

Prevalencia de patologías periapicales en pacientes atendidos en el postgrado de endodoncia. Universidad de Carabobo. Período 2010-2013

*Prevalence of periapical pathologies in patients treated in the endodontic postgrade.
University of Carabobo. periodo 2010 - 2013*

Susana Furzan,* Liliana Jiménez**

*Odontólogo, especialista en Endodoncia. Miembro de la SVE. **Odontólogo, especialista en: Educación Superior, en Endodoncia, profesor titular del Departamento Estomatoquirúrgica-Endodoncia y Coordinador del Postgrado Endodoncia. Miembro de la SVE.

Universidad de Carabobo, Venezuela.

Resumen

Introducción. La patología peripapical (PP) es una inflamación de los tejidos peripapicales causada por infección persistente en el sistema de conductos radiculares. La prevalencia de PP proporciona una base racional para direccionar estrategias en la terapéutica endodóntica. En Venezuela son pocos los estudios de prevalencia de PP; no existiendo estadísticas en el Postgrado de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo (FOUC), lo cual contribuirá con la vigilancia epidemiológica, conocimiento científico, educativo y social. **Objetivo.** Determinar la prevalencia de las patologías peripapicales en el Postgrado de Endodoncia de la FOUC 2010-2013. **Material y métodos.** Estudio de campo de carácter epidemiológico, descriptivo; diseño: no experimental transversal; la técnica de recolección de datos fue la observación indirecta no participante estructurada; como instrumento: una ficha de recolección de datos. **Resultados.** Se revisaron 1790 historias, la muestra fue 785 unidades dentarias con diagnóstico de PP, resultando una prevalencia de 44 %. Predominó el sexo femenino con 65.7 %, en edades inferiores a 45 años en el 75 %. Como factor de riesgo prevaleció caries dental (63 %). El dolor se manifestó en el 28 % de los casos, con predominio localizado. El sector más afectado fue el anterosuperior (40.3 %), al igual que las UD 21, 11, 12, 22. Dentro de las PP, la periodontitis apical asintomática se destacó con 61.8 %. **Conclusión.** La prevalencia de las PP en el Postgrado de Endodoncia de la FOUC, durante el periodo 2010-2013 fue alta, con predominio de patologías crónicas, en mujeres adultas jóvenes, con caries dental.

Palabras clave: prevalencia, patologías peripapicales, periodontitis apical asintomática, postgrado de endodoncia.

Abstract

Introduction. Periapical pathology (PP) is an inflammation of the periapical tissues caused by persistent infection in the root canal system. The prevalence of PP provides a rational basis for addressing strategies in endodontic therapy. In Venezuela there are few studies on the prevalence of PP; there are no statistics on the Postgraduate of Endodontics, Faculty of Dentistry, University of Carabobo (FOUC), which will contribute to epidemiological surveillance, scientific, educational and social knowledge. **Objective.** This investigation was to determine the prevalence of periapical pathologies in the Postgraduate of Endodontics, FOUC 2010-2013. **Material and methods.** Framed in a field study of character epidemiological, descriptive; design: nonexperimental cross-sectional; the data collection technique was indirect observation nonparticipant structured; as instrument: an index of data collection. **Results.** 1790 medical records were reviewed, the sample was 785 dental units diagnosed with PP, resulting in a prevalence of 44%. Female gender predominated with 65.7%, in ages less than 45 years with 75%. As a risk factor, dental caries prevailed (63%). Pain was expressed in 28% of cases, mainly localized. The most affected sector was anterosuperior (40.3%), as well as the UD 21, 11, 12, 22. Within the PP, the Asymptomatic Apical Periodontitis distinguished with 61.8 %. **Conclusion.** The prevalence of PP in the Postgraduate of Endodontics, FOUC during the period 2010-2013 was high, with predominance of chronic diseases in young adult women with dental caries.

Key words: prevalence, periapical pathologies, asymptomatic apical periodontitis, endodontics postgrade.

INTRODUCCIÓN

La periodontitis apical es un término general usado para describir el proceso inflamatorio peripapital que se produce en respuesta a la presencia de microorganismos y otras sustancias irritantes en el sistema de conductos radiculares de un diente. Aunque muchos pacientes desarrollarán periodontitis apical sin tener síntomas durante un largo período de tiempo, es muy probable que haya una exacerbación aguda en algún momento y luego varios signos y/o síntomas se volverán evidentes.¹

Entre los factores etiológicos la caries dental es, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la patología más frecuente en cavidad oral y afecta entre 60 y 90 % de la población, seguida de enfermedades periodontales graves, que desencadenan en pérdida del diente afectado, entre cinco a 20 % y que como proceso infeccioso crónico, afecta el 70 % de la población mundial adulta y ocupa el segundo lugar de los problemas de salud bucal.^{2,3}

En la etiología de las patologías peripapicales, además de la caries dental, como principal factor etiológico involucrado en su aparición, existen otros factores⁴ como los traumatismos agudos (fracturas, luxaciones) asociados a accidentes domésticos y accidentes automovilísticos a cualquier edad; traumatismos crónicos (bruxismo, abrasión, erosión); causas o factores iatrogénicos inherentes al tratamiento endodóntico que resultan en fracaso de la restauración y debilitan significativamente al órgano dental, al igual que enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus que predispone a procesos infecciosos por afectar negativamente la respuesta inmunológica a este tipo de agresiones.^{5,6}

Todos los factores citados contribuyen a que ocurran cambios patológicos en la pulpa dental haciendo que el sistema de conductos albergue gran cantidad de sustancias irritantes las cuales avanzan e invaden los tejidos peripapicales, iniciando las lesiones peripapicales, y si el proceso inflamatorio es leve, puede ceder por sí solo; de lo contrario se produce la destrucción de los tejidos, avanzando la infección local grave (osteomielitis), pudiendo llegar a complicaciones sistémicas severas como la septicemia, sino se interviene oportuna y eficazmente dichas lesiones.⁷

De lo anterior se deduce que la patología peripapital es de naturaleza progresiva, de ahí que los signos y síntomas juntos con los hallazgos clínicos y radiológicos varían de acuerdo a la etapa de la enfermedad en el momento del examen del paciente. Al ser imposible determinar el diagnóstico histológico de la pulpa sin extraerla y examinarla, se ha desarrollado una clasificación clínica basada en los síntomas del paciente y los resultados de pruebas clínicas, que pretenden ayudar al clínico a decidir el diagnóstico y tratamiento.⁸ Tomando en cuenta lo anterior, la Asociación Americana de Endodoncia (AAE) propone un consenso de terminología diagnóstica que tiene mayor aplicabilidad práctica; el cual es asumido dentro del Programa de Especialización de Endodoncia en la Universidad de Carabobo. Dicha clasificación recomienda los siguientes diagnósticos peripapicales: tejido apical normal, periodontitis apical asintomática, periodontitis apical sintomática, absceso apical agudo, absceso apical crónico y osteítis condensante.^{9,10} Definiendo cada una de ellas, como sigue:

- Tejido apical normal: diente con tejido peripapital normal, sin sensibilidad a las pruebas de percusión y palpación. La

lamina dura alrededor de la raíz, está intacta y el espacio del ligamento periodontal es uniforme.

- Periodontitis apical sintomática (PAS): es la inflamación de periponto apical, puede causar molestias espontáneas de carácter moderado o intenso y dolor al morder o a la percusión o palpación. Cuando representa la extensión de una pulpitis se observa también una respuesta al frío, el calor y la electricidad. Cuando la PAS se debe a necrosis pulpar no responde a pruebas de vitalidad. La PAS puede o no estar asociada a una radiolucidez apical, uno de los signos radiológicos puede ser el ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal (LPD) pero generalmente esta normal y hay una lámina dura intacta. Los síntomas suelen remitir tras el ajuste de la oclusión (cuando existe), la supresión de los factores irritantes o de la pulpa enferma, o la supresión del exudado peripapital.
- Periodontitis Apical Asintomática (PAA): por definición, es un proceso clínicamente asintomático que se acompaña de inflamación y destrucción de los tejidos peripapicales. Se debe a la necrosis de la pulpa y suele representar una secuela de la PAS. Los dientes con PAA no responden a los estímulos eléctricos o térmicos. La percusión provoca dolor mínimo o nulo y a la palpación puede apreciarse una pequeña sensibilidad, lo que indica que está alterada la placa ósea cortical y que la PAA se ha extendido a los tejidos blandos. Los signos radiológicos pueden ir desde una interrupción de la lámina dura hasta una destrucción muy extensa de los tejidos peripapicales y extrarradiculares. La PAA, desaparece tras la supresión de los irritantes que la originan (necrosis pulpar) y la obturación completa de los conductos radiculares.
- Absceso Apical Agudo (AAA): es una lesión por licuefacción localizada o difusa. La reacción inflamatoria a la infección y necrosis pulpar se caracteriza por un inicio rápido, dolor espontáneo, sensibilidad de los dientes a la presión, formación de pus e inflamación de tejidos asociados (hinchazón), la cual no se observa si el absceso se limita al hueso. En ocasiones produce manifestaciones sistémicas de un proceso infeccioso, como hipertermia, malestar y leucocitosis. La estimulación eléctrica y térmica no produce ninguna respuesta. No obstante, puede aparecer dolor a la percusión y palpación. Radiográficamente pueden ir desde la ausencia de cambios hasta lesiones radio-transparentes muy visibles, con ensanchamiento del espacio de LPD. La mayoría de los AAA desaparecen al drenar la presión y realizar un tratamiento endodóntico rutinario.
- Absceso Apical Crónico (AAC): es un trastorno inflamatorio de origen pulpar que se caracteriza por la presencia de una lesión antigua que ha dado paso a un absceso que drena hasta una superficie mucosa (conducto sinusal) o cutánea. Debido a la existencia del drenaje, suele ser asintomático, salvo cuando se produce el cierre ocasional de la vía fistulosa, en cuyo caso puede producir dolor. Las manifestaciones clínicas, radiológicas e histopatológicas son similares a una PAA, con la adición del conducto sinusal.
- Osteitis condensante (OC): esta categoría es una variante de la PAA. Radiográficamente se observa como una lesión radiopaca difusa que representa una reacción localizada ósea, suele localizarse alrededor de los ápices de los dientes inferiores posteriores.^{9,10}

En cuanto a la prevalencia de las patologías periapicales, Jiménez A., Kalender A y Covello F., en estudios mundiales reportaron una alta prevalencia de enfermedades periapicales en adultos, la cual oscila entre 30 y 60 %.¹¹⁻¹³

Igualmente en estudios epidemiológicos a nivel de Latinoamérica, incluyendo Venezuela, Mejías, Quiñones D., Luna N., León P. y Nicot R.; reportan la existencia de una alta prevalencia de patologías periapicales, con valores que van desde 20 a 80 %, indicando que hasta 2/3 de algunas comunidades necesitan terapia endodóntica.¹⁴⁻¹⁸

Otro aspecto importante fue la orientación metodológica de la investigación, donde la epidemiología tiene dentro de sus objetivos primordiales el estudio de la distribución y los determinantes de las diferentes enfermedades. De ellos, la prevalencia es un parámetro útil porque permite describir un fenómeno de salud, identificar su frecuencia poblacional en un momento determinado y es de utilidad para las personas encargadas de políticas sanitarias. Así, la vigilancia epidemiológica de las patologías bucales adquiere importancia al aportar elementos útiles para la planificación, programación, control y dirección de los programas de salud bucal que como política de estado se establezcan en cada país y región.¹⁴

Por otro lado, la prevalencia no debe confundirse con la incidencia, la cual es una medida de casos nuevos de una enfermedad en un periodo determinado; la prevalencia se refiere a todos los individuos afectados, independientemente de la fecha de contracción de la enfermedad.¹⁹

De lo anterior se deduce que la prevalencia, fue la medida seleccionada en la presente investigación, tomando en cuenta todos los casos sin precisar si se trataban de casos anteriores con recaídas o nuevos casos, en virtud de que las patologías periapicales son enfermedades de evolución progresiva con diferentes etapas de desarrollo de la enfermedad, de condición asintomática por largo periodo de tiempo y exacerbaciones agudas, características que justifican la selección de la medida de prevalencia.^{1,20,21}

Con base a lo anterior se planteó determinar la prevalencia de las patologías periapicales en pacientes atendidos en el área de postgrado de Endodoncia de la FOUC, con diagnóstico de PAS, PAA, AAA, AAC y OC; identificar algunos factores de riesgo asociados, características del dolor, sector y unidad dentaria más afectada, con el propósito de fortalecer con la vigilancia epidemiológica, aportando datos de interés que definan el problema situacional y puedan contribuir tanto, en el desarrollo de los programas de salud bucal dirigidos a la comunidad, como en el proceso de formación académica y científica, haciendo vinculante el problema planteado al contexto académico, asistencial y social; toda vez que existen pocos trabajos de investigación publicados en Venezuela y no existen registros al respecto en el postgrado de Endodoncia de la FOUC.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación correspondió a un estudio de campo, de carácter epidemiológico, con un nivel descriptivo y de diseño no experimental y de corte transversal, se tomó como población la totalidad (1790) de las historias clínicas de pacientes que fueron

atendidos en el Postgrado de Endodoncia, durante el periodo 2010-2013, previo aval de la comisión de Postgrado de Bioética y Bioseguridad de Endodoncia. La muestra (785) quedó conformada por las historias con diagnóstico de PP, por lo que se trata de una muestra no probabilística de tipo intencional. Fueron criterios de inclusión, todas las historias de pacientes atendidos durante el periodo 2010-2013, con diagnóstico de Patología Periapical según AAE, con registro de consentimiento informado de pacientes, edades entre 15 a 55 años, sin distingo de sexo, procedencia, ni condición sistémica, se tomaron las historias que englobaron los factores de riesgos objetivos del estudio. El no cumplimiento de lo anterior y las unidades dentarias terceros molares se consideró criterio de exclusión. El instrumento fue una ficha de recolección de datos, diseñada por el investigador, que constó de 5 partes. La parte I con datos personales como edad y sexo; la parte II con factores de riesgo como: caries bacterianas, traumatismos, lesión endoperiodontal, iatrogenia y diabetes mellitus; la parte III con características del dolor como presencia, localización y temporalidad (diurno o nocturno); la parte IV con el sector y número de diente afectado y la parte V con el tipo de patología periapical según la clasificación de la AAE.⁹ La técnica de recolección seleccionada para la investigación estuvo enmarcada en una observación indirecta, no participante estructurada. Los resultados fueron analizados a través de estadística descriptiva, siendo procesados en paquete estadístico computarizado IBM- SPSS Statistics versión 21, con distribución de las frecuencias absolutas y relativas (%) de los mismos y cálculos de algunas medidas descriptivas de tendencia central y variabilidad, presentando los resultados del análisis.

RESULTADOS

La prevalencia de las patologías periapicales fue aproximadamente del 44 % en la población estudiada. Igualmente se determinó que la frecuencia de la patología peripapical ha ido en ascenso al reportar para el 2010 una prevalencia de 16.1 % y para el 2013 un significativo incremento del 31.6 %. El incremento de las PP, pudiera reflejar la pertinencia social y capacidad de respuesta que la FOUC le está brindando a la comunidad y a la vez, representa un reto para mejorar la calidad de atención y los programas de prevención y promoción de salud bucal.

En cuanto a la prevalencia de las PP en relación al sexo, predominó el sexo femenino con 65.7 %, sobre el masculino 34.3 %. (**Figura 1**)

Sobre el sexo femenino, se puede inferir que quizás las mujeres se preocupan más por lo estético que el sexo masculino, siendo éste más temeroso e impaciente al momento de buscar asistencia odontológica o médica y postergan la misma.

En relación a la edad es importante destacar que el 75 % de los pacientes fue menor de 45 años; correspondiendo a adultos en edad productiva, donde la mayoría tiene compromisos familiares y laborales, cuya experiencia de caries y tratamiento endodóntico pudiera transformarse en una oportunidad para formarlos como promotores de salud bucal en sus propios hogares e instituciones laborales. (**Cuadro 1**)

Por otro lado, tomando en cuenta el promedio de edad obtenido (35.09 ± 11.78) las edades encontradas con prevalencia de patologías periapicales son aproximadamente las mismas reportadas en la mayoría de los estudios citados. Sin embargo, vale la pena destacar que el mayor número de casos se presentó en el año 2013, con 40.1 % y el

grupo etario predominante fue el de 15 a 25 años, lo que significa que hay que hacer mayor énfasis educativo, acerca del cuidado de la salud bucal, a edades más tempranas, por lo que mantener los programas escolares seguirá siendo una estrategia de intervención pertinente.

Entre los factores de riesgo asociados a la PP se pudo identificar que la caries dental fue el más frecuente con 63.3 %, similar a los reportados por la OMS,³ organización que destaca a la caries dental con una afectación del 60 al 90 % de la población, lo que predispone a la pérdida del diente.

Los traumatismos, con 15.8 % fueron también un factor de riesgo reportado en el presente estudio, los traumatismos pueden ser agudos (fracturas, luxaciones) asociados a accidentes domésticos o automovilísticos; y traumatismos crónicos (bruxismo, abrasión y erosión), variables que no fueron estudiadas en el presente trabajo ni en los citados en éste texto. (**Figura 2**)

En cuanto al dolor, como parte de las manifestaciones clínicas de las PP, se presentó en el 28 % de los pacientes y un 72 %, no refirió dolor. El dolor guarda relación con el tipo de PP y es uno de los motivos de consulta a los servicios de urgencias médicas u odontológicas.

Con relación a las características del dolor, del 28 % reportado, 17.8 % tenía dolor localizado y 4.6 % de pacientes con dolor irradiado. Respecto al horario de aparición del dolor referido se obtuvo porcentajes muy bajos, predominando los datos no reportados con 18.6 % lo cual llama a reflexión acerca de la necesidad de motivar al clínico a mejorar la exploración semiológica ya que la orientación diagnóstica y el tratamiento, se basan precisamente en los síntomas del paciente y las pruebas clínicas, como lo señala la AAE.⁹ (**Figura 3**)

Con relación al sector dentario más afectados por las PP, fue el antero-superior con 40.3 % en contraste con el antero-inferior que resultó con el porcentaje más bajo de afectación (2.9 %), mientras que los postero-superior (30.4 %) y postero-inferior (26.4 %), sumaron el 56.8 % de los sectores afectados. (**Cuadro 2**)

El número de diente afectado predominante fue: 21, 11, 22, 36, 46 y 12, que agruparon aproximadamente el 50 % de las unidades dentarias con PP, es importante señalar que la mayoría de las unidades dentarias que resultaron mayoritariamente afectadas se ubicaron en el sector antero-superior.

El diagnóstico que prevaleció entre los tipos de PP, predominó la PAA con 61.8 % que al agruparla con el AAC, que obtuvo 11.2 % suma un total de 73 % de predominio de patologías periópicas crónicas. (**Figura 4**)

Finalmente, se concluye que la prevalencia de las PP fue alta, la periodontitis apical asintomática, representó el diagnóstico más frecuente donde predominó el sexo femenino, con un promedio de edad de 35 años, el factor de riesgo más relevante fue la caries dental, iatrogenia y traumatismos y el sector dentario más afectado fue el antero-superior, donde hubo el mayor predominio de unidades dentarias afectadas.

DISCUSIÓN

La prevalencia de las patologías periópicas en la presente investigación presentó resultados similares a las proyecciones mundiales señaladas por Jiménez,¹¹ Kalender² y Covello¹³ quienes reportaron entre 30 y 60 % de prevalencia; igualmente

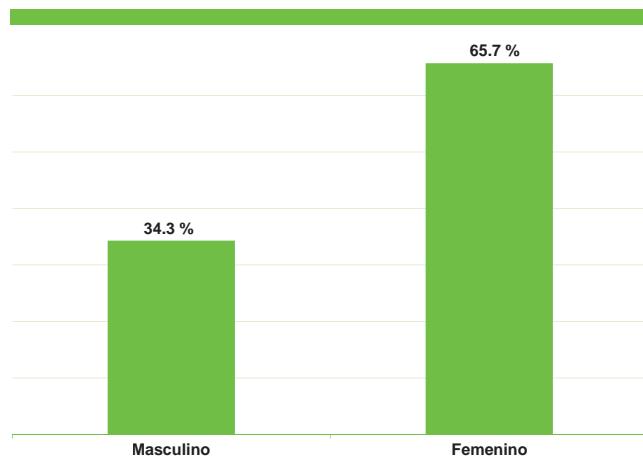


Figura 1. Distribución por sexo de los pacientes con patología periópica. Postgrado de Endodoncia. FOUC 2010-2013

Cuadro 1. Rango de edades de los pacientes con patología periópica. Postgrado de Endodoncia. FOUC 2010 - 2013.

Rango de edad (años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
15 a 25	219	27.9
26 a 35	185	23.6
36 a 45	185	23.6
46 a 55	196	25
TOTAL	785	100

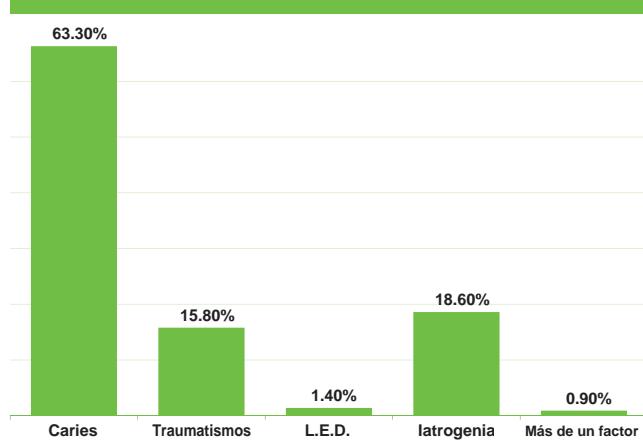


Figura 2. Factores de riesgo en pacientes con patología periópica. Postgrado de Endodoncia. FOUC 2010-2013.

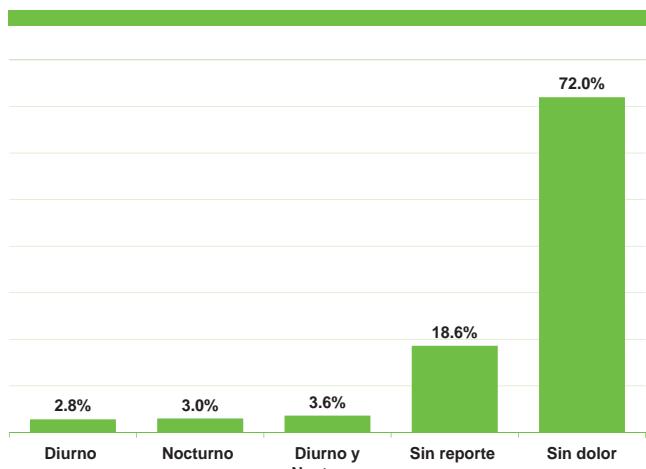


Figura 3. Características del dolor en pacientes con patología periajacente. Postgrado de Endodoncia. FOUC 2010-2013.

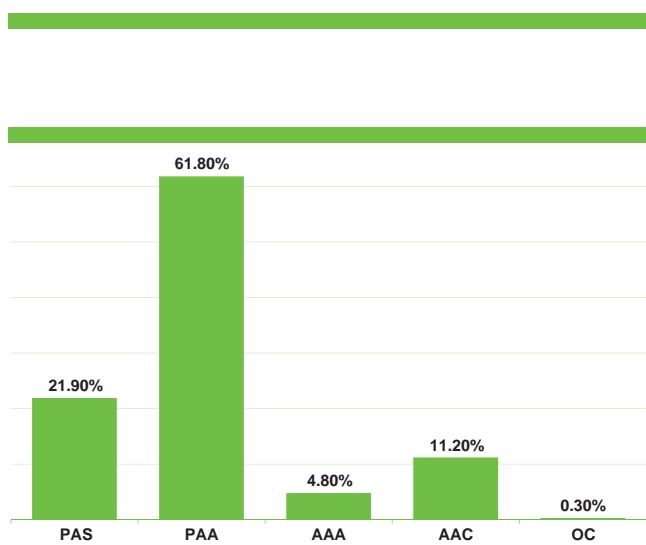


Figura 4. Tipo de patología periajacente en pacientes atendidos en el Postgrado de Endodoncia. FOUC 2010 – 2013.

Cuadro 2. Afectación del sector dentario en pacientes con patología periajacente. Postgrado de Endodoncia. FOUC 2010 - 2013.

Sector dentario	Frecuencia	Porcentaje
Antero-superior	316	40.3
Postero-superior	239	30.4
Anterior-inferior	23	2.9
Postero-inferior	207	26.4
TOTAL	785	100

en Latinoamérica (incluyendo Venezuela), diferentes autores como Puente, Gaviria, Quiñones, Luna, León y Nicot reportaron valores que oscilan entre 20 y 80%, lo cual es un indicativo de que gran cantidad de grupos poblacionales necesitan terapia endodóntica, por ende, altos presupuestos y demandas de servicio de atención odontológica especializada, representando lo anterior un problema de salud pública en lo cual la vigilancia epidemiológica de las patologías bucales adquiere importancia relevante, al aportar elementos útiles para la planificación, programación, control y dirección de los programas de salud bucal que como política de estado se establezcan en cada país y región, tal como lo afirma Mejías y cols.^{14-18,22,23}

En cuanto a la prevalencia de las PP en relación al sexo, predominó el sexo femenino con 65.7 %, sobre el masculino 34.3 % resultados similares a los reportados por Gaviria, León, Fernández y Quiñones y contrarios a los reportados por Puente, Alonso, Gómez y Luna, estudios donde predominó el sexo masculino, realizados todos en Latinoamérica.^{15,17,22-26} (**Figura 1**)

Los factores de riesgo asociados a la PP permitieron identificar que la caries dental fue el más frecuente con 63.3 %. En Venezuela, el estudio que más se aproxima a los valores encontrados es el de Nicot, quien reportó a la caries dental como factor de riesgo, con 66.5 %, mientras que los resultados de Gómez y García en Cuba, reportaron valores superiores (90 %) de afectación con caries dental. Otro factor de riesgo explorado fue la iatrogenia que ocupó el segundo lugar con 18.6 % asociada a restauración defectuosa y calidad de tratamiento endodóntico. Estos valores son inferiores a los reportados por Nicot, quien obtuvo 43.8 % de restauraciones defectuosas involucradas en el diagnóstico de las PP, al respecto Ontiveros, señala entre las causas de iatrogenia y enfermedad periajacente, a la filtración apical que incluye conductos omitidos, obturación incompleta, errores de operaciones como las perforaciones radiculares, fracturas de instrumentos, sobre instrumentación y sobreobturación, donde Ontiveros y Cohen destacan el objetivo del tratamiento endodóntico al limpiar y obturar el conducto radicular para proteger el complejo periodontal de una reinfección apical, tal y como lo demostró Kalender quien obtuvo una alta prevalencia de patologías periajacentes relacionadas con la escasa calidad técnica, tanto de la raíz obturada como de las restauraciones coronales de los dientes con tratamiento radicular, recomendando la necesidad de una mejor educación para los proveedores de salud.^{6,12,18,20,27} Con relación a los factores de riesgo Cohen y John identificaron otros importantes factores de riesgo asociados a las PP como las lesiones endoperiodontales (1.4 %) y la diabetes (0.9 %) los cuales fueron reportados con porcentajes muy bajos, ambos factores asociados a complicaciones infecciosas, lo cual no coincide con la presente investigación donde los traumatismos con 15.8 % fueron el factor de riesgo reportado.^{4,20} Respecto al dolor se puede aseverar que las patologías periajacentes agudas generalmente se asocian a la presencia del dolor, sin embargo son pocos los trabajos que exploran este síntoma. El estudio de Alonso y cols. sobre prevalencia de enfermedad periajacente aguda, reportó 74 % de presencia de dolor; resultados que contrastan con los obtenidos en el presente estudio, sin embargo hay que destacar que en el presente estudio se incluyeron todos los diagnósticos, tanto agudos como crónicos de las patologías periajacentes, mientras que Alonso y cols. incluyó solo los agudos, lo cual explica la diferencia de los resultados obtenidos.²⁵

Para el sector dentario con mayor afección los resultados fueron similares a los encontrados por Gaviria y cols., Gómez y cols., reportaron 51.7 % de afección en dientes molares; en contraste con Luna y cols., quien reportó más afectación de dientes premolares.^{6,23,26}

Por otro lado en relación al diagnóstico los son resultados similares a los obtenidos por León y Luna, donde predominó la PAC con 78 y 79.6 % respectivamente. Las patologías periapicales agudas como PAS (21.9 %) y AAA (4.8 %) representaron el 26.7 % resultado similar al estudio de León quien reportó 22 % de prevalencia para las patologías periapicales agudas, siendo para el AAA 17 % y para la PAS 5 %.^{16,17} Al contrastar individualmente los tipos de patologías crónicas en el presente estudio se tiene que la PAA (61.8 %) obtuvo valores similares a los de León (54.6 %) contrastando con Quiñones y Gaviria quienes obtuvieron resultados inferiores de PAA, 38.1 y 7.1 % respectivamente.^{15,23}

En los estudios que exploraron selectivamente las prevalencia de patologías periapicales agudas, predominó el AAA en los reportes de Alonso, Gómez y García, Quiñones y Nicot, contrastando con los valores marcadamente inferiores (4.8 %) encontrados en el presente estudio.^{15,17,18,25,26}

CONCLUSIONES

- La prevalencia de las PP dentro del Postgrado de Endodoncia FOUC fue alta de 44 % y en el año 2013 se concentró el mayor número de diagnósticos con 31.6 % de los casos. El sexo femenino fue el más afectado con 65.7 %; conjuntamente con el rango de edad de 15 a 25 años. El sexo masculino fue afectado en menor porcentaje pero en mayor rango de edad. En el 75 % de los casos las PP se presentaron en pacientes de edades inferiores a 45 años.
- La caries dental (63 %), iatrogenia (18.6 %) y los traumatismos (15.8 %) fueron los factores de riesgo más frecuentemente reportados, dentro del campo estudiado.
- El dolor se manifestó en el 28 % de los casos y el 72 % no presentó dolor. Ambos resultados se correspondieron clínicamente con el diagnóstico de las patologías reportadas. El dolor fue de predominio localizado y en la mayoría de los casos se presentó en horario tanto diurno como nocturno, estas características del dolor obtuvieron poco reporte en las historias clínicas.
- El sector antero-superior (40.3 %) y el postero-superior (30.4 %) fueron los más afectados, junto a las unidades dentarias 21,11, 22, 36, 46 y 12 que agruparon el 50 % de los casos, las unidades dentarias menos afectadas fueron 43, 33, 32, 42, 27, 17 y 34.
- La PAA obtuvo el 61.8 % de prevalencia seguido de la PAS con 21.9 %, el AAC 11.2 % y el AAA 4.8 %; la OC obtuvo una prevalencia más baja, 0.3 %.

RECOMENDACIONES

- Dar a conocer los resultados de la investigación a la comunidad y autoridades respectivas de la FOUC a objeto de implementar estrategias de promoción y educación de salud bucal.
- Mejorar el reporte de las características clínicas específicamente dolor, en la historia clínica endodóntica.
- Continuar con la línea de investigación en los años siguientes para evaluar incrementos o descenso significativos de las PP y publicar los resultados obtenidos.
- Estudiar otras variables de importante relación con las patologías periapicales, tales como: calidad de las endodoncias y restauración coronal; así como factores que inciden en el éxito y fracaso de los tratamientos endodónticos.

AGRADECIMIENTOS

Al Área de Postgrado de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

REFERENCIAS

- Abbott P. Classification, diagnosis and clinical manifestations of apical periodontitis. *Endod Topic*. 2004; 8(1): 36-54.
- M.S.A.S. Departamento de Odontología. O.P.S. Estudio para la Planificación Integral de la Odontología. Venezuela: O.P.S.; 1967-72.
- O.M.S. Departamento de Salud Pública. Informe del Problema Mundial de las Enfermedades Bucodentales. Ginebra (Suiza): O.M.S; 2010.
- John I, Simon J, Walton R, Pashley D, Bakland L, Heithersay G, et al. Patología Pulpar: etiología y prevención. En: Ingle J, Bakland L. Endodoncia. México: Mc Graw-Hill; 2002. p. 95-175.
- López H, Zitto T. Infección y Diabetes. En: Martí M, Bragagnolo J. Diabetes Tipo II manual de tratamiento. Argentina: Corpus; 2009. p. 213-20.
- Alfonsin A. Caries y Enfermedad Periodontal. En: Rubinstein A, Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Argentina: Panamericana; 2006. p. 1300-06.
- Torabinejad M, Walton R. Lesiones perirradiculares. En: Ingle J, Bakland L. Endodoncia. México: Mc Graw-Hill; 2002. p. 177-203.
- Orstavick D, Ford T. Essential Endodontics. London: Blackwell Science Ltd; 1999.
- American Association of Endodontists. Consensus Conference Recommended Diagnostic Terminology. *J Endod*. 2009; 35(12): 1634.
- Leonardo M. Endodoncia. Tratamiento de Conductos Radiculares. Principios Técnicos y Biológicos. Sao Paulo: Artes Médicas Latinoamericana; 2005.
- Jiménez A, Segura J, Poyato M, Velasco E, Ríos J. Prevalence of apical periodontitis and frequency of root-filled teeth in an adult spanish population. *Int Endod J*. 2004; 37(3):167-73.
- Kalender A, Orhan K, Aksoy U, Basmaci F, Er F, Alankus A. Influence of the quality of endodontic treatment and coronal

- restorations on the prevalence of apical periodontitis in a Turkish Cypriot population. *Med Princ Pract.* 2013; 22(2):173-77.
13. Covello F, Franco V, Schiavetti R, Clementini N, Mannocci A, Otria N, et al. Prevalence of apical 14 periodontitis and quality of endodontic treatment in an Italian adult population. *Oral Implantol.* 2010; 3(4): 9-14.
 14. Mejías A, Lomeli B, Gaxiola M. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia. Epidemiológica de las patologías bucales SNVE. Mexico: SNVE; 2012.
 15. Quiñones D. Patologías pulpares y periajiales más frecuentes en urgencias en 2 clínicas estomatológicas. *Rev Cubana Estomatol.* 2000; 37(2): 84-8.
 16. Luna N, Santacruz A, Palacios B, Mafla A. Prevalence of chronic apical periodontitis in endodontically treated teeth in the academic community at Universidad Cooperativa de Colombia. Pasto, 2008. *Rev Fac Odontol Univ Antioq.* 2009 Jan; 21(1): 42-9.
 17. León P, Llabaca M, Alcota M, González F. Frecuencia de periodontitis apical en tratamientos endodónticos de pregrado. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil Oral.* 2011 Mar; 4(3): 126-29.
 18. Nicot R. Comportamiento de las patologías periajiales agudas. ASIC. Santa Cruz del Este. Municipio Baruta. Caracas. Venezuela. 2007-2008. Rev. Electrónica de Portales Médicos. [en linea]2010[fecha de acceso 30 de enero de 2014]; disponible www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2410/1/Comportamiento-de-las-patologias-pulpar_res-agudas.html
 19. Pita, S; Pertegas, S y Valdez, F. "Medidas de frecuencia de enfermedad". www.fisterra.com/mbeinvestiga/medidas-frecuencia/med-fre.asp#incidencia
 20. Cohen S, Hargreaves K. Vías de la Pulpa. 9th ed. España: Elsevier; 2010.
 21. Torabinejad M, Shahrokh S. Pulpa y Patosis Periapical. En: Torabinejad M, Walton R. Endodoncia principios y práctica. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 49-67.
 22. Puente A. Patologías pulpares y periajiales diagnosticadas en el Postgrado de Endodoncia de la Universidad Central de Venezuela en el periodo Enero 2002-Marzo 2005. [Trabajo Especial de Grado]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2005.
 23. Gaviria A, Quintero M, Zuñiga A, Rodríguez P, Jaramillo A. Prevalencia de lesiones pulpares en pacientes tratados con endodoncia en la Clínica Odontológica de la Escuela de Odontología de la Universidad del Valle. *Rev. Colomb. Investig. Odontol.* 2012; 3(7): 48-54.
 24. Fernández M, Valcarcel J, Betancourt M. Enfermedades pulpares y periajiales en trabajadores del Instituto Cubano "Ramón Pando Ferrer". *Rev haban cienc med.* [online]. 2009, vol. 8, n.4, pp. 0-0. ISSN 1729-519X.
 25. Alonso A, Águila Y, González A. Prevalencia de enfermedades periajiales agudas en el adulto, Policlínico Universitario. Managua "Arroyo Naranjo". 2009. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Facultad de Estomatología. Ciudad de la Habana. Rev. Electrónica de Portales Médicos. [en linea] 2011[fecha de acceso 10 de febrero de 2014]; disponible en URL: www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3171/1/Prevalencia-de-enfermedades-periajiales-agudas-en-el-adulto.html
 26. Gómez Y, García M. Comportamiento de las patologías pulpares y periajiales en pacientes mayores de 19 años. Área Sur de Sancti Spiritus. *Gaceta Médica Espirituana.* 2009; 11(1).
 27. Ontiveros A. Retratamiento endodóntico no quirúrgico asociado a filtración apical. *Odontología Actual.* 2008 Febrero; 5(58): 34-8.