

* PRIMER MOLAR INFERIOR INCLUIDO

por el

Dr. Santiago Forteza

Teniente médico de Sanidad del Aire

Al doctor Ruiz de Temiño, jefe de la Clínica de Estomatología de la Casa de Salud Valdecilla y personal subordinado de la misma.

Los casos de dientes incluídos en el maxilar, con todo el complejo sindrómico a que pueden dar lugar y con las técnicas adecuadas para su tratamiento quirúrgico, están constantemente interesando un número de páginas de la literatura científica en la esfera estomatológica, especialmente desde que ésta se encuentra iluminada por la vibración electro-magnética de los rayos Roentgen.

Tanto la clínica como los autores más célebres en sus obras conocidas por todos, nos enseñan la frecuencia cada día mayor de los casos de ectopia de los cordales, en especial de los inferiores, casi siempre consecutiva a la relativa micrognacia de las razas civilizadas o a diversas anomalías de dirección y forma de los mismos (versiones, rotaciones, megalodoncia, raíces encorvadas, etc.); si pensamos en el incalculable número de ellos que no ofrecen sintomatología alguna, observados en el transcurso de revistas odontológicas prestadas en gran escala, se llega a cifras muy elevadas. Según EULER, son más preponderantes las inclusiones de caninos superiores, generalmente debidas a pronunciada mesio o distoversión. Los casos de intrusión de los demás dientes entran ya en el campo de verdadera rareza y sus descripciones son tan escasas como curiosas; hemos repasado la mayoría de ellas en poco tiempo: WILLIGER, en 1909; GLAHN, en 1927, y ROHRER, en 1928, publican casos de dientes retenidos en forma angular, WEISBLATT, en 1929, estudia una

casuística de ectopias dentarias, FLIEGE, el mismo año, señala un caso de retención de un segundo molar inferior, y finalmente BERTZBACH da a conocer, también en 1929, "Un raro caso de molar de los seis años retenido". No habiendo aparecido hasta la fecha ninguna otra comunicación de esta índole, de la que nosotros tengamos noticia, creemos justificada la publicación de la historia clínica de un enfermo tratado en nuestra consulta privada, afecto de tal anomalía, con resultado satisfactorio.

HISTORIA CLINICA

Enfermo.—V. E., domiciliado en Palma; edad, veintidós años; sexo masculino; soltero; profesión estudiante; ingresó en consulta el 10 de enero de 1945, enviado por el doctor VIDAL PEDRERO.

Antecedentes familiares.—El único digno de mención es que su madre ha padecido una sinusitis maxilar y recuerda que todas las extracciones dentarias a que se ha visto sometida han resultado siempre laboriosas, por anomalías de forma y dirección de sus raíces.

Antecedentes personales.—Sarampión en su primera infancia, habiendo gozado siempre de buena salud, no habiendo sufrido ninguna afección dentaria ni bucal que le haya obligado a visitar al odontólogo.

Enfermedad actual.—Hace unos quince días empezó a notar molestias vagas en la parte derecha de la arcada inferior, sin precisar localización fija, que se han ido acentuando en días sucesivos, hasta llegar a fuertes dolores con irradiaciones a regiones vecinas; nota mal sabor de boca y discreta fetidez de aliento, todo lo cual le lleva a un estado anímico depresivo y de preocupación por su dolencia, consultó a su médico, quien nos lo remitió a nosotros para su tratamiento.

Exploración.—Paciente de constitución asténica, con regular estado de nutrición, coloración de piel y mucosas normal, con ligero acento de palidez, pelo rubio, ligera nerviosidad y abatimiento. Examinada la cavidad bucal, se nota la ausencia del primer molar inferior derecho, con distoversión

de unos 45° del segundo bicúspide del mismo lado, cuya cara distal de su corona cabalga en su parte alta sobre la cara oclusal del segundo molar, en mesoversión, hasta formar un ángulo recto con dicha pieza. Por debajo de la abertura que forman estos dos dientes, la encía discurre normal desde uno a otro cuello, así como la parte vestibular de la misma; pero en la cara lingual se observa una lesión necrótica del tamaño de una lenteja, de color oscuro y aspecto desagradable, que desprende una secreción sanguinolenta de mal olor, ligeramente dolorosa al tacto y sin reacción inflamatoria alguna. Adenopatía submaxilar discreta en parte derecha, tacto bidigital de suelo de boca normal en ambos lados. Todas las demás piezas dentarias de ambas arcadas, normales y bien calcificadas, no observándose otras anomalías. Aparatos cardio-respiratorio, gastro-intestinal, neuro-muscular y génito urinario no presentan signos clínicos de interés, exceptuando una acentuada inclinación vagotónica.

Diagnóstico provisional.—Con estos datos establecemos el de raíces incluídas del molar de los seis años, cuya corona fué destruída por caries indolora tempranamente, lo que motivó las demás anomalías de las piezas contiguas, y ordenamos la impresión de una placa intrabucal para confirmarlo, de la que se encarga el DR. OBRADOR. (Fig. 1.)

Diagnóstico final.—Al examinar la radiografía, que nos presenta un típico caso de inclusión completa del molar inferior derecho con una extensa lesión desintegrante que abarca las caras oclusal y lingual, por esta última comunica con la lesión mucosa de la encía. Decidimos la intervención, conformándonos con esta radiografía, a pesar de que dada la profundidad del molar incluído, el tercio apical de sus raíces no queda encuadrado en la misma.

Tratamiento.—Día 13 de enero de 1945: Anestesia tri-troncular de los nervios dentario inferior, lingual y bucal del lado derecho, según técnica referida por RUIZ DE TEMIÑO. Extracción del segundo bicúspide inferior derecho y segundo molar inferior derecho, a continuación se incinde en dirección mesio-distal la encía comprendida entre ambos alvéolos, perpendicularmente a ésta, y en su parte media se traza otra in-

cisión vestibular de un centímetro. Con periostotomo se va disecando la mucosa que cubre las cúspides del primer molar inferior derecho, y en una de estas maniobras se hunde el instrumento por fractura de varias paredes de la corona, hasta la cavidad de desintegración, que se encuentra ocupada por serosidad sanguinolenta de muy mal olor pútrido. Se limpia y seca el campo, quitando los fragmentos coronarios necróticos, y ya en los comienzos de la raíz, se intentan varias aprehensiones con el fórceps especial, sin resultado, debido a la fuerte adherencia de las raíces al maxilar. seguidamente, con la fresa

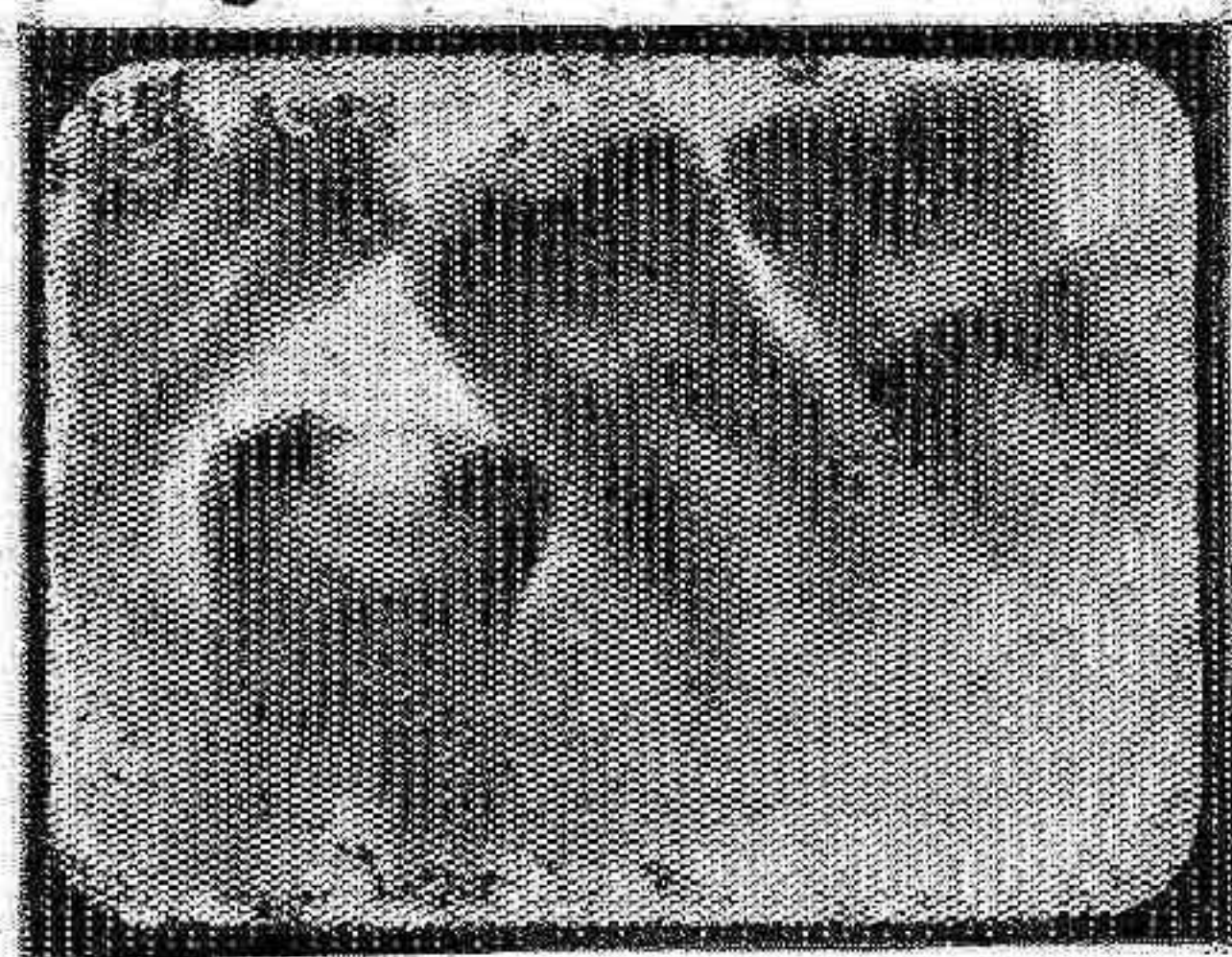


Figura 1.—En la radiografía queda claramente dibujado la completa inclusión del primer molar inferior derecho

lanceolada, se abre una vía en la pared mesial de la implantación, y por la misma se aplica un elevador de Walter, sin conseguir desplazar ni mover las raíces; a continuación, con la misma fresa aplicada paralelamente a los lados de la mismas y en contacto con ellas, se va extirpando tejido óseo hasta una profundidad considerable (técnica de KIEFFER), con lo cual se consigue imprimirles varios movimientos de lateralización, sin más resultado. Finalmente se inserta en la cámara pulpar el elevador de tornillo Ash núm. 9, que sólidamente implantado y sin desprenderse ni una sola vez, permite mover ampliamente la inclusión radicular, pero en modo alguno consigue levantarla ni un milímetro, en vista de lo cual, y de las primeras molestias que empieza a aquejar el paciente, como final de su fase anestésica, suspendemos la intervención. Taponamiento con gasa de Medeyol. Tiempo invertido, una hora y quince minutos.

Por la tarde se le administra 1 c. c. de Escofedal, para calmarle los dolores.

Hemos tenido que lamentar durante la intervención nuestra propia y confiada resignación, al conformarnos con una

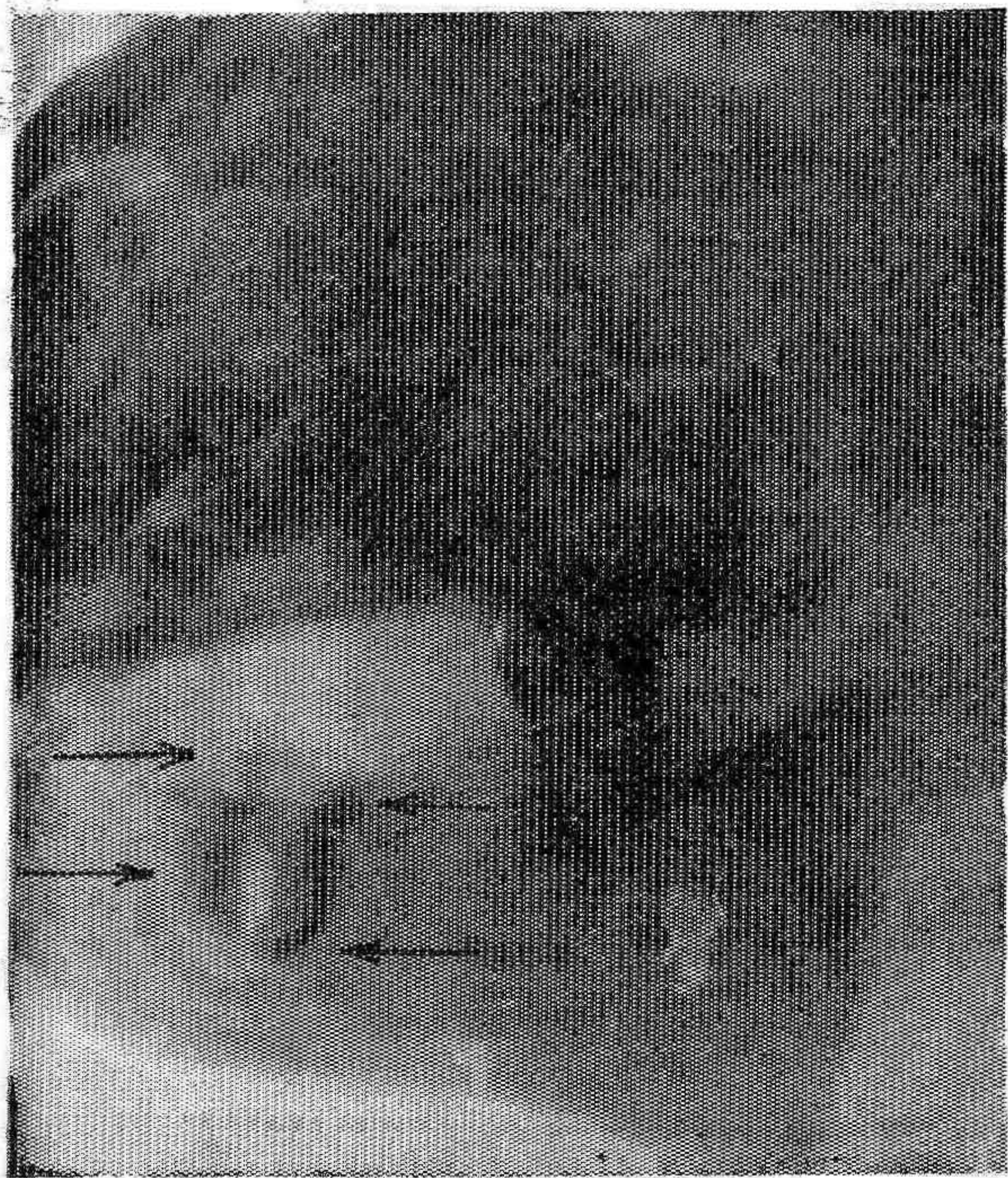


Figura 2.—Radiografía extrabucal. Las flechas negras indican la localización de las raíces curvadas, cuyo puente óseo fué la causa de las dificultades de la extracción.

sola radiografía intrabucal, que, por su tamaño, no encuadra buena parte del extremo apical de las raíces del primer molar inferior derecho, y al no conseguir su extracción por los métodos expuestos, hemos tenido que pensar en la posibilidad de un cementoma en el ápice, en una desviación acentuada y en la cantidad de tejido óseo que pueda quedar en el maxilar por debajo de estos ápices, para prevenir una posible fractura en caso que éste fuera escaso. En vista de lo cual y con la lección

bien aprendida, mandamos hacer una radiografía extrabucal (fig. 2) y otra oclusal, las cuales, a pesar de la mala calidad de su gelatina, nos sirven bien para el fin propuesto: eliminar el tumor apical y el peligro de fractura mandibular, comprobando la curvatura de ambas raíces con un puente óseo intermedio muy resistente, que a todas luces es causante de todas las dificultades de la extracción.

En los días sucesivos está apirético; se le aplica una cura local sulfamídica y sus únicas molestias son el temor a la próxima tentativa.

Día 19 de enero de 1945: Anestesia de base con 1 c. c. de Escofedal, según HARSNISCH, bloqueo tritroncular por igual sistema que la vez anterior. Separación de los bordes mucosos de la herida por compresión con gasas estériles, hasta llegar a hueso y raíces, con la fresa lanceolada se sierra la unión de ambas raíces en sentido linguo-vestibular y extirpa el tabique óseo que las separa más profundamente, una vez conseguido, con el botador universal se luxa la mesial y extrae, a continuación se moviliza la distal en sentido opuesto, con el mismo instrumento invertido, y se extrae sin dificultades, raspado de los alvéolos con cucharilla y relleno de todos con gasa de Medeyol. Tiempo invertido, veinte minutos.

Por la noche se le calman los dolores con 1 c. c. de Escofedal. A los dos días se levanta el taponamiento, se lava con chorro de Dakin y se rellena con pasta de p-amino-fenil-sulfoamida al 10 por 100, repitiéndose la misma cura por espacio de varios días, en que es dado de alta por curación, en espera de una prótesis fija.

En la figura 3.^a puede observarse lo que se le extrajo el primer día en el pocillo de la izquierda y los resultados de la segunda intervención, en el de la derecha.

Discusión.—Al presentar este caso de inclusión del primer molar derecho, nos guía el afán de dar a conocer una de las anomalías más raras que se encuentran en nuestra especialidad, tal como fué estudiado y tratado, sin alterar en absoluto la realidad, ni aun en la parte que resulta poco favorable para nosotros mismos, antes el contrario, poniéndola de relieve para que en la práctica común sirva de orientación a todos hacia las

técnicas propuestas por los grandes maestros: estudio radiográfico completísimo, instrumental idóneo, plan preconcebido y técnica precisa.

Pretendiendo dar una explicación de las posibles causas que han motivado esta ectopia, nos encontramos algo confusos, sin una base sólida en que apoyarlas; no obstante, séanos permitido una rápida visión de las más importantes que han podido pesar en este caso. SCHWEITZER, citado por EULER, defiende la teoría hereditaria, aquí no ha habido otros casos de retención en sus antecedentes familiares, pero sí en cambio

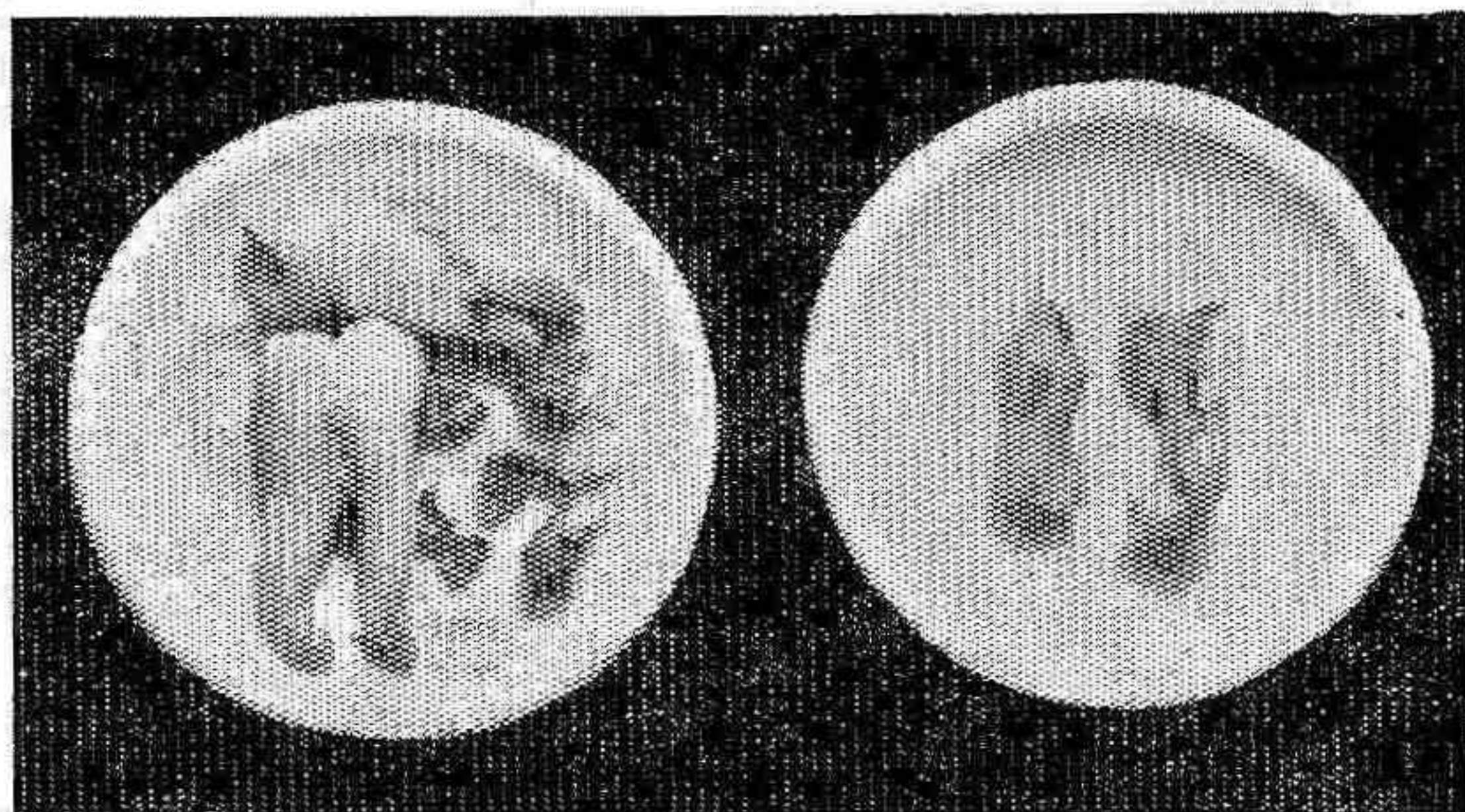


Figura 3.—En el platillo de la izquierda figura el producto de la primera intervención; en el de la derecha, las dos raíces del de la segunda.

anomalías de las raíces en su ascendencia materna, que el paciente ha podido heredar, y si tomamos en consideración las ideas de LUNIASCHEK culpando precisamente a estas desviaciones radiculares como causantes de retención y vemos la que presentan el primero y segundo molares inferiores derechos (figura 3), todo estará concluido y razonado. Sin embargo, a nosotros nos parece que las referidas curvaturas, que explican perfectamente las dificultades de la extracción, en modo alguno pueden justificar la falta de erupción normal a los seis años, cuando sabemos perfectamente que a esta edad andan muy lejos de estar calcificadas y el anclaje que puedan ejercer para impedir su salida se nos antoja escaso o nulo. Finalmente, la falta de toda enfermedad grave en su infancia y el perfecto estado del resto de su dentadura y salud general nos cierran el paso sin poder precisar nada concreto.