

con frecuencia hasta una semana, que es cuando las condiciones del enfermo permiten instaurarlo. El peligro de meningitis en las fracturas que afectan a la región etmoidal exigen su inmediato tratamiento.

Cuando el desplazamiento se ha corregido, y esto ocurre, generalmente, en un período de dos a cinco días, la mandíbula inferior debe ser bloqueada con alambre a la superior durante tres semanas aproximadamente. Después de que se haya corregido el desplazamiento lateral o posterior, la instauración de la tracción mecánica o elástica contra la mandíbula corregirá el desplazamiento hacia abajo y restaurará la dimensión facial correcta.

F FRACTURAS DE LOS MAXILARES

ODONTOIATRIA

Fracturas de los maxilares. por A. P. GINGRASS M. D. — D. D. S. —
J. A. D. A. 25, 5.

Fracturas de la mandíbula inferior.—La mandíbula inferior es de todos los huesos de la cara el que con más frecuencia sufre de fracturas. Esto es debido indudablemente a su sobresaliente posición, gran tamaño y forma peculiar, comparativamente considerado, con los demás huesos de la cara; el sitio más frecuente de las fracturas simples es la región de los bicuspídes; en frecuencia, le sigue como sitio de elección el ángulo. Las fracturas dobles se presentan de ordinario en la región bicuspídana de un lado y en el ángulo del opuesto. Prácticamente, todas las fracturas del cuerpo del maxilar inferior son complicadas, es decir, comunican con la cavidad oral por la presencia de la raíz de un diente en la línea de fractura. Por estas razones las fracturas del maxilar inferior en sujetos desdentados son de ordinario no complicadas. Las fracturas de las ramas ascendentes tampoco se infectan de ordinario.

El desplazamiento en las fracturas mandibulares es debido a la violencia externa y al tiro muscular.

El diagnóstico está basado principalmente en los siguientes datos: maloclusión dentaria, movilidad anormal, dolor a los movimientos y evidencia radiográfica. La radiografía es de un valor indudable en la determinación de las líneas de fractura, las fracturas conminutas y las raíces dentarias afectadas; ahora bien, odontológicamente considerado, no nos es de ningún valor en la corrección del desplazamiento en las fracturas del cuerpo, puesto que la oclusión de los dientes es el mejor guía para tener seguridad en la perfecta corrección de estas fracturas. No

obstante, la radiografía tiene su valor indudable para determinar el grado de corrección en las fracturas de la rama ascendente.

Algunos autores preconizan la incisión externa de todas las fracturas complicadas del maxilar inferior. Nosotros aconsejamos una actuación más conservadora, con drenaje si la infección se desarrolla.

Como regla sistemática, si el estado del paciente lo permite, debe procederse a la colocación de los fragmentos desplazados en su correcta posición e inmovilidad inmediatas, disminuyéndose al mínimo de esta manera la probabilidad de infección, desarrollo de una osteomielitis, etc.

El 90 por 100 de las fracturas del maxilar inferior pueden ser tratadas por el método de Gilmer (bloqueo por alambres o por bandas.—Nota del traductor). Este método es extraordinariamente simple, muy eficiente y casi universalmente empleado.

Los dientes implantados en la línea de fractura deben ser retenidos por lo menos temporalmente.

En el método de tratamiento anteriormente indicado no es necesario extraer dientes para permitir la alimentación del paciente, puesto que es suficiente el espacio que queda entre los dientes en oclusión y el espacio retromolar para permitir el paso de líquidos de alto valor calórico.

Las fracturas de los maxilares desdentados son de ordinario más difíciles de tratar, puesto que la ausencia de dientes impide el bloqueo interdentario con alambres. En estos casos, tenemos como recurso el alambrado en circunferencia, que consiste en pasar alambres inmediatamente por alrededor del cuerpo del maxilar inferior, que son retorcidos encima de una placa colocada sobre el reborde alveolar; también puede emplearse la unión quirúrgica por alambres, de los trozos fracturados.

Las fracturas de la mandíbula en los niños presentan dificultades sobreañadidas, puesto que, por lo general, los dientes temporales no son suficientes en número para permitir el bloqueo interdentario por alam-

bres. Ocasionalmente puede recurrirse al alambrado en circunferencia.

Fracturas del maxilar superior.—Las fracturas del maxilar superior están generalmente complicadas con fracturas de los otros huesos faciales, siendo los más frecuentes el hueso nasal y el malar. En estas fracturas no es posible decir qué huesos y en qué cantidad están afectados. Ni aun las radiografías nos proporcionan datos de valor en estas determinaciones. El examen clínico, que es lo más importante, consiste en determinar el grado de maloclusión de los dientes y la movilidad de las mandíbulas. El desplazamiento que puede existir en esta clase de fracturas es únicamente el causado por el traumatismo, puesto que en este hueso no se insertan músculos poderosos que sean causantes del mismo.

El tipo más corriente y más sencillo de fracturas de este tipo es el que afecta únicamente a los dientes y al proceso alveolar. Su tratamiento consiste en la eliminación de los dientes movilizados y las porciones de hueso aisladas. Cuando existen varios dientes incluidos en el bloque del proceso alveolar fracturado se deben colocar en su posición e inmovilizarlos.

Las fracturas unilaterales y travesuras del maxilar superior afectan siempre a la cavidad nasal y a los senos paranasales. El antro, generalmente, está relleno de sangre, que rara vez exige su eliminación. Si esta capa de sangre se infecta, hay que llevar a cabo una antrotomía.

El desplazamiento en las fracturas unilaterales es generalmente hacia abajo; en las bilaterales es hacia abajo y hacia atrás, o hacia abajo, hacia atrás y lateralmente.

Rara vez es posible corregir el desplazamiento. La corrección por tracción mecánica es el método de elección. Como casi todas las fracturas del maxilar superior están complicadas con las de otros huesos de la cabeza, su tratamiento debe ser, de ordinario, diferido en varios días.

como reacciones a estados del tracto gastro-intestinal, el seno pneumático o en otros sitios tradicionales.

11. A través de las presiones más o menos continuas de la lengua en el interior de espacios interdentarios en la parte anterior del arco producidos por desviaciones distales, pueden desarrollar pequeños tumores sesiles o pediculados que en algunos casos se extienden al plano labial del arco. Estos tumoreitos, al ser repetidamente traumatizados pueden derivar a un estado de malignidad.

12. En la parte posterior de la boca, el borde de la lengua pueden crecer en un espacio dejado por la extracción de un molar, extendiéndose de tal modo que pueda llegar a traumatizarse, especialmente durante el sueño. Tal irritación continuada, es con frecuencia considerada como fuente de malignidad.

S SEMIDESDENTADOS

ODONTOIATRIA

La ausencia individual de dientes como factor de las enfermedades dentales y periodónticas, por ISADOR RIRSCHFELD, D. D. S.—J. A. D. A., D. C. 24, 8.

Resumen:

1. La ausencia individual de dientes es, probablemente, la fuente más prolífica de condiciones locales que directamente causan, localizan o aumentan la caries dentaria y las enfermedades periodónticas.

2. Cada diente puede decirse que es como la clave no ya de un solo arco dentario sino de los dos.

3. Los complejos cambios kaleidoscópicos en el aparato masticatorio subsiguientes a la pérdida de un diente tienen su comienzo en tres estados principales, creados automáticamente por la extracción: (1) pérdida de contigüidad de la arcada dentaria, (2) parcial o completa pérdida de

la oposición oclusal, (3) reducción, o cesación completa de la función local.

4. Una cadena de causas y efectos de por encima de ochenta cambios pueden ser el resultado de la pérdida del primer molar permanentemente inferior; la pérdida de cualquier otro diente en cualquier arco puede producir cambios semejantes aunque no tan extensos.

5. Un museo en miniatura de material para ilustrar, en el que se incluyan modelos, fotografías y radiografías, puede ser utilizado con gran ventaja para demostrar al paciente los antiestéticos e inconvenientes resultados finales del no reemplazamiento de una unidad dentaria perdida.

6. La pérdida del primer molar inferior o del tercero da como resultado obligado la caries cervical sobre el lado mesial del tercer molar superior y una profunda bolsa piorrérica sobre el lado distal del segundo molar superior, como resultado del impacto alimenticio causado por el alargamiento del tercer molar superior.

7. Como resultado del no reemplazamiento de un diente posterior se encuentra la antiestética formación del espacio anteriormente expuesto e incluso algunas veces el traumatismo de la lengua.

8. Un incisivo central inferior anormalmente colocado en oposición a la línea media del arco superior es predisponente al establecimiento o acentuación de la enfermedad periodóntica. Tal malposición puede resultar de la desviación del diente anterior subsiguiente a la extracción de uno posterior.

9. El alargamiento de un primer molar superior subsiguiente a la pérdida de su opuesto oclusal pueden conducir a (1) la denudación extensiva de su raíz palatina y (2) a la exposición precoz de la bifurcación proximal ocasional de una incipiente infección piorrérica, originando de este modo un pronóstico negativo, no obstante el que el otro diente pueda estar solo ligeramente afectado.

10. Las perturbaciones de la articulación temporo-mandibular y de sus estructuras asociadas resultantes de una ausencia individual de dientes pueden ser responsables de algunos de los dolores vagos o de molestias en aquella región, las cuales, en otros tiempos, habían sido explicadas

Osteomas y cementomas centrales: diagnóstico y tratamiento, por KURT
H. THOMA, D. M. D.—J. A. D. A., D. C., 25, 5. 80, 5.

Resumen:

Los diversos tumores osificantes benignos objetos de este artículo, deben ser bien distinguidos por diagnóstico diferencial, sobre todo del sarcoma osteogénico maligno.

Los cementomas y osteocementomas son de crecimiento muy lento, excepto cuando contienen una gran cantidad de estructura celular. Debe procederse a su extirpación siempre que haya tendencia a un continuado crecimiento; pero si se mantienen en un estado de inactividad, pueden no precisar su eliminación, siempre que se les mantenga en constante estado de inspección.

Los osteomas se desarrollan lo mismo periféricamente que en localización intraósea. En esta última forma, su existencia parece coincidir

R RELLENO PULPAR

ODONTOIATRIA

Evidencia histológica de las ventajas del relleno temporal y de los éxitos del coronamiento pulpar de los dientes temporales, por CHARLES F.
BODECKER, D. D. S.—J. A. D. A., D. C. 25, 5. 80, 5.

El empleo de los rellenos temporales en las cavidades incipientes de los dientes recientemente erupcionados tiene un inconveniente, el de que para llevarlo a cabo se necesitan una o dos sesiones de extraordinaria duración. Este inconveniente está equilibrado por las dos ventajas siguientes: (a) el paciente, aunque no se le someta a anestesia, experimenta muy poco dolor; (b) la pulpa no está sujeta a grandes irritaciones permaneciendo en condiciones casi normales.

Stowove y Rosenstein presentan demostración evidente de que el coronamiento pulpar de los dientes temporales obtiene un gran éxito en un elevado porcentaje de casos. La exposición operatoria de la pulpa en un campo seco se puede tratar sin ninguna clase de desconfianza, pues

siempre con la segunda o tercera década de la vida y se llaman fibro-osteomas. Tienen tendencia a un crecimiento lento, desfigurando la cara, obliterando la bóveda palatina y llegando también a la obstrucción del seno maxilar. En razón de su benignidad no están indicadas las operaciones muy desfigurantes, pero se aconseja la excisión parcial conservadora y la irradiación subsiguiente.

se ha demostrado que estas áreas curan normalmente. Stowe ha demostrado que cuanto menos profundamente penetre la infección en el tejido pulpar, hay mayor probabilidad de curación completa por la oclusión del área expuesta con dentina secundaria y la completa eliminación de la infección, quedando de este modo los dientes temporales ejerciendo su función normal hasta el momento de su reemplazo por los permanentes.