

Accidentes de la muela del juicio. BENNEJEANT, Ch. L'Odontologie, X, 1943.

El hombre presenta en comparación con el chimpancé retardos de crecimiento que no afectan por igual a todos los órganos. El desarrollo particular de las facultades cerebrales en el hombre acarrea un crecimiento prolongado de la bóveda craneana, donde las suturas no se sueldan hasta la edad adulta, mientras que lo hacen a los doce años en el chimpancé. Por el contrario, los maxilares que disminuyen de importancia en razón inversa del desarrollo cerebral, siguen una evolución inversa. Los dientes registran estas desigualdades orgánicas por la cronología de su erupción.

Los molares permanentes tienen sus coronas desarrolladas mucho antes que el hueso haya terminado el suyo. Por poco que el desarrollo óseo se retarde, los molares permanentes encuentran dificultad para colocarse en el espacio disponible.

Es el último molar en hacer erupción el que soporta todos los inconvenientes de la situación. En el hombre, cuando hay un vacío en la arcada, y en los negros no hay nunca accidentes de muela de juicio.

De otra parte, la erupción de los molares permanentes es conforme van hacia atrás más oblicua. El tercero suele entrar en contacto con el segundo con un cierto ángulo. Si este contacto se produce en la parte inferior de la corona del segundo molar, la muela del juicio no puede abrirse paso y queda incluida.

Para que los accidentes se desencadenen es suficiente que el saco

A ALVEOLECTOMIA

ODONTOIATRIA

Alveolectomía experimental, por ROLAND S. CLAFIN, D. D. S., M. D. S., J. A. D. A., D. C. 24-9.

Sumario y conclusiones:

1. Este artículo es el resultado de estudios hechos con heridas experimentales resultantes de simples extracciones y heridas resultantes de extracciones y subsiguiente alveolectomía.

2. Después de la extracción de los dientes se separaba el tejido suprayacente mucoperióstico de la cresta, y el hueso de esta cresta fué preparado quirúrgicamente como en la alveolectomía en el hombre. Después de esto el tejido blando era suturado por encima del alvéolo abierto.

3. Por cada herida quirúrgicamente preparada se estableció un control consistente en una simple herida extractiva hecha en el lado opuesto de la mandíbula.

4. En general, los cambios tisulares reparativos en las simples heridas extractivas y las heridas quirúrgicamente preparadas son similares.

5. El cierre del epitelio y de la submucosa en las heridas quirúrgicamente preparadas tiene lugar casi inmediatamente después de la operación a causa de la estrecha adaptación y sutura de los colgajos mucoperiósticos.

6. En las heridas simplemente extractivas el epitelio prolifera por debajo de las heridas cerradas en cuatro o cinco días.

dentario de la muela del juicio entre en comunicación con la cavidad bucal o en su proximidad inmediata. Se infecta, y no pudiendo distenderse en su estuche óseo sobrevienen agudos dolores. La pericoronaritis que sobreviene es primeramente congestiva con remisiones, después puede supurar. Es entonces el punto de partida de accidentes graves.

Tratamiento: Con enjuagues calientes mejora rápidamente la pericoronaritis congestiva. Después es necesario evitar la recidiva: a) Sea por la liberación de la corona, cortando el capuchón, cuando tiene sitio suficiente. b) Sea por la extracción. Según Bennejeant, no es forzoso hacer invariablemente la extracción de la muela del juicio; la extracción del segundo molar deja un campo suficiente para la erupción de la muela del juicio. Es más fácil y se hace correr menos riesgos al paciente.

El tratamiento debe ser sobre todo profiláctico; nada de conservar a toda costa los primeros y segundos molares. Su extracción precoz da el espacio suficiente en la arcada. Una buena radiografía hecha a tiempo evita todo contratiempo.—J. Calvo.

(De "Schaw. Monatss. für Zahn". Septiembre 1944.)

7. Con la sutura de las heridas procedentes de la alveolectomía la regeneración del tejido de fibras conectivas se verifica más rápidamente en estas bolsas que en las heridas de las simples extracciones.

8. La formación de hueso en las bolsas de las mandíbulas quirúrgicamente preparadas es algo más avanzada que la que tiene lugar en las mandíbulas de control. Esto puede ser parcialmente debido a la reducción de la altura de las bolsas y parcialmente también a la sutura de la ventana muco-perióstica.

9. En todas las mandíbulas quirúrgicamente preparadas se dejaron algunas limaduras de hueso en el borde de la cresta ósea.

10. Estas limaduras de hueso colocadas entre el perióstico y la superficie quirúrgicamente preparada parecen ser bien toleradas por los tejidos subyacentes.

11. Las limaduras de hueso que accidentalmente caen en los coágulos durante la preparación quirúrgica de la mandíbula actúan como centros de osificación. En algunas muestras de limadura de hueso se han encontrado algunos osteoclastos.

12. Las fases de curación de las heridas quirúrgicamente preparadas son las mismas que las simples heridas de extracciones, pero el proceso completo de curación estaba acelerado a causa del cierre inmediato del epitelio sobre la bolsa.