

BLANQUEAMIENTO DE LOS DIENTES CON ALTERACIONES DE COLORES

Síntesis de las conferencias del curso dictado en la Escuela de Mejoramiento profesional de la Asociación Odontológica argentina

por el

DR. LOUIS I. GROSSMAN

*Profesor de Endodoncia de la Escuela Dental
de la Universidad de Pensilvania*

En algunos casos el paciente viene con un diente coloreado y es necesario blanquearlo. En otros, el diente se coloreó porque el dentista, al efectuar un tratamiento de conductos, hizo algo que no debía, o no hizo algo que debía hacer. Existen casos que no pueden blanquearse, pero las más de las veces se puede.

Una de las razones frecuentes de la coloración dentaria es la falta de limpieza completa de la cámara pulpar cuando se trató un conducto. Los tejidos pulpaes remanentes se descomponen, particularmente si la pulpa está en estado de putrefacción, y debido a la formación lenta de compuestos de hemoglobina se producen coloraciones.

Cuando se extirpa una pulpa vital, es de gran importancia asegurarse que los restos pulpaes y coágulos sanguíneos se hayan eliminado totalmente, pues la hemoglobina de la sangre puede formar una cantidad de compuestos, como son hemina, hematina, hematoïdina, hemosiderina, hematoporfina, etc., que pigmentan el diente. Según sea el compuesto formado, tendremos una u otra coloración del diente. En consecuencia, es muy importante irrigar completamente el conducto después de extirpar una pulpa con vitalidad.

La aplicación de arsénico puede producir suficiente congestión de la pulpa como para causar la ruptura de los finos capilares con penetración de sangre en los canaliculos dentarios. Al extravasarse la sangre, la hemoglobina y los pigmentos que contienen hierro se descomponen y forman nuevos colorantes. El grado de coloración del diente dependerá del grado de desdoblamiento de la hemoglobina.

Cuando existe putrefacción pulpar, también se forman ciertos compuestos químicos que pueden colorear los dientes.

Además, ciertas sustancias que el paciente emplea para limpiar sus dientes pueden traer coloraciones.

El dentista puede producir coloraciones cuando emplea en el conducto aceite de cassia, iodoformo o ambos. Algunos medicamentos pigmentan casi instantáneamente, mientras la acción de otros puede tardar un tiempo. Los medicamentos de conductos que pueden provocar coloraciones son el aceite de cassia, azocloramida, iodoformo, nitrato de plata, clorhidrato de mercurio, osógeno, metaphen, merthiolato y otras sales metálicas. Si deseamos evitar una coloración, debemos ser cuidadosos en la selección de los medicamentos empleados para tratar el diente.

El pronóstico para el blanqueamiento de un diente depende de dos factores: 1) El compuesto colorado formado. Algunos son muy difíciles de blanquear, como sucede con las sales metálicas. 2) El grado de penetración. Cuanto más vieja es la coloración, menores son sus posibilidades de blanqueamiento. Si la coloración es reciente las posibilidades son mayores.

La técnica de blanqueamiento es muy simple, pero antes de describirla voy a decirles unas palabras sobre la forma de enfocar el problema. Es imprescindible ponerse de acuerdo con el paciente, pues no siempre se consigue blanquear un diente y, aun logrado, no siempre el resultado es permanente. No debemos prometer lo que no podemos cumplir. Luego de preguntarle al paciente cuándo se produjo la coloración, le sugerimos el blanqueamiento únicamente cuando presumamos posibilidades de éxito. Sean sinceros con el paciente, diciéndole: "Creo que este diente posiblemente se blanqueará satisfactoriamente, pero no puedo decirle si el resultado será permanente." De esa manera ustedes descargan la responsabilidad en el paciente y él decidirá si se hará el tratamiento. En nueve casos sobre diez decidirá afirmativamente. El blanqueamiento es un tratamiento muy satisfactorio. Satisface por lo menos tres partes: el paciente, la familia y amigos del paciente y el profesional. No merece la pena blanquear dientes posteriores, pues no están en una zona visible, pero todos ven los dientes anteriores y observan el cambio.

¿Qué empleamos para efectuar el blanqueamiento? Existen varios agentes. He ensayado todos, pero creo que los mejores son el superoxol, perhidrol y el pirozono.

El superoxol es una solución de agua oxigenada al 30 por 100 en peso y 100 por 100 en volumen, en agua destilada; considero ésta la mejor solución.

En un tiempo empleé el pirozono (solución de agua oxigenada al 25 por 100 en éter). Su precio es otro inconveniente, pues debe emplearse una solución fresca cada vez. Viene en frascos, y una vez abiertos debe desecharse el resto, factor que lo encarece. El superoxol o perhidrol es relativamente barato y conservado en heladera es efectivo durante tres meses.

Se coloca el dique de goma sobre el diente y se le mantiene firmemente en su lugar con una vuelta doble de seda dental, haciendo una ligadura muy ajustada para evitar la filtración, pues los agentes que se emplean para el blanqueamiento son muy cáusticos. Procuren no tocar el superoxol con sus manos, especialmente alrededor del nacimiento de la uña, pues produce una sensación muy dolorosa de quemadura que puede durar hasta media hora.

Se retiran todas las obturaciones del diente, a excepción de la obturación radicular de gutapercha, o se cubren completamente con barniz para cavidades. Se desgasta con una fresa la superficie de la cámara pulpar, eliminando todas las manchas visibles.

Observen que las obturaciones de gutapercha terminen algunos milímetros por arriba del cuello del diente dentro del conducto, de manera que con el correr del tiempo, al retraerse la encía, no se observen coloraciones.

Se colocan en la cámara pulpar unos hilos de algodón (no torundas), para formar una matriz que albergue la solución de perhidrol. Se cubre de igual manera la superficie labial del diente.

Por medio de una jeringa de irrigación con aguja de platino (no deben emplearse agujas de acero inoxidable), se inunda completamente la cámara pulpar con perhidrol. Se cubre también con algunos hilos de algodón la superficie labial del diente, que nos permitirá depositar más perhidrol sobre la superficie, actuando como reservorio para la cámara pulpar. Debe tenerse siempre un rollo de algodón en la bandeja, para absorber cualquiera vestigio de perhidrol, que pudiera gotear de la goma de dique.

Coloquen lentes oscuros sobre el paciente y una lámpara de fotografías número 1 (la usada para reflectores) a una distancia de medio metro del paciente, concentrando la luz y el calor sobre el diente. Se

deja durante cinco minutos, controlados con un reloj de tiempo. En este tiempo, el dentista puede sentarse o realizar algún trabajo en el laboratorio mientras la asistente queda a cargo del paciente.

Después de cinco minutos se retira el algodón y se seca la cámara pulpar con aire comprimido, pues el perhidrol ya se ha debilitado mucho. Se colocan nuevamente unos hilos de algodón en la cámara pulpar y en la superficie labial del diente. Se hacen otras aplicaciones de perhidrol, dejándolo otros cinco minutos de duración cada una. Cuando el diente está muy coloreado puede requerir seis aplicaciones. Es decir, que el proceso de blanqueamiento puede tomar de tres cuartos de hora a un día fresco para el tratamiento, pues la lámpara para fotografías genera mucho calor, y aun cuando el paciente disfrute de los baños de sol, después de la sexta aplicación se sentirá como en un baño turco.

Efectuado el tratamiento, el diente estará más claro, pero menos que al día siguiente. Conviene informar al paciente sobre esta situación, pues cuando se mire al espejo y observe su diente más claro que los vecinos se preguntará si habrá de quedar así. Le advertimos que el diente volverá a su tono normal.

Tomamos una torunda de algodón saturado de perhidrol y la sellamos en la cámara pulpar. El sellado de una torunda de algodón con perhidrol no es muy sencillo, pues el perhidrol continuamente libera oxígeno y el superoxol o perhidrol filtrará alrededor de la guta. Colocado el cemento en la cámara pulpar se recorta un pequeño trozo de goma de dique y se coloca sobre el cemento; sobre la goma se coloca un rollo de algodón, manteniéndolo bajo presión digital durante tres minutos como mínimo, hasta que el cemento fragüe completamente. Transcurrido este tiempo, podemos soltarlo sin correr riesgos.

Antes de retirar la goma de dique asegúrese que tenga superoxol, pues en caso afirmativo les quedarán los dedos doloridos; aunque no dura mucho tiempo, es desagradable.

Se le pide al paciente que regrese después de una semana. Al día siguiente el diente estará más claro, pero a medida que el tiempo transcurra, llega a cierto tono, estabilizándose. En los casos donde aun existe una ligera coloración, se requiere un nuevo tratamiento. Si estuviera muy coloreado, dos tratamientos. Rara vez se requieren tres tratamientos.

¿Cuánto tiempo dura un blanqueamiento? He blanqueado un diente a uno de mis amigos cuando recién comencé mi práctica profesional y aun se mantiene perfectamente. Por el contrario, un diente blanqueado puede colorearse nuevamente en el curso de un año. En una oportunidad blanqueé un diente y el paciente regresó después de un año; luego a los dos años para efectuarle nuevos tratamientos. La última vez rehusé, diciéndole: "Será mejor hacerle un "jacket-crown" de porcelana." El blanqueamiento es muy exitoso en ciertos casos y no lo es en otros. Podría decirles que es exitoso en el 70 a 80 por 100 de los casos, y de éstos un 20 a 30 por 100 sólo permanecen blanqueados por un período relativamente corto.

(*per* "Rev. Dent.", 24, 1956.)

DE PREVISION SANITARIA NACIONAL

Una carpeta para los documentos previsionistas

Los asociados de nuestra Mutualidad encontraban con frecuencia grandes dificultades en el orden formulario para sus relaciones con la Entidad, exigiendo muchas veces escritos y consultas que demoraban el despacho de los asuntos, demora que podía originar perjuicios considerables (fechas de entrada de bajas, peticiones de subsidios, ampliaciones de grupos, declaración de beneficiarios, etc.). La feliz colaboración de una firma comercial prestigiosa, productora de especialidades farmacéuticas, que se ha prestado a hacer generosa donación, creó una carpeta, en forma de cartera, para archivar, debidamente clasificados, todos los documentos relacionados con la Mutualidad.

A pesar de la valiosa ayuda recibida, se han originado gastos bastante crecidos, sin haber afectado a las reservas de los distintos grupos y secciones de la Mutualidad.

La distribución de las carpetas se ha efectuado con la mayor diligencia posible. Se han remitido a los colegios regionales de odontólogos, para que éstos, a su vez, las hagan llegar a los interesados, con acuse de recibo personal. Esperamos que todos los odontólogos de España hayan recibido oportunamente dicha carpeta. De no ser así, podrán reclamarla a su respectivo colegio, que subsanará el error o falta.

La aftosis (Datos recientes y síntesis), por A. Touraine. "Presse Médicale", pág. 1493. 5 de noviembre de 1955. [616.9]

El autor hace una descripción sintética de la aftosis, de la cual ha demostrado la experiencia y autonomía en 1941, y recuerda los trabajos recientes que han ampliado aún más el cuadro clínico.

Las aftas bucales y genitales son el elemento fundamental y casi constante. Pueden existir solas en las aftosis puras de las mucosas, unas veces unipolar sobre una de las dos mucosas bucal o genital (úlceras agudas de la vulva comprendida), bipolar, en las dos mucosas, o alternativamente en cada una de ellas. Con bastante frecuencia afectan a la piel, bien bajo la forma de aftosis cutánea pura, o, lo que es más frecuente, bajo la forma de aftosis cutáneamucosa.

Las aftas traducen una enfermedad infecciosa general que, en la gran aftosis, o aftosis generalizada, comprende habitualmente manifestaciones cutáneas (eritemas diversos), oculares (conjuntivitis, queratitis y, sobre todo, iritis simple o recidivante con hipopión, incluido el síndrome de Behçet, coroiditis, neuro-retinitis), nerviosas (meningoencefalitis), vasculares (lesiones de los grandes y pequeños vasos), articulares (artralgias), viscerales (raras), generales (fiebre, anemia, etc.).

La patogenia más probable de todas estas manifestaciones es una infección por virus a través de la sangre, como lo han comprobado las investigaciones recientes. Pero el factor de una predisposición individual es un hecho que hay que tener en cuenta.

El tratamiento de la aftosis sigue siendo indeciso. La aureomicina, ciertos antihistamínicos, las vitaminas, la cortisona, el virus vacunal, las transfusiones sanguíneas, etc., han proporcionado éxitos, pero también fracasos.

Finalmente, se desconoce por ahora la puerta de entrada del virus en el organismo.—T. Morató.