

* LOS PROCESOS INFECCIOSOS DE LOS PILARES, BASE DE LOS DISPOSITIVOS FIJOS Y SU TRATAMIENTO ⁽¹⁾

por el

Dr. Pedro Campos Bértolo

Dos razones me han inducido a traer aquí cuestión tan importante como la que constituye el enunciado de esta comunicación.

Ha sido la primera, la observación hecha en nuestra, todavía no dilatada, pero sí intensa labor profesional, de lo frecuentes que son los accidentes infecciosos, inmediatos o tardíos, de las piezas que fueron utilizadas como apoyos de cualquiera de los distintos tipos de prótesis fijas; y la segunda, lo poco que se ha escrito sobre este punto, sin que pese a su extraordinaria importancia y transcendencia se haga hincapié en el mismo, no sólo en los antiguos tratados, sino también en los más modernos y extensos compendios de la especialidad.

Me consideraré satisfecho si este modesto trabajo pudiera servir para lograr llamar y fijar una vez más vuestra atención, sobre las desagradables consecuencias que puede ocasionarnos la falta de una minuciosa y detenida exploración, antes de decidirnos a realizar una prótesis fija.

Ateniéndonos, pues, al primer extremo, hemos de pensar cuál ha de ser la conducta que debemos seguir cuando nos hallamos en presencia de un caso en el que los accidentes infecciosos hacen su aparición algún tiempo después de haber colocado en la boca un puente de cierta importancia, pues, por una parte, se nos plantea una cuestión psicológica que afecta a la propia reputación, principalmente si tenemos la desgracia,

(1) Comunicación presentada al XIV Congreso Nacional de Odontología.

como ocurre frecuentemente, de dar con clientes poco comprensivos y a los cuales hemos de tranquilizar del mejor modo, procurando resolver la situación, según los casos, con el mayor éxito posible.

La otra cuestión concierne principalmente al paciente, el cual, además del intenso dolor propio del proceso, ve el peligro de perder su trabajo y, seguramente, también sus dientes y la poca halagüeña perspectiva de nuevos e inesperados sufrimientos, que quizá nosotros hubiésemos podido evitar, teniendo la precaución de realizar, como al principio decíamos, no sólo una buena y detenida exploración clínica previa, sino también radiográfica y, cuando la desvitalización del pilar estuviese indicada, verificarla con toda clase de garantía.

Tenemos, pues, que procurar por todos los medios a nuestro alcance, resolver estos problemas lo más airoosamente que las circunstancias nos permitan, pudiendo afirmarse que no tratándose de lesiones muy avanzadas se puede, en gran número de casos, restablecer la situación sin recurrir al levantamiento de la prótesis, aunque para ello se requiera una mayor habilidad y paciencia, de la cual nunca debemos estar privados.

Y para entrar en materia, pasemos ahora a examinar qué línea de conducta habremos de seguir en presencia de estas lesiones.

La conservación o la extracción de los dientes, son los caminos por los que forzosamente hemos de optar. Para el primer caso tenemos que tratar la *infección canalicular* y las *lesiones periapicales*. Para realizar aquélla utilizaremos, como es natural, la *vía coronaria* o la *apical*. La primera podemos seguirla, ya sea dejando la prótesis en su lugar, en cuyo caso perforaremos las coronas previamente, y tratándose de pivots, procuraremos remontarlos con fresas de fisura y redondas; aunque en estos casos diremos que es lo más indicado sacar el puente, por múltiples razones, tales como el descanso de las piezas enfermas al suprimir la articulación y la mayor facilidad para tratar los canales e incluso corregir las deficiencias del trabajo; pero esto no siempre conviene hacerlo, porque en la mayoría de los casos tendremos que convencer al

paciente de la escasa importancia de sus trastornos, con el fin de no poner en tela de juicio el prestigio profesional, aun cuando se tratase de un trabajo efectuado por otro compañero, máxime si éste ha sido realizado recientemente. Hemos de tener en cuenta también, que la separación del puente puede dar lugar, como consecuencia del traumatismo que el realizarlo lleva consigo, a una exacerbación del proceso periodóntico, hasta el extremo de que podemos vernos, como consecuencia de ello, forzados a verificar la extracción del pilar enfermo.

En vista de todo lo expuesto, será lo más prudente que no corramos el riesgo de elevar el puente, a menos que razones fundamentales nos obliguen a alterar esta prudente norma, tales como el desgaste de las coronas, la reabsorción de las encías que dejan al descubierto los cuellos de las piezas dentarias y, también, cuando sean las espigas los medios de sujeción. En aquellos casos en que se quiera evitar un posible recrudecimiento del proceso apical, se puede, con un poco de audacia, realizar de una sola vez el levantamiento del puente, la abertura y limpieza del conducto, así como la apicectomía, si se trata, naturalmente, de piezas monorradiculares, y seguidamente la obturación del canal correspondiente. No obstante, y salvo estos casos aislados, la prótesis debe dejarse en su sitio como medio de evitar los inconvenientes que veníamos relatando, y siempre teniendo presente las especiales circunstancias que le rodean.

La vía apical debemos utilizarla en aquellos casos en que por tratarse de pivots, como punto de apoyo de cualquier clase de piezas, o de coronas Logan o Davis, no nos sea posible, o no conviene movilizarlos por ciertas circunstancias, como son a veces, la excesiva delgadez de las raíces, movilidad anormal de las mismas, acodaduras, etc. La conducta que debemos seguir entonces será atacar por dicha vía el canal infectado, procediendo a seccionar la raíz, si fuese factible, en la extensión correspondiente a la infección canalicular, o en caso contrario desinfectando y obturando la parte que no se puede eliminar, debiendo no obstante, siempre que ello sea posible, optar por el primer sistema, por ser más eficaz y de seguros resultados. Sin embargo, en ciertos casos, no se puede exi

pulsar toda la porción de la raíz infectada, por impedirlo una inflamación aguda, la fragilidad de las raíces, y también cuando nos encontramos con dientes de cortos espigos y que, además, son el sostén de prótesis de cierta extensión, cuyo levantamiento ofrece serios peligros. Podemos en tales ocasiones suprimir primero, debidamente, lo que podamos de la parte enferma, seccionándola y obturando a continuación el canal por el ápice, previa la indispensable esterilización del mismo.

En cuanto al modo de tratar las lesiones periapicales, diremos que podemos recurrir al tratamiento medicamentoso habitual por vía intracanalicular, si disponemos de ella por haber levantado la prótesis y las lesiones no son muy difusas o al procedimiento quirúrgico si se tratase de piezas monorradiculares, afectas de granulaciones o focos de osteítis y hubiesen fracasado las aplicaciones locales de todos conocidas, tales como rayos ultravioleta, lámparas de cuarzo, tópicos, etc.

Y a propósito del tratamiento de los estados inflamatorios, no queremos pasar sin hacer especial mención, pese a que la escasez de tiempo no nos permite extendernos lo debido, de la gran importancia de la acción de la radioterapia en los distintos tipos de procesos inflamatorios, la cual encontramos descrita de un modo admirable en un reciente trabajo del radiólogo del Hospital Provincial de Barcelona, Sr. de Llanos, y que puede prestarnos valiosos servicios en determinados casos, principalmente, cuando nos hallamos en presencia de afecciones periodónticas de las piezas base de cualquier clase de prótesis, pudiendo si se acude a ella precozmente, llegarse a la resolución del proceso sin que se produzca la supuración. También se halla indicada en las *linfocelulitis* y en los *flemones del suelo bucal*. Ahora bien, en aquellas circunstancias en que haya pasado el período favorable, subsiste igualmente la indicación, porque la radioterapia produce una *limitación y fijación del foco infeccioso*, activando al propio tiempo la supuración y haciendo más rápida la terminación del mismo con la abertura y desagüe del absceso.

Lo difícil de este procedimiento es su dosificación, en la cual no están de acuerdo los autores, pues según el mismo del Llano dice: mientras los franceses DANIEL y HUGUET proponen

el uso de dosis pequeñísimas, las llamadas micro y ultramicro-dosis, otros en cambio como DESJARDINS opinan que las dosis reducidas son las causas de los fracasos. Sin embargo y de un modo general, podemos sentar que obtendremos buenos resultados empleando dosis medianas en los procesos superficiales y más intensas en los profundos. Claro que este magnífico método poco podrá generalizarse en nuestra profesión, porque necesita el concurso de un radiólogo hábil y experto, lo cual no es fácil encontrar en cualquier punto. Por nuestra parte podemos comunicaros que hemos obtenido completo éxito en un paciente al que hemos tratado recientemente y que se hallaba atacado de periodontitis de un canino y el cual servía de base a un puente, habiéndose conseguido la curación y el restablecimiento de la función masticatoria, sin recurrir en absoluto al levantamiento, con la aplicación inmediata de una sola sesión de radioterapia, empleando tensiones que no excedieron de los 125 kilovoltios, después de haber comprobado radiográficamente la ausencia de focos apicales.

Pasemos a hablar ahora rápidamente de los casos en que está indicado el tratamiento radical. Recurriremos a él cuando nos encontremos en presencia de infecciones agudas y en trance de extenderse más y más, como por ejemplo; la propagación a suelo de la boca con el peligro de una posible angina de LUDWIG; la invasión de los senos maxilares; trastornos oculares, incluso la pérdida temporal de la visión, cual sucedió en otro caso tratado por nosotros y curado a los 15 días de la intervención, con la consiguiente limpieza del foco infeccioso. Igualmente deberemos eliminar todas aquellas piezas dentarias que después de haber sido tratadas por los procedimientos clínicos a que hemos hecho referencia al comienzo de nuestra exposición, nos han llevado al convencimiento de que su conservación resultaría inútil y perjudicial para el paciente.

En tales casos, en modo alguno podrán detenernos ninguna clase de consideraciones de orden sentimental, aunque con la eliminación de la pieza infectada dejemos al paciente en trance de tener que recurrir a la reconstrucción de su boca por medio de la prótesis móvil. Tampoco debemos ser remisos en aquellas circunstancias en que sin ser un peligro inmediato para

las piezas atacadas, pudieran sin embargo en un plazo breve constituir una amenaza para la vida de las mismas, pues debemos tener presente que los molares infectados intensamente son piezas condenadas a la extracción, pese a que en gran número de casos constituyen magníficos apoyos de muy buenas y sólidas prótesis. Ocurre lo propio cuando se trata de dientes piorreicos con una gran reabsorción y en aquellos casos en que ésta es aumentada y acelerada por un deficiente ajuste de los aros de las coronas y también la excesiva penetración de las mismas, tan poco cuidada en múltiples ocasiones, a través de los ligamentos circulares, contribuyendo con ello a hacer menos sólida la implantación ya deficiente de tales piezas. Sin embargo, aquí no son tan apremiantes las indicaciones de la extracción, salvo en lesiones muy avanzadas y en las que las complicaciones infecciosas graves, ya sean locales o de vecindad, no tengan tendencia a la curación con otros tratamientos. En otros casos pueden existir, además del descarnamiento, lesiones periapicales, siendo entonces funesto el resultado final. En cambio, pueden ser conservadas una gran parte de aquellas piezas, principalmente dientes y caninos, que habiendo quedado al descubierto más allá de su cuello y con lesiones periapicales, pueden éstas ser suprimidas previa la apicectomía, que permite conservar el diente con su prótesis a veces por mucho tiempo. Hemos de citar también aquellos casos de piezas dentarias en que se ha extendido la caries primitiva, mal tratada posiblemente o de fácil recidiva, sobre todo en pacientes con una calcificación deficiente, y asimismo cuando se ha producido aquélla al nivel del cuello de las mismas, como consecuencia de un descenso de la encía, ya sea fisiológico o ayudado por la constante irritación ocasionada por los anillos deficientemente colocados y de los que más atrás os hablaremos.

También estará indicada la extracción en aquellos casos en que nos encontramos en presencia de dientes vivos que tienen lesiones incurables, debido a que por la profundidad a que la caries se ha extendido hace difícil, no sólo la desinfección, sino también la obturación de los canales, agravados a veces por la sinuosidad de los mismos, aparte de que en la mayoría

de dichos casos no habríamos conseguido más que una mejoría transitoria que tarde o temprano nos llevaría irremisiblemente a la eliminación del diente causante.

Y para terminar quiero decir que en presencia de lesiones sospechosas debemos sacrificar sin pena alguna todos aquellos dientes que, aun sin peligro inmediato, sabemos sin embargo por propia experiencia, que serán constante motivo de preocupaciones y molestias más o menos intensas para el paciente. Naturalmente, no hay motivo para imponerle excesiva prisa y se le puede dejar tiempo a que piense que la solución que le proponemos es, en fin de cuentas, la mejor y más positiva para su bienestar futuro, elevada mira que debe ser nuestra constante guía en cada caso en que tengamos que intervenir.

CONCLUSIONES

Como síntesis de lo anteriormente expuesto, sacamos las siguientes conclusiones:

Primera.—Como consecuencia de los múltiples casos en que existen procesos infecciosos en los pilares que sirven de base a las prótesis fijas, no debemos en modo alguno proceder a la realización de un trabajo protésico, sin una detenida y minuciosa exploración clínica y radiográfica de la pieza o piezas interesadas, haciendo el tratamiento y desinfección de las mismas con todo detalle y sin que sólo con una seguridad absoluta llevemos a cabo la prótesis.

Segunda.—Si fuese imprescindible la desvitalización, se impone la *asepsia más rigurosa y extremada en nuestras manos e instrumentos*, como base del éxito, puesto que en éstas operaciones se debe proceder *desde el principio al final, como en cualquier intervención quirúrgica*.

Tercera.—La radioterapia anti-inflamatoria, nos prestará grandes servicios, pero manejada con gran cuidado.

Y Cuarta.—Verificaremos el tratamiento radical, en aquella circunstancia en que existe el gran peligro de propagación de la infección del pilar enfermo, así como piezas piorreicas o afectas de una intensa reabsorción, aunque no son aquí tan acucian-

tes las indicaciones de extracción, a menos que nos hallemos en presencia de complicaciones graves y sin posibilidades de curación. Y no olvidemos aquellas piezas con caries primitivas extendidas por diferentes circunstancias, los dientes con lesiones incurables, y cuando por la sinuosidad de los canales o la profundidad de la caries no es posible llevar a buen término la desinfección de los mismos.

Sobre la resistencia del bacilo tuberculoso en los sellos de correos.
PUCCI (R) "Lotta Tub.", 14, 1943 (7).

Las actuales investigaciones sobre las supuestas infecciones tuberculosas transmitidas por el papel han dado resultados muy dispares, según se desprende de la literatura pertinente, por lo cual realiza el autor una serie de exámenes muy curiosos con una clase de papel que suele llegar a un contacto muy íntimo con el material tuberculoso, o sea con los sellos de correo.

A este objeto realiza seis series de investigaciones: con los sellos corrientes procedentes de una oficina, con los sellos procedentes de un comercio de sellos con los sellos procedentes de un sanatorio que sirvieron para franquear la correspondencia destinada a los familiares de los hospitalizados, con los sellos adheridos a la correspondencia de los hospitalizados y que habrían permanecido durante varios días en las habitaciones de los mismos con otros papeles, con sellos que habían sido pegados a la correspondencia por enfermos con tuberculosis abiertas y que habían sido conservados durante cuarenta días, y con sellos de la misma procedencia que el grupo anterior, pero que habían sido guardados sólo durante cuarenta y ocho horas.

Para realizar las investigaciones se trituraban doscientos sellos de cada serie, añadiendo luego 350 c. c. de agua esterilizada, removiendo diariamente esta suspensión. Al cabo de una semana se centrifugaba el agua, inoculando luego los sedimentos a cobayas por vía subcutánea, en dosis de 2,5 c. c. y 5 c. c., a dos series de cuatro animales cada una. En el segundo grupo se empleaban seis animales; en el tercero, ocho, en el cuarto, 10, de los cuales fallecieron cuatro a consecuencia de afecciones intercurrentes; en el quinto grupo se empleaban ocho animales, falleciendo dos de modo intercurrente. Para una sexta serie de ensayos se utilizaban ocho animales, guardando los sellos —al contrario de los ensayos anteriores— en la oscuridad.

En las series de ensayos 1-5 se lograron únicamente resultados negativos, mientras que en todos los animales de la serie sexta se presentaban afecciones tuberculosas manifiestas. Las diferencias observadas entre los ensayos de la serie quinta y sexta se atribuyen a la desecación de los bacilos en el primer caso.

Por tanto, hay que admitir la posibilidad de una contaminación por los sellos de correo, aunque la posibilidad es muy pequeña, sobre todo después de una conversación algo prolongada.—R. A. STANEK, per Rer. Esp. de Tub. 157. 1946.