

CASOS PRÁCTICOS Y OBSERVACIONES CLÍNICAS.

CASO PRIMERO.

Sra. E. M., de 36 años de edad.—Ecuatoriana, natural de esta ciudad, casada y de profesión quehaceres domésticos.

Se presenta en la clínica el 31 de junio de 1931.

Datos subjetivos.—Me refiere la señora que hace más o menos un mes, siente dolores espontáneos e irradiados, en la mitad izquierda de la cara, en especial al nivel de la hemi arca-da inferior. No recuerda si su primer molar inferior izquierdo ha sido extraído o nunca lo ha tenido.

Examen externo.—Normal.

Examen intra bucal.—Boca sucia aunque en buen estado de conservación. Presenta algunas caries obturadas. Vestíbulo, suelo de la boca y amígdalas normales. Presionando a nivel del agujero mentoniano siente vivo dolor irradiado a toda la región del trigémino. El espacio que corresponde al primer molar inferior estaba normal y cicatrizado.

CASO PRIMERO

Sra. E. M.



Fig. I

Raíz abandonada.

Examen radiográfico.—Obtenida que fué una prueba radiográfica, pude observar en ella, con toda claridad, la presencia de una raíz abandonada, correspondiente al primer gran molar inferior izquierdo.

Diagnóstico.—Neuralgia del trigémino de origen dentario.

Tratamiento.—Extracción de la raíz, que la llevé a cabo sin mayor dificultad, bajo anestesia troncular. Y suministré analgésicos al interior. Poco tiempo después la enferma había curado completamente de su dolencia; y hoy se encuentra en perfectas condiciones.

Comentario.—Sin la radiografía hubiera sido imposible encontrar la causa que producía la neuralgia.

CASO SEGUNDO.

Srta. L. E., de 23 años de edad, ecuatoriana, natural de Santa Elena, con residencia en esta ciudad y de profesión doméstica.

Se presenta en el Gabinete Dental de esta Universidad el 9 de junio de 1930.

Datos sugestivos.—La paciente me refiere que hace mas o menos 15 o 20 días, siente fuerte malestar sobre los incisivos centrales superiores, cuyas piezas hacía un mes y medio las estaba tratando un individuo, que ella decía *ser doctor*. No recordaba o no podía explicarme, si cuando estuvo en tratamiento fueron extraídos los nervios de dichas piezas. Por circunstancias especiales no pude ponerla en tratamiento en la misma fecha. A la presión siente fuerte dolor y me dice que le parece estuviera el diente *como crecido*. Luego de hacerle una toción con yodo acónito, le indico regresar al día siguiente para observarla y diagnosticar el caso en asocio con el profesor de la materia; mas regresa la paciente, no el día por mi indicado, sino diez días después; siente fuertísimos dolores, la región gingival correspondiente a los centrales superiores estaba tumefacta y con elevación de temperatura la región labial superior presentaba tumefacción y el diente estaba tan sensible, que la paciente no permite que se lo toquen y dice que hasta la entrada de aire en su cavidad bucal le produce fuertísimos dolores.

Datos objetivos.—Al examen externo presenta ligera tumefacción en la región labial, que se extiende superiormente hasta el límite naso-labial y del nado-geniano lateralmente.

Examen interno.—Boca en buenas condiciones de aseo y conservación. Varias caries obturadas y solamente una, de tercer grado, en el bicúspide segundo inferior derecho, para tratar.

Diagnóstico clínico.—Por los síntomas que presentaba, después de prolijo interrogatorio y de riguroso examen por diferentes métodos, en unión con el profesor diagnosticamos el caso como una periodontitis. (Pericementitis;) pero no podíamos señalar la causa de ella, ya que, en primer lugar desconocíamos si los canales fueron tratados o no, y luego después causa mecánica externa, capaz de producir la dolencia no existía.

Quizá por el momento, creí en una periodontitis si los dientes habían sido depulpados, consecutiva a casi todos los tratamientos.

CASO SEGUNDO

Srta. L. D. E.



Fig. I

Material radicular obturante extralimitado.

Tratamiento. — Con grande molestia para la paciente pude hacer una tocación con la clásica fórmula de yodo acónito, glicerina y cloroformo, le entregué la preparación para que se hiciera las pincelaciones dos veces al día, indicándole además que por la noche podía tomar un baño de pies muy caliente; veramón o aspirina para mitigar el dolor y al día siguiente un purgante salino.

Con este tratamiento creí mitigar la dolencia un tanto, para en una próxima sesión levantar las obturaciones y comprobar si habían sido tratados los canales o no.

Regresa la paciente a los dos días desesperada de dolor, los síntomas agravados y desde luego todo intento para retirar las obturaciones resulta vano.

En tales circunstancias decidí llevar la paciente a la consulta de un profesional amigo; allí apliqué pulpómetro y noté que el central superior derecho responde la impresión del aparato; el izquierdo nada absolutamente. Creo justo tomar una radiografía de dicha pieza, la que quizás pueda indicarme la etiología de la dolencia.

Diagnóstico radiográfico. — La radiografía indica claramente que el canal fue obturado; pero la punta de gutapercha había traspasado el ápice, produjo inflamación del tejido perirra-

dicular y la misma presión ligera, pero continuada originó una periodontitis supurada, en la cual el tratamiento a seguir sería una apiceptomía o la exodoncia.

Sin querer someterse la paciente al primero, opté el segundo; retirando la pieza con esmerado cuidado salió adherido al ápice el fragmento del material extralimitado.

Pronto mejoró la paciente; y hacen varios meses que la ví y se encontraba en buenas condiciones.

Comentario. — Fácil era diagnosticar la periodontitis por los síntomas inequívocos que presenta la dolencia; pero, seguramente, sin la radiografía no hubiéramos podido comprobar la etiología del estado patológico.

CASO TERCERO.

Srta. L. V., de 16 años de edad, ecuatoriana, guayaquileña, residente en esta ciudad y de ocupación quehaceres domésticos.

Se presenta en la clínica de la Universidad el 24 de noviembre de 1931.

Datos subjetivos.—Dice la paciente que más o menos por el mes de octubre, sintió fuerte dolor en el central superior izquierdo, en cuya cavidad cariosa se aplicaba creosota; que después de cierto tiempo se le hinchó la encía y posteriormente se le presentó en la parte superior del vestíbulo un *puntito amarillo* sobre el diente enfermo. Que cuando esto sucedía se acrecentaba el dolor y que ella por medio de presión digital hacía desaguar el pus que manaba con abundancia por aquel puntito, que no era otra cosa que el desagüe de una fistula; la cual se cerraba temporalmente para luego aparecer. En estas circunstancias y ya demasadamente fastidiada por los fuertes dolores, acudió al Gabinete Dental para su curación.

Datos objetivos.—Al examen externo nada anormal.

Examen interno.—La cavidad bucal en buenas condiciones de aseo; presenta cinco caries de segundo grado en diferentes piezas; ninguna obturada. En el central en mención, caries de cuarto grado con franca abertura a la cámara pulpar. A nivel del ápice del central superior izquierdo y distalmente a esta pieza presenta vestigios de una abertura fistulosa.

Tratamiento.—Como paciente que era de una compañera de aulas, instituyó élla el tratamiento adecuado: según fui informado usó Tricresol,-formol y después creosota, según indicación del profesor. Limpió lo mejor que pudo el canal radicular y cuando lo creyó ensanchado para instituir por él el tratamiento a la fistula, presentó la paciente fuertísimos dolores, encontrándose la parte del vestíbulo y la región labial bastante hinchada.

Fué entonces cuando solicité a la compañera me proporcionara el caso para tomar una radiografía. En la consulta del Dr. Juan Verdesoto obtuve la primera prueba, colocando en el canal ya tratado una sonda de comprobación.

La radiografía primera, muestra que la raíz sufrió una perforación lateral durante la operación de ensanchamiento radicular, que venía a explicar la causa de la nueva dolencia y a comprobar que la limpieza del conducto fue deficiente ya que se aprecia cerca del ápice restos pulpares. Al efectuarse

la operación se había desviado del verdadero conducto.

Guiado por la primera radiografía traté de orientar en la mejor forma la marcha de mi ensanchador a lo largo del conducto, para llegado al verdadero canal alcanzar el ápice de la raíz. Cuando creí haber dado con él, ensanché con todo cuidado y esmero, y dilaté con un bisturí la abertura externa de la fistula: por el conducto hice lavados a presión y luego cautericé el trayecto con ácido-fenol-sulfónico. Pronto mejoró la paciente, la fistula se cerró, desapareció toda molestia y cuando creí que la pieza estaba lista a recibir la obturación radicular creí del caso obtener una nueva prueba radiográfica; así lo hice y con ella comprobé que el estado era favorable; así puede verse en la radiografía segunda.

CASO TERCERO

Srta. L. V.



Fig. I

Trepanación
desviada.



Fig. II

Como existía la perforación lateral había que obturarla primero y después el canal radicular. Para esto, sirviéndome de una delgada lámina de plomo, construí un tubo cónico, en su interior coloqué un cono de gutapercha y adicionando Dentinoid introduje todo en el canal.

Una nueva radiografía comprobó la perfecta obturación, y el perfecto estado en que se encuentra la paciente habla favorablemente del tratamiento.

Comentario.—Sin la radiografía, hubiéramos desconocido la perforación lateral y agravándose los síntomas hubiéramos quizá sacrificado la pieza y si no hacíamos cualquier tratamiento hubiera sido desfavorable. Merced a la radiografía supimos claramente de lo que se trataba, aplicamos el tratamiento adecuado, salvamos la pieza, que hasta hoy se encuentra en buenas condiciones y prestando todo servicio.

CASO CUARTO.

Señora B. V. — Ecuatoriana de 38 años de edad, con residencia en Yaguachi y de ocupación quehaceres domésticos.

Datos subjetivos. — La paciente me refiere que hacen dos años había acudido a un profesional para repararse su dentadura: que entre las piezas curadas se incluían el central derecho y el lateral del mismo lado inferiores; presentaban esas piezas dos obturaciones con oro en las caras proximales; y dos con amalgama en la parte lingual de las mismas piezas, a nivel del foramen coecum. Siente la enferma hacen pocos días, ligera molestia a nivel de estas piezas.

Detalles objetivos. — Examen externo, nada anormal.

Examen interno. — Boca en buenas condiciones: varias caries obturadas con cemento y oro, así como de amalgama, estas últimas sin pulir y muy dilatadas.

Diagnóstico. — Luego de hacerle un prolijo interrogatorio y según los síntomas que la paciente presenta y el dolor manifiesto que experimenta a la presión y percusión, creo en la presencia de abscesos en esas piezas. Obtengo una prueba radiográfica, la cual me indica con toda claridad y nitidez la presencia de dos abscesos, que corresponden a cada uno de los ápices del central y lateral derechos inferiores. Después de instituido el tratamiento indicado, la paciente no tuvo mejoría y antes bien, la dolencia se agravó. Quise insistir en el tratamiento, pero no me fué posible ya que la señora debía ausentarse y procedí a la extracción.

CASO CUARTO

Sra. Z. V.



Fig. I
Abscesos apicales.

Comentario.—Si bien es cierto que en este caso la sintomatología del absceso fue bien definida y no se hizo difícil diagnosticar clínicamente; pero sin la radiografía no podríamos saber si se trataba de un solo absceso y esto hubiera sido lo creíble. Sin la radiografía hubiéramos tratado uno solo de los absesos y la paciente no hubiera tenido mejoría; ayudados por ella, comprobamos nuestro diagnóstico y supimos que existían dos focos de infección.

CASO QUINTO.

El Sr. A. S. P., de 21 años de edad; ecuatoriano y estudiante en esta Universidad. Me relata el accidente que sufre desde ya hacen algunas semanas.

Datos subjetivos.—Dice él que un buen día, empezó a sentir pequeñas molestias en las encías, en la región correspondiente al segundo y tercer molares inferiores derechos; poco a poco esta molestia se transformó en dolor que aumentaba durante el trabajo de masticación y que sentía además fuertísimas pero instantáneas dolencias al ingerir bebidas heladas y calientes.

Datos objetivos.—Al examen externo ligera tumefacción en la región correspondiente a la implantación de estas dos piezas, incomodidad para abrir la boca hasta tal punto que el examen intrabucal se me hizo muy difícil realizar.

Examen interno.—Con bastante dificultad pude notar que en la región del tercer molar que la mucosa estaba irritada, fungosa, con pequeños mamelones flotantes y que debido a la introducción de alimentos en los repliegues formados en el capuchón, entraron en putrefacción, percibiéndose un olor nada agradable. Pude notar además, aunque no estuve seguro, que el molar del juicio hacía una erupción viciosa, inclinándose mecialmente presionaba al segundo molar produciendo en éste pulpitis y periodontitis.

CASO QUINTO

Sr. A. S. P.



Fig. 1

Molar del juicio impactado

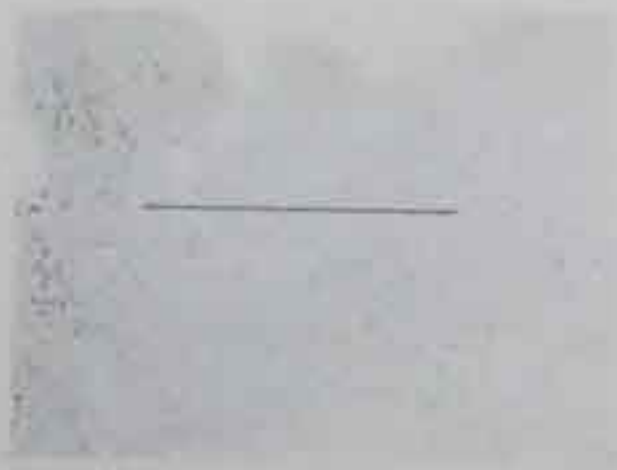
Tratamiento.—Con dificultad pude hacer un lavado anti-séptico para desembarazar el sitio de los restos alimenticios allí acumulados, pincelaciones en la encía y medicamentos antiflogísticos al exterior.

Dos días después y sin sentir alivio me manifiesta el deseo de extraerse aquella pieza. Creo ante todo un deber adquirir una radiografía, ya que ella será la única que me indique la posición exacta del molar y el método más adecuado a seguirse.

Así el 12 de diciembre de 1931, le tomo una radiografía, la que me indica claramente la viciosa erupción que está siguiendo el tercer molar. Se trata de un molar impactado, que haciendo presión en la cara distal del de los 12 años lo lesionó profundamente.

Un mes después, un profesional llevó a cabo la extracción; pues el día por mí indicado para extraerle no podía abrir la boca, debido a una inflamación de los músculos masticadores correspondientes a ese lado.

Comentario.—Mediante la radiografía pude apreciar la situación del molar ser anómala, posición y los trastornos a que dió origen en el molar de los 12 años. Según mi parecer y el tratamiento que yo decidí tomar, fué la extracción del segundo molar que estaba bastante lesionada, dejando así al tercero que estaba en buenas condiciones, sin obstáculo para hacer su erupción.



CASO SEXTO.

Sr. S. T. V., 25 años de edad, ecuatoriano, riobambeño, de profesión empleado.

Se presenta en la Clínica Dental de la Universidad a solicitar mis servicios el 15 de julio de 1931.

Datos subjetivos. — Me refiere el paciente, que hacen ya algunos años, acudió a un dentista para que reparara su dentadura; entre las piezas que le calzó se cuenta el primer molar superior izquierdo. Siente el paciente hacen pocos días ligero malestar de dolor a nivel de esta pieza; siente escalofríos y últimamente ligera elevación de temperatura.

Me manifiesta que para calzarle el primer molar le extrajeron los nervios, y no podía ser de otra manera ya que la obturación metálica es bastante grande.

Datos objetivos. — Examen interno nada anormal.

Examen interno. — Boca en perfectas condiciones de aseo y conservación, presenta muchas caries obturadas con diferentes materiales. Haciendo presión a nivel de los ápices del primer molar siente ligero dolor; lo mismo a la percusión.

CASO SEXTO

Sr. S. T. V.



Fig. I

Conducto incompleto relleno.

Diagnóstico. — Le hablo de la necesidad de tomar una radiografía, ya que únicamente los datos clínicos no me explican claramente la dolencia. Obtenida la radiografía, compruebo que realmente el primer molar estaba depulpado; pero que sin duda por un involuntario olvido, el profesional obturó tan solo el conducto distal, dejando sin hacer lo mismo con el mecial, en cuyo ápice se ha formado un granuloma.

Tratamiento. — Aunque mi interés fué conservar la pieza,

retirando la obturación, tratando la afección y obturando el conducto, no pude realizar, ya que la pieza quedó demasiado débil incapaz de resistir nueva reparación. Así practiqué la extracción de la pieza, después de la cual el paciente mejoró completamente.

Comentario.—Con grande suerte para mí se me ha presentado este caso que habla muy bien de la necesidad imprescindible de tomar una prueba radiográfica después de todo tratamiento radicular; ya que ella nos hará apreciar cual fué el resultado de nuestro tratamiento, y no tendremos que lamentar casos como el presente, perjudiciales al paciente y aún al profesional.



CASO SÉPTIMO.

Con el fin de hacer resaltar la utilidad de los Rayos X en Prótesis Dental, así como también, para comprobar la reparación de tejidos, presento el siguiente caso de un compañero de estudio.

El Sr. E. G. V., natural de Loja, de 23 años de edad me manifiesta que más o menos por el año 1923 y cuando se dedicaba a prácticas deportivas, sufrió un fuerte golpe en la región de los incisivos y como consecuencia del mismo, se fracturó el borde cortante del central superior izquierdo, produciéndose la consiguiente tumefacción de los tejidos blandos, con fenómenos dolorosos agudos que fueron desapareciendo durante el decurso de varios días sin tratamiento de ninguna clase, ya que el accidente tuvo lugar en una hacienda.

CASO SÉPTIMO

Sr. E. G. V.



Fig. I

Tejido regenerado. — Canino supermunerario
y
Perfecta adaptación de corona chaqueta.

Después de cierto tiempo concurrió el compañero a las consultas de un odontólogo con el fin de hacerse reparar el diente fracturado. A pesar de que la corona presentaba ya síntomas marcados de muerte del órgano central, no se preocupó con todo el profesional de atender al estado del órgano central y sin más trámite colocó una corona fenestrada de oro en el diente fracturado. Al ir a pegar la corona notó el profesional la existencia de una fístula vestibular, más o menos a nivel del ápice del mismo diente. Sin abrir la cámara pulpar hizo

tan sólo aplicaciones locales en el trayecto fistuloso, con un medicamento, que el compañero cree ahora fue fenol.

La corona de oro fue colocada.

Casi inmediatamente se trasladó a esta ciudad con el fin de iniciar sus estudios dentales en esta Universidad. Tomó la dolencia un carácter crónico en forma alternativa, con apariencia de curación, más intempestivamente asomaban ligeras molestias con tumefacción en el sitio del orificio fistuloso, en donde se coleccionaba el pus, desaguando luego. En este estado estuvo la dolencia por espacio de un año más o menos.

En el segundo año le examinó un compañero, inició el tratamiento de canales, como operación preliminar a una apíeptomía; una prueba radiográfica en estas circunstancias mostró la existencia de un pequeño quiste supurado en el ápice. Se instituyó el tratamiento apropiado al caso, la piseptomía no se llevó a cabo y luego después se hizo la obturación del conducto, la fístula había desaparecido totalmente.

La corona fracturada fue reconstruida, mediante una corona chaqueta, sin prueba radiográfica, que compruebe el estado del ápice.

Fué entonces, cuando rogué al compañero, se dejase radiografiar la región para comprobar el estado del periápice, la obturación del conducto y la adaptación de la pieza protésica.

Examen radiográfico.—La radiografía nos muestra que el proceso supurado había destruido el ápice de la raíz, más la acción enérgica de los osteoblastos había regenerado el tejido destruido; el conducto radicular se encuentra perfectamente obturado y la adaptación de la corona chaqueta es muy buena.

Podemos también observar en la radiografía la presencia de un diente supernumerario que está haciendo su erupción, señalando a esta pieza como productora de las ligeras molestias que experimenta el compañero. Diagnóstico que hoy ha sido confirmado, ya que con la erupción casi completa del mismo ha desaparecido el malestar.

CONCLUSIONES.

Es la radiografía uno de los eslabones solamente, de la cadena del diagnóstico, pero es un eslabón muy importante, tanto, que si se prescinde de ella al hacer un examen de la cavidad bucal, nunca sería completa y segura aquella operación.

Es para nosotros la radiografía de gran auxilio así en trabajos preventivos, como restaurativos y terapéuticos. Mas no se debe olvidar que la radiografía tiene sus límites; por esto, creo conveniente antes de terminar este trabajo, hacer algunos comentarios breves con respecto a aquellas limitaciones: en primer lugar, toda estructura que no pueda ser convenientemente enfocada, de suerte que los detalles y textura no sufran distorsiones, es imposible que pueda ser diagnosticada por los rayos X.

La infección, jamás es delatada en la negativa, pero si los resultados de ella; el desarrollo o mejoramiento de un proceso, quedan revelados siempre y cuando no ocurran sobre o debajo de una estructura sólida.

La infección apical, es apreciable radiográficamente, cuando gran parte del tejido sólido ha sucumbido bajo el ataque de la infección, ya que sólo en este caso encontrarán los Rayos X más facilidad para su paso.

Nunca la radiografía puede determinar la patogeneidad o virulencia de un organismo durante la infección. Así mismo, jamás podrá diagnosticarse por los rayos Roentgen la región coronaria de una pieza dentaria, si se encuentra protegida por una corona metálica.

Por todo lo anotado durante el curso del presente trabajo, así como también por lo que la experiencia me ha enseñado, quiero formular las siguientes conclusiones: 1ª—Está probada la necesidad y utilidad de la radiografía; 2ª—Es deber de todo profesional conocer a fondo la estructura que va a diagnosticar; 3ª—El valor diagnóstico de una radiografía, depende de la exactitud con que se la interpreta; 4ª—Trabajar sin radiografía es pretender saber algo que no hemos visto; 5ª—La radiografía, al revelarnos lesiones incipientes, nos ayuda a impedir

el desarrollo de serias complicaciones; 6ª—La radiografía no revela la infección misma, pero muestra sus resultados; y 7ª— Debemos estar capacitados para diferenciar las condiciones normales y anormales.

Y ahora, para terminar, quiero tan sólo hacer hincapié sobre la necesidad de poseer acertada técnica y no olvidar ningún requisito, desde el momento que el paciente posa frente a nuestro aparato de rayos X, hasta que hemos terminado nuestro trabajo en el cuarto oscuro; sin olvidar también que, para la obtención de correctas radiografías, es indispensable que el radiólogo conozca las características de su aparato.

Si se quiere interpretar correctamente las pruebas obtenidas, a más de perfecto estudio y conocimiento, se requiere especialmente gran familiaridad con las pruebas radiográficas. Solamente con larga práctica se llega a adquirir aquella sensibilidad exquisita, que se gastan los radiólogos de profesión, gracias a la cual, el más insignificante detalle en la negativa no le es desapercibido.

BIBLIOGRAFIA.

- E. ALBERT-WEILL: Elementos de Radiografía.
BOUCHARD: Tratado de Radiografía.
BORDIER: Técnica radiográfica.
R. PONS y OMS: Radiografía Dental.
JONHSON AND FOUHSON: Radiografía Dental.
JONHSON EGGREDAD: Nociones de Radiografía Dental.
GRASKEY: Atlas de Roentgenogramas.
MURANI: Física.
GANOT: Física.
ESPASA: Enciclopedia.
Dr. JUAN E. VERDESOTO: Conferencias.
DOUGLAS W. KERR: Diagnóstico por los Rayos X.
BERTO A. OLSON y STAN-
 LEY RICE: La Radiografía en el campo de
 la Odontología.
REVISTAS: Del extranjero.
-