



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-  
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

# LA CAPACIDAD DE CICATRIZACION DE LA PULPA DENTARIA.—

Dr. Miguel Mario Fonseca (x)

## INTRODUCCION

La cicatrización de la pulpa dentaria, conseqüente a las amputaciones parciales de la misma, es una respuesta favorable que logramos mediante un procedimiento terapéutico quirúrgico adecuado, habiendo diagnosticado previamente el cuadro clínico pulpar, y con él, la posibilidad de éxito en nuestro tratamiento. ( 1-3-7 ).

Las descriptivas clásicas, se refieren a amputaciones pulpares coronarias en molares y otras formas de heridas o exposiciones que ocurren en forma accidental, en la preparación de cavidades ( 1-2-5-6-7 ).

En nuestro estudio pretendemos: 1º) Cuantificar esta capacidad de cicatrización, realizando heridas pulpares de diversos diámetros. 2º) Verificar si esta cicatrización se cumple, cuando la amputación se realiza en lugares topográficamente distintos a los de la técnica clásica. 3º) Valorar la participación de los nódulos pulpares de función netamente pasiva, en la estructuración de la dentina reparativa que cierra la herida pulpar.

(x) Cátedra de Anatomía y Fisiología Patológicas - Mariano Moreno 837 - Córdoba - República Argentina.

## MATERIAL Y METODOS

Se emplearon 27 piezas dentarias de pacientes cuya edad oscilaba entre los 15 a 21 años.

El estudio clínico se realizó con test térmico de excitabilidad, para lograr así el diagnóstico de los respectivos cuadros pulpares que fueron los siguientes: Pulpa normal. Hiperemia, Pulpitis infiltrativa y lesiones regresivas.

La técnica operatoria fué la clásica, utilizando como recurso terapéutico el Hidróxido de Calcio, solo con algunas variantes de interpretación personal.

El plazo que se las dejó para su cicatrización osciló entre 25 y 65 días.

Para el estudio histológico del material se procedió así: Inmediatamente de realizada la extracción, se amputó el ápice y se colocó en el fijador que en este caso se empleó el Formol-alcohol al 10<sup>o</sup>/o.

Descalcificación rápida en descalcificadora a presión con ácido nítrico al 7,5<sup>o</sup>/o

Cortes seriados y coloración Hematoxilina-eosina y Mallory.

A los elementos dentarios se los agrupó, cuando reúnen características similares, en la siguiente forma:

1º)a) Piezas dentarias anteriores y premolares. En ellos se hicieron amputaciones pulpares a la altura del tercio cervical de la corona y su diámetro oscila entre 2 y 3 mm.

b) Molares superiores e inferiores, con exposición y amputación de sus cuernos pulpares, cuyo diámetro es de 1 a 2 mm.

c) 1º-Molares con heridas y exposiciones que se extienden en todo el diámetro de la cámara en plano horizontal.

2º) Herida y amputación que se extiende desde el tercio cervical de la cámara al tercio oclusal de la misma y en forma ablicua. El diámetro aproximado de las heridas es de 5 mm.

3º) Primer premolar inferior, con el diagnóstico radiográfico de nódulo pulpar (Fig. 1) y la pulpotomía a su nivel.

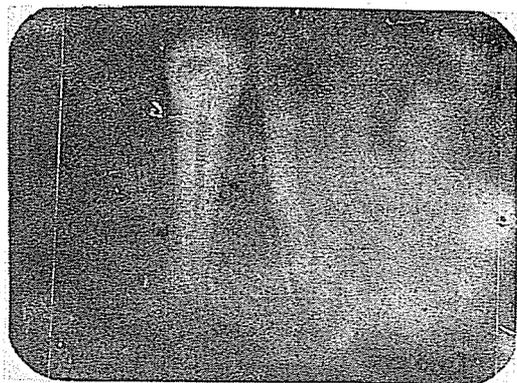


Fig. 1

a) Nódulo pulpar

## RESULTADOS

Grupo 1º) a) Obtuvimos cicatrizaciones en todos los casos, formándose la dentina reparativa a niveles inferiores a la zona de amputación. Figuras 2 y 3.



Fig. 2 a) Dentina reparativa  
b) Pulpa Normal

Fig. 3

- a) Dentina, reparativa
- b) Pulpa Normal

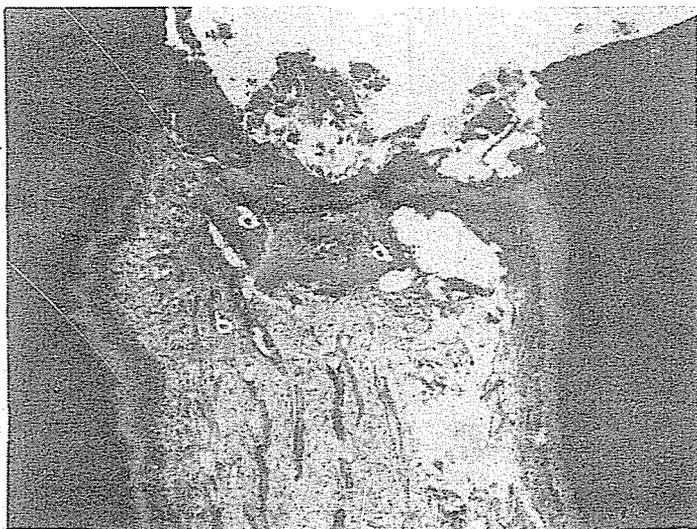


Figura 4

- a) Dentina reparativa
- b) Pulpa normal



Grupo b: Tuvimos un solo fracaso , atribuible a errores de diagnóstico. En el resto de los casos, la cicatrización se cumplió en la forma prevista, Figura 4

Grupo c: Podemos observar la presencia de la dentina reparativa que se forma por debajo de la zona de amputación, extendiéndose de un extremo a otro de las paredes laterales de la cámara pulpar.

Fig. 5

Fig. 5



2<sup>o</sup>) En la amputación realizada en forma oblicua observamos su cicatrización por la dentina reparativa y la presencia de

nódulos cálcicos que en forma casual quedan incluidos o bien forman parte de la dentina de cicatrización. Figuras 6 y 7.



Fig. 6

a) Nódulos  
b) Dentina reparativa



Fig. 7  
 a) Nódulos  
 b) Dentina reparativa

Grupo 3<sup>o</sup> Observamos la cicatriza -  
 ción por dentina reparativa  
 que se extiende del nódulo  
 a las paredes dentinarias.  
 Figura 8.

### DISCUSION

Las posibilidades de cicatrización  
 de la pulpa dentaria son amplias per -  
 mitiendo amputaciones a distintos ni -  
 veles y tamaños.

El diagnóstico clínico del estado,



Fig. 8 a) Nódulo  
 b) Dentina Reparativa.

pulpar y las condiciones en que quedó el muñon remanente, tienen valor definitorio en el pronóstico de la herida pulpar, más que la zona donde se realiza la amputación o corte.

No compartimos la opinión de los autores (8) que piensan que los nódulos pueden interferir en la cicatrización. Puede atribuirse el fracaso de la intervención en estos casos, a razones técnicas y empleo de sustancias distintas al hidróxido de calcio.

### CONCLUSIONES

1) Cuando la pulpa presenta condiciones clínicas y quirúrgicas aceptables para su cicatrización, su capacidad reparativa no está condicionada al tamaño de su herida o amputación.

2) La forma y orientación topográfica del corte o amputación, no influyen en el pronóstico y evolución de las heridas, ya que su cicatrización por dentina reparativa no está condicionada a aquéllas.

3) Los nódulos pulpaes de función netamente pasiva y cuya presencia puede ser accidental, tienen una participación directa en la cicatrización, pasando a formar parte de la dentina reparativa, o pudiendo quedar incluidos dentro de la misma en forma similar a como lo hacen con la dentina secundaria (4).—

### RESUMEN

Se realizaron 27 casos de heridas y amputaciones a distintos niveles y con diámetro que oscilaban de 2 a 5 mm., comprobándose su cicatrización

Se determinó que los nódulos cálcicos colaboran en la cicatrización formando parte de la dentina reparativa.

### SUMMARY

27 cases of injury and amputation have been affected at different levels and with diameters that oscillated, from 2 to 5 mm. proving its cicatrization through the reparative dentine, in 26 of them.

It has been determined that the calcium knots collaborated in the cicatrization that forms part of the reparative dentine.

### BIBLIOGRAFIA

- 1.- **Cabrini R., Maisto A., Mandredi E.**- Protección of normal human pulp experimentally exposed to the oral environment. *Oral surg., oral med., oral path.*- Vol 19 N° 2, Febrero 1965. Pág. 244-246.-
- 2.- **Castagnola L.**, la conservación de la vitalidad de la pulpa, *B. As. 1956 Ed. Mundi.* Pág. 40-69; 71-78.-
- 3.- **Fonseca M. M.**- Tesis doctorado, año 1967.-
- 4.- **Haulp K., Meyer W.**., Tratado general de odontología, Ed. Alhambra S. A., Madrid 1958. Tomo I. Pág. 488-508; 542-546; 576-599.-
- 5.- **Kuttler J.**- Endodoncia práctica. Ed A. L. P. N. A. México. 1961; Ed. 1ra. pág. 35-68; 111-118; 132-152.-
- 6.- **Lowney J. J.**- Tratamiento de pulpas expuestas. *Oral Higiene*, Julio 1965. Pág. 9-18.-
- 7.- **Manfredi E.**.- Reacción pulpar en casos de exposición y recubrimiento experimental. *R. A. O. A.* Vol. 48 N° 10 Oct. 1960 Pág. 411-416.
- 8.- **Morales M., Kepfer, Lopez.**- Estudio clínico microscópico sobre los efectos de un compuesto corticoesteroides y antibióticos en la pulpa dentaria humana. *Revista de la A. L. A. F. O.* Vol. 3 N° 2 Pág. 175-195; julio 1968.-