

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

Dirección: Miguel Sáenz de Pipaón y Tejada, D. D. S.
de la Asociación de Prensa Médica Española



MADRID - 1

Jorge Juan, 39

Editorial

Número 209 (5)

1963

TERAPEUTICA DEL CANAL RADICULAR

Hoy honran nuestras páginas un trabajo del Prof. J. H. Gutiérrez, de Concepción, Chile, con su colaborador J. Cumming, que trae nuevamente a la palestra el problema de la terapéutica y obturación radicular. Es, para nosotros, una satisfacción acompañar al Prof. Gutiérrez con unos comentarios sobre una parte del amplio tema.

Por si fuera poco, el reciente II Symposium de Endodoncia, en Barcelona, organizado por el Colegio de la II Región, que tan dignamente preside el Dr. J. A. Martínez Sardá, ponen en evidencia lo interesante del problema y la enorme labor que ello representa para nuestras clínicas universitarias y nuestros colegas todos.

Como dice Lovel (B. D. J., 13, 1, 112), la terapéutica radicular es uno de los problemas de la dentistería de hoy, todavía sin resolver.

Los medicamentos más comúnmente empleados en la terapéutica de los canales radiculares en la era de los años 20 han sido: el fenol, el tricresol-formol, el clorofenol, la formaína, el paraformaldehído, el timol, mentol, nitrato de plata, etc., etc. Con los métodos no biológicos, Hermann, lustros después, considera que el 58 por 100 de los tratamientos proporcionaban fracasos, mientras con los biológicos estos fracasos se reducían al 14 por 100.

Pero es el adecuado tratamiento mecánico del canal, seguido por su irrigación con una solución de hipoclorito sódico al 5 por 100 y peróxido de hidrógeno al 3 por 100 el que ha sido recomendado por Grossman y confirmados sus resultados (1950), con el que se desarrolla una acción efervescente que facilita el arrastre de las partículas removidas por los ensanchadores.

Ha de cuidarse, sin embargo, el empleo alternativo de estas dos soluciones y de que no quede en absoluto nada de peróxido en el canal, ya que podría dar lugar a enfisema, tal y como ha sido registrado en la literatura inglesa.

Castagnola (1951) industrializó una fórmula a base de hidróxido cálcico, mezclado con cloruros de calcio, sodio, potasio y carbonato sódico, en agua. También la pasta iodoformizada de Walkhoff fue mucho tiempo preconizada, considerando que penetraba profundamente en los tejidos y llegando al área apical, neutralizando así la acción de las toxinas, reduciendo la secreción y favoreciendo la curación, con el cierre fisiológico del ápice.

Más tarde la fórmula de Sargenti y Richer (1959) ha venido a ser ampliamente utilizada, y aunque resulta que no hacen pública un producto irritante se admite es capaz de ocupar los espacios libres, evitando los vacíos, causa potencial de peligros de reinfección. A este respecto es bien interesante la experiencia realizada, por Dixon y Rickert (*J. of Periodontology*, 8, 19, 1937), en perros, en cuyo hueso colocaron tubos huecos, pudiendo apreciar una reacción inflamatoria en ambos extremos. Cuando estos tubos insertados no fueron huecos, no se apreció reacción tisular alguna. Este experimento—advirtió Lovel—ha sido confirmado por Sommer, Ostrander y Crowley (1956), y añade consecuentemente que el 50 por 100 de los fracasos en el tratamiento de canales se debe al relleno incompleto del canal (Dow e Ingle, 1955), lo que también nosotros hace años señalamos (1948).

Kjoer (1955) empleó la cloramina-T, con o sin aplicación diatérmica, obteniendo, en el primer caso, un 69 por 100 de curaciones, mientras en el segundo sólo pudo conseguir un 47 por 100. Scher utiliza, asimismo, corrientes de alta frecuencia operando con un electrodo unipolar, del que S. Ross también se vale.

Orlay (1959) aboga por el uso de los agentes quelantes, con los que hace permeables, abre los canales radiculares más obstruidos y, además, en pocos minutos. Se trata de la aplicación de unas pocas gotas de ácido tetra-acético-diamino-etílico que existe ya industrializado en los Estados Unidos.

Stewart y colb. (1961) han publicado (*J. A. D. A.*, 63, 37) unos trabajos sobre la efectividad de una solución al 10 por 100 de peróxido de urea, en un vehículo de glicerol anhidro. Estos autores emplean también una solución de hipoclorito sódico con la que irrigan el canal, previamente ensanchados mecánicamente, y hasta tanto deja de percibirse efervescencia alguna. Realizados cultivos con cada uno de ambos preparados, con la solución de peróxido de urea, se obtuvieron el 65,7 por 100 de cultivos negativos, mientras que sólo 48,5 por 100 en los empleados con el hipoclorito sódico. Hampson nos informa a este respecto que han sido aplicados los isótopos radioactivos con el fin de estudiar la permeabilidad de los tejidos radiculares a estos medicamentos.

El uso de los preparados poliantibióticos en la terapéutica radicular ha sido ya estudiado por Martínez Sardá. Lovel los considera de mayor efectividad que los antisépticos cáusticos, aunque no hay que descartar con sus inconvenientes, conocidos, la posibilidad de reacciones alérgicas,

como la registrada por Pirila y Rantanen (Oral Surg. 589, 13, 1960) con la bacitracina-neomicina, consiguiente al empleo de un preparado antibiótico de estos elementos para tratar al enfermo un eczema.

Pues si, terminemos, la obturación del canal se exige sea rigurosa, se recomienda desde las puntas de plata hasta las sintéticas, o, como preconiza Messing (B. D. J. 125, 104, 1958; 456, 109, 1960), la amalgama, lo que también fue recomendado por Macorra.

Pero no podríamos terminar estos comentarios sobre canales sin recordar la necesidad del estudio radiográfico del diente. En efecto, Suzuki y sus colb. (1960), de Tokio, radiografiaron cincuenta y cinco dientes, de los que después amputaron el ápice para hacer sendos cultivos. De los dientes clasificados, Overdiek (1962) practica el relleno valiéndose del vacío, y aplicando previamente en el canal desecado un gas desinfectante, y haciendo abocar en la misma cámara el material de relleno y la cánula que evacúa el gas.

Pero no podríamos terminar estos comentarios sobre canales radiculares sin recordar la necesidad del estudio radiográfico del diente. En efecto, Suzuki y sus colb. (1960) radiografiaron cincuenta y cinco dientes tratados, de los cuales amputaron después el ápice para hacer sendos cultivos. De los dientes clasificados radiológicamente como tratamientos de resultado favorable, sólo en el 83,7 por 100 fueron confirmados estos diagnósticos. Así ha podido señalarse que la curación decrece en proporción directa a la zona radioluciente. Por contraposición, si puede observarse la neoformación de trabéculas óseas, puede afirmarse su proceso de curación.

UN AZUCAR ESPECIAL CONTRA LA CARIES DENTARIA

El doctor Dubois-Prévost, jefe de laboratorio en el Hospital Bichat, en Francia, ha presentado a los congresistas de la V Jornada de higiene y de salud bucodentaria, un azúcar especial que debe impedir las caries dentaria.

La caries dentaria, que afecta al 15 por 100 de los niños de tres a seis años, al 61 por 100 de los niños de siete a quince años y al 90 por 100 de los adultos, está generalmente originada por el consumo de azúcar. En efecto, el azúcar produce, en el interior de la boca, la formación de ácidos en los cuales se desarrollan microbios que destruyen el esmalte de las muelas y provocan la caries.

El doctor Dubois-Prévost, basándose en esta hipótesis, ha buscado el transformar el «medio bucal». Ha utilizado un descubrimiento que data de hace cerca de cuarenta años. El doctor Fleming, el inventor de la penicilina, había aislado el «lysozime», producto natural presente en todos los tejidos animales y vegetales, y que es un bactericida potente (más fuerte que todos los antibióticos); este cuerpo destruye la flora microbiana bucal, y en particular los microbios que son el origen de los ácidos generadores de caries dentaria.

El doctor Dubois-Prévost ha establecido que la clara de huevo contiene una fuerte cantidad de «lysozime» y que es suficiente añadir una cierta cantidad de clara al azúcar para que realice una profilaxis interesante de la caries.