

FRECUENCIA DE LA LENGUA NEGRA EN EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO

por el

DR. TOMASZEWSKI

Con la denominación de lengua negra se incluyen los casos de lengua marrón, glosifitia, melanoglosia y *nigrities linguae*. Se asocia, comúnmente, a la hipertrofia de las papilas filiformes. El fumar, la dispepsia, irritaciones, varias lesiones inflamatorias, el lavado de la boca con peróxido de hidrógeno, ácido bórico, nitrato de plata o ácido crómico y el uso de ciertas pastas dentífricas son sus condiciones causales.

Con la introducción de los antibióticos en la terapéutica se la ha visto más frecuentemente, a partir de la observación *princeps* de Bedford, en 1946, por la penicilina.

En este trabajo se hicieron estudios clínicos y microscópicos de extendidos de la mucosa lingual en 57 casos de lengua negra: 23 enfermos se trataron sistemáticamente con antibióticos; 18 de ellos los usaron localmente, en la boca (penicilina, aureomicina, cloranfenicol y estreptomicina); 16 de los casos tenían lengua negra idiopática.

La decoloración lingual ocurrió en cerca del 10 por 100 de los casos tratados sistemáticamente con cloranfenicol y aureomicina, y apareció generalmente después de una semana de tratamiento.

La aplicación local de los antibióticos aumentó la decoloración de la lengua en el 40 por 100 de las personas, y ello ocurre en los primeros tres-cinco días de tratamiento, y en raras circunstancias, a las veinticuatro horas.

En estos estudios no se hallaron evidencias de un tipo especial de bacteria u hongo de significación etiológica, sea de aparición espontánea o en respuesta al tratamiento antibiótico.

("British Med. J.", 1, 1.249, 1953 [615 7].)

ABORDAJE DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS (1)

por el

DR. PASCUAL VALLESPÍN GÓMEZ

Muchas veces se ha tocado este tema de los *terceros molares*, y en la actualidad está cobrando particular interés dado el gran número de casos que se presentan. En fecha próxima esperamos dar a conocer un estudio lo más completo posible sobre el particular; hoy nos limitaremos únicamente a comentar el trabajo de los doctores Kramer de Oliveira, Mascarenhas y Poestch.

Nuestros colegas brasileños en primer lugar nos presentan el problema objeto de estudio y pasan seguidamente a hacer un estudio anatómico de la región correspondiente, para terminar con la intervención o acto operatorio:

I.° *Presentación del problema.*

La extracción de los terceros molares incluídos gira alrededor de tres puntos fundamentales:

- a) Obtención de acceso o puntos de ataque (mucoso y óseo).
- b) Destrucción de la resistencia.
- c) Obtención de un punto de apoyo para aplicación de los elevadores.

Cada autor da preferencia a uno de estos puntos sobre los restantes.

Asimismo las técnicas quirúrgicas podemos decir giran sobre tres puntos:

- I. Aplicación de fuerzas.
- II. Resección ósea.
- III. Seccionamiento del diente.

La combinación equilibrada de estos factores constituye el éxito de la técnica.

(1) Comentarios y anotaciones al trabajo que con el mismo título publican los doctores Kramer de Oliveira, Mascarenhas y Poestch, y que reproducimos de la "Rev. Facult. Odont. de Pelotas", Brasil.

La visualización del diente, o primera parte de la intervención, con sus tres tiempos:

- 1.º Separación de los tejidos.
- 2.º Hemostasia previa de la región.
- 3.º Forma de la incisión; es relegada, por lo general, a un plano secundario.

En los casos intervenidos por nosotros o por nuestros colegas hemos observado las siguientes complicaciones post-operatorias:

- 1.º Edema y contusión del labio por dificultades de acceso durante la operación.
- 2.º Trismus maseterinos, provocados por separadores inadecuados.
- 3.º Edema de la región geniana.
- 4.º Dolor espontáneo.
- 5.º En algunos casos, dolores a la deglución provocados por el seccionamiento de fibras musculares del constrictor superior de la faringe, motivadas por una incisión mal hecha.

Con esta preocupación del post-operatorio, y con el deseo de mejorarlo notablemente, con el beneficio consiguiente para nuestros pacientes, proponemos un atento estudio de la anatomía de la región, utilización de instrumental adecuado y auxiliando al organismo con medicinas (anestesia) locales y generales apropiadas.

2.º *Estudio anatómico de la región.*

Haremos un estudio en relación a los accidentes o dificultades que pueden presentarse en la intervención o después de ella.

Dividiremos la región a estudiar en dos grandes apartados:

A) Tejidos duros:

I. Tejido óseo. Detalles interesantes en este apartado:

- a) La mayor proximidad, o menor, de la línea oblicua externa al tercer molar.
- b) Grosor del tejido óseo que cubre la corona del diente.
- c) Relación del canal dentario con las raíces del tercer molar.
- d) Condensación del tejido óseo.
- e) Frecuencia de un canal óseo en la porción distal del triángulo retromolar (no muy bien estudiado).

II. Tercer molar. En este punto debemos considerar:

a) Tipos básicos de inclusión, según Winter: vertical, medio-angular, disto-angular y horizontal.

b) Clases de inclusión, según Pell y Gregory.

c) Posiciones en relación a la línea oclusal, según Kantarowick.

Estos datos anatómicos pueden ser perfectamente estudiados en unas radiografías hechas antes de la intervención con película en posición oclusal y lateral.

B) Tejidos blandos:

I. Vascularización: la vascularización de esta región está a cargo principalmente de:

a) La arteria sublingual, con ramas que terminan en la mucosa de la región sublingual.

b) La arteria dentaria inferior, con sus ramas transalveolares perforantes, terminando en la mucosa de la región.

c) La arteria bucinadora (rama de la maxilar interna), que vasculariza los músculos del mismo nombre, y envía ramas a la porción vestibular de la mucosa.

II. Músculos. Los músculos que están en relación con el tercer molar son: el borde anterior del masetero, el bucinador, el constrictor superior de la faringe y la aponeurosis bucino-faríngea.

3.º Intervención.

Es clásico dividir este apartado en tres grupos: Preoperatorio, operación propiamente dicha y post-operatorio.

Estudiaremos la intervención propiamente dicha y algunos aspectos interesantes del post-operatorio.

Dispuesto en una mesa el instrumental, y preparado convenientemente el paciente, comenzamos:

a) El primer tiempo de la misma, o sea visualización del molar, que conseguiremos por medio de una incisión de los tejidos blandos. Somos partidarios de una incisión amplia para una visualización perfecta. La incisión la comenzamos distalmente y en dirección mesial.

b) Hemostasia. Esta incisión suele sangrar por el borde disto-lingual; realizamos la hemostasia con una sutura circular por estrangulamiento. Nos ayudamos también de la hemoaspiración y compresión con gasa hidrófila esterilizada.

c) Separación. Utilizamos un separador ideado por nosotros, que

no es más que la reunión de dos separadores, el de Mead y el de Collyn, y que cumple los siguientes objetivos:

- 1.º Desvía y protege el labio de las maniobras quirúrgicas.
- 2.º Distiende el carrillo.
- 3.º Desvía el colgajo.

Hay que evitar introducir demasiado el separador, que produciría un gran traumatismo.

A veces es útil el empleo de un depresor de lengua.

d) Osteotomía. Es una de las partes fundamentales de la intervención, dependiendo de una serie de factores relacionados con el caso clínico en sí.

Somos eclécticos en la forma del abordaje transalveolar de los terceros molares. Acostumbramos a colocar en la mesa quirúrgica todos los instrumentos necesarios para una trepanación ósea, el impactor (martillo automático) con sus puntas, cinceles y trépanos diversos. En los casos de inclusión baja (posición "C" de Kantarowick) utilizamos un trépano especial ideado por el doctor Mascarenhas, que produce un traumatismo mínimo.

POST-OPERATORIO

Veamos ahora algunos datos de gran importancia para la seguridad y alivio de nuestros pacientes: Siguiendo los trabajos de Otton Silva sobre la hialuronidasa, enzima con propiedades difusoras muy acentuadas, y penicilina local, hemos conseguido la desaparición rápida del edema post-operatorio, así como el dolor consiguiente.

Estamos haciendo pruebas rellenando la cavidad que queda después de la intervención con esponja de gelatina absorbente para mantener el coágulo alveolar.

Estos procedimientos, asociados a los ya conocidos, nos dan un desenlace más feliz (2).

COMENTARIOS

El trabajo de "los terceros molares" nos parece un estudio sencillo, pero bien planteado; de una forma clara y sucinta nos resuelve un gran problema.

En nuestra forma de ver es algo excesiva la importancia que se les da a los terceros molares incluídos, siendo una minoría los casos que

(2) Hasta aquí lo que dicen los colegas brasileños.

se presentan, y, por el contrario, apenas damos importancia a los que podríamos llamar semi-incluidos, que son en realidad los que más dolores de cabeza van a dar a nuestros pacientes y a nosotros mismos. Una pieza incluida no debe dar molestias, y caso de darlas, serán mínimas y de tipo comprensivo. Hay que darse cuenta de que es una pieza totalmente recubierta de tejidos y, por tanto, no expuesta a las infecciones. Algunos pensarán en la vía hemática; es cierto, pero en un número limitadísimo de casos.

Caso de tener un tercer molar totalmente incluido prepararemos la intervención como una auténtica trepanación; pero en muchos casos, según el criterio personal de cada uno, será aconsejable la avulsión previa del segundo molar inferior del lado correspondiente, con lo que si se ha elegido bien el caso podremos hacer la avulsión del tercer molar de la misma forma que hacemos una avulsión cualquiera. En la mayoría de los casos planteados de esta forma nosotros nos servimos de los fórceps superiores, especialmente de la bayoneta, con lo que conseguimos una intervención rápida y un traumatismo mínimo. No se nos juzgue por ello como de tendencia "extraccionista"; muy por el contrario, somos netamente "conservadores", pero hemos de sopesar los pros y los contras, y si por conservar una pieza dentaria, pieza que con nuestras maniobras vamos a dejar resentida en la mayoría de los casos, hemos de hacer un gran traumatismo, la verdad, nos inclinamos por la avulsión del segundo molar.

El verdadero problema se presenta, a nuestro modo de ver, con los terceros molares semi-incluidos o en semi-erupción, o sea cuando tienen cierto contacto con la cavidad bucal.

Al estar en estas condiciones, la mucosa que recubre a la corona no está pegada a ella, sino únicamente yuxtapuesta, con lo que allí hay una cavidad, que tiene las mejores condiciones para ser un medio de cultivo ideal (humedad y temperatura) y además está resguardada de la limpieza, tanto de la autólisis por los movimientos de las masas musculares como de la mecánica por la acción del cepillo. Cuantos gérmenes pululan en la cavidad bucal allí pueden refugiarse y ser los causantes de abscesos, pericoronaritis, algias, trismus, etc., etc., no como procesos independientes, pues por lo general uno lleva a los otros. Y aquí está el verdadero problema.

No quiero extenderme más sobre este punto, pues, como digo en el comienzo, espero dedicarle un trabajo en fecha no lejana.

En nuestro concepto, el planteamiento de la intervención está bien

hecho, pero nosotros somos partidarios de hacer los preparativos para la misma lo más completos posibles, con trépanos, martillos automáticos, elevadores, etc., todo ello dispuesto para que no nos sorprenda ninguna anomalía que podamos encontrar; pero siempre haremos lo más sencillo y lo menos traumatizante. Para la anestesia, nuestro criterio es hacer uso de la troncular, mejor que "in loco", pues con ésta los pinchazos serán pequeños traumatismos que debemos evitar.

En cuanto al post-operatorio, hemos de señalar los buenos resultados obtenidos por nosotros con el empleo de la hialuronidasa, enzima que, con su gran poder de difusión, hace que no se presenten o se presenten en mínimo grado las inflamaciones, que suelen traernos como secuelas trismus y dificultad a la deglución. Creemos haríamos un gran favor a nuestros clientes si sistemáticamente en toda intervención sobre los cordales inferiores les inyectásemos hialuronidasa.

Por el contrario, no somos partidarios del empleo de la penicilina local. A nuestro modo de ver, los antibióticos, y especialmente la penicilina, son eficaces por el nivel que alcanzan en sangre, por lo que creemos que la vía de elección será la parenteral. Además, si la ponemos localmente, por el efecto difusor de la hialuronidasa, su permanencia en la región donde la inyectemos será mínima, y como suponemos que el único objeto de hacer la inyección local es para obtener una mayor concentración en ese punto, sacamos la conclusión de que no es buena la técnica y nos inclinamos por la vía parenteral (en región glútea).

Tampoco somos partidarios del relleno de la cavidad con ninguna sustancia, máxime teniendo un buen colgajo mucoso, que podemos volver a su sitio y suturarlo con un par de puntos. Esto ha sido suficiente en nuestros pacientes para prevenir hemorragias post-operatorias. El relleno de la cavidad lo hará el mismo coágulo sanguíneo, que es, a fin de cuentas, el más fisiológico.

En caso de presentarse hemorragia, la cortaremos por medio de un taponamiento compresivo hecho con una bola de algodón seco y prensado. En ningún caso haremos uso de los taponamientos empapados en agua oxigenada, la cual para estos menesteres está desterrada de nuestros gabinetes.

Nada más me sugiere por hoy este artículo de nuestros colegas brasileños. He intentado que mi crítica fuese constructiva, y si en algún punto no lo pareciese así, no ha sido ése mi propósito.