

La clave siempre está en el diagnóstico correcto.

Dr. Gaston Musi.

Especialista en Endodoncia. Sociedad Argentina de Endodoncia.

Dictante del Curso: Entrenamiento Clínico para la endodoncia actual. (S.O.L.P.)

Co Dictante del Curso: Endodoncia clínica en dientes uní y multirradiculares. (S.O.L.P.)

Trabajo recibido: 23 de Mayo de 2007.

Trabajo Aceptado: 26 de junio de 2007.

RESUMEN:

Si establecemos la necesidad de conocer la clave para acceder a algo, de igual manera que en otros aspectos cotidianos, el desconocimiento de ella es una barrera que nos impiden llegar adecuadamente a nuestro objetivo; sólo la metodología para descifrar dicha clave, nos va a abrir una puerta, posibilitándonos así proceder correctamente.

La realización de un correcto diagnóstico es clave en la etapa inicial de todo tratamiento endodóntico, no sólo para establecer pronósticos, seleccionar técnicas y prever las dificultades, sino también para evitar iatrogenias.

Si estamos de acuerdo en que un diagnóstico acertado es el resultado de la síntesis del conocimiento científico, la experiencia clínica, la intuición y el sentido común (1), no deberíamos subestimar los recursos para realizarlo en forma correcta, ya todo el tiempo dedicado a esta etapa fundamental del tratamiento, determinara el éxito de la terapéutica.

Palabras claves: necrosis pulpar/diagnóstico; trauma oclusal/pronóstico.

SUMMARY

If we agree the need of knowing the key to access something, in the same way as in other ordinary aspects, the fact of not knowing it is a barrier that prevents us from engaging our objective. Only a methodology to decode that key, will open the door for us to proceed correctly.

The realization of a correct diagnosis is the key in the first stage of every endodontical treatment, not only to establish prognosis, select techniques and foresee difficulties, but also to prevent from incur in iatrogeny.

Knowing that an accurate diagnosis is the result of the synthesis of scientific knowledge, clinical experience, intuition and common sense, we should not underestimate the resources to realize it correctly, as all the time dedicated to this fundamental stage of the treatment will determine the succeed of therapeutics.

Key Words: Necrosis of pulp/diagnostic; trauma oclusal/prognosis.

En el interrogatorio las preguntas deben ser directas y no dudosas, deben incluir cuestiones relacionadas con la sintomatología, tanto actual como del pasado reciente. (2) En ocasiones la inflamación pasa de un estado de reposo crónico a uno agudo, los signos y síntomas presentes y pasados nos ayudan a realizar un diag-

nóstico correcto. (3)

Un examen incompleto puede conducir a un diagnóstico inexacto, y por ende a un tratamiento equivocado. (4) Es por eso que se debe establecer un diagnóstico a partir de los datos obtenidos de distintos test clínicos y la lectura radiográfica. Lamentablemente el odontólogo tien-

de a confiar excesivamente en las radiografías para llegar a una información diagnóstica concluyente. (5)

Como producto de un traumatismo (golpe directo/indirecto sobre la pieza/s dentaria/s o trauma oclusal), la pulpa dental y el periodonto pueden conservar su normalidad o presentar alteraciones

mediatas o inmediatas. Según la gravedad o intensidad, puede desarrollarse desde una leve hiperemia reaccional, hasta una necrosis pulpar como consecuencia quizás, de la falta de circulación, disminución de los niveles de oxígeno y coagulación de las proteínas.

Por lo general, estas necrosis suelen ser asintomáticas debido a la naturaleza progresiva de su evolución; también se suelen pasar por alto cuando el odontólogo, en caso de traumatismo, no toma la precaución de realizar controles clínicos y radiográficos a distancia y en forma continuada. (6)

Cabe aclarar, que no se debe, iniciar el tratamiento endodóntico sin un diagnóstico confirmado por distintos elementos de control. Si duda, no proceder y esperar. (7)

CASO CLÍNICO.

ANTECEDENTES DEL CASO

En el mes de Octubre de 2001, se presenta a la consulta un paciente (sexo femenino - 25 años de edad), refiriendo una molestia en la zona del mentón.

La paciente relata que esta molestia la había tenido en otra oportunidad, pero el dolor era de menor intensidad y generado al morder.

En ese momento realizó una consulta y se consideró que un contacto prematuro generaba la molestia, por lo que le realizaron un desgaste en la zona de los incisivos inferiores, lo que le generó un alivio temporario y que luego de unos meses el dolor se vuelve a presentar pero en esta oportunidad con mayor intensidad.

ESTADO ACTUAL

Efectuada la anamnesis general remota y actual, se comprobó que la paciente no presentaba ninguna patología sistémica revelante.

El estado general de los tejidos blandos era bueno. No se detectó la presencia de fístulas ni adenopatías.

Mediante la inspección y exploración de las piezas del sector involucrado 32, 31, 41 y 42 no se encontró la presencia de restauraciones, caries, ni tampoco algún signo de traumatismo. Se ve apiñamiento dental del sector, y una ligera sobreoclusión de la pieza 31. La coloración de la corona era similar a sus adyacentes.

La percusión vertical indicó leve respuesta positiva en el 31.

Las pruebas térmicas (frío) efectuadas en las piezas 33, 32, 31, 41, 42 y 43 dieron como resultado respuesta pulpar positiva

a excepción de la pieza 31, tener presentes que el test térmico nos aporta solo datos sobre la vascularidad de la pulpa, factor determinante para la vitalidad pulpar.

La prueba a frío no agrava la situación de una pulpa dentaria normal o inflamada. Hecho contrario se puede observar con la prueba de calor. Esta prueba no suele ser aplicada en pulpa que parece normal, sino la prueba a frío que es más confiable, rápida y efectiva y no causa daños pulpares como el calor.

Aplicada hasta por 5 minutos no causa daños pulpares y a la superficie del esmalte.

A efectuar pruebas con estímulos frío, es preciso comenzar por el diente más posterior y avanzar hacia delante. Tal sucesión evitara que el agua helada escurra por derretimiento en dirección posterior, y estimule así dientes que todavía no se somete a prueba, con lo que se obtendría prueba falsa.

EXAMEN RADIOGRÁFICO

La lectura de la radiografía preoperatorio, puso en evidencia:

La coronaria del 31 era la de un diente sano, sin ningún tipo de restauración. Por el contrario, en su porción radicular, se observó una importante lesión periapical.

La amplitud de imagen de la cámara y del conducto radicular del 31 y sus adyacentes correspondían con la edad del paciente, por lo se descarta la posibilidad de que el agente etiológico del proceso sea producto de algún traumatismo anterior.

El análisis del tejido óseo adyacente al ápice de la pieza involucrada 31, mostró una amplia lesión radiolúcida que se extendía sobre la pieza dentaria 41. (Foto N° 1)

DIAGNÓSTICO

Analizando la recolección de datos clínicos y radiográficos que se detallaron, se estableció que la patología periapical tuvo origen en la necrosis pulpar de la pieza 31, causada quizás por el trauma oclusal.

TRATAMIENTO.

Los incisivos mandibulares son los dientes más pequeños del humano adulto y son estrechos y llanos en la dimensión labiolingual. La estrecha corona lingual ofrece un área de acceso limitada. Las fresas de fisura más pequeñas y las redondas N° 2 son las que menos dañan

la corona. La cavidad de acceso debe ser tipo ovalada, extendida en sentido vestíbulo-lingual, ya que es frecuente que los incisivos mandibulares presenten 2 conductos. Numerosos estudios señalan que los incisivos inferiores poseen generalmente una única raíz pero con frecuencia ésta presenta dos conductos radiculares. (8)

En un estudio (10) se observó que el 41.4 % de los incisivos mandibulares tenían dos canales separados: de ellos el 70% tenía dos foraminas separadas. Los frascos endodónticos en los incisivos mandibulares suelen tener su origen en los canales que no han sido limpiados.

Luego de realizado el correcto acceso, y ya comprobado en este caso de la sola presencia de un canal radicular, se procede a realizar la limpieza de los dos tercios coronarios, para dar lugar luego a la toma de la conductometría (foto 2).

La preparación quirúrgica se realizó con limas preparación manual, y una técnica manual tradicional. La obturación se concretó con una técnica de condensación lateral, el cemento sellador empleado fue cemento de Grossman. (Foto N° 3)

Se cito a la paciente a los seis meses; se constató que el tratamiento evolucionaba favorablemente ya que clínicamente la paciente no tenía sintomatología alguna y en la radiografía de control se ven signos claros que denotan la curación en la zona periapical. (Foto N° 4).

Cinco años más tarde tenemos un control que muestra la curación completa de la zona, con absoluta normalidad de los tejidos adyacentes. (Foto N° 5)

CONCLUSIONES

No cabe duda que el correcto diagnóstico es pilar fundamental para el éxito en endodoncia. Es por eso que será de suma importancia antes de efectuar el tratamiento endodóntico realizar una lectura minuciosa de las radiografía/s preoperatorio/s, pero nunca debe separarse esta del examen clínico, si solo limitamos tomar decisiones en base a una radiografía, un mala interpretación, provocara errores en el diagnóstico.

No es mucho lo que el diagnóstico exige escuchar con atención al paciente, interpretar algunos signos y síntomas. Colaborar esto mediante la aplicación de algunos test para evitar realizar tratamientos equivocados y en ocasiones iatrogénicas.

Dedicatoria: A mi amigo y maestro Dr. Jorge R. García.



Figura N° 1



Figura N° 2

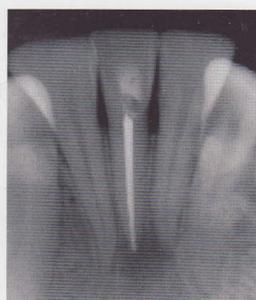


Figura N° 3



Figura N° 4



Figura N° 5

BIBLIOGRAFIA

- 1- Cohen, S.; Burns, R. Vías de la Pulpa. 7º edición. Madrid: Ediciones Harcourt España, 199. pp. 01-19.
- 2- Leonardo, M. Endodoncia. Tratamiento de conductos radiculares : Principios Técnicos y Biológicos. Vol. 1. Sao Paulo : Editorial Artes medicas Latinoamericanas. pp 19-44.
- 3- Gómez de Ferraris, Ma. Elsa y Campos Muñoz, Antonio. Histología y embriología bucodental. 2ª ed. Madrid : Médica Panamericana, 2002. pp 211-234.2004.
- 4- Andreasen, J. O. Lesiones traumáticas de los dientes. Barcelona: Editorial Labor, 1986. ppP.27-44,1986
- 5- Walton, Richard E; Torabinejad, Mahmoud. Endodoncia : principios y práctica clínica. 2ª. Ed. México : Interamericana, 1996. pp 56-80,1996.
- 6- Basrani, E. Endodoncia y traumatología. Buenos Aires: Científica Interamericana, 1994. pp. 129-147.
- 7- Egozcue, E. Reflexiones sobre la interrelación Odontólogo-Paciente en la Práctica Endodóntica. Rev. Asoc. .Odontol. Arg., 1999; 87(2): 103-106.
- 8- Golberg, F., Pruskin, E., Melinsky, D. Incidencia de dos Conductos Radiculares Incisivos Inferiores Experiencia in Vitro. Rev. Asoc. Odontol. Arg., 1998; .86(1) : 21-23.
- 9- Benjamin KA, Dowson J. Incidente of two root Canals in human mandibular incisor teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1974 Jul 38(1): 122-6.
- 10- Glosario. Terminología contemporánea para Endodoncia. Versión en Español. Buenos Aires: Soc. Arg. Endod, 2006.



Sociedad Odontológica
SIEMPRE UN PASO ADELANTE



INSTITUTO DE ENSEÑANZA SUPERIOR
Dr. Raúl Duyos

CARRERA · CARRERA

TECNICO DE LABORATORIO PARA ODONTOLOGOS



Abierta la Inscripción ► Cuota Accesible

¡VACANTES LIMITADAS!

Cuerpo Docente **UBA - UNLP**

- Duración de la Carrera: 3 Años
- Título Oficial: DIPREGEP

Pasantías en Instituciones Públicas y Privadas

Informes e Inscripción: **SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DE LA PLATA**

Av. 13 Nº 680 La Plata Tel/Fax (221) 422-7471 L.Rot. Int.227

de 19Hs. a 23Hs. e-mail: rduyos@solp.org.ar