

LA EXTRACCION SERIADA EN ORTODONCIA

por el

DR. ANGEL GUERGUÉ

616.314—089.23—89.87

Establecido que el tratamiento ortodóncico, como todo tratamiento médico, debe ser en primer lugar profiláctico, es evidente que ha de ser tan precoz como suficiente para evitar la malformación dentaria o dento-maxilo-facial. De aquí se desprende que el ortodoncista ha de ser buen observador del niño durante el desarrollo de toda la personalidad del niño, para lo cual es primordial conocerle en todos sus órdenes.

Siguiendo a Angle podíamos repetir que el tratamiento ortodóncico ha de establecerse «con anterioridad al comienzo de cualquier alteración de la normalidad en el desarrollo del sistema dental». Partidario de la precocidad del tratamiento es asimismo Tweed, que lo establece en la dentición mixta y aun antes.

Y es en este momento que el ortodoncista debe discriminar sobre la oportunidad de proceder a la extracción seriada. Fué Colyer—citado por Heath—who en 1920 procedía a la extracción de los caninos deciduos para obtener espacio para los incisivos permanentes en caso de su apiñamiento. Su criterio se seguía procediendo luego a la extracción de los cuatro primeros premolares en el momento que hubiera que preparar sitio para los caninos permanentes.

Era ésta la época en que la Angle consideraba que toda extracción era una mutilación, aun cuando alguno de sus discípulos aceptase en ocasiones la extracción.

Kjellgren (1929) describe bajo la denominación de «extracciones seriadas» el tratamiento de la dentición mixta para prevenir el establecimiento de una maloclusión. Con él se pretende proveer espacio, con prevención, para la sucesiva colocación de los dientes permanentes en aquellos casos en los que la falta de sitio se prevea patente. Ello supone la necesidad de hacer un diagnóstico lo más precoz y afinado posible.

La extracción seriada no es procedente en la sobremordida muy marcada cuando los incisivos inferiores ocluyen sobre la encía palatina de los incisivos superiores, así como en aquellos casos en los que exista un espacio entre los incisivos centrales superiores (Salzmann).

Evidentemente que el problema de la extracción en la dentición permanente en la maloclusión ha sido la causa del actual malentendido; no se trata de recurrir a la extracción como panacea contra el apiñamiento de dientes. La extracción—dice Salzmann—ha de practicarse cuando los arcos basales por su deficiente desarrollo no son suficientes para contener los dientes, por lo que una ordenada colocación de los dientes no sería posible obtener.

La extracción en la dentición permanente ha de ir siempre dirigida con un tratamiento ortodóncico de especialista, y de lo contrario vemos las migraciones, inclinaciones o rotaciones de los dientes secuentes a la extracción de los primeros molares permanentes, que en el maxilar se traducen por mesialización de los segundos molares, mientras en la mandíbula se distalizan los segundos premolares además, llenando así el espacio dejado por la extracción.

La extracción seriada ha merecido estos últimos años la consideración de los ortodoncistas internacionales, pero antes de llegar a la práctica del profesional general exige de éstos el control minucioso del caso, y si por sus reducidos medios no puede llegar a disponer de elementos cefalométricos adecuados, ha de ser capaz por lo menos de leer radiográficamente los progresos del desarrollo del niño, refiriéndolos al sistema métrico. Indudablemente la cronología de la erupción es parte integrante en la observación clínica. Los peligros que se irrogarían al niño con la pérdida prematura de sus dientes temporales han quedado repetidamente advertidos. Mas por otro lado no dejan de ser ciertos los inconvenientes que pueden presentarse en el sistema dentario con la retención prolongada e indebida de la dentición temporal, y en este equilibrio se debate el acierto de la extracción seriada.

Es conveniente añadir que, dice Salzmann, la presencia o ausencia de los dientes temporales no influye en el desarrollo maxilar, aunque a nosotros nos repela el reconocerlo. Sin embargo, no olvidemos que los dientes temporales mantienen el espacio vertical y horizontal de la dentición permanente, conservando la línea de oclusión y la disposición mesio-distal de los dientes en sus arcos.

Naturalmente que esta maloclusión como consecuencia de la pérdida prematura de dientes temporales será mayor cuando pueda apreciarse

una falta de desarrollo de los maxilares, y no será, pues, ya suficiente la colocación de mantenedores de espacio en los correspondientes a los dientes extraídos.

Mantenedores de espacio que, de acuerdo con el criterio de Salzmann, no deberán aplicarse:

a) Cuando no exista capa vestibular del hueso alveolar que cubra la erupción del diente permanente, estando calcificado solamente un tercio de su raíz.

b) Cuando el espacio dejado por la pérdida prematura del diente temporal es excesivo con respecto al diente permanente que lo vaya a ocupar; como se puede controlar por el examen radiográfico y deducir de él si, aun siéndolo, existen posibilidades por inclinaciones, etc., de que se reduzca.

c) Cuando por la falta de desarrollo de los maxilares la conservación de dichos espacios pudiera significar la complicación de una maloclusión por exceso de espacio. Y

d) Cuando la ausencia del diente permanente—advertida radiográficamente—supusiera el mantenimiento de un espacio que no habría de llenarse por la falta congénita.

Sin embargo, en este caso convendría discriminar si mantener el espacio no habría de estar indicado, para lustros o años después, restaurar el arco por medio de un bridge.

Mientras la prevención de la maloclusión puede corresponder al médico especialista, al paidólogo, el odontólogo general tiene responsabilidad no sólo en cuanto a su actuar clínico, sino a su propaganda entre sus clientes adultos que siendo padres de familia ignoran todos estos extremos, que luego lamentan cuando el caso o no tiene solución o la tiene más difícil.

Nos referimos a la instauración de las medidas adecuadas sobre nutrición, tratamiento hormonal y hasta el psicológico adecuado, cada uno de los cuales puede corresponder a un especialista.

En consecuencia, es aconsejable que el odontólogo general consulte cada caso con el especialista idóneo, aunque luego sea él quien lleve la parte clínica odontológica y ortodóncica, tanto por la simple observación del estudio periódico radiográfico como por la instauración y mantenimiento de la aparatología mecánica de cada momento si la necesitare.

EL «JOULING», LAS CORRIENTES DE ALTA FRECUENCIA EN ENDODONCIA

El efecto del «Jouling» depende del hecho conocido de que las drogas son más efectivas a altas temperaturas. Flohr, de Berlín, en 1930, ha demostrado que el efecto de los medicamentos usados es duplicado si la temperatura se eleva sobre la normal. Resultados semejantes ha obtenido Prader en 1947.

Luego de la preparación mecánica y completa limpieza del conducto, el procedimiento es como sigue:

1. Una mecha de algodón en una sonda lisa se lleva humedecida en peróxido de hidrógeno al 3 por 100 e insertada en el conducto. El «Joulisator» es colocado en contacto con la sonda hasta que el peróxido comienza a formar espuma. Se coloca el dedo en un indicador de calor para evitar sobrecalentamientos. Este proceso se repite hasta que el peróxido no produce más espuma.

2. Se lava entonces el conducto con alcohol y se seca con algodón. Se usa entonces el «Joulemeter» para verificar el secado. En la pieza de mano especial que el aparato dispone no se ilumina en campo seco.

3. Cuando el conducto está seco se coloca allí una mecha de algodón con cloramina al 2 por 100. Se usa el «Joulisator» como antes con contactos cada quince segundos. Durante el proceso se libera cloro naciente.

4. Se mide la longitud del conducto por medio de una sonda llevándola hasta el ápice. Cuando la punta alcanza el foramen apical, la lámpara se enciende. El largo del conducto de esta manera puede ser medido con certeza.

5. En la mayoría de los casos la obturación puede ser completada en la misma visita, puesto que la coagulación del foramen apical permite la sequedad del conducto.

Este método ha sido probado en 629 exámenes radiográficos. (1) El tratamiento de los conductos radiculares se hace posible en una sola sesión. (2) Se hicieron investigaciones bacteriológicas en 232 casos. (3) De esos casos se han examinado histológicamente 14. (4) Un estudio más avanzado ha motivado experimentos con cloro radioactivo, donde se usaron el detector Geiger y radio autógrafos.