

Universidad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila
Policlínico “Mario Páez Inschausty”
Municipio Baraguá



TÍTULO: Incidencia de los abscesos dentoalveolares agudo y crónico en pacientes del área de salud Obispos.

*AUTORA: Dra. Yaíma Iraola Benítez. **

*TUTORA: Dra. Sonia Escobar Teruel. ***

**Residente de Estomatología General Integral.*

***Estomatóloga General Integral.*

TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL.

2013

PENSAMIENTO

La verdadera medida de la grandeza de un hombre, es como trata a quien no puede beneficiarlo en nada.

Ann Landers

AGRADECIMIENTOS

A todos los que de una forma u otra contribuyeron a la realización de este trabajo.

DEDICATORIA

A mis padres, hermano y mi novio.

A mi familia.

A la Revolución cubana.

INDICE

Resumen

Introducción.....1

Objetivos.....10

Material y Método.....11

Análisis y Discusión de los Resultados.....14

Conclusiones.....16

Recomendaciones.....17

Referencias Bibliográficas.....18

Anexos.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en el área de salud de Obispos, perteneciente al estado Barinas, Venezuela, en el período de diciembre del 2010 a mayo del 2011, con el objetivo de comparar la incidencia de los abscesos dentoalveolares agudo y crónico en pacientes de esta localidad. El universo de estudio estuvo constituido por todos los pacientes que acudieron a consulta en este período. La muestra quedó conformada por 96 pacientes de ambos sexos que acudieron con absceso dentoalveolar agudo o crónico, a los cuales se les solicitó previamente su autorización para participar en la investigación. Para este estudio se elaboró una encuesta por el autor, validado por expertos. Al finalizar se concluyó que el 58,33% de los pacientes presentaban absceso dentoalveolar agudo y el 41,67% absceso dentoalveolar crónico, el grupo de edad más afectado estuvo entre los 19 y 35 años y prevaleció el sexo femenino en ambos tipos de abscesos. Los signos o síntomas con los que acudieron con mayor frecuencia a consulta fueron dolor espontáneo y pulsátil, tumefacción y presencia de fístula. Las regiones anatómicas que más se abarcaron fueron cuerpo mandibular, la bucal, labio superior y la masetérica y de acuerdo al diente causal los más frecuentes fueron molares inferiores y los molares superiores.

INTRODUCCIÓN

Los dientes forman parte del hueso maxilar y mandibular y se relacionan con los tejidos blandos peridentarios, debido a esta relación ocurren patologías infecciosas por distintas causas. Las infecciones odontogénicas y sobre todo sus complicaciones pueden producir manifestaciones a nivel sistémico, afectar gravemente el estado general y comprometer la vida del paciente (1).

Los procesos sépticos de origen dentario son frecuentes en niños y adultos. En las últimas décadas las infecciones bucales constituyen una de las patologías más frecuentes de la población debido a complicaciones asociadas a una mala higiene bucal de forma general (1).

La profesión dental existe por lo menos desde hace unos 5000 años, pues se tienen evidencias de que los egipcios por el año 3000 antes de Cristo realizaban ya extracciones dentales y trepanaban la cortical externa de la mandíbula para drenar abscesos odontológicos. Cuando se orientaron los estudios patológicos hacia la dentadura de las momias, se descubrió que muchas de ellas presentaban pequeñas cavidades en los dientes (2).

Para lamento de los momificados, estas pequeñas cavidades acabaron en abscesos, por lo que podemos hacernos una idea del dolor tan intenso que debieron que soportar en vida, por no decir que algunos morirían a causa de esto (3).

Existen muchos los términos utilizados como sinónimos del absceso dentoalveolar agudo y crónico entre ellos se encuentran, absceso agudo, absceso apical agudo, absceso periapical agudo, absceso radicular agudo, periodontitis supurativa, proceso alveolar crónico, periodontitis crónica, osteítis periapical crónica, perirradiculitis rarefaciente crónica (4,5).

Cuando los microbios se implantan y desarrollan en un tejido conectivo, éste se inflama en el lugar atacado por los mismos. Esta infección circunscripta del tejido conectivo puede evolucionar de tres formas (4):

- Resolución de la inflamación, o sea, regresión antes de haber provocado destrucciones de naturaleza supurativa, con lo que el tejido vuelve a las condiciones de absoluta integridad anatómica y funcional, como las que tenía antes de la inflamación.
- Paso a la inflamación difusa generalizada del tejido conectivo inflamado en un solo punto. Esta evolución es la expresión de la gran virulencia de los microbios agresores y de la caída de las fuerzas orgánicas defensivas o de ambas cosas a la vez.
- Formación de absceso, o sea, la circunscripción rigurosa de la infección a unos límites bien definidos. Demuestra la existencia de unas fuerzas orgánicas defensivas que forman alrededor de la zona primitivamente inflamada, una barrera defensiva que impide la ulterior difusión del proceso infectivo-inflamatorio.

El absceso alveolar agudo, se presenta como una colección purulenta localizada en el hueso alveolar, a nivel del ápice radicular de un diente, como resultado de la muerte pulpar. Generalmente el dolor ocasionado por el daño pulpar resulta muy difuso en sus primeras manifestaciones y el paciente tiene dificultad para localizar con precisión el diente donde asienta; sin embargo, al extenderse la enfermedad en la pulpa, se proyecta hacia la zona periapical y el ligamento periodontal, el cual posee terminaciones propioceptivas que facilitan la exacta ubicación de la pieza dentaria afectada. Cuando el dolor pulpar pierde su carácter difuso y se convierte en un síntoma localizado, ya la alteración se ha extendido hacia el periodonto. (4,5)

* El dolor es acentuado, pulsátil con formación de pus, dando la sensación de presión en el área.

* Puede estar presente una tumefacción en el fondo del vestíbulo y movilidad dental.

* Sensibilidad extrema a la percusión y a la palpación.

* Los dientes vecinos, también pueden presentar sensibilidad a la percusión, sin embargo, presentar vitalidad pulpar.

* El diente puede presentar respuesta positiva al calor, pues este agente físico puede provocar expansión de gases.

* La radiografía puede presentar aspecto normal del área apical o mostrar un ligero engrosamiento de la lámina dura. Cuando un área de rarefacción está presente, se puede decir que ocurre una agudización de un proceso crónico (Absceso Fénix).

Histopatológicamente existe un infiltrado de leucocitos polimorfonucleares y exudado inflamatorio. Habrá espacios vacíos rodeados por leucocitos polimorfonucleares y células mononucleares (7).

Otros síntomas del absceso dentoalveolar agudo pueden abarcar (8):

- Sabor amargo en la boca
- [Mal aliento](#)
- Malestar, inquietud, sensación general de enfermedad
- Área mandibular superior o inferior inflamada (un síntoma muy grave)
- Palidez, irritabilidad, pérdida del sueño y absorción de toxinas
- Cefalea
- Lengua saburral

El absceso dentoalveolar crónico es un proceso inflamatorio crónico de poca virulencia y larga duración en el que existe una invasión de microorganismos al periapice que se localiza en el hueso alveolar periapical, donde ocurre lisis

del tejido y aparece la presencia de pus limitada por una fibrosis que puede acompañarse de un proceso fistuloso y drenar en forma continua o intermitente. Puede ser debido a una infección pulpar directa o un absceso alveolar agudo, habiendo disminuido la infección sin eliminarse completamente; puede provenir también de un granuloma degenerado. Por fusión purulenta de su porción central, o de un granuloma quístico infectado, cuyo lumen está lleno de pus. Presenta un cuadro que suele ser asintomático y se descubre al hacer una radiografía. Es un proceso de evolución lenta, suele cursar con la presencia de una fístula gingival o cutánea a la altura del ápice involucrado. Otras veces ocurre a mayor distancia, es el trayecto final del conducto que va desde el absceso al exterior. Por la fístula se expulsa el contenido seroso y purulento de forma continua, por ello este absceso no da sintomatología y el paciente solo nota que la fístula aumenta o disminuye de tamaño (manifiestan que notan como un grano en la encía, que a veces se vacía y se vuelve a llenar). En el estudio radiológico veremos que los abscesos periapicales crónicos presentan una imagen radiolúcida no bien definida en el periapice (8, 9,10).

Los signos diagnósticos que caracterizan al absceso crónico son: es indoloro o ligero dolor, puede haber molestias a la masticación, puede haber movilidad y dolor moderado a la percusión y palpación, no hay respuesta a las pruebas eléctricas y térmicas. Generalmente se presenta una zona radiolúcida difusa que se diluye al tejido sano (10).

Bacteriología: los más comúnmente recabados son estreptococos alfa hemolíticos de baja virulencia (11).

Histopatología: pérdida de las fibras del ligamento en el ápice. Linfocitos y células plasmáticas con leucocitos polimorfonucleares en el centro. Pueden presentarse células mononucleares (12).

Factores de Riesgo

Un factor de riesgo es algo que incrementa la posibilidad de contraer una enfermedad o padecimiento. Entre ellos encontramos (12,13):

- Formación de sarro en la encía
- Inadecuada aplicación en los dientes de flúor, vía agua fluorizada, pasta de dientes o enjuagues bucales.
- Una mala higiene dental que nos provoca caries y enfermedades periodontales.
- Desnutrición, incluyendo deficiencias severas de vitaminas y minerales.

Los factores etiológicos, que intervienen en la génesis de los procesos apicales inflamatorios, son principalmente de origen infecciosos, pero podemos encontrar y clasificarlos como (14):

- 1. Físicos: Traumáticos: Contusiones, movimientos ortodóncicos exagerados, separaciones dentarias con gomas, retenedores protésicos activos, obturaciones altas.
- 2.- Químicos: Soluciones de irrigación y fármacos tópicos endodónticos fenol, timol, cresol, hipoclorito de sodio, xilol.

Materiales de restauración: cementos y conos sobrepasados, ácido de silicatos, ácido de composites, Acrílicos.

- 3.- Bacterianos: Estreptococos: viridans + hemolítico, + no hemolítico, + neumococo. Estafilococos: dorado, albo. Enterobacterias: Anaerobios : bacteroides pigmentados , peptococo, peptoestreptococo, fusobacteria Hongos y levaduras (especialmente cándida)

El absceso dentoalveolar agudo puede desarrollarse como consecuencia de una periodontitis apical aguda o aún más, de una rarefacción apical crónica, como el granuloma dental o el absceso apical crónico. Cuando el absceso alveolar agudo se desarrolla partir de la exacerbación de un granuloma apical o de un absceso apical crónico, recibe el nombre de Absceso Fénix (el que resurgió). (14,15)

Efectos sobre las estructuras adyacentes: Habitualmente la lámina dura que rodea el ápice del diente se pierde, así como el espacio correspondiente al ligamento periodontal. En los casos crónicos puede ocurrir una reabsorción externa de la raíz. De igual manera el canal pulpar puede aparecer más ancho de lo normal (16).

Los objetivos del tratamiento en la fase aguda son eliminar la infección, preservar el diente y prevenir complicaciones. Se pueden recetar antibióticos para combatir la infección. Los enjuagues bucales con agua tibia y sal pueden ser calmantes y los analgésicos de venta libre pueden aliviar el dolor de muelas y la fiebre. Se indica también una dieta líquida o suave y descanso. Estudios realizados sobre el pus contenido en los abscesos alveolares agudos mediante antibiogramas han arrojado una prevalencia de microorganismos como estreptococos beta hemolíticos, estafilococo alfa hemolítico y estafilococo aereus, sumamente sensibles a la penicilina, por lo cual se estima que este antibiótico es el de elección; aunque también se prescriben analgésicos, antiinflamatorios, colutorios y fomentos tibios en la zona comprometida, así como antipiréticos si fuera necesario. En el absceso dentoalveolar agudo puede ocurrir que antes de coleccionarse el pus la infección local regrese por la capacidad del paciente para resistir la infección, pero cuando se ha coleccionado el pus únicamente con el drenaje del mismo, se logra la curación. A la salida del pus los signos cardinales de la inflamación (tumor, dolor, rubor, calor e impotencia funcional) ceden, agotándose la supuración en pocos días y el tejido de granulación llena la cavidad residual quedando una cicatriz algo deprimida como testigo del proceso (17).

Una vez solucionada la fase aguda, se procede a la endodoncia correspondiente, la pulpectomía o el tratamiento pulpo radicular. El tratamiento de conductos se puede recomendar en un intento por salvar el diente. Cuando se inicie el TPR antes de colocar cualquier instrumento dentro del conducto este debe irrigarse abundantemente preferiblemente a fin de arrastrar los alimentos y otros restos que pudieran haberse acumulado (17,18).

En ningún caso de absceso dentoalveolar agudo se puede aplicar anestesia por mucho que el paciente lo solicite, pues está contraindicado, fundamentalmente la técnica infiltrativa que diseminaría los microorganismos pudiendo ocasionar septicemia. A lo máximo se aplicaría una anestesia tópica en el lugar a realizar la incisión pues esta es prácticamente indolora por el estado de tensión de la mucosa (19, 20,21).

En caso de presentarse una infección severa, se puede extraer el diente o se puede necesitar una cirugía para drenar el absceso. Es posible que algunas personas deban ser hospitalizadas. En caso de ser la terapéutica definitiva la exodoncia, esta se realizará una vez que los síntomas hayan desaparecido. La extracción solo se va a realizar si (21):

- * La caries y/o la infección dental es demasiado extensa para rellenar o hacer endodoncia.
- * La ruptura o agrietamiento es muy severo para ser reparado

Si se extrae el diente, será reemplazado con: Un puente parcial, una dentadura o un implante dental.

El pronóstico del absceso agudo puede ser favorable para el diente dependiendo de la cantidad de tejido destruido. El tratamiento oportuno por lo general cura la infección y, en muchos casos, el diente generalmente se puede salvar (22).

Existen una serie de complicaciones que pueden aparecer producto a un absceso agudo (22,23):

- Mediastinitis
- Sepsis
- Propagación de la infección al tejido blando ([celulitis](#) facial, [angina de Ludwig](#))
- Propagación de la infección a la mandíbula ([osteomielitis](#) de la mandíbula)

- Propagación de la infección a otras áreas del cuerpo que ocasiona [abscesos cerebrales](#), [endocarditis](#), [neumonía](#) u otras complicaciones
- El pus retenido puede procurarse una vía de salida a través de una fístula en el interior de la boca, en la piel de la cara o cuello y hasta en el seno maxilar o cavidad nasal, en dependencia del diente afectado.

Diagnóstico diferencial del absceso dentoalveolar agudo (23):

- Periodontitis
- Pulpitis aguda supurada (se diferencia en el test eléctrico y en las características clínicas)
- Absceso periodontal (se diferencia en el test eléctrico y en la presencia de la bolsa periodontal, en las características clínicas).

El diagnóstico diferencial del absceso dentoalveolar crónico es realizado mediante: un examen radiográfico donde podemos diferenciar un absceso crónico de un granuloma pues en el primero la zona de rarefacción es difusa mientras que en el segundo es mucho más delimitada o circunscrita. Se diferencia también de un quiste en que este tiene una zona de rarefacción con límites más circunscritos, rodeado por una línea radiopaca continua (23).

El tratamiento del absceso crónico consiste en la eliminación de la infección del conducto radicular, pulpectomía no vital y obturación del canal radicular. En realidad, un absceso crónico puede ser considerado como una extensión periapical de la infección de una pulpa necrótica la diferencia es sólo de grado (23).

Pronóstico: puede variar de dudoso a favorable dependiendo de la operabilidad de los conductos y grado de destrucción ósea (24).

Para establecer el pronóstico deben tomarse en cuenta cuatro factores fundamentales: el grado de la destrucción dental, la extensión y gravedad de la destrucción apical y periapical, la posibilidad de cateterismo, esterilización y

obtención completos del conducto o conductos que dan origen al absceso alveolar crónico, y el grado de resistencia orgánica y, más que nada la capacidad biológica reaccional del enfermo. En casos de dientes tratados con anterioridad, el pronóstico no puede establecerse siempre de una manera precisa por cuanto el absceso puede estar mantenido tanto por una osteítis rarefaciente, fácil de vencer, como por una osteítis crónica granulomatosa de regresión más lenta, o por formaciones granulomatosas, con sus fibras coonjuntivas y sus células epiteliales más o menos organizadas y rebeldes a las técnicas operatorias comunes. De allí que, entrando en la apreciación completa de cada cuadro patológico con menos riesgo de incurrir en error, al calificar el futuro de un diente que padece de absceso alveolar agudo, que otro manteniendo un absceso crónico (24).

El tratamiento a tiempo de la caries dental reduce el riesgo de un absceso dental. Los dientes afectados deben ser examinados de inmediato por el odontólogo (24).

La mayoría de los abscesos dentales pueden ser prevenidos con (24):

- Higiene dental apropiada, incluyendo:
 - Cepillado de dientes con pasta con flúor después de comer o al menos dos veces al día
 - Uso de hilo dental entre dientes y encías
 - Revisión dental general periódica (cada seis meses)
 - Limpieza dental profesional en forma periódica (cada seis meses)
- Disminuir la ingesta de azúcar para prevenir la formación de cavidades.

Debido que a consulta acuden un gran número de pacientes con esta afección, nos hemos motivado a realizar este estudio para comparar la incidencia de los abscesos dentoalveolares en dicha área de salud , y así contribuir a un conocimiento más profundo de esta entidad, que servirá para tratarla de una manera más adecuada.

OBJETIVOS

General:

Comparar la incidencia de los abscesos dentoalveolares agudo y crónico en pacientes del área de salud Obispos, estado Barinas, República Bolivariana de Venezuela.

Específicos:

- ♦ Identificar el tipo de absceso dentoalveolar según:
 - edad.
 - Sexo.
 - Signos o síntomas por los que acude a consulta.
- ♦ Determinar:
 - Región anatómica que abarca.
 - Diente causal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal para comparar la incidencia de los abscesos dentoalveolares agudo y crónico en los pacientes que acudieron a la consulta odontológica del área de salud de Obispos, estado Barinas, República Bolivariana de Venezuela, en el período comprendido de diciembre del 2010 a mayo del 2011.

El universo de estudio lo conformaron todos los pacientes que acudieron a consulta en dicho período y la muestra estuvo conformada por 96 pacientes que acudieron con absceso dentoalveolar agudo y crónico de ellos 55 del sexo femenino y 41 del masculino.

Procedimiento:

Se establecieron las coordinaciones pertinentes con la Departamento de Odontología, donde se obtuvo la autorización para la ejecución del trabajo investigativo, se explicó a los pacientes las características del trabajo y con el consentimiento de ellos se realizó la investigación (Anexo 6).

Para la recolección y el vaciado de los datos se utilizó el formulario confeccionado al efecto por el autor con su correspondiente instructivo (Anexo 7 y 8). Los exámenes clínicos se efectuaron en el sillón dental de la consulta utilizando luz artificial y un set de clasificación. Al paciente se le realizó Rx en los casos que fue necesario, se le preguntó si tenían conocimiento de presentar caries dental, obturaciones en mal estado, o si recibió algún tipo de trauma en el diente en cuestión.

Criterios de inclusión:

- pacientes que acudieron con absceso dentoalveolar agudo o crónico al servicio.
- pacientes que estaban de acuerdo en participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- aquellos pacientes que acudieron al servicio con absceso dentoalveolar agudo o crónico y no estuvieron de acuerdo en participar en la investigación.

Operacionalización de las variables:

- edad: - menores de 19 años.
 - 19-35 años.
 - 36-59 años.
 - 60 y más.
- Sexo: masculino y femenino según sexo biológico.
- Signos o síntomas por los que acude a consulta: dolor espontáneo y pulsátil, dolor ligero, tumefacción, sensación de diente extruído, elevación de la temperatura corporal, presencia de fístula.
- Región anatómica de los abscesos dentoalveolares:

Geniana	Cuerpo mandibular	Labio superior	Bucal
Masetérica	Nasal	Cigomática	Palatina
- Diente causal: molares inferiores, molares superiores, premolares inferiores o superiores, canino inferior o superior e incisivo inferior o superior.

Los resultados fueron procesados mediante procedimientos estadísticos, que fueron reflejados en tablas con números absolutos y por ciento que dieron lugar a las conclusiones de la investigación.

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En la tabla número 1 se observa la distribución de los pacientes con absceso dentoalveolar agudo y crónico según la edad. Aquí podemos observar que la incidencia de los pacientes con absceso alveolar agudo fue de un 58,33 % y con absceso alveolar crónico de un 41.67 %. El grupo de edades más afectado fue el de 19 a 35 años representados por un 45.83%. En el estudio realizado por los autores Marta Torres y Román González (2,4) coinciden con que este grupo fue el más afectado.

En la tabla número 2 observamos la distribución de los pacientes con absceso dentoalveolar agudo y crónico según el sexo. Aquí se muestra como el sexo femenino fue el más afectado representado por un 57.29% de los pacientes. Estudio realizado por los autores Marta Torres y Carlos Boveda (2,22) muestra también que este sexo ha sido el más afectado en sus investigaciones. De igual forma el Dr. Dadonim Vila coincide en este fue el sexo más afectado (38)

En la tabla número 3 se muestra los signos y síntomas con que los pacientes acudieron a consulta, dentro de los principales signos y síntomas se encontraron la tumefacción representado por un 21.37%, el dolor espontáneo y pulsátil con un 19.09% en los casos de pacientes con absceso alveolar agudo y la presencia de fístula representada por un 17.27% en los pacientes con absceso alveolar crónico. Estos resultados son similares a estudios realizados por los autores Marta Torres y Alfonso González (2,18). También estudios realizados por el Dr. Ernesto Campello muestra q uno de los síntomas más frecuentes fue el dolor espontáneo (33).

En la Tabla número 4 observamos la región anatómica donde se localizó el absceso agudo o crónico. Aquí pudimos apreciar que la región más afectada fueron el cuerpo mandibular representado por un 36.43%, la bucal con un 17.14% y la palatina con un 14.29%. Dichos resultados son similares a los estudios por los autores Rodríguez Calzadilla y Alfonso González (18,27).

En la tabla número 5 se observa el diente causal donde tuvo lugar el absceso agudo o crónico. Aquí se aprecia que los más frecuentes fueron los molares inferiores representados por un 51.04%, seguido de molares superiores con un 17.71%. Estudios realizados por Rodríguez Calzadilla y Marta Torres (2,27) coinciden con que estos son los dientes causales más frecuentes. La Dra. Maidelin Ureña y la Dra. Yadira Rodríguez coinciden en que los molares inferiores fueron los más afectados (34). También muestran resultados parecidos la Dra. Yilian Gómez y Maria E García donde son los más afectados los molares inferiores y superiores (35).

CONCLUSIONES

- El 58.33% de los pacientes presentaron absceso alveolar agudo y el 41.67% absceso alveolar crónico.
- El mayor número de pacientes afectados con absceso dentoalveolar agudo y crónico se encontró en el grupo de edad 19 y 35 años.
- El sexo más afectado fue el femenino.
- Los signos o síntomas con los que acudieron con mayor frecuencia a consulta fueron dolor espontáneo y pulsátil y tumefacción en los abscesos alveolares agudos y presencia de fístula en los abscesos alveolares crónico.
- Las regiones anatómicas que más se abarcaron fueron cuerpo mandibular, la bucal, labio superior y la masetérica.
- El diente causal más frecuente incluyo a molares inferiores y molares superiores.

RECOMENDACIONES

- Dada la frecuencia con que asisten a consulta pacientes con abscesos dentoalveolares se recomienda difundir los principios de promoción y prevención a todas las personas e instituciones a las que estén vinculados los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Jason Baker. Oral and maxillofacial surgeon. mayo 2008 [Consultado el 25 de septiembre de 2009][aprox.4p]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus>.
2. Marta Torrez Márquez. Orlando I Rodríguez. Sonia Trujillo Alaben. Resultados del tratamiento del absceso dentoalveolar agudo y celulitis facial odontogénica. 2005 [Consultado el 25 de septiembre de 2009][aprox.3p]. Disponible en: <http://www.cpicmna.sld.cu>
3. Olivares Herrera, ML. et al. RELACIÓN RADIOGRÁFICA DE NÓDULOS PULPARES Y PERIODONTITIS. Rev ADM ene-feb 2007; 59(1):10-15 [Consultado el 15 de abril de 2009] [aprox. 1p]. Disponible en: rivasmr@prodigy.net.mx
4. González Román A, Quintana del Solar M, Matta Moralez C, et al. Frecuencia de diagnósticos y tratamientos pulpares según indicadores de la demanda realizados en una clínica dental universitaria. Rev. Estomatol. Herediana.(online).jul./dic 2008.vol 15 no 2.[citado el 25 de abril del 2009] disponible en : <http://www.scielo.org.pe/cielo.php>
5. Darling AI. Periapical inflammation of the teeth, in Thoma's Oral Pathology. Mosby, St. Louis, Chap. 7, vol 1, 2000:335.
6. Quiñones Márquez Patologías pulpares y periapicales más frecuentes en 2 clínicas estomatológicas. Rev. Cubana de Estomatol. May-agost 2008. vol 37 no 2. pág 84- 88. ISSN 0034-7507
7. Eversole LR. Clinical outline of Oral Pathology. Diagnosis and treatment. 3rd. ed., Lea & Febiger, Philadelphia, 2002:227.

8. Nair PNR, Pajarola G, Schroeder HE. Types and incidence of human periapical lesions obtained with extracted teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2006; 81:93-106.
9. Luque Ferrer, Lesiones periapicales, en Revista Española de Endodoncia, 2007; 15 (1): pág. 8-14.
10. Archer, H. Cirugía bucal, Tomol, Ciudad de la Habana, 1997.
11. Kandemir S, Ergul N. Grievances in cases using antibiotics due to orodental problems and assessment of the need for antibiotics. Int Dent J 2000;50(2):73-7. [Consultado el 28de abril de 2009] [aprox. 4p]. Disponible en: www.odontologia.com.br/artigos.asp.id.
12. Ninoska Pérez EnezOdontólogo. Especialista en Endodoncia. Universidad Central de Venezuela 2008 Periapicopatías [Consultado el 28de abril de 2009] [aprox. 4p]. Disponible en: ninosk04@yahoo.com.
13. Herrera Mena, Henry W., et al. HIDROXICALCIOTERAPIA EN LESIONES PERIAPICALES EXTENSAS. Caso Clínico. Revista Dental 2008 [Consultado el 28 de abril de 2009] [aprox. 4p]. Disponible en: <http://www.dentalesaccocr.com/es>
14. Grossman LI. Práctica endodóntica. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1977: 85-93.
15. Guías prácticas de estomatología/Colectivo de autores-La Habana. Editorial Ciencias Médicas.2003
16. Bellón Leyva S, Aldama Bellos Y, Echarry Cano O. Actualización terapéutica en la aplicación de la Medicina Natural y Tradicional en Estomatología.2003 [Página en Internet] [Consultado el 28de abril de 2009] [aprox.1p].Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado>
17. Fioranelly Vicina G, Noriegas Gomalves EA, Martins Agra C. Anestesia adontológica: Seguranca e Succeso-Parte I. Rev Assoc Paul Cir Dent [serie en internet] 2000[citado en 28 de abril de 2009]; [aprox. 1p]. Disponible en: www.amc.sld.cu/amc/2000/v54n1-2000/2147.htm - 76k

18. Martínez Silveira G, Alfonso González E, Ortega Delgado L, Gou Godoy A. Efectos curativos de una solución hidroalcohólica de propóleo cubano al 1,5 % en la terapéutica periodontal. Rev. Cubana Estomatol 2002; 29(1):14
19. Kumar V, Contran R, Robbins, S. Inflamación aguda y crónica. En Kumar V y Contran R, editores. Patología Humana. Mc Graw-Hill. Interamericana. Madrid-España. 2000:27-50.
20. Carlos Boveda Z. Absceso dentoalveolar. Noviembre 2004. [citado en 25 de abril de 2009]; [aprox. 10p] Disponible en: <http://www.carlosboveda.com>
21. Torabinejad M, Walton R. Lesiones Perirradiculares. En: Ingle J, Bakland L, editores. Endodoncia. McGrawHill Interamericana. 2002:177-204 .[citado en 29 de abril de 2009]; [aprox. 10p].Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/rrivas/patologíaaperirradicular>.
22. Prieto Prieto J, Calvo A. Bases microbiológicas en las infecciones bucales y sensibilidad en los antibióticos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004; 9 Suppl: 11-8. [citado en 29 de abril de 2009]; [aprox. 10p]. Disponible en: www.cpicmha.sld.cu/hab/vol14_2_08/hab09208.htm
23. Moose SM, Marshall KJ. Infecciones agudas en la cavidad bucal. En: Kruger GO. Cirugía buco-maxilofacial. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.p.175-97. [citado en 29 de abril de 2009]; [aprox. 10p]. Disponible en: orlandot@infomed.sld.cu
24. Rodríguez Calzadilla OL.Periapicopatías.Rev Cubana de Estomatol 1997; 34¹:15-20.
25. American Dental Association.*The Merck Manual of Medical Information - Home Edition*. Simon and Schuster, Inc.;2000. U.S. National Library of Medicine. [citado en 30 de abril de 2009]; [aprox. 2p]. Disponible en: <http://www.ada.org>.
26. Ferro Benítez, P.P. et al. TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO DE LESIONES PERIAPICALES Revista Cubana de Estomatología may-ago 2008.;42(2) [Consultado el 15 de marzo de 2013] [aprox. 2pm]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>.

27. DR. Vidal Pomes. Lesiones Periapicales. Septiembre 2008. FACULTAD DE ODONTOLOGIA. Universidad Mayor [citado el 15 de marzo del 2013][aprox 2 pm] disponible en: <http://www.patoral.umayor.cl/lperip/lperip.html> .
28. Aguilar Heredia Tatiana. "Aspectos Microbiológicos de las enfermedades periapicales". Marzo 2008 [citado el 11 de marzo 2013][aprox 2 pm] Disponible en: http://www.carlosboveda.com/Odontologosfolder/odontoinvitadoold/odontoinvitado_41.htm.
29. Pires RDA, et al. Formación de los granulomas y quistes radicales: Una revisión de los aspectos inmunopatológicos Revista ADM 2009; 64 (3): 91-96 [citado el 10 de febrero 2013][aprox 2 pm] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-adm/e-od2009/e-od07-3/em-od073c.htm> .
30. Dra. Alessandra Alvarado M "Patología Endodóntica Peri-Radicular y su Diagnóstico" Universidad Central de Venezuela U.C.V., Venezuela, 2010-2011. 30,46. [citado el 20 de noviembre del 2011][aprox 2 pm] Disponible en: alealvaradomaso@cantv.net.
31. Pumarola J, Canalda C. "Patología de la pulpa y del periápice" en: Canalda C, Brau E. Endodoncia. Editorial Masson. Capítulo 6. 2009. [citado el 20 de noviembre del 2011] [aprox 2 pm] Disponible en: www.ccanalda.com
32. Sánchez Lara Tajonar, R et al. REABSORCIÓN RADICULAR CERVICAL. REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS. Rev ADM nov-dic 2009; 61(6): 230-233 [citado el 5 de diciembre del 2010][aprox 4 pm] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-adm/e-od2004/e-od04-6/em-od046g.htm>.
33. Dr. Ernesto Campello T "Patologías periapicales agudas" Instituto Superior de Ciencias Médicas, Habana, Facultad de Estomatología, enero 2008. [citado el 18 de marzo del 2013][aprox 3 pm] Disponible en: @infomed.sld.cu

34. Dra. Maydelyn Ureña Espinosa, Dra. Yadira Rodríguez González. Comportamiento clínico epidemiológico del Absceso Alveolar Agudo como urgencia estomatológica ocasionado por caries dental. VOL 36 No 3 Julio-septiembre 2011. Universidad de Ciencias Médicas. Las Tunas [citado el 18 de marzo del 2013][aprox3pm] Disponible en: piard@cucalanbe.ltu.sld.cu
35. Dra. Yillian Gómez Porcegué, Dra. María Elena García Sánchez. Comportamiento de las patologías pulpares y periapicales en los pacientes mayores de 19 años. Área Sur de Sancti Spíritus. Gaceta Médica Espirituana 2009; 11(1) Ciencias Médicas” Manuel Piti Fajardo” [citado el 18 de marzo del 2013][aprox3pm].
36. Vázquez de León, A.Mora Pérez, C.Palenque Guillemí, A.Sexto Delgado, N.Cueto Hernández M. Caracterización de pacientes con afecciones pulpares inflamatorias. Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos [serie en Internet]. 2008 agosto 29; [citado 19 de marzo 2013]; 6(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/520>
37. Rivero LA, Cantillo EE, Gispert AE, Jiménez AJA. Relación de la experiencia anterior de caries con la posterior actividad cariogénica en escolares de 7 a 14 años. Rev. Cubana Estomatol 2010; 37(3): 162-5.
38. Dr. C. Dadonim Vila Morales, MSc. Agustín Rodríguez Soto, MSc. Dania Lucrecia Mesa González. Lesiones periapicales agudas en pacientes adultos. Rev Cubana Estomatol vol.49 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2012[citado 19 de marzo 2013] [aprox3pm].

ANEXOS

Anexo 1

Tabla No 1 Pacientes con absceso dentoalveolar agudo y crónico según la edad.

Pacientes con absceso dentoalveolar	Edad									
	Menores de 19 años		19 – 35 años		36 – 59 años		60 y mas		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Agudo	14	14.58	30	31.25	10	10.42	2	2.08	56	58.33
Crónico	8	8.34	14	14.58	15	15.62	3	3.13	40	41.67
Total	22	22.92	44	45.83	25	26.04	5	5.21	96	100.00

Fuente: Formulario

Anexo 2

Tabla No 2 Pacientes con absceso dentoalveolar agudo y crónico según el sexo.

Tipo de absceso dentoalveolar	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	#	%	#	%	#	%
Agudo	30	31.25	26	27.08	56	58.33
Crónico	25	26.04	15	15.63	40	41.67
Total	55	57.29	41	42.71	96	100.00

Fuente: Formulario.

Tabla No 3 Pacientes con absceso dentoalveolar agudo y crónico según signos o síntomas por los que acuden a consulta.

Signos o síntomas	Tipo de absceso dentoalveolar					
	Agudo		Crónico		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
dolor espontáneo y pulsátil	42	19.09	-	-	42	19.09
dolor ligero	14	6.36	23	10.46	37	16.82
tumefacción	47	21.37	7	3.18	54	24.55
sensación de diente extruído	36	16.36	-	-	36	16.36
elevación de la temperatura corporal	13	5.91	-	-	13	5.91
presencia de fístula	-	-	38	17.27	38	17.27
Total	152	69.09	68	30.91	220	100.00

Fuente: Formulario

Nota: un paciente puede presentar más de un signo o síntoma.

Tabla No 4 Pacientes con absceso dentoalveolar agudo y crónico según región anatómica donde se encontró el tipo de absceso dentoalveolar.

Región anatómica	Tipo de absceso dentoalveolar					
	Agudo		Crónico		Total	
	#	%	#	%	#	%
Geniana	8	5.71	-	-	8	5.71
Masetérica	15	10.71	-	-	15	10.71
Cuerpo mandibular	32	22.86	19	13.57	51	36.43
Nasal	5	3.57	-	-	5	3.57
Labio superior	14	10.00	1	0.72	15	10.72
Cigomática	2	1.43			2	1.43
Bucal	9	6.43	15	10.71	24	17.14
Palatina	13	9.29	7	5.00	20	14.29
Total	98	70.00	42	30.00	140	100.00

Fuente: Formulario.

Nota: los abscesos dentoalveolares pudieron abarcar más de una zona anatómica fundamentalmente los agudos.

Anexo 5

Tabla No 5 Diente causal donde tiene lugar el absceso dentoalveolar.

Diente causal	Tipo de absceso dentoalveolar					
	Agudo		Crónico		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
molares inferiores	29	30.20	20	20.83	49	51.04
molares superiores	5	5.21	12	12.5	17	17.71
premolares inferiores	3	3.13	3	3.13	6	6.25
premolares superiores	3	3.13	1	1.04	4	4.17
canino inferior	1	1.04	-	-	1	1.04
canino superior	7	7.29	-	-	7	7.29
incisivo inferior	-	-	-	-	-	-
incisivo superior	8	8.33	4	4.17	12	12.50
Total	56	58.33	40	41.67	96	100.00

Fuente:

Formulario.

Yo _____ estoy dispuesto a colaborar con la investigación sobre absceso dentoalveolar, que se efectúa en la Clínica Odontológica del CDI “Virgen del Real”, del Municipio Obispos, Estado Barinas.

Firma del paciente

Formulario

No_____

Fecha: _____

Nombre y Apellidos del paciente: _____

1- Absceso dentoalveolar: agudo_____ crónico_____

2-Edad: _____

3- Sexo_____

4- Signos y síntomas:

dolor espontáneo y pulsátil_____

dolor ligero_____

tumefacción_____

sensación de diente extruído_____

elevación de la temperatura corporal_____

presencia de fistula_____

5- Región anatómica:

geniana _____ masetérica _____ cuerpo mandibular_____

nasal _____labio superior_____ cigomática_____

bucal_____ palatina_____

6- Diente causal:

Molares inferiores_____

Molares superiores_____

Premolares inferiores_____

Premolares superiores_____

Canino inferior_____

Incisivo superior_____

Incisivo inferior_____

Canino superior_____

7- Observaciones: _____

Nombre y Apellidos del investigador: _____

Firma: _____

Instructivo del formulario:

No____: recogió el número de la encuesta del paciente.

Fecha_____: la fecha en que se realizó la encuesta

Nombre y apellidos del paciente: se recogió el nombre y apellidos del paciente.

1- Presencia de absceso dentoalveolar agudo o crónico: según corresponda.

2- Edad: los años cronológicos cumplidos.

3- Sexo: sexo biológico.

4- Signos y síntomas: según el tipo de signo síntoma con que acudió a consulta

5- Región anatómica: según la región que abarca el absceso dentoalveolar

6- diente causal: según el diente que provocó el absceso dentoalveolar.

7- Observaciones: otro dato de interés que pueda ser útil para la investigación.

Nombre y Apellidos del investigador, así como su firma: se recogerá el nombre y apellidos del investigador, así como su firma.

