eventos pertenecen al grupo I, específicamente caries, seguido por el grupo II, patologías pulpares y periapicales, y en

tercer lugar enfermedades de los tejidos periodontales. (3) (4,5).

Las enfermedades pulpares se clasifican en pulpitis reversible, pulpitis irreversible (aguda y crónica), pulpitis hiperplásica, metamorfosis cálcica, reabsorción interna y necrosis (2, 8,9).

Las enfermedades periapicales se clasifican en periodontitis apical aguda supurativa y no supurativa, periodontitis apical crónica supurativa y no supurativa (1).

Vale la pena considerar hallazgos clínicos importantes tales como la caries, la enfermedad periodontal y las causas iatrogénicas relacionados con la patología pulpar y periapical (2).

Existe una correlación entre los datos diagnósticos y los hallazgos histológicos de la pulpa con la caries dental, dando como resultado patologías tanto pulpares como periapicales (4, 5,10).

Se encuentra una interacción de la enfermedad pulpar y periodontal dada por el foramen apical, los tubulos dentinarios, los conductos principales, secundarios, y laterales los cuales comunican estructuras endodónticas y periodontales permitiendo un intercambio de sustancias entre las dos. El pronóstico de estas lesiones depende del grado de compromiso periodontal y del correcto diagnóstico y tratamiento (13,14, 26).

Las perforaciones son una complicación común de los tratamientos de endodoncia o de las preparaciones para postes, pueden ser inducidas por factores iatrogénicos, procesos reabsortivos o por caries. El éxito del tratamiento depende del sellado inmediato de la perforación y de la prevención de infección, del tamaño y su localización (15, 16).

Una causa frecuente de la patología pulpar es la microfiltración coronal producida por fractura, desadaptación o falta de restauración, siendo un buen sellado coronal determinante en el éxito del tratamiento de endodoncia (17, 18, 20).

Dentro de las consideraciones para realizar retratamientos estarían el inadecuado e incompleto tratamiento de conductos, la

microfiltración coronal y la evidencia o ausencia de patosis, teniendo en cuenta consideraciones antes del tratamiento como son la evaluación periodontal, la evaluación de restaurabilidad y la valoración de las dificultades para realizar el retratamiento (21, 22, 23, 24, 25). En las clínicas de postgrado del Colegio Odontológico Colombiano se atienden pacientes por urgencias y pacientes remitidos, cuyos motivos son múltiples dentro de los cuales se encuentran la existencia de restauraciones, fines protésicos, iatrogenias que incluyen injurias de los tejidos duros, de la pulpa dental, injurias periodontales y de tejido óseo. Se puede deducir claramente que se deben realizar esfuerzos para disminuir problemas de salud oral, lo cual conlleva a realizar un menor número de tratamientos con un mejor pronóstico. (7).

El objetivo general es determinar el perfil epidemiológico de la enfermedad pulpar y periapical de los pacientes atendidos en la Clínica de postgrado de Endodoncia del Colegio Odontológico Colombiano entre los años 2001 y 2003, relacionadas con factores sociodemográficos, comportamiento de morbilidad y las causas más comunes de consulta por enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó estudio descriptivo transversal retrospectivo, siendo la población de estudio las historias clínicas de los pacientes atendidos en la Clínica de Postgrado de Endodoncia del Colegio Odontológico Colombiano entre el año 2001 y 2003. Las variables analizadas fueron: género, edad, diente afectado, patología, etiología, razón de remisión y tratamiento realizado.

Para este procedimiento se elaboró y diligenció una Ficha Técnica (Ver anexo 1), considerada como el instrumento para la recolección de datos, que consta de dos capítulos que son primero aspectos sociodemográficos y en segundo lugar aspectos clínicos. Se realizó el análisis estadístico utilizando frecuencia y porcentaje.

RESULTADOS

El número de pacientes registrados en las historias con patología pulpar y periapical que asistieron a la clínica de postgrado de Endodoncia del Colegio Odontológico Colombiano entre el año 2001 y 2003 fue de 1.674 personas de los cuales 385 (23%) corresponden al 2001, 614 (36.7%) al 2002 y 675 (40.3%) al 2003.

De los 1.674 pacientes encontrados al género femenino corresponden 908 (54.2%) y al masculino 761 (45.5%). (Ver anexo 2).

Entre las edades de 26 a 49 años se encuentran el 58% de los pacientes, entre 8 y 25 años el 23.1% y entre 50 y 78 años el 17.85%.

El diente más afectado fue el diente 11 (Incisivo Central Superior Derecho) 152 casos (9.1%), seguido por el diente 21 (Incisivo Central Superior Izquierdo) 136 (8.1%), el diente 26 (Primer Molar Superior Izquierdo) 113 (6.8%), el diente 36 (Primer Molar Inferior Izquierdo) 112 (6.7%), el diente 22 (Incisivo Lateral Superior Izquierdo) 106 (6.3%), el diente 12 (Incisivo Lateral Superior Derecho) 103 (6.2%), el diente 46 (Primer Molar Inferior Derecho) 103 (6.2%) y el diente 16 (Primer Molar Superior Derecho) 97 (5.8%). (Ver anexo 3).

El diente 47 (Segundo Molar Inferior Derecho) 75 casos (4.5%) y el diente 15 (Segundo Premolar Superior Derecho) fue afectado 64 veces (3.8%), el diente 24 (Primer Premolar Superior Izquierdo) con 56 (3.3%), el diente 37 (Segundo Molar Inferior Izquierdo) en 55 (3.3%), el diente 25 (Segundo Premolar Superior Izquierdo) con 54 (3.2%) y el diente 14 (Primer Premolar Superior Derecho) con 50 (3.0%).

Los dientes menos afectados fueron: el diente 23 (Canino Superior Izquierdo) con 44 (2.6%), los dientes 27 (Segundo Molar Superior Izquierdo) y 17 (Segundo Molar Superior Derecho) con 39 (2.3%) y 38 respectivamente, el diente 34 (Primer Premolar Inferior Izquierdo) con 35 (2.1%) y los dientes 35 (Segundo Premolar Inferior Izquierdo), 45 (Segundo Premolar Inferior Derecho), 13 (Canino Superior Derecho), 44 (Primer Premolar Inferior Derecho), 41 (Incisivo Central Inferior Derecho), 31 (Incisivo Central Inferior Izquierdo), 33

(Canino Inferior Izquierdo), 42 (Incisivo Lateral Inferior Derecho), 32 (Incisivo Lateral Inferior Izquierdo), 48 (Tercer Molar Inferior Derecho), 28 (Tercer Molar Superior Izquierdo) y 43 (Canino Inferior Derecho) que representan menos del 2%, cada uno y en total 242,(14,5 %).

La patología pulpar y periapical más frecuente en los pacientes fue Periodontitis apical crónica no supurativa con 774 casos (46.2%), seguido por información no registrada con 394 (23.5%), Periodontitis apical crónica supurativa con 165 (9.9%) y Necrosis con 146 (8.7%).

Las patologías pulpar y periapical menos frecuentes en los pacientes fueron: Pulpitis Irreversible Crónica con 57 casos (3.4%), Pulpitis Irreversible con 27 (1.6%), Metamorfosis Cálcica en 26 pacientes (1.6%), Pulpitis Irreversible Aguda con 23 (1.4%), Periodontitis Apical Aguda no supurativa con 20 (1.2%). (Ver anexo 4). Las patologías Pulpitis Reversible, Reabsorción Interna, Periodontitis apical aguda supurativa y Pólipo Pulpar no superan el 1% cada una.

Las etiologías más frecuentes fueron: Tratamiento de Conducto Previo con 721 casos (43.1%), Caries con 331 (19.8%), Restauración con 89 (5.3%), Traumática en 81 casos (4.8%). (Ver anexo 5). La etiología menos frecuente en los pacientes fueron: Idiopática con 5 (0.3%), Periodontal con 3 (0.2%), Abrasión con 2 (0.1%), Ortodoncia con 2 (0.1%), Atrición con 1 (0.1%) y Reimplante con 1 caso (0.1%). No registraron información 438 pacientes (26.2%).

Los motivos de remisión más frecuentes fueron: Retratamiento con 492 casos (29.4%), Existencia de restauración con 176 (10.5%), Perforación en 102 pacientes (6.1%), Instrumento Fracturado en 75 (4.5%), Fin protésico en 72 (4.3%), Trauma en 38 pacientes (2.3%), Fractura de retenedor con 30 (1.8%) y Desviación con 17 casos (1.0%). (Ver anexo 6). Los motivos de menor frecuencia para remisión fueron: Fracturas, que no superan el 1%. No registro información con 650 casos (38.8%).

El tratamiento realizado más frecuente fue: Retratamiento en 678 pacientes (40.5%), Debridación y Tratamiento Convencional de Conductos en 560 casos (33.5%), Pulpectomía y Tratamiento Convencional de Conductos en 197 (11%), Cirugía Perirradicular en 142 (8.5%) y Otros con 10 casos (3.9%). Solo a 30 (1.8%) de los pacientes les fue practicado más de un tratamiento. (Ver anexo 7).

DISCUSION

La mayoría de las patologías se presentaron entre 26 y 49 años, que corresponde al 58%. En el estudio acerca del comportamiento de morbilidad en Bogotá (3), la segunda causa fue enfermedad de la pulpa y tejidos periapicales en todas las edades, especialmente entre 15 y 44 años, comparable con el resultado del presente estudio.

Los tratamientos de conductos previos fueron la etiología mas frecuente con 43.1%, la segunda causa fue la caries dental con 19.8%. Posiblemente no se considera el nivel de complejidad por la remisión de pacientes con patologías pulpares y periapicales. Comparable con estudios realizados sobre comportamiento de morbilidad de salud oral en Bogotá entre 1993 y 1998 en el que se muestra como principal evento, la caries dental.

El motivo de remisión más frecuente fueron los retratamientos por calidad deficiente de tratamiento de conductos previo, por micro filtración coronal, e iatrogenias que incluyen instrumentos fracturados, desviación, perforaciones, y fractura de retenedores. Por lo tanto es importante considerar la complejidad de la anatomía interna de los dientes y la habilidad del operador.

CONCLUSIONES

En un total de 1.674 pacientes atendidos en la Clínica de postgrado de Endodoncia del Colegio Odontológico Colombiano entre los

años 2001 y 2003, el 54.2% fueron mujeres y el 45.5% hombres.

El rango de edad de los pacientes atendidos estuvo entre los 8 y 78 años.

Los dientes mas afectados por patología pulpar y periapical fueron los incisivos centrales superiores, primeros molares superiores e inferiores e incisivos laterales superiores.

Las patologías más frecuentes fueron la periodontitis apical crónica no supurativa y supurativa le sigue en orden el numeral 13 correspondiente a hallazgos clínicos.

Las etiologías más frecuentes fueron el tratamiento de conductos previo, caries, filtración coronal y trauma.

Los motivos de remisión más frecuentes fueron los retratamientos, presencia de restauraciones protésicas, perforaciones e instrumentos fracturados.

Los tratamientos realizados con mayor frecuencia fueron retratamientos y las debridaciones con tratamiento de conductos.

Al 1.8% de los pacientes le fue practicado más de un tratamiento.

RECOMENDACIONES

Realizar campañas de prevención y promoción entre los pacientes que solicitan el servicio en las clínicas de postgrado del Colegio Odontológico colombiano.

Considerar los niveles de complejidad para realizar tratamientos convencionales de conductos, para remitir al especialista, evitando problemas iatrogénicos y mejorando el pronóstico de los dientes con patología pulpar y periapical a largo plazo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) American Association of Endodontics. Systematic Pulpal Diagnosis. Colleagues for Excellence. Spring/Summer 2001.
- 2) Sigurdsson Asgeir. Pulpal diagnosis. Endodontic Topics 2003; 5:12-25
- 3) Boletín Epidemiológico Distrital. Secretaría Distrital de Salud ISSN – O123– 8590 Mayo 2001, Vol. 6 No. 6. 8
- 4) Santini A. The diagnosis, classification and treatment of acute pulpal pain by UK general dental practitioners: results of a survey..Prim Dent Care; 3(1):24-7, 1996 Mar.
- 5) Ricketts D. Managment of the deep carious lesion and the vital pulp dentine complex. British Dental Journal 2001; Volume 19. No. 11.
- 6) Boletín Epidemiológico Distrital. Secretaría Distrital de Salud ISSN – O123– 8590 Mayo 2001, Vol. 6 No. 6. 13,14
- 7) American Association of Endodontics. Pulpal/Periodontal Relationships. Colleagues for Excellence. Spring /Summer 2001.
- 8) Seltzer S. Cassification of pulpal pathosis. Oral Surg Orgal Med Oral Pathol 1972; 34. 269- 280.
- 9) Morse DR, Seltzer S, Sinai I, Biron G. Endodontic classification. J Am Dent Assoc 1977; 94. 685- 689.
- 10)Seltzer S, Bender IB, Zionitz M. The dinamics of pulp inflammation: correlation between diagnosis data and actual histologic finding in the pulp. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1963; 16. 846- 871.
- 11) Trowbridge HO. Pathogenesis of pulpitis resulting from dental caries. Journal of Endodontics 1981; 7. 52.
- 12) Ricketts D. Managment of the deep carious lesion and the vital pulp dentine complex. British Dental Journal 2001; Volume 19. No. 11.
- 13) Solomon Charles and Chalfin Henry. The Endodontic-Periodontal Lesion: A rational approach to Treatment. JADA. Vol. 126. Abril 1995.
- 14) American Association of Endodontics. Pulpal/Periodontal Relationships. Colleagues for Excellence. Spring/Summer 2001.
- 15) Hatem A. Alhadainy, Root Perforations. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology. 1994.Volume 78. No. 3.
- 16) Fuss Z, Trope M. Root perforations: classification and treatment choices based on prognostic factors. Endod Dent Traumatol 1996; 12. 255-264.
- 17) Magura, ME. Human saliva coronal micro leakagein obturated root canals.J Endodontics, 1987; 13:56-59.
- 18)Torabinejad, M. In vitro bacterial penetration of coronally unsealed Endodontically treated teeth. Journal of Endodontics, 1990; 16:566-569.
- 19) Khayat A, Lee s, Torabinejad. Human Saliva Penetration of coronally Unsealed Obturated Root Canals. Journal of Endodontica. Volume 19. No. 9. September 1993.
- 20)American Association of Endodontics . Coronal leakage: Clinical and Biological Implications in Endodontics success. Colleagues for Excellence. Spring/Summer 2002.
- 21)American Association of Endodontics. Evaluate Before Retreatment. Colleagues for Excellence Spring/ Summer 1998.
- 22)Friedman S, Stabholz A. Endodontic retreatment-case selectionand thecnique. Part III retreatment tecnique. J Endodon, 1990; 16:543-9.
- 23)Hulsmann M. Methods for removing metal obstructions from the root canal. Endod Dent Traum, 1993; 9 (6:223-37).

24)Van Nieuwenhuysen JP. Retreatment of radiographic monitoring in Endodontics. Int Endodontic J, 1994; 27:75-81.

25)American Association of Endodontics. Endodontic Retreatment. Colleagues for Excellence. Spring/Summer 1998.

26)Cargiulo Alphonse. Endodontic-Periodontic Interrelationships. Diagnosis and treatment. Dental clinic of North America. 1984.

**ANEXO 1.
FICHA TECNICA**

CAPITULO I

1. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

Identificación: _____
 Genero: Hombre (1) ☐ Mujer (2) ☐
 Edad: _____ Años cumplidos
 _____ No registrado

CAPITULO II

1. ASPECTOS METODOLOGICOS

A. DIENTE AFECTADO

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

B. PATOLOGIA

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. Pulpitis Reversible | 8. Necrosis |
| 2. Pulpitis irreversible | 9. Periodontitis Apical Aguda Supurativa |
| 3. Pulpitis irreversible Aguda | 10. Periodontitis Apical Aguda No Supurativa |
| 4. Pulpitis Irreversible Crónica | 11. Periodontitis Apical Crónica Supurativa |
| 5. Polipo Pulpar | 12. Periodontitis Apical Crónica No Supurativa |
| 6. Metamorfosis Cálctica | 13. No Registro |
| 7. Reabsorción Interna | |

C. ETIOLOGIA

- | | |
|------------------|-----------------|
| 1. Ideopática | 7. Traumática |
| 2. Caries | 8. Periodontal |
| 3. Restauración | 9. Ortodoncia |
| 4. Atrición | 10. T.C. Previo |
| 5. Abrasión | 11. Reimpl. I: |
| 6. De Desarrollo | 12. No Registro |

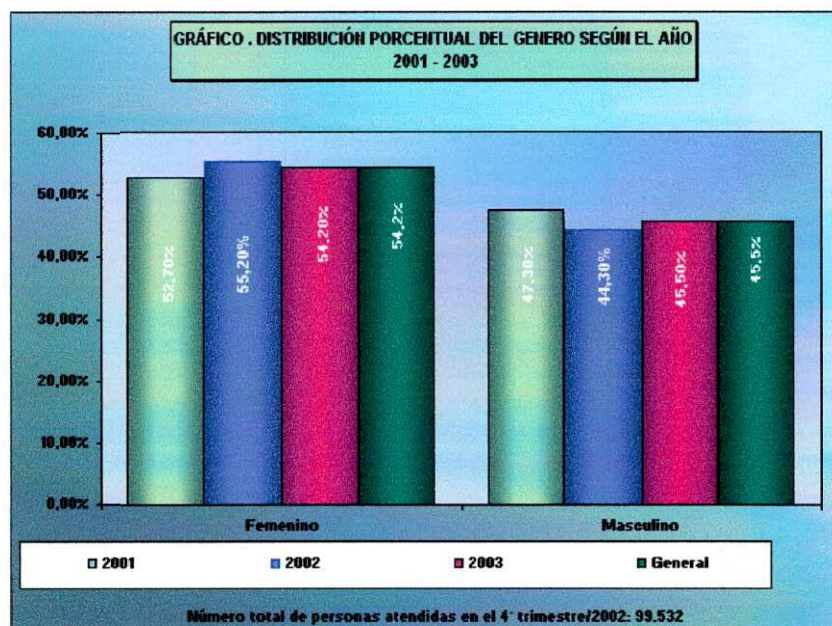
D. MOTIVO DE LA REMISION

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. Retratamiento | 6. Causas Iatrogénicas |
| 2. Trauma | 6.1. Instrumento Fracturado |
| 3. Fracturas | 6.2. Desviación |
| 4. Existencia de Restauración | 6.3. Perforación |
| 5. Fin Protésico | 6.4. Fractura de Retenedor |
| | 7. No Registro |

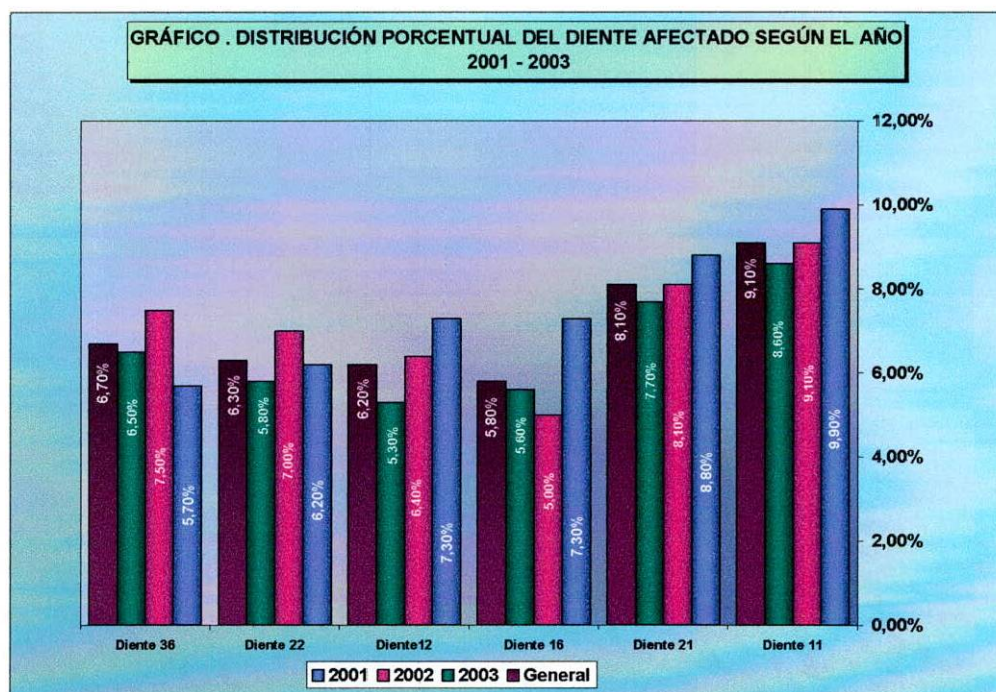
E. TRATAMIENTO REALIZADO

- | | |
|---------------------------|-------------------|
| 1. Pulpectomía | 6. Apexificación |
| 2. Pulpectomía y T.C.C. | 7. Blanqueamiento |
| 3. Debridación y T.C.C | 8. Retratamiento |
| 4. Cirugía Perirradicular | 9. No Registrado |
| 5. Apexogénesis | 11. Otro |

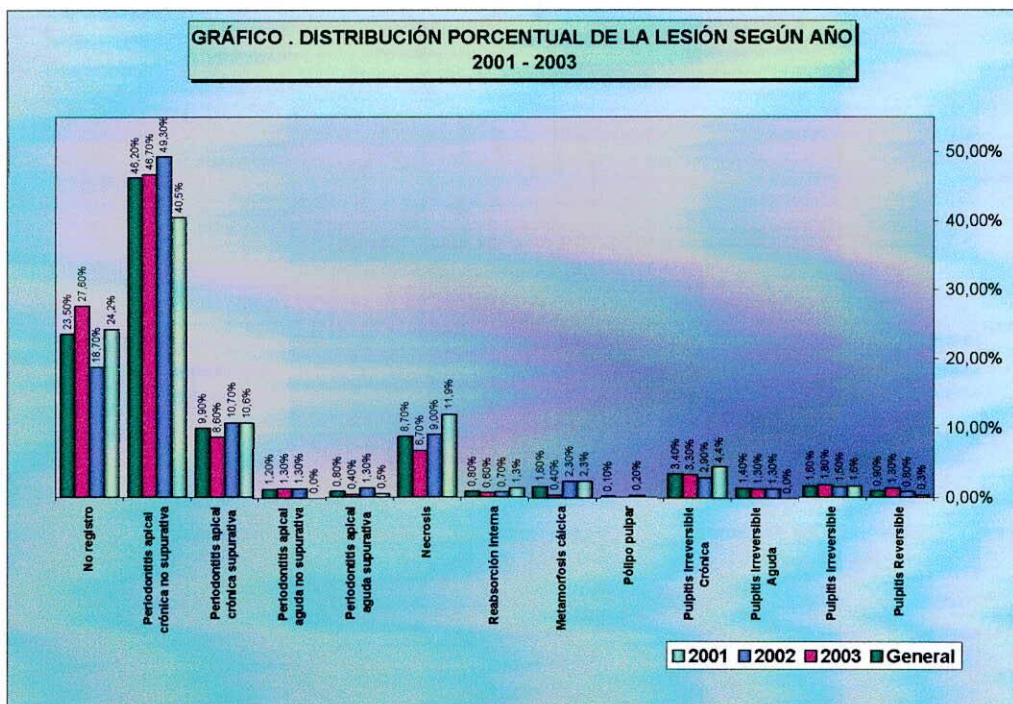
ANEXO 2.
DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL GENERO SEGÚN EL AÑO 2001-2003.



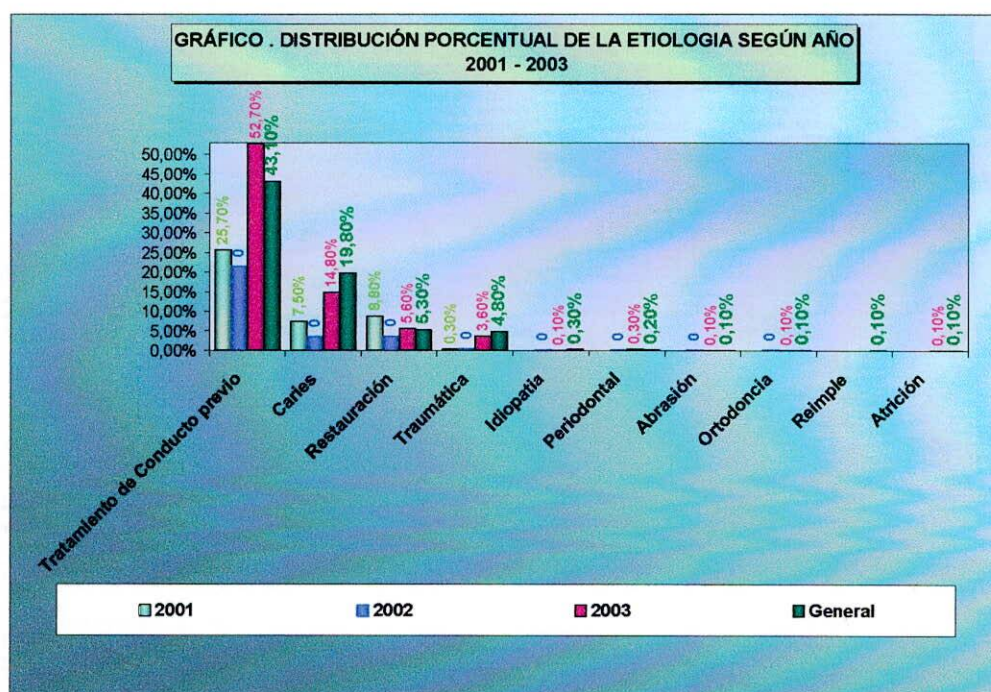
ANEXO 3.
DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL DIENTE AFECTADO SEGÚN EL AÑO 2001-2003.



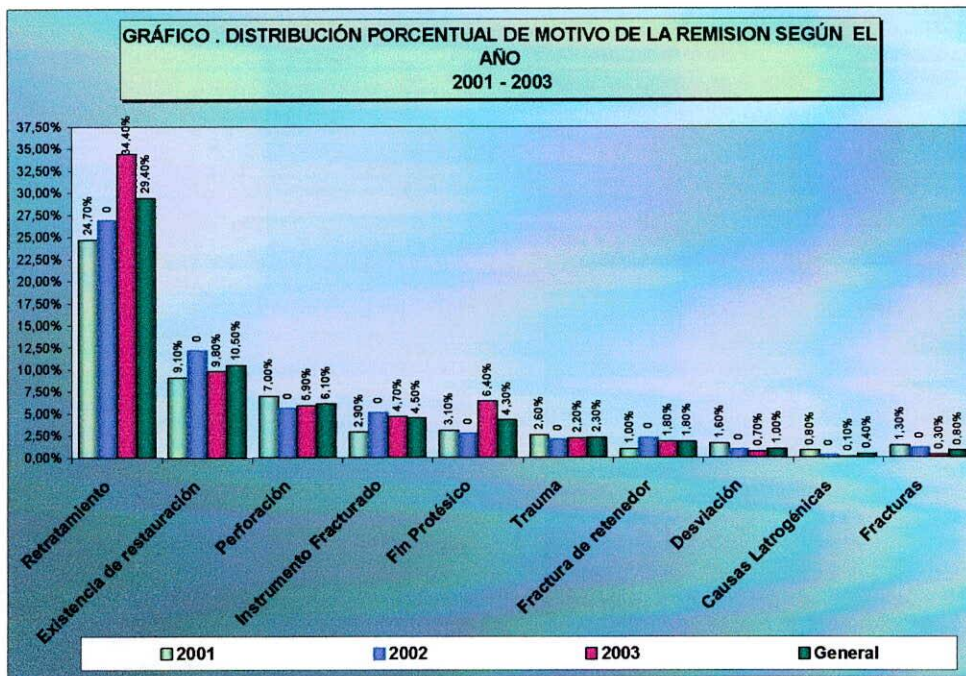
ANEXO 4.
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA LESION SEGÚN AÑO 2001- 2003.



ANEXO 5.
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA ETIOLOGIA SEGÚN EL AÑO 2001- 2003.



ANEXO 6.
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MOTIVO DE LA REMISION SEGÚN EL AÑO
2001- 2003.



ANEXO 7.
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS TRATAMIENTOS SEGÚN AÑO 2001-
2003.

