

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

Dirección: Miguel Sáenz de Pipaón y Tejada, D. D. S.
de la Asociación de Prensa Médica Española



MADRID-1

Jorge Juan, 39

Editorial

Número 218 (2)

1965

BLANQUEAMIENTO DE DIENTES

Sorprende advertir que en los grandes tratados generales de nuestra especialidad no se incluya un capítulo referente al tratamiento de las decoloraciones dentarias como consecuencia de las enfermedades de la pulpa.

Fue en 1877 cuando Chapple ya propuso el empleo del ácido oxálico como agente blanqueador. Más tarde, Taft (1878) utilizó el hipoclorito sódico, mientras Atkinson (1879) sugería el empleo del licor de Labarraque (*).

Harlan, en 1884, empleo el peróxido de hidrógeno, y en 1895, Westlake, el pirozono, con una corriente, en la que coloca el electrodo positivo en el diente, mientras el negativo lo sujeta el propio paciente.

Garretson (1895) utiliza el cloro como agente decolorante. Ya se ha difundido el empleo de la electricidad, recomendado por Morton (1895) y Kirk (1889), para activar el proceso de blanqueamiento.

Sin embargo es en 1911 cuando Rosenthal modifica la técnica adicionando el uso de los rayos ultravioletas con una lámpara de Kromayer o de mercurio, o los posteriores aparatos de Zielinsky y Magai.

Brininstool (1913) sigue la técnica de Westlake, pero ahora coloca un electrodo en el canal radicular, utilizando también el pirozeno de forma que se vaporice dentro del canal, por los túbulos dentinales, de dentro a fuera. En 1914, Dieulafé, Herpin y Nogué utilizan el hipoclorito sódico con hipoclorito cálcico en solución diluída de ácido

(*) A. G. Labarraque, que había nacido en Olorón, Francia, en 1777, estudió en San Juan de Luz en casa de un farmacéutico, preparaba su fórmula en una solución acuosa de hipoclorito sódico, con cloruro sódico y carbonato sódico, que utilizaba como decolorante en las preparaciones de vegetales.

acético, cloro gaseoso, según el método de Wright. También recomendaron el agua oxigenada al 30 % o el peridrol. Parecidas técnicas siguieron Buckley, Burchard, Johnson y otros.

Abbot (1918) emplea el superoxol o perydrol, es decir, una solución de peróxido de hidrógeno en agua al 30 % y 100 % de volumen en agua destilada.

Se divulga ya el uso de lámparas de arco, con lo que han de protegerse los ojos y la cara del paciente.

Prinz (1927) recomendaba el empleo de una solución saturada de perborato sódico en peróxido de hidrógeno, o el superoxol con un foco de luz.

Estas ticciones tienen como causa extravasaciones de los vasos pulpares cuyos elementos penetran en el tejido dentinal.

Haroldmen (1949) ha hecho un estudio sistemático de su etiología, y lo divide en dos partes, según sean sus causas: a) exógenas, o b) endógenas.

Las decoloraciones serían de patogenia:

Exógena por:

- Ciertos pigmentos del arte culinario.
- El tabaco, café, té, etc.
- Flúor en el agua.
- Costumbres etnográficas.
- Tratamientos pulpares arsenicales, yodo, nitrato de plata, ácido crómico, etc.
- El proceso de caries; y

Endógena por:

- El cambio de color con la edad.
- Por calcificación pulpar tras un traumatismo.
- Fluorosis.
- Degeneración y muerte pulpar (cuya decoloración es más marcada en el diente joven).
- Descomposición del tejido pulpar. (La hemoglobina, que contiene hierro, se combina con NH_3 y produce hidróxido férrico color café rojizo; o bien con H_2S y produce sulfuro de hierro, de color negro.)
- Hemorragia subsecuente a la extirpación pulpar, o por traumatismo.

Pearson (1956) ha observado que tratado el canal radicular, removida la mayor parte del tejido decolorado y blanqueados los dientes por los agentes conocidos, cerradas herméticamente las puertas de entrada de los túbulos dentinales del fondo de la cavidad, las recidivas han de ser por el camino de la permeabilidad del esmalte a los flúidos orales bucales. Dietz considera que en un período de tres a doce meses tiene lugar la recidiva, dependiendo de la edad del paciente y de las condiciones del esmalte.

El siguiente cuadro (R. As. Od. Mex., 246, 1963) nos aclara este punto:

Decoloración	Recidiva	Tratamiento
A los 10 años	Más del 90 %	"Jacket" de acrílico
20	75 %	Blanqueamiento y "jacket" de porcelana
30	50 %	Blanqueamiento
40	25 %	íd.
50	5 %	íd.

(Tomado de Dietz.)

El autor americano cita como agentes blanqueadores los:

- 1) **Oxidantes:** como el Superoxol H_2O_2 al 30 %; Pyrozone H_2O_2 al 25 % y éter y cloro, más cal colorada $\text{Cl}_2 + \text{H}_2 \rightarrow 2\text{HCl} + \text{O}_2$; y
- 2) **Reductores:** como el ácido sulfuroso (sulfuro de sodio + ácido bórico), de gran afinidad por el oxígeno.

LA TECNICA

La técnica del blanqueamiento de las coronas de los dientes no es complicada, pero sí meticulosa. Requiere en primer lugar la remoción de todo tipo de obturaciones que pueda albergar el diente. A continuación se procede a la mayor limpieza mecánica que nos sea dable, sin una devastación que pueda comprometer su resistencia.

De esta forma quedará limpia la cámara pulpar, así como un par de milímetros de la embocadura del canal radicular, cuando su tratamiento haya sido correcto; en caso contrario, habrá de procederse al oportuno ensanchamiento y limpieza de todo el canal, antes de seguir el tratamiento específico del blanqueamiento.

Se coloca el dique de goma, y si se van a emplear radiaciones luminosas habrá que proteger la cara del paciente según los casos y el modo de su aplicación, pero siempre es aconsejable el uso de gafas ahumadas.

La mucosa y la piel vecina deberán embadurnarse con vaselina, para evitar o reducir cualquier quemadura con el perhidrol. No debe faltar tampoco a nuestro alcance algún alcalino, como el bicarbonato sódico. De parecida protección debe contar el propio profesional.

Procedemos a continuación al lavado con solución salina y a la deshidratación de los tejidos dentarios por el alcohol (alcohol, una parte; cloroformo, dos partes) u otro medio. Colocamos luego unas fibras de algodón, sobre el que con un cuentagotas o una pipeta iremos vertiendo gota a gota —a intervalos que se vaya produciendo su evaporación— el agente blanqueador, pudiéndose ejercer suave presión sobre el algodón a favor de un palo de naranjo o similar.

Aplicamos el haz de luz de cinco a quince minutos, en la primera sesión, renovando como se dijo la aplicación del agente blanqueador.

Se termina sellando la cámara con cemento, en la que hemos dejado una pequeña torunda embebida en agua oxigenada.

Tres sesiones con intervalo de tres o cuatro días deben ser suficientes para obtener óptimos resultados, que no podremos mejorar aun cuando estuviéramos dispuestos a continuar las sesiones.

En la restauración final habremos de poner mucha atención para evitar involuntarias ticciones. El color del sintético que hayamos de emplear para la obturación final es aconsejable sea un semitono más claro.

En ocasiones hemos colocado en el canal radicular un electrodo para facilitar el paso del agente a través del tejido dentario, tal y como fue sugerido por Brininstool.

Algunos autores calculan en treinta minutos el tiempo en que el diente ha de someterse a la acción del agente y del haz luminoso; sin embargo, nosotros coincidimos más con Pearson, que prefiere blanquear en varias sesiones. Unos (Dietz) consideran que dos sesiones son suficientes, y otros (Rule) prefieren tres o más, con un intervalo de una semana.

Para devolver al diente la translucidez se citan algunas técnicas (R. As. Mex., 264, 1963).

Técnica de Pearson.—El esmalte y la dentina expuesta se pintan con monómero de acrílico autopolimerizable y con la técnica del pincel se obtura la cavidad con el acrílico. Se expone el diente a la acción del foco luminoso, el cual contribuirá a la polimerización.

Sobre este fondo se hacen las debidas retenciones para restaurar con porcelana sintética la morfología de la corona.

Según dicho autor, el líquido del acrílico sella los túbulos dentinales y los espacios interprismáticos, y devuelve al diente su translucidez, previniendo así posibles decoloraciones posteriores.

Técnica de Dietz.—Una torunda y unas fibras de algodón, que se colocan en la cara labial del diente, se empapan con una solución al 5 % de acrílico en cloroformo. Una corriente suave de aire caliente provoca la evaporación del cloroformo.

Para prevenir la decoloración secundaria usa una solución al 5 % de fluoruro sódico, en la que impregna un algodón que sella dentro de la cavidad con gutapercha, durante una semana.

El flúor se difunde a través de los túbulos dentinales y del esmalte, impemeabilizándolos de esta forma. Se termina obturando con porcelana sintética.

Nutting (1963) reduce la técnica del blanqueamiento a preparar una pasta a base de perborato sódico con superoxol, la cual deja sellada en la cavidad del diente y va actuando a expensas de la temperatura del cuerpo. El sello se aconseja —en esta técnica— con gutapercha, con objeto de que por la acción masticatoria sea forzada la gutapercha e impelido el agente blanqueador por los túbulos dentinales y los espacios interprismáticos.

El pronóstico del blanqueamiento depende del tipo de decoloración y del grado de penetración. Este, a su vez, depende de la edad del diente.

Cuanto más reciente es la decoloración, mayores son las posibilidades de blanqueamiento (Grossman, 1954). Con respecto a los blanqueadores, Sommer y colb. (1958) afirman que las técnicas que emplean el superoxol o el pirozono no dan lugar a la fragilidad del diente, como sucedía con las técnicas más anteriores. Schifino (1963) ha obtenido buenos resultados con la técnica descrita empleando agua oxigenada a 32,5 volúmenes, sin haber observado disminución de la resistencia de los tejidos dentarios.

Convengamos, pues, en que tras el tratamiento, en dos o tres sesiones hemos de recuperar, como se ha indicado, la translucidez del diente, buscando luego la impermeabilización del esmalte para evitar la nueva decoloración por absorción de sustancias decolorantes en los flúidos orales.

CACAHUETES CONTRA LA HEMOFILIA

Por el Dr. CREVELD y colabs.

S. van Creveld y sus colaboradores de la clínica pediátrica de la Universidad de Amsterdam presentan un nuevo trabajo sobre el efecto de los cacahuets o sus productos en la hemofilia.

Se trata de un extracto alcohólico y polvo de cacahuete en dos grupos de 8 enfermos con hemofilia A. Ambos preparados tuvieron el efecto de reducir la hemorragia; no obstante el polvo ofrece menos riesgos que el extracto. El hecho de que ambos preparados sean igualmente eficaces que el consumo de los cacahuets crudos significa un avance ya que muchos pacientes no soportan el uso prolongado.

Otros investigadores han hecho estas mismas pruebas en los casos de hemofilia B en los que también ejerce influencia favorable los cacahuets y sus productos.—R. Moreno, 19314 B. Méd. Int.

(Ann. Paediatr., 202, 1, 1964.)

PROFESOR ADJUNTO DE PROTESIS ESTOMATOLOGICA

Resolución de la Universidad de Madrid, por la que se transcribe relación de aspirantes admitidos al concurso-oposición de la plaza de Profesor adjunto de "Prótesis estomatológica" de la Facultad de Medicina de esta Universidad.

Expirando el plazo de convocatoria determinado en la Orden ministerial de 21 de septiembre de 1964 ("Boletín Oficial del Estado" de 6 de octubre de 1964), para la admisión de solicitudes al concurso-oposición para proveer una plaza de Profesor adjunto de la Facultad de Medicina (Escuela de Estomatología) de la Universidad de Madrid, adscrita a "Prótesis estomatológica".

Este Rectorado ha acordado se publique la relación de aspirantes admitidos definitivamente al concurso-oposición de referencia:

Don Julio Olguera González; don Pedro García Cardeña; don Arturo López Viejo; don Fernando del Río de las Heras; don Enrique Bernardini Jaramillo.

No se publica lista de concursantes excluidos por los señores anteriormente reseñados los únicos solicitantes a este concurso-oposición ("B. O." 26-12-1964).

NECROLOGIA

ERNST KRETSCHMER
(1889-1964)

En los primeros días de febrero de 1964 ha fallecido el profesor de Neuropsiquiatría de Tubinga, prof. E. Kretschmer, a los setenta y cinco años. He aquí un resumen de su obra, expuesto por J. Solé Segarra:

Kretschmer ha sido ante todo psiquiatra, pero su obra interesa a todo médico. Discípulo destacado de Gaup en la misma Clínica Universitaria, la regentó últimamente.

Es de sobra conocida entre nosotros la obra de Kretschmer, ya que se han traducido al español todos sus libros, revolucionando la patogenia y el modo de comprender la enfermedad. En psicología médica Kretschmer ha descubierto también horizontes nuevos. Pero, además de profundizar en las correlaciones somatopsíquicas a través de la figura corporal y el temperamento, este investigador ha dado múltiples muestras de su inagotable riqueza en innovación neuropsiquiátrica. Ahí están como ejemplo su psicología médica, las interpretaciones magistrales de las personalidades primitivas y de las geniales, la descripción de nuevos síndromes (síndrome apático, juvenilismo, etc.), las variantes biológicas *compensadas* y *descompensadas* para explicar lo sano y lo patológico en la Psiquiatría biológica actual y el admirable equilibrio conceptual al considerar lo somático y lo psicológico.

El entronque internístico de sus investigaciones puede verse en la similitud de sus concepciones sobre el retardo y el concepto de cronopatía (lentitud o detención reversible de una función, del hablar, por ejemplo) de Marañón, que puede simular temporalmente una enfermedad, pero que no lo es en realidad y, por tanto, no debe tratarse.

Creemos que a Kretschmer se debe en parte el resurgir de la Medicina alemana después del colapso de la última guerra mundial.

En los últimos años se distinguió en perfeccionar la Psicoterapia, de tanta importancia en toda la Medicina. En la Sociedad de Médicos Prácticos Psicoterapeutas, por él fundada, se ha llevado a cabo el intercambio entre internistas y psiquiatras que requiere la terapéutica integral de todo enfermo.

También ha cultivado de preferencia la Medicina social y pedagógica, así como la Psiquiatría infantil, elaborando un *test* mental nuevo para explorar a los superdotados (*Test de Kretschmer-Hoehn*, 1951), que ha sido adoptado oficialmente en las escuelas alemanas; esta prueba mental no se dirige a conocer el simple saber del niño dotado, sino a descubrir objetivamente la

predisposición y tendencias de sus facultados anímico-espirituales. Kretschmer se distinguió también últimamente en la Biología criminal, llegando a ser uno de los peritos forenses más famosos en la jurisprudencia alemana contemporánea.

Descanse en paz.

El Dr. David M. Cohen

Con la desaparición del Dr. David M. Cohen en Buenos Aires, fallecido el 23 de junio, pierde la profesión odontológica argentina uno de sus más destacados y representativos miembros. Empezó su carrera en 1918 y durante ella desempeñó numerosos cargos profesionales. Profesor en la Escuela de Odontología de Buenos Aires, fue co-autor del actual plan de estudios de esta casa. Fue administrador de muchas organizaciones profesionales, tales como la Asociación Odontológica Argentina y la F. O. L. A. Periodista eximio, fue inspirador y director del Boletín de la A. O. A. y en 1930 se hizo cargo de la revista "La Tribuna Odontológica". Ofrecemos nuestro sentido pésame a la profesión dental argentina y a su familia.

Raúl Muñoz Inza

La muerte de Muñoz Inza—doblemente dolorosa por lo inesperada—es una gran pérdida.

Fue en Chile pionero de la odontología social. Siempre pensó que la odontología debía ser algo más que una artesanía, muy respetable, pero artesanía al fin. En esta fragua no se iba a fundir la grandeza de la profesión, pensaba. Y por eso luchó denodadamente.

Raúl Muñoz Inza fue un intelectual por disciplina y un periodista de vocación. Acabó como vivió: en el trabajo, leyendo uno de sus trabajos en el mitin de la A. D. A., en Miami.

Descanse en la paz.

EL PROF. DR. JUAN MAÑES RETANA

El Profesor Mañes, jubilado hace dos años, falleció el día 12 de febrero de 1965. Fue desde 1923 Catedrático de Prótesis y Ortodoncia de la Escuela de Odontología, de la que fue Director. Fue también Profesor en la Escuela Nacional de Sanidad.

Amplió estudios en los Estados Unidos, en Filadelfia, y en el Instituto Forsyth, de Boston, incorporándose a la Estomatología española en el puesto que el Profesor D. Florestán Aguilar le había señalado y singularmente a la Ortodoncia, disciplina en la que fue maestro.

Como reconocimiento a sus méritos fue designado miembro-diputado para España del International College of Dentists; miembro del American Dental Club, de París; miembro de la Société Française d'Orthopédie Dento-Facial; Presidente de honor de la Sociedad Española de Ortodoncia. Fue asimismo Presidente de la Sociedad Odontológica Española, Vicepresidente de la Federación Dental Española y Delegado de esta Federación en el Congreso Internacional de Filadelfia en 1926. Y Delegado del Ministerio de Instrucción Pública en el Congreso Internacional de París en 1931.

En los años difíciles vivió en París, reincorporándose a su consulta privada, en Madrid, más tarde. En 1954 se hizo nuevamente cargo de la disciplina de Prótesis Estomatológica de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, separada ya de la parte de Ortodoncia.

De espíritu joven, no se había resignado su naturaleza a reconocer el paso del tiempo, por eso su deceso ha sorprendido a todos.

Acompañamos en su dolor a su hermano, colega nuestro, y a todos sus familiares.

Dencanse en paz.