

Preguntas y Respuestas sobre Terapia Endodóncica

Prof. LUIS A. TROBO
Las Piedras - Uruguay

1. Qué hemostáticos prefiere para endodoncia?

—Si bien es cierto que la adrenalina al uno por mil, privina, otrivina y vasoconstrictores, son excelentes hemostáticos, usamos preferentemente el agua de cal, es decir hidróxido cálcico en agua, que satisface y no produce vaso dilatación de retorno.

2. Qué problema importante presentan los incisivos y caninos inferiores?

—Hay un problema anatómico fundamental: de acuerdo a estadísticas de autores como Hess, estos dientes en el 40 % de los casos tienen doble conducto. Lo que significa que muchas recidivas de infecciones o fístulas crónicas puedan deberse a que se omitió uno de los conductos. Además es difícil verlos radiográficamente, aún buscando angulaciones, porque las imágenes se superponen.

Clínicamente, entonces, han de agotarse todas las posibilidades para determinar con precisión si hay uno o dos conductos.

3. Cuando se realiza la remoción de la dentina cariada, la extirpa completamente con el riesgo de exponer la pulpa o deja una capa de tejido reblandecido?

—Si ha de conservarse la pulpa (niños con ápices incompletos, dientes con coronas que permiten la operatoria de indicación, etc.) y ésta no tiene antecedentes sintomáticos, está en plena salud, y el paciente es calcificador, deben se-

guirse estas normas: asepsia, el resto dentinario ha de ser solamente el que enfrenta a la pulpa; a su alrededor la limpieza será radical. Secado, impregnación intensa con agua de cal (solu-suspensión de hidróxido en agua), capa de hidróxido con metil celulosa. Luego los cementos de eugenol, óxifosfato, etc.

Muy importante es asegurarse el mantenimiento de la cura por varias semanas. Por eso la obturación temporaria ha de ser firme. Frecuentemente hay que colocar bandas metálicas. Después de dos o tres meses, podremos curetear la dentina cariada, y hacer la obturación definitiva. La oportunidad de este curetaje lo decide la radiografía y la clínica.

No olvidar que un exceso de conservadorismo, puede impedir una operatoria correcta y llevarnos a un ruidoso fracaso.

4. Qué opina actualmente sobre el empleo tópico de antibióticos en la antiseptia radicular?

—Evidentemente ha ido decreciendo el uso de estos valiosos quimioterápicos. No obstante surgen, de vez en cuando, investigaciones con nuevas posibilidades y nuevas sustancias. Pero lo cierto es que se puede realizar un excelente tratamiento prescindiendo de los antibióticos.

5. Usa los glucocorticoides?

—Solos o asociados con sustancias antisépticas, estas sustancias hormonales son valiosos elementos antiinflamatorios, muy útiles en la inflamación pulpar y sobre todo

periodontal. Usamos en forma de contacto medicamentoso tópicamente en el ápice.

Debemos manifestar que nuestras constataciones, nos muestran resultados irregulares, de acuerdo a los que se publican.

6. Qué se opina actualmente sobre los controles de esterilidad?

—Con frecuencia, quienes investigan y publican, admiten que la verificación bacteriológica es de tal irregularidad, que no podría considerarse un test seguro y absoluto para decidir o no la obturación de un conducto. Hay autores que no le conceden hoy la importancia que hace pocos años se le asignaba.

Lo más científico sería la histopatología, que no es cosa práctica para la clínica. El criterio que surge del profesional estudioso y observador del principismo que rige la práctica endodóncica, puede tener una orientación en los datos clínicos y radiográficos, dándole el debido tiempo a la evolución de los fenómenos.

Es oportuno citar ésto de un prestigioso endodoncista: "Hasta el momento actual el control de esterilidad del conducto radicular no ha demostrado ser un medio adecuado que indique la oportunidad de la obturación de dicho conducto".

7. Qué es lo más importante en la obturación radicular?

—Todo es importante: la cirugía de partes duras (ensanche, limado), limpieza, esterilización, longitud, ancho, conformación interna del conducto, ápice y distintas variables, sustancias, técnica e instrumental, controles, etc. Dentro de todas, destacamos la importancia del secado, que es difícil y que

muchas veces se omite. Cuando la placa nos dice, que la pasta no llegó, o que la punta de guta emerge sola, o la separación entre relleno y pared, etc., es que había humedad, sangre, suero sanguíneo, fluidos diversos que no se secaron. La aplicación criteriosa de puntas secantes, aire, materiales que sustraen agua, agua de cal, etc. y la atenta observación de lo que se hace, nos llevan a mejorar nuestras operaciones.

8. Obtiene siempre anestesia suficiente en los molares inferiores?

—Los órganos dentarios más irregulares que he encontrado para lograr una anestesia adecuada son los molares inferiores.

Los medios a que recorro para estos dientes, son: una reconocida solución anestésica, una técnica de anestesia regional bien cuidadosa y los tests de sensibilidad (frío, pulpómetro, sonda, etc.) hasta detectar la anestesia de la pulpa, que en estos casos puede ser así: anestesia de labio y lengua, mucosa, periostio, hueso y también periodonto y poca anestesia pulpar. Esta se produce a veces fugazmente, instante que hay que aprovechar no distrayéndonos. Si no logramos insensibilidad, infiltramos en lingual y en vestibular, en fibro mucosa. Si la lengüeta distal es adecuada, realizamos una intraósea allí. Hay clínicos que, con cámara abierta, preconizan la intrapulpar. Nosotros obtenemos anestesia muchas veces con soluciones aplicadas en la perforación en contacto pulpar, de cocaína o tetracaína o percaína.

Recomendamos la premedicación con barbitúricos o tranquilizantes, que se asocian bien para lograr una anestesia completa.