

TERAPEUTICA ENDODONTICA

POR EL DOCTOR

LUIS ALBERTO TROBO

Prof. de Endodoncia
Prof. de Terapéutica
Facultad de Odontología
Montevideo - Uruguay

Con motivo de la intervención del autor en la disciplina de Endodoncia en el Congreso de Roma celebrado en Setiembre de 1957, recibió sugerencias de actuación en algunas entidades científicas europeas. Cumplióse esto en París, Palma de Mallorca y Madrid, en esta última, se dictó un Curso sobre temas de Terapia y de Endodoncia que fueron registrados en cinta magnética por los alumnos de la Escuela de Estomatología. Facultad de Medicina en la Ciudad Universitaria.

La Revista "ANALES ESPAÑOLES DE ODONTOESTOMATOLOGIA" que dirige el Dr. Sáenz de la Calzada, recogió en sus páginas la versión de esas conferencias que pronunciara nuestro compatriota. Esta que aquí exponemos es una de esas publicaciones.

No creemos que la falta de gráficos constituya un obstáculo para la apreciación de este trabajo por parte de los lectores.

LA DIRECCION.

La **Endodoncia**, hoy en día, se va convirtiendo en una especialidad; hay producción bibliográfica, existen libros, especialistas, autores; va tomando cuerpo en todos los fenómenos de la cirugía intradentaria: tratamiento de dientes con infección, tratamientos de pulpas, extirpaciones completas, parciales, protección de la pulpa íntegra. Desde hace unos años nos encontramos con el problema de recuperar el tejido inflamado de una pulpa íntegra, pero que ha sufrido ya algunos ataques, lo cual sería un paso fundamental. Se ha dicho recientemente en Roma, en el Congreso Internacional de Odontología, en la disertación del doctor Aguilar, de Méjico, que

la Endodoncia, en vez de ser una dependencia de la parte técnica de operatoria dental, ocupa el órgano central del diente, y habría que subordinar todo lo demás a la Endodoncia, que de este modo adquiere una jerarquía inusitada en el campo odontológico. Por lo tanto, todo lo que se refiera al tratamiento de pulpas dentarias o a la recuperación del órgano dentario con su pulpa, constituiría un vasto campo dentro de la especialidad odontológica, con una serie de factores que jerarquizarían al que se dedicase a esta especialidad.

Nosotros vamos a abordar el problema de la **antiseptia**, porque si bien se dice que en los

tratamientos de pulpas vitales debe prescindirse de la antiseptia y preocuparse de la asepsia, y que en los casos infectados, en todo tratamiento de lucha contra las bacterias y de prevención de las reinfecciones, es difícil realizar una asepsia de modo terminante porque el campo bucal está lleno ampliamente de bacterias, todas las precauciones que tomemos, si bien son lógicas y están de acuerdo con los principios terminantes de esta especialidad, necesitan la colaboración de drogas y procedimientos antisépticos para mantener esa asepsia.

Generalmente lo esquematizo del modo siguiente:

Pulpa vital = **asepsia** — obturación.

Pulpa vital contaminada = **asepsia antiséptica** — control bacteriológico — obturación.

Necrosis pulpar = **antiseptia** — control bacteriológico — obturación.

En el primer caso la asepsia se mantiene hasta la obturación radicular. Obturación de la pulpa en caso de ser una perforación. Obturación de la cámara en el caso de una amputación vital. Obturación del conducto radicular parcial o total, según sea la técnica que el práctico pudiera adquirir. Pero siempre asepsia, sin empleo de drogas, puesto que se considera que la pulpa vital íntegra no tiene infección, no se producen fenómenos de muerte celular, no hay lucha, no hay de qué defenderse.

En el segundo caso el control bacteriológico no debe ser terminante, porque existe pulpa vital, aunque sea contaminada, y la infección no ha producido una necrosis total; por lo tanto, existe lucha entre los elementos tisulares, y las bacterias no han podido desarrollar a fondo sus toxinas. Debe mantenerse una asepsia, más una razonable antiseptia, hasta llegar a la obturación radicular. Después, control bacteriológico, que no es imperativo, porque ya los datos clínicos de por sí nos proporcionan un conocimiento bastante completo. Además nuestra experiencia y nuestra técnica nos llevan a la consideración de que una obturación oportuna se logra enteramente con este tratamiento: asepsia más antiseptia.

Finalmente, la tercera parte: necrosis pulpar. Por principio mantenemos la asepsia desde el principio al fin; de extremo a extremo del tratamiento, como un imperativo; también el control bacteriológico, hasta la obturación o "vendaje" radicular. Lo mismo que el cirujano realiza en una herida es lo que nosotros realizamos en el diente. Dejamos un relleno adecuado para que aquella herida se repare de acuerdo con la conclusión final del tratamiento que hemos impuesto. Es el equivalente del vendaje quirúrgico, lo cual no es una novedad en Medicina. Y esto se hace hasta que la dentina recobre su normalidad, hasta que en los casos de pulpa vital se elabore un poco de dentina secundaria, hasta que las fibras de Tomes se cal-

cifiquen y los cambios entre el exterior y la pulpa dentaria, órgano noble y central del diente, por ausencia del esmalte y de una buena porción de la misma no se sientan y se pueda realizar una obturación metálica o una obturación cualquiera. El criterio del vendaje a veces nos salva de entender que la obturación radicular es el sello definitivo e infranqueable. Este concepto debemos desplazarlo y sustituirlo, en mi opinión, por el vendaje, hasta que la situación se mejore. Si no, no tendrían objeto los controles que se emplean, como la radiografía, etc., para ver si la lesión ha mejorado, y en caso negativo levantar el vendaje para efectuar las distintas clases de tratamiento.

De cualquier manera, se aprecia que en este esquema, bastante simplista, de lo que es la Endodoncia, manejos de pulpas vitales, pulpas vitales contaminadas y necrosis pulpares, el concepto de antisepsia es predominante. Es decir, que una revisión general de antisepsia se impone. Sobre todo el concepto del empleo de la antisepsia siempre que haya infección. Porque hay que aclarar que no siempre que hay microbios hay infección. La infección significa una claudicación de los tejidos, una lucha, un estado reaccional, un estado general por diversas claudicaciones o estados inflamatorios, febriles, etc. La simple presencia de bacterias en el espacio interdentario no quiere decir que el sujeto padezca infección. Yo he preconizado el control bacteriológico del conducto después de efectuar una serie de

secciones, y considero razonable hacerlo para comprobar de este modo el grado y cantidad de bacterias que existen. De esta manera nos encontramos muchas veces, sobre todo en clínicas estudiantiles, que después de un correcto diagnóstico, con frotis en la primera sección del conducto, tomamos y hacemos un frotis para que el estudiante se dé cuenta, al ver la preparación al microscopio, cómo evoluciona la flora del conducto. Luego de las secciones correspondientes, vamos haciendo nuevas tomas, y nos encontramos con que a veces persiste alguna colonia bacteriana, sobre todo de bacilos tipo subtilis, y con menos frecuencia, de hongos; clínicamente el caso está excelente, su ápice no duele, la percusión en cualquier sentido es negativa, la radiografía nos muestra la lesión inicial. Todo se encuentra en condiciones técnicas especiales para la obturación del diente y, sin embargo, existen bacterias. Nosotros en este caso, considerando la capacidad del que trata, decidimos que obture el conducto y ponemos punto final, provisionalmente, a tal caso, aun en presencia de bacterias.

En la boca es imposible lograr una antisepsia total; por eso se ha creado el término de **asepsia clínica**, que acepta la presencia de bacterias y jerarquiza la condición del profesional como entidad intelectual, porque este profesional, al diagnosticar y tratar correctamente según los principios de la evolución clínica del caso, aun considerando que existen algunas bacterias, es razonable que considere el caso curado.

Tengamos en cuenta que cualquier investigador que tome una gota de sangre y efectúe un hemocultivo, en infinidad de ocasiones le dará desarrollo, y que si se busca en una lengüeta interdientaria, que es un espacio sano, y con una pipetea recogemos de ella, se obtendrá un hemocultivo positivo con bacterias circulantes que aún no han sido fagocitadas, y que, felizmente, son las que nos proporcionan los anticuerpos para luchar con éxito en las lesiones que todos los días estamos recibiendo de modo más o menos perceptible.

Con el concepto de **asepsia clínica** se consiente la existencia de algunas bacterias siempre que todo el cortejo que rodea el caso sea sintomáticamente negativo y permite obturar efectivamente en cualquier caso.

Sepsis quiere decir putrefacción. Antiséptico es la sustancia que impide la proliferación bacteriana. Desinfectante es una sustancia que no puede utilizarse en los tejidos vivos y que mata absolutamente todos los microbios existentes en los objetos. Desinfección es un método que perdona la existencia de sustancias que lesionan los tejidos vitales, pero que no se han de emplear en ellos. Queda el término de antiséptico para aquellas sustancias que no son fundamentalmente agresivas para los tejidos vivos; son las sustancias de empleo clínico. Desodorante es una sustancia que neutraliza una de las propiedades letales de las bacterias, porque si una bacteria es causa de fermentaciones o putrefacciones, una infección, gene-

ralmente, es iraduce por mal olor. Si el desarrollo bacteriano desprende mal olor y tenemos una sustancia capaz de neutralizar el mismo, esa sustancia es positivamente antiséptica también, por que neutraliza la volatibilidad de un gas letal que tiene poder tóxico y, por lo tanto dañoso para las células vitales. Tal es el caso de sustancias que sin ser antisépticas en sentido estricto porque no atacan a los microbios al neutralizar una de sus propiedades como ocurre con el hidrato de cloral, con el cloro y con el aldehído fórmico, que de por sí neutralizan la fetidez. Detergente es un nuevo concepto de antiseptia basado en dos propiedades: una, física, y otra, química. La primordial es la física. El detergente podemos decir que remueve la membrana celular de la bacteria, permitiendo con ello el intercambio de sales entre el exterior y la organización intracelular. Entonces la célula bacteriana claudica, pero no así la célula orgánica, puesto que aquélla se encuentra aislada de las restantes células, y ésta, no. Bactericida es una sustancia que mata a la bacteria; el concepto es parecido al de germicida. Bacteriostático es aquel cuerpo o sustancia que permite la pululación de bacterias sin que puedan desarrollar su virulencia; la mayoría de las sustancias de la quimioterapia moderna son bacteriostáticos. Espirilicida es una sustancia que destruye los espirilos. Bacilicida es una sustancia que elimina a los bacilos. Viricida es una sustancia que lucha contra los diversos virus. Epecífico es una sustancia que se diri-

ge a una determinada colonia o familia de bacterias.

De Pablo Erlich partió de un concepto que ha sido fundamental, sobre todo para los actuales avances de la antisepsia. Erlich consideró que toda sustancia antiséptica no debía de lesionar para nada la célula vital y, por el contrario, debía vulnerar por completo el microbio. Así considerado, el ideal es que fuera bacteriotropa y no organotropa. Estas experiencias y su éxito final fueron el resultado más contundente de una nueva forma de investigación: el trabajo de equipo. El éxito de Erlich en el año 1905, y el posterior con el neosalvarsán, sufrió un paréntesis hasta el año 1932 o 1934, en que hicieron su aparición en el comercio las primeras sulfamidas, cuya acción se caracterizaba por un respeto casi total de la célula vital y con poder letal para las bacterias. La culminación de esta etapa se alcanza desde el año 1943 en adelante, con los antibióticos, que han sido el paso más brillante de la medicina experimental y del laboratorio.

La aparición de las sulfadrogas, que estableció un combate contra las gonococias, derrotándolas, lucha que también fue favorable contra las meningococias que vencieron al estafilococo, que consiguieron un estrecho control de las infecciones por estreptococos, representaron un paso brillantísimo en la lucha contra la infección.

Finalmente, el advenimiento de los antibióticos traído creado drogas de tan poca agresividad a la célula vital, que una solución de penicilina 200.000 veces superior

a la necesaria para matar una bacteria, es inofensiva para la célula vital.

Se han encontrado, pues, una serie de sustancias cuyo empleo clínico cada vez se va organizando mejor. Las drogas sulfas se ven actualmente rehabilitadas del olvidado lugar que últimamente ocupaban y vuelven a desempeñar un papel importante en la lucha antimicrobiana, con indicaciones propias y precisas.

La Endodoncia es fundamentalmente un problema de antisepsia. Hagamos una división clara, en el caso que nos ocupa, entre lo que sucedía hasta el año 1935 y posteriormente a dicho año. Hasta el año 1935, en Endodoncia y en antisepsia en general, se emplearon los llamados antisépticos clásicos, y gracias a ellos, y hasta dicha fecha, se salvaba el 80 por 100 de los casos de pulpa infectada, abscesos apicales y toda una serie de procesos que un par de décadas antes, en los Estados Unidos, conducían inexorablemente a la extracción, a causa de haber jerarquizado el foco apical de un modo tal, que el simple hecho de tener dientes era motivo de inquietud, porque de antemano estaban condenados al fórceps. Los antisépticos clásicos a que me refiero son de diversa fórmula química: aldehidos, acetonas, alcoholes (el etílico a 70°3, ácidos, fenoles, cresoles, derivados halogenados de los fenoles (monocloro-fenol), naftoles, etc. Todos estos cuerpos no tenían especificidad ninguna; su mecanismo de acción era complejo y muy diferente de unos a otros. El grupo de los oxidantes actuaba por

medio del oxígeno desprendido, el cual actuaba neutralizando a todas aquellas sustancias que les era nocivo para su vitalidad. Los oxidantes están representados por el agua oxigenada, perhidrol, peróxido de H, los cuales son oxidantes directos. También hay oxidantes del tipo indirecto, como los hipocloritos, las cloraminas y también algunos halógenos, como el Cl, I y Br, de los cuales los más interesantes, en cuanto a su aplicación, son los dos primeros. Como reductores tenemos el formol, el azufre, el gas sulfuroso, etc., los cuales actúan creando un ambiente de H que neutraliza el desarrollo bacteriano.

Hay un grupo que, a más de oxidantes y reductores, son coagulantes, o sea que poseen una afinidad especial para los prótidos, ocasionando la coagulación de las células con las que entra en contacto. Forma una escara que posteriormente se convierte en herida, siendo, por lo tanto, agresivo para las células vitales. Los coagulantes empleados hasta el año 1935 destruían las células, hecha excepción del hipoclorito de Carrel, de enorme uso en la guerra del año 1914, que fué el primer compuesto que respetaba los tejidos vivos; pero como su técnica de empleo consistía en sucesivas aplicaciones y, además, en caliente, los tejidos sometidos a su acción se maceraban, creándose zonas de necrosis que estaban producidas únicamente por el uso inadecuado del antiséptico.

Los coagulantes que actúan destruyendo la membrana bacteriana están representados por

el fenol, cresoles, metales pesados, sulfato de cobre, cloruro de cinc, etc., los cuales primeramente destruyen el microbio, lo fijan, dejando después un catión metálico que forma sales y sulfuros diversos cuya presencia nos asegura una antiseptia ulterior. Cuando queremos, en Odontología, frenar el desarrollo de una caries, utilizamos el nitrato de plata, que forma una película oscura metalizada que nos pone a cubierto de cualquier recidiva de la caries o fenómenos parecidos.

En cuarto lugar tenemos las sustancias de acción indirecta que tienen la propiedad de provocar un aumento del número de leucocitos, haciendo que la fagocitosis sea más eficaz. Una de las sustancias que primero se empleó con este fin fué la tinta china en solución. También se han empleado mucho los choques proteicos, sobre todo utilizando las proteínas de la leche. La trementina, por su gran acción agresora provocando un absceso en el lugar de inyección, fué durante muchos años la esperanza de los clínicos frente a las infecciones graves para que, actuando indirectamente como absceso de fijación, limitara el proceso, contribuyendo así a su favorable evolución ulterior.

Las vacunas usadas también como medicamentos de acción indirecta se utilizaron mucho, pero no proporcionaban ninguna seguridad.

Con todos estos procedimientos nunca se podía tener la certidumbre de una efectiva mejoría del paciente en un número

determinado de días. Sin embargo, hoy es difícil que un cuadro infeccioso preocupe seriamente al clínico y le plantee problemas de difícil solución.

La Endodoncia, igual que las demás ramas de la Medicina, se favoreció considerablemente con estos adelantos, pero quedaban, sin embargo, una serie de factores a tener en cuenta: diagnóstico correcto, tratamiento correcto del conducto, interpretación de radiografías, presencia de infección a pesar de una limpieza adecuada del conducto radicular. Las sesiones se multiplicaban y se hacían interminables, y muchas veces, a pesar de todos los cuidados, la evolución era tan desfavorable que determinaba la extracción de la pieza.

Hasta que la Odontología no se ciñó a principios lógicos; hasta que se comprobó en las preparaciones microscópicas que había bacterias; hasta el día en que empezó a conocerse el mecanismo de las nuevas drogas, el avance realizado había sido muy escaso. El día en que Europa —y subrayo Europa— creó los instrumentos adecuados, añadió un nuevo capítulo, y muy importante, en la terapéutica conservadora dental; porque debo hacer constar aquí que Norteamérica no creó nada, pues los únicos instrumentos que verdaderamente se le deben son los extirpadores, sondas lisas y dos o tres limitas; pero todo el instrumental endodóncico se debe fundamentalmente a Europa.

Todos estos adelantos hicieron que se salvaran dientes condenados, lo que no sólo permite

que el sujeto pueda masticar, sino que además elimina una espina traicionera de agresión, pues aun en aquellos casos en que el clínico quedaba satisfecho, se encerraban infecciones crónicas que el paciente las soportaba porque no dolían, y esos núcleos de bacterias de poca virulencia, pero muy específicos y muy aclimatados al organismo, pasaban en ocasiones a las articulaciones de menor resistencia, al hígado, al corazón, a los riñones, y esto acababa por desconcertar al médico, que hacía una terapéutica distante, cuando el problema radicaba en un diente.

A partir del año 1935 aparecen las sulfas, y diez años después, los antibióticos; se modifica este criterio de la Endodoncia. En el año 1939 hicimos algunos trabajos con las sulfamidas, y teníamos que emplear aparatos que no resultaban de manejo práctico, y por ello su empleo no pudo generalizarse. Las sulfas no actúan bajo el pus, y en un proceso apical el hecho de tener que recurrir a una terapia general con ellas es pura fantasía, sobre todo tratándose de un proceso que no comporta un riesgo inmediato para el paciente. La substancia, además, era poco soluble y tenía, por ello, poca acción local.

Con los antibióticos ocurrió igual. Fred Adams, de Nueva York, empezó con soluciones muy tenues e inocentes, olvidándose de lo principal. Además usaba la penicilina sola, sin tener en cuenta que la flora bucal es muy compleja y que la penicilina vulnera solamente

a un reducido grupo de éstas. Las bacterias que vivían en simbiosis, dejadas en libertad al desaparecer las demás, ocasionaban a veces unas infecciones secundarias de bastante importancia. Lo que se busca hoy son las combinaciones de sustancias para cubrir por completo todo el espectro microbiano; pero a pesar de estas combinaciones de antibióticos, en muchas ocasiones hay elementos patógenos que no son los habituales, o bien alguno de los gérmenes corrientes, sobre todo los estreptococos, que se diferencian y se apartan de sus costumbres habituales. También ocurría en muchas ocasiones que, después de aplicaciones repetidas de antibióticos, al principio el caso cedía brillantemente, pero luego aparecían recidivas de difícil curación y se hacía necesario volver al procedimiento clásico; de este modo el escepticismo hacía mella en el ánimo de profesionales con criterio simplista. ¿Por qué razón no se pueden emplear repetidamente los antibióticos? 1º, porque las bacterias pueden superar el espectro normal que existe en un conducto; 2º, porque la bacteria que persista de una sesión a otra, en el caso de que no hubieran desaparecido todas con la primera aplicación, se multiplicaría y nos daría, al cabo de poco tiempo, un cultivo positivo. Podríamos decir que la bacteria se ha tonificado, se ha adaptado al medio, y, por ello, a partir de la segunda sesión su desarrollo será mucho mejor.

Es una cosa peligrosa el empleo de gotas nasales con peni-

cilina, estrepto, bacitracina, etc., de una forma continuada, y lo mismo podríamos decir de un dentrífico con antibióticos, porque cuando llega la ocasión en que el sujeto necesita una terapia general con ese antibiótico, nos encontramos con que su organismo no responde o bien nos sorprende la aparición de una superinfección o la proliferación patológica de hongos; es decir, que nos hallamos ante un nuevo agente perturbador que ha sido estimulado precisamente por sus familiares, pues no debemos olvidar que los antibióticos son sencillamente productos de esos hongos. El desequilibrio de la flora normal es el origen, en muchos casos, de una superinfección.

No hace mucho tiempo tuve ocasión de asistir a un caso dramático de este tipo de superinfecciones. Se trataba de una moniliasis pulmonar provocada por la insistencia en la terapia con antibióticos entre un simple, pero duradero cuadro cutáneo, que desencadenó una grave e imprevista infección fungosa pulmonar que, afortunadamente, pudo ser superada.

Si tenemos en cuenta todos estos conocimientos, no nos resultará extraño que tengamos que volver a los principios enunciados por Erlich, el cual definió la quimioterapia "como el procedimiento técnico y el uso de una droga específica para una infección que afecta a un organismo, la cual, de una sola vez y desde el primer contacto estratégicamente realizado, es capaz de obtener una esterilización completa en lo que se re-

fiere a la bacteria o microorganismo causante". De una sola vez quiere decir que hay que buscar el momento adecuado para esterilizar el caso, porque, de no ser así, tomará cuerpo la reinfección.

Con este criterio salió el tratamiento de Grosmann, que es una mezcla de penicilina, estreptomycin, bacitracina, caprilato sódico y propilenglicol; con el caprilato sódico o con el propilenglicol se conseguía que con la penicilina, estrepto y bacitracina solas había aparecido el fenómeno del desarrollo y proliferación extraordinaria de hongos.

Estos han sido los peldaños que nos han conducido al progreso odontológico, porque la terapia moderna ha venido a llenar ciertos huecos que existían, pero no a desplazarla, sino a completarla; así se ha llegado a eliminar una de las preocupaciones para el enfermo y para el profesional, al poderse abreviar extraordinariamente el número de sesiones de tratamiento y hacer que el ápice, que es la zona noble que debe reparar y sellar el caso conectando biológicamente el diente con el resto del organismo, ese ápice que hemos dicho, quede sin agresiones innecesarias para que no se produzca la muerte del cemento dentario.

Nosotros tenemos una cierta experiencia en estos tratamientos y vamos a exponer un esquema de nuestro tratamiento personal, que ha sido probado en varios centenares de casos en nuestra clínica de la Facultad de Odontología de Montevi-

deo, donde se enseña desde hace diez años la asignatura de Endodoncia. En la Universidad de mi país se enseña exclusivamente Endodoncia durante un año de la carrera, durante el cual los estudiantes se dedican exclusivamente a los tratamientos radiculares y realizan un promedio de 20 casos, los cuales se discuten y comentan con el profesorado, y así en común llevamos el curso.

En todos los casos en que existe infección focal el organismo protesta, da síntomas, generales o locales, pero aunque la tolere y conviva con ella, la infección en el órgano dental existe y constituye una espina tóxica que puede causar efectos dramáticos. No hay derecho a que por imprecisión clínica o por falta de preparación se mutile una boca o, aún peor, que se deje en ella un foco de infección; por esto hemos dedicado todos nuestros afanes a mejorar las técnicas y, sobre todo, a hacerlas más rápidas y llevaderas para el público. El tratamiento radicular no es aún comprendido por el público en general (hablo, naturalmente, de mi país, y supongo que aquí en España debe suceder lo mismo); la inmensa mayoría de pacientes sólo buscan y desean el éxito brillante del resultado final para que la sonrisa sea más atractiva, pero su preocupación es mínima ante los efectos que puedan derivarse de la permanencia en la intimidad de su organismo de un foco de croniosepsis.

Es una realidad que si el odontólogo no posee un aparato de

rayos X dental, no se halla en condiciones de descubrir focos infecciosos. Nosotros consideramos que hoy en día es un instrumento indispensable para el ejercicio de la profesión. "Los tesoros no se encuentran sobre la superficie", además de ser el **slogan** afortunado de una casa comercial que vende aparatos de rayos X, constituye una frase altamente aleccionadora. Con un equipo de rayos X se pueden descubrir en un paciente cinco caries más de las que cree tener. Si en un punto mesial de un premolar superior o en un punto distal de un premolar cualquiera vemos una caries, podemos tener la seguridad de que vamos a encontrar caries en el punto mesial del uno y distal del otro, bien en la misma exploración o al cabo de poco tiempo. Con el aparato de rayos X nosotros podemos hacer una preparación cavitaria extendiéndonos a la zona profiláctica, evitando así que nos aparezca una caries distal después de tratado un diente, con la anulación consiguiente de todo el trabajo anterior. Además, gracias a la exploración radiológica, nos vamos a encontrar en infinidad de ocasiones con sorpresas, como ápices llenos de granulomas, espacios interdentarios alterados, atrofia de tabiques óseos, zonas de paradentosis en dientes aparentemente sanos, la explicación de una gingivitis y una cantidad de procesos parecidos que me han hecho exclamar a veces examinando una radiografía: ¡Pero qué hermosura!

Vamos a suponer un diente cualquiera infectado y elegimos

como caso típico uno monorradicular con una lesión apical: un pequeño absceso crónico. El cuadro clínico es silencioso, no hay síntomas aparentes, todo lo más una pequeña sensibilidad apical si efectuamos una palpación correcta. El tratamiento que hacemos es el siguiente:

Primera sesión. — Curetaje con rumbo externo, es decir, hacia afuera, pues hacia adentro no puede empujarse; ya conocen la experiencia de Pascal sobre la transmisión de la presión que se ejerce en un punto de un líquido sobre las paredes que lo contienen. Si hacemos una presión de 1/2 mm. Hg. se transmite al ápice también una presión de 1/2 mm. Hg. Siempre hay que tener muy en cuenta esto y no obturar con el instrumento porque la presión transmitida al ápice infectado, además de ser dolorosa puede extender el proceso, y esto es lo que muchas veces se hace en la sesión inaugural. La primera sesión, pues, es importante, y en ella se puede penetrar un poco con una sonda lisa que no ejerce presión, para limpiar el orificio de materiales alimenticios. Después se inunda la cavidad con un gotero o con una pinza de algodones, de una solución que consiste en: penicilina, U. I. 500.000; estreptomina, 1 gr., y detergente, 100 mgr., todo ello disuelto en 25 cc. de agua estéril. El detergente no será irritante, sino ligeramente alcalino, con un pH aproximado de 9; cualquier jabón sintético puede ser excelente si no es irritante. Se ha demostrado en bacteriología

que uno de los mejores elementos contra el bacilo de Koch, para la profilaxis corriente, volvía a ser el jabón de sosa o de potasa, por ser éstos ampliamente detergentes y penetrantes, y puestos en contacto con una bacteria vulneran sus membranas, remueve la substancia orgánica y disuelve las grasas. Con un buen jabón de sosa se pueden tener las manos mejor desinfectadas que con el espectacular lavado que hace el cirujano y que no sirve nada más que para agradable estimulación de su sensibilidad cutánea. Con un simple lavado a reflujo y trabajando con la lima bajo uno de estos detergentes, hemos visto que la mayor parte de la flora desaparece. El preparado antes mencionado con el que efectuamos el lavado del conducto podemos considerarlo de duración breve en cuanto a su actividad. Vale más olvidarse de una solución hecha hace días y preparar una nueva, que emplearla cuando no sirva.

Después de inundar la zona y esperar un par de minutos haciendo un levísimo bombeo con la sonda lisa para que la substancia penetre, se efectúa el secado, que hay que efectuarlo con una determinada técnica; puede hacerse colocando un algodón con alcohol o, mejor, con un mecanismo aspirador cualquiera, pero sin entusiasmarse demasiado, porque con la presión negativa el mamelón carnoso apical puede penetrar en el conducto, al efectuar una enérgica succión, y producirse así un nuevo traumatismo. Después se cambia de substancia utilizándose

se hipoclorito sódico o cálcico en solución tibia, inundando el campo, mientras que con un aspirador se va extrayendo el material del conducto hacia afuera; de vez en cuando se colocan unas mechas de papel para que absorban humedad y se vuelve a llenar con hipoclorito. Cuando nos encontramos ya con el camino libre y lo hemos determinado cuidadosamente mediante una sonda lisa en el conducto inundado de hipoclorito, absorbemos el contenido y lo inundamos de nuevo hasta el fondo con antibióticos; entonces raspamos la pared en todos sentidos, sacando al exterior los materiales. Luego hacemos un lavado con una jeringuilla cualquiera, con aguja delgada de anestesia infiltrativa, pero sin inyectar. Nosotros usamos una que es de goma en su parte central, lo cual permite una gran agilidad de movimientos.

Todas estas maniobras las realizamos porque: 1º, el antibiótico, al estar en contacto con la bacteria durante dos o tres segundos o menos, la destruye, **In vitro**, un par de gotas de una solución de penicilina de 2.000 U. I. por c.c., estando en contacto con una colonia bacteriana, la destruye; 2º, actúa después el hipoclorito que blanquea, desodoriza y es detergente, y de este modo se elimina el cuadro gaseoso tóxico que podía dificultarnos la penetración ulterior; 3º empleamos después y de nuevo la asociación de antibióticos para que al raspar la cavidad éstos lleguen a ejercer su acción medicamentosa en la periferia radicular apical.

Los cultivos de gérmenes que efectuamos después de estas manipulaciones y antes de comenzar la segunda sesión acostumbra a ser negativos. No abusamos de los antibióticos, que actúan sólo durante unas horas entre la primera y segunda sesión, y en ésta los suspendemos. Con este tratamiento los procesos de reinflamación se dan en un porcentaje bajísimo, de menos de un 1 por 100.

Segunda sesión. — En ella, a pesar de que el conducto permanezca estéril, efectuamos una nueva acción antiséptica mediante la conocida fórmula anterior, a la que se añade un nuevo elemento: penicilina, estreptomicina, detergente y monoclórofenol. Este último, asociado a los antibióticos, aumenta su espectro antibacteriano. Es ligeramente irritante del ápice. Se le añade porque: 1º, evita el acostumbramiento general. Es un antiséptico clásico que cubre toda la flora y actúa en los casos de insensibilidad a los antibióticos; 2º, elimina la posibilidad del desarrollo de hongos bloqueando su crecimiento; 3º, ejerce una ligera acción irritante sobre el ápice, predisponiéndolo a la inmediata obturación del caso.

Este es el desarrollo de un caso esquemático en el que si la clínica nos es propicia, en dos o tres sesiones puede quedar el caso resuelto. Vamos a establecer ahora algunas generalidades: a) supongamos un ápice estrecho; la conducta del técnico es traspasar ese ápice guiado por los rayos X; b) que exista sintomatología; entonces, en primer

lugar, habrá que atenderla y después practicar este tratamiento.

En cualquier caso la radiografía es fundamental, así como el control bacteriológico y las peculiaridades propias de cada paciente. El olvido de esto nos puede conducir al fracaso. Supongamos un solo diente que sostiene una prótesis: no lo podemos considerar con el mismo valor que el del mismo diente en una fórmula dentaria completa. Es decir, que las consideraciones generales del enfermo, las de su boca en particular y las posibilidades que tenga el órgano dentario, nos van a conducir al éxito, punto por punto y sin quemar etapas.

La obturación final se hace con un correcto cono de guta y con un cemento, previo un buen secado apical. La razón fundamental de muchos fracasos es el deficiente secado radicular. Es una cosa frecuente observar en dientes mal tratados un cono de guta flotante; es decir, que no obtura nada porque la obturación por definición ha de ser apical. No conviene tampoco que el cono traspase el ápice porque entonces se constituirá un agente irritante, en agresor más o menos tolerado. Esto se evita des-puntándolo y seleccionándolo bien. El cono flotante es el resultado de un secado deficiente de la pared, pues un cemento de eugenato es insoluble en agua, en los flúidos de la boca y en la linfa; por lo tanto, si no puede contactar directamente con la pared, se despegará.

Las agujas secadoras de conducto existen en los equipos. En

caso contrario se puede emplear un hilo de platino con una bolita de cera y un mango, se hace un colado de plata y esto se somete a la llama. Si después introducimos la aguja en el conducto durante un minuto provocamos una franca evaporación y, por lo tanto, un secado. Cuando aparece sangre en el conducto se practica un toque de adrenalina o también de agua oxigenada, se espera un par de minutos y después se seca. También se usa en ocasiones una descarga diatérmica en el conducto con una aguja barbada, con lo que producimos los 50° ó 60° necesarios para el secado.

El secado deficiente es una de las causas más importantes de fracasos, y por ello insisto en la necesidad de evitarla. El hecho de que la pasta refluya hace suponer al clínico que el conducto está mal obturado.

En los casos en que existe destrucción de la corona se coloca una banda de cobre redondeada hacia oclusal, de forma que, cuando rellenemos de cemento, esta banda nos servirá de corona artificial y también es el camino para colocar la goma del dique de aislación que es necesaria para hacer el tratamiento razonable del diente. Cuando no hay diente visible pero persiste la raíz que la consideramos básica, y existe además un problema estético, se puede confeccionar un diente de material acrílico, con una espina individual para su fijación. En la siguiente sesión se extrae el diente mencionado con unos alicates, y una vez renovada la medicación se vuelve a colocar, bien sea de un

modo provisional o definitivo, aunque mientras tanto podemos ir preparando otro con el provisorio dentro para que la estética de la persona afectada no se resienta.

En otras ocasiones se colocan coronas de oro provisionales con un eugenato en el cual, para que no se endurezca mucho se le añade glicerina o vaselina, porque si permitimos que el eugenato endurezca mucho no hay posibilidad de sacarlo. En estos casos la inventiva personal tiene campo abierto para encontrar soluciones originales.

Si entre la primera y segunda sesión se produce una inflamación, debemos levantar la obturación, observar lo que está sucediendo y analizar todas nuestras maniobras anteriores.

La composición de la pasta que nosotros preferimos es un cemento parecido al de Rickert, que consiste en: 1° **Polvo:** polvo de plata, 1 gr.; polvo de óxido de cinc, 94 gr.; resina, 2 gr.; Aristol, 3 gr. (las cantidades no son fijas, sino aproximadas. 2° **Líquido:** eugenol, 100 c.c., o bien lo siguiente: esencia de clavo, 85 c.c.; bálsamo del Canadá, 15 c.c.

El óxido de cinc es astringente y forma cemento con los líquidos que le añadimos. El polvo de plata da radiopacidad, además de que la presencia metálica en forma finamente dividida le confiere carácter de tolerancia frente a los tejidos. El Aristol es una fuente de yodo que no es agresivo.

En el año 1947, Sachs, un eminente farmacólogo, ha encontrado que el yodo, convenientemente estructurado en una preparación química, tiene un poder an-

tiséptico comparable al de la penicilina y además supera a muchos antibióticos en su falta de agresividad a la célula. La resina proporciona fluidez a la pasta.

Si por cualquier causa nos conviene acelerar el proceso de reabsorción de la pasta, podremos usar dos tipos de excitantes: yodoformo o alcanfor, los cuales agregados en una mínima proporción, estimulan su descombro.

Con esto doy por terminada la conferencia, y sólo me resta añadir que la atención que me han dispensado ha sido un halago y resulta difícil de olvidar. Ha sido un extraordinario honor para mí, y con verdadera satisfacción les

digo a todos ustedes que desearía me consideraran como un amigo. Si tienen interés y creen que puedo darles alguna opinión en cualquier sentido profesional escribanme y tendré sumo gusto en atenderles, aunque sólo sea basándome en mi experiencia profesional, que aunque nadie puede vanagloriarse de ella, pues inevitablemente la proporcionan los años, constituye el resultado de toda una labor personal. Es el conjunto de toda esa experiencia personal de mi actividad profesional y docente lo que ofrezco a ustedes a cambio de la atención, simpatía y fraternidad que me han dispensado.

TARJETERO DE ASOCIADOS

(Continuación)

Dr. ARIEL DE LA SIERRA
Paraguay 1382 (Piso 3, Ap. 6)
Teléfono: 9 41 29

Dra. MARIA SOTO
Av. 18 de Julio 1235 - P. 1º - Tel. 8 64 14

Dr. CARLOS GARCIA NOVALES
Prof. de Técnica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología. — Exclusivamente Ortodoncia
Río Branco 1223 (1er. piso, Ap. 3)
Teléfono: 8 68 93

Dr. MIGUEL A. BOCAGE
Exclusivamente Ortodoncia
Consultas de 15 a 19.30
Constituyente 1959 (5º piso, Ap. 18)

Dr. JORGE S. MAZZONI
Mercedes 1242 Teléf. 8 61 64

Dr. LUIS SCRIBANO
ODONTOLOGO
Avda. 18 de Julio 1091 - P. 1
Teléfono: 8 25 90

Dr. LUIS LAUKO
Canelones 1360, P. 1, Ap. 2 Tel. 9 13 62

Dr. WALTER LIEBER BIELLI
Profesor de Prótesis de la Facultad de Odontología

Río Branco 1223 (1er. piso - Ap. 3)
Teléfono: 8 68 93

Dr. LUIS A. TROBO
Las Piedras - Canelones Teléf. 326

Dr. JUAN JOSE LAIOLO
Maldonado 1761 Teléf. 4 45 57

Dr. FRANCISCO REIG
Av. 18 de Julio 841 Teléf. 8 03 81

Dra. MAGDALENA LAX DE SPITZ
Odontóloga
San José 1045 P. 3 Ap. 5 Tel. 8 50 61

Dra. ALDA MARQUILLO DE BAEZ
Consultas:
Martes y Viernes de 15 a 21 horas.
Mariano Moreno 2714

Dr. RAUL A. GONZALEZ
Enrique Muñoz 1031

Dr. JULIAN SAFI
25 de Mayo 329 Teléf. 8 33 75