

CONDUCTERAPIA EN DIENTES ANTERIORES EN UNA HORA

P O R

J. A. CÁMARA, D. D. S.

Nueva York

La Endodoncia está considerada, hoy día, como una de las especialidades más importantes de la Odontología y, sin embargo, su práctica es a menudo impugnada por el odontólogo de práctica general, pretextando que su ejecución es demasiado tediosa. Debido a que prevalece este criterio, muchos pacientes que no pueden pagar los honorarios de un especialista se están privando de recibir este valioso servicio.

En realidad, todo odontólogo de práctica general está capacitado para practicar esta operación y debería ejecutarla siempre que el caso, específicamente, esté indicado. La técnica que se describe en este artículo puede desarrollarla cualquier odontólogo de práctica general, aun sin la ayuda de asistente, empleando una hora para cada diente, con la plena seguridad de obtener resultados altamente satisfactorios. Por esta razón, aquellos pacientes con pocos o limitados recursos económicos pueden estar seguros de recibir estos beneficios a un costo mínimo, que de otra manera les estaba vedado.

T E C N I C A

Se sigue la rutina acostumbrada en todo caso que requiere tratamiento quirúrgico: historia clínica del paciente, comprobada cuidadosamente, haciendo énfasis en el estado gingival, conteo hemoglobínico, tiempo de coagulación y de sangramiento, uranálisis, etc., así como ocupación del paciente.

A la llegada del paciente a la clínica y como premedicación, se le administrarán cinco granos de aspirina y medio grano de fenobarbital sódico, en una cápsula perforada, recomendándole, asimismo, que evacue su vejiga. Previamente a la operación, se irriga la boca, secándola cuidadosamente por medio de un rollo de algodón, seguida-

mente, se aplica en la mucosa un anestésico topical, en un ungüento, para luego inyectar dos c. c., infraorbitalmente, una solución anestésica, con el fin de evitar dolor al paciente en el caso que traspase el ápice radicular al obturar el canal o al aplicar alcohol, fenol, sondas o el cemento de obturación radicular. Obtúrense, previamente, las cavidades mesio-distales, si las hubiere; gánese acceso, a través del cingulo, hacia la cámara pulpar por medio de fresas números 568, 569 y 570. Ensánchese la cavidad por medio de puntas de diamante, eliminando todo el contenido de la cámara pulpar. Seguidamente ensánchese el canal radicular con ensanchadores números 6 y 7, cuidando de que no quede materia orgánica dentro del mismo. Lávese con alcohol, séquese con algodón y aire y esterilícese con fenol. Repítase este último último procedimiento varias veces, aproximadamente durante quince minutos, quedando, de esta manera, el canal ensanchado, secado y esterilizado, listo para su obturación final.

No hay ni puede haber espacios vacíos en el cuerpo humano. Si se ha alcanzado y limpiado completamente el ápice, el canal radicular estará invadido continuamente por la supuración, sangre o suero. Aun cuando se haya obtenido la esterilización del canal, si no se establece la circulación, sobrevendrá el éxtasis sanguíneo y, como consecuencia inmediata, el desarrollo de la infección.

La presencia de canales accesorios o de tubulillos no debe preocupar al operante, ya que el fenol penetra en la estructura dentaria y ningún microorganismo escapa a su acción. No debe olvidarse que el factor tiempo es muy importante en Endodoncia, así como es uno de sus mayores enemigos.

Obturación del canal radicular.

Se inserta en el canal radicular, hasta alcanzar la región apical, un ensanchador de canal, estéril, enrollado en algodón, también estéril. Al retirarse éste del canal, se observará que está humedecido con el exudado de sangre o suero. Nuevamente, enróllese algodón al ensanchador, introdúzcase en el canal presionándolo fuertemente hacia arriba. Escójase un alambre de plata del mismo grosor y longitud que el ensanchador ya usado e introdúzcase en el canal en posición apropiada y tómese radiografía del mismo. Si la radiografía mostrase que el alambre de plata está en correcta posición, se sujeta en esa posición por medio de unas pinzas hemostáticas ajustadas íntimamente a la corona del diente a fin de marcar, con este procedimiento, la pe-

netración del alambre y determinar, de esta manera, la longitud de la punta de la obturación final. Seguidamente se retira el alambre de plata.

Por medio de *celletube* lubríquese el canal introduciendo a presión una mezcla blanda de óxido de zinc-eugenol-aristol. Luego, úsese una mezcla media, de los mismos medicamentos, para obturar, y para condensar empléese una mezcla más densa, la cual se presiona por medio de una torunda de algodón humedecida. Introdúzcase la punta de plata hasta la marca previamente establecida y tómese radiografía inmediata.

El autor prefiere que la mezcla obturadora traspase el ápice y luego remover este exceso, a que quede deficiente la obturación.

Inyéctese apicalmente en la región labial un c. c. de solución anestésica y otro c. c. en la región palatina, con el objeto de evitar el dolor al paciente al remover el tejido necrótico periapical. Si la radiografía muestra que el canal ha sido obturado completamente hasta el ápice, se sostiene la punta en posición para cortar su extremo libre tan cerca, como fuere posible, de la abertura del canal y luego se presiona hacia arriba. Límpiense los márgenes de la cavidad y obtúrese ésta con material plástico de color apropiado.

Para el segundo paso quirúrgico substitúyase la mesa aséptica de la unidad, por una bandeja estéril que contenga gasa, algodón, esponjas, hisopos, agujas, lancetas, fresas quirúrgicas, curetas, todas estériles, y fenol, alcohol, sulfas, etc. Esterilícese el campo operatorio y hágase en la encía una incisión hasta el hueso, aproximadamente en el tercio apical desde uno a otro ápice adyacente. Habitualmente puede verse la cavidad del absceso separando los bordes de la incisión; si no, unas pocas vueltas de la fresa quirúrgica, dirigida hacia el ápice, hundirán el instrumento en la cavidad abscesada. Ensánchense los márgenes de exclusión, ráspese y límpiense completamente todo el tejido necrótico y desalójese todo el cemento remanente que hubiese traspasado el ápice, a fin de evitar una nueva intervención quirúrgica.

Excesiva hemorragia suele presentarse, a la cual no debe dársele mucha importancia. El área expuesta, después de una extracción dentaria, es de mayor extensión y está expuesta a infecciones; no así la del caso que nos ocupa, y, sin embargo, nadie se preocupa por las consecuencias de una extracción dentaria.

Advertencia: Bajo ninguna circunstancia, nunca debe abrirse la cámara pulpar de un diente con absceso y dejar la operación para más tarde. La evacuación del pus alivia el dolor y por esto parecería que no es necesaria la operación inmediata, pero en el 90 por 100 de tales casos, la inflamación y los dolores agudos duran de tres a cuatro días.

En consecuencia, se aconseja operar inmediatamente, ya que las complicaciones se presentan rara vez.

Aplíquese fenol a los labios de la herida para prevenir la curación por primera intención y pulverícese con sulfanilamida. Noventa y cinco por ciento de los casos curan sin ninguna complicación.

(*per* "Rvsta. Dent", 12, 1956)

Cambios pulpaes en dientes obturados con resinas.—O. Muller y B. Maeglin. "Int. Dent. J.", 4, 2, 167.

En los cortes histológicos transversales de dientes obturados con resinas autopolimerizables se encuentran frecuentemente lesiones pulpaes. En 85 casos de dientes examinados se encontraron lesiones pulpaes, tanto si la dentina estaba protegida como si no lo estaba. Sin embargo las lesiones eran mayores en estos últimos.

Las lesiones pulpaes se reconocen claramente por síntomas inflamatorios y degenerativos. Los cambios primarios se observan en la parte de la pulpa más cerca de la cavidad. La hiperemia y extravasación de los glóbulos rojos produce hemorragias y trombosis en los vasos sanguíneos, infiltraciones leucocitarias de células redondas. A menudo se encuentran leucocitos eosinófilos en las inmediaciones de la zona odontoblástica. La infiltración leucocitaria puede ser tan intensa, que puede ocasionar lesiones purulentas. En la zona odontoblástica se ven degeneraciones hidrópicas. Por la confluencia de pequeñas vacuolas, pueden ocasionar grandes colecciones, llenando a menudo todo un cuerno de la pulpa. En los sitios de degeneración odontológica se encuentra en los tubos dentinales núcleos procedentes de odontoblastos degenerados. Se discuten las posibles vías por las cuales estos restos celulares penetran en la dentina.