



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PERFIL PROFESIONAL PARA OBTENER UN
DIAGNÓSTICO**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

LUIS ALBERTO MAGAÑA RODRÍGUEZ

DIRECTOR: C.D. JOSÉ LUIS RAMIRO ÁRCEGA

MÉXICO D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres: Por que sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer en esta vida de lucha y superación constante todos sus esfuerzos y sacrificios, deseo expresarles que mis ideales y logros han sido también suyos y constituye el logro más grande que pudiera recibir. Con cariño, admiración y respeto. GRACIAS.....

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	5-6
1. ANTECEDENTES.	
1.1 Historia medica general.....	7
1.2 Historia bucal.....	7
1.2.1 Anamnesis.....	8
1.2.2 Exploración clínica.....	9-13
1.2.3 Pruebas de vitalidad.....	13-18
1.2.4 Examen radiográfico.....	19-20
1.2.5 Pruebas especiales.....	21-23
1.2.6Elemento para realizar un expediente clínico.....	23-25
2. DIAGNOSTICO ENDODONCICO.....	26-30
3. PERFIL PROFESIONAL PARA EL DIAGNOSTICO.....	31-32
3.1 Factores que alteran el diagnostico.....	32-33
3.2 Procedimientos para facilitar el diagnostico.....	33-34
3.3 Capacidad y limitación para realizar el diagnostico.....	35-36
3.4 Datos subjetivo y comunicación con el paciente.....	36-39
3.5 Perfil odontológico.....	39-43
4. ANÁLISIS DEL DOLOR.	
4.1 Dolor dental.....	44-46
4.2 Características del dolor.....	46-50
5. DIAGNOSTICO PULPAR Y PERIODONTAL.....	51
5.1 Características de los procesos pulpaes y periodontales.....	52-64

6. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

6.1 Odontalgia de origen neurovascular.....	65-67
6.2 Odontalgia neuropatía episódica.....	68
6.3 Odontalgia neuropatica continua.....	68
6.4 Odontalgia atípica.....	68-69
6.5 Odontalgia originada en el seno maxilar.....	69
6.6 El trastorno craneomandibular no diagnosticado.....	70-73
6.7 Neuritis por herpes zoster.....	73-74
6.8 Dolor psicógeno.....	74-75
6.9 Dolor referido de origen cardiaco.....	75-76
6.10 Síndrome del diente hendido y fracturas verticales.....	77
Discusión.....	78
Conclusiones.....	79-80
Referencias bibliográficas.....	81-82

INTRODUCCIÓN.

En la actualidad algunos odontólogos quisieran reducir a una hoja de calculo el proseso del diagnostico, por desgracia el establecimiento correcto de este no es tan simple. Aunque muchas veces las pruebas pueden proporcionar resultados clásicos, a veces se obtienen otros inconsistentes o incompletos que necesitan una interpretación cuidadosa por parte del clínico perspicaz y curioso para resolver las discrepancias.

El diagnostico, así como el tratamiento, deben tener bases científicas y éticas, dirigidas siempre al interés del paciente en todos los sentidos.

Es importante recordar que el ser humano debe ser tratado en función de sus necesidades biológicas y sociales, con dignidad y no como un medio para satisfacer la vanidad, ni utilizando al paciente y a su dolor para satisfacer necesidades económicas a favor del profesional.

El diagnostico endodóncico combina el conocimiento científico, aplicado en un contexto clínico, con el arte de la experiencia clínica y el sentido común.

Este trabajo tiene la finalidad de mostrar al profesional los perfiles que debe tener o adquirir para poder llegar a realizarlo, y concientizar al gremio odontológico que los métodos no son solo la base fundamental para diagnosticar. Estos son herramientas con las que podemos contar o confirmar muestras hipótesis o resultados pero si el profesional no tiene el sentido común, la experiencia y sobre todo la paciencia para llegar a un buen resultado de nada serviría contar con los buenos y eficaces métodos que hoy en día el comercio y la tecnología dental nos permite tener a nuestro alcancé.

Es necesario dejar claro que las diferentes formas y maneras de enfrentarnos a la enfermedad, deben tener siempre la finalidad de curar o por lo menos intentar curar.

Debemos de recordar que el paciente trae consigo información valiosa, la cual nos ayudan a la elaboración del diagnóstico. Hay que valorizar el relato de quien está sufriendo, su contribución es fundamental, no solo por su propio contenido sino también por la forma como el paciente se expresa verbalmente y a través de sus gestos o expresiones faciales y corporales

La finalidad es obtener un correcto diagnóstico y realizar un tratamiento adecuado que llegue a alcanzar un buen pronóstico y poder lograr una satisfacción profesional, sin tener miedo a reproches o resultados desfavorables a futuro.

Tratemos de unificar tecnología, conciencia, paciencia y sobre todo humanidad hacia lo que estamos haciendo y para quien lo estamos haciendo.

Agradezco a mi Director de Tesis: C.D. José Luis Ramiro Árcega, por su asesoramiento, su valioso tiempo dedicado y estímulo para seguir creciendo intelectualmente. A Isabel Márquez Sánchez por el apoyo que siempre me ha dado y a mis hermanos por la comprensión que han tenido.

ANTECEDENTES

1.1 Historia medica general

La realización de la historia medica general es un registro de los datos aportados por el paciente los cuales aportan información que revela de inmediato su estado de salud, y contribuirá directamente al diagnostico Odontológico. Es necesario conocer la existencia de enfermedades y antecedentes familiares. Para tomar las precauciones ante un tratamiento.

La historia médica general consta de:

- Anamnesis.
- Exploración clínica o física.
- Diagnostico y pronostico.
- Plan de tratamiento.
- Controles, seguimiento y evaluación.

1.2 Historia bucal.

Nos da a conocer los antecedentes patológicos, de la cavidad oral que determinara la elección de pruebas de exploración, el diagnostico y el plan de tratamiento.

La historia dental debe identificar el motivo por el cual el paciente acude a nosotros.

La necesidad de efectuar una historia endodoncica por órgano dentario para determinar el estado de salud y alcanzar un diagnostico de la patología pulpar y periapical, también tiene interés desde otros aspectos: como son la el control periódico del paciente (control de calidad), la investigación, control epidemiológico, aspecto docente, administrativo y económico.

1.2.1 Anamnesis.

La anamnesis o interrogatorio, tiene como objetivo registrar todos los síntomas y factores relacionados que nos refiere el paciente.

Gran parte del diagnóstico pulpar y periapical se basa en la anamnesis y nos permite alcanzar un diagnóstico de presunción que los exámenes clínicos y complementarios pueden confirmar o modificar.

La historia dental comienza tomando nota del motivo por el que el paciente asiste a consulta si omitir nada de lo que nos informe. En esta fase se animará al paciente para que no omita nada. La objetividad se apoya con el uso de preguntas, expresadas de tal forma que el paciente deba proporcionar información, en vez de simplemente responder “sí” o “no”. El odontólogo puede iniciar diciendo “cuénteme su problema”. Después se podrán hacer preguntas específicas sobre la naturaleza de los síntomas experimentados:

- Comienzo: ¿Cuándo notó por primera vez el dolor?
- Frecuencia y curso: ¿Con qué frecuencia ocurre el dolor? Desde el inicio el dolor aumenta, disminuye o permanece ¿cuanto tiempo?
- Intensidad: ¿El dolor es leve, moderado o intenso?
- Calidad: ¿Cómo es el dolor? ¿Agudo? ¿Sordo? ¿Punzante?
- Localización: ¿Puede identificar el diente que le duele o el área inflamada?
- Factores agravantes: ¿Le produce dolor el calor o el frío, al morder o masticar?
- El dolor producido por el calor o el frío, ¿Es sólo momentáneo o persistente?
- Espontaneidad: ¿Le duele alguna vez sin ninguna causa aparente?
- Factores atenuantes: ¿mejora el dolor con algo, como líquido frío o caliente, al incorporarse?
-

La evaluación cuidadosa de las respuestas del paciente a estas preguntas permite una descripción narrativa de la queja principal.

1.2.2 Exploración clínica.

Terminada la anamnesis se efectúa la exploración clínica o física del paciente, en buenas condiciones de luminosidad, ayudándonos de un espejo bucal y de una sonda exploradora.

Inspección.

La inspección extraoral nos suministra datos sobre la simetría facial, tumefacciones, cicatrices por traumatismo, cambios de color de zonas de la piel.

Se realiza una desde que el paciente entra a consulta y se tomara nota de posibles problemas de la marcha o el equilibrio, y de hábitos inusuales que pudieran sugerir trastornos sistémicos, consumo de alcohol o drogas y anomalías psicológicas. Mientras realiza la entrevista verbal, el clínico debe observar las características faciales del paciente como asimetría facial o distensión que pudiera indicar tumefacción de origen odontogénico; observará los ojos del paciente en busca de miosis o midriasis indicativas de enfermedad sistémica; la piel del paciente debe examinarse en busca de cualquier lesión como laceración, contusiones, cicatrices y cambios de coloración; El examen de la cabeza y cuello continua con la palpación bimanual de los músculos masticatorios y las articulaciones temporomandibulares y en esta exploración se buscara dolor a la palpación y presencia de posibles puntos desencadenantes, se continua el examen con los músculos cervicales, en busca de hipertrofia, atrofia e hipersensibilidad y se palpa el cuello en busca de ganglios palpables los cuales se evaluaran en cuanto a tamaño, movilidad e hipersensibilidad.(Figura1)



(Figura 1) www.odontologia-online.com .

La inspección intraoral; se realiza con un espejo oral, eyector de saliva y una buena luminosidad con lámpara. Se inicia por los tejidos blandos buscando posible anomalía en la mucosa, la encía, el paladar, los labios, la lengua y las mejillas. (Figura 2)

Hay que tomar en cuenta que la cavidad debe estar lo mas seca posible para que la saliva no obstruya la visibilidad cuando se este explorando algún tejido bucal.

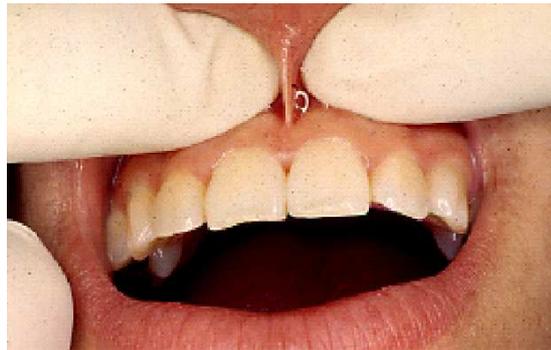


(Figura 2) Fotos de pacientes

La inspección de los dientes se iniciara en el diente sospechoso, sin descuidar las demás órganos dentales, especialmente el contra lateral. Se observará la existencia de caries, fracturas, cambios de coloración, restauraciones dentales y sus márgenes, anomalías anatómicas.

Palpación.

Se lleva a cabo presionando con el pulpejo del dedo los tejidos orales para comprobar la hipersensibilidad de estos, también es posible obtener información adicional sobre la fluctuación o induración de los tejidos blandos y sobre cambios de la arquitectura ósea. (Figura3)

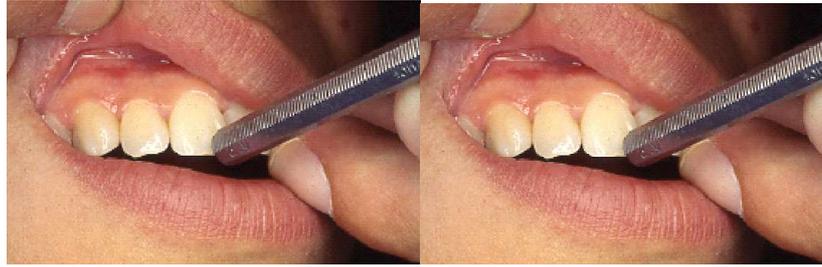


(Figura 3) www.odontologia-online.com .

Percusión.

Esta prueba no demuestra la vitalidad de la pulpa solo nos indica si existe una inflamación y alteración del ligamento periodontal ⁽¹⁾. Antes de realizarla el clínico debe informar al paciente de su objetividad, y explicarle que deberá comunicar cualquier hipersensibilidad. Se lleva a cabo con el mango del espejo, cuando el paciente indico dolor a la masticación.

El clínico comenzará golpeando el diente contra lateral antes de percutir el sospechoso para evitar una falsa respuesta y el paciente perciba primero la sensación normal. Luego de forma aleatoria los dientes del cuadrante sospechoso se percutirán en las caras vestibular, lingual y oclusal. (Figura 4)



(Figura 4) www.odontologia-online.com .

Movilidad.

La movilidad del diente proporciona información con respecto a la integridad del aparato de inserción.

El clínico debe usar el mango del espejo oral para aplicar fuerzas laterales en dirección vestibulo- lingual y observar el grado de movilidad del diente. También se debe probar el grado de depresión del diente dentro de su alveolo esto se obtiene deprimiendo el diente en su alveolo para observar cualquier movimiento vertical. (Figura 5)



(Figura 5) www.odontologia-online.com

Exploración periodontal.

Esta prueba consiste en el uso de una sonda calibrada roma para explorar el nivel de inserción en el surco gingival alrededor de cada diente. Se debe sondear todas las superficies de las raíces, junto con cualquier furcación.

El sondeo se debe realizar en toda la boca, para apreciar el estado periodontal global. (Figura 6)



(Figura 6) E:\com-images-periodontitis_jpg_archivos\treatment.htm

Si existe una fístula, se explorará su trayecto mediante una punta de gutapercha y se efectuará una radiografía para averiguar su origen y se denomina radiografía de trazado⁽²⁾ (Figura 7)



(Figura 7) <http://mx.wrs.yahoo.com/.rincondelvago.com/enfermedades-periodontales.html>

1.2.3 Pruebas de vitalidad pulpar.

Son de gran interés para el diagnóstico de la patología pulpar y periapical. Las pruebas térmicas no revelan el grado de salud del tejido pulpar, sólo la respuesta de las fibras nerviosa⁽¹⁾. Se efectuarán con el diente limpio y seco, evaluando la respuesta en el contra lateral para intentar disminuir la subjetividad.

Deben realizarse en todos los casos pero en forma racional y no en forma sistemática. Tampoco debe confiarse en las expresiones del paciente como respuesta a los estímulos aplicados.

Prueba del frío.

La aplicación de frío estimula las terminaciones de las fibras “a-delta”, probablemente por los movimientos de la linfa en los túbulos dentinarios (teoría hidrodinámica)⁽¹⁾.

Se han usado varios métodos para aplicar frío a los dientes.

Los empleados con más frecuencia son la varilla de hielo la cual se aplica inmediatamente en el tercio medio de la superficie vestibular de la corona del diente y se mantiene en contacto con el diente durante 5 segundos o hasta que el paciente comienza a notar dolor.⁽¹⁾

El cloruro de etilo se encuentra disponible en forma de pulverizador comprimido, y se emplea con frecuencia en medicina como un refrigerador cutáneo. Ya no se recomienda emplearlo, debido a que resulta menos efectivo que el diclorodifluorometano^(1,3), conocido comercialmente como refrigerante; este producto se pulveriza sobre una torunda de algodón, que después se aplica en el tercio medio de la superficie vestibular de la corona del diente y es el método más eficaz para provocar la respuesta de un diente con vitalidad.

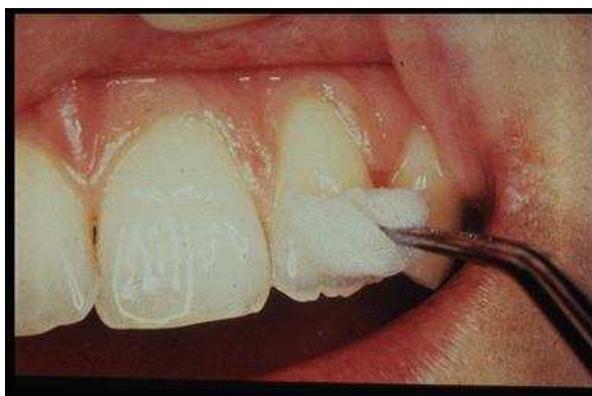
Dependiendo el grado de inflamación pulpar del órgano dentario, la respuesta al frío puede ocasionar un dolor que permanezca durante un tiempo prolongado o escaso; la ausencia de respuesta puede indicar la presencia de una masa gruesa de dentina o una pulpa fibrosa en pacientes de edad avanzada.

Es recomendable comenzar en los dientes vecinos, sano, con el objeto de: Educar al paciente sobre cual será la sensación que el va a tener, y comparar los resultados del diente afectado con el normal.

A un en los dientes sanos hay sensibilidad al frío, sobre todo, con helados o bebidas muy frías; por lo que esta molestia no siempre es un síntoma de una patología pulpar (Figura 8).

Si se presenta alguna fístula en la mucosa vestibular de un diente vecino, es probable que el paciente señale a ese como el responsable de la sensibilidad y no sepa que la presencia de placa, es la única culpable. Si existe algún diente con caries, incipiente puede haber sensibilidad al frío. Si se trata de un dolor leve, que dura mientras esta colocado el hielo e inmediatamente desaparece, será compatible con un aumento del flujo sanguíneo dentro de la cavidad pulpar, conocido como hiperemia.

Si el dolor es moderado a severo y persistente después de retirar el estímulo por unos segundos, se considera que la pulpa esta vital pero con problemas inflamatorios irreversible. En algunos casos el paciente viene a consulta con dolor muy fuerte, al realizar la prueba al frío el dolor disminuye o cede por algún tiempo; en este caso la pulpa se encuentra vital pero con microabsceso en su interior por lo que la temperatura del paciente el calor suficiente para ocasionar el dolor más terrible que pueda producir en el cuerpo.



(Figura 8) www.odontologia-online.com .

Prueba al calor.

La aplicación de calor puede inicialmente estimular las fibras a-delta, ocasionando una molestia inicial; si la aplicación continúa, aparecerá un dolor mantenido ocasionando por la estimulación de las fibras "C".

Se han sugerido muchos métodos pero los más usados son barras de gutapercha calentadas este método resulta lo más cómodo para el clínico; para usar esta técnica, los dientes a probar se protegen primero con una capa ligera de vaselina para evitar que se adhiera la gutapercha, el material se calienta sobre una llama hasta que se ablanda y comienza a brillar, sin que llegue a fundirse y no se haga demasiado blando , se aplica en el tercio medio de la superficie vestibular de la corona durante 2 segundos.

No debe ser excesivo a fin de evitar quemaduras o daños irreparables a la pulpa. Primero se comienza por los dientes sanos ya que, no duelen con el calor. Cuando un paciente manifiesta dolor con alimentos calientes es por que existe pulpa inflamada irreversible o necrosis pulpar con gases encerrados (figura 9).

En casos de vitalidad pulpar, el calor hace que aumente la presión del edema ocasionando por la inflamación pulpar y lógicamente aumenta el dolor

El empleo del método con agua fría o caliente previene el daño de la pulpa causado por un cambio excesivo de temperatura y actúa sobre toda la corona completa, y no sólo en una sección de una de las superficies del diente; pero la utilización de cada método depende de la capacidad, habilidad y material con que cuente el clínico y las facilidades que proporcione el paciente.



(Figura 9) www.odontologia-online.com .

Pruebas eléctricas.

Evalúan la respuesta de las fibras A-delta principalmente ya que las fibras C no responden al estímulo eléctrico y simplemente indica la existencia de fibras sensoriales con vitalidad dentro de la pulpa.

La respuesta depende de: la edad del individuo, grado de fibrosis pulpar, grosor del esmalte y de la dentina, existencia de dentina reparativa. La corriente eléctrica se aplica al diente mediante dispositivos denominados pulpómetros. Se evalúa primero la respuesta en el diente contra lateral.

Se coloca un electrodo en el diente previamente colocando una sustancia conductora como un dentífrico, y el circuito se activa hasta que el paciente nota una sensación de hormigueo.

Una respuesta negativa no siempre indica necrosis.

En dientes con el ápice no formado puede obtenerse una respuesta negativa, ya que las estructuras nerviosas son las últimas en desarrollarse. Es mejor no utilizar estas pruebas en pacientes portadores de marcapasos por la posibilidad de interferir en ellos.

Es importante aislar el diente de cualquier contacto de saliva con la encía u otro diente vecino; humedecer la punta del electrodo antes de hacer contacto con el diente y no percutir para evitar falsas respuestas. No preguntar insistentemente al paciente. "Siente", esto induce a respuestas equivocadas.

La prueba es determinante en dientes que presentan fístula o edemas a nivel de la mucosa vestibular y no tienen caries u otros signos que indiquen alguna patología pulpar que los haya originado.

Si el diente responde a la prueba es porque los signos clínicos que presenta el paciente son ocasionados por un absceso periodontal. Por lo tanto no está indicado abrir la cámara pulpar ni será necesario el tratamiento endodóntico.

En casos de traumatismo, puede ser que la pulpa no responda a la prueba eléctrica, en las primeras horas o días. Esto no es señal de necrosis pulpar. Recordar que la recuperación de la respuesta pulpar, en estos casos, no es indicativo de la recuperación de la vitalidad o regreso a la normalidad pulpar.

1.2.4 Examen radiográfico.

Aunque la radiografía posiblemente sea el instrumento de diagnóstico más útil a disposición del odontólogo, también es el que peor suele usarse.

La radiografía no suministra datos acerca del estado de la pulpa, excepto en los dientes con reabsorción dentinaria interna causada por una pulpitis irreversible asintomática.

Si resulta de gran utilidad, para conocer la morfología de la cámara y los conductos radiculares, la existencia de reabsorciones radiculares, rizólisis, estado periodontal y en las fracturas corono-radiculares. (Figura 9) Las radiografías sólo son un complemento para el diagnóstico, una de las piezas del rompecabezas que ayudan a identificar el cuadro completo. Por esta razón, sólo se debe utilizar después de realizar la historia y el examen clínico.

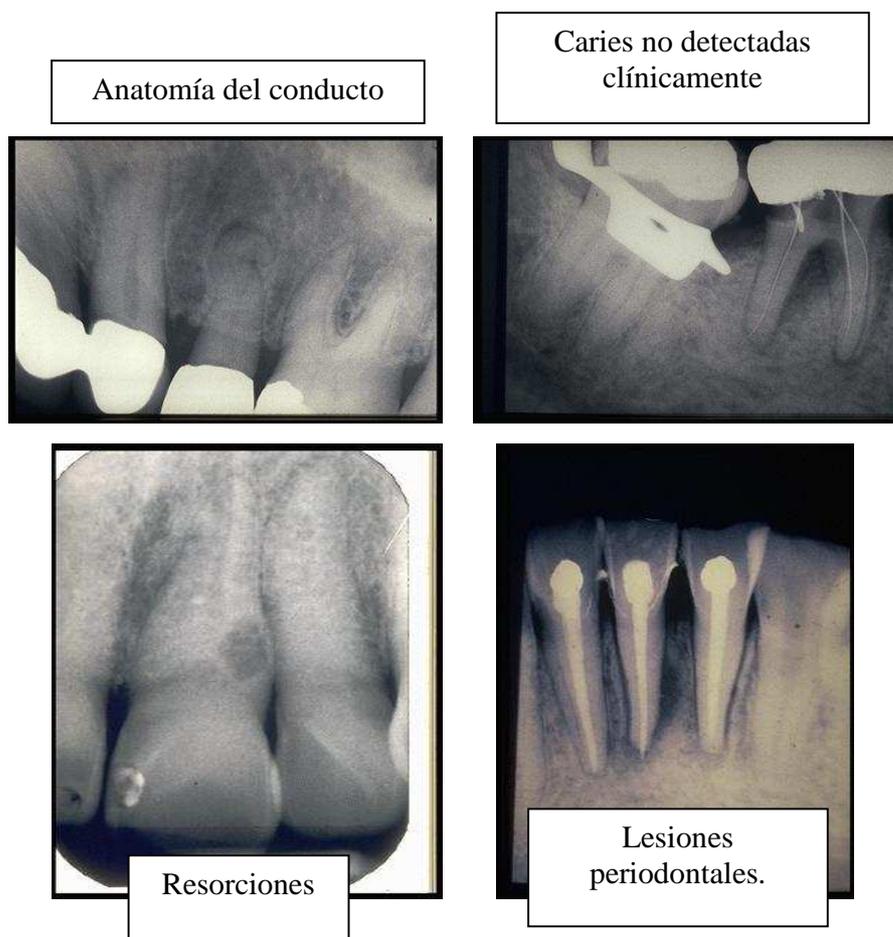
La radiografía tiene varias limitaciones: En primera solo proporciona una imagen bidimensional de la realidad tridimensional, la segunda limitación consiste en que su interpretación es una capacidad aprendida y, por tanto, sometida a variación en los diversos observadores, la interpretación radiográfica, como el diagnóstico, es en parte ciencia, en parte arte y en parte intuición.⁽¹⁾

A primera vista, la radiotransparencia en el ápice puede parecer una lesión periapical; sin embargo, una respuesta positiva a la prueba térmica, eléctrica, la ausencia de síntomas y la localización de la masa, indican con claridad que se trata del agujero mentoniano o alguna estructura anatómica,

Así que la interpretación exacta comienza con una radiografía correctamente expuesta y procesada y un eficaz conocimiento sobre las estructuras óseas que se puedan mal interpretar.

Metodologías basadas en la digitalización de la imagen han sido propuestas para identificar mejor las estructuras dentales y periodontales, pudiendo aplicar programas que permiten variar el tamaño de la imagen, colorear las distintas estructuras y determinar la densidad de éstas.

La radiovisiografía se ha popularizado y presenta distintas ventajas. Sin embargo, diversas investigaciones concluyen que no incrementa la capacidad de diagnóstico de la patología periapical. Otras tecnologías como la tomografía axial se ha utilizado para el diagnóstico diferencial entre lesiones apicales granulomatosa y quistes y para valorar la reparación post-endodóncica de lesiones periapicales.



(Figura 9) www.odontologia-online.com

1.2.5 Exámenes especiales.

Prueba de la anestesia.

En situaciones clínicas especiales, proporciona un instrumento diagnóstico efectivo. Es una prueba excepcional. Se debe usar cuando el clínico ha determinado, a través de pruebas previas, que el diente es la fuente del dolor, pero el paciente comunica dolor residual persistente e intenso después de la prueba térmica. Se administra de 0.2 ml de anestésico local en el surco distal del último molar de ese cuadrante si proporciona un alivio para el paciente ese es el diente causal. Si la molestia continúa siendo fuerte, difusa y vaga, y la prueba previa no ha sido concluyente, la anestesia se puede usar en los siguientes dientes hasta determinar el causante, esto en caso de dientes maxilares y con dolor difuso de un lado de la cara. Se puede efectuar una anestesia troncular, infiltrativa o intraligamentosa. Si la sospecha mayor recae en un diente mandibular, realicemos una anestesia troncular del nervio dentario inferior.

Si el dolor cede al cabo de unos minutos, ello significa la confirmación de nuestra suposición. De lo contrario, se puede efectuar una anestesia infiltrativa en el maxilar superior, empezando por el diente más posterior y esperando unos minutos para poder apreciar el efecto antes de proseguir anestesiando otros órganos.

Prueba de cavidad.

Es útil para el diagnóstico de un diente con necrosis pulpar cuando en una hemiarcada existen dientes muy abrasionados, con restauraciones coronales o recubiertas por coronas, especialmente de cerámica. Se efectúa sobre el órgano dental más sospechosos, elegido por la palpación, percusión o radiografía que nos orientan hacia él.

Se utiliza una fresa redonda, pequeña, a alta velocidad, con el diente sin anestesiar. Se inicia la perforación en la zona donde realizaríamos la cavidad de acceso cameral.

Si es vital, aparecerá dolor al llegar a la unión amelodentinaria o algo dentro de la dentina. Y se deberá restaurar la perforación; si no lo es, proseguiremos hasta alcanzar la cámara pulpar.

Aunque resulta posible reparar el daño, éste no es un procedimiento reversible. Por tanto, se debe reservar para casos en los que resulte imposible llegar a un diagnóstico del estado de la pulpa con otros métodos.

Transiluminación.

La colocación horizontal de un instrumento iluminador en la superficie lingual de los dientes, mientras se apagan las luces del consultorio puede revelar una línea de fractura vertical o la visibilidad de una línea sospechosa. Se puede utilizar usar una varilla de fibras ópticas especializadas; no se recomiendan las luces de fotocurado, ya que son excesivamente brillantes.

⁽¹⁾ Es más útil en dientes anteriores debido al menor grosor con respecto a los posteriores. Si el diente contiene una restauración, quizá sea necesario eliminarla. No se debe usar para determinar la vitalidad de la pulpa.

Prueba de la mordida.

Se emplea para el diagnóstico de los dientes fisurados cuando la percusión no ha proporcionado resultados convincentes. Consiste en colocar una pequeña cuña de madera entre las cúspides de un diente.

Al presionar sobre la madera, la fisura tiende a abrirse y el paciente siente dolor.

Si el resultado no es todavía claro, se puede complementar esta prueba con colorantes como azul de metileno o violeta de genciana.

Se seca la superficie oclusal del diente a explorar; se deposita una gota del colorante en ella y se realiza la prueba de la mordida, solicitando al paciente que mantenga la presión durante unos segundos. Luego se limpia la superficie oclusal con alcohol para eliminar el colorante y, tras secar el diente, se observa si el colorante ha impregnado alguna fisura.

1.2.6 Elementos que señala la NOM 168-SSA1-1998, para realizar un expediente clínico.

Fecha:	Expediente:
--------	-------------

1) Identificación del consultorio o unidad

*1.1	Nombre del Cirujano dentista
*1.2	Dirección

2) Identificación del paciente

*2.1	Nombre completo
*2.2	Sexo
*2.3	Edad
*2.4	Domicilio

3) Historia clínica

3.1 Interrogatorio	
*3.1.1	Antecedentes heredofamiliares
*3.1.2	Antecedentes personales patológicos

*3.1.3	Antecedentes personales no patológicos
*3.1.4	Aparatos y sistemas
3.2 Exploración física	
*Cavidad bucal	
3.2.1	Hábitos exterior
3.2.2.	Tensión arterial
3.2.3	Cabeza
3.2.4	Cuello
3.3. Resultados de estudios previos y actuales	
3.4 Terapéutica empleada y resultados obtenidos	
* 3.5 Diagnósticos o problemas clínicos	

4) Plan de tratamiento

*4.1	Descripción
*4.2	Firma del paciente

5) Notas de evolución

* 5.1	Cada vez que se proporciona atención
*5.2	Evolución y actualización del cuadro clínico

*5.3	Resultados de estudios (p. e. radiografías)
*5.5	Tratamientos e indicaciones médicas
5.5.1	Medicamentos: Dosis, vía y periodicidad
* 5.6	Firma del cirujano dentista

6) Elaboración, integración y uso

*6.1	Lenguaje técnico
*6.2	Sin abreviaturas
*6.3	Letra legible
*6.4	Sin enmendaduras o tachaduras
*6.5	Conservado en buen estado

(Revista ADM 2001; LVIII (6):233-236 235)

DIAGNOSTICO ENDODÓNCICO

Diagnostico: Es el conjunto de datos obtenidos a través del examen (signos y síntomas) del paciente los cuales conducen a la orientación del clínico en la determinación de una enfermedad. ⁽⁴⁾.

El diagnostico en el acto se usa para identificar el procedimiento literalmente aplicado “en el acto”, es decir, un diagnostico rápido o inmediato basado en datos mínimos, sean clínicos, radiográficos o de otro tipo. ⁽⁵⁾

Un buen diagnostico en endodoncia es básico para poder realizar una terapéutica adecuada. Diferentes autores de endodoncia presentan, nomenclaturas o clasificaciones de la patología pulpar o periapical. Sin embargo, lo más importante es conocer que la patología que presenta el diente a tratar.

EL obtener un diagnostico preciso, dada la falta de correlación entre los datos clínicos (anamnesis, síntomas y signos) y los hallazgos histopatológicos; provoca discrepancia que no debe invalidar el esfuerzo de practicar una semiología lo más correcta y prodiga posible, que en todo momento nos acercara más y más a un exacto diagnóstico. ⁽⁵⁾

El diagnostico diferencial de los trastornos bucofaciales es exigente y puede confundir al clínico debido a que hay una tendencia a confundir una queja de dolor con un problema endodóncico.

Además de los órganos dentarios, hay otras estructuras , como el periodonto, los maxilares, senos, oídos, articulación temporomandibular, músculos masticatorios, nariz, ojos y vasos sanguíneos que pueden inducir aun dolor reflejo, así como trastornos patológicos una neuralgia, esclerosis e isquemia del miocardio.

Algunos casos desafían el diagnóstico, incluso mediante exámenes subjetivos, objetivos y radiográficos. Por lo regular, estas situaciones no requieren tratamiento inmediato y se deben reprogramar para una evaluación posterior o quizá para consultas interdisciplinarias. La reunión y el análisis cuidadoso de datos con la intervención de otros profesionales es prudente para evitar un mal diagnóstico o mal tratamiento de estos casos difíciles. Es un error sentirse obligado a tratar de manera inmediata a todos los pacientes que muestran síntomas.

El tiempo o un método diferente permitirán corregir el diagnóstico y el tratamiento lógico; con el tiempo los síntomas tienden a ser más claros en el diente afectado. Los pacientes por lo regular aceptan esta explicación hasta que se pueda hacer un diagnóstico definitivo.

No es fácil diagnosticar la existencia de la alteración pulpar o pulpitis; es más fácil determinar la necrosis pulpar con base en los hallazgos clínicos. Esto implica una predicción, basada en juicios clínicos, sobre el tratamiento que está indicado y su probable desenlace. La presunción del diagnóstico endodóncico ha originado la clasificación de las enfermedades pulpares como: reversible e irreversible, tratables o no tratables, tejidos apropiados para el recubrimiento pulpar o la farmacoterapia conservadora, o pulpas indicadas para la extirpación o el tratamiento del conducto radicular. Tales designaciones son basadas en la observación y la experiencia. La valoración de los síntomas solo puede permitir la elaboración de una presunción aproximada, en relación a si la pulpa puede o no tratarse y conservarse.

Las correlaciones entre los síntomas clínicos y las características histopatológicas son difíciles de corroborar en el momento. Aunque los síntomas, como dolor intenso o tumefacción son, por lo general, indicativos del daño pulpar grave, esto no siempre es cierto.

De hecho, en ocasiones no hay manera de determinar si el diagnóstico o el tratamiento fueron incorrectos, en consecuencia, la terapéutica pulpar infructuosa que termina en la extracción o en el tratamiento del conducto radicular no significa, necesariamente, que el juicio clínico haya sido erróneo. Por lo tanto, el dictamen clínico determina el tratamiento pulpar.

La obtención de un diagnóstico de certeza de la patología pulpar y periapical en ciertos casos es un proceso difícil por varios motivos. En primer lugar, la mayoría de las pulpitis y periodontitis permanecen asintomáticas durante largos periodos de tiempo y su diagnóstico se efectúa al realizar una exploración bucal rutinaria o porque se ha producido una reactivación del proceso inflamatorio crónico. Por otra parte, existe una correlación escasa entre los datos semiológicos y los hallazgos histopatológicos, lo que obligó a replantearse las clásicas taxonomías de la enfermedad pulpar y periapical basadas en criterios histológicos, por su escaso interés para el profesional, y plantear otras de mayor utilidad en la clínica que permitan diagnosticar mediante la realización de una historia clínica.

Desde el punto de vista clínico, las enfermedades pulpares se clasifican en términos histológicos. Tradicionalmente se han entrelazado las nomenclaturas clínicas e histopatológicas, lo que puede producir una mezcla de términos y diagnósticos engañosos. Estas clasificaciones únicamente aportan una indicación en cuanto a los procedimientos terapéuticos.

El diagnóstico, no puede ser histopatológico sino clínico, y debido a que la terapéutica endodóncica está sujeta a normas específicas y hasta cierto punto limitadas, será conveniente saber desde el comienzo si la enfermedad pulpar es tratable o, por el contrario, no lo es.

Si la pulpa es tratable, la terapéutica que hay que instituir tendrá como base la conservación de la pulpa; por el contrario, si la pulpa no es tratable, se procederá a vaciar y tratar la cámara pulpar y los conductos radiculares para, después de una correcta limpieza y conformación, terminar el tratamiento con una correcta obturación.

Debemos de utilizar una terminología clínica del diagnóstico pulpar:

- pulpa sana: este término implica que la pulpa es vital y presumiblemente está libre de inflamación. Este diagnóstico se utiliza, por ejemplo, cuando está indicado el tratamiento endodóncico de un diente intacto por motivos protésicos.
- Pulpitis: Implica que la pulpa es vital y está inflamada. No dice nada sobre el grado de lesión de la pulpa ni si la inflamación es reversible o irreversible, dado que esta información no se puede obtener con medios clínicos.
- Pulpitis sintomática: Implica que la pulpa es vital, está inflamada y que el paciente tiene síntomas de pulpitis.
- Pulpitis asintomática: Implica que la pulpa es vital y está inflamada y que el paciente no tiene síntomas. Esto se basa en los conocimientos sobre la etiología de la inflamación pulpar y sobre el patrón de reacción de la pulpa ejemplo cuando se observa un diente asintomático y vital con exposición pulpar.
- Pulpa necrótica: Implica que la pulpa no es vital y está necrótica comprobada con una reacción negativa a las pruebas de vitalidad, pero el diagnóstico de certeza solo es posible después de inspeccionar
- Periodontitis apical: Implica una inflamación relacionada con la pulpa en el periodonto apical.

- Periodontitis apical asintomático: Implica que la periodontitis apical se ha desarrollado sin síntomas, y se corrobora con una radiografía en donde se observa un área radiolucida en el ápice del diente.
- Periodontitis apical sintomática: Implica que la inflamación comienza con fase de dolor agudo y no se observan cambios radiográficos evidentes.
- Periodontitis apical con absceso: Implica que la inflamación ha causado una lesión purulenta la cual puede ser clínicamente observada como una fístula en tejidos blandos como una zona de salida del tejido purulento.⁽⁶⁾

PERFIL PROFESIONAL PARA EL DIAGNÓSTICO

Humano, del latín *Humanus*, por definición, Es aquello “perteneiente o relativo al hombre o propio de él, y se “aplica a la persona que se compadece de las desgracias de sus semejantes”.

Ser humano es considerar que el paciente es semejante a uno, para tratarlo en el acto médico, quirúrgico y en general, como quisiéramos que nos traten, siguiendo el principio “al prójimo como a ti mismo”.⁽⁴⁾ (Gastañela)

Para que el profesional pueda llegar a comprender al paciente debe de cumplir con algunas cualidades como son:

Saber escuchar sus quejas, tratar de entenderlas, intentando buscar la mejor solución, comunicándose adecuadamente con él para explicarle en forma sencilla la naturaleza de su enfermedad.

El odontólogo debe tener una base deontológica para que, en el ejercicio de su misión, enriquezca y se desarrolle lo mas adecuado y correcto posible.⁽⁷⁾

En cada profesión existe un grupo de personas con las cuales, el profesional está comprometido a servir. Los Cirujanos dentistas tienen obligaciones con sus pacientes y con toda la comunidad, especialmente por preservar la salud pública.

Existe un conjunto de “valores centrales” que son esenciales para los cirujanos dentistas como es: preservar la vida, la salud general y bucal, la eficiencia profesional, y el costo.

El profesionalista deberá tener en cuenta los detalles de cada situación y maximizar los valores centrales de acuerdo a las prioridades de cada paciente. Teniendo la responsabilidad de efectuar tratamientos correctos, e informar si fueron efectuados algunos con mala calidad y/o prácticas no éticas, estar conciente de su relación con la comunidad como educador de la salud dental, con esfuerzos directos o monitoreando la efectividad de los productos de salud dental comercializados. Asimismo tiene un importante rol en la salud pública por sus conocimientos en medicina general, puede diagnosticar, remitir y llevar prácticas interdisciplinarias con médicos cirujanos y especialistas para preservar la salud, y enfrentar las distintas enfermedades epidémicas peligrosas como el HIV. ⁽⁸⁾

Competencia. Esta obligado a adquirir y mantener la capacidad necesaria para desarrollar sus tareas profesionales; y a desarrollar sólo aquellas que caen dentro de su competencia. En la práctica, cada uno debe tomar determinaciones sobre si tiene o no competencia para realizar un diagnóstico, o tratamientos específicos, especialmente cuando esto involucra procedimientos que no son de rutina.

3.1 Factores que alteran el diagnostico.

La problemática del odontólogo en el ámbito profesional/laboral se basa en gran parte en la lucha que mantiene éste con las empresas tratando de involucrarlo en la tecnología moderna para el diagnostico y tratamiento siendo una de las causas por las cuales el clínico puede caer en el error de confiar en un solo método y no complementarlo con otros simples y de mayor confiabilidad.

La problemática de las enfermedades orales son multifactoriales como la caries y la enfermedad periodontal. Pero la tecnología de punta puede influir en la práctica odontológica.

Es posible que estemos manejados por esta tecnología cuyos objetivos es la comercialización sin pensar en el beneficio del paciente, y se puede cometer IMPERICIA (desconocimiento técnico científico del tema médico), o inducir a la IMPRUDENCIA (hacer lo que no se debe) y caer en NEGLIGENCIA (no hacer lo que se debe).⁽⁹⁾

3.2 Procedimientos para facilitar el diagnostico.

El profesional debe anotar en la historia clínica la etiología de la patología, y el diagnostico de presunción.⁽¹⁰⁾

El diagnostico anatómico será complementado por el examen radiográfico y la preparación biomecánica.

Cuando el paciente sufre alguna enfermedad de gran importancia que pudiera intervenir con el tratamiento endodóncico; como la anemia perniciosa y tuberculosis, se dejara constancia del diagnostico medico. La existencia de otros dientes despulpados y el estado de éstos se anotara como observaciones de tratamientos previos a los que se van a realizar.

El diagnostico endodóncico no debe de retenerse en la memoria; sino que debe quedar escrito de una manera concisa y destacada en la ficha. Y además de la ficha o las fichas generales que se hacen del paciente, el operador debe destinar una especial a cada diente que requiere tratamiento endodóncico.

Un correcto diagnóstico endodóncico tendrá como base considerar diversos factores que aconsejan o contraindican el tratamiento. Pero existen factores previos, que muchas veces son los que deciden si se hace o no endodoncia; los principales son:

1. Disponer del equipo e instrumental necesario y de la capacidad para practicar un tratamiento de conductos. Esto sucede en algunos consultorios de asistencia institucional o en profesionales que no hacen endodoncia en sus consultorios, y lo correcto es enviar al paciente al especialista en endodoncia, para que él lo trate y a su vez lo reenvíe, una vez terminado el tratamiento. Esta norma es ya corriente en estados Unidos y en algunas grandes ciudades de Iberoamérica y Europa, donde existen profesionales con práctica limitada a la endodoncia.⁽¹⁰⁾
2. Fracaso en las relaciones profesionales o humanas entre profesional y paciente; por falta de comunicación, temor o negligencia el paciente no conozcan del tratamiento de conductos. El odontólogo tiene la obligación de informar las ventajas, del tratamiento, de sus resultados y de tratar el temor y el miedo.
3. Realizar la endodoncia, surja el problema económico como una muralla. El odontólogo no solo debe de enfocar su atención a la cuestión económica ya que esto es uno de los principales factores que encaminan a un mal diagnóstico y por consiguiente a un mal tratamiento. El enfoque principal debe ser una buena y correcta práctica sin importar el nivel socio-económico. En casos donde el paciente no cuente con la capacidad económica para solventar el tratamiento el odontólogo el profesional tiene la obligación de remitirlo a instituciones, escuelas de odontología, o centros de salud en donde presten la atención correcta y más económica para el paciente sin llegar a los extremos y realizar una extracción innecesaria.⁽¹⁰⁾

3.3 Capacidad y limitación para realizar un diagnóstico.

En la mayoría de ocasiones, el análisis de los datos suministrados por la anamnesis y las exploraciones físicas y radiológicas nos permiten alcanzar un diagnóstico de certeza. No obstante, hay casos que en ocasiones, las exploraciones clínicas y radiográficas no son concluyentes y el paciente siente dolor. En estos casos es importante no iniciar un tratamiento irreversible sin un diagnóstico definitivo. Se debe persistir en hacer todo lo posible para eliminar el dolor del paciente, y el procedimiento correcto es llegar a un diagnóstico de presunción.

No hay que precipitarse en efectuar un tratamiento, es preferible demorarlo y, si es preciso, administrar un tratamiento sintomático. Con el tiempo, los síntomas tienden a localizarse y es más fácil identificar el diente causal. También podemos recurrir a otras técnicas exploratorias y recabar nuevos datos que nos permitan orientar de otro modo el análisis diagnóstico.

Podemos también llevar a cabo una consulta con una especialista: endodoncista, periodoncista, neurólogo.

Es preferible demorar el tratamiento que efectuar un tratamiento de conductos radiculares en un diente sano. Por lo general, las periodontitis son más fáciles de identificar. Mayores son las dificultades sobre la reversibilidad o no de una pulpa inflamada. Cuando existan dudas razonables, hay que advertir al paciente

La asociación americana de endodoncista estableció unas directrices para valorar el grado de dificultad de un caso, lo que facilita la asunción del riesgo si se desea tratarlo o referirlo a un especialista. Evalúa una serie de aspectos:

a) Características del paciente.

1. historia médica (enfermedades somáticas y mentales, embarazo).
2. problemas con la anestesia local (alergias, vasoconstrictor).
3. factores personales y aspectos generales (apertura bucal, náuseas, miedo, motivación)

b) Datos clínicos objetivos:

1. datos radiográficos (dificultad para realizar radiografías o interpretarlas).
2. espacio pulpar (calcificaciones, tamaño cámara y conductos).
3. morfología radicular (longitud, curvatura).
4. morfología apical (ápice abierto).
5. mal posición dental (vestibuloversión, rotación).

c) Condiciones adicionales:

1. Posibilidad de restauración (grado de destrucción)
2. restauración existente.
3. diente fracturado.
4. reabsorciones.
5. lesión endoperiodontal.
6. traumatismo.
7. tratamiento endodóncico previo.
8. perforaciones.⁽¹¹⁾

3.4 Datos subjetivos y comunicación con el paciente.

Estos son los datos que se obtienen desde que el paciente se presenta frente al profesional (es la primera impresión, hasta su estado emotivo). Es necesario observar al máximo los movimientos y la fasia del paciente buscando algo que revele la existencia de alguna alteración, incluso datos iniciales de la historia del diente enfermo y las manifestaciones de dolor.

Para el clínico es indispensable este relato con objeto de orientarse en cuanto a la causa, iniciación, sitio o pieza dentaria, tiempo, evolución, estado actual y repercusiones de lo que aqueja al paciente. La parte mas valiosa, por humana, para elaborar el diagnostico, es el momento en que el odontólogo entabla un dialogo con el paciente y durante el cual este describe su padecimiento. Con el fin de hacer sentir confortable al paciente.

La confianza del profesional es el fundamento para que el paciente sea receptivo a la información. “no tenemos una segunda oportunidad para dar la primera impresión”, cuando el medico da la bienvenida aun paciente nuevo, este se forma una impresión de los varios mensajes no verbales que incluyen lo siguiente: modales profesionales y apariencia.

El paciente observa si el doctor están vestidos de manera adecuada y si el ambiente dental esta limpio, moderno y de buen gusto.

El sentido de preocupación sincera. Si el profesional hace que el paciente se sienta como si el fueran la persona más importante en ese momento, ayuda a establecer un sentido de confianza y simpatía que proporcionan fundamentos para una comunicación eficaz.

Escuchar. Si el medico hace evidente que están escuchando en realidad sin distracciones a todo lo que el paciente dice, este se siente como que realmente lo escuchan. Esto también proporciona un mayor apoyo para una comunicación eficaz.

Esto reduce el temor y la ansiedad y a menudo disminuye los impedimentos para una comunicación eficaz en la consulta y se puede una veracidad ante lo que nos diga el paciente.

Por lo regular, los pacientes tuvieron experiencias personales anteriores o escucharon de una experiencia de otro que el tratamiento de conductos es doloroso. El sentido de terror puede dañar de manera importante la capacidad del paciente para que siga este tipo de tratamientos.

El medico debe confrontar esta ansiedad silenciosa de inmediato, al preguntar al paciente ¿Tiene alguna preocupación acerca del tratamiento de endodoncia? Esto da al paciente una oportunidad de expresar cualquier preocupación y temor acerca del dolor anticipado.

Posición medico-paciente. Un doctor parado por arriba de un paciente sentado, tiende a infantilizar al paciente.

En lugar de ello, el paciente debe estar sentado al mismo nivel que el odontólogo. Esto establece que el paciente es un igual y apoya una comunicación confiada.

Contacto ocular. El medico debe mantener un contacto ocular frecuente con el paciente, este en contacto durante la transmisión de información conecta al medico y paciente y hace surgir la confianza.

Lenguaje corporal. El profesional debe estar atento al lenguaje corporal del paciente, así como al suyo propio.

Una posición defensiva de abrazo cruzado o piernas, indica que el paciente no esta abierto a recibir información. En contraste una posición mas relajada, sugiere que el paciente escucha bien y comprende lo que se le dice.

Es importante preguntar con precisión y de manera pausada para no cansar al sujeto. El interrogatorio generalmente se inicia con el motivo de la consulta, buscando el signo principal que oriente al operador. Es aconsejable seguir un orden cronológico en el relato del padecimiento.

Un clínico hábil con sentido y criterio sabrá guiar a su paciente por ese camino. Las preguntas a realizar serán ¿Cuándo recuerda que comenzó su problema?, ¿Hace un mes?, desde entonces hasta el día de hoy ¿Qué cambios ha notado?

Más adelante, después del interrogatorio, se dirige para obtener datos sobre alguna enfermedad orgánica que pueda estar relacionada con la infección focal, o bien que contraindique el tratamiento.

3.5 Perfil odontológico.

Conocer al paciente como individuo y el medio que le rodea, o sea, el ambiente donde se desenvuelve. Conocer la enfermedad producida en el conflicto causa-individuo, con todos sus detalles (etiopatogenia, localización, tipo, etc) o sea el diagnóstico.

Para ello es necesaria una estrecha colaboración profesional-paciente, y en especial:

El profesional deberá tener vocación e interés en su relación y honesta curiosidad, que complete su conocimiento. Deberá coordinar su trabajo de tal manera, que a la percepción, comprensión, síntesis y catalogación de cada uno de los síntomas y signos, les dé su verdadero valor diagnóstico. La paciencia y energía bondadosa son básicas y de hondo sentido humano entre las virtudes que deben adornar al odontólogo.⁽¹⁰⁾

Interpretar los síntomas y datos de la más diversa índole es a veces sencillo, pero en ocasiones es tarea delicada y confusa. Un buen diagnóstico se fundamenta en la preparación clínica del odontólogo y esta, a su vez en:

1. Conocimiento científico. Es lógico que el profesional conozca perfectamente la patología pulpar y periapical, los síntomas de cada una de las respectivas enfermedades y su interpretación. Pero, como no es posible retener en la mente todo lo leído o estudiado y, siendo necesario muchas veces actualizar conceptos, repasar opiniones, etc; es aconsejable, acudir a los libros o a las revistas periódicas de la especialidad en la búsqueda del dato requerido para comprender un síntoma o decidir un diagnóstico. Que el profesional acuda breves minutos a su biblioteca para obtener la ayuda necesaria, no significa falta de preparación, sino, por el contrario, implica responsabilidad, deseo de hacer mejor las cosas y humildad, siendo, por tanto, plausible, y debe estimularse la consulta y el estudio constante.⁽¹²⁾

2. Capacidad de discernimiento e interpretación. Entran factores complejos en esta condición, que por lo general es la que da más personalidad al profesional. Entre ello:
 - a) Método. Es indudable que, siguiendo un orden comparativo, integrado o descartando sistemáticamente cada síntoma y cada signo, se puede encasillar debidamente facilitando el diagnóstico.

 - b) Eclecticismo: Es necesario poseer un equilibrio emocional que permita evaluar cada dato semiológico en su valor exacto y adjudicarlo a la patología que corresponda. Hay que reconocer que la vocación significa pasión y que, es común encontrar profesionales de la medicina y de la odontología que prefieren o les gusta más una enfermedad que otra y aprovechan la primera oportunidad clínica para diagnosticarla, precipitación que puede ser incompatible con una preparación científica.

- c) Dinámica interpretativa: muchos síntomas son estáticos (radiografías, inspección, coloración e incluso un dolor en su momento dado o la cifra vitalométrica en la estimulación eléctrica), pero las enfermedades pulpares o periapicales son dinámicas, están en constante evolución y movimiento y nos obligan a conocerlas a través de sus síntomas correctamente interpretados y eslabonados de tal manera que evoquemos en nuestra mente la dinámica etiopatogénica y clínica. Este factor es también básico en el pronóstico
- d) Agilidad mental. El hecho de tener que recordar los síntomas de todas las enfermedades posibles, compararlos a los recién obtenidos e interpretarlos y discernir con exactitud a que grupo diagnóstico pertenecen, implica un esfuerzo mental, con limitaciones lógicas de la memoria. Hay personas que destacan en este campo con una precisión sorprendente; otras por el contrario, prefieren hacerlo despacio y consultar textos, monografías o revistas.
- e) Intuición: Generalmente es innata o producto de una educación clínica muy cuidadosa; el profesional tiene una visión clara e instantánea del diagnóstico y cuando, por desapasionamiento o método, somete su intuición al juicio razonado de una exhaustiva interpretación, ratifica el primer diagnóstico. En sentido popular se denomina ojo clínico y es posible que en el fondo sea cierto automatismo deductivo.
- f) Conciencia profesional. Se debe recordar que el primer objetivo es el enfermo y su salud y que, si para lograr un diagnóstico acertado hay que emplear más tiempo, agotar todos los recursos semiológicos o consultar colegas, deberemos hacer lo que sea para lograrlo.

A veces, el primer diagnóstico pudo haber sido errado y habrá que ser humilde y comprensivo ante el fracaso y saber modificar conceptos erróneos, cambiando de opinión con sensatez, evaluando e interpretando de nuevo los síntomas, obteniendo otros nuevos para conseguir el diagnóstico acertado.⁽¹³⁾

3. Experiencia clínica. Los casos clínicos diagnosticados y tratados con anterioridad por cada profesional constituyen un archivo científico de gran valor, no sólo considerados como cierto número de historias clínicas bien clasificadas y guardadas en sentido físico o burocrático, sino que ellas significan un entrenamiento clínico extraordinario que ese refleja en mejor capacidad de comprensión, discernimiento más ágil y diagnóstico más rápido y precisos.

Pero existe la experiencia clínica referida, narrada, y escrita en libros y revistas periódicas, que significan un caudal extraordinario de experiencias clínicas vividas por otros odontólogos y que complementa y potencia la personal de cada profesional.

Con los años, la experiencia clínica acaba de modelar y perfeccionar al odontólogo, no tan sólo en el diagnóstico, sino en la auto evaluación de su trabajo clínico, en la auto corrección de sus errores y en la mejora de la calidad de sus tratamientos.⁽¹⁴⁾

Lograr un buen diagnóstico no es siempre fácil. Sólo el profesionalista con capacidad clínica y años de experiencia profesional no se deja engañar por las distintas fases de la enfermedad pulpar. Una experiencia acumulada por años de trabajo clínico continuo da sin lugar a dudas un sentido de observación y orientación en los problemas cotidianos que cada enfermo plantea como caso único y personal. La experiencia no es otra cosa que la suma de fracasos acumulados a través del tiempo y sedimentados en la conciencia profesional.

Los estudiantes y profesionales jóvenes no deben desalentarse. Este es un mundo que le exige ser cada día mejores. El reto está allí. Hay que tomarlo. No es posible claudicar. Hay que enfrentar los problemas que la profesión y la especialidad plantean en cada caso; nunca ha de actuarse de manera temeraria y audaz, sino serena, analítica y razonadamente.

¿Por qué se insiste más en el aspecto humano que en el mecanicista de la profesión? Por que a pesar del aumento, en el medio profesional, de aparatos e instrumentos de alta calidad industrial, es necesario reconocer con toda honestidad que la gran mayoría de los profesionales no tienen los medios suficientes para la adquisición de estas herramientas de trabajo.

El profesionista no debe desalentarse. Tampoco ha de rebajar su calidad científica. Jamás debe recurrir a las improvisaciones que suelen resultar negativas. Las omisiones son fatales. Nadie tiene derecho de atentar contra la seguridad de los demás. Y no debe omitirse en la consulta las radiografías.

Y sustituir no quiere decir omitir. Y si el profesional pretende fundamentar su diagnóstico en la reacción a uno solo de estos elementos, fracasará indudablemente. Se concluye que la experiencia clínica continua dará con los años al operador una base humanamente segura para que, en el ejercicio de su práctica profesional en un número determinado de casos, sea más la cantidad de aciertos que de errores a propósito del diagnóstico de las enfermedades pulpares, constante, metódico y razonado de la biología, patología y las técnicas dentales.

ANÁLISIS DEL DOLOR

El dentista se enfrenta diariamente con el problema del dolor. Es requerido para tratar pacientes con dolor agudo, crónico, etc. El dolor es a veces de origen desconocido, en otros casos es de origen claramente orgánico o físico y finalmente de naturaleza psicogénica o funcional

4.1 DOLOR DENTAL

La caracterización del dolor merece un análisis cuidadoso. El dolor dental tiene dos orígenes: la pulpa y el periodonto. Todo estímulo que llegue a la pulpa, produce sensación de dolor, esta respuesta puede variar según sea la naturaleza e intensidad del estímulo, así como si su acción es directa sobre el tejido pulpar o a través de los tejidos duros que lo cubren y también el dolor depende del tipo de enfermedad que presente la pulpa.⁽⁵⁾

La transmisión del dolor dental se caracteriza por la facilidad, frecuencia y rapidez de la sensación, y por la presencia de esta extensa red de terminaciones nerviosas libres y la preponderancia y la facilidad con que se origina el dolor en los dientes son acrecentadas por el hecho de estar confinada la pulpa en el interior de un órgano duro, cerrado, y con una diminuta vía de salida.

El dolor es un síntoma de vital importancia para el clínico por lo que este debe conocer sus características para que una vez analizadas, pueda establecer un diagnóstico de presunción de la enfermedad pulpar.

Es necesario ser un minucioso observador para identificar estas formas de dolor pues ante la manera tan individual de sentir el dolor por parte del ser humano, dos pacientes con la misma enfermedad pueden manifestar de manera diferente la intensidad del dolor. Lo que para un sujeto es una forma de dolor, para otro es una manifestación leve.⁽¹⁵⁾

La experiencia y preparación clínica del operador son factores determinantes en la solución de este problema. Una guía clínica para el interrogatorio del dolor es hacer preguntas a las cuales el paciente responda con un si o no. ¿Duele el diente cuando toma algo frío? ¿El dolor en su diente es pulsátil? Aquí el clínico puede acompañar su pregunta con un abrir y cerrar de mano frente al paciente para que este comprenda la palabra. El odontólogo no ha de realizar preguntas con más de tres proposiciones al mismo tiempo.

El clínico debe estar familiarizado con expresiones populares como punzada, dolor palpitante, corriente, con los cuales la gente quiere significar dolor agudo, dolor pulsátil y dolor que abarca una determinada región.

El operador no ha de utilizar palabras rebuscadas frente al paciente como “tiene usted una pulpitis infiltrativa parcial de grado irreversible” y solo emplear simples explicaciones para su paciente con palabras como, quitar, eliminar, extirpar su nervio. Las preguntas efectuadas a los pacientes tienen como finalidad aclarar, ampliar y precisar los datos más importantes entre los que ellos proporcionan.

De estos, el dolor es uno de los que más interés tiene para el clínico, y sus características han de analizarse cuidadosamente. Esta fase se llama historia del dolor o semiología del dolor, la cual comprende:

- cronología de la aparición y duración. Se interroga si el dolor se presenta durante segundos, minutos, horas, días y si es continuo o intermitente.
- Forma de presentación. Espontáneo o provocado, diurno o nocturno.
- Tipo de dolor. Se averigua si es agudo, pulsátil, lancinante, sordo, terebrante, hiriente o ardiente por plenitud.
- Intensidad. Si es apenas perceptible, tolerable o intolerante.

- Ubicación. Si se percibe en un lado de la cara, en una arcada, una pieza dental, pulpa, periodonto o con irradiación.
- Estimulo que produce o modifica el dolor. Se interroga si ocurre al tomar alimentos fríos, calientes, dulces, ácidos, salados, o bien al masticar, al cepillarse o al respirar.

Las emergencias por dolor pulpar representan el 80% de las emergencias endodóncicas⁽¹³⁾. El odontólogo, de acuerdo con los años de experiencia y el nivel de conocimientos, administra cada situación de una manera más o menos rápida o eficiente. Es bueno recordar que el paciente puede manifestar dolor en un diente diferente al verdadero causante del problema.

4.2 Características del dolor.

Inicio y duración. El dolor puede aparecer provocado por diversos estímulos. El llamado dolor dentinario se produce por estímulos de las fibras A-delta por el frío o por soluciones que incrementan la presión osmótica superficial, con lo que se producen movimientos de la linfa de los túbulos dentinarios que estimulan receptores de las terminaciones de dichas fibras. El resultado es un dolor agudo, intenso, pero de breve duración. Por lo general, se trata de una inflamación pulpar reversible que puede remitir mediante una protección del complejo pulpodentinario. El llamado dolor pulpar se refiere a una inflamación localizada en zonas más profundas de la pulpa, estimulándose las fibras C por el edema, liberación de mediadores o por la acción del calor.

El dolor puede ser provocado por el calor y de escasa duración; sin embargo, la reversibilidad de la inflamación pulpar mediante la protección del complejo pulpodentinario es más dudosa.

Cuando el dolor, tras la aplicación de un estímulo, no desaparece en pocos segundos, hay que pensar en una pulpitis irreversible ya que existe una afección de ambos tipos de fibras y una inflamación extendida a las capas profundas de la pulpa coronal. La aparición de dolor de modo espontáneo indica una pulpitis irreversible. La aparición del dolor puede deberse a cambios posturales, especialmente sanguínea intracraneal y a la mayor dificultad para el drenaje del edema.

Intensidad. La intensidad del dolor es variable en función del grado de edema existente, de la posibilidad de su drenaje y de la liberación de distintos mediadores de la inflamación. Por lo general, el dolor de gran intensidad va seguido de periodos de calma, mientras que el dolor moderado o sordo es más continuo. Ambos indican una inflamación pulpar irreversible.

Aunque la percepción del dolor es bastante subjetiva, cuando el paciente indica haber tomado algún analgésico, hay que pensar que el dolor había durado cierto tiempo, lo que indica irreversible. Cuando en la inflamación pulpar existe un predominio purulento, es característico la existencia de un dolor continuo y pulsátil que se alivia momentáneamente por el frío. El paciente cuenta haber pasado la noche haciendo enjuagues con agua fría o bien acude a la consulta con una botella, sorbiendo agua casi de modo constante.

Localización: el dolor causado por inflamación pulpar es, por lo general, mal localizado, difuso y referido debido a la convergencia en los ganglios del trigémino de los axones que provienen de distintos dientes, existiendo conexiones de los citados ganglios con la corteza cerebral. El dolor esta peor localizado en los dientes posteriores que en los anteriores.

Los molares superiores muestran dolor irradiado hacia la zona temporal y los inferiores hacia la zona del oído. El dolor referido o irradiado indica irreversibilidad. Cuando se imponen los fenómenos purulentos a los serosos, en general mejora la localización del dolor por parte del paciente, probablemente por ser mayor la implicación periapical y poder correlacionar el dolor espontáneo con variaciones del mismo al ocluir. En las necrosis pulpares con periodontitis incipiente, el paciente puede notar un cierto grado de dolor espontáneo momentáneamente el periapice. Cuando la periodontitis progresa, el dolor se torna espontáneo, aumentando al ocluirle diente. En general, el dolor espontáneo de una periodontitis apical es más localizado que el de una pulpitis y el paciente acostumbra a indicar el diente problema.

Dolor pulpar.

La pulpa es uno de los pocos tejidos del organismo en donde existen terminaciones nerviosas nociceptivas exclusivas para el dolor, sin otros componentes sensoriales como la temperatura o el tacto. Las fibras sensoriales presentes en la pulpa son mayoritariamente A-delta (mielínicas, conductoras rápidas, más periféricas, probablemente activadas por mecanismos hidrodinámicos) y C (amielínicas, conductoras lentas, más centrales, estimuladas por mediadores químicos o por calor y más resistentes). La valoración del estado de la pulpa por el dolor es bastante imprecisa.

La mayoría de inflamaciones pulpares evolucionan de modo asintomático, sin dolor, bien porque el trasudado hístico halle una vía de escape a través de una comunicación de la pulpa con el exterior o a través de los túbulos dentinarios, bien por la liberación de inhibidores de la neurotransmisión, como el ácido aminobutírico cuya concentración está aumentada en la pulpa.

Dolor referido. Se localiza en un área en la que no se origina este dolor es común en los dientes. Es frecuente encontrar paciente, con edades comprendidas entre 20-30 años, con cordales incluidas que producen dolor referido hacia algún diente con caries. Un oftalmólogo o un otorrinolaringólogo puede en algún momento remitir un paciente que acusa dolor en los ojos o en los oídos, siendo su origen la pulpa de un diente enfermo.

Dolor fantasma: se presenta cuando el paciente manifiesta síntomas pulpares o dentarios en un espacio edentulo. A veces el paciente refiere dolor al frío en un diente con tratamiento endodóntico, con una imagen radiolúcida en apical o al cual ya se extirpo la pulpa.

Dolor difuso: por lo general, tiene origen en un solo diente pero el paciente manifiesta tener dolor en varios o en zonas vecinas. Toda la zona le duele por igual y no sabe cual es el diente que lo origina. El odontólogo si tiene recursos para descubrirlo. La prueba de anestesia es uno de ellos.

Dolor irradiado: es muy parecido al difuso pero en este caso el paciente ubica el diente que lo origina. Se irradia.

Dolor psicógeno: es una molestia creada o imaginada por el paciente. Lo inventa y lo siente de verdad. A veces es una excusa para ser atendido primero, asociado con paciente hipocondríacos, o con cierto grado de masoquismo.

Dolor lancinante: el paciente manifiesta sentir un clavo o una lanza penetrar hacia el interior del diente.

Es bueno recordar que en condiciones normales el dolor tiene unos 50% de componente fisiológicos y un 50% psicológico. El componente psicológico se controla con práctica de relajamiento, respiración, ambiente musical, paredes con colores fríos, aire acondicionado, mensajes positivos. Y evitar mensajes negativos ¡no te va a doler!, ¡no vas a sentir nada!

DIAGNÓSTICOS PULPARES Y PERIODONTALES

Los procesos patológicos que afectan las estructuras periodontales y la pulpa pueden tener diversos orígenes y evolucionar con manifestaciones clínicas similares, pero como no hay signos ni síntomas patognomónicos que indiquen una causa concreta, se impone utilizar todas las pruebas diagnósticas y terapéuticas disponibles para confirmarla. Durante muchos años, la relación entre la enfermedad periodontal y las lesiones endodónticas ha despertado un gran interés. Ambas afecciones han sido estudiadas separadamente, pero hoy en día, debido al hallazgo de que coexisten en una misma pieza dentaria con cierta frecuencia, ello ha permitido profundizar en las características de esta enfermedad, con la finalidad de establecer un diagnóstico más certero, así como un pronóstico y tratamiento adecuados.

Se ha demostrado que la infección tisular en una región determinada puede provocar signos y síntomas de enfermedad en tejidos vecinos; si la infección primaria no recibiera tratamiento o este resultara inefectivo, podría producirse una infección secundaria en otro tejido, lo cual explica que las sustancias tóxicas de la pulpa son capaces de iniciar un proceso infeccioso en el periodonto y viceversa. ⁽¹⁶⁾

Entre las vías de comunicación se incluyen:

- Foramen apical
- Conductos laterales
- Conductos accesorios
- Túbulos dentinarios
- Otras: Caries, perforaciones, fracturas, reabsorciones, agenesia del cemento, hipoplasias, dentinas expuestas, anomalías radiculares, traumas que inducen a reabsorción radicular y comunicaciones fibrinosas ⁽¹³⁾

5.1 Características de los procesos pulpares y periodontales.

El conocimiento de esas características puede contribuir a establecer el diagnóstico.

1. Problemas endodóncicos

Se presentan con dolor de moderado a intenso y aumento de volumen en el pliegue mucobucal, ambos de rápida aparición. Pulpa necrosada; la movilidad se produce en la fase aguda y la fístula en dirección al ápice radicular; la radiografía revela: caries, restauraciones profundas, exposiciones pulpares, reabsorciones radiculares internas, pulpotomías, áreas radiculares patológicas o laterales, o ambas, así como ninguna pérdida ósea; por otra parte, los resultados de la prueba pueden variar.

2. Problemas periodónticos

Generalmente no hay dolor y, de haberlo, suele ser prolongado y localizado; la encía vestibular o palatino aumentan de volumen; y la movilidad, que tiende a no limitarse a un diente, persiste después de desaparecida la fase aguda por la pérdida ósea. Se observan bolsas y fístula en dirección a la furca, que permiten la penetración de la sonda; en la radiografía se aprecia pérdida ósea hasta regiones de la furca, pero en el caso de los molares, los resultados de la prueba eléctrica pueden ser normales.

Para diagnosticar dichos procesos se requiere clasificarlos. Al respecto existen diversas clasificaciones, basada en su origen:

- Periodontal
- Endodóncico
- Combinado

Se conocen más las alteraciones pulpares que afectan el periodonto, pero se tienen nociones muy poco claras en relación con lo contrario. Lo que sí se han observado son las reacciones pulpares de origen periodontal después del raspado y alisado radicular, que dependen de la cantidad de cemento removido y la capacidad de la pulpa para responder ante los estímulos.

Para el protocolo de tratamiento, el diagnóstico es primordial y se confirma a través de:

Para el diagnóstico endodóncico mediante:

- Signos y síntomas
- Exámenes y pruebas pulpares (térmicas y eléctricas)
- Percusión
- Prueba de la cavidad
- Radiografía

Y el de la enfermedad periodontal mediante:

- Signos y síntomas
- Sondeo
- Percusión
- Radiografía⁽¹⁷⁾

Diagnóstico de hipersensibilidad de la dentina.

El dolor es consistente con una respuesta exagerada del complejo pulpodentinario, con carácter intenso y agudo cuando el estímulo se aplica en la dentina expuesta. Sin embargo, no existe molestia persistente cuando se elimina el estímulo. Y la hipersensibilidad es un síntoma complejo y no una enfermedad verdadera; se debe a la transmisión del estímulo a través de la dentina expuesta.

Diagnostico de comunicación pulpar.

Semiología: La aparición del líquido pulpar delata comunicación aunque fuera casi microscópica; el síntoma característico es el dolor agudo al tocar la pulpa o por el aire inspirado; la hemorragia es un signo inequívoco.

Diagnostico: Desafortunadamente no es posible valerse de la prueba bacteriológica o examen histológico de la pulpa para el diagnóstico integral; solo podemos utilizarlos medios clínicos.

Ante todo, debemos cerciorarnos de que se trata de un diente con reacción eléctrica y térmica normal de la pulpa y que antes no acusó síntomas de pulpitis. Se llega a diagnóstico de la comunicación pulpar: por la inspección directa o por medio de lentes de lupas. Salida de líquido pulpar. Pulpa de color rosáceo. Pulsación sanguínea o franca hemorragia a través de la comunicación. Por el síntoma subjetivo del dolor al tocarla y al aspirar aire. Por la exploración con instrumento puntiagudo y estéril, que al deslizarse por la dentina se introduce ligeramente a la cavidad pulpar y provoca un dolor agudo.

Diagnostico de hiperemia pulpar.

Es el aumento del flujo sanguíneo en los vasos dilatados de la pulpa.

Sintomatología: El síntoma principal es el dolor instantáneo provocado por los agentes térmicos y químicos; el diente con hiperemia arterial es más doloroso al frío que al calor, a veces exclusivamente al frío; en la hiperemia venosa el diente es más doloroso con el calor; en la hiperemia mixta el dolor es provocado igualmente por el calor, el frío, el dulce y los ácidos y dura bastante después de apartar la causa.

Diagnostico: Con el solo interrogatorio se puede a veces lograr los datos hasta para el diagnóstico diferencial de alguno de los tres tipos de hiperemia.

Además, nos valemos de los siguientes medios de diagnóstico: el frío al que el diente con hiperemia activa responde antes y más intensamente que el diente homólogo con pulpa sana. El calor que hace reaccionar más al diente con hiperemia pasiva. Una gota de agua mezclada con mucha azúcar, con lo que se obtendrá en la hiperemia mixta un dolor igual que el provocado por el frío y el calor. Las pruebas eléctricas, a la que las pulpas hiperémicas reaccionan con menos corriente que las pulpas normales.⁽¹⁸⁾

El diagnóstico diferencial clínico de la hiperemia, no es fácil; pero se debe poner empeño en lograrlo, puesto que de este correcto diagnóstico diferencial depende el éxito del tratamiento.

Se establece con los medios ya anotados: frío, calor, dulce y ácido. Además, se caracteriza por el hecho de que el dolor desaparece al eliminar el agente que lo desencadena. Histológicamente se diferencian las hiperemias por los vasos dilatados e ingurgitados de sangre; pero sin otros cambios histológicos. La hiperemia pulpar, sobre la cual existe escasa literatura, es pocas veces diagnosticada y por lo mismo raramente recibe el tratamiento que merece.

Diagnóstico de degeneración pulpar.

Es una atrofia prematura acelerada de la pulpa tanto de los temporales como de los permanentes.

Semiología: Al principio, los signos y síntomas son muy tenues, porque generalmente son de larga evolución; la discromía coronaria induce a sospecha, muchas veces bien fundada; generalmente, la degeneración pulpar no es dolorosa, pero los cambios bruscos y extremos de presión pueden desencadenar molestias o dolores francos en una pulpa en degeneración evolutiva, desconociéndose su génesis. Muchos de estos casos ocurren en dientes recién tratados por el odontólogo.

Diagnóstico: Nada fácil a veces, se basa en los siguientes elementos de juicio: a la inspección, la discromía coronaria es una precisa indicación de emplear otros medios para afinar el diagnóstico. A veces, antes de interrogar, el mismo paciente nos indica el diente que comienza a doler al exponerse a las variantes intensas de presión barométrica. La reducción gradual de la sensibilidad pulpar a la prueba eléctrica esta en proporción al segmento pulpar alterado, por ello en ocasiones estas pulpas no responden a la prueba eléctrica no obstante ser sensibles al tacto.

A veces, la primera sospecha surge al encontrar la dentina poco o nada sensible al corte, en comparación con la sensibilidad de otro diente en el mismo paciente. En otros casos, es la reducida sensibilidad al herir la pulpa por comunicación accidental. Por fin, lo que nos ayuda en establecer el diagnóstico seguro es la radiografía.

Diagnóstico de pulpitis reversible.

Es una inflamación superficial.

Semiología: Los signos son los cortes operatorios en los cuales posiblemente también han obrado por descuido, el síntoma predominante es el dolor, principalmente el provocado, resultante de la compresión de terminaciones nerviosas, con las siguientes peculiaridades: es ocasionada por el aire, frío, ácido, dulce, presión de alimentos y por la succión, de reciente aparición, de poca intensidad, su duración es de segundos o minutos después de suprimir la causa, se localiza, por lo común, en el diente afectado.

Diagnóstico: Los síntomas son dolor, principalmente el provocado ocasionado por el aire, frío, ácidos, dulce, presión de alimentos y por la succión. De reciente aparición no mas de unos días. De poca intensidad, su duración es de segundos o minutos después de suprimir la causa, se localiza, por lo común en el diente afectado.

Por la inspección directa, completada con exploración instrumental del diente señalado, es posible, muchas veces, confirmar un tratamiento de operatoria reciente, una comunicación pulpar tratada o no, una caries. Una radiografía completa y otra Inter. Oclusal corroboran con frecuencia la profundidad cavitaria o el recorte coronario y la extensión del material de obturación. ⁽¹⁸⁾ También, a veces, es posible apreciarla comunicación o la pulpectomia parcial fracasada. Con el probador eléctrico puede obtenerse una respuesta con menos corriente que en el diente homólogo.

El frío provoca dolor en el diente que presenta esta pulpitis. De la hiperemia se diferencia por el dolor que persiste durante segundos o pocos minutos después de quitar la causa. De la pulpitis irreversible se diferencia por su reciente aparición, por falta de intensa exacerbación dolorosa con el calor y por que se alcanza su umbral de excitación con menos electricidad.

De la pulpitis total se diferencia por la ausencia por lo general de alteraciones en los tejidos periodontales y de dolor a la percusión, que con frecuencia son concomitantes.

Diagnostico de pulpitis irreversible:

Es una inflamación subaguda o crónica de problema emergente.

Semiología: En la pulpitis irreversible serosa, los signos son principalmente los de la caries y de la operatoria ejecutada. El síntoma dolor puede ser: espontáneo, de mediana intensidad, prolongado e intermitente, provocado por el frío, presión de los alimentos, dulce, ácidos, succión y posición horizontal, que hace aumentar el flujo sanguíneo a la cabeza y la tensión arterial por la sístole cardiaca, puede no estar localizado en el diente afectado, sino reflejarse a los dientes vecinos o a las áreas de distribución nerviosa regional.

El dolor de la pulpitis irreversible supurativa el signo más frecuente es la caries muy profunda y el de menor frecuencia, una bolsa periodontal, El dolor es espontáneo y muy intenso, al principio intermitente y después constante, es provocado o exacerbado por el calor de los alimentos y de la almohada, además de la posición horizontal de ahí la angustia del paciente al acercarse la noche, es la pulpitis más intensa, por lo que obliga al paciente a buscar la asistencia urgente de un odontólogo. En la pulpitis irreversible ulcerosa: el signo patognomónico es el color grisáceo, de la pulpa, el dolor es de poca intensidad un dolor ligero y esporádico, ya espontáneo, ya provocado por la presión de los alimentos o por la succión.

En la pulpitis irreversible hiperplásica: el signo es la neoformación fibrosa, resistente y hemorrágica, el dolor espontáneo es casi nulo, el provocado por la presión de los alimentos es muy ligero, acompañándole, a veces una pequeña hemorragia provocada por la masticación. La pulpitis irreversible dentinoclásica pericameral: El signo es la mancha rosácea de la pared cameral cuando ha avanzado la destrucción parietal y aumenta el número de capilares y en algunos casos muy raros es casi asintomático y suelen emanar un olor fétido.

La pulpitis irreversible debe diferenciarse de la reversible, ante todo ,por el cuidadoso interrogatorio, tomando en cuenta, El tiempo de su evolución es corto en la reversible las características del dolor son: serosa; el dolor ligero, rápido y localizado de la pulpitis reversible en los primeros días ha pasado ya a intenso, duradero, irradiado, y exacerbado principalmente con el frío, porque la extendida infiltración serosa y celular y la hiperemia comprimen las terminaciones nerviosas; en la purulenta.

El diagnóstico diferencial se establece por el mayor tiempo de su evolución y por el signo patognomónico, que muchas veces es manifestado por el paciente espontáneamente con sorpresa y satisfacción y consiste en el gran alivio del dolor con agua fría o helada, de la cual no quiere desprenderse, y a veces la trae al consultorio en un termo, la localización del diente en la forma serosa o purulenta presenta a veces gran dificultad, por la irradiación o dolor reflejado, carácter muy frecuente de estas pulpitis. En la ulcerosa, la persistencia de un dolor ligero y esporádico, desde hace algún tiempo, especialmente cuando hay una cavidad cariosa, cuando esta cavidad se impacta de alimento, entonces el dolor es también provocado. La hiperplásica se diferencia por el relato del paciente que ya la observó, además de su casi indiferencia al ligero dolor y hemorragia provocada por la masticación. La dentinoclásica es indolora, y se puede apreciar la coloración grisácea de la ulcerosa, muchas veces, después de limpiar la cavidad cariosa o de eliminar una obturación floja y suelen emanar un olor fétido.

Diagnóstico de pulpitis total.

Es un estado inflamatorio, y muchas veces también infeccioso; por lo general avanzado, y que abarca toda, o la mayor parte de la pulpa. Sintomatología; el dolor ya no fácilmente localizado, depende de la modalidad histopatológica, siendo poco intenso en las pulpitis abiertas y suele ser de mucha intensidad, en la pulpitis supurativa cerrada, por presión intrapulpar, presentándose además dolor a la oclusión.

La dentinoclásica interna, alrededor del conducto es, por general, asintomática por su evolución crónica. Diagnóstico, tan solo por la anamnesis se obtiene suficientes datos para sospechar la pulpitis total, especialmente la iniciación y evolución del dolor en el pasado y a la oclusión.

Con la exploración se percata uno de la destrucción coronaria, y se confirma comúnmente el dolor a la percusión. La prueba eléctrica oscila entre respuestas con poca o median cantidad de corriente. La radiografía, aparte de acusar la relación entre la cavidad pulpar y el exterior puede señalar ya alguna alteración o destrucción ósea.

Diagnostico de necrosis pulpar

La muerte de la pulpa es la cesación de los procesos metabólicos de este órgano. Sintomatología, los síntomas difieren según se trate de una cavidad pulpar cerrada o abierta, en una cavidad cerrada la pulpa muerta puede permanecer mucho tiempo sin producir semiología alguna.

Por fin aparece la discromía coronaria, porque en los tubulillos dentinarios han penetrado los productos de descomposición que los pigmentan, en una cavidad pulpar abierta con previa pulpitis total, los síntomas que caracterizan la muerte de la pulpa son: la cesación del dolor espontáneo o provocado, el olor fétido que desprende, el paciente puede quejarse de mal sabor y de incomodidad al masticar.

Diagnostico: En la practica, sucede a veces de modo extraño que un diente aparentemente sano, o con una caries u obturación superficiales, resulte negativo a la prueba eléctrica pulpar. Se confirma una muerte pulpar utilizando los siguientes medios, que pueden arrojar algunos o todos los datos positivos: anamnesis, inspección, exploración, percusión, prueba de sensibilidad, radiografías .diagnostico diferencial, la necrobiosis, es a veces difícil de distinguir de la atrofia y degeneración pulpar, la necrosis se puede diferenciar si existe el dato de trauma en un diente con integridad de la corona, además de la consistencia caseosa de la pulpa y ausencia de solamente ligera fetidez, la gangrena se diferencia por su fetidez intensa que emana de una cavidad pulpar abierta y el color oscuro de su contenido pastoso o liquido.

Periodontitis.

La periodontitis más que una infección en los tejidos de soporte es una enfermedad inflamatoria crónica, y muchas de las formas de este tipo de enfermedad periodontal están asociadas a la placa bacteriana, y más específicamente a complejos microbianos patogénicos que colonizan y residen en el espacio subgingival formando bolsas patológicas donde interactúan de diversas formas con las defensas del huésped.

Sabemos hoy en día que el inicio y progresión de una determinada enfermedad periodontal es modificado por condiciones locales o sistémicas llamadas factores de riesgo.

La enfermedad periodontal es una enfermedad de causa bacteriana, producida por el acúmulo de la placa bacteriana, que es una capa pegajosa e incolora que se forma constantemente y que se adhiere al diente en contacto con la encía. Una higiene bucal diaria, meticulosa, es esencial tanto para prevenir como para tratar la enfermedad.

Al parecer, hay una clara relación entre las lesiones periodontales y el estado del tejido pulpar.

La periodontitis en un paciente adulto puede resultar un hecho frecuente desde el punto de vista epidemiológico, sin que la edad sea el factor que determine la susceptibilidad para desarrollar alguna enfermedad periodontal destructiva.

Desafortunadamente la periodontitis no es detectada oportunamente, por lo que una lesión que inició a edad temprana, al no diagnosticarse, tratarse o controlarse, hace clásica la imagen del paciente adulto con dientes afectados periodontalmente.

Este hecho refleja que entre más avanzada es la lesión periodontal mayor es la destrucción de los tejidos de soporte, por lo que se hace más evidente y más fácilmente la detecta el paciente o un dentista común.

El término de periodontitis crónica refleja un concepto tradicional de enfermedad no curable, pero esto no quiere decir que no sea controlable, o que no responda al tratamiento convencional. Y que un paciente que recibió una terapia periodontal debe continuar con un plan de mantenimiento o terapia periodontal de soporte para un control a largo plazo que permita evitar una recurrencia de la enfermedad.

(17,19)

Diagnostico de periodontitis aguda.

Es un proceso inflamatorio agudo localizado alrededor del ápice. Y puede ocurrir alrededor de dientes con o sin vitalidad.

Sintomatología: Los síntomas comunes o casi iguales de todas son: sensación de alargamiento o artritis dentaria, dolor que al principio es ligero, localizado y provocado por la masticación y percusión, pueden volverse intenso, irradiado, espontáneo o constante.

Además la sintomatología es aparatosa y alarmante, el paciente mantiene la boca entre abierta para evitar la oclusión, siente que el proceso se extiende a la región vecina, presenta intensa resección general con posible fiebre, debilidad, anorexia, escalofríos, insomnio, palidez, éxtasis intestinal, lengua saburral, halitosis, irritabilidad, cefalalgia.

Diagnostico; se establece fácilmente, tomando en cuenta los síntomas y signos que acabamos de describir y los que el paciente relata libremente, además de los datos que obtenemos en el interrogatorio y en la exploración para completar la historia clínica, el dolor espontáneo y provocado de poca intensidad, no se observa destrucción ósea en la radiografía, poca o sin movilidad dentaria. Dolor muy intenso, tanto espontáneo como provocado.

Absceso perirradicular agudo:

Esta formado por exudado purulento causante de dolor, alrededor del ápice. Este absceso constituye el resultado de la exacerbación de la periodontitis apical aguda en una pulpa infectada necrótica. Aunque la enfermedad puede ser muy grave, el ligamento periodontal quizá tenga un aspecto dentro de límites normales o sólo evidencie un engrosamiento ligero (radiográfico).

Los síntomas y signos incluyen comienzo rápido de tumefacción ligera o intensa, dolor moderado o fuerte, dolor a la percusión y la palpación y, quizá, un ligero aumento de la movilidad del diente. En casos mas avanzados el paciente tiene fiebre y se puede diferenciar del absceso periodontal lateral por lo siguiente:

- En caso de absceso periodontal lateral, las pruebas eléctricas y térmicas de la pulpa confirman su vitalidad, aunque los síntomas de este tipo de absceso pueden imitar a los del perirradicular agudo y en raras excepciones, se encuentra una bolsa periodontal profunda asociada con el absceso periodontal lateral.

Diagnostico de periodontitis apical crónica.

Es una lesión periapical asintomática que sólo se manifiesta en la radiografía, las bacterias y sus endotoxinas que alcanzan la región periapical desde la pulpa necrótica, causan una reacción inflamatoria y producen desmineralización extensa del hueso.

Sintomatología: En ocasiones puede existir hipersensibilidad ligera a la percusión o la palpación, o ambas. Muchas veces, el paciente dirá que aunque el diente no le duele, lo siente “diferente” o “hueco” a la percusión.

Un trayecto fistuloso, denominado incorrectamente “fistula” ⁽²⁰⁾, indica la presencia de supuración franca, y la lesión se conoce también como periodontitis apical supurada crónica o absceso apical crónico. La ausencia general de síntomas, la presencia de una radiografía periapical y la comprobación de la necrosis de la pulpa confirma el diagnóstico de periodontitis apical crónica.

Osteosclerosis periapical.

Se caracteriza por mineralización ósea excesiva alrededor de un diente asintomático que conserva la vitalidad. La radiolucidez observada en la radiografía puede ser causada por una irritación pulpar de bajo grado. Puesto que la condición es asintomática y benigna, no requiere tratamiento endodóncico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Además de efectuar el diagnóstico del diente o dientes causales, en ocasiones no se aprecia patología pulpar o periapical y se debe realizar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades bucofaciales que producen dolor. Para conseguirlo, el odontólogo tiene que conocer los mecanismos del dolor, las características clínicas de las categorías de dolor, los puntos, las características clínicas de las categorías de dolor, los puntos de diferenciación que permiten identificar los distintos tipos de dolor, las características conductuales del dolor odontogénico y los signos de alarma cardinales de las odontalgias de origen no odontogénico. Y con un conocimiento profundo de estas condiciones, el odontólogo puede iniciar la tarea de eliminación deliberada y selectiva de las características no esenciales del dolor.

6.1 Odontalgia de origen neurovascular.

Incluye un grupo de trastornos dolorosos que tienen mecanismos comunes, en los que participa el sistema neurovascular trigémino. El tipo más común es una cefalea jaquecosa. El dolor puede irradiar a los dientes. Sin embargo, puesto que la odontalgia ocurre en conjunción con alguna forma común de cefalea neurovascular, el diagnóstico rara vez plantea problemas. Y un dato importante es que la odontalgia cede al hacerle la cefalea. El dolor de una odontalgia neurovascular es similar al de la pulpitis irreversible: espontáneo, variable y pulsátil. Sin embargo la odontalgia neurovascular se caracteriza por periodos de remisión y exacerbación que se repiten a lo largo de meses o años, y ausencia de una causa dental razonable del dolor. ⁽²¹⁾

Dolores de cabeza.

Son las entidades dolorosas más frecuentes de la cabeza y cuello.

Con frecuencia se refieren a los dientes y se confunden con un dolor dental.

El dolor de cabeza se presenta en muchas formas. 1. dolores de cabeza funcionales. Causados por trastornos vasculares. 2. dolores de cabeza de origen orgánico: causados por lesiones de masas. (Tumores, hematomas) enfermedades de los ojos, oídos, nariz, garganta, etc.

Dolores de cabeza en forma de migraña.

Las migrañas se refieren a los dientes, aunque la experiencia principal es el dolor de cabeza. La migraña clásica se diagnostica con facilidad y los pacientes por lo regular tienen historia de episodios recurrentes; las variantes atípicas pueden confundir el diagnóstico.

Dolores de cabeza agrupados.

Estos por lo regular son graves, el paciente experimenta varios en periodo de 2 o 3 meses, cada uno dura más de una hora. El dolor se limita a la distribución de la primera y segunda divisiones del nervio trigémino y puede manifestar en los dientes superiores y en ocasiones inferiores.

Dolor de cabeza por tensión.

En este, la forma más frecuente de dolor de cabeza, los espasmos musculares inducen el dolor que se puede referir sobre un área amplia, que incluye frente, sienes y parte posterior del cuello.

Dolores de cabeza de origen orgánico.

Los tumores cerebrales pueden ocasionar dolores de cabeza ligero o grave, o ninguno. Cuando se presentan, a menudo son profundos, dolorosos, fijos y sordos.

El dolor de cabeza más grave está asociado con neuralgia y dolores de cabeza vasculares; los debidos a hematomas intracraneales por lo regular se presentan después de lesión.

Neuralgia del trigémino.

Una inflamación pulpar aguda puede simular una neuralgia del trigémino. Difiere de las entidades dolorosa mencionadas, dado que deriva de causas intracraneales. Los pacientes que padecen dolor por neuralgia acuden al dentista por que el dolor se localiza en los maxilares, sobre todo en el superior. Con frecuencia el dolor se manifiesta en un diente o varios y se desencadena al tocar la piel o la mucosa en la proximidad del diente, los síntomas típicos asociados a la neuralgia son los ataques de dolor, cuya duración es de 10seg a 2-3 minutos, el dolor alcanza su máxima intensidad y disminuye después de 20-30 seg. ⁽²¹⁾

La inflamación del nervio trigeminal, es más frecuente pero menos llamativo que la neuralgia. El dolor asociado a esta entidad es constante y de una intensidad baja a moderada la causa de la enfermedad suele ser una infección bacteriana o vírica del sistema nervioso, pero la irritación local también puede ocasionar una neuritis el dolor es continuo e intolerable y dura 10 días. El tratamiento sólo puede ser paliativo y se debe instaurar una terapia analgésica moderada. ^(10,20)

Después de un ataque, existe un periodo libre de dolor en el que no se puede provocar un nuevo ataque. Esta es más frecuente en pacientes adultos, con historial antiguo de brotes que aparecen varias veces al día.

6.2 Odontalgia neuropática episódica.

Dolor espontáneo, intenso, súbito, agudo, lancinante, como una descarga eléctrica que se siente en los dientes o se irradia a los dientes. El dolor dura entre segundos y minutos, y después desaparece. Las crisis de dolor se limitan a un lado y afectan a una división del nervio, la característica más prominente es la existencia de puntos desencadenantes. Estas áreas están localizadas con frecuencia en la piel de los labios, las mejillas o la encía. Cuando se toca provoca una respuesta dolorosa. Las crisis se suceden en serie y pueden terminar súbitamente. Con los episodios de dolor, el paciente aprende a evitar los lugares cutáneos o intraorales que desencadenan las crisis. Algunos son capaces de identificar y describir pródromos vagos de hormigueo, antes de una crisis. Por desgracia, el bloqueo anestésico detiene el paroxismo de dolor, lo que puede conducir a un diagnóstico erróneo de dolor odontogénico.

6.3 Odontalgia neuropática continua.

El dolor puede ser exacerbado mediante provocación local, como la percusión del diente o el contacto con la encía adyacente, lo que puede producir odontalgia continua. El dolor neurítico se debe a la extensión de la inflamación desde estructuras adyacentes hasta los nervios. El dolor puede aparecer después del tratamiento dental, como respuesta simple y estas anomalías se pueden manifestar como odontalgia fantasma.

6.4 Odontalgia atípica.

Es el dolor dental sin causa orgánica obvia. Se caracteriza por periodos prolongados de dolor pulsátil en los dientes o los procesos alveolares, sin ninguna causa odontogénica identificable. En general, el dolor ha estado presente durante meses, y los intentos repetidos de terapia dental no han conseguido resolverlo.

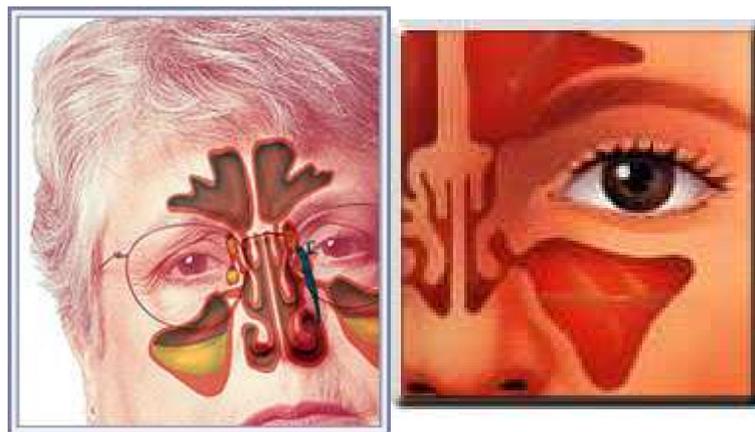
Y el dolor persiste en otros dientes o en la mandíbula. Es mas frecuente en mujeres de edad media y afecta sobre todo a los caninos y premolares superiores. El dolor atípico, tiene un claro componente emocional, con estimulación del sistema nervioso autónomo que ocasiona los vagos síntomas que se han descrito. Y es considerado como dolor psicógeno

6.5 Odontalgia originada en el seno maxilar.

Sinusitis maxilar.

La inflamación de la mucosa que tapiza el seno puede provocar dolor facial que afecta a todos los dientes superiores (Figura 10). La sinusitis maxilar puede producir un dolor constante, sordo y moderado, en múltiples dientes del lado afectado.

Es probablemente la causa extraoral más frecuente de dolor en el paciente que solicita la consulta odontológica, el paciente indicara la sensación de diente alargado y dolor a la masticación los dientes pueden ser sensibles a la percusión y lo que es mas importante hipersensibles al frío. En ocasiones es difícil diferenciar entre el dolor de una sinusitis y el dolor pulpar. Y existen síntomas extra orales como hipersensibilidad en el hueso por arriba del seno, dolor delante y cefalea en los senos frontales. ^(10, 20,22)



(Figura 10) www.lukor.com/hogarysalud/05022205.jpg

6.6 El trastorno craneomandibular no diagnosticado.

El dolor crónico es uno de los fenómenos más trascendentes para un enfermo, pues le impide descansar, afecta su desempeño laboral, su conducta y trastorna significativamente su vida, con frecuencia se relaciona con las estructuras que componen el cráneo, la cara, áreas maxilomandibulares y el cuello.

Es frecuente que en los pacientes que sufren dolor crónico, el clínico pase por alto síntomas o signos esenciales para un diagnóstico acertado, les ordene una serie de estudios de gabinete con la esperanza de que aparezca “algo” que explique el fenómeno doloroso, les prescriba tratamientos paliativos inespecíficos, etc. y al no librarse del dolor, estos enfermos continúen peregrinando con múltiples especialistas, agotando cada vez más las esperanzas de lograr una curación efectiva.

Los signos y síntomas característicos de un trastorno craneomandibular ocupan tres grandes áreas que componen la “tríada de la disfunción”, las cuales son:

- a) disfunción de la columna cervical.
- b) dolor miofacial y disfunción de los músculos esqueléticos.
- c) desarreglo de la articulación temporomandibular.

La disfunción de la columna cervical es el factor extrínseco más común de un trastorno temporomandibular, pues es una estructura anatómica íntimamente relacionada con el cráneo y el sistema masticatorio, que al alterarse por alguna anomalía postural, puede provocar dolor referido a la región temporomandibular a través de sus articulaciones, inserciones musculares e inervación neural y vascular.

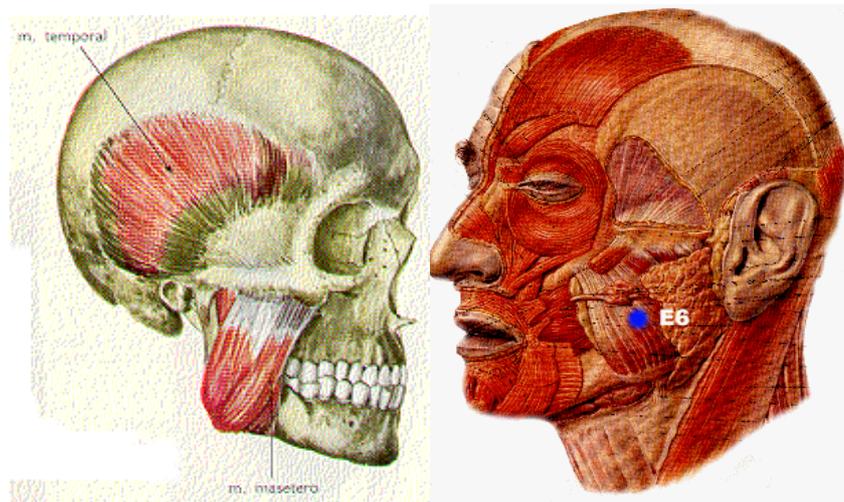
Odontalgia de origen miofascial.

El dolor miofacial, también llamado síndrome disfuncional miofacial doloroso, cefalea por contracción muscular o cefalea tensional, guarda una estrecha relación con la fibromialgia. Se caracteriza por un dolor continuo, generalmente profundo, que afecta uno o más músculos, con dolor localizado en bandas musculares firmes. Existen puntos-gatillo al palpar áreas dolorosas específicas. El dolor crónico, continuo, intenso, generalizado, asociado a disfunción de los músculos esqueléticos es característico de la fibromialgia, “fibrositis” o “miofibrositis”, un trastorno frecuente que ocupa el segundo lugar en las consultas reumatológicas, afecta predominantemente a mujeres entre la cuarta y la quinta década de la vida. Es un proceso no degenerativo ni articular, que se presenta como dolor continuo intenso musculoesquelético, con rigidez del tronco y extremidades, con diversos sitios hipersensibles específicos donde se desencadena el dolor y se acompaña por trastornos del sueño. Guarda gran similitud con el dolor miofacial.

Los músculos de la masticación, en particular el masetero, el temporal y el digástrico anterior, pueden inducir dolor referido (Figura 11), que el paciente percibe como odontalgia (Tabla 1). El dolor miofascial no es pulsátil y puede durar varios meses o años, con periodos de latencia. Y es frecuente que los pacientes se quejen de dolor muscular después de tratamientos dentales extensos; el dolor suele aumentar con el estrés emocional y con el uso vigoroso y prolongado de los músculos afectados. Siempre que haya odontalgia y no exista evidencia clínica de una enfermedad pulpar o periapical, se deben palpar los músculos de la masticación. La palpación de las zonas desencadenantes en el músculo reproducirá los síntomas dolorosos y confirmará el diagnóstico de dolor de origen miofascial. Este dolor no cede con el bloqueo analgésico de los dientes dolorosos, sino con la localización del músculo donde se origina.

(Tabla 1)

Sitios musculares al cual se refiere el dolor	Dientes a los cuales se refiere el dolor
Masetero superficial, borde anterior y parte superior	Molares superiores.
Masetero superficial, parte inferior	Molares inferiores.
Temporal, sección anterior	Incisivos superiores
Temporal, sección posterior	Incisivos superiores
Temporal, sección interna	Caninos y premolares superiores.



(Figura 11) www.prodont-holliger.com/.../cat_img-1.jpg

Dolor por trastorno temporomandibular.

El desarreglo de la articulación temporomandibular, los síntomas varían considerablemente pero el paciente puede asegurar que el dolor se origina en los dientes. El dolor siempre se localizará en el maxilar superior, no es tan intenso como una pulpalgia avanzada o como el dolor periapical, pero tiene un carácter crónico de larga duración y en consecuencia, es muy irritante.

La irritación y el edema en el área de la articulación puede ser evidente y con frecuencia el movimiento de la mandíbula esta limitado. Y la mayoría de los síntomas se deben a la tensión o factores relacionados son esta. Los pacientes necesitan atención médica. El tinnitus, la pérdida de la audición sin antecedentes de enfermedad del oído, la otorrea, y el prurito en el conducto auditivo, etc. pueden evidenciar un verdadero trastorno temporomandibular (10, 20,23)

Existen varias expresiones de los trastornos temporomandibulares que con frecuencia no son reconocidas por el clínico y en su gran mayoría no son detectadas por pruebas de imagen o laboratorio, de tal manera que sólo pueden identificarse a través de un interrogatorio y una exploración cuidadosa. Muchos de estos trastornos se manifiestan por: cefalea, otalgia, hipoacusia, tinnitus, fatiga, insomnio, dolor de la cara, limitación de los movimientos mandibulares y de la apertura bucal, dolor intenso de los músculos masticadores y del cuello, tortícolis espástico y lumbalgia.

6.7 Neuritis por herpes zoster

El virus latente residente en el ganglio de Gasser después de la infección primaria en forma de varicela (Figura 12). Como en otros casos de afectación del nervio trigémino, el dolor pulpar se suele limitar a un lado. La odontalgia se puede localizar en uno o varios dientes, y se describe como aguda, pulsátil e intermitente. Durante el pródromo, que puede durar varias semanas, el reconocimiento del herpes zoster es casi imposible.

Los síntomas corresponden claramente a una pulpitis irreversible, y el paciente identifica con facilidad los dientes causantes. La intervención endodóncica precoz, durante el pródromo del zoster, puede aliviar el dolor intenso de la pulpitis. Sin embargo, la infección por el virus puede ceder sin intervención. Después del herpes zoster esta indicada la vigilancia, dada la posibilidad de enfermedad de la pulpa o periápice. El diagnóstico es con frecuencia difícil debido a que las vesículas o ampollas en la boca pueden desarrollarse varios días después de la instauración del dolor. ^(6,20)



(Figura 12) www.prodont-holliger.com/.../cat_img-1.jpg

6.8 Dolor psicógeno

Algún paciente ocasional puede comunicar síntomas de odontalgia que no encajan en ninguna entidad dolorosa orofacial.

Los síntomas pueden tener su origen de tipo anomalía mental en la que el paciente se queja de problemas físicos sin que exista ningún signo orgánico. Y la sospecha de odontalgia psicogénica sólo está justificada después de eliminar las causas orgánicas de dolor dental.

El síndrome de Munchausen, se caracteriza por la descripción elaborada de un dolor no real o autoinfligido. El perfil de estos pacientes recorre toda la gama desde psicótico a neurótico, y desde la mentira patológica hasta la adición a sustancias químicas. ⁽¹⁰⁾

Se observa predominantemente en mujeres adultas. Suele ser constante y puede persistir durante meses o años. Con frecuencia estos pacientes asocian el dolor con sus dientes. Es importante recordar que aunque no exista una razón orgánica para el dolor, este es real para el paciente.

6.9 Dolor referido de origen cardíaco.

El dolor mandibular relacionado con la angina de pecho y el infarto de miocardio resaltan la importancia de incluir los síntomas médicos relevantes en la historia del paciente. Los informes sobre dolor mandibular de origen cardíaco sugiere que el dolor se irradia a la mandíbula en alrededor del 10% de los casos. ⁽¹⁰⁾ El infarto de miocardio se caracteriza por dolor súbito, intenso y no inducido por la estimulación oral. EL dolor miocárdico se puede manifestar en el brazo izquierdo, así como en el cuello, la mandíbula o los dientes. Y se pueden acompañar de manifestaciones de shock, náuseas, dificultad para respirar, sudación, piel húmeda y palidez. Las pruebas de sensibilidad no reproducen el dolor.

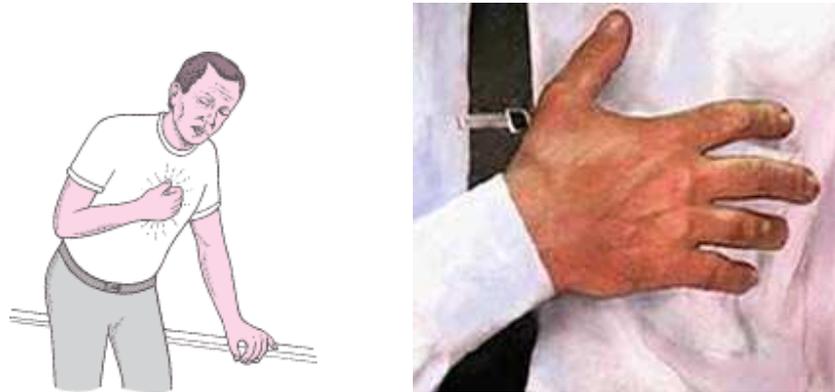
Angina de pecho

El paciente sufre un dolor físico o un dolor opresivo, similar a presión o compresión en la región retro esternal.

Se irradia de manera característica a hombro izquierdo y desciende por este brazo hasta la punta de los dedos cuarto y quinto, pero puede irradiarse a otras áreas, que incluyen el cuello e incluso la mandíbula y los dientes, similar a una odontalgia. ⁽²⁵⁾ (Figura 13)

El dentista debe recordarlo en pacientes sin lesiones bucales o dentales que presentan dolor mandibular por esfuerzo que se alivia con el reposo. Este dolor opresivo dura algunos segundos a minutos. En la mayoría de los pacientes se alivia casi de inmediato al suspender el esfuerzo.

El diagnóstico se basa en los antecedentes del paciente, y realizar un electrocardiograma. Los ataques agudos de angina pueden ocurrir como resultado del estrés relacionado con servicios dentales, en particular extracciones. Se piensa que debido a la superposición de los pares craneales quinto y tercero y el primer nervio torácico, el dolor cardíaco puede transmitirse a la mandíbula e interpretarse como dolor dental. La característica del dolor mandibular anginoso es que el dolor es intenso, inicia al realizar esfuerzo y desaparece con el reposo y por esto se diferencia del dolor usual de origen dental. Si el paciente se encuentra en el sillón dental, debe aplicarse de inmediato bajo su lengua una tableta o pulverización de nitroglicerina. ^(10,24)



(Figura 13) www.lukor.com/hogarysalud/05022205.jpg

6.10 Síndrome del diente hendido y fracturas verticales.

Uno de los casos más desconcertantes que puede encontrar el clínico es el del paciente que se queja de dolor agudo esporádico al masticar, junto con dolor ocasional al ingerir sólidos o líquidos fríos.

A veces, indica que el dolor ocurre después de masticar y puede llegar a narrar un episodio de dolor súbito mientras mastica algo duro. El paciente es incapaz de localizar el dolor y no presenta alguno otro síntoma. El dolor es ocasionado por que parte de la corona se separa por las fuerzas de oclusión y la dentina subyacente queda expuesta de forma momentánea y como resultado del movimiento hidrostático del líquido dentro de los túbulos de la dentina, el paciente experimenta dolor. ⁽¹⁾ Se puede afectar cualquier diente, pero los molares mandibulares y los dientes sin restauración son los más expuestos a fracturas. En general, las demás pruebas clínicas, como la percusión, la palpación, la movilidad y el sondeo, estarán dentro de límites normales, si la fisura se limita a la estructura de la corona. La prueba más útil consiste en pedir al paciente que muerda sobre una cuña de madera hasta que se produzca dolor y la tinción contribuye a corroborar la detección de fracturas.

La prueba del frío puede ser fructífera, mientras que la prueba de calor quizá no resulte útil. ⁽¹⁾ En caso de que haya necrosis pulpar, y no exista dolor agudo; quizá persista sólo una molestia sorda al morder, causada por inflamación de las fibras del ligamento periodontal y será útil la prueba de percusión. Las fracturas verticales se reconocen con frecuencia en la radiografía y se manifiesta como una radiotransparencia perirradicular.

DISCUSIÓN

La profesión odontológica siempre implica estar trabajando con un estrés pero puede disminuir con una correcta práctica, esto quiere decir que siempre hay que actuar con una ética profesional y dejar los beneficios personales a un lado. Si se realiza una buena práctica nos podemos evitar la molestia de que haya reproches, reclamaciones y hasta problemas legales a futuro. El paciente es un ser humano. El paciente nos entrega su confianza, por esta razón estamos comprometidos en ayudarlo a mejorar su salud.

Obtener un diagnóstico endodóncico siempre implica dedicación, tiempo, ciencia y nunca precipitar un tratamiento sin estar seguro de lo que aqueja al paciente nunca buscar la salida fácil o más conveniente para nosotros ya que servimos a una comunidad la cual merece respeto, dedicación, y entrega. Esto implica sacrificar muchas cosas personales pero a futuro se obtienen resultados y satisfacciones muy gratificantes ya que nos enorgullece como profesionistas.

CONCLUSIONES

Sabemos que es de suma importancia realizar un buen diagnóstico para llegar a un buen tratamiento y obtener excelentes resultados pero esto implica más que solo realizarlo, ser muy pacientes, perspicaces, consientes, tenaces y sobre todo actuar con ética y moral.

El hecho de diagnosticar no solo es hacerlo por hacer y ver cual es el nombre de la patología que esta dañando. La importancia esta en ofrecer una buena atención y una motivación como profesional para fomentar los principios y obtener una satisfacción personal y profesional que implica que se ha realizado un buen trabajo sin que se dañe la integridad física y moral del paciente.

Estar satisfecho de que todo el trabajo, las pruebas y métodos utilizados fueron los correctos para llegar al resultado obtenido; que estos pasos no fueron precipitados y que fueron cuidadosamente realizados.

Es importante tener en cuenta que el sistema endoperiodontal es un conjunto, nunca hay que estudiarlos por separados y siempre tienen una íntima relación. Hay que concienciar que las patologías pulpares nunca van a estar a la par con los estudios histopatológicos y por esta razón es muy importante cuando se diagnostique una alteración pulpar, recordar que la anamnesis y lo que se observa clínicamente no nos debe encasillar a una patología inmediata, debemos de ser intuitivos perspicaces y pacientes ya que al seguir indagando nos podemos encontrar con más información.

El diagnóstico endodóncico casi nunca es fácil y por esta razón el profesional debe de tomar en cuenta todos los métodos para diagnosticar sin acostumbrarse a uno solo. Siempre tiene que estar abierto a diferentes opciones y aplicarlas con criterio y fundamentos, es muy importante también no dejarse llevar por la tecnología y los aparatos tan sofisticados hoy en día para el diagnóstico ya que podemos caer en la mercadotecnia y olvidarnos de la parte médica.

Por último lo que trato de dar a entender es que el diagnóstico endodóncico involucra muchos principios clínicos, médicos y éticos; El que cada profesional pueda desarrollar su práctica diaria con gran satisfacción y respetando estos principios nos distinguirá y ayudará a resaltar la calidad del gremio odontológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cohen S. Caminos de la pulpa. 5 ed. 1991.
2. ENDODONCIA volumen 18 número 2 abril-Junio 2000
3. Augsburger RA, Peter DD: In vitro effects of ice, skin refrigerant, and CO2 snow on intrapulpal temperatura, J endo.
4. Boraks S. Diagnostico bucal. 2004 Editorial Artes médicas
5. Zegarelli E V. Diagnostico en patología oral. 2a edición española. Editorial Salvat editores (España 1982).
6. Tronstad L. Endodoncia clínica. Editorial Ediciones científicas y técnicas.
7. <http://www.odontomarketing.com/> La faceta humana del Médico. Odontología Ejercicio Profesional 2000;1(1)
8. <http://www.odontomarketing.com/>, Bioética en odontología, Parte 2, Febrero 2001.
9. <http://www.odontomarketing.com/> Odontología Ejercicio Profesional Diciembre 2000;1(1):
10. Lasala A. Endodoncia. 3ª edición. Editorial Salvat.
11. Kuttler Y. Fundamentos de endo-metaendodoncia practica.
12. Dowson J, Endodoncia clinica. Editorial Interamericana.
13. Dechaume M. Estomatología. Editorial. Toray-masson.
14. Grossman L I. Practica endodontica. Editorial Mundi S.A.I.C y F.
15. Harty F.J. Endodontics in clinical practice. Editorial. Wright.
16. Selter S. Pulpa dental. Editorial El manual moderno.
17. Ortizy C, Marsilly P. Interpretación clínica de las lesiones endoperiodontales. Superior de Ciencias Medicas. Facultad de Estomatología 2002; 6(2):98-102
18. Burket. Medicina bucal diagnostico y tratamiento. México D.F 1986. 4ª edición.

19. Revista ADM 2001;LVIII(2):63-67 67
20. Ingle. J I. Endodoncia. 4ª edición. Editorial McGraw-hill interamericana.
21. Shafer W G. Tratado de patología bucal 3ª edición Editorial Interamericana
22. Volumen 71, No. 5, septiembre-octubre 2003 359.MG Ciruj 2003; 71: 359-362
23. El trastorno craneomandibular no diagnosticado Volumen 69, No. 5, septiembre-octubre 2001; 243
24. Lynch M A. Medicina bucal diagnostico y tratamiento. Editorial McGraw-hill Interamericana.
25. El manual Merck. 9ª edición. Editorial Océano/centrum.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DE IMÁGENES

1. www.odontologia-online.com.
2. www.GB Systems/DENTAL World.
3. www.images-periodontitis_jpg_archivos\treatment.htm
4. www.lukor.com/hogarysalud/05022205.jpg
5. www.prodont-holliger.com/.../cat_img-1.jpg
6. <http://mx.wrs.yahoo.com/.rincondelvago.com/enfermedades-periodontales.html>