

Enfermedades bucales que constituyen urgencias estomatológicas

Buccal diseases that constitute stomatological emergencies

Ms. C. Rosabel Sánchez Rodríguez, Esp. EGI. María del Carmen Souto Román, Esp. EGI. Erma Nairelis Rosales Corría, Esp. EGI. Lina Candelaria Pardías Milán, Esp. EGI. Ana María Guerra López.

Filial de Ciencias Médicas Dr. Efraín Benítez Popa. Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las enfermedades buco dentales son diversas así como sus factores etiológicos y predisponentes por lo que se pueden considerar enfermedades multifactoriales que afectan de diferente manera la cavidad bucal.

Objetivo: brindar a los profesionales de la estomatología datos actualizados sobre enfermedades que tienen que tratar frecuentemente en las consultas estomatológicas.

Método: se realizó una revisión y actualización exhaustivas sobre las enfermedades bucales que constituyen urgencias estomatológicas ya que es alta la frecuencia de las mismas en las consultas estomatológicas, los signos y síntomas de cada una y el tratamiento que debe realizarse.

Resultados: se concluyó que el signo más relevante de la caries dental aguda, o de cualquier otra enfermedad bucal en estado agudo sea cual sea la edad es el dolor, el cual constituye una urgencia en estomatología.

Conclusiones: si las enfermedades bucales que constituyen urgencias no son tratadas correctamente, presentarán un desenlace fatal para el diente, de ahí la importancia que tiene que el estomatólogo general posea un amplio conocimiento sobre las mismas en lo que a diagnóstico, características y tratamiento se refiere.

Descriptor DeCs: ENFERMEDADES DE LA BOCA; URGENCIAS MÉDICAS; TRATAMIENTO DE URGENCIA.

ABSTRACT

Introduction: the bucco dental diseases are diverse as well as their etiologic and predisposing factors, for which they can be considered multifactorial diseases that affect the oral cavity in a different way.

Objective: to provide stomatology professionals with updated data about the diseases that they often have to deal with in the stomatology consultations.

Method: it was carried out an exhaustive and updated review in regards to the buccal diseases that constitute Stomatology emergencies because they are frequent in stomatology consultations, the signs and symptoms of each one and the treatment to be performed.

Results: it was concluded then that the pain is the most important sign of acute dental caries or any other oral disease in acute condition, regardless the age, which constitutes an emergency in stomatology.

Conclusions: if buccal diseases that constitute emergencies are not treated properly, they will present a fatal outcome for the tooth; hence it is important that the general dentist have an extensive knowledge about them, taking into account the diagnosis, characteristics and treatment.

Subject heading: MOUTH DISEASES; EMERGENCIES; EMERGENCY TREATMENT.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades buco dentales son diversas así como sus factores etiológicos y predisponentes por lo que se pueden considerar enfermedades multifactoriales que afectan de diferente manera la cavidad bucal. ¹ Por su alta morbilidad, se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud, situación que condiciona el incremento en el ausentismo escolar y laboral así como la necesidad de grandes gastos económicos que rebasan la capacidad del sistema de salud y de la misma población. ²

Las afecciones y alteraciones buco dentales son enfermedades que tienen una prevalencia muy alta en la mayoría de la población mundial, que si no se previene y/o detienen no solo provocan la pérdida dentaria y la incapacidad masticatoria con sus consecuencias físicas, estéticas y psicológicas, sino que también son un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades otorrinolaringológicas y respiratorias (amigdalitis, otitis, faringitis, etc.) y otras como fiebre reumática, cardiopatía reumática, valvulopatías, pericarditis, miocarditis, y problemas digestivos por las

deficiencias en la masticación, por falta de dientes o alteraciones en la articulación temporomandibular y por maloclusiones.³

Llamamos urgencias estomatológicas a aquellas enfermedades o complicaciones que se presentan de forma aguda. Realizamos esta revisión bibliográfica con el objetivo de brindar a los profesionales de la estomatología datos actualizados sobre enfermedades que tienen que tratar frecuentemente en las consultas estomatológicas.

DESARROLLO

Los dientes ocupan una posición estructural y funcional única; son estructuras que funcionan como parte del sistema músculo esquelético-masticatorio, y desde el punto de vista de su capacidad neural, poseen una dotación nociceptiva que detecta cualquier posible daño en su estructura. Esta función nerviosa y de defensa es atribuida a la pulpa dental.^{4,5}

El dolor bucodental se conceptualiza actualmente como una experiencia multifactorial o multidimensional, susceptible de ser modificado por influencias cognoscitivas, emocionales y motivacionales relativas a la experiencia pasada del individuo.⁶

Un problema estomatológico común también lo constituyen los dientes traumatizados, los cuales siempre deben de ser considerados como una situación de urgencia.

Un trauma dental puede originar desde una hiperemia, hasta procesos más complejos como abscesos alveolares agudos o crónicos, granulomas o quistes, se desconoce el número exacto de pacientes que sufren traumas en los dientes, sin embargo la frecuencia a juzgar por el número de lesiones que se observan debe ser elevada. Existen en la literatura numerosos estudios sobre traumatismos de los dientes, tanto de los temporales como de los permanentes, encontrándonos así los trabajos realizados por Ellis, Andreasen, Marcus, Gut y otros autores. Ellis y Davey informaron que de 4,251 niños de escuelas secundarias el 4.2 % presentaban dientes anteriores fracturados. Marcus y Gut en estudios separados, informaron sobre mayores frecuencias de 16 y 20.2 % respectivamente mientras que Andreasen reporta un estudio realizado en Dinamarca informando un 30 % de lesiones en los dientes temporales y un 22 % en los dientes permanentes.⁷

Otras urgencias en estomatología son: los procesos sépticos odontógenos, las hemorragias, las disfunciones agudas de la ATM y los traumatismos de los maxilares, las cuales se presentan con mucha frecuencia en las clínicas y es por eso que cada día debemos ampliar los conocimientos, en especial sobre este tema, ya que el paciente cuando acude a nosotros se encuentra incómodo, adolorido, necesita de nuestra atención especializada y para corresponderle debemos estar bien capacitados. ⁸

Enfermedad buco dental más prevalente; la caries.

Es una enfermedad infecciosa, crónica, irreversible y dependiente del azúcar, afecta los tejidos de los órganos dentarios en diferentes grados hasta producir la destrucción de los mismos y por lo que deben llevarse a cabo tratamientos diferentes, que varían en técnicas y costos; cuando el grado de caries es muy avanzado debe recurrirse a la mutilación, es decir, a la extracción que provoca alteraciones estomatognáticas importantes. ¹

La caries dental aguda puede provocar precozmente sintomatología dolorosa por su proximidad a la pulpa. ⁹ La caries dental es el factor causal de mayor importancia en la aparición de las lesiones pulpares. El tipo de dolor y la intensidad dependen del tipo de lesión pulpar. ¹⁰

Es una enfermedad de origen multifactorial en la que existe interacción de tres factores principales: el huésped (particularmente saliva y dientes), la microflora y el sustrato, además se debe tener en cuenta el tiempo, el cual deberá considerarse en todo estudio acerca de la etiología de la caries; para que se forme una caries es necesario que las condiciones de cada factor sean favorables, un huésped susceptible, una flora oral cariogénica y un sustrato apropiado que deberá estar presente durante un período determinado de tiempo. ^{11,12}

Patologías Pulpares y Periapicales

Varias son las enfermedades que llevan a los pacientes a acudir a una consulta de urgencias, pero la gran mayoría corresponde a patologías Pulpares y Periapicales, debido a la sintomatología dolorosa que las caracteriza. Es evidente que en estos casos para una correcta indicación de tratamiento, es de suma importancia el establecimiento de un diagnóstico más preciso. De este modo, el profesional deberá buscar la correlación de la sintomatología dolorosa con otros aspectos clínicos, o lo que podrá representar lo más aproximadamente posible el estado fisiopatológico de la pulpa y los tejidos periapicales, lo que contribuye a un perfecto diagnóstico y

permite señalar la terapéutica ideal de preservación de la vitalidad de la pulpa o no. Nunca podemos dejarnos llevar por aquellos pacientes que agobiados por el dolor llegan a nosotros para que se les haga la extracción dentaria, cuando se puede resolver su situación con un tratamiento endodóntico parcial o total y muchas veces con solo un buen tratamiento operatorio.¹³

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 considera 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 periapicales.¹⁴

La infección y la inflamación pulpar y de los tejidos periapicales han sido consideradas como extensiones del proceso carioso dental. Esto era una interpretación razonable en vista de la dominación de la caries como una fuente de infección de la sustancia dental. Sin embargo, la infección de la pulpa, la infección periapical y la consiguiente reacción tisular, son probablemente una ocurrencia biológica más antigua y más generalizada que la caries dental; aunque no podemos descartar que en la era actual, si tenemos en cuenta toda una serie de factores de riesgos que están incidiendo, sobre todo la conducta alimentaría en las personas, conspiran a favor que sea la caries dental la más propagada como causa de la infestación de un órgano dentario.¹⁵

La Alveolitis

Es la complicación más frecuente de la extracción dentaria, es considerada como una urgencia estomatológica. Su frecuencia varía del 1 al 4 % y puede llegar del 20 al 30 % en extracciones de terceros molares mandibulares. Se describen algunos factores de riesgo que aumentan su incidencia, aunque se habla de un origen multifactorial. La clínica y los síntomas subjetivos nos permiten su diagnóstico y clasificación. Para tratar las alveolitis se han utilizado localmente distintos productos para inducir la formación del coágulo: antibióticos, anestésicos, analgésicos y antiinflamatorios, asociados o no con corticoides, analgésicos y antibióticos sistémicos. También la medicina natural y tradicional ocupa un lugar

importante en el tratamiento de esta urgencia estomatológica, y se destacan terapéuticas como: la apiterapia, la acupuntura y la ozonoterapia, además tecnologías de avanzada como los soft láser.⁸

Una de las complicaciones más asombrosas que puede presentarse como consecuencia de una perturbación en la cicatrización de la herida alveolar es la alveolitis.³

Tiene una incidencia del 2 % al 7 % de todas las extracciones; se presenta con mayor frecuencia en terceros molares inferiores, más asiduamente entre los 20 a 40 años de edad, raramente antes de los 18 y es más común en el sexo femenino.

Los síntomas son variados e intensos, el dolor domina el cuadro y se describe como pulsátil, irradiado, de localización profunda que aparece usualmente 48 a 72h después de una extracción dental, además se puede encontrar halitosis, ausencia o desorganización del coágulo, falta de reparación tisular, en algunos pacientes puede haber aumento de la temperatura corporal y ganglios linfáticos tributarios al alvéolo infartados, una vez instaurada la alveolitis tiende a remitir en un período de siete a diez días.^{16,17}

Se describe como la complicación más frecuente de la extracción dental y la causa más común de dolor en el postoperatorio tardío de las consultas de urgencias.

Aunque no existe actualmente un conocimiento concreto de cuál es la etiología del proceso, se considera como una afección multifactorial. Definirla es difícil, pero se consideran algunos factores que aumentan su frecuencia como: aporte vascular disminuido del hueso, pacientes con hueso esclerótico, traumas excesivos de los bordes del alvéolo, de la encía y aplastamiento óseo, extracción de dientes con procesos periodontales o periapicales agudos, mala higiene bucal, permanencia de cuerpos extraños en el alvéolo, restos radiculares, de quistes y granulomas.¹⁸

La clasificación de las alveolitis difiere según los autores. Se agrupa generalmente en:

Alveolitis seca: alvéolo abierto sin coágulo y con paredes óseas totalmente desnudas. El dolor es violento, constante, perturbador y con irradiaciones, que se exagera con la masticación y que impide en la mayoría de los casos la actividad normal del paciente, especialmente el sueño.

Alveolitis húmeda o supurada: inflamación con predominio alveolar marcada por la infección del coágulo y del alvéolo; se puede encontrar un alvéolo sangrante con abundante exudado. Suele ser producida por reacciones a cuerpos extraños en el interior del alvéolo después de haberse realizado la extracción dentaria, el dolor es menos intenso, espontáneo y sobre todo provocado.¹⁹ El diagnóstico se realiza mediante el interrogatorio y el examen clínico y se confirma al pasar una cureta dentro del alvéolo seco y encontrar hueso desnudo con gran sensibilidad o coágulo necrótico, que al ser irrigado y desplazado, muestra las paredes desnudas e hipersensibles.^{19,20}

La terapéutica deberá estar encaminada a:

Eliminar la sintomatología dolorosa.

Promover la curación de la herida alveolar.

El tratamiento convencional utilizado para esta afección se ha basado en la aplicación de 2 medicamentos fundamentales (siguiendo los pasos establecidos): Alvogil o gasa yodoformada.²⁰

Para el tratamiento, algunos cirujanos utilizan irrigación, anestesia local, curetaje del alvéolo para inducir la formación de otro coágulo, curas locales intraalveolares de sustancias antibióticas anestésicas, analgésicas o antiinflamatorias para el tratamiento del dolor, que se sustituyen cada 2 a 3 días con una nueva colocación del material en el alvéolo, pero la posibilidad de reacción a un cuerpo extraño ha hecho que tales prácticas caigan en desuso. Además puede indicarse farmacoterapia con antibióticos, analgésicos poderosos y antihistamínicos, de acuerdo con el criterio del profesional.¹⁹

Algunos autores contraindican el legrado del alvéolo porque puede retardar la cicatrización y diseminar la infección. En la actualidad múltiples son los esfuerzos para encontrar terapéuticas eficaces e inocuas para el paciente donde lo natural prevalezca, así por ejemplo se han realizado estudios con apifármacos como el propóleo al 8% con resultados alentadores, también las propiedades de la miel como antiséptica, analgésica, antiinflamatoria, cicatrizante, antitóxica, germicida y sedante se han empleado para tratar esta urgencia estomatológica y han reportado beneficios importantes para el paciente.²⁰

Existe además la tendencia a investigar métodos de origen oriental como la acupuntura para tratar el dolor posextracción dental por sus efectos terapéuticos,

de gran importancia en el control del dolor. Se reportan estudios que demuestran su eficacia.^{21,22}

El ozono posee numerosas propiedades que lo hacen muy útil en el campo de la medicina. Como vehículos adecuados para la terapéutica con ozono en estomatología se han utilizado los aceites de origen vegetal, el más usado es el aceite de oliva y en nuestro país el aceite de girasol (oleozón), que además de sus ventajas económicas ha pasado satisfactoriamente las pruebas preclínicas de irritabilidad dérmica, ensayos de mutagenicidad y teratogenicidad, y se ha demostrado su efectividad en el tratamiento de las alveolitis.²³

Diferentes formas de procesos destructivos

Además de la caries, existen procesos que afectan los dientes y producen pérdida irreversible de su estructura. Numerosos estudios ponen en evidencia que existen.

Se encuentran entre ellas: la abrasión, atrición, erosión y la hiperestesia dentinaria, que existieron desde tiempos prehistóricos, de acuerdo a los hábitos de cada época.²³

Estudios como el de Riesgo Lobaina señalan que la hipersensibilidad dental como causa de dolor puede afectar a una de cada seis personas en la tercera década de la vida y aumenta en la quinta década debido a la enfermedad periodontal.

El tejido dentinal posee una alta sensibilidad para responder con dolor ante diferentes estímulos, característica que se conoce como hiperestesia dentinaria y está enmarcada dentro de los estados reversibles de la pulpa vital.²⁵

Según su etiología se divide en dos grandes grupos: Hiperestesia dentinaria primaria o esencial (sin alteración o trastorno dental) e Hipersensibilidad dentaria o secundaria (de causa conocida). Nadal-Valldaura (1.987) remarca claramente la diferencia entre hiperestesia dentinaria primaria o esencial (pulpalgia hiperreactiva), de la secundaria a otras causas.²⁶

Su tratamiento constituye una acción preventiva contra las enfermedades pulpares, de etiología diversa.

Causas que producen la exposición dentinaria

Técnica de cepillado incorrecto, uso de pastas dentales abrasivas, erosión química, abrasión y Atrición, frenillos patológicos, disfunción oclusal, movimientos ortodóncicos incorrectos, malposición dentaria, mala higiene bucal y algunos tipos de dieta. ^{26,27}

El tratamiento convencional de esta entidad se basa en la aplicación tópica de agentes desensibilizantes que pueden prescribirse al paciente para que los emplee en casa o pueden aplicarse a nivel profesional, algunos pacientes pueden llegar a necesitar tratamientos más complejos como puede ser endodoncia o cirugía periodontal. ²⁶

Pericoronaritis

Otra enfermedad bucal considerada como una urgencia estomatológica es la Pericoronaritis, complicación local que puede suceder al brotar cualquier diente y es una causa frecuente de dolor punzante, inflamación e infección sobreañadida.

La evolución filogenética de la especie humana ha traído como consecuencia que la mandíbula del hombre sea cada vez más pequeña, debido a la alimentación que no necesita del desgarrar de alimentos crudos por lo que el desarrollo craneo facial a tenido modificaciones importantes que dan al traste con la erupción dentaria. ²⁸ Por estudios realizados del crecimiento y desarrollo craneo facial se conoce que la erupción dentaria del tercer molar en un por ciento elevado trae trastornos y uno de ellos es la Pericoronaritis, la cual da manifestaciones clínicas que hacen de ella una urgencia estomatológica.

Lo más característico del cuadro agudo, es el dolor intenso, espontáneo y localizado en la zona afectada; sin embargo, hay cuadros severos en los que el dolor es irradiado a otras zonas, en especial si se trata del tercer molar inferior como en esa zona alcanzan algunas fibras de los músculos pterigoideo interno o del pilar anterior del paladar, se presenta trismos o pseudotrismus, puede aparecer amigdalitis y absceso faríngeo, dificultad masticatoria, alitosis y disfagia. El dolor se exagera con las variaciones de temperatura y el roce de los alimentos, como es un cuadro bacteriano frecuentemente se encuentra compromiso del estado general.³

En el manejo de las pericoronaritis se debe considerar un tratamiento sistémico, especialmente en el cuadro agudo que se refiere al uso de antimicrobianos como las Penicilinas más una isosaxonil penicilina como la Cloxacilina o la Flucloxacilina y las

medidas que tiendan a compensar el estado febril y el dolor, por lo cual se indicarán analgésicos, antiinflamatorios, antipiréticos e hidratación según sea la magnitud del compromiso del estado general.²⁹

Además, deben implantarse algunas medidas locales como el alivio del capuchón pericoronario si éste ha sido traumatizado por la oclusión del diente antagonista, por lo que deben desgastarse las cúspides del antagonista o incluso debe extraerse el antagonista en caso de terceros molares que así lo ameriten.³⁰

El dolor y la disfunción de la Articulación Temporomandibular

Constituyen urgencias Estomatológicas. Los trastornos temporomandibulares son problemas estomatológicos comunes que siempre deben de ser considerados como una situación de urgencia y se presentan en la clínica estomatológica con una frecuencia cada vez mayor.³¹

La articulación temporomandibular es la más compleja del cuerpo: se abre y cierra como una bisagra y se desliza hacia adelante, hacia atrás y lateralmente, y está sometida a una gran presión durante la masticación, contiene una pieza de cartílago especializado denominado disco que evita la fricción entre la mandíbula y el cráneo.³²

Su interacción con la oclusión dentaria hace posible las funciones de masticación, deglución y fonación. Las superficies óseas articulares están recubiertas por un fibrocartílago con un menisco articular interpuesto que las hace compatibles, lo cual facilita los movimientos básicos de la mandíbula (apertura y cierre, lateralidades derecha e izquierda, protusión y retrusión).

Los trastornos de la articulación temporomandibular incluyen problemas relativos a las articulaciones y músculos que la circundan. A menudo, la causa del trastorno de esta es una combinación de tensión muscular y problemas anatómicos dentro de las articulaciones, a veces, también interviene un componente psicológico, estos trastornos son más frecuentes en mujeres de 20 a 50 años de edad.³¹

Estudios epidemiológicos sobre los trastornos temporomandibulares (TTM).

En las últimas décadas se han llevado a cabo varios estudios epidemiológicos sobre los trastornos temporomandibulares (TTM) y se ha hecho un esfuerzo notable por esclarecer su causa. De forma general, se acepta la idea de que el origen de los

disturbios funcionales del sistema estomatognático es multifactorial, pero a pesar de que tanto en niños como en adultos la prevalencia de los trastornos temporomandibulares (TTM) ha sido alta, no se ha evidenciado un factor causal predominante.^{31, 32}

Son múltiples los factores de riesgo que intervienen en la aparición del síndrome dolor-disfunción, aunque los más relevantes son las alteraciones oclusales y el estrés. Los signos y síntomas más frecuentes en los trastornos funcionales de los músculos y de las articulaciones Temporomandibular, son el dolor y la disfunción.

Dolor: Espontáneo a la palpación o al movimiento de los músculos de la masticación, y asociados.

Disfunción: Limitación del rango de movimientos, desviaciones y deflexiones. Al examinar la ATM se presentan ruidos articulares, existen dos tipos fundamentales:

Ruidos Articulares

Chasquido: Ruido seco de estallido que se produce por la incoordinación en el movimiento del disco respecto al cóndilo.

Crepitación: Ruido granuloso como al estrujar una hoja de papel duro, o el ruido de la goma de un carro sobre la gravilla. Se asocia a procesos degenerativos.³²

Trastornos Funcionales

En la disfunción de la ATM los trastornos funcionales del sistema dentario del sistema dentario más comunes son: el desgaste dentario, la pulpitis y la movilidad. Otros signos y síntomas asociados son: La cefalea y los dolores óticos.

Las Afecciones de las ATM

Las afecciones de las ATM se tratan de la siguiente forma:³

Atención Primaria: realizará el diagnóstico e interconsultará con el nivel secundario para su remisión y atención, cooperando en el tratamiento de apoyo y definitivo de todas las entidades.

Atención Secundaria: se realizará por el grupo multidisciplinario a este nivel el tratamiento, de acuerdo a los medios y equipos disponibles, interconsultará con el

tercer nivel de atención y remitirá al Grupo Multidisciplinario de ATM, cooperando en los tratamientos de apoyo y definitivo.

Atención Terciaria: representada por el Grupo Multidisciplinario de ATM, ejecutará los tratamientos requeridos, apoyándose en los niveles de atención inferiores.

El Síndrome dolor-disfunción

El Síndrome dolor-disfunción ha sido reconocido por múltiples autores como una urgencia estomatológica entre ellos encontramos a Rev Sanid Milit (1999) mostró una prevalencia de estrés en un 26%, las alteraciones oclusales con una prevalencia de un 72%, dolor muscular con 5.1%, dolor de ATM con un 1.6%, la prevalencia de las alteraciones de la ATM resultó de 24.7%, la prevalencia de hábitos bucales anormales fue de 39%. Encontró asociación entre el estrés y la presencia de hábitos bucales anormales, las alteraciones oclusales resultaron significativas con la presencia de dolor muscular ($p < 0.05$), con la presencia de alteraciones de las ATM y también resultaron significativas ($p < 0.05$), asociadas a rechinar los dientes ($p < 0.005$). En este estudio se concluyó que las alteraciones oclusales son el principal factor de riesgo, para la presencia de disfunción temporomandibular.³²

El dolor articular agudo y la limitación de apertura, constituyeron los hallazgos clínicos más frecuentes; y el aplanamiento condilar anterior y la reducción del espacio articular resultaron las evidencias radiográficas más observadas.³⁰ Todos los autores mencionados anteriormente coinciden en relación a lo planteado en cuanto a las manifestaciones y causas que provocan las diferentes afecciones bucales que constituyen urgencias estomatológicas.

CONCLUSIONES

El signo más relevante de la caries dental aguda, o de cualquier otra enfermedad bucal en estado agudo sea cual sea la edad es el dolor, el cual constituye una urgencia en estomatología.

Si las enfermedades bucales que constituyen urgencias no son tratadas correctamente, presentarán un desenlace fatal para el diente, de ahí la importancia que tiene que el estomatólogo general posea un amplio conocimiento sobre las mismas en lo que a diagnóstico, características y tratamiento se refiere.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Gispert E. Sistema Pronóstico del riesgo de Caries en encolares de 7-14 años de edad. [Tesis]. La Habana: Facultad de Estomatología; 2001.

2- Fernández Collazo ME, Bravo Seijas B, Fajardo Puig J. Urgencias estomatológicas en niños institucionalizados de La Habana. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2011 [citado 27 de abril de 2015]; 48(2):95-103. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

3- Gonzáles Naya G., Montero del Castillo ME. Estomatología general Integral. [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. [citado 27 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/estomatologia_general_integral/estomatologia_general_completo.pdf

4- Pérez Andrés O. Nuevo enfoque de la interpretación del dolor en una pulpitis aguda. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2000 [citado 27 de abril de 2015]; 37 (1): 62-6. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol37_1_00/est04100.htm

5- Rodríguez Calzadilla OL. Diagnóstico y tratamiento de la celulitis facial odontógena. Acta Odontol Venezolana [Internet]. 2001 [citado 28 de abril de 2015]; 39(3):25-31. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2001/3/diagnostico_tratamiento_celulitis_facial_odontogena.asp

6- Rodríguez Reyes O. García Cabrera L. Bosch Núñez AI. Inclán Acosta A. Fisiopatología del dolor bucodental: una visión actualizada del tema. MEDISAN [Internet]. 2013 [citado 28 de abril de 2015]; 17(9):50-79. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013000900015&script=sci_arttext

7-Andreasen JD. Lesiones traumáticas de los dientes. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1987.p. 21-31.

8- Berrio Rey Y, Rey Ávila ME, Suárez Morales X. Alveolitis, factores que predisponen a su aparición. Acta Médica del Centro [Internet]. 2014 [citado 28 de

abril de 2015]; 8(3). 2014. [Citado 16 febrero 2015]. Disponible en:

<http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/155>

9- Calderón R. Síntomas y Diagnósticos de las caries. Web Consultas [Internet].

2015 [citado 28 de abril de 2015]. Disponible en:

<http://www.webconsultas.com/belleza-y-bienestar/higiene-bucal/sintomas-y-diagnostico-de-las-caries-931>

10- Montoro Ferrer Y. Urgencias estomatológicas por lesiones pulpares. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2012 [citado 28 de abril de 2015];49(4):286-94.

11- Herrera Rojas I. Prevalencia de caries dental y factores de riesgos asociados. Rev. Cub. Med. Mil [Internet]. 2012 [citado 28 de abril de 2015]; 41 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000400008

12-Chou R, Cantor A, Zakher B, Mitchell JP, Pappas M. Preventing dental caries in children <5 years: systematic review updating USPSTF recommendation. Pediatrics [Internet]. 2013 [citado 28 de abril de 2015]; 132(2); 332-50. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23858419>

13- Siqueira J, Rocas I, Souto R, Uzeda M, Colombo A. Microbiological evaluation of acute periradicular abscesses by DNA-DNA hybridization. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod [Internet]. 2003 [citado 29 de abril de 2015]; 92(4):451-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11598583>

14 Siqueira J, Rocas I, Oliveira J, Santos K. Molecular detection of black-pigmented bacteria in infections of endodontic origin. J Endod [Internet]. 2001 [citado 29 de abril de 2015]; 27(9):563- 6. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11556558>

15- Martín Reyes O, Lima Alvarez M, Zulueta Izquierdo MM. Alveolitis. Diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2001 [citado 29 de abril de 2015]].

Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol38_3_01/est05301.htm

16- Torres Lagares D, Serrera Figallo MA, Romero Ruiz MM, Infante Cossio P, García Calderón M, Gutiérrez Pérez JL. Alveolitis seca. Actualización de conceptos. Rev Med Oral Patol Oral y Cirug. Bucal [Internet]. 2005 [citado 29 de abril de 2015]; 10 (1): 66 – 77. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1698-44472005000100011&script=sci_arttext

17—Castor M. Dolor en la herida de la extracción dentaria. Alveolitis. Consultorio odontológico Dr. Castor [Internet]. 2015 [citado 29 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.odontologiacastor.com/2012/12/dolor-herida-extraccion-dental.html>

18- Castor M. Extracción dental y alveolitis. Colgate [Internet]. 2015 [citado 29 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.colgate.es/app/CP/ES/OC/Information/Articles/Oral-and-Dental-Health-Basics/Checkups-and-Dental-Procedures/Tooth-Removal-Extraction/article/Tooth-Extraction-and-Dry-Sockets.cvsp>

19- Bravo Venero AV, Díaz García LM, Armas González L. Tratamiento de la alveolitis dental con tintura de propóleos al 5 %. Rev Cubana Farm [Internet]. 2012 [citado 29 de abril de 2015]; 46(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152012000100012

20-Martín Reyes O, Lima Álvarez M, Sulueta Izquierdo M. Alveolitis. Revisión de la literatura y actualización. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2001 [citado 29 de abril de 2015]; 38(3): 176-80. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000300005

21- Álvarez C, Arroyo P, Aranguiz V, Chaparro A, Contreras R, Leighton C, et al. Diagnóstico y tratamiento de la hipersensibilidad dentinaria. Revista Dental de Chile [Internet]. 2010 [citado 29 de abril de 2015]; 01(3):17 – 25. Disponible en: <http://visitaodontologica.co/ARCHIVOS/PROTOCOLOS/ENDO-HIPERENSIBILIDAD-DENTINARIA.pdf>

22- Riesgo Lobaina N, Ortiz Moncada C, Ilisástigui Ortueta ZT. Comportamiento de la sensibilidad dentinal en pacientes del municipio 10 de Octubre. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2010 [citado 29 de abril de 2015]; 47(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

23- Pons López Y, Sánchez Montero DB, Sexto Delgado N, Señaris

Pérez A, Ferrer Vilches D. Prevalencia de factores de riesgo para hiperestesia dentinaria en pacientes de entre 20-40 años. Medisur [Internet]. 2012 [citado 29 de abril de 2015]; 10(4). Disponible en:

<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1838>

24- Cummins D. Hipersensibilidad dentinaria: desde el diagnóstico hasta una terapia avanzada para el alivio diario de la sensibilidad. Gaceta Dental [Internet]. 2010 [citado 29 de abril de 2015]. Disponible en:

<http://www.gacetadental.com/2010/10/hipersensibilidad-dentinaria-desde-el-diagnostico-hasta-una-terapia-avanzada-para-el-alivio-diario-de-la-sensibilidad-27748/>

25- Cordero García S, Peña Sisto M. Factores de riesgo de hipersensibilidad dentinaria en pacientes adultos con prótesis dental. MEDISAN [Internet]. 2012 [citado 29 de abril de 2015]; 16(3):349. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

26- Muños C, Inostrosa AY, Moreno J, Díaz CC. Epidemiología y tratamiento de la pericoronaritis aguda en hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile. Int. J. Odontostomat [Internet]. 2010 [citado 29 de abril de 2015]; 4(3):241-4.

Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2010000300006&script=sci_arttext

27- Morejón Álvarez FC, Torres Rodríguez LE, Morejón Álvarez T, Herrera Forcelledo A. Evolución clínica de la pericoronaritis en terceros molares inferiores semirretenidos. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2010 [citado 29 de abril de 2015]; 14(2). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000200004&lang=pt

28 - Pérez Barrero BR, Duharte Garbey C, Perdomo Estrada C, Ferrer Mustelier A, Gan Cardero B. Pericoronaritis aguda en adolescentes y adultos jóvenes de un consultorio estomatológico del municipio venezolano de Valencia. MEDISAN [Internet]. 2011 [citado 29 de abril 2015]; 15(11):15 - 48. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_11_11/san071111.htm

29- Batista Aldereguía YM, Broche Pombo A, Hernández Gutiérrez D. Tratamiento láser en los trastornos temporomandibulares. Policlínico "Chiqui Gómez Lubián",

Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Acta Médica del Centro [Internet]. 2013 [citado 29 de abril de 2015]; 7(3). Disponible en:

http://www.actamedica.sld.cu/r3_13/laser.htm

30- Díaz Guzmán W, Guzmán CL, Martín Ardila C. Prevalencia y necesidad de tratamiento de trastornos temporomandibulares en una población Chilena. AMC [Internet]. 2012 [citado 29 abril 2015]; 16(5). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000500009

31- Lescas Méndez O, Hernández ME, Sosa A, Sánchez M, Ugalde-Iglesias C, Ubaldo-Reyes L, Rojas-Granados A. Trastornos temporomandibulares. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet]. 2012 [citado 29 de abril de 2015];

55(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un121b.pdf>

32- Casas Acosta J, Sardiña Valdés M, Peñate Sardiña CO, Peñate Sardiña D. Dolor disfunción de la articulación temporomandibular asociado a la sintomatología ótica. Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández.

Matanzas. Enero 2007-enero 2008. Rev Méd Electrón [Internet] 2010 [citado 29 abril de 2015]; 32(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242010000400006&script=sci_arttext

Recibido: 12 de marzo del 2015.

Aprobado: 28 de marzo del 2015.

Rosabel Sánchez Rodríguez. Filial de Ciencias Médicas Dr. Efraín Benítez Popa.

Bayamo. Granma, Cuba. Email: rosabel@fcmb.grm.sld.cu