

DOLOR QUE SE PRESENTA EN DIENTES CON OBTURACIONES DE AMALGAMA

por el

DR. JACOBO J. NACHLIN

Ha sido tratado muchas veces en la literatura dental el problema de los dolores que se presentan en los dientes obturados con amalgama; este artículo contempla un específico tipo de dolor relacionado con amalgamas.

Es un dolor agudo, lancinante, desde el comienzo, con duración desde unos segundos hasta varios minutos, irradiado desde un diente que ha sido obturado con amalgama un día a tres semanas antes. Este tipo de dolor no es debido a caries profunda provocando pulpitis, ni a choque termal, ni a irritación por la base de cemento. El dolor no ha sido provocado. Los pacientes a veces no localizan el diente causal. Los dientes que han determinado este tipo de dolor responden normalmente a las pruebas térmicas eléctricas y de percusión. El único dato es una amalgama recientemente colocado en la región, por lo tanto si sólo se ha colocado una recientemente, se sospecha de ese diente, pero si se han colocado varias es un problema.

Después del primer acceso de dolor, el dolor disminuye gradualmente y desaparece en alrededor de una hora, para repetir en horas o días, los sucesivos dolores son menos severos y se van espaciando hasta que desaparecen.

Este fenómeno fué primero escrito por Romnes y Skinner y mencionado después por otros, no se ha observado con otro material de obturación; se considera hoy como un fenómeno asociado a la contaminación de amalgamas con humedad; en el artículo se designa como reacción de amalgama.

La obturación de amalgama es tenuta en gran aprecio por la profesión dental; la mayor parte de las obturaciones hechas son de este material. Ha sido práctica generalizada amasar la amalgama en la palma de la mano; esto tiene el inconveniente de incorporar perspiración, cuyos componentes químicos, especialmente el agua, contienen propiedades indeseables a la amalgama.

En 1941, la Comisión de investigación de la A. D. A. hizo notar que las amalgamas contaminadas con el sudor sufren una expansión hasta de 100 micras por centímetro, al doceavo día. Schoonover y otros mostraron expansiones de 300 a 400 micras en amalgamas contaminadas; Sweeney declara que esta expansión continúa indefinidamente; los arriba citados la llamaron expansión retardada.

Romnes y Skinner atribuyeron el dolor que se presenta a la presión producida por la expansión anormal. Schaanover y Souder encontraron que las amalgamas a veces presentan ampollas en la superficie, y lo explicaron por formación de gases en el interior de la amalgama, como resultado de corrosión galvánica, lo que provocó ser la causa de la expansión demorada, y el gas que se encontró fue hidrógeno. El hidrógeno aparece por disociación del agua en las amalgamas que contienen zinc; la amalgama contaminada contiene los elementos de una célula electrolítica, el hidrógeno liberado hincha la amalgama en tanto que el oxígeno probablemente se combina con los metales.

La existencia de una acción galvánica y de corrientes galvánicas en la boca, ha sido discutida por años, especialmente cuando hay obturaciones de oro y de amalgamas cercanas; se ha dicho que varias obturaciones de amalgamas pueden producir la acción galvánica y, más recientemente, que una sola obturación de amalgama puede producir una acción galvánica.

Los hechos conocidos, hasta el momento, del presente trabajo son: 1.° Los estudios histológicos muestran que la amalgama no es irritante para la pulpa. 2.° Se observa dolor algunas veces después de colocar una obturación de amalgama. 3.° Antes de 1939 no se había reportado este dolor. 4.° Observaciones hechas en amalgamas contaminadas con humedad, perspiración o soluciones de cloruro de sodio, muestran expansión grande, formación de hidrógeno y corrosión. 5.° La literatura explica el dolor como debido a la expansión de la amalgama y por la presión resultante. 6.° Hay acción galvánica dentro de la obturación.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y OBSERVACIONES

Cuando el autor del artículo observó esta reacción que sería debida a una condición patológica de la pulpa, empezó por remover las obturaciones y las bases aisladoras buscando exposiciones.

Se trató de eliminar todos los factores conocidos que producen dolor, se escogieron, para estudiar el problema, casos típicos de cavidades simples en las que ningún dolor patológico pudiera explicar el dolor pulpar. Se removieron las obturaciones en algunos casos y se colocó cemento, óxido de zinc-eugenol; después de varias semanas sin experimentar dolor se volvió a colocar la amalgama, previa base de zinc-queenol. La amalgama se preparó con la misma técnica anterior, las proporciones aleación mercurio fueron pesadas en un mortero, luego se trituraron en un mortero y se terminaron de amasar en la palma de la mano. Frecuentemente hubo recurrencia del dolor, lo que pareció indicar claramente que la amalgama provocaba el dolor; se alivió quitando nuevamente la amalgama sin tocar la base y obturando bien con zinquenol o con oxifosfato, en estas condiciones no recurrió el dolor. Se buscó la manera de eliminar el dolor con amalgama en el diente, reduciendo la capa de metal internamente o externamente. Para reducirla por el lado interno se hizo una preparación muy plana, dejando la mayor cantidad posible de cemento base, esto no logró eliminar el dolor en todos los casos. Para reducir la amalgama por el lado exterior se removió algo de la superficie de la obturación, procurando no exponer la unión esmalte-dentina o la dentina.

En el primer caso, cuando recurrió el dolor, hubo que eliminar la amalgama para aliviarlo. En el segundo se limpió la superficie de la amalgama con alcohol, se secó y se colocó una capa de cemento delgado, lo que trajo alivio rápido. En vista de que lo que había traído alivio era la modificación del contacto de la superficie de la amalgama con el medio líquido de la saliva, se trató colocando varias capas de barniz para cavidades sobre amalgama y márgenes, esto también trajo alivio rápidamente. Esto fué solamente un paliativo temporal, pues el dolor regresó al desaparecer la capa de barniz.

Esta experiencia permite concluir que no es la expansión la productora del dolor, sino un fenómeno eléctrico.

RESTAURACIÓN EN CAVIDADES CLASE V

Las cavidades cervicales presentan problemas especiales para su restauración y buena conservación. La salud futura del tejido gingival y la inmunidad relativa hacia caries recurrentes depende no solamente de la bondad de la restauración, sino del cuidado del paciente.

Las caries cervicales se presentan y tienen tendencia a la recurrencia cuando hay surcos gingivales sucios; palillos de dientes redondos son convenientes para limpiar esta región, se le quitan dos milímetros de la punta al palillo, y el paciente lo muerde convirtiéndolo en una especie de diminuto cepillo con el cual el paciente se frota las regiones cervicales, se le enseña a manejarlo de manera que no dañe los tejidos blandos, se le puede enseñar también a usar una solución descubridora.

Para la preparación de cavidades, las del tipo llamadas Ferrier, para orificaciones, puede ser modificada sirviendo admirablemente para amalgama. El contorno de la cavidad Ferrier tiene la ventaja de tener mejor apariencia y permite restaurar mejor el contorno donde ha habido recesión gingival. Los márgenes oclusales se cortan paralelos al plano oclusal y la línea del labio, la pared gingival más corta se hace paralela a la pared oclusal y colocada debajo del margen libre de la encía, las paredes mesial y distal siguen los ángulos del diente. región de inmunidad relativa.

Estas cavidades son, con frecuencia, múltiples; deben prepararse por cuadrantes, cortar las paredes oclusales con un pequeño disco de carborundum o rueda de diamante, prepararla toscamente con conos invertidos, obturar todos menos uno con gutapercha, colocar dique de goma con la grapa sobre la cavidad sin gutapercha, terminar esta cavidad y obturarla; se inmoviliza con modolina. Para los molares termina igualmente.

El uso del dique de goma y de la grapa gingival son indispensables para las cavidades gingivales. Se recomienda la grapa cervical 212 hasta los premolares, se inmoviliza con modolina. Para los molares se recomienda la grapa Ivory número 6 y las S. S. White 10, 10 A II y 26.

Se recuerda la importancia de restaurar el contorno de la pieza debidamente, a veces moviendo la zona de mayor convexidad hacia gingival en casos de mucha recesión; el pulido debe ser llevado a la perfección. Se considera que las obturaciones de amalgama en estos casos son solamente superadas por las obturaciones de oro a martillo.

"Journal Amer. Dent. Ass.", vol. 48, 50, núm. 3, págs. 248 a 301 (*per* "Rev. So. Od.").