

SECCION A

• COMPLICACIONES POCO FRECUENTES EN LA EXODONCIA

por el

Dr. Arturo Campos

Encargado del Servicio de Estomatología de la Casa de Socorro de Ruzafa (Valencia)

Nos es grato añadir el trabajo del profesor Oresanz la "nota clínica" de nuestro colega Campos Marqués y la referencia de otros dos casos que una breve comunicación particular nos participa.

Esta colaboración viene a confirmar nuestros augurios, traducidos en alguna de nuestras editoriales.

OJEANDO la Revista de ODONTOIATRÍA, del número de septiembre de 1944, encontramos un artículo del Profesor Fernando Orensanz, que nos anima a relatar un caso que nos ocurrió el año 1935 y que nos parecía rarísimo, puesto que en unos cuantos millares de exodoncias realizadas en este servicio no se ha repetido el hecho.

Empieza el artículo diciendo: "Existe la posibilidad de que en el curso de una exodoncia se extraiga simultaneamente y sin proponérselo una pieza dentaria contigua a la que es motivo de nuestra intervención". y efectivamente, esto es exactamente lo que nos ocurrió; véase el caso.

X. X., de trece años, hijo de un Practicante de la misma Casa de Socorro, que es traído al servicio por su padre, por que el chico pasa muy malas noches. Reconocido, presenta una

carie en el seis inferior izquierda que ha destruido casi toda la corona, con un cuarto grado y una periodontitis aguda, que aconsejan la extracción, y así se lo aconsejamos al padre, que ya venía pidiendo la exodoncia de la pieza; previa pincelada de tintura de yodo y anestesia, se procede con el fórceps de cuerno de vaca a la exodoncia de la misma, pero cuál no sería nuestra sorpresa al observar que, sin ninguna dificultad, salían el molar apresado con el fórceps y el siete vecino.

Afortunadamente estaba el padre presenciando la intervención, que asombrado dijo que de no ver el caso con sus propios ojos no lo hubiese creído.

Como habrán podido apreciar, la sencillez es asombrosa, y la estupefacción nos impidió de momento pensar que con una reimplantación del siete extraído, seguramente hubiésemos solucionado el caso, pero procedamos al análisis del mismo.

Se trataba de un muchacho de hábito asténico, longilíneo, con un desarrollo en estatura superior al que corresponde en esa edad, habida cuenta de que el padre era de elevada estatura: según el Doctor Orensanz esta es una de las causas del primer grupo, es decir, comunes, pareciendo un poco más raro por tratarse de un paciente del sexo masculino, menos predispuesto que los del sexo femenino.

También por su edad se encuentra comprendido en el grupo de los predispuestos, puesto que no están completamente desarrollados al maxilar inferior y los molares parecen más grandes de lo que corresponde a su edad.

Nos habla de la fuerza mal dirigida en la exodoncia de una pieza, para contribuir a la luxación traumática de la pieza vecina, pero en este caso no la podemos tener en cuenta, puesto que se trataba de un molar y la presión se hizo entre las dos raíces mesial y distal, con las dos ramas del fórceps de cuerno sin hacer ningún movimiento de lateralidad ni tropezar sus ramas y desplazar la pieza vecina, como ocurre en algunas ocasiones con bicúspides o dientes de corona pequeña en que aun con toda la buena voluntad y con instrumental apropiado, tropezamos con las vecinas, sobre todo en casos de mal posición de la pieza a extraer o de las otras.

Parece ser que los casos se refieren, sobre todo, a molares superiores, por existir mal posiciones o mal formaciones de

sus raíces y, además, teniendo en cuenta la relativa fragilidad del macizo maxilar que, conmovido por el traumatismo, ante la exodoncia de una pieza con tres puntos de implantación y anormales, obligan a ceder a la pieza vecina; en el caso presente no se trataba de una pieza superior ni mal formada, sino de una inferior y perfectamente anatómica.

Siguiendo el análisis de los casos que favorecen estos accidentes, tan bien analizado por el doctor Orensanz, referente a la "pérdida de vista de la cavidad bucal", hemos de hacer constar que nosotros no la perdemos de vista en ningún momento, puesto que las piezas del lado izquierdo las extraemos con la mano derecha, y las del lado derecho con la mano izquierda; a pesar de ver de manera ininterrumpida la maniobra de extracción, no pudimos evitar que la luxación vecina se produjese, quizás por ser el primer caso y el asombro nos impidiese realizar cualquier maniobra que corrigiese el defecto.

Pero el análisis escrupuloso de los casos y reglas citados no nos sacan de dudas, puesto que en ninguno de ellos encontramos la explicación a lo que nos ocurrió, y seguimos estudiando el caso para encontrarle solución.

Si se trataba de piezas perfectamente constituidas, anatómicas, no podemos echarle a ellas la culpa del accidente, y en nuestro modesto parecer hay que encontrarlo en los alrededores.

Seguramente el proceso alveolar de este niño no estaba perfectamente terminado, por falta de osificación y calcificación, siendo insuficiente para contener unas raíces de unos molares grandes; si por otro lado consideramos los medios de sujeción de la raíz en el alvéolo, es decir, de la articulación alvéolo-dentaria, nos encontramos con la existencia de unos haces de tejido conjuntivo fibroso que, partiendo del periodonto a manera de radios, van a insertarse en la pared alveolar; que otro grupo, partiendo del ápice, van a parar al fondo del alvéolo, impidiendo la salida del diente de su alvéolo, y que finalmente existe un tercer grupo de haces conjuntivo fibrosos que por estar fuera del alvéolo y rodear el cuello de la pieza dentaria, reciben la denominación del ligamento circular de Koe-liquier, de cuyo ligamento, unas fibras rodean el cuello de la pieza, otras fibrillas se insertan en la mucosa gingival, y otras,

pasando a la pieza vecina, vienen a formar como un ocho de guarismo, que ayuda a contener en posición todas las piezas.

Nosotros pensamos en la posibilidad de que estando este ligamento excesivamente desarrollado y siendo insuficiente en su desarrollo el alvéolo, seguramente al verificar la tracción sobre el seis realizamos indirectamente una tracción sobre el siete, y al no romperse las fibras del ligamento de Koeliquer, salieron juntas ambas piezas.

En este caso no nos creemos autorizados a buscar otra explicación, pues el paciente en cuestión es hoy un hombre de desarrollo perfecto y sin ninguna tara anatómica.



Nuevo diagnóstico temprano de las enfermedades sépticas

El profesor ruso E. KREPS ha descubierto que las infecciones sépticas ejercen una acción específica sobre el fermento que conserva el dióxido de carbono en la circulación sanguínea. Apoyándose sobre este fenómeno logró la elaboración de un método diagnóstico, permitiendo un despistamiento más temprano de sepsis de lo que permiten los métodos actuales. (*Vida nueva*, número 3, septiembre 1943.)

