

DENTIFRICOS CON CLORURO DE ESTRONCIO

MARIA R. S. DE RABBIONE *

JORGE MONTEVERDE *

DROGA ACTIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERESTESIA DENTINARIA

La hiperestesia dentinaria ha sido hasta el presente un problema difícil de solucionar por parte del odontólogo. En algunos casos aparece en forma espontánea, sin lesión de caries o de tipo periodontal, clínicamente evidente; en otros se instala después de un tratamiento periodontal, sea quirúrgico o simplemente por tartrectomía y curetaje subgingival; después de la colocación de una prótesis removible o durante el tallado de pilares de puente o coronas en dientes vitales.

Cualesquiera sea la situación, el problema se torna sumamente molesto para el paciente, que experimenta sensaciones dolorosas de variada intensidad al ingerir líquidos fríos o calientes, azúcares, etc., lo cual acarrea serios problemas en su alimentación y en la masticación en general.

Las medidas terapéuticas del profesional odontólogo han sido hasta el presente tan variadas como relativamente eficaces para solucionar la hiperestesia, y todas ellas se hallan limitadas a ser practicadas en el consultorio, lo cual insume tanto al profesional como al paciente largas sesiones y, en muchos casos, con resultados insuficientes, pudiendo algunas de ellas dejar secuelas de irritación pulpar, gingival, pigmentaciones anómalas, como en el caso del nitrato de plata, la formalina, etcétera. El agente ideal sería el que pudiera ser aplicado por el paciente durante el curso de un tratamiento fisioterápico oral, en su casa, como un aditamento del tratamiento en el consultorio.

La aparición en el campo terapéutico de las sales de cloruro de estroncio han variado este panorama poco alentador. Pawlowska, en 1956, comunica el uso de una solución acuosa al 25 por 100 de la droga con éxito. Además, ha permitido la in-

(*) Del Servicio de Odontología del Hospital Policial Bmé. Churruca.

roducción de una nueva modalidad de tratamiento al incorporarlas en concentraciones de un 10 por 100 en pastas dentífricas, lo cual permite al paciente, correctamente instruido, realizar él mismo en su casa las aplicaciones, sin pérdida de tiempo en largas sesiones de consultorio.

MATERIALES Y METODOS

En este estudio se siguió los lineamientos generales ya establecidos en otros realizados por investigadores europeos y americanos con el objeto de poder realizar una comparación final de resultados. Se tomaron para estudio pacientes que presentaran hipersensibilidad al frío, calor, ácidos, dulces, al contacto con instrumentos durante tratamientos paradentales, con ganchos de prótesis, etc.

El dentífrico, conteniendo un 10 por 100 de cloruro de estroncio (**), fue provisto a los pacientes sin identificación alguna, instruyéndoselos en su uso en lo que respecta a frecuencia —dos veces al día— y técnica de cepillado. La pasta dentífrica presentaba características similares a la de cualquier otra de su tipo; buena apariencia, sabor agradable, poseía poder limpiador, hacía espuma y dejaba la boca fresca; algunos pacientes se quejaron de un gusto amargo y metálico después de su uso. Podía ser reemplazante de los dentífricos comunes en la higiene diaria del paciente, evitando engorrosas superposiciones. Su composición aproximada era la siguiente:

Cloruro de estroncio (6H 20)	10	%
Agua destilada	36,8	"
Polialcoholes	24	"
Gomas hidrosolubles	1,8	"
Detergente aniónico	1,7	"
Detergente no ionizable	0,5	"
Sílice de diatomeas	23	"
Sabor y Sacarina	1,35	"
Colorante inerte	0,75	"
Preservadores	0,1	"

Como podrá observarse, de este dentífrico se han excluido los carbonatos fosfatos, compuestos de calcio y magnesio con el fin de asegurar una completa estabilidad y total posibilidad de poder actuar a las sales de estroncio; altamente solubles en agua, neutras, y no tóxicas, que tienen la característica principal de tender a reemplazar al calcio en todos los compuestos en que esté presente. La acción "limpiadora y pulidora" del dentífrico fue confiada al sílice de diatomeas y a los detergentes.

Iniciado el tratamiento, se controló periódicamente a los

(**) Material aportado por Stafford-Miller (Argentina) S. A. C. I. bajo el nombre "Sensodyne".

pacientes, solicitándoles siempre en cada entrevista su opinión subjetiva acerca de la intensidad de la molestia; pero comprobándola en forma directa, ya fuere por medio de chorros de agua o aire, fríos o calientes; contacto de instrumentos metálicos, etc., para poder realizar el control. Las respuestas al tratamiento aparecieron alrededor del cincuenta día de iniciado el mismo y en algunos se necesitaron unas dos semanas para evidenciar resultados positivos. En los casos en que después de un mes no se observó mejoría, se dio por no útil la medicación y se investigó clínicamente la existencia de otras causas que pudiesen provocar el dolor. En general, después de un mes de uso del medicamento en algunos pacientes que suspendieron el tratamiento, ya por falta de material, o simplemente "porque ya había desaparecido la molestia", no se volvieron a repetir los síntomas dolorosos.

Se utilizaron 56 pacientes, sin hacer discriminación de sexo, edad, tipo o grado de dolor, ni causa probable de origen del mismo. Tres casos dudosos en el diagnóstico clínico de hipersensibilidad fueron incluidos para comprobar el tipo de acción del compuesto de estroncio. La siguiente tabla nos da una idea de los resultados obtenidos, debiendo dejar constancia que la misma se confecciona sobre 47 casos, puesto que del total de 56 pacientes iniciales no poseemos datos concretos de nueve de ellos por haber abandonado el tratamiento sin comunicar motivo.

<i>Grado de alivio</i>	<i>Pacientes</i>	<i>Prom.</i>
Completo	30	64 %
Muy bueno	9	19 "
Bueno	3	6,3 "
Poco o ninguno	5	10,7 "
	47	100 %

De este conjunto de pacientes, en 12 se realizó una terapia periodontal completa; cinco correspondieron a pacientes que presentaron problemas de hipersensibilidad después de instalada una prótesis removible; uno presentó el dolor después del tallado de un molar inferior vital para instalar una corona pilar de puente fijo, y los restantes presentaban distintos problemas, como ser abrasiones cervicales, ligeras retracciones gingivales motivadas por la presencia de sobrecargas, cicatrización post-extracciones de piezas vecinas, presencia de tártaro salival, etc.

En tres casos dudosos en el diagnóstico del origen del dolor, y luego de haber fracasado el tratamiento, se comprobó que causa determinante del mismo era la presencia de pequeñas caries interproximales o de obturaciones metálicas profundas y mal aisladas. Esto nos demuestra la necesidad de un examen minucioso del paciente y un diagnóstico clínico acertado si queremos evitar fracasos con esta medicación, a la vez que

eleva aún más el porcentaje de éxitos alcanzados con esta preparación, expresado en la tabla anterior.

En pocos casos se comprobó lo relatado por Meffert y Hoskins, que al suspender la terapia se reanudaba el dolor. No se comprobaron reacciones irritativas o alérgicas en el tejido gingival y, en general, los pacientes toleraron perfectamente el dentífrico. Las únicas quejas fueron sobre el sabor, como lo expresamos más arriba, pero sólo en unos casos aislados. Los resultados generales de este estudio parecen indicarnos que nos hallamos en presencia de un agente terapéutico que se acerca bastante al ideal en materia de tratamiento de hipersensibilidad, pudiendo ser susceptible de mejoras aún. Es fácil de aplicar, bien tolerado por los pacientes, carece de las propiedades cáusticas, irritantes, colorantes o tóxicas de otros agentes usados anteriormente y que eran de menor efectividad y sus resultados coinciden con los realizados en otros medios científicos en lo que respecto al elevado porcentaje de éxitos obtenidos.

RESUMEN

Se estudia el tratamiento de la hipersensibilidad dental con un dentífrico que contiene un 10 por 100 de cloruro de estroncio como sustancia activa. La valuación de su poder fue efectuada sobre 56 pacientes, poseyéndose resultados concretos de 47 de ellos. Los éxitos sumaron un 83 por 100 de casos con solamente un 10,7 por 100 de resultados muy pobres o nulos. No se presentaron problemas secundarios de irritación o reacciones alérgicas; los pacientes toleraron perfectamente la terapéutica indicada. Mostraron singular interés en el hecho de que podían realizar el tratamiento en sus casas con breves visitas periódicas al consultorio dental.

BIBLIOGRAFIA

- MAGSLER, M. J.: Dent. Res. 34: 761; año 1955.
 PAWLOWSKA, J.: *Czasopismo Stomatologiczne* (Stomatol. Warsa . Poland). 9: 353; año 1956.
 ROSS, M. R. J.: Periodontal, 32:49; año 1961.
 COHEN, A.: Oral Surg., Oral Med. C. Oral Path. 14:1046; año 1961.
 SKURNIK, H. J.: Periodontal, 34. 183-185; año 1963.
 MEFFERT y HOSKINS, J.: Periodontal, 35, No. 3; año 1964.