



Diagnóstico endodóntico

1

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO EN ENDODONCIA

El diagnóstico es un proceso para determinar la naturaleza de una enfermedad. El diagnóstico correcto es muy importante para el tratamiento apropiado.

El diagnóstico diferencial es el proceso de distinción entre las enfermedades similares. Para un diagnóstico diferencial correcto, se requiere del conocimiento apropiado de la enfermedad, la experiencia y el arte sobre cómo aplicar el método de diagnóstico correcto.

El diagnóstico comienza con la inquisición cuidadosa con respecto a la colaboración del paciente. En la mayoría de los casos puede requerirse de un examen cuidadoso del paciente y las pruebas necesarias de laboratorio. Para llegar a un diagnóstico correcto se debe correlacionar correctamente los síntomas y el resultado del laboratorio.

El síntoma es un fenómeno físico o mental, una circunstancia o un cambio de condición que surge y acompaña a un trastorno y constituye la evidencia. Los síntomas según lo indicado por Grossman, son fenómenos o signos de un cambio fuera de lo normal, y son indicativos de enfermedad. Los síntomas suscitados se dividen adicionalmente en:

1. Síntomas subjetivos: son aquellos que son experimentados y reportados al clínico por el paciente.
2. Síntomas objetivos: son aquellos que son obtenidos por el clínico a través de varias pruebas.

Por consiguiente, las bases o pilares de un diagnóstico clínico correcto son:

- A. Una buena historia del caso.
- B. Un examen clínico minucioso.
- C. Investigaciones relevantes/pruebas diagnósticas.

Los factores mencionados se interpretan entonces a la luz del conocimiento y experiencia del clínico. Para obtener

una buena historia del caso, el registro de datos sustanciales en relación a los antecedentes médicos y odontológicos del paciente es de gran importancia.

ANTECEDENTES MÉDICOS

Aunque difícilmente exista alguna condición sistémica que contraindique la terapia endodóntica (excepto las condiciones como la diabetes no controlada o un infarto al miocardio muy reciente), se precisan los antecedentes médicos detallados del paciente. Estos antecedentes médicos ayudarán al odontólogo a decidir si se requiere de una consulta médica previa o la premedicación (quimioprofilaxis), antes de comenzar el examen de diagnóstico o la terapia dental regular.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

El objetivo primordial del registro de los antecedentes odontológicos del paciente es obtener la información completa del motivo de consulta principal del paciente. Las razones más comunes por las cuales los pacientes dilucidan como las quejas principales van desde el dolor y la inflamación hasta la pérdida de la función o la estética. Cualquiera que sea la razón, la queja principal de los pacientes es el mejor punto de partida para un diagnóstico correcto. Según lo mencionado, el DOLOR es uno de los motivos de consulta principales encontrados. Por consiguiente es imprescindible tener una comprensión detallada de la queja principal más comúnmente hallada.

DOLOR

Cuando los pacientes presentan antecedentes de dolor, la atención cuidadosa hacia su descripción y sus respuestas a la

anamnesis ayudará a menudo a elaborar un diagnóstico provisional. Para obtener un conocimiento detallado con respecto al dolor, las siguientes preguntas pueden ser necesarias:

Tipo de dolor

Grossman ha indicado que el dolor pulpar corresponde a las dos variedades siguientes, a saber:

- Agudo, penetrante y lancinante: una respuesta dolorosa asociada generalmente con la excitación de las fibras nerviosas-A. Este dolor refleja usualmente el estado REVERSIBLE de la pulpitis.
- Sordo, perforante, persistente e insoportable: una respuesta dolorosa asociada generalmente con la excitación de las fibras nerviosas-C. Este dolor refleja usualmente un estado IRREVERSIBLE de la pulpitis.

Duración del dolor

Cuando el dolor es de corta duración (1 minuto), es considerada una pulpitis reversible, mientras que si el dolor es de duración más larga, es considerada una pulpitis irreversible. La experiencia clínica ha demostrado que un diente con dolor pulpar que desaparece al eliminar el irritante muestra una excelente probabilidad de recuperación sin necesidad del tratamiento endodóntico.

Localización del dolor

- El dolor agudo punzante por lo general puede ser localizado y responde al frío.
- El dolor sordo usualmente referido o irradiado sobre un área extensa responde anormalmente más al calor.
- El paciente puede reportar que su dolor dental está exacerbado mientras está acostado o agachado. Esto ocurre debido al aumento en la presión arterial a la cabeza, y en consecuencia aumenta la presión en la pulpa confinada.

Factores desencadenantes y atenuantes del dolor

En la evaluación de la vitalidad pulpar por A.H. Rowe y cols. (según un artículo en el Int Endo J 1990), la respuesta a un factor desencadenante (ej. durante la masticación) indica vitalidad pulpar, pero si el estímulo provoca un dolor severo extendido sugiere una pulpitis irreversible.

De modo que el dolor que se registra como motivo de consulta se considera concluyente de una condición aguda o crónica, reversible o irreversible de la pulpa.

El dolor en la pulpitis reversible aguda se caracteriza por ser de:

- Corta duración.
- Localizado.
- Puede ser de carácter punzante/lancinante.
- Responde más al frío que al calor.
- Es causado por un irritante específico y desaparece tan pronto cuando es removido.

Por el contrario:

- Un dolor dental anormal, que responde al calor.
- Que ocurre al cambiar la posición de la cabeza, que despierta al paciente del sueño, y
- El dolor sordo de larga duración, que ocurre durante la masticación en un diente cariado expuesto, son síntomas de una pulpitis irreversible.

CONSIDERACIONES BÁSICAS – EXAMEN CLÍNICO

Esta fase puede dividirse en:

- Examen extrabucal.
- Examen intrabucal.

La fase de la inspección del examen clínico extrabucal e intrabucal debe llevarse a cabo de una manera sistemática.

Examen extrabucal

El examen clínico extrabucal comienza con una historia odontológica del paciente. Mientras habla con el paciente, el odontólogo debe buscar la presencia de distensiones o asimetrías faciales, que indicarían una inflamación de origen odontogénico o una dolencia sistémica.

Cuando el paciente entra a la clínica dental, el odontólogo observa cuidadosamente su aspecto externo en busca de asimetría facial, distensión o malestar, que son indicativos de cambios inflamatorios originados intrabucalmente y evidenciados exteriormente, indicando una lesión subyacente seria. Extrabucalmente el odontólogo debe buscar la presencia de asimetría facial (si lo hubiere) o inflamaciones localizadas, linfadenopatías (Fig. 1.1), cambios en color, equimosis, cicatrices, signos de enfermedades similares, trauma o cualquier tratamiento previo.

Examen intrabucal

Comienza con una evaluación general de las estructuras bucales, mientras se verifica la oclusión (por cualquier trastorno que hubiere), se examinan los labios, las mejillas, los vestíbulos y la mucosa por cualquier anomalía evidente. Diversas pruebas se han indicado para determinar la condición de los dientes y las estructuras de soporte (Fig. 1.2).



Fig. 1.1: Examen extrabucal: palpación de los ganglios linfáticos.

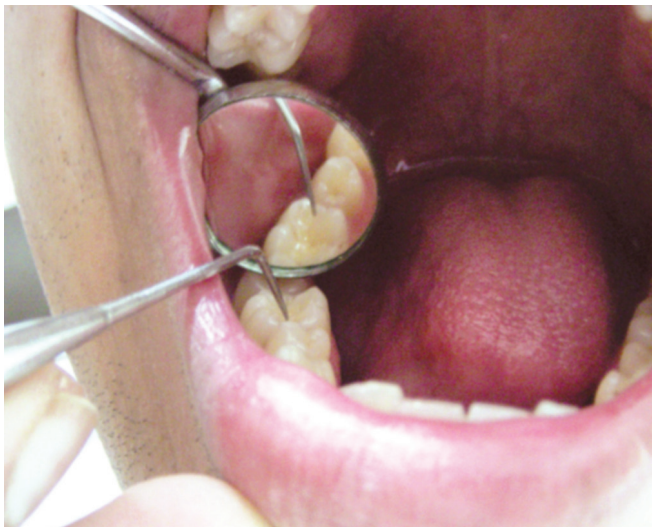


Fig. 1.2: Examen intrabucal.

Métodos usados comúnmente en el diagnóstico endodóntico:

1. Inspección visual y táctil.
2. Percusión.
3. Palpación.
4. Pruebas de movilidad y depresibilidad.
5. Pruebas periodontales.
6. Pruebas térmicas.
7. Pruebas anestésicas.
8. Prueba cavitaria.
9. Transiluminación.
10. Mordida.
11. Tinción.
12. Trazado con punta de gutapercha.

13. Prueba eléctrica de la pulpa.
14. Radiografías.

MÉTODOS RECIENTES DE DIAGNÓSTICO ENDODÓNTICO

Dispositivos térmicos

- Estímulo con calor a láser en vez de una gutapercha caliente.

Dispositivos eléctricos

- Pulpómetros eléctricos (PE).

Dispositivos para la determinación del flujo sanguíneo

- Flujometría Doppler láser (FDL).
- Oxímetros de pulso.
- Fotopletismografía por transmisión de luz.
- Espectrofotometría de longitud de onda dual (ELOC).

Dispositivos de medición de la temperatura superficial

- Prueba de cristal líquido.
- Cámara Hughes Probeye/termografía infrarroja.
- Termografía electrónica.

Dispositivos de transiluminación

- Transiluminación fibroóptica.
- Orascopia/endoscopia.

Técnicas de imagenología

- Xerorradiografía.
- Radiografía digital (RGD).
- Radiografía de sustracción digital.
- Ultrasonografía (ecografía).
- Tomografía computarizada (TC).
- Tomografía computarizada de apertura sintonizada (TCAS).
- Imagen de resonancia magnética (IRM).
- Xenon-133 con microesferas radiomarcadas.

Misceláneos

- Detección de interleuquina-1 beta en la lesión periapical humano.
- Sistema experto computarizado.



Fig. 1.3: Encía normal.

Inspección visual y táctil

Constituye una de las pruebas diagnósticas más simples y fáciles realizadas por el odontólogo.

Se hace casualmente durante el examen y en consecuencia mucha información esencial se pierde inadvertidamente. Grossman ha indicado que el objetivo fundamental de la inspección visual y táctil es la evaluación de las «3C» color, contorno y consistencia de los tejidos duros y blandos.

Tejido blando

Color: el color normal de la encía es rosado (rosa coral para ser exacto). El cambio se visualiza fácilmente en las condiciones inflamatorias (Fig. 1.3).

Contorno: el cambio en el contorno normal (ej. de la encía festoneada) ocurre con la inflamación.

Consistencia: bajo inspección la encía sana es firme y resiliente, mientras que un tejido flácido, fluctuante o esponjoso indica un estado patológico (Figs. 1.4A y B).

Tejido duro

Para los tejidos dentales también se emplea un parámetro similar a la inspección visual y táctil, es decir, de las «C».

Color: los dientes normales muestran vitalidad con la translucidez y el brillo que se encuentran ausentes en los dientes desvitalizados, ya que aparece más o menos opaca (Fig. 1.5).

Nota: esta pigmentación, no obstante, puede deberse a una variedad de otras razones como las restauraciones de amalgamas viejas, las tinciones por tetraciclina, etc.

Contorno: este examen debe también incluir la visualización de los contornos de los dientes afectados, tales como dientes



Figs. 1.4A y B: Fotografía que muestra una inflamación gingival leve con pérdida del puntillado.



Fig. 1.5: Pérdida de la translucidez normal en los dientes desvitalizados.



Fig. 1.6: Contorno alterado como resultado de la fractura.