

ARXIU S D'ODONTOLOGIA

VOL. II

JULIOL i AGOST DE 1934

N.º 9

TREBALLS ORIGINALS

Tractament i curació dels abscessos i fistules d'origen dentari segons el Mètode de Noffke,

*pel Dr. I. Marín i Blanco
Odontòleg de Barcelona.*

Un dels problemes més aguts que es presenten en la pràctica odontològica és, sens dubte, el tractament i curació dels abscessos i fistules d'origen dentari.

Les colleccions purulentes en les proximitats de l'àpex radicular poden ésser originades per dues causes: una d'interna o endògena, i una altra d'externa o exògena.

La primera es realitza per via sanguínia o limfocel·lular, i la segona per la via pulpar o central i la marginal.

L'aportament de gèrmens per la via endògena a la regió apical es realitza per mitjà de la sang i des de regions més o menys distants, i també per intermedi de la limfa o teixit cel·lular, principalment en les infeccions veïnes.

La infecció per via exògena, o sigui bucal, presenta diversos aspectes. La més freqüent i principal via de penetració dels gèrmens a l'articulació alveolodentària és la pulpar, i si per qualsevol causa travessa el foramen apical, tindrem l'artritis alveolodentària que, si hom no en pren cura a temps, produirà més tard l'abscess i la fistula si no troba desguàs per la via central.

Aquestes infeccions que originen les colleccions purulentes, són pro-

duïdes per ço que vulgarment hom anomena dents mortes, i són aquelles en les quals s'ha operat la destrucció del paquet vasculonerviós, ja sigui per accions terapèutiques o per processos patològics, i que nosaltres entenem per càries de quart grau, si bé existeixen processos que sense alteració aparent de les capes dures de la dent, mortifiquen la polpa i donen lloc a les dents mortes sense càries.

Hom diagnostica aquestes, com ja sabem, per la manca de reacció als procediments exploratoris.

Per transil·luminació hom les veu opaques, i són d'un color gris fosc que les diferencia de les contigües.

El caràcter principal que ens mostra les dents mortes sense càries és el de les complicacions a què dona lloc.

L'etiologia de la mortificació pulpar pot ésser variada:

Per agents físics (termocauteri, raigs X, radi, llum violeta intensa).

Per agents químics (nitrat de plata, formal, àcids enèrgics, etc.).

Per agents mecànics (traumatismes accidentals, com són cops rebuts directament sobre la dent o indirectament sobre les regions pròximes; i traumatismes operatoris; raspats de l'antra d'Higmore en el tractament de les sinusitis; per quistos i altres tumors i per llur erupció viciosa; així com també hi podem incloure l'efecte causat per l'escalfament de les pedres de carborúndum en preparar els pilars de ponts).

Per perturbacions tròfiques (febre tifoide, flebitis, septicèmia, febre puerperal, reumatismes greus i sobretot en la grip), ja que hom ha pogut comprovar nombrosos casos de dents mortes sense càries en individus atacats d'aquesta malaltia. Això ho han estudiat diversos autors, que han demostrat que s'hi pot produir la gangrena de la polpa per l'embòlia o trombosi, puix que ja és sabut que aquesta afecció rebaixa la tensió arterial i provoca alteracions globulars, que donen origen a les causes esmentades, ço que ve afavorit per la capil·laritat de l'orifici apical que impedeix la circulació de retorn, i això hi facilita l'èptàsia sanguínia, fenomen que ens explica que el trastorn tròfic hi esdevingi traumàtic.

Segons Mendel Joseph, la mortificació pulpar és també deguda a l'alteració pulpar en la tabes i reblaniment cerebrals, ja que, segons l'esmentat autor, és deguda a un espasme dels capil·lars, tal com s'esdevé en les extremitats. N'existeixen altres causes, com són, la calcificació de la polpa en els poagrosos i la presència de tartre en el coll de la dent, etcètera, etc.

El mecanisme de la invasió microbiana de l'articulació alveolodentària, com és sabut, comença per l'odontitis, que es va estenent ràpida-

ment (odontitis aguda) o lentament (odontitis crònica) des de la perifèria fins a la medulla de la dent (odontomielitis).

Un cop destruït el paquet pulpar que servia de barrera als microorganismes, aquests travessen l'arrel dentària pel conducte apical i penetren en plena articulació, que també s'altera, i s'hi estableix una periodontitis aguda o crònica segons la intensitat del procés.

Sabem que en originar la destrucció pulpar per gangrena, s'hi originen ptomaïnes altament tòxiques, productes de la putrefacció de teixits animals com són: cadaverina, neurina, neuridina, putrescina, etc., etc.; i que en travessar-ne el foramen apical es produeixen les colleccions purulentes que donen origen a l'abscess i a la fístula, puix que en el cas que n'estigui obturada la via central, el pus s'obre camins, seguint les lleis de la menor resistència, i d'aquesta manera es produeixen les esmentades fístules d'origen dentari, i que periòdicament apareixen en la cara vestibular de les genives.

Feta una petita exposició dels orígens dels abscessos i fístules, passaré a descriure'n el tractament i curació.

Abans de tot, dec exposar que en molts casos desisteixo del tractament i curació de les esmentades lesions per diverses causes; n'és una, si el trajecte fistulós s'ha obert en una regió més o menys distant (mentó, submaxillar, infraorbitària, etc.); n'és una altra, si la peça responsable està en tan mal estat que un cop guarida la lesió no ens ha de servir per a res.

Faig aquesta salvetat, perquè hom podria preguntar-me si emprenc el tractament de totes les lesions d'aquesta índole que se'm presenten, i per tot ço que he dit anteriorment, quan se'm presenten casos com aquests, aconsello l'avulsió de la peça responsable.

Ara bé: si la peça origen de la lesió ha d'ésser utilitzada com a pilar de pont o bé hom en vol utilitzar l'arrel per a la col·locació d'una Richmond, per tal com el pacient desitja que hom no li vegi or en les incisives, o bé quan es tracta del pilar d'un pont que portin col·locat, i que per diverses raons aquesta peça origina la lesió, llavors sí que n'escometo el tractament per a la curació, el qual, sense ésser una cosa nova, puix que potser és ja conegut per alguns dels presents, no és gaire estès i que m'ha donat sempre els més falaguers resultats des que l'empro.

El *modus operandis* és el preconitzat per molts autors, o sigui, l'accés directe al focus purulent per la via pulpar per tal d'assolir-hi el desguàs del pus format al voltant de l'àpex.

Un cop obtingut això i evacuat el contingut gangrenós dels conduc-

tes, aquests han d'ésser detingudament esterilitzats (jo hi empro el lisol al dos per cent). Després omplo la xeringa Noffke amb una bugia de quinosol al cinc per cent, i enrotllo al voltant de la cànula de la xeringa un trosset de gutaperxa calenta per tal d'évitar que se n'escapi la massa cap endarrera quan penetra en el conducte radicular. Quan la cànula està ben adaptada al conducte, hom injecta la massa de gutaperxa de manera que arribi a aparèixer per l'obertura fistular i últimament en retiro la cànula, i amb un atacador calent pressiono la gutaperxa per tal que quedi obturat 48 hores.

Després d'aquest espai de temps, en trec la gutaperxa, torno a irrigar el conducte radicular amb la solució calenta de lisol i torno a fer la mateixa operació ja esmentada, i llavors ja no faig tornar el pacient fins al cap de 4 ó 5 dies.

En tornar, en el cas, ja probable, que hagi cicatritzat el trajecte fistulós, en trec la gutaperxa, i un cop ben sec amb aire calent el conducte radicular, hi injecto pasta de iodoform al 50 per cent, i l'obturo amb ciment. Deixo passar quatre setmanes i si en aquest espai de temps no hi ha hagut cap recidiva acabo el tractament segons el què hàgim acordat amb el pacient, i si ha estat un pilar de pont el responsable de la lesió, i que ja va coronat, l'obturo definitivament bé amb una incrustació o orificació, per tal que hom no hi vegi l'obturació de material diferent.

Alguns autors hi han emprat diverses fórmules. Fischer hi empra una pasta d'òxid de zinc i tricresol-formalina que jo he provat i va ocasionar una forta irritació del paradenti. Hauer hi empra la següent fórmula: esperma de balena, 50 grams; cera pura d'abelles, 10 grams; parafina, 40 grams, i unes gotes de creosota. El Dr. Landete empra tant en aquests casos com per a farcir l'antra en els casos de sinusitis, la següent fórmula: blanc de balena i oli de sèsam, 50 grams de cada un; iodoform 10 grams; és una variant de la pasta de Moseting, i en lloc d'emprar-hi la xeringa de Noffke, hi fa ús de l'aparell d'injecció de parafina de Noah.

Si, contra ço que nosaltres esperem, el tractament hi fracassa, hem de suposar que existeix una necrosi de l'arrel o la formació d'un segrest, i per obtenir-ne la certesa, crec que el mètode menys cruent és el recomanat per Johnson, inclús el de l'apicectomia.

Després de farcits els conductes amb la pasta elegida, hom introdueix una torundeta de gasa iodofòrmica amb alguna pressió en l'orifici extern de la fistula, per tal de dilatar-la. Diàriament hom hi renova la gasa,

però tenint molta cura d'augmentar el gruix de la torunda fins que l'ofici sigui tan gran que permeti de veure l'àpex.

Aconseguit això, hom col·loca en el torn una fresa de fissura ben afilada, i hom executa la coneguda resecció de l'àpex, i si se'n presenta ocasió hom allisa un xic l'arrel, si és rugosa.

Hom hi col·loca gasa iodofòrmica i el dia següent hom la'n treu, i farceix la cavitat amb la pasta de iodoform. No passen gaires dies sense veure'n els progressos del guariment i la completa cicatrització.

Per tot el que queda dit, l'extracció de les dents que puguem utilitzar com a fi d'aprofitament, cal considerar-la com una falta imperdonable, si hom la fa de primera intenció.

Carrer de Fivaller, 25.