

Manual de Endodoncia

Urgencias en Endodoncia



Miguel Roig Cayón

Fernando Durán-Sindreu Terol

Se define urgencia endodóncica al dolor o inflamación de origen pulpo-periapical que impide al paciente realizar vida normal. Estas urgencias son un reto para el profesional, pues nos encontramos con un paciente por lo general muy estresado, con dolor muy intenso, y, en el que con frecuencia, en parte fruto de lo anterior, en parte debido a la patología, no es fácil conseguir una anestesia profunda.

El tratamiento de urgencia debe ser un tratamiento que nos lleve el menor tiempo posible (aunque tanto como sea necesario), ya que suele ser un paciente no programado. El tratamiento en este caso va encaminado a eliminar el dolor del paciente, dejando para una cita posterior la conclusión del tratamiento.

Podemos dividir las urgencias que acudirán a la clínica dental en función del momento del dolor respecto a la actuación de un profesional de la odontología:

Antes del tratamiento, aquellas urgencias que suceden sin que se haya iniciado ningún tratamiento de conductos radiculares :

- Pulpitis aguda
- Pulpitis aguda con periodontitis apical aguda
- Absceso periapical agudo

Durante del tratamiento, aquellas urgencias que suceden entre diferentes visitas en caso de que la endodoncia no se haga una visita:

- Molestias térmicas
- Absceso periapical agudo
- Periodontitis apical aguda

Después del tratamiento, aquellas que suceden una vez se ha finalizado la endodoncia:

- Molestias térmicas
- Dolor a la percusión
- Tumefacción

1.1. ANTES DEL TRATAMIENTO

1.1.1. Pulpitis aguda (pulpitis irreversible sintomática)

En estos casos la primera dificultad que se nos plantea es la identificación del diente responsable. El dolor en esta entidad patológica es por lo general reflejo. El paciente identifica el lado que le duele, pero no podemos creerle cuando nos diga que el diente que le duele es uno en concreto. En esta entidad el dolor se exagera con los cambios térmicos. En ocasiones el paciente puede no tener dolor en el momento de la consulta, pero sí haber padecido episodios de dolor intenso minutos antes. Se hace necesario explicar al paciente que la única forma de identificar con certeza el diente responsable es reproduciendo el dolor. Debemos explorar todos los dientes de la hemiarcada donde el paciente experimente dolor, superiores e inferiores, sin descartar ninguna opción hasta evaluarlos todos. Lógicamente descartaremos los dientes endodonciados, pero todos los demás dientes con pulpa aparentemente vital pueden ser los responsables de la urgencia.

En esta situación el diente causante generalmente responderá a las pruebas de vitalidad de forma aumentada, aunque en ocasiones puede hacerlo de forma normal, pero responderá, ya que la pulpa dental en estos casos es vital. A la percusión responde de forma normal. Las pruebas de vitalidad deben hacerse en todo caso con cautela, pues el dolor que provoquemos al paciente podría llegar a ser muy intenso. Las pruebas a realizar se llevarán a cabo tal como hemos comentado en el capítulo de diagnóstico.

Dado que en esta entidad el tejido causante generalmente se encuentra circunscrito en la cámara pulpar, nuestro tratamiento irá encaminado a eliminar este tejido:

En dientes anteriores el tratamiento de elección será la pulpectomía total, lo que implica que tenemos que instrumentar como mínimo hasta un calibre 25 ó 30. Quedarse en calibres inferiores no garantiza la eliminación de la totalidad del tejido pulpar, antes bien, puede provocar una dislaceración del mismo que llegue incluso a provocar un empeoramiento de la sintomatología. Hay autores que recomiendan la eliminación de la pulpa en estos casos mediante un tiranervios. Aunque su uso puede facilitar la eliminación pulpar, no evita que además realicemos esa instrumentación hasta un calibre 25 ó 30. Tras alcanzar este calibre a longitud de trabajo podemos optar por proseguir el tratamiento hasta su finalización (si tenemos tiempo, y el paciente quiere). Si no finalizamos el tratamiento pondremos rellenar el conducto con hidróxido de calcio, un algodón en la cámara pulpar y un material de restauración provisional como el Cavit® (3M Espe, Seefeld, Alemania).

En dientes posteriores tanto la pulpotomía como la pulpectomía cumplen el objetivo de eliminar o atenuar el dolor. Nos decidiremos por una u otra en función del tiempo disponible. La pulpotomía consiste en la eliminación de la pulpa cameral, que se efectuará mientras se realiza la apertura cameral. Posteriormente podremos colocar un algodón ligeramente empapado con paramonoclorofenol

alcanforado. Según otros autores el algodón se puede colocar seco ya que el hecho de poner un medicamento sedante no aumenta la probabilidad de disminución del dolor. Posteriormente se coloca una obturación provisional. La pulpectomía consiste en la eliminación de la pulpa cameral y radicular.

La pulpectomía presenta la ventaja de obtener una reducción mayor del dolor que la pulpotomía, pero tiene el inconveniente el necesitar más tiempo para ser realizada. Cuando se lleva a cabo una pulpectomía se debe instrumentar el conducto ya que si sólo se permeabiliza con una lima del 10 ó 15 la reducción del dolor es inferior a si realizásemos únicamente la pulpotomía.

Se pueden prescribir analgésicos como el paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos tales como ácido acetilsalicílico o ibuprofeno (ver anexo 1).

1.1.2. Pulpitis aguda con periodontitis apical aguda

En estos casos la percusión será dolorosa ya que existe inflamación aguda a nivel periapical. El diente responderá a las pruebas de vitalidad ya que la pulpa es vital. El dolor que percibe el paciente se suele describir como insoportable, y en ocasiones no le permite dormir. A diferencia del caso anterior el tejido causante del dolor no se encuentra únicamente circunscrito a la pulpa cameral, la pulpa radicular también está afectada. Por tanto en estos casos no es suficiente realizar una pulpotomía ya que de esta manera dejaríamos parte del tejido causante del dolor, pulpa radicular, sin eliminar.

En dientes anteriores procederemos de igual manera que en casos de pulpitis aguda.

Si nos enfrentamos con un molar la conducta a seguir dependerá del tiempo del que dispongamos.

Si disponemos de poco tiempo realizaremos la pulpectomía del tejido del conducto mayor, palatino en superiores o distal en inferiores, ya que lo más probable es que sea el conducto palatino o el distal inferior el que provoque el dolor (ya que estos conductos albergan mayor cantidad de tejido). Si realizamos la pulpectomía del conducto mayor se debe mantener contacto telefónico con el paciente ya que si el dolor no disminuye, en casos donde el dolor es provocado por el tejido que se encuentra en los conductos mesiales inferiores o vestibulares superiores, se deberá concertar una visita cuanto antes para realizar la pulpectomía completa.

El tratamiento que realizaremos si disponemos de tiempo es la pulpectomía completa, ya que así nos aseguramos de eliminar todo el posible tejido causante del dolor.

Los conductos tratados se deben rellenar con hidróxido de calcio, colocar una bolita de algodón seca en la cámara pulpar y obturar de forma provisional, no se deben dejar los conductos abiertos al medio oral.

Se pueden prescribir analgésicos como el paracetamol o AINES como AAS o ibuprofeno, no estando indicado pautar antibiótico (ver anexo 1).

1.1.3. Absceso periapical agudo

Cuando la colección de exudado purulento ha perforado el periostio podremos observar una inflamación localizada o difusa. Estos dientes, como son necróticos, no responderán a las pruebas de vitalidad. En estos casos lo primero que tenemos que solucionar es la inflamación, ya que es lo que provoca las molestias al paciente. En segundo lugar, en caso de disponer de tiempo, hemos de desinfectar el interior del sistema de conductos, ya que las causantes de la inflamación son las bacterias.

Si disponemos de poco tiempo y el paciente presenta una inflamación localizada y fluctuante, realizaremos un drenaje a través del tejido mediante una incisión en el absceso. Después colocaremos un trozo de goma dique en forma de H, una parte dentro del tejido y otra fuera, para de esta manera evitar el cierre de la vía de drenaje. En casos donde la inflamación no sea localizada se le aconseja al paciente enjuagues con agua caliente para intentar localizar el proceso, y poder realizar el drenaje en otra visita.

Si disponemos de tiempo se intentará el drenaje a través del diente, y se procederá a la limpieza y conformación del conducto dentro de la misma visita. Para llevar a cabo el drenaje a través del diente se procede de la siguiente manera:

- 1 Se realiza la apertura cameral y se coloca el dique de goma. Si se produce el drenaje esperamos a que éste cese. Raramente dura más de 15 minutos.
- 2 Si no se consigue el drenaje sobrepasamos con una lima de pequeño calibre (10,15 ó 20) el foramen. Si conseguimos el drenaje esperamos a que éste cese. En este caso no se debe irrigar con hipoclorito de sodio ya que éste espesa el exudado, impidiendo el drenaje ya que se bloquea el foramen con exudado. Si se desea utilizar un irrigante se puede utilizar suero salino. Una vez finalizado el drenaje ya se puede utilizar el hipoclorito de sodio.
- 3 Se comienza la limpieza y conformación del sistema de conductos una vez haya finalizado el drenaje del exudado purulento.
- 4 Si no se consigue el drenaje se realizará la limpieza y conformación, y una vez finalizada ésta, se drenará el exudado a través de los tejidos blandos como se ha explicado anteriormente. .
- 5 Colocamos hidróxido de calcio en el interior de los conductos o finalizamos la endodoncia. Obturamos de forma provisional con algodón y Cavit®.
- 6 En caso que el drenaje a través del diente no cese en menos de una hora dejaremos el diente abierto (sin obturación provisional). Es el único caso que está justificado dejar el diente abierto,

ya que nos interesa que el drenaje prosiga. En estos casos debemos citar al paciente el mismo día, al cabo de unas horas, o en un intervalo de 24 horas para poder limpiar, conformar y obturar de forma provisional.

Si bien el drenaje más habitual es el que realizamos a través de los tejidos blandos, pueden existir casos en que sea preciso intentar un drenaje a través del hueso. Es una situación se da excepcionalmente, pero tenemos que estar preparados para llevarla a cabo. Para ello es preciso levantar un pequeño colgajo, y trepanar la cortical a la altura del ápice del diente presuntamente responsable. En algunas ocasiones puede realizarse el drenaje sin colgajo, utilizando un trépano de penetración de los sistemas de anestesia intraósea como el X-Tip (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suiza).

Si el paciente presenta un absceso en el suelo de boca y no se consigue el drenaje está indicado enviar al paciente a urgencias hospitalarias, ya que la infección podría provocar una angina de Ludwig.

La prescripción de antibióticos no está indicada en todos los casos sino sólo cuando se da alguna de las siguientes circunstancias:

- No se consigue drenaje, como en los casos de las celulitis.
- El paciente presenta sintomatología general, como por ejemplo fiebre.
- En pacientes inmunodeprimidos.

1.2. DURANTE EL TRATAMIENTO

1.2.1. Molestias térmicas

Cuando esto sucede lo primero que hemos de pensar es que se trata de otro diente diferente al que hemos comenzado la endodoncia.

Lo primero que realizaremos serán las pruebas térmicas, utilizando frío o calor en función de cuál sea el estímulo que provoca dolor al paciente. Tras realizar la prueba de vitalidad, y descartado el diente al que se le está realizando la endodoncia, se debe buscar el diente causante del dolor. Una vez localizado el diente que está provocando las molestias, hay que explicarle al paciente que el diente origen del dolor no es el que le estamos tratando sino otro. El paciente ocasionalmente se muestra escéptico. En estos casos se debería dar un espejo al paciente para que pueda observarnos mientras realizamos las pruebas de vitalidad, y demostrarle cual es el diente que está provocando sus molestias. Posteriormente se deberá realizar el tratamiento de urgencias adecuado.

Es infrecuente que un diente al cual se le ha realizado una pulpectomía presente dolor o molestias a los cambios térmicos. Cuando sucede debemos pensar en que hay algún conducto sin tratar, como un mesiopalatino en molares superiores, un segundo conducto distal en molares inferiores, un conducto lingual no detectado en sector anterior inferior o un segundo conducto en segundos premolares superiores. Es extraño, de todas maneras, que un diente presente molestias a los cambios térmicos aun cuando haya un conducto sin tratar.

1.2.2. Absceso periapical agudo

Los abscesos periapicales agudos se pueden dar en casos donde los conductos radiculares albergan gran cantidad de bacterias y no hay una vía de drenaje para el exudado purulento, como las periodontitis apicales crónicas sin fístula o los retratamientos.

Para evitar esta situación es importante realizar una preparación coronoapical, ya que de esta manera se extruirán menos cantidad de bacterias y detritus a los tejidos periapicales.

El protocolo de actuación es el mismo que si nos encontrásemos ante un absceso periapical agudo antes del tratamiento.

1.2.3. Periodontitis apical aguda

La sobreinstrumentación, la medicación intraconducto más allá del foramen y la extrusión de detritus o de bacterias que se producen en casos de periodontitis apicales crónicas sin fístula predisponen a la periodontitis periapical aguda, después de haber comenzado un tratamiento de conductos radiculares.

Cuando nos encontramos ante esta situación lo primero que se debe descartar es un punto de contacto prematuro. De ser así ajustaremos oclusión.

Si no es un problema oclusal retiraremos la obturación provisional, en caso de existir drenaje de exudado purulento nos encontramos ante un caso de absceso periapical agudo, pero que todavía no ha perforado el periostio. El protocolo de actuación es el mismo que se ha explicado anteriormente para un absceso periapical agudo.

Si no existe drenaje hay autores que proponen colocar una pasta que contiene antibióticos y corticoides, como las utilizadas por los otorrinolaringólogos.

El mismo tratamiento puede provocar molestias aunque todo se haya hecho correctamente según el estándar de calidad actual.

Se medicará AINES para eliminar o disminuir el dolor del paciente (ver anexo 1).

1.3. DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

1.3.1. Molestias térmicas

La actuación a seguir es idéntica a cuando el paciente presenta molestias térmicas durante el tratamiento. Las molestias térmicas prácticamente descartan que el diente causal sea el tratado. Si bien hay descritas situaciones de conductos no tratados que puedan dar lugar a dichas molestias, de producirse sería un caso excepcional. Hay que hacer una buena anamnesis del dolor para descartar que el origen de las molestias sea en verdad por cambios térmicos.

1.3.2. Dolor a la percusión

Después de una endodoncia es normal que el diente tratado presente molestias, incluso dolor, a la percusión. Se le prescribirán al paciente AINES como el ibuprofeno (ver anexo 1).

Si la causa fuera un punto de contacto prematuro se ajusta la oclusión.

Si observamos que las molestias se prolongan en el tiempo, más de 2 semanas, y el tratamiento es defectuoso se realizará la reendodoncia. Aunque la endodoncia esté sobreextendida se intentará el retratamiento porque la causa más probable del dolor es un sellado pobre a nivel apical, más que una irritación de los materiales de obturación a los tejidos periapicales. Este insuficiente sellado permite el paso de líquido tisular, que actuará como sustrato a las bacterias que se encuentran en el interior del conducto, al interior del conducto radicular.

Si la endodoncia es correcta, o después del retratamiento el paciente continúa presentando molestias, se deberá descartar otras posibles causas de fracaso. Si la causa de las molestias es un problema endodóntico se considerará la posibilidad de realizar una cirugía periapical.

1.3.3. Dolor con tumefacción

Se intentará el drenaje a través de los tejidos si el absceso está maduro. Si no es posible el drenaje se prescribirán antibióticos (ver anexo 2).

En estos casos no se puede intentar el drenaje a través del diente ya que los conductos están obturados.

Anexo 1: Pauta antiinflamatoria

- Ibuprofeno 600mgrs, 1 toma cada 12 horas (ampliable hasta cada 8 horas), durante dos o tres días, según duración del dolor.
- En caso de persistencia del dolor entre las tomas, puede administrarse, entre toma y toma un comprimido de Paracetamol 500 mgrs. Si el dolor es muy intenso podemos sustituir el paracetamol por Metamizol 0,575 mgrs.
- En pacientes mayores o con problemas gástricos, podemos administrar un protector gástrico, tal como el omeprazol (1 comprimido al día).

Anexo 2: Pauta antibiótica

- **1ª elección:** Amoxicilina 875 mgrs. con ácido clavulánico 125 mgrs., 1 toma cada 8 horas durante un mínimo de 5 días, y al menos hasta dos días después de la desaparición de la sintomatología general.
- **2ª elección:** Clindamicina 300 mgrs., 1 toma cada 6 horas durante un mínimo de 7 días.