

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.

UNAN – LEON.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA.



Diagnósticos pulpares y periapicales más frecuentes encontrados en pacientes que recibieron tratamiento endodónticos en las clínicas multidisciplinarias de la facultad de odontología segundo semestre Agosto-Noviembre del año 2008.

TESIS MONOGRAFICA PARA OPTAR AL TITULO DE CIRUJANA DENTISTA.

ELABORADA POR:

Br. YARENIA DEL CARMEN TORUÑO BLANCO.

TUTOR:

Dra. EUGENIA PATRICIA REYES.

ASESOR:

Dr. JORGE CERRATO.

“A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD”



INDICE.

INTRODUCCION	.....	1
OBJETIVOS	.....	3
MARCO TEORICO	.....	4
DISEÑO METODOLOGICO	.....	17
RESULTADOS	.....	20
DISCUSION DE RESULTADOS	.....	26
CONCLUSIONES	.....	29
RECOMENDACIONES	.....	30
BIBLIOGRAFIA	.....	31
ANEXOS	.....	33

FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNAN=LEON



INTRODUCCIÓN

Las patologías pulpares y periapicales son enfermedades que con frecuencia llevan a los pacientes a la clínica, por la sintomatología dolorosa que las caracteriza. Muchos de ellos nos visitan con el objetivo que se les realice la extracción dentaria cuando se puede resolver con una terapéutica endodóntica conservando así la estructura dentaria en boca. Debido a la gran cantidad de estas afecciones que se presenta en la facultad de odontología principalmente en el área de endodoncia consideramos necesario cuantificarlas y analizarlas para poder determinar la afección más frecuente y de esta manera brindarles a los pacientes un correcto tratamiento.

La facultad de odontología aún no cuenta con estudios que reflejen datos acerca del número de citas en el que se realizan los tratamientos endodónticos y las etiología de las enfermedades pulpares y periapicales lo cual nos motivo a incluirlo en nuestro estudio para que sea tomado como referencia en futuras investigaciones, también al determinar las etiologías se pretende que este estudio sirva como fundamentos para elaborar estrategias de intervención destinadas a mejorar el estado de salud oral y prevenir éstas patologías.

Según Baume (1970) antiguamente para los años 1600, se realizaban tratamientos empíricos sin ayuda de ciencia, el campo del diagnóstico y terapia pulpar estuvo dominada por la medicina general, primero que nada se hacia extracciones de los dientes que presentaban dolor y tratamiento mas conservador para aquella época lo realizaba Dorn Kreilis el cual realizaba cauterizaciones de la pulpa acorde a los síntomas.



Estudios realizados en las clínicas multidisciplinarias de la facultad de odontología UNAN-León en el año 1987,2002 y 2004 demostraron que la pulpa

no vital crónica fué la enfermedad pulpar más frecuente en los pacientes atendidos en las clínicas de endodoncia.

Igualmente otro estudio realizado en la facultad Mariana Grajales Coello en dos clínicas estomatológicas en Cuba se observó que las patologías de caracterización aguda fueron las más frecuentes en el sexo masculino. Por nuestra parte, nos interesa confirmar cuales son las enfermedades pulpares y periapicales más frecuentes que se presentaron en los pacientes atendidos en las clínicas de Endodoncia de la Facultad de Odontología UNAN-LEON.



OBJETIVOS

GENERAL

Determinar los Diagnósticos pulpares y periapicales más frecuentes en pacientes que recibieron tratamiento endodónticos en las clínicas multidisciplinarias de la facultad de odontología, segundo semestre Agosto- Noviembre del año 2008.

ESPECÍFICOS

1. Identificar la frecuencia de los diagnósticos pulpares y periapicales por los cuales fueron atendidos los pacientes con necesidad de tratamiento endodóntico.
2. Identificar los diagnósticos pulpares y periapicales más frecuentes según su etiología en pacientes atendidos por necesidades de tratamiento endodóntico.
3. Relacionar los diagnósticos pulpares y periapicales según el número de citas con que fueron atendidos los pacientes por necesidad de tratamientos de endodónticos.



MARCO TEORICO

Toda entidad patológica debe tener una causa identificable Ejemplo: bacteriana, química, física, iatrogénico y/o idiopáticas. (4)

Los signos y síntomas que parecen indicar un problema dental deben ser tratados hasta que se verifique la causa probable de la enfermedad pulpar y periapical. (1)

1. ETIOLOGIAS

1.1 Caries:

Caries es un proceso destructivo de carácter infeccioso que afecta a la dentición de manera progresiva, tanto a la temporal como a la permanente. Según Ingle la caries es el medio más frecuente de penetración de las bacterias infectantes o sus toxinas a la pulpa dentaria. La enfermedad es patológicamente progresiva, comenzando siempre en zonas superficiales del esmalte en contacto con el medio bucal. (13)(4)

Existen formas iniciales como la denominada mancha blanca que suele asentar en superficies lisas, o los surcos teñidos que se localizan en fosas y fisuras, que por su condición incipiente, muchas veces el tratamiento no es más que la observación periódica y el mantenimiento de unas condiciones higiénicas adecuadas.(13)

Un diente afectado de caries puede dar algunos síntomas previos y leves como por ejemplo sensibilidad ante alimentos o bebidas frías o calientes. Suele ser un dolor o molestia muy breve, de apenas unos segundos y que cesa inmediatamente al retirar el estímulo, según avanza la caries y se acerca al tejido pulpar normalmente los síntomas van aumentando de intensidad, pudiendo incluso haber dolor espontáneo sin ningún estímulo de frío o calor.



Muchas veces pueden aparecer otros síntomas como dolor al masticar, inflamación, etc. En esta situación, es necesario realizar un tratamiento endodóntico, o lo que se conoce como “matar el nervio”, para poder conservar el diente en condiciones de salud. Posteriormente será necesario reconstruirlo

de una manera que pueda resistir las fuerzas de la masticación a largo plazo y evitar su posible fractura.

Carlos Canalda afirma que la caries es el punto de partida más usual de las enfermedades pulpares y periapicales, no es preciso que exista una comunicación directa, ya que diversas especies bacterianas, así como sus componentes pueden alcanzar la pulpa desplazándose a través de los túbulos dentinarios.

Caries recurrente.

Es aquella que se forma por debajo o por un lado de obturaciones preexistentes.

Se debe generalmente a la retención de restos por preparación incorrecta de cavidades o sellado defectuoso de obturaciones. En algunas ocasiones, las bacterias y las partículas de alimentos penetran entre el diente y una restauración que no ajustó adecuadamente o en caso de que las restauraciones se rompan o se muevan de su lugar dejando un espacio disponible entre el diente que puede crear un marco perfecto para la proliferación de caries. (10)

1.2 Trauma:

El traumatismo es el efecto de las fuerzas oclusales provocando trauma oclusal con concentración de macrófagos y linfocitos, dentina irritacional y odontoblastos destruidos causando necrosis pulpar. (1)



La calcificación del conducto pulpar por dentina irritacional es una reacción a un traumatismo pulpar. Un impacto puede dar lugar a una resorción interna, en este caso la pulpa ataca a la dentina en lugar de ayudar a que se forme, sin embargo después de un traumatismo existe la posibilidad de recuperar la vitalidad pulpar la cual va estar en dependencia de la edad del paciente.

Dentro de los traumas dentales encontramos:

1.2.1 Traumatismos con lesión vascular y posible infección.

La mayor parte de los traumatismos dentales y pulpares son originados por diversos accidentes que se agrupan en cuatro:

- Accidentes Infantiles:

Se dan durante las caídas que sufre el niño en la vida de locomoción (aprendiendo a caminar).

- Accidentes Deportivos:

Están sujetos a jóvenes o adolescentes por encontronazo entre los propios jugadores.

- Accidentes Laborales o caseros:

Son producidos por herramientas o maquinarias, tropezar con algún obstáculo, subir o bajar escaleras.

- Accidentes de Transito:

Aumento en los últimos años, producidos en choques de automóviles, motocicletas, bicicletas.

Los resultados del impacto traumático pueden ser:

- Fisura o rajadura del esmalte y dentina alcanzando la pulpa.
- Fractura coronaria con o sin exposición pulpar.
- Fractura radicular a distintos niveles.
- Hemorragia pulpar sin lesión de tejidos duros dentales.



-
- Subluxación con rotura de los vasos apicales o sin ella.
 - Avulsión por luxación total.
 - Fractura coronaria:

Tras el accidente se da una invasión bacteriana, la cual al no ser tratada produce muerte pulpar.

- **Fractura radicular:**

Esto trastorna el aporte sanguíneo pulpar, de tal manera que la pulpa raras veces permanece viva, pero el tejido de la pulpa radicular por lo general conserva su vitalidad. También estará en dependencia de la edad del paciente, ya que será más fácil el aporte vascular extenso a través de la raíz incompletamente formada proporcionándole mayor oportunidad de reparación a la raíz fracturada, que en un diente ya formado.

- **Éstasis Vascular:**

Es cuando un diente recibe un golpe fuerte y aunque no este luxado o fracturado, tiene mas posibilidades de perder de inmediato la vitalidad pulpar, ya que los vasos pulpares son lacerados, comprimidos en el agujero apical, dando un infarto isquémico.

- **Luxación:**

La luxación con extrusión bilateral casi siempre produce necrosis pulpar, la pulpa se puede recuperar en dientes jóvenes con vértices amplios y abiertos.

- **Avulsión:**

Es una causa obvia de necrosis pulpar pero a pesar de esto puede ser reimplantado.



1.2.2 Bruxismo

Se entiende por bruxismo el acto compulsivo de apretar o rechinar los dientes en forma consciente o inconsciente. (12).

El signo dental más importante del bruxismo son los patrones de desgaste dentario que no coincidan con los patrones de desgaste dentario fisiológico (masticatorio o de deglución).

Las fuerzas oclusales que son generadas durante los episodios de bruxismo pueden ser tales que causen efectos a nivel del complejo dentino-pulpar actuando como un irritante crónico. Bajo estas condiciones el tejido pulpar responde de diversas formas, como por ejemplo, mediante la deposición de dentina secundaria, hipersensibilidad ante los cambios térmicos, dolor a la percusión e inclusive pudiera estar asociado a necrosis pulpar.

1.2.3 Sobreobtención

Por sobreobtención o extrusión se entiende en endodoncia, aquella situación en la cual el elemento colocado en el conducto a manera de relleno u obturación, va más allá del foramen apical.

1.3 Razones Protésicas.

Los factores mecánicos, térmicos y eléctricos pueden irritar o lesionar la pulpa durante las diversas técnicas utilizadas en la restauración operatoria o protésica dentro de los cuales se encuentran: (1)

- Conocimientos de la morfología pulpar y cálculo correcto del corte dentario.
- Tipo de material, tamaño, dureza, filo y forma de los instrumentos usados.
- Velocidad de rotación (generalmente medida en revoluciones por minutos)
- Duración del tiempo de trabajo activo
- Preparación empleada y profundidad.



-
- Calor generado por la fricción de los instrumentos rotatorios.
 - Deseccación de las preparaciones.

1.4 Hipersensibilidad Dental

La hipersensibilidad dental se presenta como un padecimiento incomodo y difícil de tratar de una terapia periodontal o restaurativa, provocando sensaciones dolorosas ante estímulos externos. En ciertos pacientes estos síntomas prevalecen ya que presentan una vía de transporte por difusión de las sustancias bacterianas de la cavidad bucal hacia la pulpa lo que probablemente ocasione la respuesta inflamatoria pulpar localizada.

2. ESTADO PULPAR:

Los casos atendidos en las clínicas se diagnostican bajo la clasificación clínica descrita por el doctor Gabriel Tobon, en su texto de endodoncia simplificada, la cual esta orientada básicamente a determinar si una pulpa dental se encuentra en estado normal, vital o no vital las cuales se clasifican en: (9)

- Pulpa vital reversible.
- Pulpa vital irreversible.
- Pulpa no vital crónica.
- Pulpa no vital aguda.

2.1 Pulpa vital reversible:

Presenta historia de restauraciones talladas o procesos operatorios recientes y de fracturas o caídas de restauraciones.

Dolor provocado de corta duración, agudo, y localizado algunas veces irradiado, provocado por frío, calor, dulce o acido y desaparece al quitar el estímulo (dolor dentinal).



Clínicamente se observa:

Caries, bordes deficientes o con recidiva, trauma oclusal y restauraciones recientes.

Radiográficamente pueden observarse:

Caries, ausencias de bases protectoras, restauraciones profundas, ensanchamiento periodontal.

2.2 Pulpa vital irreversible:

El paciente refiere haber sufrido sintomatología dolorosa durante más tiempo que en los estados reversibles. Refiere dolor espontáneo o provocado, es localizado, sordo, de larga duración, no desaparece al quitar el estímulo. Dolor provocado por el calor, masticación, percusión, cambio posturales, (dolor pulpar).

Clínicamente puede observarse:

Caries profunda, restauraciones con recidiva, trauma oclusal, exposición pulpar por caries y movilidad dental.

Radiográficamente:

Caries, ausencia de bases protectoras, ensanchamiento periodontal y restauraciones profundas.

2.3 Pulpa no vital-estado crónico:

Quedan clasificadas aquí todas aquellas entidades clínicas que significan pérdida de la vitalidad pulpar, sin tener en consideración que estén o no infectadas, y el que presenten o no zonas periapicales radiolúcidas (absceso alveolar crónico, granuloma, quiste).



Generalmente estos dientes son asintomáticos, el paciente puede relatar no haber tenido sintomatología hace algún tiempo.

No existe respuesta dolorosa ante ningún estímulo.

Clínicamente se observa:

Ausencia de dolor durante procesos operatorios, cambio de coloración del diente, grandes restauraciones, resinas, silicatos y acrílicos, caries profundas que comprometen pulpa y fístulas.

Radiográficamente:

Obturaciones sin fondo adecuado, restauraciones profundas, caries profundas, coronas con o sin recidiva y en algunos casos radiolucencias apicales.

Lasala expresa que la pulpitis crónica son las que mas se presentan en el consultorio.

2.4 Pulpa no vital-estado agudo:

Es conocida como la formación de un absceso alveolar agudo. Paciente refiere dolor agudo con todo, calor, masticación, percusión y aire, puede ser constante, provocado o espontáneo. El frío mejora temporalmente el dolor.

Clínicamente puede observarse:

Grandes restauraciones y caries profundas que compromete la pulpa, hay edema intra y extra oral, movilidad marcada y extrusión.

Radiográficamente puede mostrar:

Obturaciones sin fondo adecuado, restauraciones profundas, caries profunda, coronas con o sin recidivas y además en ciertos casos formación de un área radiolúcida apical indicativa de una lesión.



3. LESIONES PERIAPICALES

Clasificación:

Periodontitis apical sintomática:

Inflamación circunscrita del ligamento periodontal en la región apical, las principales causas son irritantes que difunden desde una pulpa inflamada o

necrótica (bacterias, toxinas bacterianas, medicamentos desinfectantes, residuos empujados hacia los tejidos perirradiculares o irritantes físicos de los tejidos periodontales también traumatismos por impacto). (4)

Manifestaciones clínicas: Sensibilidad a la percusión, hipersensibilidad leve, dolor intenso al contacto de los dientes opositores, dolor pulsátil e intenso.

Radiográficamente: Puede presentarse normalmente hasta un engrosamiento de espacio del ligamento periodontal en los dientes portadores.

Periodontitis apical asintomática:

Puede ir precedida de la periodontitis sintomática o de un absceso apical, o por un tratamiento inadecuado de conductos radiculares sin embargo la lesión crece y se desarrolla sin signos y síntomas subjetivos

Manifestaciones clínicas: Dolor leve, dolor mínimo o nulo a la percusión pero si existe perforación de la lámina cortical la palpación de los tejidos superpuestos ocasionara malestares, respuesta negativa a estímulos térmicos y eléctricos asociados a una pulpa necrótica.

Radiográficamente: Cambios radiolucidos perirradiculares tales como engrosamiento de ligamento periodontal, resorción de la lamina dura hasta destrucción del hueso apical que produce una radiolucides bien delimitada.

Esta se clasifica a su vez en: Granuloma perirradicular y Quiste perirradicular.



3.3 ABSCESOS APICALES

Absceso apical sintomático: Es un proceso inflamatorio acompañado de salida súbita de irritantes bacteriano hacia los tejidos perirradiculares, los síntomas pueden ser similares a los de la periodontitis apical sintomática, no presenta signos radiográficos. (4)

Absceso apical asintomático o Periodontitis apical supurativa: Esta relacionada con la salida de irritantes de los conductos hacia los tejidos perirradiculares con exudado y a su vez con un trayecto fistuloso que drena de manera continua e intermitente.

Manifestaciones clínicas: Estoma sobre la mucosa bucal a veces en la piel de la cara, imitando una lesión periodontal con bolsa que al no ser tratada se convierte en una verdadera bolsa periodontal, suele presentarse sin malestar, diversos grados de dolor, sensibilidad a la percusión y palpación y pruebas de vitalidad negativa.

Radiográficamente: Pérdida ósea a nivel del ápice.

3.4 ABSCESO FÉNIX

Absceso fénix es una periodontitis apical crónica que súbitamente se convierte en sintomática. Los síntomas son idénticos a los de un absceso apical agudo, pero la principal diferencia es que el absceso fénix es precedido por una situación de cronicidad. En consecuencia existe una radiolucidez definitiva acompañada por síntomas de absceso apical agudo. (3)

El absceso fénix puede desarrollarse en forma espontánea, casi inmediatamente después de iniciado un tratamiento endodóntico en un diente con diagnóstico de periodontitis apical aguda sin fístula. El comienzo del



tratamiento endodóntico puede alterar el equilibrio dinámico de una periodontitis apical crónica al forzar inadvertidamente la entrada de microorganismos u otros irritantes dentro del tejido periapical.

4. Endodoncia en una o varias citas.

Ha existido mucho debate concerniente a, si los tratamientos endodónticos deben ser realizados en una o varias citas. La discusión se centra

principalmente en 2 aspectos: la predisposición a las exacerbaciones y el pronóstico a largo plazo de los dientes tratados en una sola cita. (11)

Esta controversia recae prácticamente en el tratamiento de dientes necróticos con lesión apical, puesto que son los que se encuentran asociados con la aparición de exacerbaciones y con el fracaso endodóntico a largo plazo. Sin embargo, la evidencia muestra que tanto las exacerbaciones como el fracaso endodóntico pueden presentarse en dientes tratados en una o varias citas con la misma frecuencia.

Las investigaciones indican que el tratamiento de conductos radiculares es aceptable en la mayor parte de las situaciones en una cita, aunque hay situaciones que requieren más de una cita. Ejemplo: al haber fatiga por una de las partes ya sea por el operador o paciente debe terminarse la cita, se coloca una restauración temporal y se programa una nueva cita, otra es cuando el paciente presenta síntomas graves, así como exudado en el conducto. (9)

Los dientes pueden tratarse adecuadamente en una cita, sin importar su estado pulpar y/o periapical. Sin embargo, el número de conductos, el tiempo disponible y la habilidad del operador son factores que pueden dificultar la conclusión del tratamiento en la misma cita. Por ello, la escogencia de una terapia en una cita, debe ir de la mano con la experiencia y habilidad del clínico, factores que influyen fuertemente en alcanzar los resultados esperados.(11)



El pronóstico a largo plazo y los síntomas del paciente después del tratamiento son dos temas importantes relacionados en el número de citas. (9)

Estudios de incidencia de exacerbaciones:

Pekruhn (1981) realizó un estudio con 102 dientes, los cuales fueron divididos en dos grupos, uno tratado en una cita y el otro en dos citas. Los pacientes fueron controlados a 1, 2, 3, y 7 días para evaluar presencia de síntomas. No

se reportaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.
(11)

Oliet (1983) presentó uno de los primeros estudios clínicos controlados de tipo prospectivo. Evaluó la incidencia de dolor en 264 dientes tratados en una sola cita contra 123 dientes tratados en dos citas, tanto vitales como necróticas, a las 24 y 48 horas. No se reportaron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos. Incluso al comparar dientes vitales con necróticos, tampoco hubieron diferencias significativas.

Southard (1984) realizó un estudio en 19 dientes con absceso apical agudo, a los que se les realizó drenaje intraoral con bisturí, y tratamiento endodóntico convencional durante la misma cita. Los pacientes fueron evaluados a las 48 horas, y ninguno reportó aumento del dolor y/o inflamación.

Walton (1992) concluyó que las exacerbaciones pueden presentarse con igual frecuencia tanto en dientes tratados en una o varias citas, reportando un 2.6% de exacerbaciones en los dientes tratados en una sola cita, vitales y necróticos.



Imura (1995) evaluó la incidencia de exacerbaciones en 1012 dientes, de los cuales 582 fueron tratados en una sola cita, encontrándose para este grupo una incidencia de exacerbaciones del 0.5%. En tanto que en el grupo de citas, la incidencia fue de 3%.

Eleazer (1998) realizó un estudio en 402 molares necróticos, la mitad tratados en una cita y la otra mitad en dos citas. El grupo tratado en una cita reportó una incidencia de exacerbaciones del 3%, mientras que el grupo tratado en 2 citas presentó un 8%.



DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo y de corte transversal.

AREA DE ESTUDIO:

Fué realizado en el complejo docente de la salud campus médico de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, ubicado al sureste de la ciudad de León en donde se encuentra la facultad de odontología, área de archivo de las clínicas multidisciplinarias segundo piso donde acuden los pacientes ha realizarse tratamientos endodónticos los cuales son atendidos por estudiantes de cuarto año bajo la supervisión de docentes especialistas en el área.

UNIVERSO:

Se estudiaron 167 expedientes de los pacientes atendidos con tratamientos de conductos que fueron dados de alta en la facultad de Odontología en el segundo semestre del año 2008, los cuales fueron seleccionados bajo los siguientes criterios de inclusión:

- Tratamiento realizado.
- Firma del docente encargado del caso.
- Expedientes de pacientes atendidos en el área de endodoncia en el segundo semestre del curso 2008.



INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

Se realizaron fichas elaboradas por las autores con datos que incluyen nombre, número de expedientes, número de citas, etiología y diagnóstico.

La ficha contiene las variables planteadas en los objetivos específicos las cuales son: etiología, número de citas y diagnóstico.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION:

Se le pidió consentimiento al responsable de las clínicas multidisciplinarias para revisar los expedientes de endodoncias correspondientes al año 2008, que se encuentran en el área de archivo y aplicar las fichas previamente mencionadas para la recolección de información. Luego obtenida la información se procedió a introducir datos en el programa de SPS quien nos reflejo las tablas con la información ordenada.



Operacionalización de Variables.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALORES
Etiología	Causa	Hoja de	• Caries

	identificable por la que se da el problema.	anamnesis del expediente clínico.	<ul style="list-style-type: none"> • Caries Recurrente • Hipersensibilidad • Trauma • Razones Protésicas
Citas	Día, hora y lugar en que conviene encontrarse dos o más personas.	Hoja de record de tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> 1cita 2cita 3cita 4cita
Estado pulpar	Identificación de la enfermedad pulpar fundamentándose en los signos y síntomas que esta presenta.	A través de la hoja de diagnostico del expediente clínico del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Pulpa vital Reversible • Pulpa vital Irreversible • Pulpa no vital aguda • Pulpa no vital crónica.



RESULTADOS



Tabla 1

Frecuencia de los diagnósticos pulpares y periapicales en los pacientes atendidos con necesidades de tratamiento endodóntico, en las clínicas multidisciplinarias de la facultad de odontología segundo semestre Agosto Noviembre del año 2008.

Diagnóstico	F	%
Absceso Alveolar Agudo	1	0.6

Absceso Fénix	1	0.6
Pulpa No Vital Aguda	8	4.8
Pulpa No Vital Crónica	74	44.3
Pulpa Vital Irreversible	60	35.9
Pulpa Vital Reversible	17	10.2
Retratamiento	1	0.6
Sin Diagnóstico	5	3
Total	167	100

De 167 expedientes analizados el cual equivale al 100% el diagnóstico más frecuente fue pulpa no vital crónica con 74 casos atendidos que equivalen a 44.3%, pulpa vital irreversible con 60 casos atendidos que equivale a 35.9%, pulpa vital reversible con 17 casos atendidos que es 10.2%, pulpa no vital aguda con 8 casos atendidos que equivale a 4.8%, 5 casos atendidos sin diagnóstico que representa al 3%, absceso alveolar agudo, absceso fénix y Retratamiento por un caso atendido por cada diagnóstico los cuales representan de forma individual el 0.6%.



TABLA N°2

Frecuencia de las etiología pulpares y periapicales en los pacientes atendidos con necesidades de tratamiento endodóntico, en las clínicas

multidisciplinarias de la facultad de odontología segundo semestre Agosto Noviembre del año 2008.

ETIOLOGÍA DIAGNOSTICO	CARIES		CARIES RECURRENTE		HIPERSENSIBILIDAD		RAZONES PROTÉSICAS		SIN ETIOLOGÍA		TRAUMA		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
ABSCESO ALVEOLAR AGUDO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33.3	0	0	1
ABSCESO FÉNIX	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.17	1
PULPA NO VITAL AGUDA	4	3.96	2	50	0	0	0	0	0	0	2	4.34	8
PULPA NO VITAL CRÓNICA	48	47.52	0	0	1	33.3	3	30	1	33.33	21	45.65	74
PULPA VITAL IRREVERSIBLE	36	35.64	2	50	0	0	6	60	0	0	16	34.78	60
PULPA VITAL REVERSIBLE	12	11.88	0	0	2	66.66	1	10	0	0	2	4.34	17
RETRATAMIENTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.17	1
SIN DIAGNOSTICO	1	0.99	0	0	0	0	0	0	1	33.33	3	6.52	5
TOTAL	101	100	4	100	3	100	10	100	3	100	46	100	167



Tabla Nº 2

La caries inicial es la etiología más frecuente con 101 caso atendido el cual equivale a 100% siendo el diagnóstico más frecuente pulpa no vital crónica con 48 casos atendidos que equivalen 47.5%, pulpa vital irreversible con 36 casos que equivalen 35.6%, pulpa vital reversible con 12 casos equivalentes 11.8%, pulpa no vital aguda con 4 casos representando 3.9% y por último un caso sin diagnóstico que representa 0.9%.

El trauma se ubica en segundo lugar con 46 casos atendidos equivalentes a 100% siendo la pulpa no vital crónica el diagnóstico más frecuente con 21 casos atendido equivalente 45.6%, pulpa vital irreversible con 16 casos que representan 34.7%, 3 casos sin diagnóstico representando 6.5%, pulpa no vital aguda y pulpa vital reversible con 2 casos equivalente a 4.3% respectivamente, absceso fénix y retratamiento con 1 caso equivalente 2.1% respectivamente.

Las razones protésicas representan la tercera etiología con 10 casos reportados equivalente 100% siendo la pulpa vital irreversible el diagnóstico más frecuente con 6 casos atendidos representando 60%, pulpa no vital crónica con 3 casos representando 30%, pulpa vital reversible con 1 caso atendido representando 10%.

La caries recurrente ocupa el cuarto lugar con 4 casos atendidos representando 100% siendo la pulpa no vital aguda y la pulpa vital irreversible con 2 casos representando 50% para cada uno.

La hipersensibilidad y los diagnósticos sin etiología ocupan el último lugar con 3 casos atendidos respectivamente, en la hipersensibilidad la pulpa vital reversible es el diagnóstico más frecuente con 2 casos equivalente 66.6% y la pulpa no vital crónica con 1 caso equivalente 33.3%; en los diagnósticos sin etiología el absceso alveolar agudo, pulpa no vital crónica y las patologías sin diagnósticos reportaron 1 caso equivalente 33.3% respectivamente.

**TABLA N°3**

Numero de citas en la que fueron atendidos los pacientes con necesidades de tratamiento endodóntico en la facultad de odontología segundo semestre Agosto Noviembre del año 2008.

NUMERO DE CITAS DEL PACIENTE.													Total
DIAGNOSTICO	1		2		3		4		5		6		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Absceso Alveolar Agudo	0	0	0	0	1	1.13	0	0	0	0	0	0	1
Absceso Fenix	1	16.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Pulpa no Vital Aguda	0	0	4	8.5	3	3.40	1	5.2	0	0	0	0	8
Pulpa no Vital Cronica	2	33.3	23	48.9	39	44.3	7	36.8	3	50	0	0	74
Pulpa Vital Irreversible	2	33.3	16	34	30	34	8	42.10	3	50	1	100	60
Pulpa Vital Reversible	1	16.6	4	8.5	10	11.3	2	10.5	0	0	0	0	17
Retratamiento	0	0	0	0	1	1.13	0	0	0	0	0	0	1
Sin Diagnostico	0	0	0	0	4	4.5	1	5.2	0	0	0	0	5
Total	6	100	47	100	88	100	19	100	6	100	1	100	167



Tabla N° 3

El número de citas más frecuente durante el cual se atendieron a los pacientes fue de 3 citas con 88 casos equivalente al 100%, los casos de pulpa no vital crónica fueron los más frecuentes con 39 que equivalen 44.3%, pulpa vital irreversible con 30 casos 34%, luego pulpa vital reversible con 10 casos 11.3%, sin diagnósticos 4 casos 4.5%, pulpa no vital aguda 3 caso 3.40%, absceso alveolar agudo y retratamiento con 1 caso que equivale a 1.13% respectivamente.

En segundo lugar los tratamientos realizados en dos citas con 47 casos atendidos representando el 100%, pulpa no vital crónica fueron los más frecuentes con 23 casos que equivale al 48.9%, pulpa vital irreversible con 16 casos equivalente al 34%, pulpa no vital aguda y pulpa vital reversible 4 casos 8.5%..

En tercer lugar los tratamientos efectuados en cuatro citas con 19 casos correspondiente al 100%, pulpa vital irreversible con 8 casos 42%, luego pulpa no vital crónica 7 casos 36.8%, pulpa vital reversible 2 casos 10.5%, pulpa no vital aguda y los tratamientos sin diagnósticos con 1 caso 5.2% individualmente.

En cuarto lugar una y cinco citas con 6 casos cada uno equivalente al 100%. En los tratamientos realizados en una cita la pulpa no vital crónica y la pulpa vital irreversible fueron los más frecuentes con 2 casos atendidos 33.3% respectivamente, absceso fénix y pulpa vital reversible con 1 caso 16.6% respectivamente. Los tratamientos realizados en cinco citas la pulpa no vital crónica y pulpa vital irreversible con 3 casos 50% respectivamente.

En quinto lugar el tratamiento efectuado en seis citas con 1 caso de pulpa vital irreversible equivalente 100%.



DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la frecuencia de los diagnósticos pulpares y periapicales por las cuales fueron atendidos los pacientes con necesidades de tratamiento endodóntico encontramos una variedad de patologías en la que sobresale la pulpa no vital crónica representado por el 44.3% de los casos, seguido de la pulpa vital irreversible con 35.9%. Estos datos obtenidos están en concordancia con la bibliografía de Lasala, 1979 expresa que la pulpitis crónica son las que más se presentan en el consultorio. También en los estudios realizados previamente en la facultad de odontología UNAN-León por diferentes autores como Raúl Solórzano, Carlos Sánchez y Cesar Solórzano en el año 2004; Emily González y Violeta Palacios en 1988; los cuales encontraron que la afección más frecuente fue la pulpa no vital crónica coincidiendo con los resultados obtenidos en este estudio, lo que indica que no ha habido variación en el tiempo en cuanto a la frecuencia de estas patologías, se supone que estos resultados se dan por que los pacientes no acuden cuando se presentan los primeros signos y síntomas de la enfermedad sino hasta que ha evolucionado a un cuadro clínico más grave, lo cual es consecuencia del bajo nivel de educación en salud oral que tiene la población, así como los escasos recursos económicos que muchos pacientes tienen, razón por la que no acuden al dentista.

Al identificar los diagnósticos pulpares y periapicales más frecuentes según la etiología en los pacientes que son atendidos por necesidad de tratamiento endodóntico se obtuvo que la gran mayoría 101 de los 167 casos se presentaron como caries inicial y entre ellos el 47.5% correspondían a los diagnósticos de pulpa no vital crónica. Hallazgos compartidos por las bibliografías: Ingle (1996) la



Caries es el medio más frecuente de penetración de las bacterias infectantes o sus toxinas a la pulpa dentaria; Carlos Canalda (2001) afirma también que es el punto de partida más usual de las enfermedades pulpares y periapicales, no es preciso que exista una comunicación directa, ya que diversas especies bacteriana, así como sus componentes pueden alcanzar la pulpa desplazándose a través de los túbulos dentinarios. Esta es una enfermedad patológicamente localizada y progresiva, en la que puede influir también el bajo nivel socioeconómico, educativo y cultural de los pacientes que asisten a las clínicas multidisciplinarias de la facultad de odontología de la UNAN-León.

Cuando relacionamos los diagnósticos pulpares y periapicales según el número de citas con que fueron atendidos los pacientes por necesidad de tratamiento endodóntico, se encontró que un poco más de la mitad 88 de los 167 casos necesitaron 3 citas de estos 44.3% correspondieron a la pulpa no vital crónica, los datos obtenidos en este estudio no coinciden con los estudios por Pekruhn(1981),Oliet (1983), Southard(1948) , Eleazer(1998) y bibliografía consultada Walton (1997) ya que no nos revelan un número específico de citas según su diagnóstico debido a que ellos consideran una serie de factores para la realización del tratamiento dentro de los que se incluyen la dificultad del caso sobre todo cuando existen síntomas y signos graves como la presencia de exudado en el conducto, etc., la habilidad del operador, tiempo disponible de cada cita, la fatiga por una de las partes (ya sea por el operador o paciente), cooperación del paciente.

Se considera que el factor tiempo fue la principal ventaja con la contaron los alumnos ya que los turnos eran de cuatro horas continuas lo que les favoreció



debido a que realizaban por primera vez el tratamiento en pacientes, se considera que el método que implementó el colectivo de endodoncia en ese año fue de gran ayuda tanto para el estudiante como para el paciente ya que estos asistían una vez por semana reduciendo así el gasto económico y falta en sus trabajos y/o labores diarias.



CONCLUSIONES

- El diagnóstico más frecuente encontrado fue la pulpa no vital crónica.
- La caries es la etiología más frecuente con diagnóstico de pulpa no vital crónica.
- El número de citas en los que se realizaron la mayoría de los tratamientos endodónticos fue en número de tres citas y estas con el diagnóstico de pulpa no vital crónica.



RECOMENDACIONES

- ✓ Promocionar mayor cantidad de actividades educativas en salud oral por parte de la universidad haciendo énfasis en mejorar la higiene bucal de la población participando en esta actividad todo el estudiante de la facultad.

- ✓ Incrementar la promoción por parte del ministerio de salud a la población en general para acudir a visitas periódicas.

- ✓ Mejorar el llenado de las historias clínicas de los pacientes atendidos con necesidades de tratamiento endodóntico que se realizan en las clínicas multidisciplinarias de la Facultad de Odontología de la UNAN-León y sea supervisado por los tutores correspondientes.

- ✓ Autorización por parte del tutor para la iniciación del tratamiento endodónticos una vez que el alumno realice la defensa del caso y estén registrados los datos o información necesaria en la historia clínica.

- ✓ Prevención de las afecciones pulpares durante la realización de las prácticas profesionales del estudiante mediante charlas educativas para todas las personas que asistan al centro de salud.



BIBLIOGRAFIA

1. Ángel Lázala, Endodoncia. 3era edición. Salvat Editores S.A. Mallorca 41-Barcelona (España) 1979.
2. Carlos Canalda Sahli. Endodoncia técnicas clínicas y bases científicas. Barcelona (España) 2001.
3. Cohen Stephen endodoncia, Los caminos de la pulpa 5ta edición. Editorial panamericana. 1993.
4. Ingle John, endodoncia, 4ta edición. Editorial interamericana. 1996.
5. Tesis: Afecciones más frecuentes en los servicios de endodoncia de la facultad de odontología. León, 1986-1987. Emily González López y Violeta Palacios.
6. Tesis: Diagnósticos pulpares y periapicales más frecuentes encontrados en pacientes que recibieron tratamiento odontológico en las clínicas multidisciplinarias en la facultad de odontología 2do semestre Agosto-Noviembre del 2do semestre, Agosto-Noviembre del 2002. Raúl Solórzano, Carlos Sánchez.



7. Tesis: Enfermedades Pulpares más frecuentes de pacientes atendidos en las clínicas de endodoncia de la facultad de Odontología UNAN-León Agosto a Diciembre del 2004. Iveth Pacheco, Karen Cáceres.
8. Tobón Gabriel. Endodoncia simplificada. 2da edición 1977.
9. Walton Torabinejab, Endodoncia principios y práctica, 2da edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 1997.

REFERENCIAS

10. Internet: <http://eusalud.uninet.edu:9673/apuntes/InfeccionesDientesv1>.
11. Internet: <http://www.javeriana.edu.co/academiapgendodoncia/homeinvitado.html>.
10. Internet: <http://www.carlosboveda.com/Odontologosfolde/odontoinvitadoold/odontoinvitado17.htm0>.
11. Internet: [www.clinicagoldenberg.com/afecciones%20frecuentes](http://www.clinicagoldenberg.com/afecciones%20frecuentes.htm).htm.



ANEXOS



FICHA DE RECOLECCON DE DATOS.

NOMBRE: _____

No. DE EXPEDIENTE: _____ **No. DE CITAS:** _____

ETIOLOGIA: _____

DIAGNOSTICO: _____