

GANGRENAS PULPARES EN LOS DIENTES TEMPORARIOS

por el

DR. ROBERTO S. BADO

De la Cátedra de Odontopediatría, Facultad de Odontología

Buenos Aires

Resumiremos en breves líneas la técnica que adoptamos en la Sección de Endodoncia, cuando se nos presenta el caso de tratar un diente temporario con gangrena pulpar, con o sin complicación apical.

Antes de efectuar el tratamiento analizamos las condiciones en que habremos de realizarlo, desechando la posibilidad de hacerlo, si se presenta alguno de estos casos:

- a) Temperamento del niño (rebeldía, temor exagerado, etc.)
- b) Cuando el estado general de salud es precario y se imponga la extracción de la pieza afectada.
- c) Cuando la destrucción de la corona impida la colocación de la goma dique.
- d) Cuando falte menos de un año para la caída normal del diente y se ha comprobado radiográficamente la presencia del germen del permanente respectivo.

Primera sesión

Radiografía preoperatoria. Aislación relativa. Limpieza de la cavidad. Remoción total de la dentina cariada. Apertura de la cámara pulpar. Eliminación de la pulpa coronaria con cucharaditas de Black y el o los filetes radiculares con tiranervios.

Se efectúa la limpieza y ensanche de los conductos con limas cola de ratón, escariadores y limas lisas tipo Kerr. Se complementa la acción mecánica mediante lavajes de la manera como a continuación se detallan:

Se dispone de tres vasos de vidrio esterilizados en los que se colocan las siguientes soluciones: a) 10 c. c. de agua oxigenada más tres gotas de amoníaco. b) 10 c. c. de solución de hipoclorito doble de sodio y magnesio, preparada electrónicamente. c) 10 c. c. de solución fisiológica esterilizada.

Con una jeringa de vidrio de 5 c. c. en la que se coloca una aguja que se adapte a las necesidades del caso, ya que puede ser acomodada si se trata de molares, todo ello esterilizado, se lava la cámara y los conductos con ligera presión. La aguja no debe obstruir totalmente la luz del conducto para permitir el reflujo de las soluciones, las que serán recogidas con el Suc-tor, o aparato similar, o con torundas grandes de gasa o algodón.

Se emplean las soluciones en el orden indicado anteriormente, una tras otra y con la misma jeringa. Estos lavajes se efectuarán tantas veces como sean necesarios.

Los conductos se secan con mechas de papel absorbente esterilizadas. Una vez limpios los conductos, se coloca en los mismos una mecha absorbente embebida en líquido de Grove.

Segunda sesión (cuarenta y ocho horas después).

Aislación absoluta (goma dique). Esterilización del campo operatorio con alcohol iodado. Desobturación y retiro de las mechas dejadas en los conductos. En caso necesario se complementa el ensanche mecánico de los conductos y se efectúan nuevos lavajes.

Secados los conductos con mechas absorbentes, se procede a sobreobturarlos con pasta antibiótica, según esta técnica:

Rp./ Despacilina Plus, 800.000 U. Bacitracina, 10.000 U. Estreptomina, 0,50 gr.

Se mezclan los tres antibióticos en la proporción indicada y luego, con el cuidado necesario y con instrumental esterilizado, se fracciona en ampollas de vidrio de 1 c. c. de capacidad, colocando en cada una de ellas el equivalente a medio centímetro cúbico. Se cierran a la llama.

Para preparar la pasta se procede así:

Antibiótico (el contenido de una ampolla). Propilonglicol, una gota. Dagenan quirúrgico (sulfamida), c. s. para pasta cremosa. Iodoformo, c. s. para conferirle radioopacidad.

Se obturan los conductos mediante el uso de la espiral Lentulo. Se coloca en cámara una torunda seca de algodón esterilizado y se sella con cemento oxifosfato.

Tercera sesión (sesenta y dos horas después).

Si el operador lo juzga conveniente se puede repetir la cura antibiótica. Si el postoperatorio no presentó síntomas de agudización, se procede a efectuar el último paso.

Aislación absoluta Esterilización del campo operatorio. Remoción de la obturación previsorio. Desobturación de los conductos con limas, escariadores y lavajes. secando bien con mechas absorbentes esterilizadas.

Sobreobtusión de los conductos con pasta iodoformada (reabsorbible) mediante la espiral Lentulo.

Rp./ Iodoformo, c. s. Propilenglicol, 1 gota. Paramonoclorofenolalcanforado, a. a. a. 1 gota. Dagenan quirúrgico, c. s. p. pasta cremosa.

Sellado de la entrada de los conductos con cloropercha. Obtusión con cemento de oxifosfato.

RESUMEN

1. Registro radiográfico a los quince días, uno, tres y seis semanas.
2. Se descarta el uso de elementos cáusticos como el bióxido de sodio para el ensanche químico de los conductos, porque en virtud de los procesos de reabsorción (fisiológico y/o patológico) puede llegar a los tejidos periapicales y lesionarlos, lo mismo que al germen del permanente.
3. En caso de que la lesión hubiere labrado un trayecto fistuloso, tan común en los niños, prescindimos de su tratamiento en especial, puesto que eliminada la infección del conducto y el proceso apical, la fístula desaparece a corto plazo.
4. Respeto absoluto en todos los pasos del tratamiento de la cadena de esterilidad.
5. Cuando en la primera sesión el paciente se presenta con proceso inflamatorio y colección purulenta cerrada, conviene efectuar la limpieza de los conductos y apertura de cámara, dejándolos sin obturar hasta la próxima sesión, para facilitar el drenaje.
6. La dificultad máxima que encontramos en molares temporarios ha sido la estrechez de la luz radicular, cuando se trata de dien-

tes con raíz completa y antes de que haya comenzado la reabsorción normal, para esos molares entre los seis y siete años.

7. La reabsorción normal o patológica por desaparición del ápice y reducción de la longitud radicular, favorecen, cuanto más avanzados, el acceso a la zona periapical, principio y fin de todo tratamiento de conductos.

CONCLUSIONES

1. Los registros radiográficos los consideramos como una prueba de relativo valor, pues las imágenes de reabsorción radicular y ósea se confunden habitualmente con las que presentan las reabsorciones normales.

2. Los análisis bacteriológicos y anatomo-patológicos se han incorporado a título experimental.

3. El reposo clínico, consistente en: desaparición del dolor, de la movilidad, del proceso inflamatorio y de la fístula, cuando la hay, son signos de tratamiento exitoso. Los tratamientos con éxito de conductos en molares temporarios llegan al 90 por 100 cuando los realiza el personal especializado.

OBSERVACIONES

Esta experiencia se hizo con el convencimiento de que, fuera de los inconvenientes propios de los niños, las piezas temporarias no podían tener otros que fueran diferentes a los de los permanentes.

En consecuencia, no es posible aceptar como definitivo lo que sostienen algunos autores de que el tratamiento de conductos de los molares temporarios es prácticamente imposible y, por consiguiente, que las piezas afectadas de pulpitis abscedosas y gangrenas pulpares están condenadas irremisiblemente a la extracción.

(*per* "Odon. Inf.", vol. 7, núms. 2/3.)