

Lesiones Adquiridas de los Tejidos Duros Dentarios

Crimaldi, D. . Rassé, N. ; Pilone L.

Facultad de Odontología de La Plata, Universidad Nacional de La Plata

Las lesiones de tipo adquirido son aquellas de causas predominantemente mecánicas, aunque existen otros agentes capaces de lesionar la pieza dentaria. Así tenemos: fractura dentaria, que puede variar desde una fractura menor, (que involucra la desportillada del esmalte y la dentina) hasta una fractura severa, (que involucra fracturas horizontal, vertical o diagonal de la raíz del diente). que puede ser coronaria (adamantina, amelodentinaria o amelodentinopulpar) o radicular (cemento-dentino-pulpar o cementaria); Ocurre en las superficies incisales, oclusales e interproximales y en más del 90 % de los adultos jóvenes y más frecuente en los hombres que en las mujeres. atricción fisiológica (masticación) comúnmente observada en pacientes de edad avanzada o atricción patológica (bruxismo) común en pacientes bruxomanos; abrasión, observada generalmente en el sector cervical de las piezas dentarias (por uso de sustancias abrasivas o de prótesis). Lesiones por causa química: la pigmentación dentaria pueden ser generales o sistémicas y locales, siendo éstas a su vez divididas en exógenas o extrínsecas y endógenas o intrínsecas pigmentación endógena, debida a elementos o sustancias en el interior de la pieza dentaria (hemorragia interna, necrosis pulpar) o pigmentación exógena producida por sustancias ingeridas por el individuo (tabaco, medicamentos, bebidas); erosión endógena causada por sustancias derivadas del propio organismo (vómitos) o erosión exógena (ácidos industriales, frutas acidas, jugos) y de causa multifactorial como la "caries dental" en donde intervienen distintos factores, que al interactuar producen la lesión. Es una enfermedad infecciosa multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente como consecuencia de una desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana a partir de los hidratos de carbono de la dieta. Si no es tratada, tras la destrucción del esmalte ataca a la dentina y alcanza la pulpa dentaria produciendo su inflamación, pulpitis, y posterior necrosis (muerte pulpar). El resultado final es la inflamación del área que rodea el ápice o extremo de la raíz, periodontitis apical, pudiendo llegar a ocasionar una celulitis, flemón e incluso hasta llegar a producir un absceso. Estas lesiones deben diferenciarse de malformaciones dentarias en cuanto a su etiología, sintomatología y signos clínicos, la importancia de su conocimiento facilitan el diagnóstico y la buena ejecución de un plan de tratamiento, adecuado para la salud bucal del paciente. Establecer la diferencia entre lesiones adquiridas y malformaciones dentarias mediante el estudio y la observación de casos clínicos. Se tomo una muestra de 30 pacientes que concurren a la consulta privada. Realizando el correspondiente fichado e historia clínica en planillas especialmente

diseñadas y elaboradas para este estudio, se realizó la inspección clínica utilizando juegos clínicos odontológicos (espejo, explorador y pinza), se compararon los casos observados; en cuanto a su etiología, características clínicas y radiográficas con una investigación anteriormente realizada sobre malformaciones dentarias llegando así a establecer la diferencia entre "lesión adquirida" y "malformación". De los casos observados los resultados fueron pacientes con: caries (21 casos); pigmentación (5 casos); fractura (4 casos); atricción (7 casos) y erosión ácida (1 caso). Respecto a la comparación entre este trabajo y el anterior realizado de anomalías dentarias; en ambos se observaron y registraron un número significativo tanto de lesiones como de malformaciones y también en ambos se obtuvo una patología prevalente, en el caso de las lesiones fue la caries dental y en el caso de las anomalías fue la mal posición dentaria. según Cabrini la aparición de la atricción se da especialmente en adultos y seniles manifestándose de una manera extensa y profunda; en nuestro estudio la frecuencia mayor se manifiesta en adultos jóvenes fundamentalmente en zonas de molares permanentes. Coincidimos con Cabrini en que los factores psicológicos como el stress físico o mental prolongados, pueden condicionar la aparición del bruxismo en forma temporaria o permanente. Según Shafer la actividad erosiva mas importante es la producida por ácidos fuertes; los ácidos orgánicos especialmente el cítrico proveniente del limón produce lentamente una erosión paulatina sobre los dientes. La rapidez del proceso dependerá del numero y duración de los contactos químicos asi como de la naturaleza del ácido interviniente. Si bien coincidimos con Shafer, en nuestro único caso observado la acción de los ácidos fue constante por la presencia del ácido clorhídrico en los vómitos reiterados en una paciente embarazada. Según Cabrini la frecuencia de fracturas es en general baja aunque las múltiples han aumentado considerablemente en los últimos tiempos debido al incremento de traumatismos maxilofaciales por accidentes de tránsito; en nuestro caso fueron mas frecuentes en niños y jóvenes por accidentes caseros y/o practica de deportes. Respecto a la caries dental coincidimos con Negroni al decir que esta es una enfermedad multifactorial, infecciosa, progresiva y destructiva. En base al estudio realizado podemos lograr diferenciar la malformación de una lesión adquirida y determinar cuales son las de mayor incidencia. Dentro de las lesiones adquiridas la de mayor frecuencia fue la caries dental lo que demuestra que es una enfermedad prevalente en odontología.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Negroni. Microbiología Estomatológica, Fundamentos y Guía Práctica. (2004). Editorial Panamericana. Impreso en Buenos Aires. Argentina.
- 2) Rómulo C. Anatomía patológica bucal, Ed. Ateneo 1983
- 3) Shafer W. G. Tratado de Patología Bucal, nueva editorial interamericana México 1977,
- 4) Spouge, J. D. Patología Bucal ed. Mundi Bs As 1977,