

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN- LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



Trabajo monográfico para optar al título de cirujano dentista.

Tema: Diagnóstico más frecuente en las Clínicas de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la UNAN LEON; II semestre del año 2011.

Elaborado por:

- Álvaro Trinidad Martínez Munguía
- Edison Selim Márquez Terán

Tutor: Dr. Domingo Pichardo

Asesor metodológico: Dr. Jorge cerrato.

INDICE

Dedicatoria	
Agradecimiento	
I Resumen	
II Introducción, antecedentes y justificación	
III Objetivos	
IV Marco teórico -----	1
V Diseño metodológico-----	19
VI Resultados -----	22
VII Discusión de resultados-----	36
VIII Conclusión -----	38
IX Recomendaciones-----	39
X Bibliografías-----	40
XI Anexos -----	42

Dedicatoria:

“La confianza en ti mismo es el secreto del éxito” dedico este éxito en mi vida a la persona que más quiero en el mundo, el ser quien sin esperar nada a cambio di todo por mí, quien con su manos tiernas me cogió entre sus brazos y me dio calor; ese ser humano tan noble es mi madre quien para mí es la mejor del mundo y le pido a Dios la guarde y la cuide siempre, este éxito es tuyo madre...” Juana María Munguía Quintanilla.”

Álvaro Trinidad Martínez Munguía.

“Todos tus sueños los puedes hacer realidad” con mucho amor dedico estos años de madurez profesional a esas personas que día a día se entregaron y me dieron lo mejor de ellos mismo, que se interesaron en mi educación, formación y en lograr ser alguien que le sirviera a la sociedad. Mi éxito es su éxito y ellos son: yelba Leonor Terán Gutiérrez y Guillermo Alfonso Marquez Rojas.

Edison Selim Marquez Terán

Agradecimiento:

En primer lugar quiero agradecer a dios nuestro padre celestial que está en los cielos quien permitió que este éxito en mi vida fuera realidad; también quiero dar gracias a la santísima virgen María quien con su divina intercepción permitió en estos cinco años de carrera que yo siempre tuviera lo necesario para culminar este gran éxito.

Quiero agradecer a mi madre Juana María Munguía Quintanilla, a mi tía Teresa de Jesús Munguía Quintanilla, a mi tío wiston José Cortez por su ayuda incondicional durante toda mi carrera de odontología.

También quiero agradecer a mis hermanos Norlan, Jonathan y cristina por su apoyo y darme ánimos para seguir adelante con un futuro mejor.

Quiero agradecer a mis maestros quien con su gran ayuda, amor y esmero me trasmitieron sus conocimientos como un baluarte para toda mi vida.

Muchas gracias también quiero dar al Dr. Domingo Pichardo por su gran ayuda en este trabajo monográfico, quien con su valiosa asesoría no se hubiese llevado a cabo.

Álvaro Trinidad Martínez Munguía.

Agradecimiento:

¡Ante todo! gracias a Dios por haber guardado en mi camino este hermoso triunfo en mi vida.

A mis compañeros de estudio de los cuales aprendí mucho y en especial a Álvaro Trinidad Martínez Munguía, quien ha dedicado tiempo, conocimiento y hecho posible un éxito más para nuestro desempeño profesional.

Al doctor Domingo Pichardo que se mostró dedicado e interesado en transmitir y enseñar lo mejor de él hacia nuestro aprendizaje, a través del pensum académico y para que se llevara a cabo este trabajo monográfico.

A mis padres que siempre me han dado lo mejor de sí.

Edison Selim Marquez Terán

Resumen

Este trabajo se realizó para establecer cuál es el diagnóstico más frecuente en los pacientes dados de alta en la clínica de endodoncia de la facultad de odontología UNAN León, en el segundo semestre del año 2011, nuestro universo fueron de 180 expedientes clínicos de pacientes que fueron atendidos en la clínica de endodoncia. Los criterios de inclusión fueron: Expedientes clínicos de tratamientos de endodoncias terminadas, Expedientes clínicos con tratamientos de endodoncias realizadas en dientes anteriores, así como los criterios de exclusión que fueron Todos los expedientes clínicos de endodoncias en premolares y molares, Tratamientos endodonticos no terminados, Expedientes con información incompleta; la recolección de datos se realizó en la oficina de archivo de la facultad de odontología de la unan león donde solamente 105 expedientes llenaban todos los datos de nuestra ficha de recolección de datos. Se extrajeron de los expedientes datos tales como la edad, sexo, diente afectado y diagnóstico pulpar. Se utilizó Excel como programa para tabular y analizar los datos obtenidos, donde pudimos establecer que el diagnóstico más frecuente fue la pulpa no vital crónica con un 50 % y en segundo lugar la pulpa vital irreversible con 36 %, determinamos que el sexo que más visitas nuestras clínicas de la facultad de odontología de la unan león fue el sexo femenino con un 57 % y los varones con una participación del 43% de total, según la edad con un 27 % las edades comprendidas fueron entre 14 y 20 años y en segundo lugar las edades de 30-39 y de 40-49 con un 20 % ambas, y por último el diente más afectado con 32 % fue el 1.1 y en segundo lugar el 2.1 con 24 %. Como conclusión establecimos lo siguiente que el sexo más frecuente fue el femenino entre las edades de 14 a 20 años con el diente 1.1 más afectado y el diagnóstico más frecuente la pulpa no vital crónica.

I

Introducción.

En la década de los años 80. La facultad odontológica de la UNAN-LEON, dio inicio al programa de atención integral en odontología a la población, por estudiantes de 4to y 5to año, bajo la supervisión de doctores quienes colaboran como docentes en la facultad.

Para poder llegar a un diagnóstico y poder realizar un tratamiento de endodoncia el estudiante realiza una valoración donde necesita y se auxilia de medios diagnóstico tales como: La inspección, Palpación, Percusión, Medios complementarios de diagnóstico como pruebas de vitalidad, térmicas y radiográficas. Realizadas estas pruebas clínicas en el diente afectado, el clínico puede emitir un diagnóstico según la sintomatología que presenta el diente; entre los diagnósticos a los que pueden llegar encontramos los siguientes: Pulpa vital reversible, Pulpa vital irreversible, Pulpa no vital crónica, Pulpa no vital aguda, Periodontitis apical aguda, abscesos peri apicales agudos.

En 1986 estudiantes de V año de la facultad de odontología de la unan león, realizaron un estudio semejante donde buscaban la afección mas frecuente en el servicio de endodoncia de la facultad de odontología; de la investigación realizada ellos conocieron que la afección mas frecuente fue la pulpa no vital crónica con un 60.53 %.

En el año 2011 la facultad de odontología de la universidad federal de Goiás, Brasil realizaron un estudio con 1765 pacientes que llegaron al servicio de urgencia de esta facultad; ellos buscaron identificar los diferentes diagnósticos pulpares y los factores clínicos asociados con el dolor odontogenico. En este estudio ellos identificaron que el diagnóstico más frecuente de dolor pulpar fue la pulpa vital irreversible con 28.3 % y la hiperactiva pulpagia con 14.4 % y el dolor peri apical más frecuente fue la periodontitis apical sintomática con un 26.4 %.(4)

El tema del presente trabajo investigativo fue elegido y de interés para nosotros los investigadores debido que en el pre grado de la carrera de odontología nos llamo mucho la atención el área de endodoncia; por lo que nos intereso saber

Diagnóstico más frecuente en la Clínica de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la UNAN-LEON; II semestre del año 2011

que diagnóstico pulpar fue el más emitido en las clínicas de la facultad de odontología en el segundo semestre 2011 por los compañeros de la facultad, con el fin de estar consciente que porcentaje de determinada patología pulpar en la actualidad esta ocasionando problemas a la población de pacientes que acuden a realizarse tratamientos de endodoncia en las clínicas multidisciplinarias de la facultad de odontología de la UNAN León.

La información se obtuvo de fuente secundaria (expedientes clínicos de endodoncia del archivo de la clínica multidisciplinaria de la facultad de odontología del segundo semestre del año 2011) basado y apoyado en la veracidad de la información supervisada por los docentes.

Se espera este trabajo investigativo sirva para esta y otras facultades para actualizar datos de investigaciones realizadas en años atrás, para que los estudiantes puedan tener acceso a información nueva, exacta y actualizada de las enfermedades pulpares que están provocando problemas en la población de pacientes que acuden a las clínicas multidisciplinarias de la facultad de odontología de la UNAN León

II

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNAN-LEON

Objetivo general.

- ✚ Establecer cuál es el diagnóstico más frecuente de los dientes anteriores en los pacientes dados de alta en la Clínica de Endodoncia de la Facultad de Odontología UNAN León, en el segundo semestre del año 2011.

Objetivos específicos.

- ✚ Determinar qué tipo de diagnóstico es el más frecuente según el sexo.
- ✚ Determinar qué tipo de diagnóstico es el más frecuente según la edad.
- ✚ Establecer qué tipo de diagnóstico es el más frecuente según el diente anterior más afectado.

III

Marco teorico

En la primera consulta el odontólogo debe valorar al paciente como el problema dental antes de comenzar el tratamiento, ya que existen numerosos factores que influyen en el tratamiento del paciente y en el método terapéutico escogido. Se debe llevar un registro exacto y muy claro de los tratamientos utilizados y de toda la información relevante obtenida del paciente. El odontólogo explorara al paciente para buscar diferentes trastornos como parte de la valoración endodontica.

Diagnóstico

Antes de iniciar cualquier tratamiento, se debe de reunir la información referente a signos, síntomas y antecedentes; luego combinar esta con los resultados del examen y los estudios clínicos. A este proceso se le denomina diagnostico.

Dicho de otra manera el diagnóstico es el procedimiento que consiste en aceptar a un paciente, reconocer que tiene un problema, descubrir la causa de este e idear un plan de tratamiento que resolver o aliviar la problemática.

Requisitos para un diagnóstico satisfactorio:

El diagnóstico es una experiencia personal y cognitiva; por tanto muchas cualidades del profesional que establece diagnósticos precisos son de índole interpersonal y están basados en conocimiento, experiencia y herramientas diagnosticas.

El diagnóstico de las enfermedades buco faciales es similar al de los otros diagnósticos médicos. Pruebas pulpares, radiografías, percusión, palpación y otras pruebas y procedimientos facilitan el diagnóstico de las enfermedades dentales.

Un odontólogo puede desarrollar diversas capacidades para establecer diagnósticos exitosos. Las más importantes de estas son: conocimiento, interés, intuición, curiosidad y paciencia. (7)

El profesional que establece diagnósticos exitosos debe de tener sentidos agudos y el equipo necesario para el diagnóstico.

Conocimiento:

En principio, el dentista deberá confiar en sí mismo, más que en el laboratorio, así, el conocimiento es el factor más importante que el dentista debe poseer. Esto incluye el familiarizarse con todas las causas buco facial local de dolor, así como las variadas causas generales, neurógenas y psicológico.

Además ha de saber que es el dolor constante y abrumador puede afectar el funcionamiento de los distintos órganos del cuerpo.

Entre los conocimientos es preciso mencionar también la importante cualidad de saber cuando y donde remitir al paciente para alguna interconsulta de médicos, psicólogos y colegas dentistas cuyos conocimientos pueden aprovecharse para facilitar el diagnóstico.

Interés:

La segunda cualidad más importante que deberá poseer un dentista es el interés. Deberá interesarse mucho por el paciente y su problema y dar pruebas de este interés tratando al paciente con paciencia y comprensión.

Intuición:

El dentista eficiente también tiene que tener intuición al diagnosticar o un sexto sentido. Es la intuición quien le dice al dentista cuando el paciente está ocultando datos importantes o no está diciendo toda la verdad. Así mismo, avisa sutilmente al examinar de cuando un paciente sabe demasiado; es decir conoce todas las palabras y síntomas de determinada afección.

Curiosidad:

Es necesario sentir o desarrollar cierta curiosidad sobre el paciente y su afección, a fin de conservar la perseverancia para llegar al diagnóstico. La curiosidad va de la mano del interés y al dentista que le aburren los minuciosos

métodos diagnósticos nunca tendrá la curiosidad de hurgar un poco más profundo.

Paciencia:

A menudo, el diagnóstico del dolor raro puede requerir horas, días y meses. Cabe recordar que algunos pacientes que se quejan de dolor de origen extraño puede haberlo padecido durante años, en estos casos es donde el dentista debe de tener la paciencia para poder llegar a dar un diagnóstico exitoso.

Historia clínica:

La anamnesis o recordatorio, es el primer paso para llegar a un diagnóstico. La importancia que presenta obtener y registrar esta historia clínica rebasa la protección médico legal. Una historia completa no determina el tratamiento, pero influirá en las modificaciones que se hagan a las modalidades de tratamiento endodontico.

La historia clínica completa deberá de incluir como referencia, signos vitales, proporcionando advertencias iniciales sobre enfermedades generales no sospechadas. Una vez que se conoce el estado general de paciente, el diagnóstico dental se desarrolla llevando a cabo la fórmula tradicional que consiste en detectar la molestia principal, ampliando esta información con preguntas del padecimiento dental actual, relacionando los antecedentes dentales con el principal padecimiento y combinado con la salud general del paciente.

Molestia principal:

Es una descripción del problema dental por el que se busca atención. El paciente puede complementar la explicación del problema con el señalamiento de algunos aspectos generales de este.

Una vez establecido y se registra la molestia principal, el proceso de examen continua, por medio de un interrogatorio sobre la enfermedad actual. (7)

Padecimiento dental actual:

Los antecedentes de la enfermedad actual indicaran la gravedad y urgencia del problema. El dolor suele ser el principal componente del malestar del paciente. Un antecedente de dolor que persiste sin exacerbación indica que el problema no es de origen dental. Las preguntas ayudaran a establecer dos componentes básicos de dolor: tiempo y gravedad. el interrogatorio comienza con preguntas como: ¿Por cuánto tiempo ha tenido el problema?, ¿cuán fuerte es el dolor?, ¿con que frecuencia lo siente ?... continua el interrogatorio con: ¿en qué momento le duele?, Cuándo se quita la molestia?, Qué es lo que causa el dolor?, Qué lo empeora?, ¿ con qué se calma o desaparece el dolor?

Examen clínico:

Este se lleva a cabo en una secuencia lógica que vaya de lo general o lo específico, del más a lo menos evidente, de lo externo a lo interno. Los resultados del examen junto con la información obtenida durante el interrogatorio, se combinan para establecer el diagnostico, formular un plan de tratamiento y determinar el pronóstico.

El primer paso consiste en registrar los signos vitales del paciente, con lo que se establece un punto de referencia o norma, para cada paciente durante el tratamiento.

Examen extra bucal:

Los cambios inflamatorios que se originan dentro de la boca y que se observan fuera de ella indican un problema grave de diseminación. Es necesario examinar al paciente en busca de asimetrías, tumefacciones circunscritas, cambios de color o equimosis, abrasiones, heridas o cicatrices y signos similares de enfermedad.

Examen intra oral:

Este comienza con una valoración general de todas las estructuras bucales. Se comienza retrayendo los labios y los carrillos mientras los dientes están en

oclusión y se examina el vestíbulo y la mucosa bucal para descubrir cualquier afección patológica. Con los maxilares separados o es decir con la boca abierta se valora la presencia de torus y tejidos blandos linguales y palatinos. Por último se inspecciona las lesiones cariosas, manchas u otra anomalía evidente relacionadas con las piezas dentales.

Valoración pulpar:

Este consiste en la valoración con métodos diagnósticos pulpares tales como pruebas térmicas, percusión, palpación y pruebas de vitalidad pulpar. En general el dolor de origen endodóntico es resultado de una inflamación pulpar que avanza desde la pulpa coronal en sentido apical hacia el ligamento periodontal.

El propósito de valorar el estado pulpar es llegar a un diagnóstico: es decir, el carácter de la enfermedad que afecta la pulpa.

Las pruebas endodónticas clínicas son: Pruebas terminales, Percusión, Palpación, Prueba pulpar eléctrica

¿Qué es el dolor?

El dolor no es una sensación simple sino, más bien, un fenómeno neuro conductual complejo en el que participan por lo menos dos componentes. El primero es el discernimiento o percepción por parte del individuo de la estimulación de las terminaciones nerviosas especializadas cuyo propósito es transmitir la información relacionada con un daño real o potencial a los tejidos. En segundo lugar está la reacción del individuo a esta sensación percibida. Se trata en este caso de cualquier conducta, física o emocional, que sigue a la percepción del dolor.

¿Qué es el dolor pulpar?

El dolor pulpar o pulpagia, es con mucho el dolor que se experimenta con más frecuencia dentro y cerca de la cavidad bucal y puede clasificarse según el grado de intensidad y el proceso patológico. (7)

Las causas de la inflamación, necrosis y distrofia pulpar pueden clasificarse en una sucesión lógica, comenzando con el factor irritante más frecuente, los microorganismos: bacterianas, traumáticas, iatrogénicas, químicas e idiopáticas.

FISIOLOGÍA PULPAR

La pulpa vive para la dentina y la dentina vive gracias a la pulpa. Muchos investigadores consideran a la dentina como parte de la pulpa pero parcialmente calcificada.

La formación de dentina es el primer trabajo de la pulpa tanto en orden como en importancia. Del agregado mesodérmico conocido como papila dental surge la capa celular especializada de odontoblastos, adyacente a la porción interna de la cara interna del órgano del esmalte ectodérmico. El ectodermo interactúa con el mesodermo, y los odontoblastos inician el proceso de formación de la dentina. Una vez activada, la producción de dentina continúa rápidamente hasta dar la forma principal a la corona del diente y a la raíz. Después, el proceso se hace más lento, aunque rara vez cesa del todo.

La defensa de la pulpa tiene varias características. Primero, la formación dentinaria es local. La dentina se produce a una tasa mayor que la observada en sitios primarios o secundarios no estimulados de formación de dentina secundaria.

FUNCIÓN FORMATIVA DE LA PULPA

La formación de dentina ocurre a través de toda la vida del diente con ritmos diferentes y en formas diversas. La dentina evolutiva es la que se forma durante el desarrollo del diente. La dentina inicial, ortodentina o dentina primaria es tubular y regularmente acomodada porque los odontoblastos no están sobrepuestos y el diente está sujeto a mínimos estímulos. La dentina del manto es la primera dentina formada y se encuentra situada inmediatamente por debajo del esmalte o del cemento. A medida que las fuerzas y estímulos

funcionales se ejercen sobre el diente, la formación dentinaria aumenta a tal grado que existe un encapsulamiento de la cavidad pulpar. Mientras los odontoblastos secretan la matriz dentinaria, y se retraen hacia el centro de la cavidad pulpar, se amontonan y su dirección se altera. La dentina circumpulpar se forma después del depósito de la dentina del manto y constituye la mayor parte de la dentina evolutiva.

La estimulación excesiva produce un tipo de dentina atípico. Los procedimientos operatorios, caries, abrasión, atrición y erosión producen episodios de formación rápida de dentina, la dentina irritacional es menos sensitiva a los estímulos externos debido a la interrupción de la continuidad del proceso dentinoblástico.

La formación de dentina parece seguir esencialmente el mismo patrón que la formación ósea. Las células formadoras de matriz dentinaria son odontoblastos o células mesenquimatosas indiferenciadas que se han diferenciado en células formadoras de dentina. Algunos autores piensan que los fibroblastos jóvenes no diferenciados pueden también tener esta capacidad.

FUNCIÓN NUTRITIVA DE LA PULPA

La pulpa dental debe mantener la vitalidad de la dentina procurando oxígeno y nutrientes a los odontoblastos y sus prolongaciones, así como procurar una fuente continua de fluido dentinario. El logro de la función nutritiva es posible por la rica red capilar periférica (plexo capilar subodontoblástico) y sus numerosas proyecciones a la zona odontoblástica. La cámara pulpar dental puede variar de 2 a 5 mm en diámetro en su ancho más grande. La arborización vascular tan extensa que ocurre en esta zona emana de sólo unas cuantas arteriolas que entran por el foramen cuyo diámetro puede ser de 0.1 mm.

La subdivisión de los vasos sanguíneos ocurre a todo nivel en la pulpa, pero es mayor en la cámara pulpar. En los dientes multirradiculares hay una gran anastomosis en la cámara pulpar. (12)

Los grandes vasos arteriales de la pulpa miden de 50 a 100 μm de diámetro lo cual iguala el tamaño de arteriolas encontradas en otras áreas del cuerpo humano.

Las tres capas características de las arteriolas reflejan esta delicadeza: (1) un tejido externo delgado conectivo de recubrimiento (adventicia); (2) una delgada cama de células musculares lisas de varias capas en la túnica media; y (3) la capa íntima con su recubrimiento endotelial de células aplanadas.

En la estructura de los capilares no existe túnica media o adventicia. Los capilares están formados totalmente por una sola capa de células endoteliales aplanadas (endotelio). Los capilares no están innervados; su dilatación después del aumento en el volumen sanguíneo es pasiva y dependiente del diámetro de vasos musculares más amplios.

En el sistema de retorno venoso, los capilares se funden hacia una secuencia de vénulas cuyas paredes son todavía más delgadas y más delicadas que aquellas de las arteriolas.

Los vasos linfáticos forman un sistema circulatorio secundario; su función principal es regresar el líquido intersticial al torrente sanguíneo.

Las principales diferencias estructurales entre linfáticos y capilares son falta de membrana basal y de fenestración en células endoteliales.

FUNCIÓN NERVIOSA DE LA PULPA

La pulpa dental como cualquier otro tejido conjuntivo, requiere un aporte nervioso para proporcionar sus dos primarias y relacionadas funciones: control vasomotor y defensa.

La innervación vasomotora controla los movimientos de la capa muscular de la pared de los vasos sanguíneos, que provoca expansión (vasodilatación) o contracción (vasoconstricción). Dicho control regula el volumen sanguíneo y la cantidad de fluido sanguíneo de una arteriola en particular. (12)

Esta función nerviosa y defensiva básica es aplicable a la pulpa dental. Un reconocimiento consciente de un irritante al diente da al paciente la oportunidad para corregir el problema antes de que cambios irreversibles ocurran. Este reconocimiento es posible debido a que los receptores del dolor en el complejo pulpodentinario están conectados con el sistema nervioso central por una vía aferente. El dolor es un evento multifactorial que puede ser modificado por influencias cognitivas, emocionales y motivacionales. Existen dos tipos de células nerviosas en la pulpa dental:

Las neuronas aferentes (sensitivas) denominada neurona pseudounipolar con dos proyecciones. La proyección periférica (dendritas) se originan en la pulpa dental y sus terminales son receptores en la periferia pulpar. La segunda proyección (axón) se dirige hacia el sistema nervioso central, donde termina (sinapsis) en una isla de materia gris (núcleo) denominada el núcleo espinal del quinto par craneal.

El sistema eferente de células nerviosas del sistema nervioso central a la pulpa dental que son neuronas multipolares. Tienen muchas proyecciones cortas (dendritas) y una proyección de salida (axón) de longitud variable. Su núcleo está localizado en el cuerno lateral de la materia gris de los niveles superiores torácicos de la médula espinal (pre ganglionar) y en el ganglio cervical superior (pos ganglionar). (12)

Caries dental.

La caries dental puede definirse como un proceso dinámico causando la destrucción progresiva de la sustancia dura del diente (esmalte, dentina y cemento) que implica la desmineralización de la porción inorgánica de los dientes, y la disolución de la porción orgánica. El inicio y la progresión de las lesiones de caries implican hospedador, múltiple microorganismos y factores de sustrato que interactúan en un flujo continuo. El diagnóstico de las lesiones iniciales sigue siendo un reto para los profesionales y, a pesar de numerosos estudios, la evaluación de riesgo de caries futuro sigue basándose en gran parte en la experiencia de una paciente caries. Si esta se deja progresar se

llegará a establecer una inflamación pulpar, lo que puede dar lugar a necrosis, posteriormente una lesión peri apical y tal vez una infección sistémica. Con frecuencia, los procesos inflamatorios de tejidos dentales y regeneración son vistos como dos problemas distintos y, posteriormente, a menudo han sido estudiados en forma aislada, sin embargo, tanto los datos directos e indirectos están surgiendo e indican que significativamente tienen interrelación. Si bien el proceso subsiguiente inflamatorio dará lugar a la descomposición del tejido dental y señalización molecular que puede impedir la regeneración, la inflamación de bajo grado, potencialmente inducido por trauma mecánico y necrosis de los tejidos, puede promover mecanismos regenerativos, incluyendo los procesos celulares angiogénicos. (1) (2)

La vitalidad de la pulpa es extremadamente importante para la viabilidad del diente, ya que proporciona la nutrición y actúa como biosensor para detectar estímulos patógenos. Es difícil para el cuerpo poder eliminar la infección, que posteriormente persiste y empeora. La estrategia ampliamente utilizada actualmente en la clínica es eliminar total o parcialmente el tejido de la pulpa contaminada, llenar y sellar el espacio vacío con material sintético. Con el tiempo, el diente despulpado, ahora carece de suministro apropiado de sangre y sistema nervioso, lo que hace más vulnerable al diente a las lesiones.(5)

Las bacterias que existen en la cavidad bucal y que pueden ocasionar la caries dental podemos encontrar las siguientes: *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sobrinus*, *Streptococcus mitis*, *Streptococcus salivarius*, *Streptococcus sanguis*, *Actinomyces viscosus*, *Actinomyces naeslundii*, *Streptococcus oralis*, *Actinomyces*, *Haemophilus*, *Lactobacillus acidophilus*, *Neisseria flava*. (1)(2)(5)(13)

Patología pulpar

Muchos clínicos consideran que la reacción de la pulpa a la lesión, el tratamiento o el traumatismo es imprevisible.

Como resultado, los dentistas no han podido correlacionar los signos y síntomas clínicos con un cuadro histopatológico preciso correspondiente.

La pulpa es básicamente tejido conectivo, según se encuentra en otras partes del cuerpo. Sin embargo, hay varios factores que la hacen singular y por tanto modifican su capacidad de responder a la irritación, a saber:

- ✓ La pulpa está rodeada casi totalmente por un tejido duro (dentina), que limita el área para la expansión y restringe la capacidad de aquella de tolerar el edema.
- ✓ La pulpa carece casi por completo de circulación colateral, lo que limita gravemente su capacidad de hacer frente a las bacterias, el tejido necrótico y la inflamación
- ✓ La pulpa posee una célula singular, el odontoblasto, lo mismo que las células que pueden diferenciarse en células secretoras de tejido duro que forman más dentina o dentina irritacional o ambas a la vez para tratar de proteger contra la lesión.

Pulpitis

Es la inflamación del tejido pulpar que puede ser agudo o crónico, con o sin síntomas y reversible o irreversible. Se requiere una valoración indirecta basada en una combinación de pruebas clínicas y en un conocimiento de los procesos biológicos y patológicos que tienen lugar en dicho tejido pulpar. La decisión a tomar es una de las siguientes: 1) reparar de forma conservadora la estructura del diente defectuoso, 2) eliminar el tejido pulpar enfermo, o, 3) extraer el diente entero.

Comparación de los síntomas de dolor en la pulpitis reversible e irreversible.

Reversible	Irreversible
Provocado	Espontáneo
Agudo	Sordo
Menor de 20 minutos de duración	Mayor de 20 minutos de duración
No afectado por la posición del cuerpo	Afectado por la posición del cuerpo
Fácilmente localizado	A menudo difícil de localizar

(8)

Pulpa vital reversible

Este diagnóstico implica que la pulpa puede recuperarse totalmente si los factores irritantes remiten o son eliminados. Los síntomas se deben a un tejido pulpar irritado que reacciona con las formas de respuesta inflamatoria más leves y precoces, que consisten en vasodilatación, cierta exudación, un ligero infiltrado de linfocitos y rotura de los odontoblastos.

Historia del dolor: puede no ser de muy vieja data. Puede existir historia de restauraciones, tallados o procesos operatorios recientes y de fracturas o caídas de restauraciones.

Tipo de dolor: dolor básicamente provocado, es decir, que necesita estímulos aparentes para que se produzca; de corta duración, es decir, que cesa al desaparecer el estímulo. Es agudo y generalmente localizado, aunque algunas veces se presenta como irradiado. Dolor dentinal: dolor provocado por frío, calor, dulce o ácido y conocido generalmente como dolor dentinal (provocado, agudo y de corta duración).

Aspecto clínico: clínicamente pueden observarse: caries, bordes de obturaciones descubiertas o con recidiva, trauma oclusal, restauraciones recientes, exposición pulpar o pólipo pulpar.

Aspecto radiográfico: radiográficamente puede observarse: caries, ausencia de bases protectoras, restauraciones profundas, ensanchamiento periodontal y algunas veces zonas de rarefacción apical.

En la pulpa vital reversible no hay: Movilidad, Fístula, Dolor a la percusión, Edema, Decoloración de la corona, Zona radiolucencia peri apical.

Tratamiento de la pulpa vital reversible:

Consiste en la protección de la pulpa frente a nuevos estímulos térmicos y en la colocación de protectores sedantes en la base del defecto cariado durante varias semanas.(9)

Pulpa vital irreversible

Los casos de pulpitis irreversible se cree que representan una respuesta inflamatoria localizada al ataque bacteriano en el tejido de la pulpa dental. Los síntomas de presentación se definen clásicamente por episodios de dolor exageradas a los estímulos térmicos que pueden persistir después del cese del estímulo. Este diagnóstico se establece cuando se ha determinado que no es probable que la pulpa se recupere, a pesar de los posibles intentos de tratarla. El tejido pulpar presenta un amplio espectro de cambios inflamatorios agudos y crónicos. (6)

Historia del dolor: dolor es de más larga evolución y duración. El paciente refiere haber sufrido sintomatología dolorosa durante más tiempo que en los estados reversibles. Puede llegar a informar como el dolor ha ido evolucionando desde desencadenarse con frío, ácido o dulce, hasta presentarse con calor, y como ha llegado muchas veces a hacerse intolerable. Puede existir también historia de procedimientos operatorios drásticos.

Tipo de dolor: dolor que puede ser provocado o espontáneo, es decir, que se presenta sin causa aparente. Dolor localizado, sordo, de larga duración (no desaparece al retirar el estímulo)

Dolor pulpar: dolor provocado con calor, masticación, percusión, cambios de posturas(al acostarse o inclinarse) y conocido generalmente como dolor pulpar. (Espontáneo, sordo y de larga duración).

El dolor a la percusión está presente en un gran porcentaje de casos, y este es un indicio bastante dicente de irreversibilidad, pues supone un progreso apical de la inflamación, capaz de afectar el ligamento periodontal.

Aspecto clínico: clínicamente puede observarse: caries profunda, restauraciones con recidiva, trauma oclusal, exposición pulpar por caries y movilidad dentaria. (6)(9)

Aspecto radiográfico: puede observarse radiográficamente: caries, ausencia de bases protectores, restauraciones profundas, ensanchamiento periodontal.

En la pulpa vital irreversible no hay: edema, fistula, cambio de color y área radio lucida peri apical.

Tratamiento de la pulpa vital irreversible: El paciente encuentra alivio hasta que es eliminado el tejido pulpar enfermo o la extracción del diente completo.

Pulpa no vital

Este es el diagnostico que se emite cuando la pulpa se encuentra muerta, que no reacciona a ningún estímulo de las pruebas pulpares; esta se clasifican en dos estados: pulpa no vital crónica y pulpa no vital aguda.

Pulpa no vital crónica:

Este es el nombre que se le da a aquellas situaciones o entidades clínicas que significan pérdida de la vitalidad pulpar, sin tener en consideración el hecho de que estén infectados (por ejemplo gangrena o necrosis pulpar); y el que presenten, zonas peri apicales radiolúcidas (por ejemplo: absceso alveolar crónico, granuloma, quiste).

Necrosis pulpar: Término que se le aplica al tejido de la pulpa que ya no está vivo. Si es consecuencia de un suceso traumático brusco, tal como un golpe sobre el diente en el cual la irrigación sanguínea ha sido cortada, el paciente por lo general no tendrá síntomas por un tiempo. Sintomatología: asintomática antes de afectar el ligamento periodontal pero luego se manifiesta como hipersensibilidad a la percusión y a la masticación.

Este estado de necrosis queda incluido dentro del diagnóstico de una pulpa no vital sea ésta aguda o crónica.

Características clínicas: siendo la alteración del color de la corona dental, un indicador de la pérdida de vitalidad de la pulpa pero este signo diagnostico no es fiable. No existe respuesta a los cambios térmicos o eléctricos (10)

En ocasiones la infección que ha destruido la pulpa es capaz de localizarse en el peri ápice y producir lesiones diferentes como abscesos, granuloma, quistes, etc. Con base en el criterio de que solo mediante análisis histopatológico puede

hacerse la diferenciación entre granuloma y quiste, preferimos llamar a todas estas entidades lesiones apicales crónicas.

Historia del dolor: por lo general estos dientes son asintomáticos. A veces el paciente puede relacionar el haber tenido sintomatología hace algún tiempo, acompañado de la aparición según sus palabras de un corrimiento el cual, en realidad puede corresponder a la formación de una fístula.

Una fístula cutánea de drenaje de origen dental es a menudo un reto diagnóstico, debido a su baja incidencia y la ausencia de síntomas dentales. El diagnóstico apropiado, el tratamiento y la eliminación de la fuente de infección son una necesidad, de lo contrario, puede resultar en resultados ineficaces e inapropiados de tratamiento.(3)

Tipo de dolor: No existe respuesta dolorosa ante ningún estímulo (frío, calor, vitalómetro, percusión, prueba cavitaria etc.)

Aspecto clínico: lo más frecuente para diagnosticarlos es la ausencia de sintomatología dolorosa durante los procesos operatorios, así como el cambio de coloración del diente. Clínicamente puede observarse: grandes restauraciones, caries profunda que compromete pulpa y fístulas.

Ay que tener muy en claro que la fístula no es la patología, sino más bien una manifestación de la misma y que ella persiste mientras no se elimine el factor etiológico que la origina. Por lo tanto no debe tratarse la fístula sino la patología.

Aspecto radiográfico: el análisis radiográfico puede mostrar obturaciones sin fondo adecuado, restauraciones profundas, caries profunda, coronas con o sin recidiva y además en ciertos casos hay formación de un área radiolúcida indicativa de la lesión.

No hay en la pulpa vital crónica: vitalidad, dolor, movilidad, edema.

Tratamiento: el tratamiento para este tipo de lesión pulpar, es la endodoncia, o la extracción es el caso que la lesión peri apical no se pueda tratar solo con la endodoncia (9)(3)

Pulpa no vital aguda:

Es lo que generalmente reconocemos como la formación de un absceso alveolar agudo. Su sintomatología es clara y precisa, siendo en la mayoría de los casos fácil de diagnosticar.

Historia del dolor: el paciente puede hacer casi un resumen de las distintas sintomatologías, así como también relatar todos y cada uno de los distintos procesos operatorios que le han realizado.

Tipo de dolor: hay dolor agudo, prácticamente con todo le duele al paciente (calor, percusión, masticación, aire). Hay dolor constante, provocado o espontaneo. El frio mejora temporalmente la reacción dolorosa.

Aspecto clínico: clínicamente pueden observarse grandes restauraciones y caries profunda que compromete la pulpa. Hay aparición de edema, bien extra o intra oral, movilidad marcada y extracción

Aspecto clínico: el análisis de la radiografía puede mostrar obturaciones sin fondo adecuado, restauraciones profundas, caries profunda y en ciertos casos la aparición de una zona radiolucido apical.

En la pulpa no vital aguda no hay: vitalidad y fistula.

Tratamiento: endodoncia, drenaje del absceso o edema y extracción dental.(9)

PERIODONTITIS APICAL AGUDA

Definición: es una inflamación aguda y dolorosa del ligamento periodontal apical, como resultado de irritación, trauma o infección vía el conducto, sin importar si la pulpa está vital o no; O bien es la inflamación aguda del periodonto, de origen endodónico, caracterizada por focos bien definidos de neutrófilos en la lesión.

Se considera primaria cuando es de corta duración, y se inicia en un periodonto sano, en respuesta a diversos irritantes. Se denomina secundaria cuando la respuesta ocurre en una lesión de periodontitis apical crónica preexistente. Esta última forma se conoce también como reactivación periapical, exacerbación o "absceso fenix". Las lesiones pueden ser epitelializadas o no epitelializadas. (14-15)

Absceso peri apical agudo:

Probablemente es el proceso más doloroso con el que se enfrentarán los clínicos y posiblemente uno de los más peligrosos, a menudo es resultado de una pulpitis aguda cuyo exudado se extiende hacia los tejidos blandos y duros adyacentes.

Clínicamente: dolor muy intenso, son habituales la elevación de temperatura y el malestar, en la mayoría de los pacientes el diente asociado con el absceso será extruido de su alveolo lo bastante para interferir con la oclusión y producir intenso dolor cuando entra en contacto con otros dientes. La prueba que resulta más útil para el diagnóstico de un absceso peri apical agudo es una intensa sensibilidad a la percusión, mientras que el diente es relativamente insensible o no responde al calor, al frío y a la estimulación eléctrica.

Radiográficamente: el área que rodea el vértice de la raíz del diente presente al principio un ligero ensanchamiento del espacio periodontal apical con una pérdida gradual de la nitidez del hueso alveolar adyacente (lamina dura). Cuando el exudado se extiende hacia el hueso medular circundante, el aspecto radiográfico reflejara la pérdida de hueso presentando una pérdida de definición del patrón trabecular y un aumento de radio transparencia. La imagen radiográfica no presentará una línea nítida de demarcación entre el proceso inflamatorio y el hueso alveolar.(11)

Diseño Metodológico

Tipo de estudio: Corte transversal

Área de estudio: archivo de la facultad de odontología de la UNAN-León.

Población de estudio: La población de estudio, fue el universo de 180 expedientes de pacientes atendidos en las clínicas de endodoncia durante el segundo semestre del año 2011; de los cuales solo 105 expedientes clínicos fueron útiles para esta investigación, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Expedientes clínicos de endodoncias terminadas.
- Expedientes clínicos de endodoncias de dientes anteriores.

Criterios de Exclusión:

- Todos los expedientes clínicos de endodoncias en premolares y molares.
- Tratamientos endodónticos no terminados.
- Expedientes con información incompleta.

Operalización de las variables.

variable	Definición	indicadores	valores
Sexo	Diferencias anatómicas y fisiológicas de cada ser humano	Información de los datos generales del paciente escritos en el expediente clínico.	a-masculino b-femenino
Edad	Tiempo de vida de cada persona	Información de los datos generales del paciente escritos en el expediente clínico.	Años 14-20 años 21-29 años 30-39 años 40-49 años 50 a mas años
Diagnóstico	Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica o cualquier condición de salud-enfermedad	Diagnóstico emitido que se encuentra escrito en la historia clínica.	Diagnóstico pulpar 1. P.V.R 2. P.V.I 3. P.N.V.C 4. P.N.V.A
Diente afectado	Pieza dental que posee una patología pulpar	Información de los datos de la exploración clínica del paciente escrita en la historia clínico	No de la pieza dental afectado

METODO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.

Se utilizó una ficha de recolección de datos, la cual fue elaborada por el equipo investigador para poder recoger toda la información de los expedientes clínicos de endodoncia del segundo semestre del año 2011.

La ficha fue validada para usarse en este estudio, sacando un expediente clínico al azar en archivo de la facultad y observando si la ficha llenaba las expectativas correspondientes a nuestro estudio, haciendo los ajustes necesarios.

La ficha contiene aspectos de interés para esta investigación, tales como:

- Numero de caso revisado
- Numero del expediente revisado
- Sexo del paciente atendido
- Edad del paciente atendido
- Numero de la pieza tratada endodónticamente
- Diagnostico pulpar emitido por cada estudiante supervisado por cada docente.

Se pidió permiso al director de clínicas para poder tener acceso a las historias clínicas de endodoncia del año 2011, para hacer posteriormente la revisión de ellas. Uno de los investigadores reviso todos los expedientes clínicos y el otro investigador escribió en la ficha de recolección de datos todo lo que su compañero le dicto. El instrumental para recolección de datos: Ficha de recolección de datos, Lapicero azul, Expediente clínico de endodoncia.

Plan de tabulación y análisis.

El plan de tabulación y análisis de la información, se realizo mediante el programa estadístico Excel 2010 en donde se vació toda la información obtenida mediante el llenado de la ficha de recolección de datos de la revisión de los expedientes clínicos de endodoncia del segundo semestre del año 2011; la cual una vez procesada con este programa se represento por medio de porcentajes.

Resultados

Diagnóstico más frecuente en la Clínica de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la UNAN-LEON; II semestre del año 2011

Tabla N 1

Distribución n de la población por edad y sexo .Facultad de Odontología, UNAN-LEON II Semestre 2011

Sexo/edad	M	%	F	%	Total	%
14-20	15	14.28	14	13.33	29	27.61
21-29	7	6.66	12	11.42	19	18.08
30-39	9	8.57	10	9.52	19	18.09
40-49	6	5.71	14	13.33	20	19.04
50- A mas	9	8.57	9	8.57	18	17.14
Total	46	43.79	59	56.17	105	100

M= Masculino

F= Femenino

Diagnóstico más frecuente en la Clínica de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la UNAN-LEON; II semestre del año 2011

Tabla N 2

Diagnóstico más frecuente de pacientes atendidos en la clínica de endodoncia
Facultad de Odontología II semestre 2011

Patología	Frecuencia	
	N	%
P.V.R	11	10.47
P.V.I	37	35.23
P.N.V.C	52	49.52
P.N.V.A	5	4.76
Total	105	100

P.V.R = pulpa vital reversible

P.V.I = pulpa vital irreversible

P.N.V.C = pulpa no vital crónica

P.N.V.A = pulpa no vital aguda

Diagnóstico más frecuente en la Clínica de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la UNAN-LEON; II semestre del año 2011

Tabla N 3

Diagnóstico más frecuente según la edad de pacientes atendidos en la clínica de endodoncia, II Segundo semestre 2011

Diagnostico/ edad	P.V.R	%	P.V. I	%	P.N. V.C	%	P.N. V.A	%	TOTAL	%
14-20	0	0	4	14.28	22	78.57	2	7.14	28	100
21-29	3	15.78	5	26.31	9	47.36	2	10.52	19	100
30-39	3	15	10	50	7	35	0	0	20	100
40-49	1	5	9	45	9	45	1	5	20	100
50- A mas	4	22.22	9	50	5	27.77	0	0	18	100
Total	11	10.47	37	35.23	52	49.52	5	4.76	105	100

P.V.R = pulpa vital reversible

P.V.I = pulpa vital irreversible

P.N.V.C = pulpa no vital crónica

P.N.V.A = pulpa no vital aguda

Diagnóstico más frecuente en la Clínica de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la UNAN-LEON; II semestre del año 2011

Tabla N 4

Diagnósticos más frecuentes según el sexo de pacientes atendidos en la clínica de endodoncia, facultad de odontología, II semestre 2011

Diagnostico/ Sexo	P.V.R	%	P.V.I	%	P.N.V.C	%	P.N.V.A	%	TOTAL	%
M	7	15.21	15	32.60	23	50	1	2.17	46	100
F	4	6.77	22	37.28	29	49.15	4	6.77	59	100
Total	11	10.47	37	35.23	52	49.52	5	4.76	105	100

P.V.R = pulpa vital reversible

P.V.I = pulpa vital irreversible

P.N.V.C = pulpa no vital crónica

P.N.V.A = pulpa no vital aguda

Diagnóstico más frecuente en la Clínica de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la UNAN-LEON; II semestre del año 2011

Tabla N 5

Diagnóstico más frecuente según número de dientes de pacientes atendidos en la clínica de endodoncia facultad de odontología, II Segundo semestre 2011

Diagnostico/N° diente	P.V.R	%	P.V. I	%	P.N.V .C	%	P.N. V.A	%	TOTAL	%
1.1	3	9.09	8	24.24	21	63.63	1	3.03	33	100
1.2	2	11.11	6	33.33	10	55.55	0	0	18	100
1.3	1	16.66	2	33.33	2	33.33	1	16.66	6	100
2.1	4	16	10	40	9	36	2	8	25	100
2.2	1	7.64	6	46.15	5	38.46	1	7.69	13	100
2.3	0	0	5	55.55	4	44.44	0	0	9	100
3.1	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100
3.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	11	10.47	37	35.23	52	49.52	5	4.76	105	100

P.V.R = pulpa vital reversible

P.V.I = pulpa vital irreversible

P.N.V.C = pulpa no vital crónica

P.N.V.A = pulpa no vital aguda

GRAFICO 1

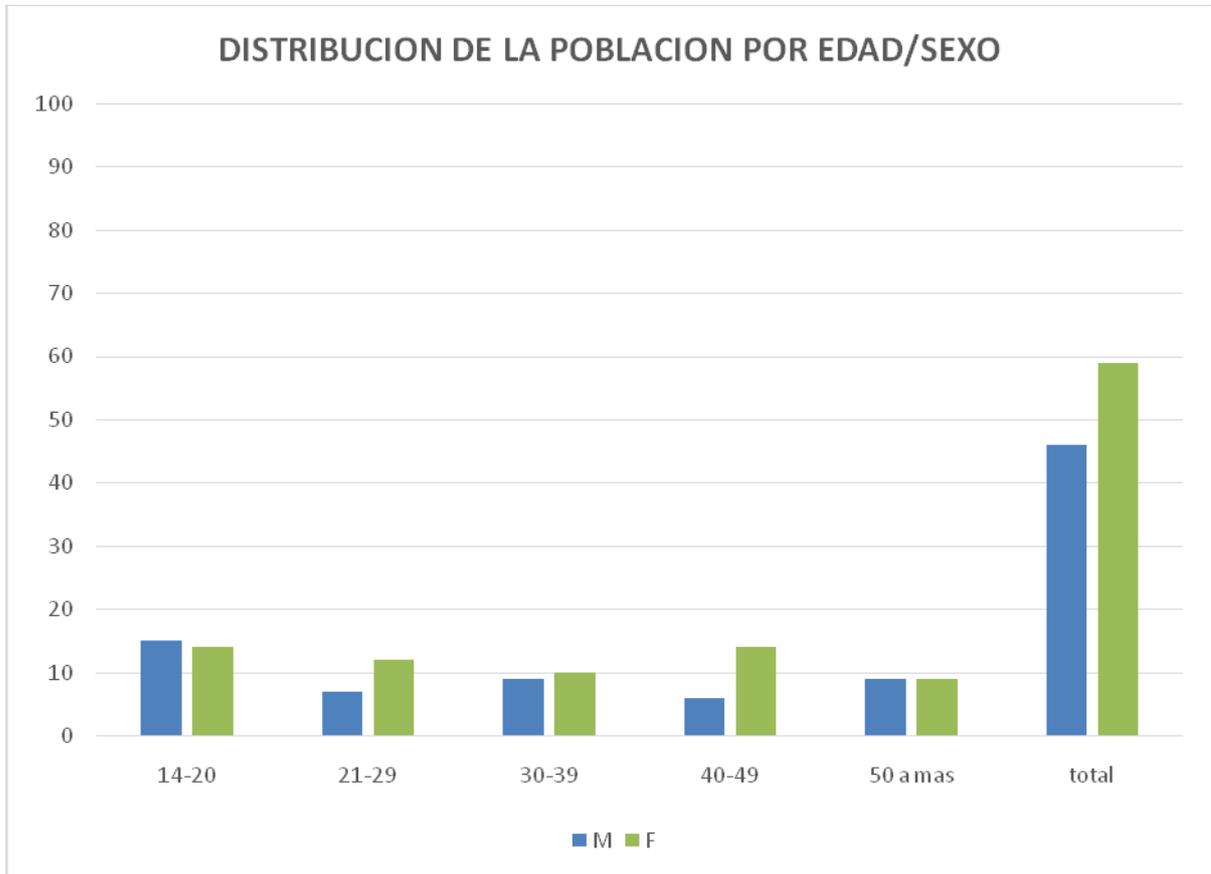
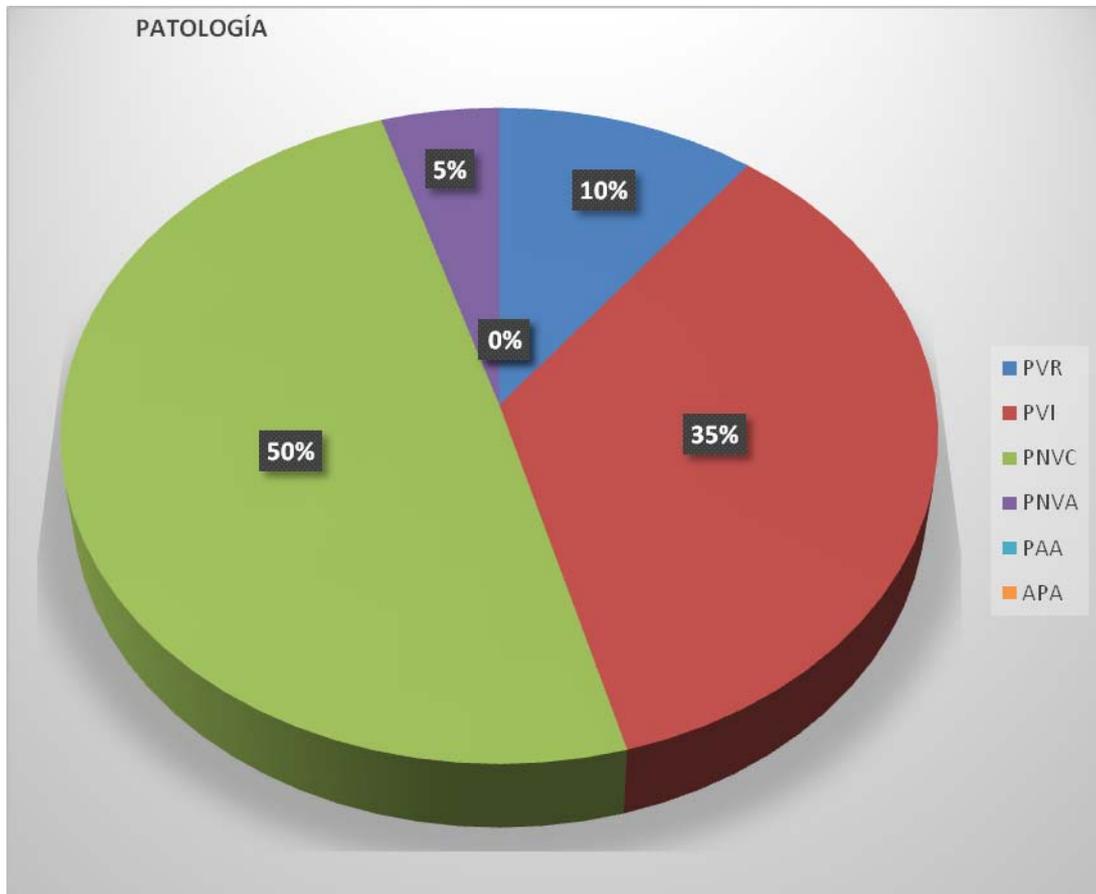
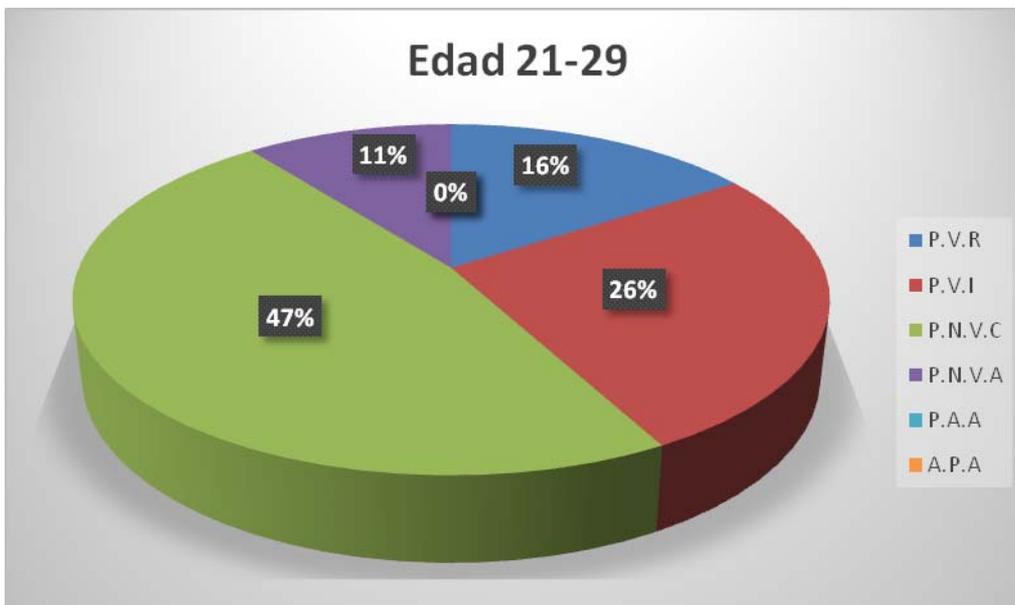
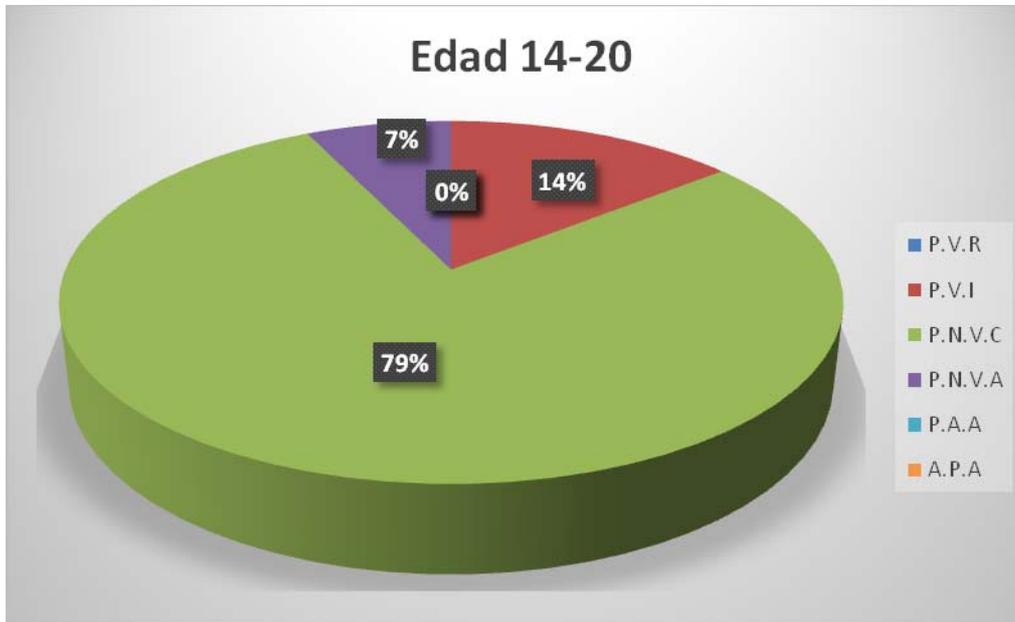


GRAFICO 2

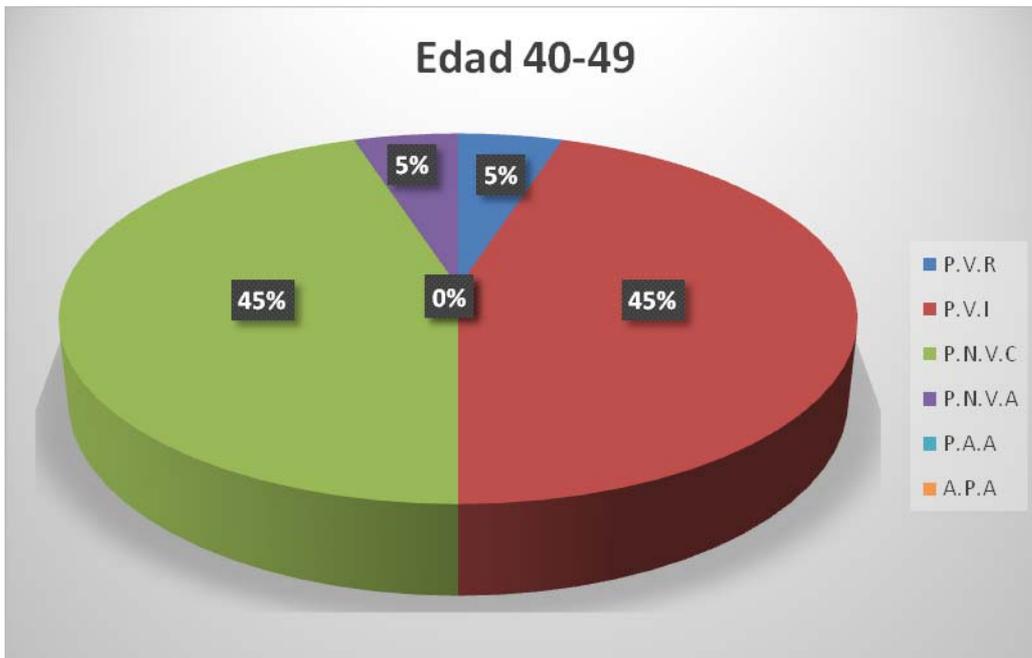
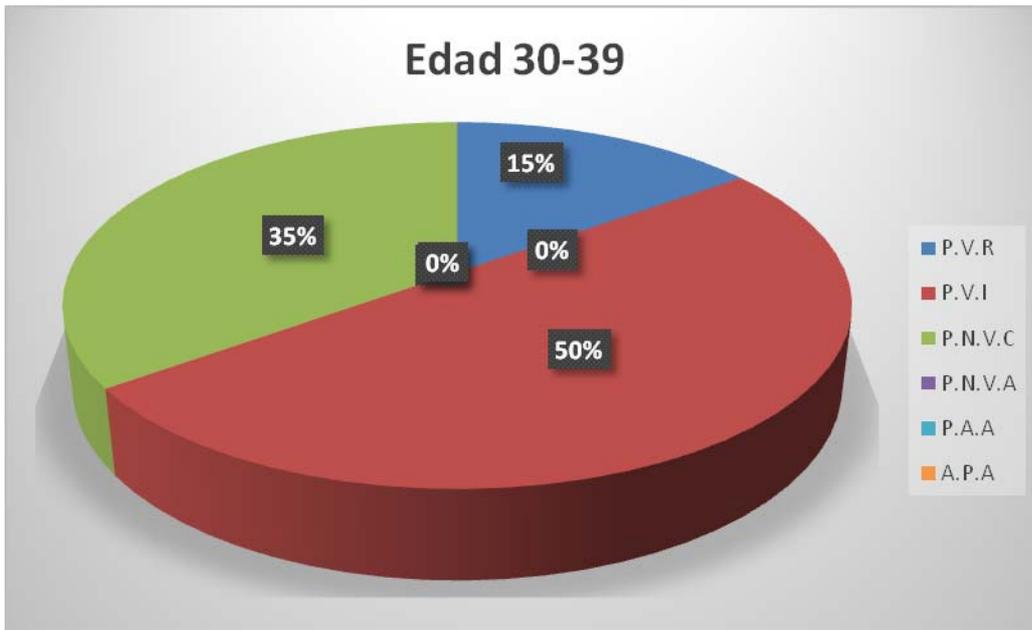


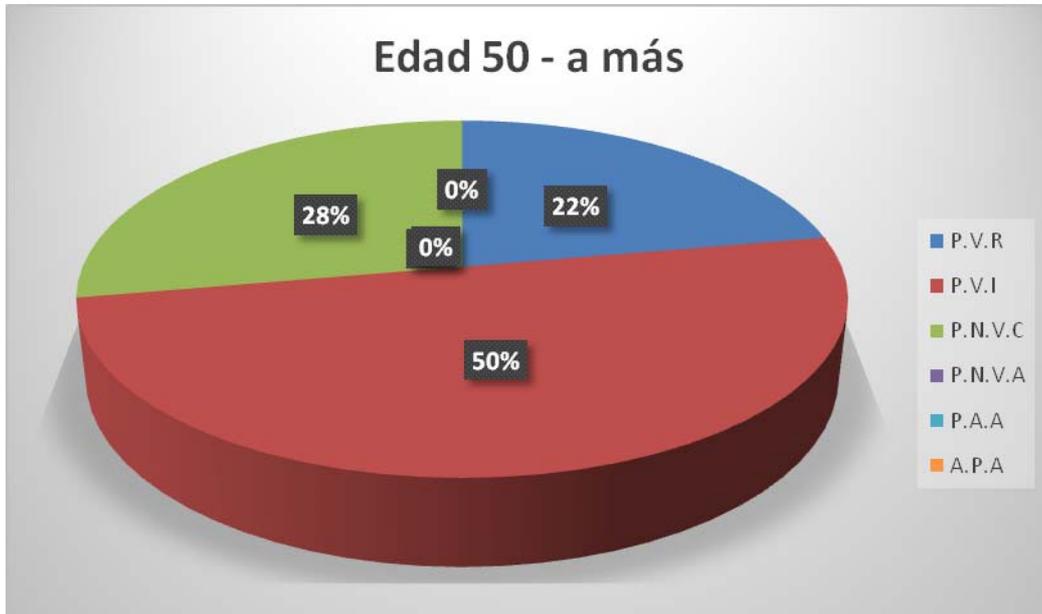
Diagnóstico más frecuente según la edad

GRAFICO 3



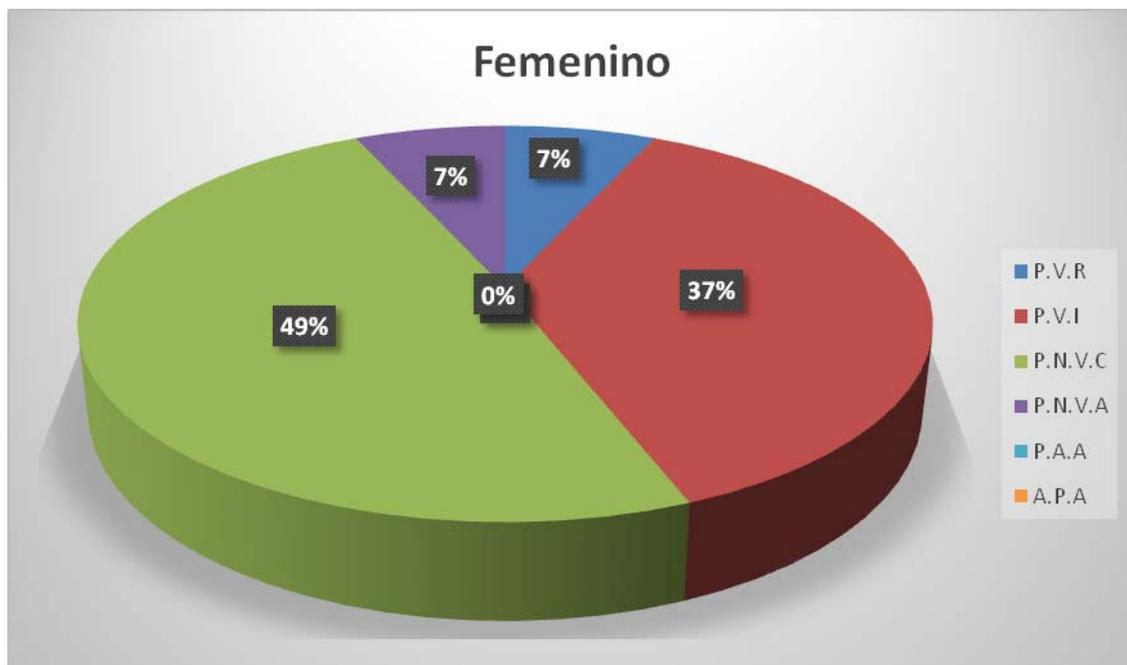
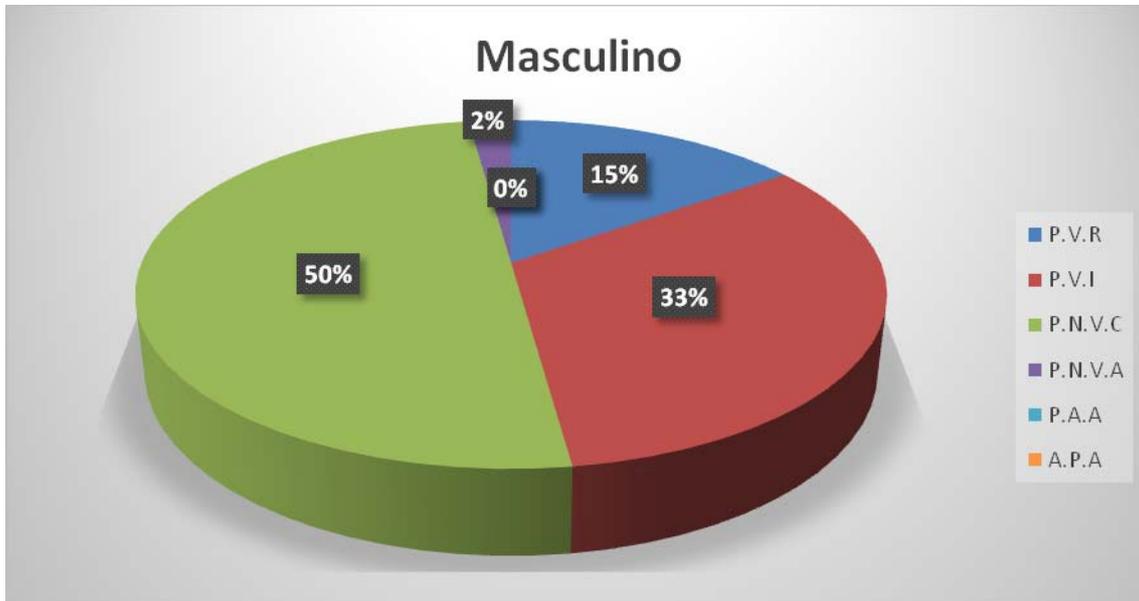
Diagnóstico más frecuente en la Clínica de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la UNAN-LEON; II semestre del año 2011





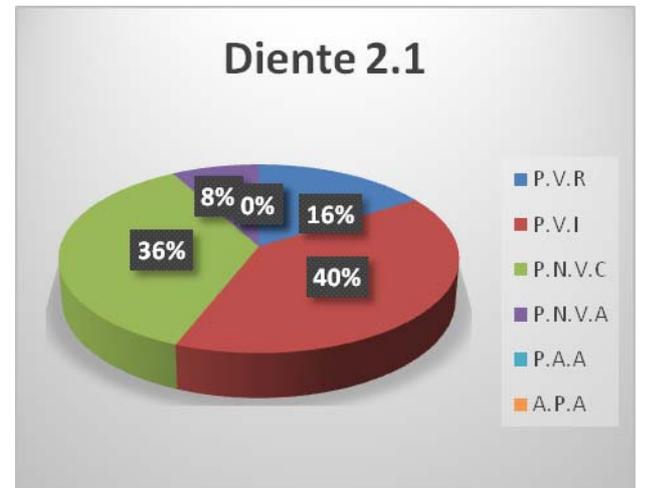
Diagnóstico más frecuente según el sexo

GRAFICO 4

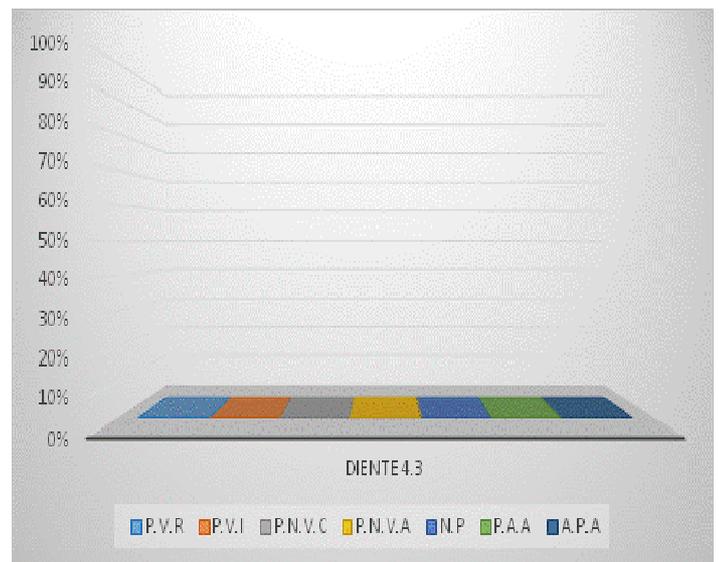
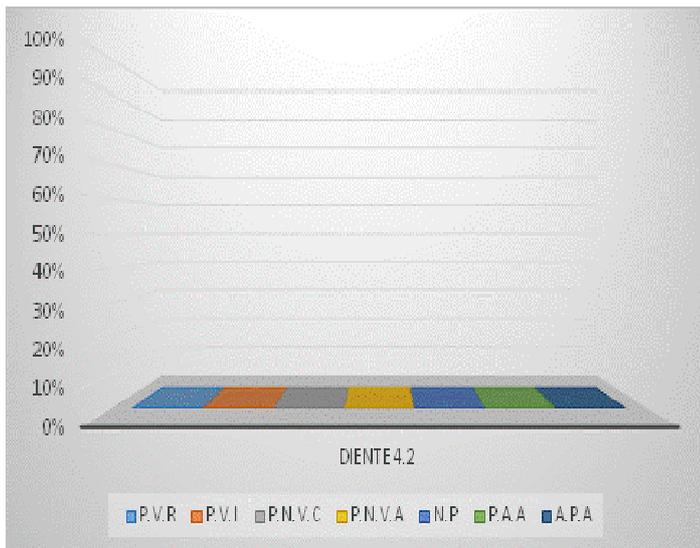
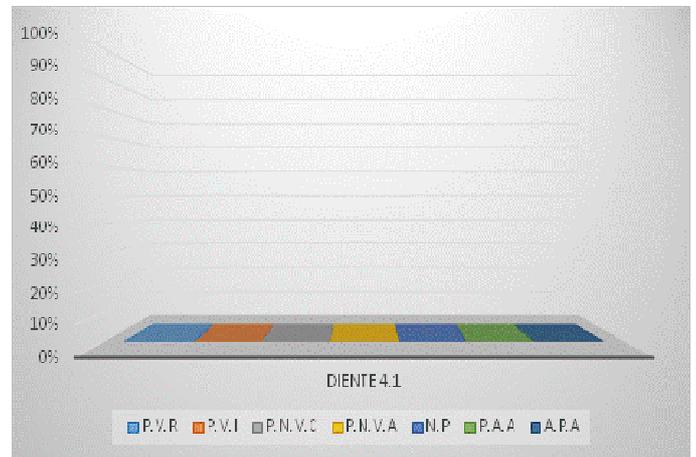
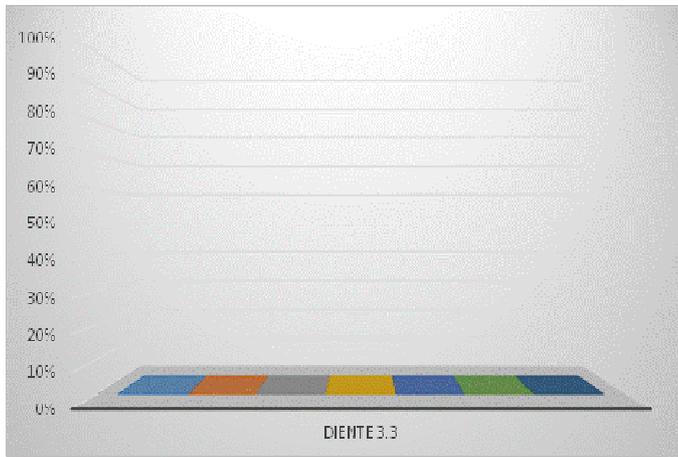
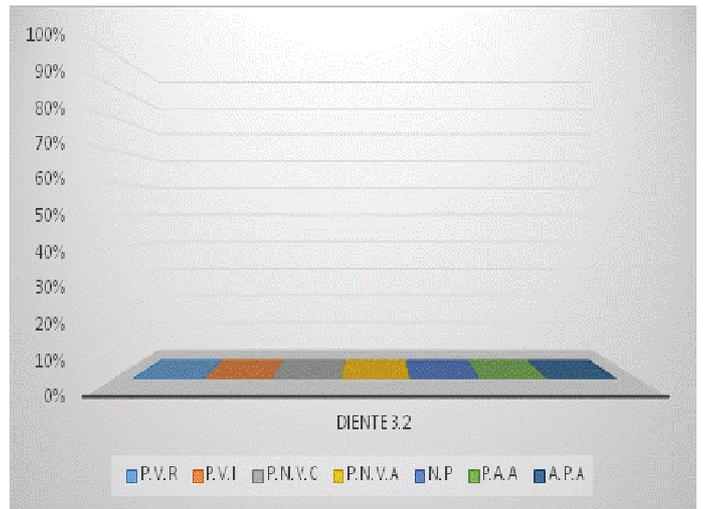


Diagnóstico más frecuente según el diente

GRAFICO 5



Diagnóstico más frecuente en la Clínica de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la UNAN-LEON; II semestre del año 2011



DISCUSION DE LOS RESULTADOS

La distribución de la población en relación de sexo y edad de los pacientes atendidos en la clínica de endodoncia obtuvimos que la población femenina asumió el primer lugar con un porcentaje de 56.17 % y el sexo masculino con un porcentaje de 43.79 %. En relación a la edad las edades comprendidas entre 14 y 20 años asumieron el primer lugar con un 27.61 % y en segundo lugar las edades comprendidas entre 40 y 49 años con un 19.04 %; en comparación con el estudio de 1986 realizado en la facultad de odontología de la UNAN León, los resultados obtenidos fueron semejantes pues en ese estudio el sexo femenino fue el más frecuente con un 69.46 % y las edades más frecuentes fueron de 15-24 años con un 35.02 %.

Con relación al sexo con la patología pulpar en los casos que se realizaron en las clínicas multidisciplinarias de la facultad de odontología de UNAN León podemos establecer que en el sexo masculino el diagnóstico más frecuente fue la pulpa no vital crónica con 50 % del 100 % de casos realizados en este sexo; y en el sexo femenino se obtuvo que el diagnóstico más frecuente fue la pulpa no vital crónica con 49 % del 100 % de casos. Por lo cual nos llevó a determinar que el sexo que más acudió a las clínicas fue el femenino con un porcentaje de 56.19 % y el diagnóstico que más se emitió fue la pulpa no vital crónica en ambos sexo; en relación con el estudio realizado en 1986 en la UNAN León ellos determinaron que el sexo más frecuente que acudió a las clínicas fue el femenino con 69.86 % con la patología pulpar de pulpa no vital crónica con 59.46 %.

Con relación a patología pulpar según sexo podemos decir las edades de 14-20 años se encontró que el diagnóstico más frecuente fue pulpa no vital crónica con un 79 % del 100 % de casos, en las edades de 21-29 años el diagnóstico más frecuente fue la pulpa no vital crónica con un 47 % del 100 % de casos, las edades comprendidas entre 30-39 años la pulpa vital irreversible con un 50 % del 100 % de casos fue la más frecuente, entre los 40-49 años los diagnósticos más frecuentes fueron la pulpa vital irreversible con un 45 % y la

Diagnóstico más frecuente en la Clínica de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la UNAN-LEON; II semestre del año 2011

pulpa no vital crónica con 45 % del 100% de casos y las edades de 50 a más años el diagnóstico más frecuente fue la pulpa vital irreversible con 50 % del 100 % de casos; en relación al estudio de 1986 de la UNAN León ellos determinaron que las edades de 15-25 años con 34 % fueron las más frecuentes con el diagnóstico de pulpa no vital crónica con un 59.46 %.

En relación al diente y al diagnóstico más frecuente podemos establecer que en el diente 1.1 el diagnóstico más frecuente fue la pulpa no vital crónica con 64 % del 100 % de casos, el diente 1.2 el diagnóstico más frecuente fue la pulpa no vital crónica con 56 % 100 % de casos, en el diente 1.3 obtuvimos dos diagnósticos debido a igualdad de porcentaje los cuales son pulpa vital irreversible con 33 % y la pulpa no vital crónica con 33 % del 100 % de casos, en la pieza dental 2.1 el diagnóstico más frecuente fue la pulpa vital irreversible con 40 % del 100 % de casos, en la pieza dental 2.2 el diagnóstico más frecuente fue la pulpa no vital crónica con 84 % del 100 % de casos, el diente 2.3 encontramos que el diagnóstico más frecuente fue la pulpa vital irreversible con 56 % del 100 % de casos, y la pieza dental 3.1 se encontró que el diagnóstico más frecuente fue la pulpa no vital crónica con 100 % del 100 % de los casos de esa pieza dental.

Se estableció que el diagnóstico más frecuente en la atención de tratamientos pulpares en la clínica de endodoncia fue la pulpa no vital crónica con un 50 %, así también pudimos observar que este estudio realizado obtuvo los mismo resultados con el estudio de 1986 realizado en la facultad de odontología de UNAN León el cual también la pulpa no vital crónica con un 60.53 % fue la más frecuente en las clínicas de endodoncia y también pudimos comparar este estudio con el realizado en la facultad de odontología de Goiás, Brasil el cual el diagnóstico más frecuente en ese estudio fue la pulpa vital irreversible con un 28.3 % donde observamos que el diagnóstico fue diferente al nuestro.

Conclusiones

En conclusión de este trabajo investigativo llegamos a:

- Que el diagnóstico más frecuente que emitieron los estudiantes en el II semestre del año 2011 para realizar tratamientos de endodoncia fue la pulpa no vital crónica con un porcentaje del 50 % y en segundo lugar la pulpa vital irreversible con 36 %.
- Que el sexo que más acudió a la atención de endodoncia en la clínica multidisciplinario de la UNAN León fue el sexo femenino con un 57 % del 100 % de los casos tratados.
- Las edades comprendidas entre los 14 – 20 años fueron las más frecuentes en asistir a consulta odontológica en el área de endodoncia en la facultad de odontología de la UNAN León con un porcentaje de 27 % del 100 % de casos atendidos.
- El incisivo central superior derecho (1.1) con 32 % del 100 % de los casos es el diente que salió más afectado con patologías pulpares y al que más se le realizó tratamientos de endodoncias en el segundo semestre del año 2011 y siguiendo el segundo lugar el incisivo central superior izquierdo con 24 %.

Recomendación

- Ampliar la atención integral en el área de endodoncia a los estudiantes de la facultad de odontología autorizándole la realización de tratamientos pulpares en el sector anterior como posterior; para así poder realizar estudios futuros tomando en cuenta todas las piezas dentales con sus respectivos diagnósticos.

BIBLIOGRAFÍAS:

1. Br. J. Dent 2012 Jul 27; 213 (2) :59-66. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.615. Diagnóstico y planificación del tratamiento oral: parte 2. La caries dental y la evaluación de riesgos. Yip K, R. Smales -- fuente..Escuela de Odontología de la Universidad Charles Sturt, Orange, Nueva Gales del Sur 2800, Australia.
2. J Dent. 2010 Sep; 38 (9) :687-97. Epub 2010 24 de mayo. La inflamación de regeneración interacción en el complejo dentina-pulpa. Cooper PR, Y Takahashi, LW Graham, Simon S, S Imazato, AJ Smith. Fuente...Biología Oral, Escuela de Odontología de la Universidad de Birmingham, Queensway St Chad, 6NN Birmingham B4, Reino Unido. p.r.cooper @ bham.ac.uk
3. Oral Surg Med Oral Patol Oral en Radiol Endod Oral. 2011 Dec; 112 (6): E132-6. Epub 2011 Aug 27. Una situación clínico - diagnóstico y diagnóstico diferencial de fístulas cutáneas faciales de origen dental: una serie de informes de casos. Gupta M, Das D, Kapur R, N. Sibal.fuente.Cirugía Oral y Maxilofacial de la Facultad de Ciencias Odontológicas MM e Investigación, Mullana, Ambala (Haryana), India. monikabox@yahoo.com
4. Braz Dent J. 2011; 22 (4) :306-11. Factores diagnósticos y clínicos asociados con el dolor pulpar y periapical. Estrela C, Guedes OA, Silva JA, Leles CR, CR Estrela, Pécora JD. Fuente Facultad de Odontología, UFG - Universidad Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. estrela3@terra.com.br
5. Int J Dent. 2012; 2012:310467. Epub 2012 Mar 15. El dolor postoperatorio después de un tratamiento de conducto radicular: un estudio de cohorte prospectivo. Gotler M, Bar-Gil B, M. Ashkenazi. Fuente Departamento de Odontología Pediátrica, Maurice y Gabriela La Escuela Goldschleger de Medicina Dental de la Universidad de Tel Aviv 69978 Tel-Aviv, Israel

6. J Endod. De mayo de 2007; 33 (5) :552-6. Epub 2007 Mar 6. La incidencia de la alodinia mecánica en pacientes con pulpitis irreversible. Owatz CB, AA Khan, WG Schindler, SA Schwartz, K Keiser, KM Hargreaves. Fuente Departamento de Endodoncia de la Universidad de Texas Health Science Center en San Antonio, San Antonio, TX 78229, EE.UU.. owatz@uthscsa.edu
7. Ingle John. I ENDODONCIA. 5ta edición. Mexico D.F. McGraw-Hill. Interamericana.2004 981 pp
8. J. Philip sapp. Lewis R Eversole, George P. Wisocki. Patología Oral y maxilofacial contemporánea. Segunda edición. Editorial. Mosby elsevier. 2005 183-184
9. Tobon Gabriel, Vélez F. Endodoncia Simplificada.2da Edición,CALI. Impresiones Carvajal S.A.1981
10. Regezi, sciubba. Patología bucal. Segunda edición. Mexico. Mc Graw Hill interamericana. 1995 pp.
11. Cohen, Stephen & hargreaves, kennetth M. Vias de la pulpa 9° edición. MADRID. Elsevier mosby.2008
12. Ricardo Rivas Muñoz. Embriología, histología y fisiología pulpar. UNAM MEXICO.2008. <http://www.iztacala.unam.mx/~rrivas/histologia2.html>
- 13.Negroni. Microbiología Estomatológica, Fundamentos y Guía Práctica. Editorial Panamericana. Impreso en Buenos Aires. Argentina.2004
- 14.Grossman, Louis. ENDODONTIC PRACTICE. 11th.ed. Lea & Febiger Editor. Philadelphia. 1988.
- 15.Ørstavik, Dag, Ford, Thomas Pitt, ESSENTIAL ENDODONTICS. Blackwell Science Ltd. London.1999.

NO caso	NUMERO DE EXPEDIENTE	SEXO	EDAD	NUMERO DE DIENTE	DIAGNOSTICO
---------	----------------------	------	------	------------------	-------------

Anexos

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNAN-LEON

