

° ALGUNAS INDICACIONES PARA EL RELLENO RADICULAR

por el

Dr. Oscar Müller

EL relleno debe cumplir la misión de permitir que se conserven perfectamente la función del diente y la del periodonto.

Hay que considerar tres casos:

1.º Relleno después de extirpada la pulpa, previamente desvitalizada.

2.º Relleno después de extraída la pulpa, previa anestesia.

3.º Relleno después de la limpieza de una pulpa infectada y gangrenosa.

PRIMER CASO. Se considera imprescindible el empleo de un buen aislamiento del diente para evitar en lo posible la infección del nerviducto, siendo preferible el empleo del dique de goma, pues el solo empleo de los rollos de algodón no parece garantizar un perfecto aislamiento.

Después de la extirpación pulpar, los restos que permanecen en el conducto, por estar mortificados, se tornan indiferenciados y tan sólo son perceptibles algunas células redondas de un tejido de granulación, las cuales proceden del conectivo periodontal y que van penetrando, adosándose a los vasos pulpaes alterados, en donde después de cierto tiempo de reposo tienden a formar un tejido conectivo con características de osificación, que pueden llegar a cerrar el foramen apical.

El tiempo en que se verifica este fenómeno es variable, pero en general, al cabo de tres meses, se verifica la sustitución del tejido mortificado por el de granulación, dependiendo de la cantidad del tejido remanente, del lugar en que ha tenido lugar la herida pulpar; pero en todo caso, la curación se verifica por este tejido de granulación.

Por examen radiográfico se percibe una ampliación del espacio periapical, la cual desaparece al cabo de unas semanas.

Falta por probar si el tejido desvitalizado puede tener otra influencia, además de servir de estímulo a la formación del tejido de granulación. Los productos de la desintegración de los tejidos mortificados ejercen una acción irritante sobre los tejidos sanos que les rodean, la cual debe ser evitada. Como la acción del formaldehído mantiene los tejidos mortificados estabilizados hasta que se produce la granulación, es recomendable el procurar, en el lugar de la amputación pulpar, un ambiente semejante al que produce la pasta Trio.

El relleno indicado para estos casos es: en los molares, el Telokan, compuesto integrado por formalina, resorcina y un álcali, que está dotado de gran penetrabilidad, por lo que se difunde fácilmente hasta los últimos rincones pulpares. Tiene un inconveniente: que colorea ligeramente en rojo el tejido dentinal, por lo que es solamente aplicado en los molares.

Para los dientes anteriores se recomienda el Endoxyl, formado por dos sustancias cálcicas, las cuales se combinan en el momento de usarlo. Por impregnar fácilmente el tejido pulpar restante permite la posible recalcificación del foramen. También puede mezclarse (cinco partes a una) con polvo de dentina, con lo que se facilita la formación de sustancia dura.

No es indispensable el relleno con puntas de gutapercha, aunque facilitan el control radiográfico; en ningún caso llegarán al ápice, para evitar su contacto, perjudicial para los tejidos vivos.

SEGUNDO CASO. Se ha de tener presente que los tejidos restantes quedan vivos, que las células se conservan y que no deben ser irritadas por sustancias extrañas. Por eso, los materiales de relleno deben permitir, con su acción estimulante, la formación de tejido duro. En este caso, lo adecuado es el relleno radicular, constituido por marfil con solución resinosa o de sales fosfáticas. En relación con la anestesia hemos de añadir: la técnica es diferente, según la operación a realizar; para la extracción debemos insensibilizar el diente y sus alrededores. Para trabajos en dentina y pulpa, solamente ambas

partes del diente; prácticamente se logra, cuando se interrumpe la conducción nerviosa a la entrada del foramen apical, lo que nos proporciona la insensibilidad deseada en el campo operatorio; esto se puede conseguir con la solución de pantesina al 1 por 100, observando lo siguiente:

Dientes superiores:

1-2: inyección vestibular entre los ápices, de 1 a 1,5 c. c. Inyección palatina no es necesaria.

3-4-5: 1,5 cc. en el foramen infraorbitario, para los nervios alveolares, superiores, anteriores y medios. Inyección palatina cuando sea precisa.

6-7-8: de 1,5 a 2 cc. en el tuber maxilar, donde los nervios alveolares posteriores superiores se introducen en el proceso alveolar.

Dientes interiores:

1-2-3: distribuir 1,5 cc. en el repliegue labial; difusión a través de los forámenes nutritivos.

4-5: 1,5 cc. en el foramen mentoniano.

6-7-8: anestesia conductiva en el foramen mandibular.

Para los 1-2-3-4-5, completar, si es necesario, con inyección lingual de la encía. Mientras se espera la arribada de la anestesia, se va resecando el esmalte con cinceles y la dentina cariada, cuidadosamente resecada, con fresas y escavadores; entonces se coloca el dique y se desinfecta el diente con agua oxigenada, alcohol y tintura de iodo. Con fresas estériles se abre la cámara y se ensancha el acceso; se absorben los detritus del fresado con el aseptor de Riedener o con otro similar; también se puede hacer con pequeñas torundas empapadas en agua oxigenada. Desinfección de la cámara pulpar con tintura de iodo al 1 por 100 y extirpación de la pulpa; cohibir la hemorragia según los métodos conocidos con puntas estériles de papel, o con papel absorbente japonés enrollado en las sondas Miller.

Del relleno con marfil hay poco que añadir. Sobre este tema se ha escrito mucho e incluso se han realizado varias demostraciones a partir de 1942. Primeramente llevar una por-

ción de la pasta de relleno hasta el muñón terminal, luego rellenar el resto del canal con el Lentuyo y posteriormente introducir una punta de marfil, pero teniendo la precaución de que tanto las puntas de marfil como las de gutapercha, si se emplean, deben permanecer separadas de los restos pulpares vivos, con los que solamente debe estar en contacto la pasta de relleno.

TERCER CASO.—No hablaremos aquí del tratamiento de los conductos radiculares en caso de una pulpitis crónica, o de gangrena pulpar o granuloma; suponemos ésto ya realizado y nos ocupamos solamente del relleno. En casos de pulpitis crónicas ulcerosas y en las formas purulentas (en molares), se aplicará el Telokán; tiene éste la propiedad, como consecuencia de sus componentes formólicos, de penetrar en los más finos canalículos dentinales desinfectándoles, e impedir, por lo tanto, el crecimiento bacteriano. En los dientes frontales se aplicará el Endoxyl y el marfil. Este se debe introducir lo más posible, porque después del tratamiento de la gangrena y a pesar de que se encuentra reducida a los límites de los conductos radiculares, el tejido periapical está la mayoría de las veces, algo rarificado y se ha formado una pequeña zona granulomatoide; de aquí la conveniencia del relleno y el complemento de la punta de marfil.

Después del tratamiento de la gangrena, se comprobará, por medio de la radiografía, el relleno de la cavidad granulomatosa, con la pasta empleada para el relleno del conducto radicular.

En este caso es aplicable el polvo de dentina mezclado con pasta iodofórmica. El conducto radicular puede ser rellenado como complemento con una punta de marfil. Después de esta aplicación para el tratamiento del granuloma, con la pasta de iodoformo y el polvo de dentina y una vez comprobada la curación, se procede al relleno definitivo. A este respecto hay que hacer notar solamente dos imágenes radiográficas: la pasta iodofórmica y las puntas de gutapercha, y en la cavidad del granuloma, el polvo de dentina y la pasta. Posteriormente se comprobará la nueva formación ósea.

G. BALLESTERO