

• SOBRE LA REIMPLANTACION DE UN MOLAR INFERIOR DERECHO

por el

Dr. Arturo Campos Marqués

Encargado del servicio de estomatología de la Casa de Socorro
de Ruzafa (Valencia)

UN problema muy atractivo, por la importancia que tiene, es el referente a las reimplantaciones de piezas extraídas, con el ánimo de que permanezcan cumpliendo la misión a ellas encomendadas; sin embargo el éxito no parece acompañar a los que se preocupan de este problema, pues de lo contrario se iría convirtiendo en asunto de actualidad y la literatura odontológica contaría con una fuente bastante capaz para quien de este asunto quisiese tener información.

Pero son tantos los problemas a resolver, en cada uno de los cuales existen tantos imponderables, que seguramente aún tardaremos en saber la solución definitiva.

La Histología, Anatomía Patológica y la Bacteriología se barajan tan íntimamente, que constituyen los eslabones de la misma cadena, pero que permanecen sueltos y que a la clínica le cuesta ímprobos esfuerzos para juntarlos sin conseguirlo.

¿Cuándo está indicada la exodoncia con reimplantación? Podemos dividirla en dos casos: normales y patológicos.

Normales.—En este grupo, podemos comprender aquellos producidos por traumatismos recibidos en la cavidad bucal, que producen la luxación de uno o más dientes, y cuando la luxación se produce sin fractura del diente.

Cuando en vez de luxación se produce su avulsión completa sin fractura; y cuando una circunstancia imprevista nos realiza durante la exodoncia, la de un diente vecino.

En estos casos la reimplantación está indicada y aun los parientes o amigos, sin la intervención del especialista, realizan dicha reimplantación con la simple colocación del diente en

su lugar, y al cabo de unos meses, el diente muerto, por haber sufrido la exéresis de su paquete vásculo nervioso, sigue cumpliendo su misión, siendo muchos los niños a los que esto ocurre y que de adultos aún los conservan.

Cuando los traumatismos son tan violentos que producen la avulsión completa, es el especialista el que interviene, colocando nuevamente el diente en su sitio, tomadas, previamente, las mejores condiciones de asepsia posibles.

En los casos de exodoncia involuntaria de un diente por error de diagnóstico, se puede intentar la reimplantación, por si tenemos éxito. Y, finalmente, en los casos de exodoncia simultánea de dos piezas, como ya hemos dicho.

En todos estos casos nos encontramos en las mejores condiciones, puesto que no existen procesos inflamatorios en marcha que pueden dar al traste con el intento.

Patológicos.—En nuestro modo de ver no existen indicaciones precisas para dicha reimplantación, puesto que son numerosos los elementos que tenemos en contra, empezando por la infección del espacio apical y del alvéolo.

Es muy difícil conseguir que un proceso inflamatorio desaparezca para conseguir el éxito de la reimplantación, puesto que si esto fuese factible, podríamos asegurar desde aquí que no existirían las complicaciones postoperatorias.

En este caso, no pretendemos hablar de los trabajos realizados sobre injertos de diferentes sustancias, sobre dientes conservados, para practicar estos injertos; nos referimos sólo a reimplantaciones realizadas en el mismo momento.

Ilusionados por lo atractivo del asunto, esperamos que llegase al servicio algún caso, y cuyo paciente aceptase la reimplantación y, efectivamente, el día 28 de mayo de 1941, vino C. S. I., de diecisiete años, solicitando la exodoncia de un molar inferior derecho, porque le dolía. Procedimos al reconocimiento del mismo: se trataba de un molar con una carie compuesta de cara mesial y cara triturante, entre las cúspides mesio-vestibular y mesio lingual; en el interior de la cavidad se introduce la encía hipertrofiada.

Como juzgamos que es una lástima la exodoncia, adverti-

mos a la paciente que puede ser empastada, pero ella insiste en que sea extraída, ante lo que se nos ocurre proponerle la extracción, cura de la carie y reimplantación, advirtiéndole los peligros y las posibilidades de éxito, prestándose a nuestra experiencia. Esto se comprende en la psicología rural por el horror "al torno" que sienten estas gentes.

Procedemos pues, a pincelar con tintura de iodo la encía y anestesiarla, armándonos de la mejor buena fe y paciencia, empezando la luxación con grandes precauciones para no fracturar el diente, ni tampoco la lámina alveolar; trabajo que nos costó conseguirlo, por concurrir la circunstancia de estar los ápices de las raíces incurvadas sobre su eje formando un "paréntesis", es decir, la raíz mesial incurvada distalmente y la distal en sentido mesial.

Al cabo de unos minutos teníamos el molar en nuestras manos, taponando el alvéolo con algodón con agua oxigenada. Nos encontramos con la existencia de una nueva carie en la cara distal, de segundo grado, que no había podido ser vista, por ser carie de contacto, y dado que otra mayor desviara nuestra atención por otro lado suficiente para aceptar los síntomas y proceder al mismo tipo de tratamiento. No nos desanimamos y pasamos a realizar la cura de las caries, extirpando toda la dentina con fresas nuevas; luego abrimos la cavidad pulpar y extrajimos los filetes radiculares; seccionamos unos dos milímetros de ápice radicular con un disco de carburum dum nuevo y con unos ensanchadores ensanchamos los canales hasta que salieron por la parte apical.

Lavamos con suero fisiológico la cámara y canales, así como la muela; rellenamos con Pental, en pomada espesa, canales y parte de la cámara pulpar, completando el relleno de la misma con gutapercha. La superficie de las raíces es recubierta también de Pental.

Procedemos, pues, a pincelar con tintura de yodo la encía y sección y cauterización con la barra de nitrato de plata, rellenamos parte del alvéolo con Pental (pomada) y procedemos a colocar la muela en su puesto; no pudiéndolo conseguir de primera intención, ordenamos entonces a la paciente que muerda con fuerza, y, efectivamente, la muela entra en su alvéolo.

Pincelamos la encía con tintura de yodo, y recomendamos a la paciente enjuagues con agua oxigenada diluída, y una aspirina al interior.

A las ocho horas de realizada la intervención, observamos una ligera hemorragia y menos dolor que antes de la intervención. Al día siguiente ligera celulitis reaccional, pero sin dolor ni sensación punzante, lo que nos indica la ligera protesta de los tejidos ante la operación.

El día 30 sigue la celulitis, pero sin dolor espontáneo, únicamente a la masticación, y éste muy ligero; el aspecto general normal, no habiendo fiebre; se da un toque de tintura de yodo.

El día 2 de junio han desaparecido todas las molestias, pero aparece una propulsión hacia arriba de la muela reimplantada que molesta para cerrar la boca, y creemos que llega el momento de su exodoncia definitiva, pero nos decidimos antes a cortar las cúspides para evitar el inconveniente articular; aconsejamos después masaje gingival con pomada Pental; dando, para terminar la sesión, un toque de yodo.

El día 3 ha desaparecido la molestia a la masticación y la paciente no vuelve a la consulta hasta el día 4 de agosto, en que nos cuenta que come perfectamente; la exploración nos enseña que la muela está ligeramente movilizada, pero el rodete gingival parece perfectamente adherido al cuello, la palpación da una depresión correspondiente al vestíbulo, como dando a entender la reabsorción de la lámina alveolar externa.

El 20 de agosto aparece un parulis, correspondiente al diente reimplantado que puncionamos, ausencia de síntomas inflamatorios, adenitis ni celulitis. La muela sigue movilizada. El 22 de septiembre procedemos a colocar las amalgamas, puesto que han desaparecido todos los síntomas reaccionales.

A la fecha, 8 de enero de 1945, la muela sigue cumpliendo su misión perfectamente, o sea tres años y siete meses después de su reimplantación.

¿Se puede calificar este caso de éxito o de fracaso?

A primera vista nos atreveríamos a juzgarlo como un éxito, puesto que la muela presta su concurso funcional; pero el

caso sería ver qué ocurriría si las muelas vecinas no estuviesen manteniéndola (?) en su puesto. Si, por el contrario, la muela siguiese allí, sin apoyo alguno, en ese caso sí podríamos ya hablar de éxito quizá definitivo, máxime si se prestara a toda clase de trabajos restauradores sin ser susceptible de acusar fatiga ni peligro de perderse.

¿Podríamos pensar en la formación de una anquilosis ósea perfecta? Esto sería el ideal y la solución de un problema de máximo interés.



Supresión del dolor articular

El doctor PAUP H. HARMON, cirujano de un hospital de Pensilvania, ha suprimido el dolor de la artritis mediante el uso de una lámina de materia plástica, semejante al vidrio, que proporciona una superficie amortiguadora entre los dos huesos de la articulación de la cadera.

La lámina transparente, hecha del material que se emplea para la proa de los aviones de bombardeo, las torrecillas de ametralladoras y otros aparatos militares, es también transparente a los rayos X. El cirujano puede así seguir el curso de la enfermedad sin descubrir la articulación. Se ha empleado esta técnica para las articulaciones de los dedos y de la mandíbula, lo mismo que para la cadera.