

PULPECTOMIA PARCIAL Y PILARES PROTETICOS

Por el Dr. EDUARDO M. AMADEO

Respecto a si se pueden aceptar dientes con pulpectomía parcial como pilares protéticos, nuestra experiencia nos indica que deben aceptarse únicamente molares que fueron necropulpectomizados y que, previa radiografía, indiquen que por lo menos un año después no existen sombras de osteitis rarefaciente en la zona periapical. No hay que olvidarse que los especialistas de Endodoncia practican cada vez menos la necropulpectomía parcial previa desvitalización con compuestos arsenicales dosados y prefieren ir a la pulpectomía total.

En cuanto a dientes jóvenes, que no terminaron su etapa de dentinificación y que por trauma o caries se le practicó amputación parcial de la pulpa y recubrimiento directo con Hidróxido de Calcio, debe esperarse un período de 9 a 12 meses para lograr la dentinificación de la zona apical con la aposición de osteocemento que permita poder hacer una buena pulpectomía total de acuerdo a las concepciones de Kronfeld, para que el protesista pueda hacer un perno colado, respetando la obturación hermética y citofilática del periápice, haciendo en consecuencia una diferenciación biológica entre zona periapical y zona de restauración protética.

En Cuanto a la pregunta sobre si es conveniente reducir el esfuerzo funcional de un diente que ha sufrido un tratamiento parcial, diré a manera de corolario y como resumen de todas las impresiones recogidas en nuestra reciente gira por los principales centros de investigación de Europa, que encontramos tratado ese problema durante nuestra asistencia a la Clínica Dental del Estado de Zurich, problema que nos fué explicado gracias a la gentileza de su director Dr. Max Reiser y que en líneas generales podemos resumir así: Cuando se dice en prótesis fija que si un diente comparte el trabajo de otro igual a sí, o sea el 100 por 100, la pérdida de 1/4 de su resistencia a la masticación por pulpectomía total, no da motivos a pensar que sea necesario reducir el esfuerzo funcional de ese cliente. Este criterio y es dato de sumo interés, está de acuerdo con los conceptos que obran en nuestro poder, del último resumen publicado en el compendio de la American Equilibration Society (número 5-3, 1961), publicado en los Estados Unidos y editado por Alfred Nelson.

Respecto a la conducta a seguir sobre tratamientos totales en piezas dentarias con delta apical, fué tratado exhaustivamente en esa sesión con abundantes diapositivos y puede resumirse en los siguientes términos: el delta apical, a partir de las primeras investigaciones de Fisher y de las contemporáneas de Okumura, Kronfeld, Rapela, Aprile y otros, no constituyéndose ningún impedimento para efectuar un correcto tratamiento de conducto. Las que prevalecen son las ideas de Kronfeld que indican que el "factotum" principal es el conducto central y no los conductos laterales o "side-branches". Anulando el conducto principal por obturación con elementos no absorbibles, citofiláticos y bien tolerados por el organismo delta apical es capaz de formar osteocemento en capas sucesivas que anule las foraminas laterales. Louis Grossman es partidario de este criterio y dice que si tomamos en cuenta los deltas apicales nadie haría endodoncia, por otra parte no hay que olvidar que la histopatología ha comprobado que en la enorme mayoría de los casos los canales aberrantes no llegan al cemento.

En cuanto al punto sobre el mejor método para la obturación de dientes utilizados en el futuro como pilares protéticos, los especialistas de todo el mundo han llegado a la conclusión que lo que interesa es el cierre hermético de la zona periapical, y en líneas generales con elementos no absorbibles o discretamente absorbibles. Ello contesta en parte el último punto cuando pregunta qué criterio se debe seguir en dientes que son futuros pilares protéticos con procesos periapicales. O sea, que el cierre hermético, después de una correcta endodoncia, del conducto radicular principal, nos acerca a los magistrales conceptos que hace casi cincuenta años dijera Lentulo cuando afirmaba: "Existe una verdad tan vieja como la profesión, y es la de que el conducto vacío es un elemento de infección. Suprimida la vacuidad del conducto, el organismo es capaz de hacer su propia reparación."

Por eso el protesista, prescindiendo en este caso de la histopatología, sólo le queda como elemento de juicio, antes de la restauración protética, el estudio de la radiografía, analizar el reposo clínico de un diente y la ausencia de zonas de rarefacción ósea en la parte periapical.

"Publicns" 3. 1964

CURSO SOBRE PROTESIS COMPLETA FUNCIONAL

Se ha celebrado el Curso sobre Prótesis Completa Funcional en el Servicio de Estomatología del Gran Hospital de la Beneficencia General del Estado, que dirige el Dr. Sada.

El Curso fué dictado por el Prof. J. Schreinemakers, de Holanda, sobre una serie de lecciones teóricas y prácticas.