

* MOLARES INFERIO- RES DEL JUICIO

por el

Dr. A. Campos Marqués

TODAS las muelas tienen caracteres comunes en sus procesos patológicos, pero la muela del juicio, tiene todos los caracteres comunes, más caracteres particulares, en los que en primer lugar encontramos la pericoronaritis y aquellas condiciones que favorecen la persistencia del capuchón pericoronario y su infección: entre estas causas tenemos: a) causas locales (filogenesis del maxilar inferior; condiciones anatómicas particulares, vecindad infectante); b) causas generales; c) causas determinantes.

CAUSAS LOCALES.—*Filogenesis del maxilar inferior*: Los estudios de los antropólogos, nos dan cuenta de que la mandíbula disminuye sensiblemente en su evolución filogénica, puesto que el hombre, modernamente, no necesita realizar los esfuerzos que antiguamente, para proporcionarse su sustento, amén de que los alimentos sufren condimentos que los hacen más fáciles de masticar, es decir, que con el mínimo esfuerzo se nutre más y mejor, haciéndose innecesarios aquellos molares tan robustos y aquellos músculos tan potentes y provocando, en consecuencia, un proceso atrófico de una lentitud que, para encontrar diferencia, la tenemos que medir por siglos o mejor por Eras.

Sin embargo, el proceso de disminución sensible en la mandíbula no lo es tanto en las muelas, si bien nos habla Izard de que el estadio de transición está representado por la dentadura del hombre de Talgai, en el cual, los caninos volumi-

nosos sobrepasan el nivel de la línea de oclusión; con el hombre de Heidelberg, la dentadura ya es parecida a la actual, pero con dientes muy voluminosos y los caninos ya disminuídos de volumen no pasan del nivel.

En el hombre de Neanderthal, los incisivos son bot a bot, los molares articulan como ordinariamente, uno sobre el otro, con cuatro cúspides los superiores y cinco los inferiores.

El hombre actual los incisivos superiores cubren ligeramente los inferiores, los segundos molares superiores tienen tres cúspides, los segundos inferiores cuatro y *la muela del juicio es reducida*.

La revista rápida que precede, permite entrever una reducción general de la dentadura con el curso del tiempo y ciertos signos permiten prever la reducción en virtud de la ley siguiente: "En cada grupo dentario tiende a hacer una reducción de volumen y número, a expensas de la última de este grupo."

Es decir, que los laterales superiores desaparecerán, el segundo bicúspide y los terceros molares.

También, pues, los dientes disminuyen su tamaño, aunque no tan a prisa como disminuye la mandíbula. En consecuencia, la diferencia entre el arco óseo y el proceso alveolar, en algunos casos, es ya tan notable, que es mayor el proceso alveolar que el arco óseo y la muela del juicio viene a salir detrás del triángulo retromolar; no obstante, esta prolongación del arco alveolar, no falta sitio y la muela del juicio (según dice el doctor Frey) tiene el espacio necesario para evolucionar, pero a pesar de esto hemos de ver que esta disminución del arco óseo es de importancia, porque es éste y no el arco alveolar quien determina la existencia de la lámina dentaria, que, como sabemos, se forma en la herradura que circunscribe al soldarse el primer arco branquial para constituir el maxilar inferior y cerrar la boca con el extremo cefálico del embrión que dará lugar al maxilar superior, la nariz y los ojos.

Recordemos, además, que la disminución del arco óseo no se produce por igual, según dice el doctor Frey, sino que, se da observado una mayor disminución en el lado izquierdo y

por lo tanto, los accidentes de evolución serán mayores en el lado izquierdo.

Condiciones anatómicas particulares: La desproporción entre la longitud del arco óseo y la lámina alveolar y por lo tanto la reflexión de la mucosa posterior de arriba abajo, es muy anterior en relación con el punto de origen de la muela del juicio, por lo que esta muela no podrá desembarazarse por completo, puesto que es difícil destruir esta constitución anatómica, que forma sobre ella un capuchón mucoso, al que se le ha atribuído ser obstáculo para su erupción, cuando en realidad no es más que un trastorno para su evolución y una persistencia del capuchón mucoso y por lo tanto su posibilidad de infección.

Esta muela para hacer su erupción necesita enderezarse, puesto que su germen procede de la misma lámina dentaria de que procede el seis, por una tercera evaginación de la misma, que la sitúa en una posición posterior y oblicua y como el punto de formación de las raíces es fijo, el movimiento de enderezamiento se nota en la incurvación de concavidad posterior que observamos en las raíces y este movimiento puede desviarse hacia dentro o hacia fuera y cuando se desvía, puede ocurrir que al evolucionar tropiece con la corona del siete, que no le deja incurvarse suficiente, quedando enclavado y con gran peligro de reinfección por la persistencia del capuchón mucoso.

Según Rousseau-Decelle y Herpin, la oblicuidad es debida al retardo entre la evolución del molar y el alargamiento de la mandíbula; Frey cree que es la disminución filogénica de la mandíbula, que no coincide con la disminución filogénica de los dientes.

Vecindad infectante: Entre las causas locales que predisponen a la infección, podemos citar: La existencia de una carie penetrante, con pulpa mortificada del segundo molar, permitiendo la infección pericoronaria por vía retrógrada o indirecta, pues, los gérmenes, remontando la raíz posterior de la articulación alveolodentaria, hasta el saco pericoronario que está abierto en su contacto, la realiza.

En segundo lugar la piorrea localizada al segundo molar, y en tercer lugar el medio bucal infectado, bien sea por una gingivo estomatitis de causa local o general, una angina, etcétera.

CAUSAS GENERALES.—Estas actúan favoreciendo o la persistencia o la infección o las dos a la vez.

La raza es influencia manifiesta, puesto que, cuando menos prognática es una raza, más corto es el arco óseo y la lámina dentaria se sitúa más atrás, siendo las complicaciones más frecuentes.

El raquitismo, predispone por deformaciones mandibulares, por defectos de calcificación, por la salida angular que obliga a una inversión en sentido interno de los gérmenes dentarios.

Las enfermedades generales infecciosas, dando lugar a menos resistencia, defectos de calcificación o reinfecciones por vía endógena.

CAUSAS DETERMINANTES.—Son las que provocan retención microbiana o de restos alimenticios sobre el capuchón, que dan lugar a la infección o a la putrefacción con infección y que no se pueden evitar con los medios corrientes de la higiene bucal.

Todas estas causas citadas, son las que dan lugar a las pericoronaritis con su clásica sintomatología y sus múltiples complicaciones que no son del caso citar, puesto que no vamos a tratar de ellas en este artículo, sino que nos explican la frecuencia en las anomalías en los terceros molares, que se prestan a grandes estudios; nosotros dividimos las muelas del juicio en cuatro grandes grupos:

- 1.º Normales.
- 2.º Desviados (hacia dentro o hacia fuera).
- 3.º Enclavados.
- 4.º Incluídos.

Con arreglo a esta clasificación, vamos a ver lo que en cada uno de estos grupos ocurre, puesto que es de gran interés y diferente de los demás molares.

1.º Normales: Se puede afirmar que un ochenta por ciento de los terceros molares son normales, con la salvedad de

su procedimiento de erupción, que no lo es, pues, teniendo en cuenta que el tercer molar es originado por evaginación secundaria del primitivo mamelón del seis y que por este motivo está situado en posición oblicua y casi horizontal, pasando de la región del ángulo, en el feto en plena rama ascendente ya, y teniendo en cuenta, que del capuchón cefálico del embrión nace el maxilar superior, nos encontramos con que la mucosa que tapiza por arriba la cavidad bucal desciende para formar los pilares anteriores de la faringe y cubrir en parte la lámina dentaria para formar el capuchón del tercer molar.

Este capuchón le es difícil vencer y se produce con extraordinaria frecuencia una pericoronaritis, que, procediendo por brotes alternantes, da lugar a su desaparición, permitiendo la evolución del cordal.

En otras ocasiones somos nosotros los que, procediendo contra este capuchón por medios terapéuticos o por medios quirúrgicos, lo hacemos desaparecer para facilitar esta evolución; sin embargo, es conveniente recordar que cuando se proceda quirúrgicamente, es necesario desbridar por completo y ampliamente, cauterizando con galvano los bordes de la herida, pues, de no ser así, a las veinticuatro horas se ha producido una cicatrización tan rápida, que quedamos maravillados al ver reducida a la nada nuestra intervención corta del día anterior, con las molestias consiguientes y los peligros de reinfección, en muchas ocasiones grave.

2.º Desviados (hacia dentro o hacia fuera): La desviación de los molares inferiores puede estar motivada por la anormal situación de los gérmenes en el seno de la mandíbula, aunque esto sería algo difícil de comprobar, sin embargo, es uno de los casos más dignos de tener en cuenta.

En muchas ocasiones, al crecer el germen tropieza con el siete ya evolucionado y se desvía para terminar su evolución en unas ocasiones hacia la parte lingual y en otras hacia la vestibular. lo que facilita su erupción; cuando ésta se produce hacia dentro, son pocas las molestias que suele ocasionar, mientras la muela permanece intacta, pero cuando sufre una carie que destroce su corona y motive la formación de cantos agudos, determina ulceraciones en la base de la lengua, que

pueden ser motivo de complicaciones graves si no se procede a su extracción. Es de citar que esta desviación no es muy corriente.

En los casos en que la desviación se produce hacia fuera, la complicación más frecuente suele ser motivada por el traumatismo frecuente de la mucosa de la mejilla en su parte más posterior, con un estado inflamatorio crónico, que en casos de agudización, es muy parecido a las pericoronaritis, dando lugar a trismus acentuados.

3.º Enclavados: Se llaman así, las muelas que al evolucionar no pueden concluir por tropezar con el siete que no les deja ocupar su posición, el hecho se puede producir por ser muy corto el espacio destinado al ocho, aun siendo la muela de tamaño proporcionado al caso, en otras ocasiones es que el molar es muy grande, o bien, que el germen teniendo, como sabemos, el punto de producción de sus raíces fijo y que el punto de implantación del germen del marfil, está casi pegado a las raíces del siete y que no terminando su enderezamiento cuando se produce la calcificación del marfil y la dentina al encontrarse con el obstáculo del siete, no puede salir descubriendo solamente parte de su corona y dando lugar en muchas ocasiones a que, debido a la presión contra el siete, facilita la producción de una carie que infecta el capuchón pericoronario e incluso del alveolo con una alveolitis, necesitando la avulsión del ocho cuando no del siete anterior. En otras ocasiones la presión del ocho, da lugar a verdaderas neuralgias que sin procesos infectivos concomitantes sea necesaria su avulsión.

4.º Incluidos: Según Winter, los terceros molares inferiores incluidos pueden dividirse en dos grupos principales:

- Inclusiones gingivales;
- Inclusiones óseas o verdaderas.

En el primer grupo encontramos la misma clasificación anterior, es decir, desviados hacia dentro o hacia fuera, más la posición horizontal y la posición vertical, pero todos ellos sin tener comunicación directa con la cavidad bucal, pero cubierta por la mucosa bucal.

Las complicaciones infecciosas se producen por contagio de vecindad, cuarto grado complicado del siete vecino, que penetra en el espacio que rodea al ocho. En el segundo grupo se estudian aquellos casos en que el germen, o mejor dicho, el molar está rodeado por todas partes de tejido óseo; forma, tamaño, posiciones, no hacen al caso, puesto que sea la que sea, el resultado será el mismo o bien, si no da manifestaciones patológicas no tenemos que intervenir, o si las da tenemos que intervenir.

En seis mil doscientos sesenta y ocho pacientes hemos realizado la extracción de cuatrocientos cuarenta y nueve molares, doscientos treinta y ocho derechos y doscientos once izquierdos; en ellos, no hemos podido encontrar comprobación al supuesto del doctor Frey, sobre la prioridad de las lesiones del lado izquierdo sobre el derecho, aunque la diferencia de veintisiete casos no pueden permitirnos sentar conclusiones respecto a ellos, pero sí sobre la interpretación nuestra sobre estos molares, a los que a excepción de los normales los demás los denominamos "difíciles de extracción", y en los que siempre que vamos a realizar una, estamos decididos a la extracción quirúrgica, caso de que la intervención simple no la podemos efectuar.

Referente a las inclusiones óseas verdaderas, no podemos sacar conclusiones con una estadística de 6.268 casos, puesto que ésta es pobre en comparación con la que se necesita tener para poder encontrar inclusiones verdaderas, pero que nos da a entender que no son tan frecuentes que nos inquieten al extremo de no permitirnos la tranquilidad de una intervención sistematizada y previo todos los requisitos diagnósticos que nos permitan situar al paciente en las mejores condiciones quirúrgicas para un resultado perfecto.

La técnica operatoria de estos casos nos la da el sentido quirúrgico del operador y los datos radiológicos como orientadores, respecto a posición, espesor de las paredes óseas circundantes, etc., etc., pero no podemos ni debemos contar exclusivamente con ellos, puesto que a pesar de todo surgen durante la intervención, circunstancias que dificultan o facilitan la operación.

Respecto a las demás intervenciones, en cordales siempre seguimos la misma técnica, para nosotros bien sencilla, mientras no se complica por nervosismo del paciente o del operador (nuestro por lo menos para no herir susceptibilidades), o por anormalidades de constitución, en la normal anormalidad de los cordales inferiores.

Previa pincelación de la región con tintura de yodo y acónico a partes iguales, procedemos a la anestesia local, con los cuatro puntos de bloqueo, dos proximales y dos distales, a razón de centímetro cúbico por punto, lo que da un margen de trabajo de más de una hora de tiempo, sobrado para una extracción, algo más que normal.

Y ya que hablamos de anestesia en la parte lingual del cordal, séanos permitido hacer unas pequeñas digresiones, a propósito de los temores que algunos abrigan a pinchar en esta región por miedo a extender la infección más allá de sus dominios o a lesionar el nervio lingual con las manipulaciones anestésicas. El doctor Leo Winter, dice: "Deben evitarse las inyecciones en la superficie lingual de los terceros molares, a no ser que sea imposible la elección y ésto, no solamente a causa del peligro de infección, sino también, porque con ella es fácil la herida del nervio lingual"; cita a Fischer, el cual dice: "En un caso, el tronco del nervio lingual junto con las fibras de la cuerda del tímpano que le acompañan, resultó seccionado al incindir un acceso lingual de un tercer molar inferior, lo que dió lugar a la pérdida de coordinación de los músculos linguales." No queremos seguir copiando, para poder comentar.

Nosotros tenemos una concepción de la inflamación más amplia, puesto que no podemos admitir en una región como la que nos ocupa, con una localización tan estricta que ella pueda indicar una gran intervención como es la extracción (pues, cuando esta inflamación es pequeña podemos combatirla sin tener que recurrir a la extracción), cuando la inflamación ya se extendió en profundidad y no podemos atajarla, siendo necesario recurrir a la operación radical para, eliminando la causa principal, poder tratar sus complicaciones, sin admitir en ningún caso que nuestra situación sea nefasta y mucho

menos inoportuna, pues siempre nos rodeamos de todas las condiciones que exige la asepsia y la antisepsia y convencidos de que si el proceso sigue su marcha no es por culpa nuestra, sino porque no se puede proceder de manera tan radical que extirpemos el agente causal y los trastornos ya determinados por el mismo y pensando que no podemos abandonar a estos pacientes ante el temor de que las complicaciones que puedan surgir luego de la intervención puedan tener alguna relación con nosotros.

No olvidamos que a la zona propia de la inflamación sigue una zona en la que son los linfáticos los encargados de propagarla a zonas limítrofes, recordando a este respecto aquellos casos en que dejándonos llevar por el temor, no intervenimos un cordal con pericoronaritis y a los cuatro o cinco días apareció el absceso de pilar anterior, clásica complicación de éstas, y en la que no nos cupo la menor intervención, puesto que como no tocamos, no reinfectamos; pocos son los cordales extraídos en este servicio para sentar aseveraciones, 449 molares, en los que sólo tuvimos casión de dilatar unos seis abscesos de pilar anterior, luego de la extracción en fase aguda, lo que nos da un porcentaje de poco más del uno por cien y sin embargo, vimos muchos más en esos otros casos en que olvidándonos de nuestra carrera y de nuestros conocimientos, nos dejamos llevar por el temor y la pusilanimidad del paciente o de sus familiares.

Creemos que nuestra intervención es necesaria para poder cortar de raíz estos incidentes, desagradables y en los que no hemos de pensar más que en el porcentaje elevado de los que se salvan, no en la minoría de los que perecen puesto que, si es muy desagradable pensar que tal paciente se murió por nuestra intempestiva intervención, es más desagradable todavía pensar que tal paciente se hubiese salvado con nuestra intervención que por culpa de "otros" no se realizó.

Firmemente creemos que en medicina el único que podría asegurarnos lo que ocurriría, no se encuentra en el mundo de los vivos, el papel más sencillo es el del que se coloca en el

plan de amigo de la familia, el médico (aunque sea el compañero) siempre tiene la culpa.

Y siguiendo con la técnica utilizada por nosotros, una vez anestesiada la región, procedemos a intervenir de la siguiente manera: Con el fórceps de cuerno hacemos presión en el espacio interdentario entre siete y ocho cerrando sus ramas y realizando un movimiento ligero de lateralidad de atrás a delante al mismo tiempo que tenemos el fórceps en esta posición, realizamos un movimiento de rotación sobre el eje mayor del fórceps lo que nos permite realizar la luxación del ocho que por su situación se desplaza hacia atrás y arriba. A continuación sacamos el fórceps del espacio interdentario y procedemos a hacer su prensión entre las dos puntas del cuerno y con ligeros movimientos de lateralidad, tenemos el molar en nuestras manos.

Existen casos en los que no estando el siete no podemos apoyarnos en él para realizar la luxación primera; en este caso se procura que las dos ramas del cuerno aprisionen el maxilar por la parte medial del ocho, lo que con no tanta facilidad nos da el mismo resultado.

En los casos en los que se produce la rotura de un ápice ya no es posible detallar exactamente la técnica apropiada para cada caso, puesto que es el espíritu quirúrgico y la intuición del profesional, la que lo guía para el feliz éxito de la intervención. Todos estos casos son normales y por lo tanto no requieren grandes complicaciones quirúrgicas, existiendo algunos en los que por la incompleta evolución del ocho, necesitaremos la sección del espacio retromolar y capuchón mucoso que lo cubre, para podernos proporcionar un mejor campo de acción.

Una vez terminada la operación, procedemos al lavado de la zona con agua oxigenada y agua hervida para tratar de eliminar las esquirlas que se hayan podido producir, dando a continuación un toque de cloruro de cinc al veinte por cien, lo que nos dará una relativa antisepsia de la zona intervenida.

Las complicaciones postoperatorias son muy frecuentes, encontrándose en primer lugar las alveolitis y en segundo lu-

gar los abcesos de pilar anterior, procesos ambos de bastante dramatismo y de pocas consecuencias. No es del caso especificar la marcha clínica de estas complicaciones, puesto que sólo procedemos a la descripción de la evolución de la muela del juicio en general. Y, finalmente, refiriéndonos a los casos de molares incluídos verdaderos, sólo tenemos que agregar a lo ya anteriormente expuesto, que éstos, por ser casos muy raros en la práctica corriente, nos dan un margen suficiente para poder realizar todas las pruebas diagnósticas necesarias para proceder a su intervención.

GRACE: *Prótesis de papel*. "El Farmacéutico", Estados Unidos de América. 1944.

La materia plástica descrita por unos investigadores norteamericanos está constituida por láminas de papel, que sufren una serie de transformaciones antes de poder ser utilizadas por los cirujanos. Las citadas láminas reciben un apresto químico, siendo prensadas a continuación; una vez realizada esta operación el apresto es eliminado, quedando una materia celulósica de estructura fibrosa. Sumergida ésta en el agua durante varios días, se hincha, llegando a adquirir el doble de su volumen. A continuación es cortada en pedazos e introducida en un molde, que le dará la forma de brazo o de pierna, según el caso. El molde se coloca en un horno durante veinticuatro horas, al cabo de las cuales, y una vez enfriado, se obtiene un miembro artificial indeformable y de dureza extraordinaria.

Al parecer, según este método se ha logrado fabricar ojos artificiales, que presentan la ventaja sobre los ojos de cristal de ser de un parecido mucho mayor al ojo natural, ser más ligeros, permitir movilidad en la órbita y ser de un precio mucho más bajo. Per Farm Act. 9.200.