

# CAPÍTULO 3

## Clasificación del diagnóstico clínico

*Natalia S. Maydana y Joaquín Mainetti*

*Es mucho más importante saber qué persona tiene la enfermedad*

Hipócrates



Un tratamiento correcto se basa en un diagnóstico correcto; este se basa sobre lo que se escucha, se ve, se siente, se observa y se sintetiza.

La palabra diagnóstico literalmente significa discernir o reconocer una afección diferenciándola de cualquier otra. **Es el arte de distinguir o identificar una enfermedad de otra.**

"Un Odontólogo irreflexivo es un mal odontólogo. Una técnica perfecta, aplicada erróneamente es como mínimo tan desmedida como un trabajo chapucero" (Marjorie Jeffcoat, DMD)

Para el tratamiento Odontológico el diagnóstico es la base para su planificación. Siendo, el dolor odontogénico quien obliga al profesional a encontrar el factor etiológico mediante un exhaustivo análisis, recolección de datos e interpretación de signos y síntomas que los conducen a la realización del correcto diagnóstico y tratamiento oportuno.

Es de suma importancia conocer el verdadero estado del tejido pulpar, para poder planificar el correcto tratamiento. “Este procedimiento es crucial por lo que se exige todo nuestro esfuerzo y destreza, considerándose que estamos decidiendo sobre la vida o muerte de un tejido tan noble como es el tejido pulpar” (Cueva, 2011).

**Muchas veces miramos a nuestro paciente con un problema, pero no lo vemos; oímos, pero no lo escuchamos.**

## Fases del diagnóstico

Según su finalidad:

- FASE SEMIOGENICA: Análisis del surgimiento de signos y síntomas (interrogatorio del paciente).
- FASE SEMIOTÉCNICA: Recursos de recolección de signos y síntomas (examen físico exploratorio).
- FASE PROPEDEUTICA: Análisis, estudio e interpretación de los datos recogidos (planificación de la hipótesis de diagnóstico).

## Análisis clínico

### Inspección

La inspección se divide en extraoral e intraoral. La inspección representa un análisis objetivo; mediante una ordenada y detallada observación permite la evaluación de los tejidos blandos y estructuras dentarias.

**Inspección extraoral:** Es aquella que se lleva a cabo en los confines externos, valorando la condición de los tejidos como: simetría facial, coloración, edema, ulceraciones, hiperplasias y la posible presencia de ganglio linfáticos.



**Inspección intraoral:** Representa a todo registro dentro de la cavidad bucal, teniendo en cuenta como primera medida los tejidos blandos, buscando posibles alteraciones en la mucosa alveolar; la encía, paladar, labios, lengua y carrillos. Generalmente la presencia de una fistula da idea de la existencia de un absceso crónico de origen periodontal o periapical; existen pruebas para determinar la presencia de un proceso infeccioso.

La inspección de las piezas dentaria tiene como objetivo poder observar: la cantidad, calidad de los mismos, así también como la presencia de caries, estado de restauraciones, fracturas, cambios de coloración entre otras.



## Exploración

En la exploración se observa la presencia de cavidades dentarias, bolsas periodontales, trayectos fistulosos, fracturas coronarias y radiculares. El sondeo (exploración física), la transluminación y el análisis radiográfico con contraste son muy utilizados en este análisis. El microscopio odontológico permite una mejor visualización para este tipo de análisis.

Situándose por encima del paciente se puede apreciar mejor la hinchazón facial.

## Palpación

La palpación es un análisis que consiste en la aplicación de la mano sobre una región del cuerpo; en el campo de la Endodoncia la palpación es digital; consiste en presionar firmemente los dedos de la mano sobre los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal.

Percibimos si existe algún aumento de volumen, por más pequeño que sea este, percibir su característica, duro o blando, fijo o móvil, crepitante, renitente, etc.



## Percusión

El valor de la prueba de percusión pretende dar a conocer el estado de los tejidos periodontales. La inflamación de estos no nos indica necesariamente patologías pulpares, ya que ésta no es la única que puede lesionar al periodonto como lo son: el traumatismo dental agudo, bruxismo, movimientos ortodóncicos o lesiones de los dientes vecinos, también son positivas a dicha prueba.

La utilización del dedo o mango de algún instrumental permite estimular a la pieza dentaria realizando moderadas y rápidas percusiones obteniendo en algunos casos una respuesta sintomática (alteraciones inflamatorias periapicales) y / o sonoras (traumatismo dentario – anquilosis, sonido metálico).

La percusión horizontal (caras libres) en caso de ser positiva está asociada a alteraciones periodontales en tanto la percusión vertical (vértice de cúspides o bordes incisales) se encuentra asociada a inflamación periapical.



### Interpretación de las respuestas

- Grado 0: Se siente el golpe pero no duele (sensación de propiocepción)
- Grado 1: Dolor leve
- Grado 2: Dolor moderado
- Grado 3: Dolor severo. Este es el caso del paciente que presenta dolor con solo tocarse con la lengua, no se debería percutir con el mango del espejo.

### Auscultación

Es el uso del oído para determinar condiciones patológicas; puede utilizarse en fracturas y enfisema donde sonidos crepitatorios son oídos con el estetoscopio.

Enfermedades de la articulación temporomandibular también suelen dar sonidos especiales.

Algunos investigadores afirman que al percutir dientes despulpados, se oye un sonido opaco diferente de los dientes sanos.

### Movilidad

Establecemos la relación de la pieza dentaria respecto de los tejidos de soporte; utilizando para este examen los dedos pulgares e índice sosteniendo al diente desde sus caras libres, el movimiento que se debe realizar es en sentido anteroposterior.

Según Miller podemos clasificarlos en:

- Grado I: Movimiento mínimo perceptible.
- Grado II: Moderado, mayor de 1mm.
- Grado III: Marcado, movilidad más intrusión.



Respecto a la etiología de la movilidad dentaria tenemos en cuenta a: traumatismos, trauma oclusal, proceso inflamatorio agudo y origen periodontal.

Para Villena (7) en casos de abscesos dental agudo el cuadro se presenta acompañado de edema de los tejidos de vecindad con presencia de colección purulenta localizada difusa. Esta dramática situación ocasiona el desplazamiento del diente en su alveolo así como marcada movilidad. Este estado se mantendrá mientras sea controlado el proceso infeccioso, posteriormente recuperará su estabilidad inicial.



## **Análisis de la vitalidad pulpar**

### **Pruebas térmicas: pruebas al calor y al frío**

#### **Prueba al calor**

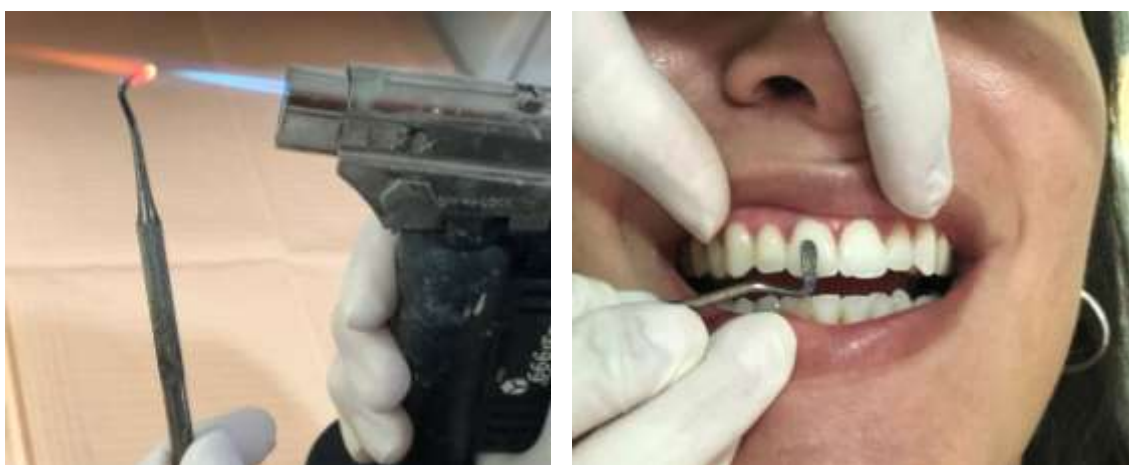
Para la realización de esta prueba pueden aplicarse diferentes técnicas y materiales, que producen diferentes grados de temperatura, como la barra (trozo) de gutapercha calentada y la espátula o bruñidores calentados. En el caso de dientes con bloques o coronas metálicas, se indican los discos rotatorios para pulido y/o taza de goma seca que libera el calor por fricción.

“La prueba de sensibilidad al calor es menos confiable que la prueba del frío. Por ejemplo la exacerbación del dolor por el calor, se puede producir por el aumento de volumen de los gases

purulentos y puede indicar la presencia de micro abscesos pulpares. Así el resultado obtenido con la prueba al calor, deberá ser correlacionado con los resultados de otras pruebas, para un diagnóstico más confiable; “pudiendo sospechar tener un diente vital”.

Para la realización de esta prueba podemos utilizar una barra de gutapercha, previo a ello debemos aislar a la pieza dentaria y colocarle vaselina para que no se adhiera al momento de retirar la barra de gutapercha; una vez que se calentada es aplicada en la cara vestibular de las piezas anteriores o en las caras oclusales de las piezas posteriores.

Si ésta prueba no nos da resultados satisfactorios debemos realizar los mismos pasos previos pero en este caso utilizaremos un bruñidor caliente, que apoyaremos en las mismas caras del diente.



En las **pulpitis agudas reversibles**, la respuesta al calor, es similar a la de los dientes con pulpa normal, normalmente debe obtenerse una respuesta dolorosa de corta duración, de intensidad aguda o moderada que luego desaparece rápidamente. Una respuesta acen tuada y prolongada debe considerarse como una respuesta anormal y puede indicar una **pulpitis aguda irreversible**.

**Pulpas necrosadas o calcificadas** no responden normalmente a las pruebas de sensibilidad al calor. Sin embargo, en dientes con necrosis pulpar puede haber una respuesta dolorosa siendo éste un resultado falso positivo como mencionamos anteriormente.

### Prueba al frío

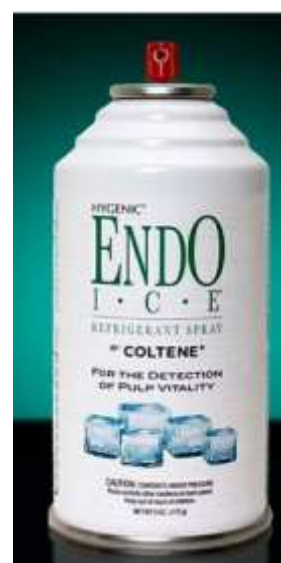
El frío debe aplicarse durante aproximadamente 4 segundos, a una temperatura entre 0 y -5°C (hielo) a -50°C (aerosoles congelantes). Podemos utilizar un trozo de hielo, Cloretilo, Diclorodifluor-metano (DDM). En cualquiera de los casos, aislamos la pieza dentaria con rollos de algodón. Podemos utilizar un trozo de hielo y lo obtenemos fragmentando un cubo de hielo del freezer, sujetándolo con un trozo de gasa y colocándolo sobre el diente. También se pueden preparar unos lápices o cilindros de hielo usando tubos de anestesia vacíos, llenados previamente con agua y mantenidos en el freezer.



Con el cloretilo se humedece una torunda de algodón mediana y con una pinza se aplica sobre la cara vestibular u oclusal del diente.

El Diclorodifluormetano (DDM) se encuentra en el mercado con diferentes nombres: Endo Ice (Hygenic Corp. Akron, OH) Frigident (Ellman). Son aerosoles que vienen en recipientes sellados con un dispositivo de spray. El Endo Ice alcanza una temperatura de -3 grados centígrados. Para utilizarlo se impregna una torunda de algodón y se aplica sobre la cara vestibular u oclusal del diente. La respuesta es rápida para dientes sanos y violenta (intensa y de mayor duración) para dientes inflamados. No se obtendrá respuesta en dientes necrosados.

Los DDM son extremadamente útiles en la detección de un diente que provoca dolor intenso e irradiado comprometiendo toda una zona que imposibilita al paciente ubicarlo.



## Pruebas eléctricas

Este examen consiste en transmitir un estímulo eléctrico de pequeña intensidad a la pieza dentaria. El tipo de electricidad es continua y se suministra a través de aparatos especiales vitalómetro o pulpómetros.

Los vitalómetros pueden ser eléctricos o accionados a batería.

Los aparatos eléctricos presentan un cuerpo central, provisto de una escala con un botón que marca la cantidad de corriente que se desea transmitir, asimismo dos electrodos, uno manual que el paciente sujeta firmemente en la palma de la mano y otro dentario (pulpótomo o vitalómetro de Burton).

Los segundos requieren de baterías recambiables o recargables eléctricamente, según el modelo.

### Procedimiento

- Aislamiento relativo del área con rollos de algodón.
- Secar la superficie dentaria, de preferencia la cara vestibular, del diente a examinar.
- Verificar que el aparato esté operativo y asegurarse que la escala que muestra la intensidad del paso de la corriente se encuentre marcando 0. En algunos aparatos esto es automático.
- Humedecer la punta del electrodo dentario en una solución salina o recubrirla con una pequeña cantidad de pasta dentífrica, con la finalidad de facilitar el paso de la corriente.
- Aplicar el electrodo sobre una superficie dentaria sana, de ninguna manera sobre una obturación metálica que facilitaría el paso de la corriente, o sobre una obturación sintética o cemento que actuarían como aislantes dificultando el paso del estímulo eléctrico.
- Accionar el botón que permite el paso de la corriente y observar el registro en la pantalla.
- Liberar el botón, deteniendo la transmisión de energía tan pronto el paciente experimente una pequeña sensibilidad o “cosquilleo” en el diente, anotándose el registro alcanzado. Es conveniente repetir la prueba dos o tres veces.
- Dejar la escala del vitalómetro o pulpómetro en 0.



### Interpretación

En términos generales, la información que podemos lograr se limitaría a indicarnos si la pulpa dentaria se encuentra en un estado vital o no vital. No estaremos en capacidad de diagnosticar un estado incipiente de inflamación pulpar, una necrosis parcial o una pulpitis abscedosa, etc.

### Contraindicaciones en las pruebas eléctricas

- Los dientes permanentes jóvenes pueden dar respuestas erráticas
- La pulpa puede responder diferente de acuerdo con el estado emocional del paciente. Puede haber variación también cuando el paciente está administrándose sedantes, anti-depresivos o analgésicos.

- En dientes multirradiculares, puede haber dos conductos sin pulpa y otro con pulpa vital, lo cual daría una respuesta positiva con el probador.
- Los dientes con capas gruesas de dentina secundaria o reparativa pueden bloquear los impulsos y suministrar respuestas negativas falsas.
- Inmediatamente después de un traumatismo agudo, un diente puede no registrar respuesta eléctrica y posteriormente cambiar a una respuesta positiva. Lo mismo puede suceder después de un tratamiento ortodóncico reciente. Esto se debe a un daño neuronal sin daño vascular concomitante.
- Los dientes inmaduros frecuentemente dan una respuesta negativa o tardía al estímulo eléctrico.
- En pacientes con marcapasos, el uso de vitalómetros puede afectar su funcionamiento.

### **Prueba de la anestesia**

Es una prueba que funciona por descarte y se utiliza en aquellos casos en que existe indefinición en la localización del diente causante.

Si el caso se ubica por ejemplo en el maxilar superior, deberá infiltrarse en el área periapical del posible diente causante una pequeña dosis de anestesia, si fuera el causante del dolor cesará, en caso contrario se probará en forma similar en el diente vecino hasta ubicar la pieza dentaria enferma. Para el maxilar inferior la técnica a emplearse sería la regional. De anularse el dolor, la dificultad continuará en cuanto a localizar exactamente el diente afectado, siendo necesario completar el examen con otras pruebas.

### **Prueba de la cavidad**

Se recomienda para aquellos casos en que el diente presenta un marcado engrosamiento de la capa dentinaria, alejando notoriamente la cámara pulpar de la superficie dentaria. Para su realización se ubica una fresa redonda pequeña n° 1 o 2 con alta velocidad. Se inicia la preparación de una cavidad ya sea en la zona del cíngulo o cara oclusal dependiendo la pieza dentaria. Si el diente estuviera vital, tan pronto la dentina sea comprometida, el paciente manifestará alguna sensación dolorosa, si no fuera así, es posible llegar a la cámara pulpar sin obtener respuesta alguna comprobándose su necrosis.

### **Prueba de la cuña o del diente fracturado**

Esta técnica se utiliza para descubrir fracturas longitudinales u oblicuas. Consiste en hacerles morder una cuña de madera, tratando de causar el dolor que el paciente manifiesta al masticar, previamente se debe colocar una solución de azul de metileno al 0,1 % o solución de yodo en la cara oclusal. Luego se lava la cara oclusal y si existe fractura se verá la tinción que filtró. Si el

diente está restaurado se remueve la restauración, se coloca una torundita de algodón y se sella con un cemento provisorio por una semana, dando tiempo para la penetración del colorante.

### Examen periodontal

Cuando se sospeche enfermedad periodontal, o una afectación mixta endodóncico-periodontal, se debe explorar la existencia de bolsas, su localización y profundidad mediante una sonda periodontal de extremo romo y calibrada. Si existe una fístula, se explorará su trayecto mediante una punta de gutapercha calibre 30 y se efectuará una radiografía para averiguar su origen, conociendo este procedimiento como fistulometría. La presencia de bolsas periodontales en varias zonas de la periferia de un diente o la existencia de una única bolsa amplia hace pensar en una lesión primaria de origen periodontal. Por el contrario, una bolsa única, estrecha, en un punto de la periferia del diente, por lo general profunda, hace pensar en una lesión de origen endodóncico, con frecuencia un diente fisurado.



### Transiluminación

Un diente sano se caracteriza por una translucidez clara y diáfana de su corona mientras que en un diente necrosado se vuelve opaca.

La prueba se realiza con una fuente de luz intensa colocada en la cara posterior del diente. Se le pide al paciente que abra la boca, colocamos la punta activa en palatino o lingual del diente, se activa la luz del transiluminador y observamos la dirección de la fisura en caso que ésta exista. La prueba de transluminación es complementaria al diagnóstico.

## Análisis del aspecto radiográfico

La radiografía no suministra datos acerca del estado de la pulpa, por lo que no es de utilidad en el diagnóstico pulpar, excepto en los dientes con reabsorción dentinaria interna causada por una pulpitis irreversible asintomática. Sí resulta de gran utilidad, como radiografía preoperatoria para conocer la morfología de la cámara y los conductos radiculares, la existencia de dentina reactiva o reparativa, las curvaturas y dimensiones de los conductos, la existencia de reabsorciones radiculares, rizólisis y estado periodontal. También es imprescindible en el diagnóstico de la patología periapical y en las fracturas coronoradiculares.



## Examen clínico semiológico

Ante cualquier estímulo tanto sea físico, químico, mecánico o irritativo la única forma de que tiene para reaccionar la pulpa es con dolor; siendo el examen semiológico el primer paso que permite al profesional poder seguir un protocolo que le brinde un correcto diagnóstico. Este presenta una complejidad ya que se pone en juego los factores subjetivos y objetivos.

Existen algunas zonas de irradiación del dolor que sirven para no ser confundidas con otras estructuras.

## Diseminación del dolor dental a otras estructuras

Dientes inferiores a zonas de cabeza específica:

- Los incisivos, caninos y premolares provocan dolor referido a la zona mentoniana.
- 1er y 2do molar, al oído y ángulo mandibular.

- El tercer molar, al oído y región superior.

Dientes superiores a zonas de la cabeza específica:

- Los incisivos a la región frontal.
- Los caninos y primero premolares a las zonas nasolabial e infraorbitaria.
- El segundo premolar, a la zona temporal y maxilar superior.
- el 2do y 3er molar, al maxilar inferior y ocasionalmente al oído.

Dientes inferiores a otros dientes:

- Los premolares a los tres molares superiores.
- Los molares al 1er premolar inferior.

Dientes superiores a otros dientes:

- Los caninos a los premolares y molares superiores y a los premolares inferiores.
- El 2do premolar, a los premolares inferiores y ocasionalmente al oído.

En el siguiente cuadro se detallara los recursos que disponemos al momento de iniciar la planificación del diagnóstico.

### Recursos semiogenéticos y semiotécnicos para la planificación del diagnóstico

<b>ANAMNESIS</b>	<b>TECNICA DEL INTERROGATORIO</b>
	Motivo de la consulta
	Historia Clínica Odontológica
	Características Clínicas del dolor
<b>ANÁLISIS CLÍNICO</b>	<b>TECNICA DE EXPLORACIÓN</b>
	Inspección
	Exploración
	Palpación
	Percusión
	Auscultación
<b>ANÁLISIS DE VITALIDAD PULPAR</b>	<b>TÉCNICA DE ESTÍMULO</b>
	Prueba térmica
	Prueba Eléctrica
	Prueba Mecánica



	Prueba de la Anestesia
	Prueba de la cuña o D. Fracturado
	Examen Periodontal
	Transiluminación
<b>ANÁLISIS POR IMAGEN</b>	<b>TÉCNICA DE INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA</b>
<b>ANÁLISIS COMPLEMENTARIO</b>	
<b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b>	
<b>DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO</b>	
<b>PLAN DE TRATAMIENTO</b>	

### Características clínicas del dolor

<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL DOLOR</b>	
<b>LUGAR</b> ¿dónde está ubicado el dolor?	LOCALIZADO
	DIFUSO
<b>SURGIMIENTO</b> ¿Cómo surgió?	PROVOCADO
¿Qué factor estimula o atenúa el dolor?	ESPONTÁNEO
<b>DURACION</b> ¿Desde cuándo existe el dolor?	CORTA
	LARGA
<b>FRECUENCIA</b> ¿Cuál es la frecuencia del dolor?	INTERMITENTE
	CONTINUA
<b>INTENSIDAD</b> ¿Cuál es la intensidad del dolor?	LEVE (0-3)
	MODERADA (4-7)
	GRAVE (8-10)

*Categoría del dolor propuesta por Bell*

### Referencias

- Beer R., Baumann M., Kim S. (2009). *Atlas de Endodncia*, Editorial Quintessence, 2° edición.
- Canalda, C., Brau, E. (2014). *Endodoncia Técnicas clínicas y bases científicas*. Editorial Elsevier Masson, 3° edición.

- Cohen, S., Hargreaves, K. (2011). Diagnóstico. En Cohen Vías de la Pulpa, 10. Editorial Elsevier Mosby.
- Estrela, C. (2005). *Ciencia Endodóntica*. Editorial Médica Panamericana S.A.
- Flores, S. (2004). *Manual de Prácticas Endodoncia clínica*. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Instituto de Ciencias Biomédicas, Programa de Odontología.
- Goldberg, F. (2002). *Endodoncia Técnica y fundamentos*. Editorial Médica Panamericana.
- Leonardo, M. (2005). *Endodoncia Tratamiento de Conductos Radiculares, Principios Técnicos y Biológicos*. Editorial artes médicas Latinoamérica.
- Rodríguez-Ponce, A. *Endodoncia Consideraciones Actuales*. Editorial Amolca.
- Stock, J; Gulabivala, K; Walker, T; Goodman, J (1997). *Atlas en color y texto de Endodoncia*. Editorial Harcourt Brace.
- Tobón, D. (2003). *Manual Básico de Endodoncia*, Editorial CIB (Corporación para Investigaciones Biológicas).
- Villena, H. (2011). *Terapia pulpar en Endodoncia*. Editorial Ripano, S.A.