

SOLUCION AL PROBLEMA DE LA DECOLORACION Y PERDIDA DE VITALIDAD DENTARIA EN LAS INCRUSTACIONES CON ESPIGA EMPLEADAS COMO ANCLAJES ANTERIORES

por el

DR. ANTONIO DE VICENTE ARGÜELLES

Odontólogo

Ex Jefe del Servicio de Odontología del Hospital P. de Guadalajara
Ex interno de la Escuela de Odontología de la F. de M. de Madrid

7.01:585.6

Uno de los problemas con los que más frecuentemente tenemos que enfrentarnos en el curso de nuestra diaria práctica profesional es el referente a los anclajes de puentes en dientes anteriores, y para tratar de solucionar el mismo escribimos el presente trabajo, que trataremos de forma eminentemente práctica, ya que va principalmente dedicada a los compañeros jóvenes que se empiezan a enfrentar con los numerosos casos prácticos que tienen que resolver rápidamente desde el momento en que diariamente, junto al sillón, comienzan a ejercer nuestra querida profesión.

No cabe duda que la mejor solución para anclajes anteriores de puente es, sin discusión, la corona tres cuartos Tinker, principalmente (según nuestra opinión) si se emplea nuestra técnica simplificada, que dimos a conocer en un trabajo publicado hace algún tiempo en la revista ODONTOIATRÍA (núm. 58, octubre 1948), pues estos anclajes son los ideales a pesar de los inconvenientes que quieren achacarles sus detractores. Pero es indudable que su confección ofrece algunas dificultades que en muchas ocasiones son causa de que realicemos otros anclajes. Nos referimos principalmente a la atención y cuidado con que tienen que ser tallados los pilares, cosa que no siempre puede efectuarse cuando se tiene la sala de espera abarrotada, ya que es una labor un poco entretenida, máxime si dada la sensibilidad del paciente hay que practicar el tallado en varias veces. Eso aparte de que no siempre es apreciado por el paciente el mérito de nuestra labor.

Nos ocuparemos, pues, de las incrustaciones con espiga, intentando solventar uno de los principales inconvenientes que, a nuestro juicio, poseen estos anclajes. Nos referimos a tener que desvitalizar el diente, lo que va seguido, al cabo de cierto tiempo, de la consiguiente decoloración al convertirse el mismo en un órgano muerto, sujeto, por consiguiente, aparte de este inconveniente, a procesos inflamatorios, focales, etc.

Nosotros, en aquellos casos en que utilizamos estos anclajes, practicamos una pulpotomía, es decir, una extirpación parcial de la pulpa dentaria, con lo cual creemos solucionar los problemas a que hacíamos referencia en nuestro párrafo anterior. De esta manera, el diente conserva su vitalidad y, aparte de no decolorarse con el tiempo, constituye un firme pilar de puente.

Describiremos sucintamente nuestra técnica para no cansar a nuestros lectores.

Comenzamos por anestesiar el diente interesado, para lo cual empleamos una ampolla de xilocaína al 2 por 100 (sin epinefrina), pues consideramos que dada la potencia de este anestésico (más del doble que la de la novocaína) no necesitamos reforzar su acción con la adición de epinefrina, máxime en este caso, en que lo que nos interesa es que ejerza su efecto anestésico con rapidez, y una vez efectuada la intervención, que en general se practica en unos minutos, desaparezcan rápidamente los efectos del anestésico, eliminando los inconvenientes del vasoconstrictor (pequeñas necrosis, lipotimias, hipertensión, etc.), aunque la xilocaína Rovi-Astra que utilizamos con epinefrina en algunos casos, sólo lleva esta substancia al 1 por 80.000, o sea, menos del 50 por 100 de lo que llevan los anestésicos más en uso, y es, por consiguiente, mucho menos tóxica, por este concepto y por las propiedades del anestésico en sí.

En los dientes superiores empleamos anestesia periapical, bastando una punción en la parte vestibular, insensibilizando previamente la mucosa con una torundita empapada en xilocaína al 2 por 100; en los inferiores aconsejamos anestesia troncular a nivel del agujero mentoniano o del dentario inferior; en ambos casos se consigue la anestesia rápidamente.

Conseguida la anestesia, comenzamos el tallado, empezando a trepanar el diente en la fosita situada por debajo del cíngulo (cara lingual), para lo cual empleamos una punta fina de diamante, que desgasta con rapidez, suavidad y sin recalentamientos perniciosos para

la vitalidad pulpar, pero puede ser utilizada una punta de carborundum con las debidas precauciones para evitar el recalentamiento excesivo, profundizando con la misma hasta atravesar la capa de esmalte; después es preferible continuar con fresas hasta llegar a la cámara pulpar.

Ni que decir tiene que a partir de aquel momento hay que proceder con una asepsia rigurosa, pues cualquier reinfección constituiría una complicación que estaría a punto de malograr el éxito de nuestro trabajo.

Ensanchamos la cavidad que recibirá la incrustación y que se corresponde más o menos con la cámara pulpar, cohibiendo la hemorragia con perhidrol o, en su defecto, con perborato de sodio puro para evitar la decoloración del diente, extirpando con cucharillas los restos pulpaes que pudieran haber quedado; conseguido esto, pro-

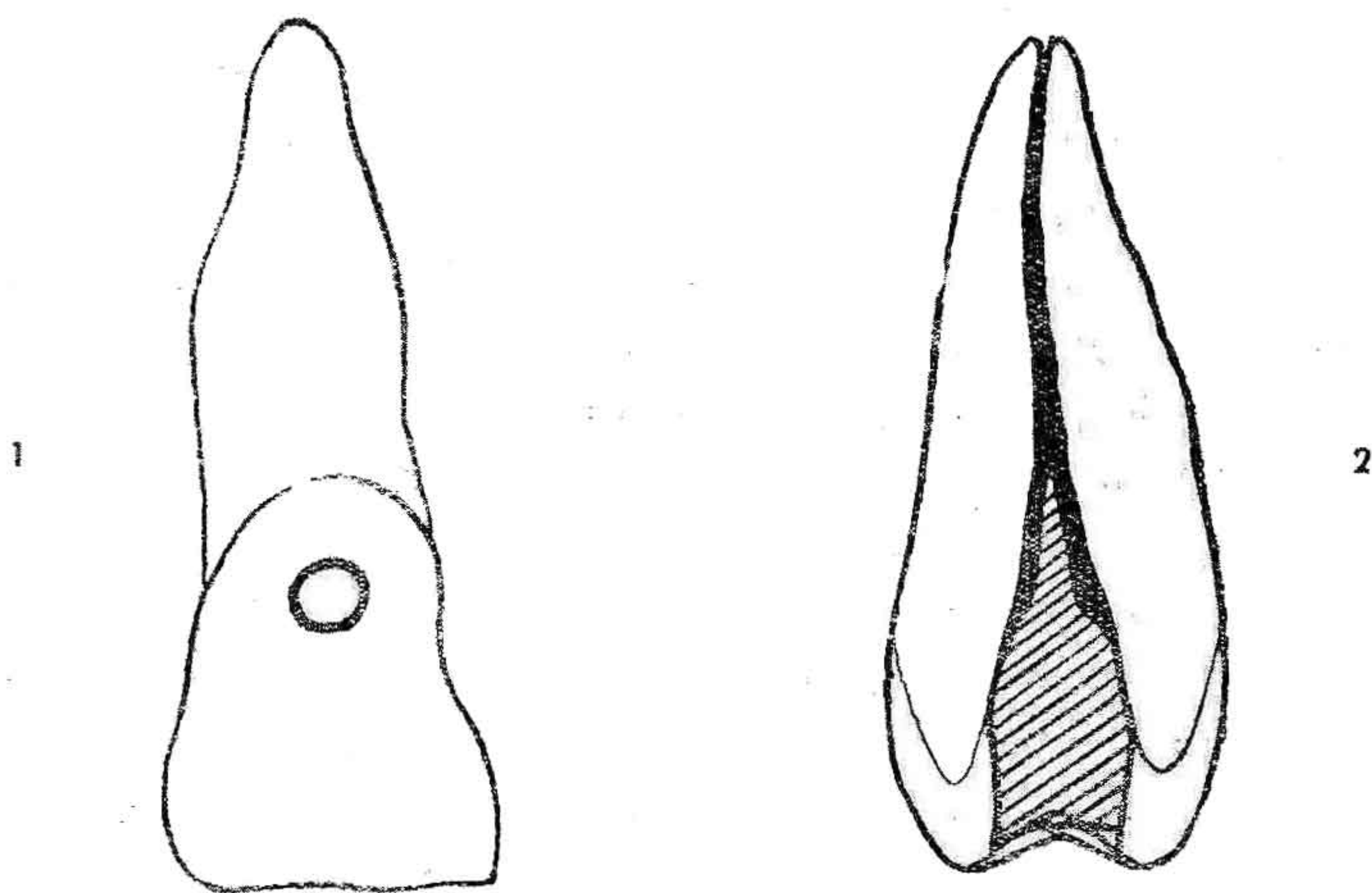


FIGURA NÚMERO 1.—La trepanación del diente. Para comenzar la preparación de la cavidad que recibirá la incrustación con espiga, se verifica inmediatamente debajo del cíngulo, aproximadamente en la zona que se representa con un círculo.

FIGURA NÚMERO 2.—Representa un corte frontal de un premolar. La zona rayada corresponde a la incrustación y espiga correspondiente; la zona en negro del canal radicular es la pulpa que conservamos para dar vitalidad al diente. No está representada en la figura la pequeña porción de cemento quirúrgico que separa la espiga de la pulpa radicular.

fundizamos un poco con una fresa redonda de tamaño adecuado en el trayecto del canal radicular, que llevará incluida la espiga de la incrustación, que bastará con que sea de pequeña longitud, practicando un lavado del canal con suero fisiológico que arrastre todos

los detritus y restos pulpares, obturando seguidamente el fondo del ensanchamiento del canal, colocando una pequeña bolita de amianto empapada en una solución de tirotricina o de penicilina asociada a sulfamidas, procurando no comprimir la pulpa radicular que aun queda en el diente, para evitar su mortificación; finalmente, colocamos una pequeña porción del cemento quirúrgico Dentopak, cuya fórmula reseñamos a continuación:

Líquido.—Esencia de clavo, 80 gramos, y aceite de oliva, 20 grs.

Polvo.—Óxido de cinc, 67 gramos; resina pulverizada, 28 gramos, y fibras de amianto, 5 gramos,

con lo cual queda perfectamente aislada la pulpa radicular de la espiga de la incrustación.

Una vez endurecido el cemento quirúrgico procedemos a ajustar una pequeña espiga en la parte del canal radicular que hemos preparado a este efecto, construyéndola nosotros mismos con un trocito de alambre del grosor necesario de metal blanco, y una vez preparada la cavidad de la incrustación, que, como es natural, será de paredes lisas sin retenciones que dificulten su entrada y salida con facilidad, procedemos a tomar la impresión de la cavidad con cera especial para incrustaciones, empleando el método directo. Antes de que la cera haya endurecido por completo colocamos la espiga en su sitio, practicando a aquélla los retoques que sean necesarios, retirando todo ello una vez que haya endurecido, cogiendo con una pinza o alicates de punta fina el extremo de la espiga, doblado, según costumbre, en ángulo obtuso, enviándolo al laboratorio para efectuar el colado en oro o palador.

En este momento es cuando practicamos en la cavidad que recibirá la incrustación unos pequeños puntos de retención que contribuirán a comunicar a la incrustación una mayor solidez.

Finalmente, sellamos con gutapercha, colocando una torunda con perhidrol. Aconsejamos además al paciente que, a ser posible, tome baños locales de sal para conseguir el blanqueamiento del diente, o, mejor dicho, para evitar aún más eficazmente la decoloración dentaria, esto puede ser sustituido por una sesión de rayos ultravioleta en la clínica.

En puentes pequeños, en que no es precisa una gran solidez en el pilar que sostenga la incrustación, puede incluso desecharse la espiga, colocando simplemente una incrustación que ocupe todo el es-

pacio de la cámara pulpar, conservando, por consiguiente, íntegra toda la pulpa radicular, con lo cual el diente gana en una mayor vitalidad.

* * *

Empleando el método que hemos descrito, tendremos un pilar que conserva su vitalidad y que generalmente, si hemos operado asépticamente en la cámara pulpar, sin emplear antisépticos que mortifiquen la pulpa, ni compresiones de la misma, es decir, siguiendo al pie de la letra el procedimiento operatorio reseñado, no hay reacción dolorosa postoperatoria, y caso de haberla, cede fácilmente inyectando 400.000 U. O. de penicilina retardada (farmaproína reforzada) e inyecciones locales en el vestíbulo bucal de 200.000 U. O. de penicilina simple disuelta en suero fisiológico o solvente Lidfex (que contiene cobalto en su composición y mantiene durante más tiempo el nivel de penicilina en sangre), cada veinticuatro horas. También obtenemos buenos resultados con la penicilina administrada por vía bucal, asociada a mezclas sulfamídicas (sulfadiazina, sulfamerazina y sulfametazina), de cuya composición existen ya algunos preparados, tales como el Anticocus y la Tredicilina, administrando generalmente dosis de tres o cuatro comprimidos, y posteriormente dos comprimidos, cada cuatro horas en los adultos. Los comprimidos deben ingerirse disueltos en un poquito de leche, con el estómago vacío, media hora antes de comer o dos horas después de la comida.

Para evitar la inactivación de la penicilina por el jugo gástrico, estos preparados llevan sustancias que, como el carbonato cálcico precipitado, tamponizan el medio elevando el pH, lográndose que no sea inferior a 6,7, con lo que el antibiótico es absorbido en duodeno y llega a la sangre en plena actividad, obteniéndose resultados análogos a los obtenidos con penicilina por vía parenteral, siempre que la dosis administrada sea superior a 60.000 U. O.; dosis inferiores resultan prácticamente ineficaces por no alcanzar el necesario nivel en sangre que mantenga la actividad antibiótica (cada comprimido de Anticocus lleva 80.000 U. O. de penicilina).

Se asocia además el efecto de las mezclas sulfamídicas, que, como es sabido, son mucho menos tóxicas que las sulfamidas empleadas aisladamente.

Finalmente, aconsejamos (aun no habiendo molestias postoperatorias) que el paciente tome vitamina C en comprimidos; nosotros empleamos Redoxón en comprimidos (forte), que tiene mayor concentración que otros preparados de vitamina C en comprimidos. Pretendemos con ello estimular a la pulpa radicular a la formación de dentina secundaria, acción específica que posee esta vitamina, y la no menos interesante en este caso de ser antiinfecciosa.

Williams of Cridley, J. D.: *Reacciones subsiguientes a la inyección intraósea*. (Reactions after intraosseous injections.) "Dental Items of Interest". volumen LXXI, pág. 178. enero de 1949.

El autor ha observado algunos casos en que el paciente se desvanece de repente tras la inyección intraósea, siendo explicado este accidente por Nevin como sigue: En la anestesia intraósea, la solución anestésica se inyecta en la estructura esponjosa del hueso, parecida a un enrejado que se llena con células sanguíneas primitivas y maduras y con numerosos vasos sanguíneos, no conociéndose aún con claridad el mecanismo de este proceso.

La arteria medular o nutricia, generalmente acompañada de una o dos venas, corre a través de la longitud del proceso alveolar en la estructura esponjosa, enviando ramas laterales que se ramifican libremente con las venas y arterias en la capa cortical.

De todo esto se deduce que una inyección en la estructura esponjosa es prácticamente equivalente a una inyección intravenosa, siendo ésta la razón de la frecuente e inmediata reacción del paciente a la inyección intraósea.

Los trastornos tóxicos, sin embargo, son de presentación momentánea y por regla general no muy graves. Es aconsejable inyectar solamente una pequeña cantidad del anestésico, 1/4 c. c. es suficiente; algunas veces unas gotas son suficientes para producir la adecuada anestesia. Esta, tras una inyección intraósea, es, comparativamente, de corta duración, lo cual es también debido al rico suministro sanguíneo y linfático que lleva rápidamente fuera del área la solución anestésica. *J. Font.*

Ensayo de clasificación de los anestésicos locales, R. Charonat y P. Lechat. ("Ann. Pharm. Franc.", 11, 409-14, 1953.)

La comparación sobre la córnea del conejo, de la acción de un anestésico local en ausencia o en presencia de glucosa, permite discernir tres grupos de anestésicos, según que la glucosa sea antagonista, indiferente o sinérgica.

Esta diferenciación parece estar bien ligada a la naturaleza química del anestésico.