

ENDODONCIA CIENTIFICA DEL PRESENTE VERSUS ENDODONCIA EMPIRICA DEL PASADO (*)

Por el Dr. YURY KUTTLER (**)

No obstante los sorprendentes progresos que los investigadores y estudiosos han logrado en el campo de la Endodoncia durante los últimos 20 años (1), increíblemente pocos de estos adelantos se han aprovechado en la enseñanza y práctica de esta rama. Esto explica el por qué reina todavía la vaguedad, confusión y las rutinas sin base en la rama endodóncica.

La endodoncia *vaga* que se enseña y que se aprecia todavía, puede compararse a la Operatoria Dental primitiva de la era anterior a Black. Las caries dentarias era considerada entonces en forma ligera, superficial y abstracta. Se buscaba un medio para "esterilizar" la dentina afectada y un material obturante que por milagro se quedara en la mal preparada cavidad. Si la profesión odontológica está en aptitud, hoy día, de practicar una operatoria precisa y exitosa lo que la prestigia, se debe a que Black describió la distinción entre las diversas caries; estableció las cinco clases de cavidades; definió las diferentes retenciones y las indicaciones precisas de cada material obturante (2).

En oposición a la endodoncia vaga del pasado, la endodoncia precisa de la actualidad descansa sobre cuatro fundamentos (3): 1) Los amplios conocimientos básicos. 2) Arsenal mínimo indispensable. 3) Utilización correcta de técnicas precisas y bien experimentadas. 4) La limpieza quirúrgica. Con conocimientos básicos limitados, vagos y superficiales de antaño; con pocos instrumentos de mala calidad y desordenados; siguiendo técnicas vagas y no guardando los requisitos de la limpieza quirúrgica —aunque se esterilicen los útiles— nadie podía estar satisfecho de su endodoncia practicada. Los pocos éxitos verdaderos que se han obtenido, en las circunstancias descritas, se debían: 1) A la suerte. 2) A la sabia Naturaleza, que cura, algunas veces, a pesar del Doctor. Por lo anterior se explica por qué los dentistas han sido presas fáciles de las panaceas comerciales de tan rápida difusión.

Ha perdurado una nomenclatura endodóncica vaga, confusa, infundada e incorrecta, que ha conducido lógicamente a

(*) Presentado al Círculo de Estudios Endodóncicos de México, D. F. (1962), y publicado en *The Canadian Den Assn. Vrnal*. "Endodontics"; vague practice or scientific discipline (1964).

(**) Profesor extraordinario de la Universidad de Nuevo León, México.

diagnósticos y terapias también confusos, deficientes y erróneos. Para evitar este embrollo poseemos ahora una terminología racional que contribuye a un ejercicio y una enseñanza precisos de la endodoncia (4).

El caos del arsenal endodóncico de antes —motivo de pérdida de tiempo, paciencia y entusiasmo— ha cambiado a una lógica y práctica selección, y su distribución en cajas especialmente diseñadas, monturas radiográficas especiales, fichas “ad hoc”, sobres para archivo endodóncico, etc., etc. (5).

De la incertidumbre o rigorismo exagerado del pasado, tocante a la terapéutica de la *caries profunda*, que han causado tantas heridas pulpares (erróneamente llamadas exposiciones pulpares), se ha pasado al tratamiento racional con la conservación de la pulpa en la mayoría de los casos (6, 7).

PULPOTERAPIA.—Con el nombre vago e inadecuado de “enfermedades pulpares”, las cuales deben limitarse sólo a las verdaderas pulpitis, se quería abarcar hasta la herida, hiperemia y degeneraciones pulpares —que no constituyen enfermedades— y a la necrosis y gangrena, que representan ya estados postmortem, irreversibles, y por lo tanto ya no pueden enfermarse (8). Con diagnósticos tan vagos, imprescindiblemente su terapia no podría ser correcta a exitosa. Hoy, a todos los cambios anatomohistológicos de la pulpa denominamos genéricamente “Alteraciones pulpares” y cada uno de sus estados especiales está precisamente individualizado y tratado correctamente (9).

El pretendido recubrimiento de la herida o muñón pulpares con pasta, como se hacía antes, llevaba dos riesgos: 1) O no se ponía en contacto con la pulpa y así no efectuaba su beneficio, o 2) Se utilizaba presión que la perjudicaba (10). Sólo por suerte y rara vez se conseguía una aplicación adecuada. Actualmente, con precisión se lleva en una asa de platino la *suspensión* de hidróxido de calcio a un punto cercano de la pulpa herida o amputada y de ahí es deslizada fácil y seguramente sobre este órgano.

Las innumerables y vagas clasificaciones de las pulpitis, tan sólo podían tener algún interés académico (11). Existiendo en la clínica únicamente dos posibilidades terapéuticas de las pulpitis, o sea: 1) La pulpectomía cameral —o matecameral—. 2) La pulpectomía total. Por lo tanto, la única clasificación racional que se impone en la práctica presente, es la que divide a las pulpitis también en dos grupos: 1) La *incipiente* —donde cabe la aplicación de la primera terapia. 2) La *total* para la segunda; porque, teniendo que removerla completamente da igual su diferenciación histopatológica en serosa, purulenta, ulcerosa, hiperplástica, etc. La curación de la pulpitis incipiente por medio de fármacos todavía se encuentra en el período de estudio.

Se enseñaba y se practicaba todavía reducidos e infundados circulillos para "destechar" o trepanar las cámaras que dificultaban la correcta labor, cuando en realidad ninguno de estos techos camerales tiene la forma de círculo, sino: 1) Más o menos triangulares en los incisivos. 2) Ovales en los caninos. 3) Cuadrangulares en los premolares y molares (12). El tamaño de estos techos corresponde a una cuarta parte de las caras linguales de los anteriores y a una tercera parte de las caras oclusales.

CONDUCTOTERAPIA.—La vaguedad, incertidumbre y el caos eran todavía mayores en lo que toca a la conductoterapia, al grado de que nos sorprende y admira que haya habido dentistas que practicaban o intentaban esta terapia. La situación era debido:

1) Al desconocimiento de la anatomía topográfica de los conductos (13).

2) Al desconocimiento de la existencia de cinco diferentes grupos de conductos (14).

3) A la tendencia de generalizar o estandarizar sus tres fases del tratamiento, que son: vaciamiento, preparación y obturación.

Vaciamiento.—El vaciamiento del conducto no puede ser igual en presencia de una pulpa vital (pero infectada), necrosada, gangrenada o con alteraciones paraendodóncicas (*). Basándose en el concepto erróneo que se tenía del foramen (probado por nosotros en 1955) (15) que lo consideraban como la parte más estrecha del conducto, muchos, sin base, habían preconizado el vaciamiento desde este foramen. Actualmente sabemos que muchas veces no es posible, ni necesario y hasta perjudicial —en caso de pulpectomía total— el vaciamiento de la porción cementaria del conducto. Otros recomiendan una pulpectomía subtotal (corta) en las raíces completamente formadas (16), no obstante que la porción pulpar dejaba jamás ha producido dentina, y por último, hay quien se apoya en nuestro establecimiento del "istmo" del conducto, al que encontramos en nuestra investigación microscópica de 402 ápices, a medio milímetro en los jóvenes y 3/4 de milímetro en los viejos, antes del foramen; pero inexplicablemente lo colocan a dos milímetros adentro del foramen y aconsejan el vaciamiento desde este punto.

(*) Llamamos "alteraciones paraendodóncicas" a toda modificación clínica o rensguenográfica del "parendodonto" (para = continuación o junto al endodonto), al cual consideramos como una Entidad Biológica que abarca a los tejidos: periapicales, perirradiculares y regiones vecinas.

Preparación.—La preparación biofísica del conducto —la más importante o primordial— que siempre pecaba de insuficiente, bajo todos los aspectos, no se puede realizar de la misma manera en los conductos del primer grupo de nuestra clasificación (14) (62 por 100 de los conductos), caracterizados por cierta amplitud y ligera curvatura apical; del segundo grupo (31 por 100), diferenciado por su marcada estrechez y curvatura; del tercer grupo (3 por 100, *únicamente*), siendo rectos en ambos sentidos; del cuarto grupo (3 por 100) con conductos incompletamente formados en su posición apical y por lo tanto ligeramente infundibuliformes, y del quinto grupo (1 por 100), en las raíces a media formación con conducto muy amplio, terminando en forma de gran embudo.

La lucha antibacteriana —complementaria y secundaria— (17) ha sido exageradamente ponderada; de ahí que se haya pretendido resolver los problemas de la conductoterapia según el gusto e inclinaciones especiales del operador, por ejemplo:

1) El que gustaba de la química, echaba mano de todos los fármacos, habidos y por haber.

2) El atraído por la física se inclinaba por los diferentes aparatos (ionización, electroforesis, alta frecuencia, baja frecuencia, joulización, etc.) (18).

3) El que gustaba de la microbiología, recurría a todos los medios antimicrobianos que aparecían en el mercado.

4) El apasionado de la cirugía abusaba de la apicectomía, probando su bravura hasta en los molares para alcanzar los ápices tanto por el vestíbulo como por el lado lingual o palatino. Pero pecando *todos* de la insuficiente ampliación de los conductos. El verdadero científico no se rige por sus inclinaciones, sino por la verdad.

Obturación.—La existencia de más de cien técnicas de obturación y más de 250 materiales, prueban tácitamente que ninguno es satisfactorio para todos los conductos (19). Los fracasos del estudiante al emplear una sola técnica, la que le enseñaba su profesor, y la desilusión del graduado, después de probar otra y otras técnicas con los mismos resultados insatisfactorios, condujeron a muchos —como me han confesado— al abandono de la Endodoncia, lo que desprestigia a nuestra profesión.

Hemos analizado (20) las deficiencias y los inconvenientes de los cinco grupos en los cuales Pucci ha dividido casi a la totalidad de las técnicas de obturación (21), y no obstante el reconocimiento, por los más francos, de que “sólo por suerte” (22) y ocasionalmente se lograba una obturación correcta con ellos, se sigue utilizándolos, considerando “exitosa” la sobreobturación —la que en nuestro concepto es franco defec-

to—, bien visible en la rentguenografía, ya no se diga la clara subobturación, o peor todavía la subobturación lateral por falta de cemento alrededor de la parte final del cono rígido, la cual, generalmente, es invisible rentguenográficamente.

En nuestra experiencia la gran mayoría de los casos de conductoterapia se ejecutan con éxito y precisión, al tomar en cuenta:

- 1) La existencia real de los cinco grupos de conductos.
- 2) Las cinco reglas de extensión del acceso a la cámara para la correcta conductoterapia.
- 3) Los cinco principios básicos de la mayor rectificación posible de los conductos curvados, que suman 93 por 100 de todos los que se tratan.
- 4) Los cinco fines principales de la ampliación de los conductos con los cuales la preparación de los cinco diferentes grupos se reducen a cuatro clases.
- 5) Las tres técnicas indispensables y fundamentales * para poder obturar tres clases que abarcan el 99 por ciento de los conductos bien preparados (la cuarta clase 1 por ciento— siendo el quinto grupo requiere el complemento de la cirugía) (3).

La correcta conductoterapia actual y de precisión exige el uso de topes metálicos y en los pocos topes de caucho, de 1,5 mm. de grosor y no los delgados de dique de goma, o peor, completa e inadmisible sin topes, trabajando a ciegas.

La ampliación de los conductos debe ser correctamente ejecutada con instrumentos filosos. Con el consejo de tirar los instrumentos después de tres usos no es suficiente. Para lograrlo recomendamos marcar una ranurita en el instrumento con tope metálico y un corte especial al tope de caucho, después de cada uso. Al emplear un instrumento con dos señales nos cercioramos que ya es la tercera vez que está usado, a fin de tirarlo.

En lugar de la introducción al conducto de mechas, con o sin medicamentos, al “ojo de buen cubero”, que resultaban generalmente ya sea cortas o largas, disponemos hoy de la manera de llevar su extremo exactamente a la unión cemento-dentaria, gracias a la sonda milimétrica usada en perirrizodencia.

TERAPIA DE LAS ALTERACIONES PARAENDODONCICAS.—Es de urgencia abandonar las vaguedades y generalizaciones de los términos como “patología, complicaciones o

(*) La primera, nuestra Técnica de Precisión y Biológica, aplicable en el 84 por ciento de los casos; la segunda, Técnica de la Punta de Plata, aplicable en el 12 por ciento, y la tercera, Técnica del Cono de Gutapercha Invertido, aplicable en el 3 por ciento.

enfermedades apicales, periapicales y abscesos alveolares, etcétera" (4). La denominación de Alteraciones Paraendodóncicas, siendo genérica es la más completa, racional y científica (4 y 23). Pertenece a la vaguedad del pasado hacer diferenciaciones histológicas por medio de la radiografía diagnosticando: abscesos, "granulomas" y quistes (24 y 27). Estos diagnósticos diferenciales única y exclusivamente se pueden lograr con el microscopio. En la rentguenografía solamente es posible diagnosticar alteraciones: 1) Rarefacientes. 2) Condenzantes. 3) Mixtas. Clínicamente se distinguen las Alteraciones Paraendodóncicas en: agudas, subagudas y crónicas, y patogénicamente se subdividen en: 1) *Primarias*, es decir, originadas en el paraendodonto y con pulpa sana. 2) *Secundarias*, consecuentes a complicaciones pulpógenas (3 y 18).

La vaga y demasiado extensiva denominación de antaño de "Cirugía Endodóncica" debe hoy ser limitada exclusivamente a la cirugía dentro del endodonto y diferenciarla de la paraendodóncica (28), porque ésta se ejecuta en las regiones que siguen al endodonto. Desde el punto de vista práctico y de precisión científica esta última cirugía debe dividirse en urgente y no urgente.

CONCLUSIONES.—Esperamos que cuando logremos constituir la Confederación Endodóncica Mundial podrá ésta establecer, entre otras, una comisión que revise, acepte y difunda los adelantos en esta rama, para: 1) Abandonar la enseñanza y práctica de la vaguedad en la Endodoncia. 2) Ofrecer al práctico sus esperados y verdaderos progresos. 3) Dignificar a nuestra profesión, al difundir una rama odontológica más conservadora y más científica en beneficio de todos los seres humanos.

(Envío del autor, separata R. C. Arg. Od., 1964.)

BIBLIOGRAFIA

1. Kuttler, Y.: "Introducción a la endodoncia". *Rev. Asoc. Dent. Mexicana*, pág. 1-5 en febrero y 123-127 marzo-abril, 1958.
2. Black, G. V.: "Special Dental Pathology". *Médico-Dental*, Chicago, 1920.
3. Kuttler, Y.: "Endodoncia Práctica". Editora A.L.P.H.A. México, 6, D. F., 1961.
4. Kuttler, Y.: "Depuración de términos endodóncicos". *La Tribuna Odont.* Buenos Aires, pág. 62-74, marzo-abril 1963.
5. Kuttler, Y.: "Ordenacao dos instrumentos, materiais e radiografias endodonticos". *Rev. Brasileira Odont.*, pág. 197-203, mai-jun. 1958.
6. Kuttler, Y.: "Caries dentinaria profunda". *Prétesis Clínica*. La Habana, pág. 6-8, 10-12 y 14, agosto 1958.
7. Plathner, C. H.: "Zur Frage der Therapie der Caries profunda". *Deutsche Zahn-Mund und Kieferheilkund*, pág. 286-308. 7 u 8, 1963.
8. Kantorowicz, A.: "Odontología conservadora". 2.^a Ed. Labor, Barcelona, 1937.

9. Kuttler, Y.: "Alteraciones pulpares en general". *Rev. Asoc. Odont. Argentina*, pág. 399-403, noviembre 1958.
10. Kuttler, Y.: "Herida pulpar". *Odontología*. Lima, pág. 65-70, diciembre 1960.
11. Kuttler, Y.: "Pulpitis en general". *Rev. Asoc. Odont. de Costa Rica*, pág. 11-15, noviembre 1958.
12. Kuttler, Y.: "Trepanación endodóncica en general y acceso a la cámara". *Boletín Odontológico Mexicano*, pág. 1-5, mayo 1960.
13. Kuttler, Y.: "Anatomía topográfica de la vaciedad pulpar". *Odontología Jaliscience. México*, pág. 5-18, septiembre-diciembre y 24-38, noviembre-diciembre 1960.
14. Kuttler, Y.: "Geometría de preparacao de la cavidade pulpar". *Rev. Uniaó Odont. Brasileira*, pág. 208-217, sept.-oct. 1960.
15. Kuttler, Y.: "Microscopic Investigation of root apexes". *Jour. Amer. Dent. Assn.*, pág. 544-52, mayo 1955.
16. Dawis, W. C.: "Operative Dentistry", 5 Ed. Mosby Co. S. Louis., 1945.
17. Kuttler, Y.: "Análisis crítico de los medios antimicrobianos usados en conductoterapia". *Odontoiatría*. Madrid, pág. 307-408, número 188, 1959.
18. Kuttler, Y.: "Evolución terapéutica de la paraendodontitis endodontógena". *Rev. Fed. Odont. Colombiana*, pág. 19-24, marzo 1962.
19. Kuttler, Y.: "A precision and biologic root canal filling technic". *Jour. Amer. D. Assn.*, pág. 38-50, jan 1958.
20. Kuttler, Y.: "Obturación del conducto radicular en general". *Rev. Asoc. Odont. Argentina*, pág. 99-105, abril 1960.
21. Pucci, M. F.: "Root-canal filling tecnicas". *Trans. of the World Conference on Endodontics.*, pág. 84-88, 1953.
22. Grossman, L. I.: "Progress in endodontics since the first international conference on endodontics". *Trans. 2d. Inter. Conf. endodontics*; pág. 1-5, 1958.
23. Kuttler, Y.: "El Paraendolonto. Nueva entidad biológica. (Una parte publicada en el libro de Actas del II Simposium Internacional de Endodoncia.) Barcelona, 1962, pág. 90-113.
24. Priebe, W. A. et al.: "Values of the roentgenographic film in the differential diagnosis of periapical lesions". *Oral Surg. Oral Med. and Oral Pathology*, pág. 979-83, septiembre 1954.
25. Narita, T.: "Histopathological study on natural healing in chronic apical periodontitis". Septiembre 1956.
26. Bauman, L. N. y Rossman, S. R.: "Clinical, roentgenologic, and histopathologic findigs in teeth with apical radiolucent areas". *Oral Surg. Oral Mel. and Oral Pathology*, pág. 1330-36, dic. 1956.
27. Wais, F. T.: "Significance of findigs following biopsy and histologic study of 100 periapical lesions". *Oral Surgery, Oral Med. and Oral Pathology*, pág. 650, 53, junio 1958.
28. Kuttler, Y.: "Cirugía paraendodóncica". *Anales Españoles de Odontoestomatología*, pág. 764-67, octubre 1960.

Dirección del autor: Hamburgo 250. México, 6, D. F.

EL Dr. HERRANZ, A LA UNIVERSIDAD DE TUBINGA

Ha salido para Tubinga (Alemania), el Dr. D. Gonzalo Herranz, Profesor de Patología General de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, por invitación del Dr. Letherer.