Francisco Tajuelo Izquierdo

Urgencias en Endodoncia



Liber Factory

© Obra: URGENCIAS EN ENDODONCIA

© Autor: FRANCISCO TAJUELO IZQUIERDO

ISBN: 978-84-17707-11-8

© Editado por LIBER FACTORY www.liberfactory.com

Gestión, promoción y distribución: Vision Netware S.L.
C./ San Ildefonso 17, local, 28012 Madrid. España.
Tlf: 0034 91 3117696 // Email: pedidos@visionnet.es
www.visionnet-libros.com

Disponible en papel y ebook en las principales librerías físicas y online.

Las opiniones expresadas en este trabajo son exclusivas del autor. No reflejan necesariamente las opiniones del editor, que queda eximido de cualquier responsabilidad derivada de las mismas.

Este libro no podrá ser reproducido, ni parcial ni totalmente, sin el previo permiso por escrito de los titulares del copyright. Todos los derechos reservados. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.es o por teléfono 91702 1970) si necesita fotocopiar, escanear o utilizar algún fragmento de esta obra. Gracias por comprar una edición autorizada de esta obra y por respetar las leyes del copyright.

CAPÍTULO 1

... de las urgencias en Endodoncia y del dolor

Al releer el título de este capítulo, creo que sería más acertado empezar por el final, pues primero se hizo el dolor y luego la forma de remediarlo.

Dolor

Dice Weine, en su libro ya clásico, que aproximadamente el 90% de quienes requirieron el tratamiento de emergencia para aliviar el dolor tenían una enfermedad pulpar o periapical, y, con ello, eran candidatos al tratamiento endodóncico.
Adentrémonos, de una manera práctica, en ese maravilloso mundo de la pulpa, y para ello nada mejor que releer un libro magnífico, que publicó hace años Martin Brännström (1982). El problema es que no ha sido traducido al castellano.
Otros dos autores, que son todavía más clásicos en sus estudios sobre la pulpa, son Seltzer y Bender (1975).
Éstos sí que tienen traducido su libro al castellano, y, aun cuando éste es más exhaustivo, no me resisto a la tentación de incluirlo entre los libros recomendados, por si existiera alguien que disfrute con este tema tanto como yo.
Todos sabemos de la capacidad reactiva de la pulpa, y, por si no lo recordáramos, en la figura 1 podemos observar una hipertrofia pulpar reactiva de la pulpa de un molar, que impide la necrosis total del paquete pulpar.



Fig. 1. Hipertrofia pulpar.

En la figura 2, puede verse, incluso, cómo las células epiteliales de la encía han sido capaces de crecer sobre una pulpa hipertrófica, en un intento de protección.



Fig. 2. Hipertrofia pulpar recubierta, en parte, por epitelio gingival.

En fin, que de todos aquellos cuadros sinópticos que se nos explicaban con detalle y que vemos en la figura 3, la única conclusión a la que podemos llegar es que no sirven para nada.



Fig. 3. Esquemas teóricos de patología pulpar.

¿Qué es lo que nos interesa saber a nosotros?

Ante un paciente que llega a la clínica con dolor pulpar, lo que tenemos que saber es si la pulpitis que tiene es reversible o irreversible, es decir, si le

tenemos que quitar el paquete pulpar o, por el contrario, éste puede preservarse o, mejor dicho -el término *preservarse* suena a americanismo-, conservarse o salvaguardarse.

Luego, ya determinaremos si hay o no necrosis en el sistema de conductos radiculares.

Pero, ¿cómo sabemos, por la sintomatología clínica, cuándo estamos en una situación o en otra?

Veamos, someramente, **en qué situaciones podemos encontrarnos**:

- Pulpa normal.
- Pulpitis reversible.
- Pulpitis irreversible.
- Necrosis.
- Periodontitis apical aguda y absceso apical.
- Periodontitis apical crónica y crónica con agudización.

Pulpa normal

El diente está libre de dolor o de síntomas anormales, y, cuando se aplican estímulos térmicos, el dolor desaparece a los pocos segundos de retirar el estímulo.

Pulpa reversible

Hay una historia de dolor pulpar de comienzo reciente, con dolor ante estímulos, que desaparece cuando el estímulo deja de actuar.

Hay caries en el diente o en alguna restauración reciente.

El diente responde antes a los estímulos de vitalidad pulpar.

Pulpa irreversible

Historia de episodios dolorosos, que van aumentando en frecuencia e intensidad.

El dolor puede ser espontáneo por la noche o que impide dormir al paciente.

Generalmente, el paciente no localiza la procedencia del dolor, es decir, no sabe con seguridad cuál es el diente que le duele.

El paciente tiene que tomar analgésicos, y las pruebas de vitalidad pulpar tienen una respuesta aumentada o disminuida.

En ocasiones, acude a la consulta tapándose la cara con una bufanda, para evitar que le dé el frío en la boca, lo cual exacerba mucho el dolor.

Es importante que tengamos en cuenta que, en los niños, toda esta sintomatología, que en el adulto nos indicaría que el diente tiene una pulpitis irreversible y habría que quitar la pulpa, no es cierta al cien por cien, y ocurre con facilidad que la pulpa puede ser preservada con un tratamiento conservador.

Cuidado, pues, en niños, que no es cierto lo que se ha dicho para los adultos.

Necrosis

Historia de dolor que cada vez se hace más intenso y que, de repente, desaparece.

El paciente sigue sin saber con exactitud cuál es el diente que le duele. No responde a los tests de vitalidad, aun cuando puede ser positivo a los eléctricos.

El paciente viene, en ocasiones, a la clínica, bebiendo sorbitos de agua para enfriar el diente, lo cual le alivia el dolor.

La percusión del diente y la palpación de los tejidos perirradiculares son normales.

Periodontitis apical aguda y absceso apical

Le damos a la patología el nombre de *periodontitis apical aguda* cuando la infección ha llegado a alcanzar el periodonto.

Es cuando el paciente localiza con exactitud de qué diente procede el dolor. ¿Por qué? Pues porque en la pulpa no hay receptores propioceptivos del dolor, que se localizan en periodonto.

Es cuando se afecta el periodonto, cuando éstos se estimulan y determinan la procedencia exacta del dolor.

El dolor se localiza ya en el área apical del diente, pudiendo variar la intensidad de éste.

Puede ser sordo, pulsátil y continuo, y puede aumentar al aplicar presión externa.

La mucosa aparece normal, o puede estar enrojecida e hinchada, si la evolución es mayor y ya se ha afectado el hueso cortical.

Decimos que el diente tiene un absceso apical agudo...

... cuando hay un flemón con fluctuación, sensación de diente crecido, dolor intenso a la percusión (cuidado con el golpecito sobre el diente, que puede desencadenarle al paciente un dolor muy intenso) y movilidad, que va de clase

I a III.

La imagen radiológica puede ser normal o con el espacio periodontal ensanchado y el hueso difuminado.

Periodontitis apical crónica y crónica con agudización

En muchos casos, es asintomática o con sintomatología muy débil.

Hay imágenes radiológicas de ensanchamiento de la membrana periodontal y destrucción ósea y lesión periapical, circunscrita o difusa.

Pueden aparecer imágenes apicales grandes.

La Asociación Americana de Endodoncistas editó, hace ya años, un folleto, *Tooth Pain Guide* (figs. 4 y 5), dirigido al paciente, en el que se explica muy bien la relación entre la sintomatología del dolor y la causa por la que puede producirse ese problema, y qué es lo que hay que hacer.

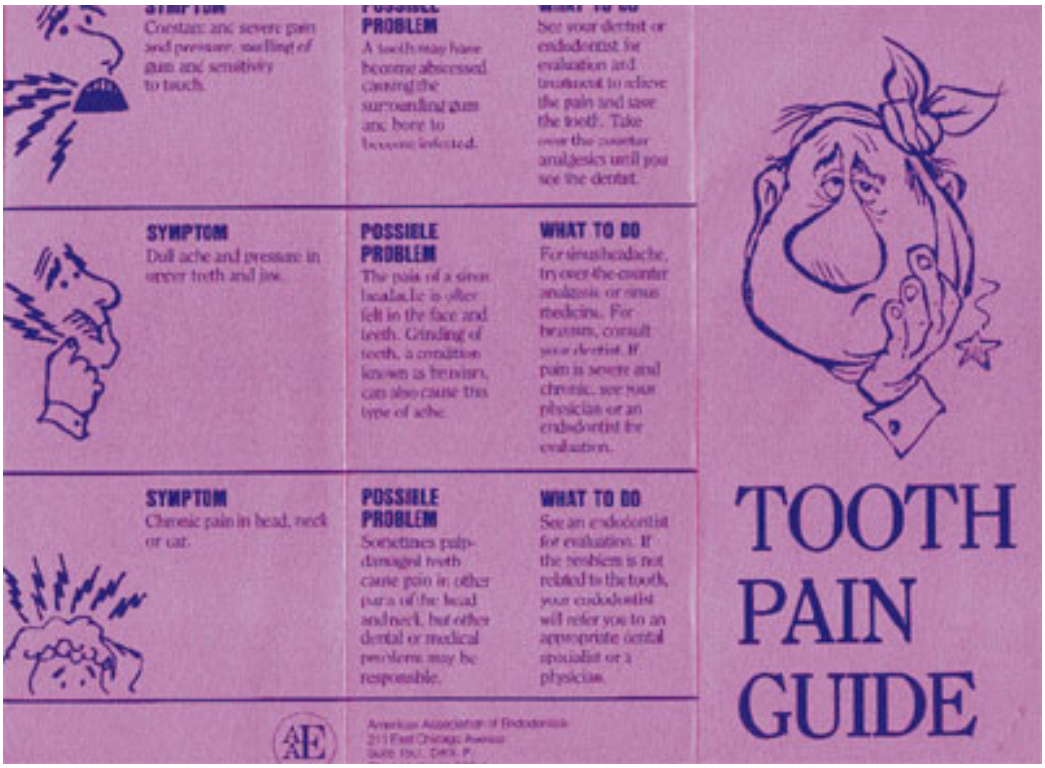


Fig. 4. Folleto editado por la Sociedad Americana de Endodoncistas sobre el dolor dental.

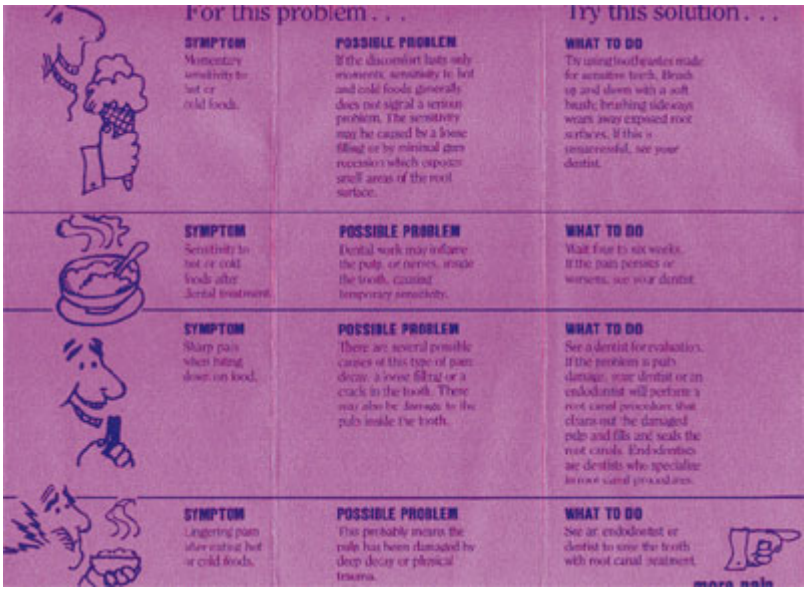


Fig. 5. Folleto editado por la Sociedad Americana de Endodoncistas sobre el dolor dental.

Y hablando de *dolor*, sólo refrescar la memoria en cuanto al **dolor de origen dentinario**, diciendo que los estímulos como el aire frío o caliente, los azúcares, etc., provocan movimiento del líquido contenido en el túbulo dentinario, y ese desplazamiento estimula las fibras nociceptivas ubicadas en la proximidad de la zona afectada (fig. 6).

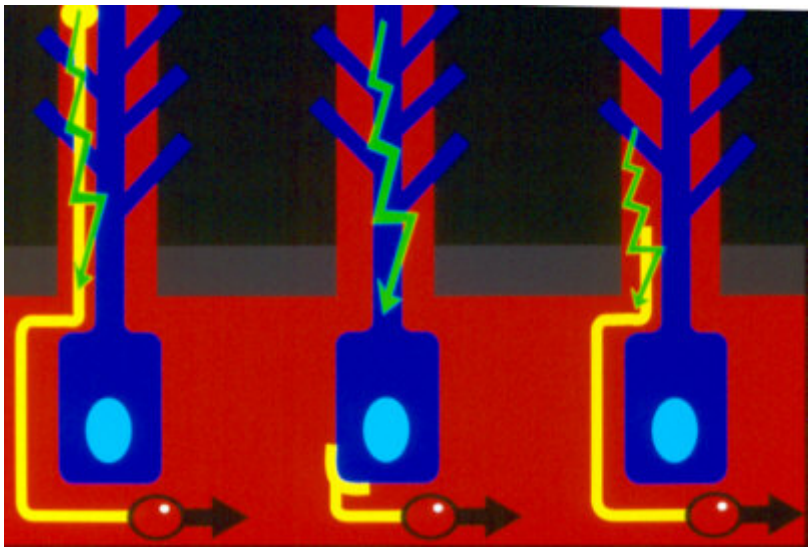


Fig. 6. La derecha del dibujo esquematiza la teoría hidrodinámica de Brännström, en relación a las otras dos propuestas con anterioridad.

- Es agudo y lancinante.
- La estimulación es mecánica y térmica.
- Conducido por las fibras mielinizadas Ad, de diámetro ancho, que conducen rápidamente el dolor (unas 700 a nivel del agujero periapical de

un premolar).

Hay que hacer una mención al **dolor referido**, pues es importante a la hora del diagnóstico, y hay que decir, para que lo tengamos presente, que los dientes anteriores raramente refieren el dolor a los posteriores, a la mandíbula o al maxilar opuesto. Sin embargo, los dientes posteriores pueden referir el dolor a los dientes anteriores, y refieren el dolor, generalmente, a la mandíbula o al maxilar del mismo lado

El **dolor de origen pulpar** está causado por una lesión pulpar (subproductos de la infección), donde se liberan bradicininas (su precursor es el cininógeno), que activan la síntesis de prostaglandinas. Igualmente, se activan los mastocitos, que liberan a su vez histamina, que, junto con la bradicininas y las prostaglandinas, incrementa la permeabilidad de los vasos sanguíneos y permite la extravasación de plasma o edema (fig. 7).

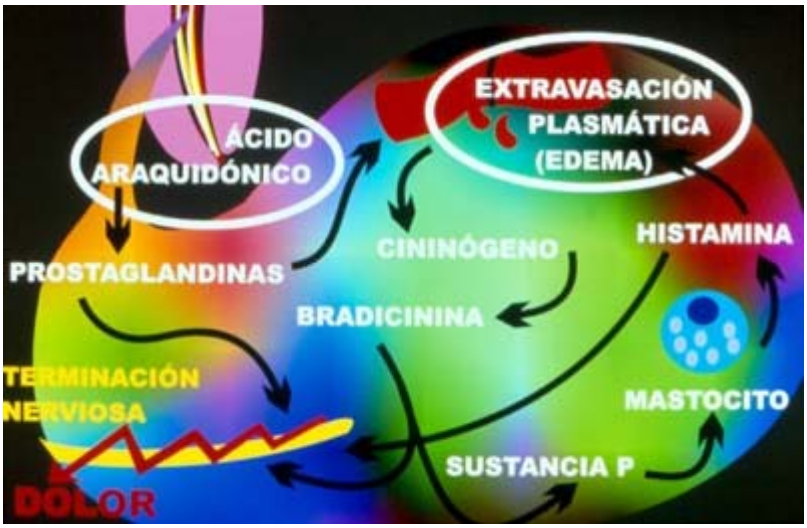


Fig. 7. Dibujo esquemático del dolor inflamatorio pulpar.

Los mediadores excitan la fibra nerviosa y la sensibilizan, disminuyendo el umbral doloroso y aumentando la respuesta dolorosa frente a un estímulo (la presión arterial, después de un latido cardíaco, puede ser suficiente para estimular las fibras nerviosas, produciendo dolor).

- Es sordo, punzante y de tipo pulsátil.
- La estimulación es mecánica, térmica y química.
- Conducido por las fibras no mielinizadas C, de diámetro fino y que conducen el dolor despacio (unas 1.800 a nivel del agujero periapical de un premolar).
- La aspirina (ácido acetilsalicílico) tiene buena acción, pues bloquea la síntesis de los mediadores impidiendo que se formen las prostaglandinas.
- También el ibuprofeno, el naproxeno y los glucocorticoides actúan disminuyendo las prostaglandinas.

Y hablando de *dolor*, hay que referirnos a las **pruebas de vitalidad pulpar**, a

las que ya hemos hecho mención en varias ocasiones sin especificar más.

Pueden hacerse pruebas de vitalidad culpar con el calor y con el frío. Veamos...

Pruebas de vitalidad pulpar con calor

Si hacemos las pruebas de vitalidad pulpar con calor, lo más fácil es utilizar una barrita de gutapercha, que se calienta ligeramente con la llama del mechero.

Puede utilizarse también un instrumento metálico, calentado igualmente a la llama, pero la superficie de contacto con el diente es más pequeña.

¿Qué características tienen las pruebas realizadas con calor?

- La respuesta ante el estímulo puede estar inicialmente retardada.
- La intensidad del dolor aumenta con el aumento de la temperatura.
- Cuando la duración del estímulo aumenta, el dolor aumenta.
- El dolor desaparece cuando desaparece el estímulo.

Pruebas de vitalidad pulpar con frío

Para hacer las pruebas de vitalidad pulpar con frío, podemos utilizar hielo, llenando para ello un carpule vacío de anestesia con agua, el cual previamente está metido en el congelador de la nevera.

Cuando queremos utilizarlo, lo calentamos con la mano hasta que se desprenda y salga la barrita de hielo que se ha formado en el interior, la cual cogemos con una gasa y la llevamos al diente.

Como veis, es demasiado complicado, y con facilidad vamos mojando a diestro y siniestro.

Lo mejor es utilizar los sprays que hay para ello. Pero, cuidado, hay de dos *tipos de sprays*:

- Los que hemos utilizado hasta ahora, como el Dentatest, de la casa R & S, que bajan la temperatura a unos grados bajo cero al evaporarse (son de diclorodifluormetano, parecido al cloruro de etilo, que viene en ampollas) y, por lo tanto, pueden aplicarse con una cánula directamente al diente (fig. 8).