

Presentación de un caso de Hiperemia Pulpar

REMIJ 2012;13(2):146-152

Pulpal Hyperemia. Presentation of a case.

Dr.C. Juana María Abreu Correa¹, Dra. Ángela Rosa Diéguez Pérez², Dra. Marilis Hechavarría Salazar³, Dra. Dinora Martínez Ceja⁴, Dra. Iraida Céspedes Proenza.⁵

¹ *Dr.C pedagógicas, Especialista 2^{do} en EGI, MsC en endodoncia, MsC en educación, Profesor auxiliar.*

² *Especialista de 1^{er} EGI, Profesor instructor, MsC en urgencias estomatológica*

³ *Especialista de 1^{er} EGI, Profesor instructor, MsC en salud bucal comunitaria*

⁴ *Especialista de 1^{er} EGI*

⁵ *Especialista de 1^{er} EGI*

RESUMEN

Esta presentación de caso se corresponde con una hiperemia pulpar que ocurre en un paciente que acude a consulta por presentar sensibilidad fuerte a los cambios térmicos en un segundo molar derecho tiene antecedentes de una restauración con amalgama fracturada. Al examen clínico se observa caries grado III y restos de neocin en el fondo de la cavidad. Se decide retirar la caries y restos del material que protege el fondo de la cavidad. Para tratamiento restaurado debido a la sensibilidad del diente y el estado de la pulpa en el momento que es atendido. La conducta que se sigue es a favor la salud del paciente y revela la posibilidad del éxito en la terapéutica a aplicar.

Palabras claves. Hiperemia, caries grado III, terapéutica pulpar.

SUMMARY

This case presentation belongs together with a pulp hyperemia that happens in a patient who goes to consultation presenting strong sensibility to thermal changes in a second right molar with history of a restoration with amalgam. To the clinical

exam III degree cavity is observed and neocin remains in the bottom of the cavity. It is decided to move away the cavity and remains of the material that protects the bottom of the cavity. For later restoring treatment due to the sensibility of the tooth and the state of the pulp in the moment that is assisted. The behavior to follow this is in favor of the patient's health and it reveals the possibility of the success in the therapy that will be applied.

Key Words: hyperemia, III degree cavity, pulp therapy.

INTRODUCCIÓN

Paulatinamente, la evolución científica de la Odontología ha desarrollado tecnologías curativas que han alcanzado éxitos espectaculares, sin embargo todavía se continúa utilizando la amalgama dental como material restaurador.

Teniendo en cuenta esta elevada frecuencia con que se utiliza este material en nuestras clínicas nos hemos motivado a realizar la presentación de este caso que es frecuente su ocurrencia y puede recibir un tratamiento que no sea adecuado.

En el siglo I cuando se trabajaba empíricamente para aliviar el dolor, se utilizaban diferentes técnicas como fueron la cauterización, la aplicación de arsénicos y los drenajes, las que se fueron perfeccionando con el tiempo. Ya en 1890 se evidenció la presencia de bacterias en los conductos, que en la actualidad se consideran que es el factor etiológico principal de las enfermedades pulpares y periapicales. Comienza entonces una nueva etapa, donde se incrementa el uso de diferentes medicamentos muy cáusticos, la llamada época de la terapia medicamentosa que se extendió por casi un siglo. Un salto importante lo constituyó la aparición de los rayos X, que mejoró notablemente la calidad del diagnóstico y tratamiento de las patologías pulpares y periapical.(1)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Este caso es un paciente RMP del sexo masculino de 25 años de edad y acude a consulta por presentar una sensibilidad a los cambios térmicos en un molar inferior derecho, con antecedentes de una restauración con amalgama. Al examen clínico se observa caries grado III y la protección del complejo dentino pulpar con neocín es incompleta, debajo de esta se encuentra dentina reblandecida. Por lo que es necesario retirar la caries dental del fondo y limpiar la cavidad con fresas redonda # 7 eliminando el tejido careado. Para el alisado de las paredes se utiliza una fresa de fisura número 700. También es de suma importancia realizar el alisado del fondo de la cavidad y para esta acción se utilizó una fresa de cono invertido número 35 la cual permitió definir los ángulos diédros de la cavidad para lograr una mayor retención de la amalgamas en el interior de la cavidad. Antes de colocar la amalgama se debe colocar una capa fina de hidróxido de calcio químicamente puro como forro cavitario para proteger el complejo dentino pulpar, colocando posteriormente un fondo de policarboxilato, y se realiza la restauración con amalgama.

El paciente es citado para la evolución del tratamiento conservador en el segundo molar inferior derecho a las 72 horas de realizado el mismo y refiere que los cambios térmicos y a la percusión son asintomático. La segunda evolución del tratamiento es a los 45 días y según refiere el paciente continua asintomático lo que permite indicar continuar con las citas a los 3 meses continua asintomático a los 6 meses se indica rx de evolución y se observa la presencia de un tejido calcificado y ausencia de síntomas dolorosos. Lo que muestra el éxito del tratamiento. Posteriormente a los 12 meses es atendido para la evolución final en esta cita es dado de alta el diente segundo molar inferior.

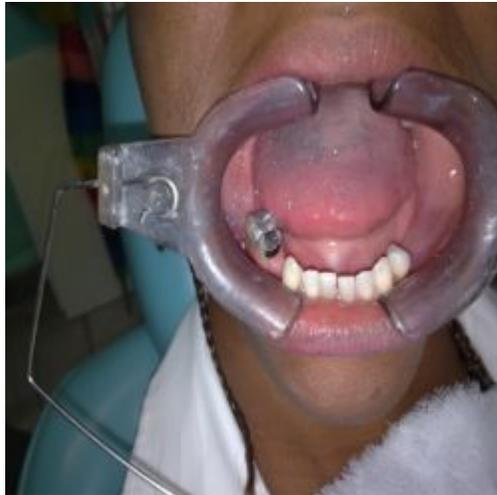
DISCUSIÓN

El complejo pulpo-dentinario es un componente importante para entender la patobiología de la dentina y de la pulpa., una vez formadas reaccionan frente al estímulo como una unidad funcional. La exposición de la dentina a través de la atrición, el trauma, o la caries produce reacciones pulpares profundas que tienden

a reducir la permeabilidad dentinal (2)(3). La relación funcional entre la pulpa y la dentina se puede observar en varios aspectos: Por esta razón podemos afirmar que el aumento de la permeabilidad dentinaria está en relación directa con la profundidad de la preparación porque de ella va a depender el número y diámetro de los túbulos dentinarios. Sustentando esta afirmación tenemos que la dentina próxima a la pulpa tiene de 45,000 a 90,000 túbulos por mm^2 , en su porción media de 30,000 a 35,000 mm^2 y en la periferia de 10,000 a 25,000 por mm^2 ; respecto al diámetro de los túbulos, es mayor próximo a la pulpa y está entre $2,5\mu$ a 3μ , mientras que en la periferia es menor a 1μ . Estas variaciones hacen que la dentina próxima a la unión amelo-dentinaria presente una permeabilidad de 1%, en su parte media, aumente a 7,6 % y en las proximidades a la pulpa esta sea mayor a 22% (4,5,6,7,8,9,10,11,12).

De ahí la importancia de la presentación de este caso que muestra la necesidad de preparar bien la cavidad y en caso de pacientes jóvenes en cavidades profundas colocar un forro cavitario y una base intermedia para proteger el complejo dentino pulpar, de las agresiones externas e internas en relación a la dentina careada del fondo que no fue eliminada en el momento de la preparación de la cavidad, pero se debe hacer cuidadosamente y la última capa próxima a la pulpa no se debe retirar ya que con las propiedades alcalinas del hidróxido de calcio mueren las bacteria que generalmente son acidógenas y la dentina careada se torna dura y estéril. También podemos aprender la importancia del estudio de la estructura del complejo dentino pulpar

Ya que el dolor dentinal es provocado por el frio, calor, dulce o ácido y conocido generalmente como dolor provocado agudo y de corta duración. correspondiente con una hiperemia pulpar.



Referencias Bibliográficas

- 1- Diaz Solórzano D, González Naya G, Abreu Correa JM. Guías prácticas de Enfermedades Pulpares y periapicales. (Falta lugar de publicación): Editorial Ciencias Médicas; 2003.
- 2- Queralt R, Durán-Sindreu F, Ribot J, Roig M. Manual de Endodoncia. Parte 4. Patología pulpo-periapical. Rev Oper Dent Endod 2006;5:24
- 3-. Bergenholtz G. Effect of bacterial products on inflammatory reaction in dental pulp. Scand j Dent Res 1977; 85:122-29[STANDARDIZEDENDPARAG]
- 4-. Souza CAS. Testes de citotoxicidade em cultura de células. En: Estrela C. Metodologia científica: ensino e pesquisa em odontologia. São Paulo: Ed. Artes Médicas Ltda, 2001:147.
- 5-. Mjor IA. The morphology of dentin and dentinogenesis. En: Linde, A. Boca Raton, Fla: CRC Press, 1984[STANDARDIZEDENDPARAG]
- 6-. Pashley DH, Pashley EL. Dentin permeability and restorative dentistry: status report for The American Journal of Dentistry. Am J Dent 1991; 4(1):5-9.
7. Hilton TJ. Cavity sealers, liners, and bases: current philosophies and indications for use. Oper Dent. 1996;21(4):134-46.
8. Gutmann L, W.Lipp,A. Lussi, J.U. Piesol.C. Ruddle J. Masson S. Masson,S.A. Permeabilidad de la membrana endotelial. Barcelona: Editorial Barcelona ; 1998.
- 9-. Sidhu SK, Schmalsz. The compatibility of glass ionomer cement materials. A status report the American Journal of Dentistry. Am J Dent 2001; 14(6):387-96.
- 10-. Pashley DH. Dentin-predentin complex and its permeability: physiologic overview. J Dent Res 1985; 64:613-20.

11-. Pashley DH, Andringa HJ, Derkson GD, Derkson ME, Kalathour SR. Regional variability in the permeability of human dentine. Arch Oral Biol 1987; 32(7):519-23.

12- Caviedes Bucheli Javier. Control de la sustancia p en la inflamación neurogénica del tejido pulpar con capsaicina.Rev odontológica Segundo Puesto premio " Rafael torres Pinzón. 2008