

* INCLUSIONES DENTARIAS

por los

Doctores Pedro Ruiz de Temiño

Jefe del Servicio de Estomatología
de la Casa de Salud Valdecilla

y

César Díaz López

Médico Odontólogo Interno del Servicio

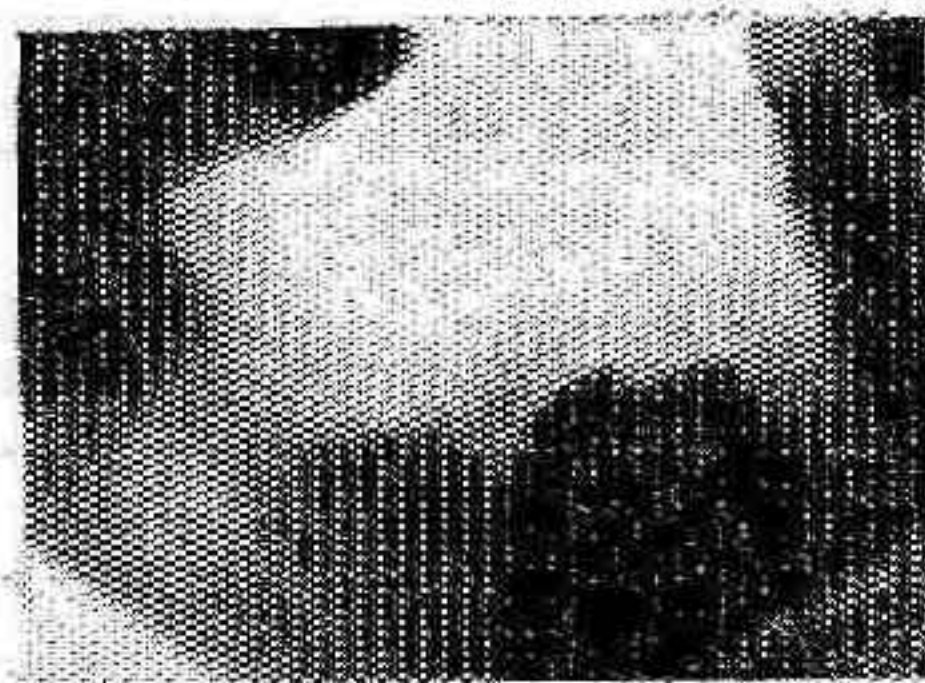
SE sabe que las causas más frecuentes de inclusión dentaria son, a veces, obstáculos mecánicos producidos por traumatismos, la carencia de espacio en la arcada dentaria, o bien la falta de reabsorción de dientes caducos, motivos éstos que explican su posterior aparición una vez suprimidas las causas que ocasionaban esa anulación de la presión de crecimiento. Pero la mayoría de las retenciones con causadas por ectopia del germen dentario, ya sea primaria o secundaria originada por tumoraciones.

Los rayos Röntgen nos facilitan extraordinariamente su diagnóstico y nos indica el camino a seguir en la intervención quirúrgica a realizar cuando se ha decidido su extracción.

Muchas veces estos dientes incluídos no dan lugar a manifestaciones patológicas; otras, en cambio, ocasionan trastornos de distinta índole: malas posiciones dentarias, reabsorción de raíces de dientes permanentes, neuralgias, fístulas de evolución tórpida, etc.

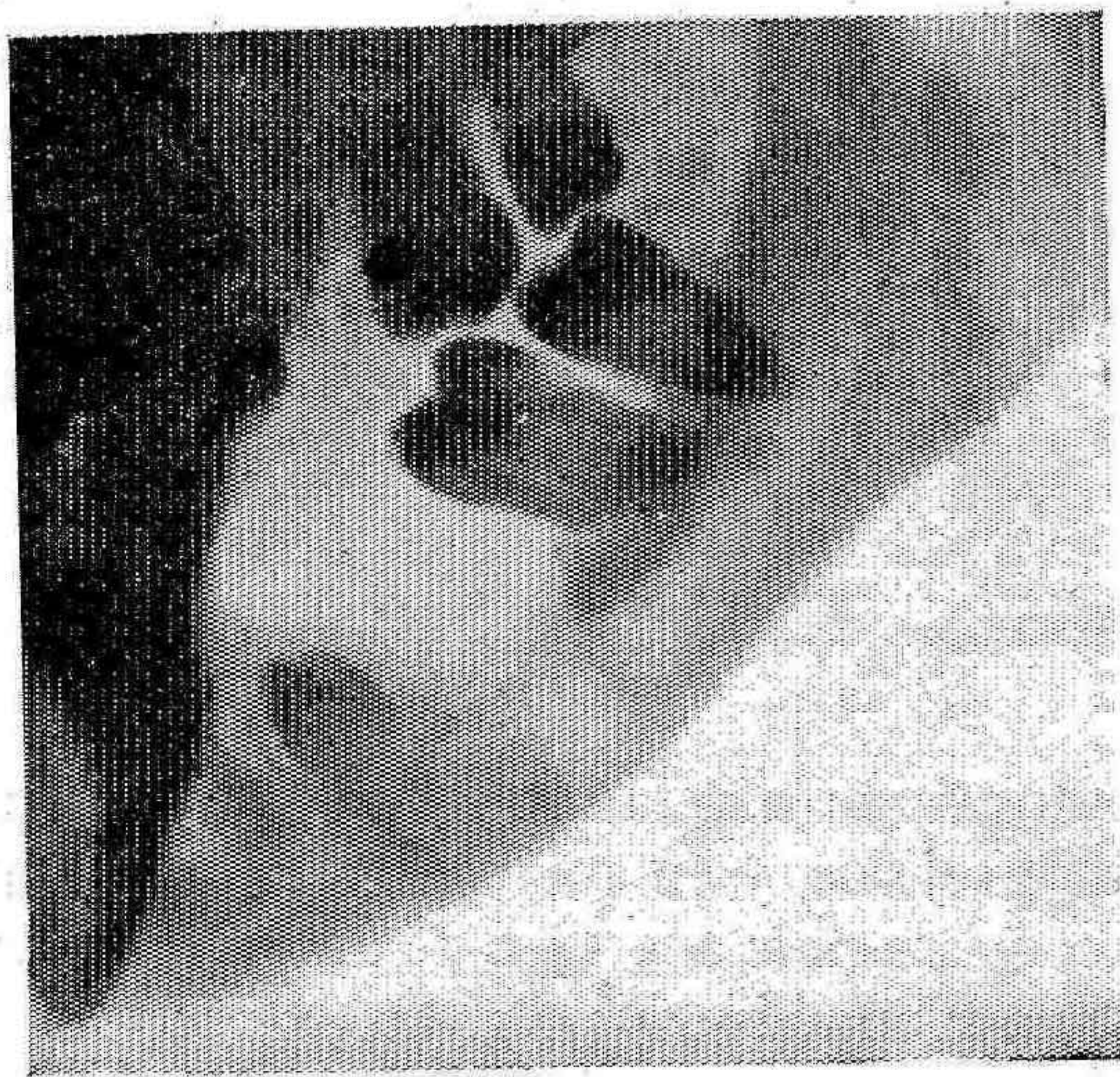
En el camino a seguir en su tratamiento nos interesa procurar hacerlo por vía bucal, y, a ser posible, por vestíbulo, abriendo ampliamente la cámara que ocupa el diente, para facilitar su movilización y extracción.

Haremos ahora un comentario de dos historias clínicas pertenecientes a dos enfermos tratados en estos meses pasados en el Servicio de Estomatología de la Casa de Salud de Valdecilla.



*Fig. 1.—Primer bicúspide inf. derecho incluido.
Examen radiográfico intraoral.*

El primero de ellos, F. V. V., historia número 3.149, de veintinueve años, casado, ferroviario. Se presentó en la consulta el 4 de noviembre de 1944 aquejado una anestesia per-



*Fig. 2.—La radiografía extraoral nos muestra
ampliamente el bicúspide incluido.*

manente del dentario derecho, que él atribuye a una extracción del segundo bicúspide inferior de ese lado, hecha en nuestra Clínica dos meses atrás, y que dejó como secuela, además de la anestesia, una fístula a nivel de ese alvéolo.

A la inspección se observa una fístula amplia, con exudado purulento, y cuya exploración con sonda no nos señala nada de interés especial.

A radiografía intrabucal (fig. 1) se descubre el primer bicusípide inferior derecho incluído. Pero como la placa no abarca la totalidad del diente, se hace una extrabucal (fig. 2).

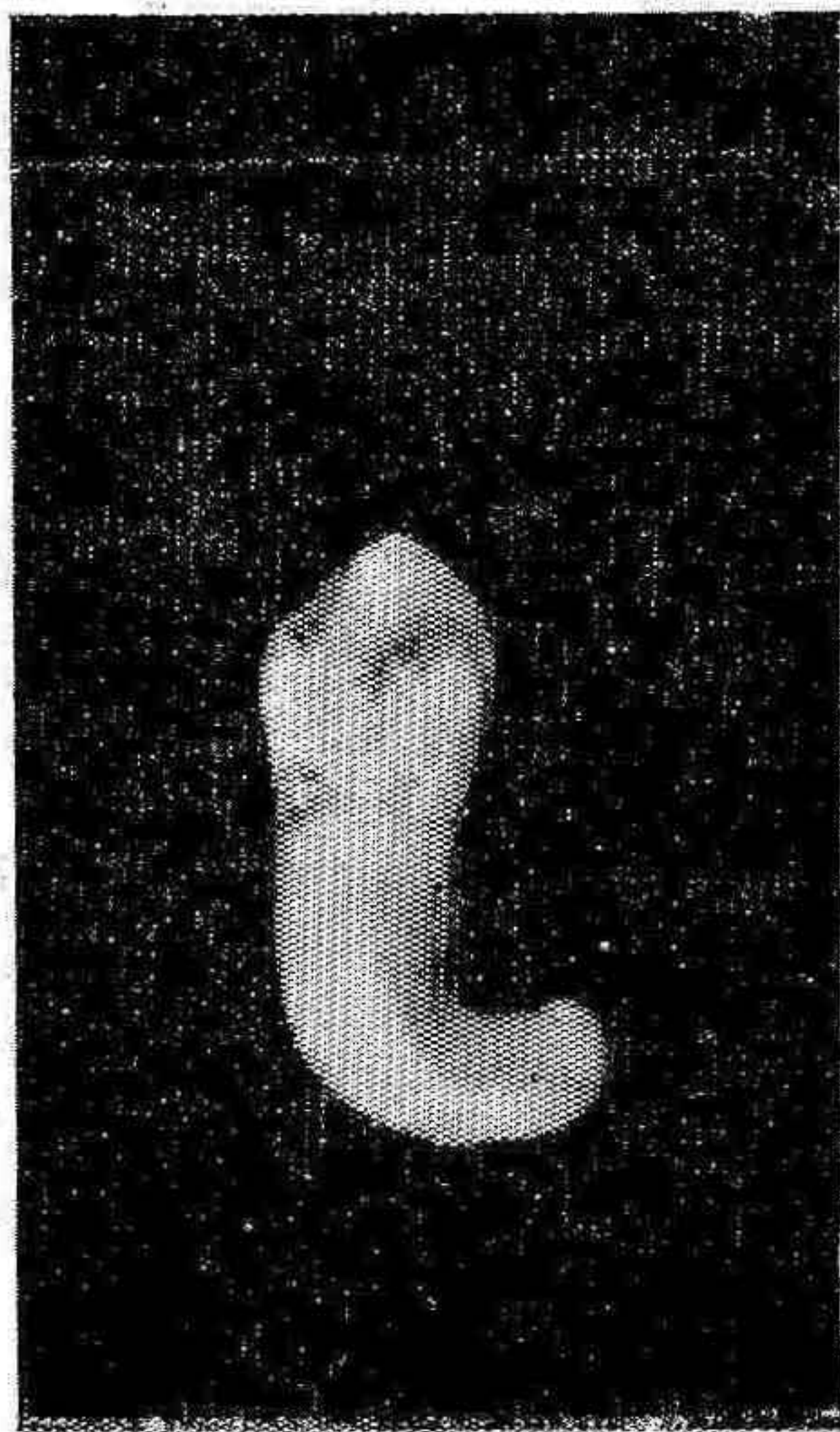


Fig. 3.—La curvatura radicular hizo la intervención laboriosa.

Tratamiento: Se aplaza la intervención a fin de que se regeneren algunos tejidos, y en enero pasado se procede a su extracción, que consiste en la apertura de una amplia ventana para abordar el diente y movilizarle; pero su extracción resulta muy laboriosa debido a que la raíz está incurvada en forma de gancho (fig. 3).

El curso post-operatorio, normal.

Visto por última vez el 26 del pasado febrero, se halla cicatrizada la herida operatoria, curada la fístula y la anestesia desaparecida, a excepción de una ligera hipoestesia que afecta la mitad derecha del labio inferior y mentón, viéndose radio-

gráficamente (fig. 4). la neoformación ósea en la zona de osteítis que originaba la fístula.

La etiología de esta inclusión creemos haya sido debida a la resistencia mecánica opuesta por el tejido óseo a favor de ese gancho de la raíz, y que ha suprimido la presión de crecimiento, ya que, por otra parte, el diente estaba en la posición y lugar que le correspondía para haber hecho erupción normal

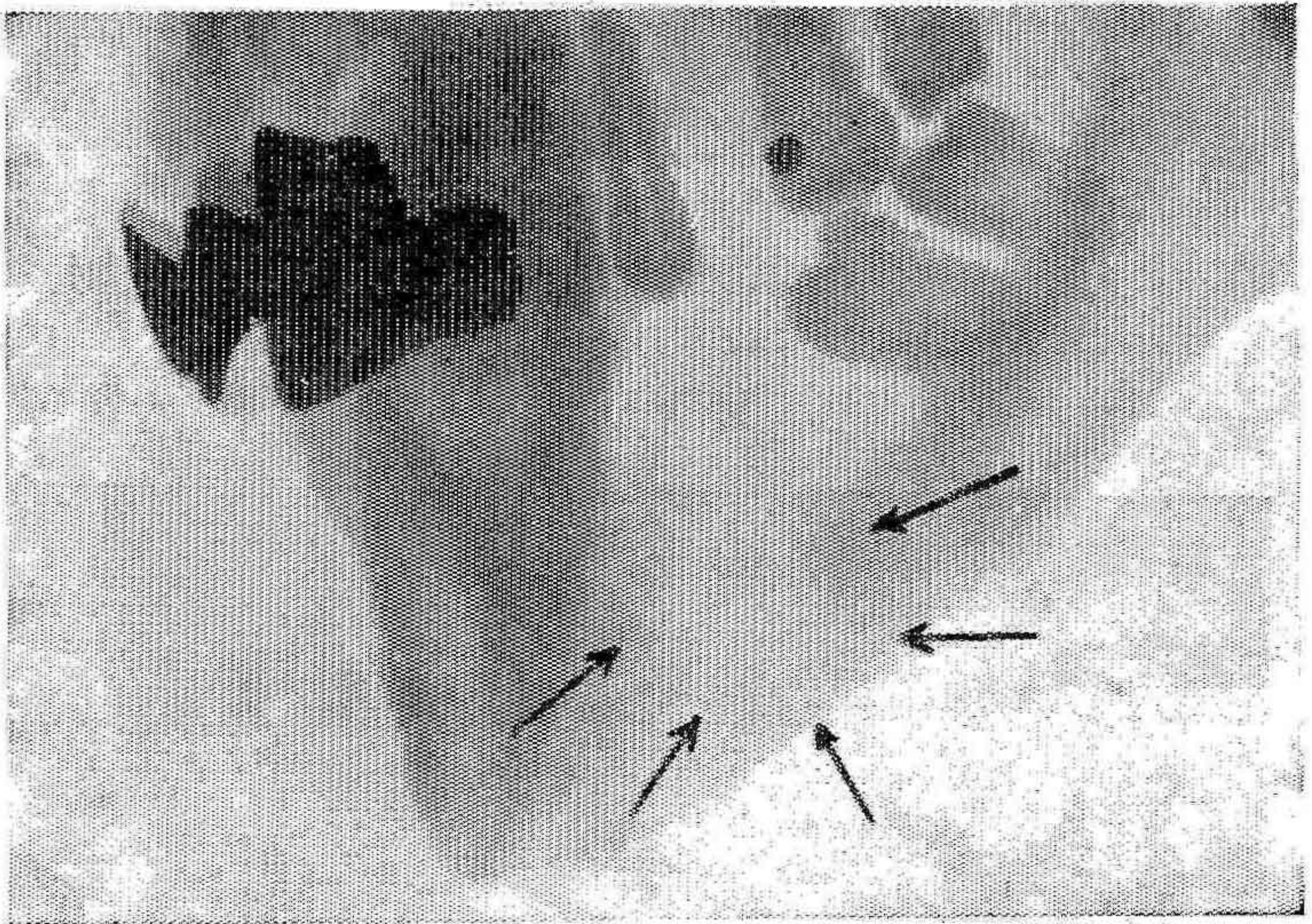


Fig. 4.—La neoformación ósea, delimitada por las flechas, en la zona de osteítis que originaba la fístula.

En cuanto a la patogenia y origen de esa fístula y anestesia, la primera se debió a la infección post-extraccional de unos tejidos ya dilatados, y en la segunda se pueden invocar dos factores capaces de haberla producido: el factor infeccioso posterior a la extracción del segundo bicúspide, o una acción mecánica ejercida sobre el diente incluído durante la extracción referida, que ocasionase la compresión del dentario por aquél. Habla en favor de esta última suposición el hecho de haberse instaurado la anestesia inmediatamente de la extracción y su desaparición relativamente rápida una vez suprimida la causa compresora.

El segundo caso que exponemos encierra interés, ya que descubre un error de diagnóstico radiográfico por una deficiente aplicación de este medio de exploración.

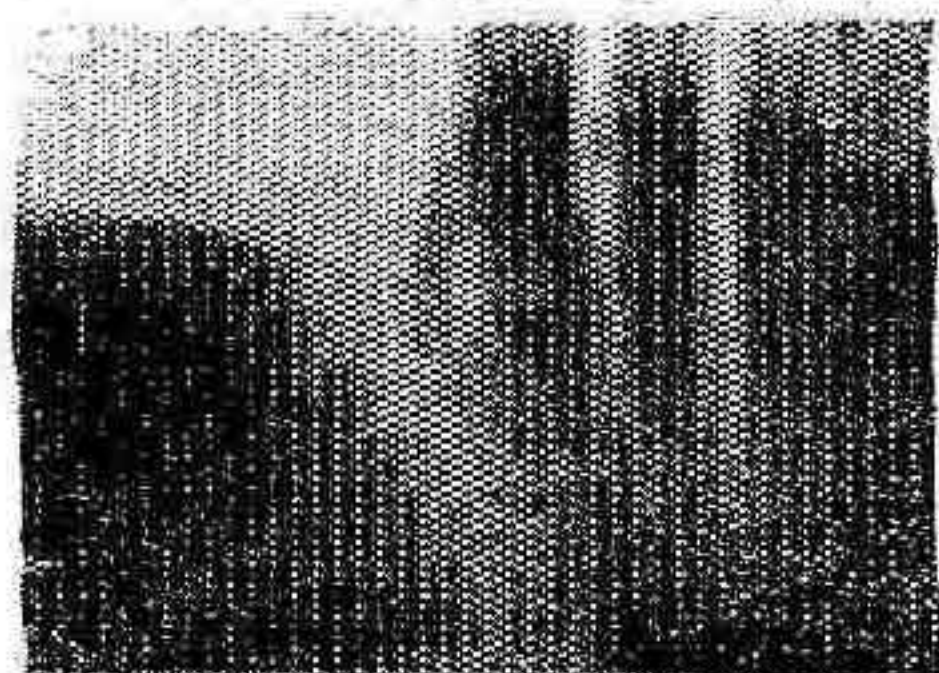


Fig. 5.—Tras la radiografía intraoral fué diagnosticado el caso de osteitis, procediendo a un raspado que no obtuvo la curación.

A. G. G., historia número 121.948. De veintiún años, soltero, chófer. Acude a nuestra consulta el 21 de febrero de 1945, y nos refiere que a principios del año 1936 le extrajeron



Fig. 6.—El examen radiográfico extraoral nos muestra, con el canino incluído, la causa de los síntomas actuales.

una pieza dentaria a nivel de la región de los bicúspides inferiores derechos. Después de haber pasado unos cinco años sin trastorno alguno, se presentó una fluxión purulenta por el al-

véolo que correspondía a esa pieza, continuando en la actualidad.

Hace unos meses, un odontólogo le ha visto, y después de hacer una radiografía intrabucal (fig. 5) diagnosticó una osteitis; haciéndole un raspado óseo, sin conseguir la curación.

Aquí observamos una fístula con salida por alvéolo, y la exploración al tacto y con sonda es nula.

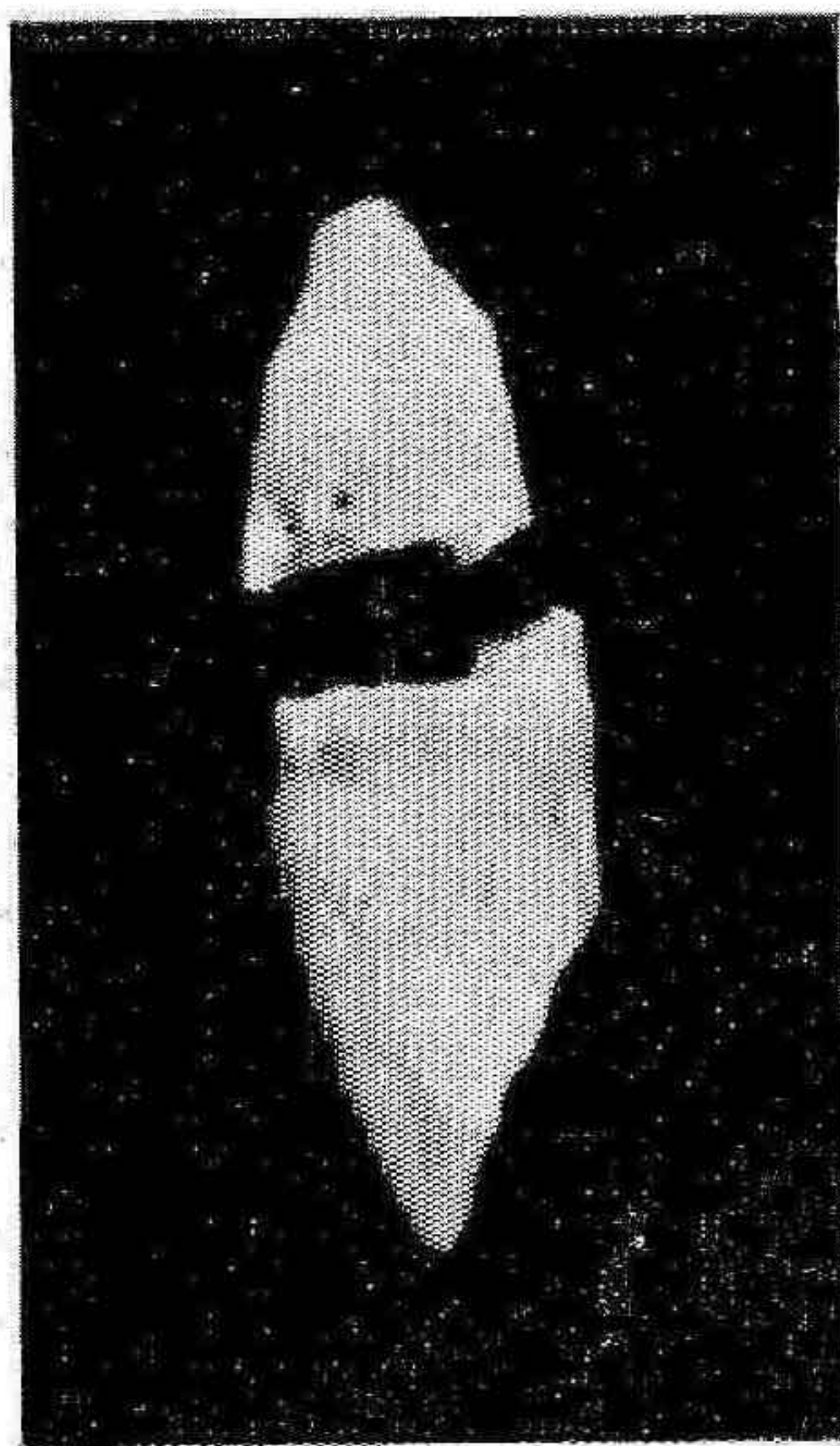


Fig. 7.—Con objeto de hacer la intervención lo más conservadoramente posible se fracturó el diente por medio de una fresa.

Se hace una radiografía extrabucal (fig. 6) y vemos un canino incluído en medio de una extensa zona de rarefacción ósea que comunica con el alvéolo fistulizado. Las paredes que limitan esta osteitis están muy debilitadas.

En una radiografía oclusal se comprueba su situación central con respecto a la dimensión transversal del hueso.

Se interviene este enfermo por vía bucal y cara vestibular de mandíbula, pese a que la superficial situación del diente es manifiesta en reborde de rama y que hacía presumir una mas

fácil extracción a ese nivel; pero hubo que tener en cuenta los peligros de fractura de mandíbula debidos a la debilidad ocasionada por el proceso osteítico existente y procurar, por tanto, la conservación de la continuidad ósea en ese lugar. Por las mismas razones se ha procurado hacer la intervención de un modo conservador, para lo cual se fracturó el diente (fig. 7) con fresa, a fin de hacer posible su extracción por una ventana más pequeña.

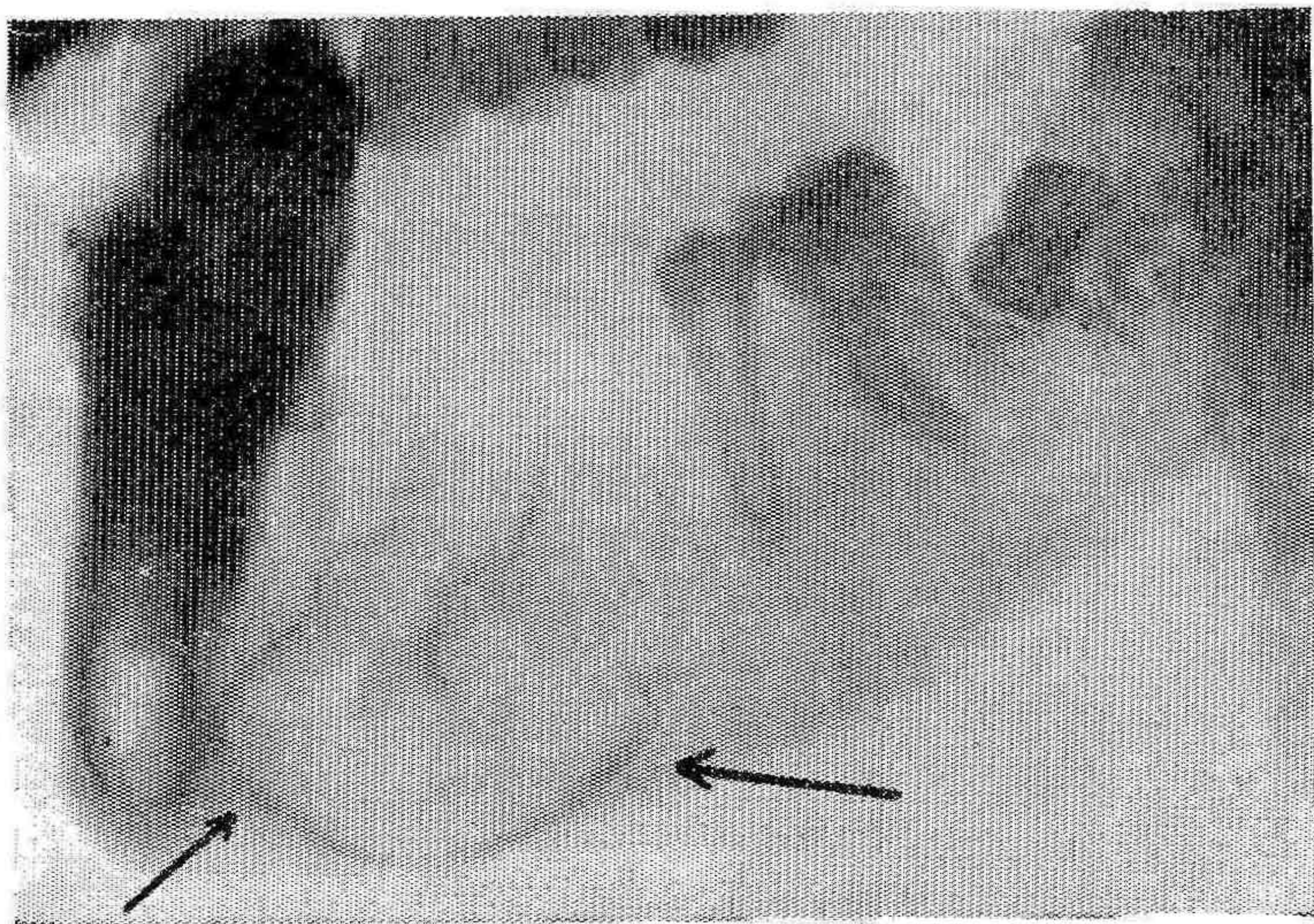


Fig. 8.—Un raspado de la cavidad de tipo quístico pudo darse el alta al enfermo.

Con un posterior raspado de aquella cavidad de tipo quístico (fig. 8) en que se hallaba la inclusión, se termina la intervención.

La etiología de este caso es, indudablemente, una ectopia primaria del germen dentario, ya que su posición totalmente horizontal y su gran desplazamiento en profundidad, así lo indican.

Este caso encierra importancia por el hecho de que viene a advertirnos de un error diagnóstico, aun con radiografía.

Es muy frecuente ya la utilización de los rayos Röntgen en clínica odontológica; pero la mayoría de las veces se limita su empleo a las radiografías intrabucuales, ocasionando perjuicios como el reseñado. Es, pues, indispensable la observación amplia del campo patológico, pues el no hacerlo así conduce, como en este caso, a errores, por no ser posible la obten radiográfica de la verdadera lesión, o bien por no abarcar la placa (por sus escasas dimensiones) el territorio que nos interesa examinar.

El hecho de que estas dos inclusiones se dan con poca frecuencia, especialmente la del primer bicúspide inferior, unido al cuadro clínico de una anestesia completa del dentario en un enfermo, y en el otro ese error de diagnóstico a que aludíamos, y que es debido, por una parte, al gran desplazamiento de la pieza retenida, y, por otra, a la imposibilidad de abarcarle con una placa intrabucal, y que nos alecciona para que no nos conformemos con el hallazgo parcial de una lesión, sino que debemos buscarla y examinarla en su origen y en su total extensión, cuando ello nos es posible, es lo que nos animó a la publicación de estas dos observaciones.

Reparto de vitamina B₁ en el pan.—Por la acción de la cocción la corteza del pan pierde su contenido en vitamina B₁ mientras que la miga contiene más. La corteza contiene sólo un 30 ó 50 por 100 de lo que le correspondería y por ello cree que siendo el pan uno de los alimentos que habitualmente más vitamina B₁ aportan al organismo, se deba cuidar que la cocción del pan sea de tal modo realizada que sólo destruya una parte de la vitamina y así se puedan obtener panes con un 25 por 100 más de B₁. (Münch. Med. Woch.) per R. C. E. 5 XVI.