

PULPOTOMÍA

GENERALIDADES

La pulpotomía es una acción quirúrgica preventiva que tiende a mantener la vitalidad pulpar, que puede y debe ser ejecutada por el odontólogo de práctica general. Los resultados son verdaderamente alentadores, indudablemente que, ciertos factores deben ser tomados en consideración para obtener el éxito deseado, entre estos sobresalen: la edad biológica de la pulpa, el tiempo de contaminación del paquete vásculo nervioso en la cavidad bucal y el estado inflamatorio del tejido pulpar.

Mientras más joven la pulpa su irrigación es abundante, consecuentemente los elementos de defensa y regeneración que aporta el tejido sanguíneo, al realizar la pulpotomía, permitirán una reacción biológica mejor por parte de la pulpa. Los vasos sanguíneos en un diente joven, en donde el foramen apical es relativamente amplio, son más abundantes y de mayor diámetro, estos van disminuyendo de acuerdo a la edad y a la fisiología pulpar; factores de agresión: bacterianos, químicos, traumáticos, aceleran la formación de dentina reparativa, disminuyendo los volúmenes de la cámara coronaria, de los conductos radiculares y los forámenes apicales, produciéndose una disminución del aporte sanguíneo, con la consecuente disminución de la capacidad de reacción pulpar. Las células del parénquima pulpar en estas condiciones tienden a desaparecer produciendo una fibrosis del tejido que impide la reparación de la pulpa.

Mientras mayor es el tiempo de contacto de la pulpa con el medio bucal, aumenta la posibilidad de proliferación de bacterias al interior del paquete vásculo nervioso causando un efecto inflamatorio que desembocará posteriormente en la lisis de este tejido. Las lesiones que tienen su etiología en accidentes operatorios o traumatismos tienen un mejor pronóstico que los problemas de ascendencia bacteriana en las lesiones de desmineralización de esmalte y dentina.

Ante las injurias de cualquier etiología, el paquete vásculo nervioso inicia su defensa, inflamándose. Esta reacción inicialmente es local y circunscrita, si no se elimina el estímulo, el mecanismo inflamatorio continua destruyendo en forma lenta y continua la pulpa. En estas condiciones las pulpitis así constituidas, serán reversibles o no, independientemente de su vitalidad. La pulpotomía tendrá éxito en el primer caso. Las reacciones en especial a los estímulos térmicos (frío) son valorables para el diagnóstico clínico. Bien vale la pena recordar que, una presentación dolorosa que va más allá de un minuto después de cesado el estímulo, o la aparición de dolor espontáneo sin participación de una causa, llevará a la sospecha de una pulpitis irreversible.

TÉCNICA

Anestesia.

Aislamiento absoluto con dique de goma.

Ampliación de la cavidad existente con una fresa redonda de acero, de un tamaño adecuado al de la cavidad.

Eliminación de la porción afectada de la pulpa mediante una fresa redonda de acero nueva girando a baja velocidad o bien con una cucharilla. La hemorragia relacionada debe ser abundante, lo que será un buen indicativo para emitir un pronóstico aceptable.

Es necesario permitir una extravasación de sangre por un tiempo entre 2 y 3 minutos.

Lavado con una sustancia antiséptica no irritante.

Secado de la cavidad con torundas de algodón ligeramente humedecidas en suero fisiológico o agua destilada, para evitar que las briznas de algodón destruyan por adición los capilares, produciéndose una nueva hemorragia.

Colocación de hidróxido de calcio o eugenato en contacto directo con la pulpa. Algunos autores indican que se podría disponer hidróxido de calcio en el fondo cavitario, aún antes de cohibir totalmente la hemorragia. Algunas escuelas, especialmente las que se dedican a odontopediatría, recomiendan la utilización de formo cresol aplicado con una torunda de algodón que contacte con la pulpa por un lapso de 3 a 5 minutos, para iniciar un proceso de coagulación de las proteínas de las capas superficiales del tejido pulpar, que actuarían como un apósito biológico sobre el que se depositan las sales minerales que formarán un puente cálcico de dentina reparativa. Esta posibilidad, sin embargo es objetada, en base a estudios de investigación con radioisótopos, que indican que este compuesto se desplaza por vía hemática hacia distintos órganos: páncreas, hígado, pulmones entre otros, en donde se acumulan; además, estos estudios indican que esta sustancia es cancerígena. El puente dentinario se consolida aproximadamente 21 días después de la intervención.

Sobre el apósito medicamentoso de hidróxido de calcio se colocará una pequeña capa de un biomaterial biocompatible, resistente y que brinde protección, un IRM por ejemplo, y sobre este una base sobre la cual se disponga la obturación definitiva que será tallada para restaurar la forma de la corona y evitar puntos prematuros de contacto.

EVALUACION

Inicialmente puede existir una reacción dolorosa frente a los estímulos en la primera semana, reacción que desaparecerá al término de éstos, en esta eventualidad podrá calificarse como bueno el resultado.

Si el dolor frente a los estímulos no disminuye inmediatamente luego de la cesación de estos y persiste más de un minuto, por un lapso de dos semanas, se puede clasificar a la pulpotomía como aceptable. Desde luego, el dolor tiene que ser menos intenso cada vez.

Será malo el pronóstico si el dolor se presenta de manera espontánea, o que, perdure más de un minuto luego de la acción de la provocación y no tiende a eliminarse luego de tres semanas posteriores a la intervención, en este caso habrá fracasado el intento y el tratamiento cambiará a una pulpectomía.

BIBLIOGRAFIA

1. Cohen S.- Burns R.: Los Caminos de la Pulpa. Cuarta Ed. Panamericana. 1988.
2. Shoji Y.: Endodoncia Sistemática. Quintessence Books. 1974.
3. Walton R.- Torabinejad M. Endodoncia Principios y Práctica Clínica. Interamericana. 1991.