

LA "HIBERNACION" EN DENTISTERIA OPERATORIA

por el

DR. JULIO ARBOLEDA

Endodoncista

La anestesia por el frío es conocida desde hace mucho tiempo, pero su aplicación a la dentisteria operatoria no fué siempre muy feliz, ya que ésta estaba aún muy empírica: el frío era aplicado brutal e intensamente y las reacciones de la pulpa, tan frecuentemente congestivas como dolorosas, eran en la mayoría de los casos el tributo pagado a una anestesia operatoria finalmente más o menos eficaz.

El estudio de los fenómenos de hibernación ha permitido descubrir el mecanismo de la insensibilización y los errores técnicos que eran cometidos.

Desde 1920, Fabret, cirujano dentista en Niza, en sus fórmulas, y Guebel, en su tesis de doctorado en 1923, habían planteado claramente el problema y descrito las características de una buena refrigeración dentaria, cuya hibernación no es más que una trasposición moderna, servida, es verdad, por medios físicos altamente desarrollados.

La hibernación es un estado fisiológico bien particular, que resulta de la disminución de temperatura progresiva y moderada de los tejidos vivos.

Estado muy particular en efecto y muy diferente del que resulta de otros modos de enfriamiento.

Primero. El enfriamiento intenso y brutal, que alcanza al congelamiento de los tejidos y su insensibilidad.

Segundo. El enfriamiento moderado, pero rápido, que pone en juego reacciones de compensación. Estas reacciones, destinadas a mantener la temperatura interna, tienen por efecto provocar congestiones de vecindad o alejadas por vía refleja.

Se ven así los graves inconvenientes de estos dos modos de enfriamiento.

El primero mata los tejidos, lo que actualmente es aceptado como un modo de anestesia operatoria cuando la intervención es una amputación.

El segundo tiende a ser ineficaz, puesto que la reacción que él ataca se opone al enfriamiento; tiende, además, a ser nocivo por la congestión que de aquí resulta (ya se sabe cómo una pulpa en particular es sensible a la congestión, aun pasiva).

El problema es, pues, bien claro y bien expuesto por estos dos aspectos; no habiendo enfriamiento no hay reacción, y, por lo tanto, la solución no queda simplificada.

Es bastante fácil evitar la congelación; basta limitar la disminución de la temperatura. Es más fácil evitar los fenómenos congestivos antianestésicos y aun dolorosos.

Cuando en cirugía general se quiere hibernar a un paciente para hacerle soportar un choque operatorio o infeccioso, se deben paralizar literalmente sus centros reguladores de calor por medio de sustancias medicinales; después de esto, no importa qué modo de enfriamiento se utilice sin grandes precauciones particulares.

La temperatura del paciente puede entonces bajar a 35-33 y aun hasta 32 grados, sin provocar fenómenos de congestión, es decir, sin el menor peligro. Así puede decirse que el enfriamiento no es peligroso por sí mismo; es, por el contrario, la reacción térmica que él provoca.

En dentisteria operatoria, no es cuestión de colocar al paciente en estado de hibernación, sino solamente los tejidos para los cuales esta técnica es interesante, es decir, ante todo la dentina y accesoriamente la pulpa. No se van, pues, a paralizar los centros reguladores térmicos.

Es a artificios de procedimiento operatorio a lo que se va a recurrir.

Se sabe cómo es, a veces, penoso, para una dentina hipersensible, un simple chorro de aire a la temperatura ambiente, es decir entre 17 y 23 grados. El enfriamiento superficial, pero brutal, de la dentina, de 37 a 25 grados, detiene, pues, un reflejo de defensa, una microcongestión; esto es, un pésimo comienzo.

Un primer artificio, utilizado ya hace más de veinte años, consistía en disponer de un chorro de aire a 35 ó 37 grados, con el fin de evitar todo choque en el comienzo.

El segundo tiempo del procedimiento consiste en rebajar la temperatura del chorro de aire muy progresivamente, para que esto sea insensible, y se podría decir insidiosamente, puesto que se trata de pasar la señal de los 20 grados sin despertar la vigilancia del centinela neurosensitivo y del reflejo congestivo.

Con el tercer tiempo empieza la fase de hipoestesia; la temperatura del chorro continúa rebajando, y cuando ella se torna inferior a los diez grados, se entra en la fase de anestesia; aquélla es a veces suficiente desde los siete grados, y es casi siempre total a un grado.

El cuarto tiempo es el de la estabilización frigorífica. Es preciso, en efecto, impedir la disminución del chorro de aire por debajo de cero grados para evitar la congelación (inconveniente técnico) y evitar la congelación de los tejidos (inconveniente biológico).

Varios sistemas pueden ser utilizados para obtener esta estabilidad: ya sea una regulación o dosificación manual asegurada por un asistente anestesta o una regulación automática servo-eléctrica por relevo o un "cerebro electrónico", si se considera el automatismo total del funcionamiento del aparato.

Por otra parte, el chorro de aire no debe ser cualquiera; muy fino, asegura una anestesia muy localizada; la vecindad no recibe sino las ondas, y el desplazamiento accidental del chorro de aire hace aplicar aire frío sobre una zona no progresivamente preparada y el reflejo congestivo puede detenerse.

Es preciso, pues, un chorro amplio que sobrepase notablemente el campo operatorio y dé un rendimiento abundante. De esta manera, los dientes vecinos y la mucosa regional sufren una acción intermediaria que decrece con la distancia y que, sin ser frío anestésico, no es sino la temperatura habitual; así no hay contraste de temperatura generador del reflejo congestivo que se oponga a la preparación en estado de hibernación.

Hay medios que permiten la aplicación práctica de los principios modernos de hibernación en la profesión dental, colocando el diente vivo en estado de hibernación, conservando su integridad pulparia, se hace insensible durante las operaciones corrientes, con la ayuda de los instrumentos usuales, sin ningún choque anterior o posterior a la operación.

Esta clase de anestesia es muy aconsejable, ya que es muy eficaz en la mayoría de los casos, como alveolotomías, gingivectomías, varias clases de extracciones y, sobre todo, para operar en tejidos inflamados, ya que éstos entran fácilmente en estado de hibernación.

(*per* "Rev. Ac. Od.", 121, vol. 2.)

A propósito de dos casos de coriorretinitis de origen dentario por la supresión del foco.—Ch. Paoli. "Cahiers Odonto-Stoma.", vol. 5, núm. 1, página 41, 1955.

El autor llama la atención sobre el hecho de que A.-A. Knapp, en "Oral Surg. Oral Med. and Oral Pathology", agosto de 1952, se refirió a la necesidad de investigar la presencia de un foco infeccioso en todos los casos en que se observe una disminución o pérdida completa de la visión por coriorretinitis.

Presenta dos casos de coriorretinitis y coroiditis, respectivamente, que curaron tras la supresión de los focos dentarios, y de los que se deducen las siguientes conclusiones:

a) Cuando un enfermo acusa una disminución unilateral de la vista, casi siempre de instalación rápida, se impone la búsqueda minuciosa de un foco dentario.

b) La información clínica suele ser poco demostrativa, y los signos radiológicos, relativamente discretos.

c) Los senos maxilares suelen ser de gran amplitud, aproximándose de esta manera a las lesiones apicales: el suelo del seno está afecto de una osteitis más o menos difusa, que favorece la propagación de la infección al ojo del lado correspondiente.

d) Si se trata de una etiología dentosinusal, la recuperación de la capacidad visual es muy rápida: quince días, en el primero de los casos presentados; veinte días, para el segundo.

e) La penicilinoterapia general en casos dudosos puede dar alguna indicación modificando la actividad visual, como ocurrió en el segundo caso; este mismo tratamiento no produjo anteración en el caso primero.

f) A pesar de que en el caso número 2 la coroiditis duró casi un año (de noviembre de 1952 a septiembre de 1953), la curación se obtuvo rápidamente tras la supresión del foco infeccioso.—**J. Font.**

Moniliasis en tratamiento con antibióticos.—L. V. Renato Herrera. "Rev. Odont. de Concepción", vol. II, núm. 2, 1955, 65 págs.

Desde que se ha generalizado el uso de los antibióticos, la proporción de moniliasis ha aumentado considerablemente, pudiendo manifestarse en cualquier parte del organismo, predominando la moniliasis de la cavidad oral.

Según la opinión del autor, los antibióticos no pueden ser considerados como estimulantes directos de la multiplicación del hongo. La riqueza nutritiva del medio, cambios del pH o acción antagónica, debida a alguna sustancia determinada producida por alguna bacteria, no tiene ninguna importancia en la aparición de las moniliasis.

De acuerdo con Wood y colaboradores, el factor primordial es la eliminación de la flora antagónica que, en la lucha por las sustancias nutritivas, mantiene a la monilia en un plano secundario. Si se elimina la flora bacteriana, el hongo puede desarrollarse abundantemente y adquirir carácter patógeno.

Cuando un paciente es sometido a una terapia prolongada con antibióticos debe tenerse presente que puede aparecer una moniliasis secundaria.—**J. Font.**