

CLASIFICACION Y TECNICA PARA LAS EXTRACCIONES DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS

por

Glenn J. Pell. D. D. S.

EN la extracción del tercer molar inferior incluído, el fracaso del operador en reconocer lo evidente, y para proceder de un modo ordenado y quirúrgicamente correcto, es la causa principal de la necrosis, osteomielitis y celulitis, dejando de esta forma una sensación de resentimiento por parte del paciente y de disgusto por parte del operador. Consideremos algunas de las cosas que deben ser terminantes en este tema. En relación con el éxito operatorio debemos localizar el diente en su posición anatómica, lo cual lo conseguiremos por el estudio de radiografías apropiadamente enfocadas y desarrolladas y completando lo anterior por un amplio examen clínico. ¿Qué debe conocer el operador para que este examen sea completo? Bajo el punto de vista radiográfico puede estudiar la relación del diente con el eje mayor del segundo molar, la relación del diente con la rama mandibular, la desviación del diente bucal o lingualmente, el grado de torsión, la profundidad del diente en el hueso, la densidad comparativa del hueso, la curvatura y anormalidad de las raíces y las relaciones de éstas con el canal mandibular. Desde el punto de vista del estudio clínico se deben hacer notar los cambios inflamatorios en los tejidos pericoronarios debidos a la infección, la accesibilidad, la aptitud mental del paciente y su estado de salud general, haciendo las observaciones oportunas a fin de seleccionar el agente anestésico apropiado.

Después de este estudio estaremos en disposición de correlacionar las deducciones obtenidas, clasificando la inclusión y planeando el método a seguir para la extracción del diente.

Los estudios más arriba mencionados han sido hechos por hombres que han invertido muchos años en este problema.

Desde el momento que ellos creyeron necesario estudiar intensamente los diferentes aspectos de los dientes incluídos, ¿por qué ha de haber inexperiencia en estos problemas ni ha de haber fracasos en la elección del método apropiado si ellos han enseñado su experiencia para la más amplia comprensión de sus trabajos?

Durante varios años hemos aprendido una clasificación de las inclusiones dentarias que, creemos, ayuda al operador a hacer un estudio más comprensivo de las radiografías y establece la necesidad de un amplio examen del paciente. El estudio radiográfico comprende: 1.º La relación del diente con la rama de la mandíbula. 2.º La relativa profundidad del diente en el hueso. 3.º La relación del diente con el eje longitudinal del segundo molar. 4.º Prever cuidadosamente las anomalías que pueden complicar la operación.

Relación del diente con la rama de la mandíbula.—Normalmente el cuerpo de la mandíbula debe desarrollarse lo suficiente para la completa acomodación de los dieciséis dientes del arco inferior. Los impactos que se presentan en las mandíbulas suficientemente desarrolladas son descritas como pertenecientes a la Clase I y son generalmente causadas por aberraciones de la erupción; en muchos casos, sin embargo, el cuerpo de la mandíbula no se desarrolla lo suficiente para la acomodación del tercer molar, parte del cual se encuentra inserto en el cuerpo mandibular y la porción remanente en la rama; estos casos son los descritos como pertenecientes a la Clase II. Cuando los terceros molares están completamente o casi por completo insertos en la rama se designan como correspondientes a la Clase III. De más está el decir que un diente impactado, si está localizado en el cuerpo de la mandíbula, será mucho más fácil de extraer que si está enteramente en la rama, donde el acceso es difícil y el hueso muy denso y en donde el diente está en estrecha relación con el canal mandibular. El proceso de reparación de las ramas con su hueso cortical tan denso es mucho más lento que en el hueso esponjoso del cuerpo de la mandíbula.

Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.—Nosotros hemos sugerido el denominar como Posición A aquellos casos en los que la porción más alta del cordal está a nivel o por encima del plano oclusal del segundo molar; Posición B los que la porción más alta del cordal está más baja que el plano oclusal del segundo molar, pero por encima de su línea cervical, y Posición C los que la porción más alta del cordal está a nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar. (En los impactos horizontales, la porción oclusal del cordal estará apoyada en la superficie distal del segundo.) Por lo tanto, también es lógico que los de la Posición A, cuya corona está expuesta y sólo parcialmente rodeada de hueso, presente una técnica muchísimo más fácil para su extracción que aquellos en que la corona está por debajo del nivel de la línea cervical de segundo molar.

Relación del diente con el eje longitudinal del segundo molar.—Para este estudio usamos la clasificación de George B. Winter de la angulación, la cual es bien conocida y difícilmente puede ser superada.

Complicaciones.—Curvatura anormal de las raíces, proximidad del canal mandibular, extremada densidad del hueso, anormal relleno del espacio normalmente ocupado por el fólculo dentario, por hipercementosis. Algunas de estas anomalías pueden hacer variar terminantemente, lo que a primera vista pudiera aparecer una simple operación, tornándose en una técnica que requiere excepcional cuidado y habilidad por parte del operador. Con demasiada frecuencia estas irregularidades pasan desapercibidas o ignoradas por los cirujanos dentales inexpertos.

En todos los casos es absolutamente necesario el estudio de buenas radiografías en las que deben estar eliminada la distorsión y deben abarcar por lo menos todo el tercer molar, el segundo y, al menor, parte del primero, así como también las estructuras existentes por debajo y por encima del molar impactado. El ángulo medio de proyección para la visión del tercer molar es de cinco a diez sobre la horizontal con los rayos dirigidos a través del punto de contacto entre el primero y el

segundo lugar; en la mayor parte de los casos son muy convenientes también proyecciones oclusales.

Al estudio radiográfico debe seguir un amplísimo examen clínico. Hay muchos estados anormales de boca que pueden complicar seriamente cualquier técnica operatoria odontológica y que siempre deben exigir un cuidadoso examen previo a la operación. La accesibilidad al campo operatorio varía grandemente en los diferentes individuos; algunos de los estados causantes de inaccesibilidad pueden ser: una lengua grande incontrolable; inhabilidad para abrir la boca ampliamente, no obstante disponer de una apropiada instrumentación, y una boca pequeña con musculatura inflexible.

Cada caso es un problema individual. La selección del anestésico dependerá de la aptitud mental del paciente y de su facilidad de comprensión del esfuerzo del operador.

En cualquier caso el operador que siga cuidadosamente el plan a seguir será capaz de hacer un pronóstico inteligente; de este modo, por autoanálisis, él podrá determinar si su cuidado y experiencia son suficientes para justificar la responsabilidad de la operación.

Plan para el estudio sistemático de las radiografías de corales inferiores:

Primero. Relación del diente con la rama de la mandíbula.

Clase I.—Suficiente cantidad de espacio entre la rama y la porción distal del segundo para la acomodación del diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase II.—El espacio entre la rama y la porción distal del segundo molar menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase III.—Toda la corona del tercer molar o al menos la mayor parte de ella enterrada dentro de la rama.

Segundo. Relativa profundidad del tercer molar en el hueso.

Posición A.—La porción más alta del diente sobre o al nivel de la línea oclusal.

Posición B.—La porción más alta del diente por debajo

de la línea oclusal, pero por encima de la línea cervical del segundo molar.

Posición C.—La porción más alta del diente a nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

Tercero. La posición del diente en relación con el eje longitudinal del segundo molar (de la clasificación de George B. Winter):

1, vertical; 2, horizontal; 3, invertida; 4, mesioangular; 5, distoangular; 6, bucoangular; 7, linguoangular.

Estas posiciones pueden presentarse también en: a) Desviación bucal. b) Desviación lingual; y d) Torsión.

Cuarto. Complicaciones:

- 1) Curvatura radicular anormal.
- 2) Hipercementosis.
- 3) Proximidad al canal radicular.
- 4) Densidad extremada del hueso.
- 5) Espacio folicular relleno de cemento.

Los métodos para extraer estos dientes impactados son muchos y muy variados. Todos tienen un éxito mayor o menor en las manos del hombre familiarizado con esta clase de operaciones. El problema mecánico a resolver en ellas consiste en colocar el diente aberrante en una posición vertical, de tal manera que pueda ser extraído del alveolo. Para conseguir esto es necesario eliminar hueso mandibular, ya distalmente, ya bucalmente y quizá a veces a todo alrededor de las raíces; conseguido esto por levantamiento, esto es, forzando en el espacio creado por la eliminación del hueso mandibular, es eliminado el diente del alveolo. Una técnica propia que ofrecemos a consideración de los compañeros es la de dividir el diente en sentido de su eje mayor, separando entonces los dos trozos divididos y extrayéndolos; de este modo la cantidad de hueso lesionado, el tiempo operatorio y la extensión del trauma en las partes subyacentes, así como también la cantidad de esfuerzo necesario para dislocar el diente, están considerablemente reducidos. De esta manera tendremos muchísimo ade-

lantado para conseguir la vuelta a la normalidad y para disminuir el dolor postoperatorio.

Técnica de la extracción.—Para dejar al descubierto el sitio en que está el diente incluído o que ha hecho erupción parcial sólo, se debe hacer un colgajo muco-perióstico, el cual debe ser levantado y retraído. La incisión para llevar a cabo este colgajo debe ser quirúrgicamente correcta; después, si fuese necesario, se eliminará del lado bucal la cantidad de hueso semicircularmente a la corona, a fin de proporcionar acceso a la hendidura intercuspidiana de dicha corona, en la cual se apoyará en este momento un pequeño escoplo bien afilado. Uno o dos golpes de mano o de martillo del torno conseguirá cortar una porción de diente si el escoplo está suficientemente afilado.

De este modo se eliminará la suficiente cantidad de corona para formar espacio suficiente para que la porción remanente de corona pueda ser elevada. Si las raíces están fracturadas podrán ser elevadas suavemente al interior del espacio ocupado con anterioridad; de esta manera proporcionamos espacio por eliminación de la raíz más bien que por destrucción del hueso. Es casi innecesario mencionar el hecho de que es excesivamente difícil partir un diente previamente movilizado. No se debe hacer ningún intento de elevar o de movilizar un diente antes de partirlo. Se debe proporcionar suficiente espacio, eliminando estructuras de diente que permitan elevar la parte remanente con la menor cantidad de presión posible, reduciendo de este modo la presión que con los procedimientos se hace sobre el hueso utilizando el botador.

En algunos casos, cuando el diente está localizado lingualmente al segundo molar, es casi imposible alinear la cizalla en la línea de la hendidura; cuando esto se presenta se utilizará una broca en el torno para hacer un orificio en la corona o en el cuello del diente; hecho este orificio se insertarán en él un punzón afilado en cuatro lados, de tal modo que estos filos no permitan llegar la punta del punzón al fondo del agujero para que los bordes cortantes rompan el diente con un golpe de martillo; cuando esto esté efectuado, la porción del diente fracturado se eliminará fácilmente.

En determinadas circunstancias será necesario eliminar una pequeña cantidad de hueso del lado distal para permitir la eliminación de la fracción fracturada a causa de la convexidad distal de la superficie.

Las ventajas de este método de proceder son las siguientes:

1.^a Las incisiones son menos extensas puesto que distalmente a la corona del diente hay muy poco que actuar.

2.^a El cortar hueso está eliminado o materialmente reducido.

3.^a La lesión de los tejidos subyacentes y especialmente del nervio mandibular son absolutamente evitadas, así como también son innecesarias las forzadas elevaciones.

4.^a El tiempo operatorio puede ser considerablemente reducido en comparación de todos los demás procedimientos que necesitan eliminar hueso.

5.^a La inflamación postoperatoria se reduce también por la menor exposición del tejido.

6.^a El trismus se reduce también a causa de que se elimina de este modo la enorme presión que precisan los botadores.

The S. A. D. A.—D. C. 25-10.



La organización de las transfusiones sanguíneas

Según el Boletín Médico del Ejército británico, el servicio de transfusiones estaba funcionando como sigue:

Un equipo de campaña, funcionando en la base aérea más cercana al frente, recogió la sangre transportada en frascos desde el hospital base. La guardaba en su propia refrigeradora y la distribuía entre las distintas unidades de transfusión en los puestos de concentración, para la primera curación de los heridos llevados del campo de batalla. Parte se entregaba a camiones refrigerados, constituyendo bancos de sangre móviles. Por lo general, no se empleaba sangre de más de tres semanas de extracción, pero en caso de emergencia se utilizaba hasta sangre de cinco semanas, presentando poca hemolisis, sin que se registraran accidentes. Durante toda la batalla, desde el 16 de octubre hasta el 5 de noviembre, casi once mil frascos conteniendo líquido para transfusiones fueron llevados de la manera descrita al lugar en que se necesitaba: tres mil doscientos veinte de éstos conteniendo sangre fresca de donantes en la base. (Per Med. Esp., XI. 62.)