

• UNA COMPLICACION POCO FRECUENTE DE LA EXODONCIA

por el

Profesor Fernando Orensanz Gutiérrez

EXISTE la posibilidad de que en el curso de una exodoncia se extraiga simultáneamente y sin proponérselo una pieza dentaria contigua a la que es motivo de nuestra intervención.

A primera vista parece que ésto ha de ser una rareza, un caso más de la incompetencia técnica. Pero estudiando algunos casos de tal complicación, vemos con sorpresa que son profesionales de larga práctica y competencia probada los que han producido dicho accidente. Vemos además, que esto ocurre en la práctica no tan raras veces.

Hemos reunido unos cuantos casos clínicos en que sobrevino esta complicación y hemos analizado las circunstancias que en ellos se observaron. Algunos de los detalles observados se dan en todos los casos, y podemos tomarlos como denominador común; otras circunstancias, sin embargo, se dan aisladamente.

Una de las características es el *sexo*. En todos los casos estudiados, sin excepción, se trataba de pacientes del sexo femenino. Probablemente sea debido este hecho a que la mayor y casi totalidad de los pacientes asistidos pertenecían a dicho sexo. También se podría inculpar a la menor fortaleza osteoarticular de la mujer.

Otra de las circunstancias del primer grupo, es decir, comunes, es la existencia de un *estado constitucional predisponente*. Parece ser que los individuos del tipo longilíneo, de predominio de las dimensiones longitudinales, con arcadas angulosas, diente alargado, sistema óseo grácil, tienen su articulación alvéolo-dentaria más laxa que los braquítipos y normales.

En algún caso, dicho estado constitucional presentaba además, y ya en el campo patológico, signos de adeonoidismo, tales como: paladar ojival, anomalías de posición dentaria y respiración bucal.

La *edad* de los enfermos se hallaba comprendida entre los ca-

torce y los treinta y cinco años. Esta es precisamente la época durante la cual la vitalidad de la articulación alvéolo-dentaria está en su apogeo, lo que parece no armonizar con la complicación que estudiamos. Lógicamente serían las edades juvenil y senil las predispuestas a la luxación traumática de los dientes. La explicación racional parece, que por ser el estado adulto la fase de mayor solidez óseo articular es cuando precisamos un mayor esfuerzo para verificar la exodoncia. Esta violencia, mal dirigida, sería la causa productora de la luxación de la pieza contigua. Sabido es que las luxaciones, en general, son propias del adulto.

Circuntancias locales. Ha sido principalmente en las regiones de los bicúspides inferiores y de los molares superiores en las que ha ocurrido el accidente operatorio.

En efecto, tanto los dientes bicúspides, como sus alvéolos parecen predisponentes para esta complicación: los dientes, por ser unirradiculares, de raíces de forma cónica regular y estar tan próximos: los alvéolos, por reflejar tan fielmente la forma de la raíz.

Los molares superiores, unas veces por estar en posición anómala y otras por existir soldadura o concrecencia radicular entre ambos (SOTO, EULER).

Ha sido observada una disposición de las raíces, en su forma y en su dirección, exageradamente regular: formas cónicas finas sin torcedura ninguna.

En un segundo molar superior luxado al extraer el anterior (no existía el cordal, por tratarse de joven de 15 años) poseía tres raíces cónicas, puntiagudas, de gran regularidad y convergentes hacia la punta de la raíz. No existía soldadura ninguna.

Siempre las coronas eran voluminosas y los dientes estaban apiñados y, probablemente, alguna porción de corona se encontraba interceptado el paso en el trayecto que había de recorrer la corona del diente que se extraía.

Examinando la forma en que se hizo la exodoncia, instrumental y otros aspectos de cada caso, hemos encontrado vicios de técnica, defectos en la elección del instrumental, que explican el mecanismo de luxación involuntaria de piezas vecinas, aunque

no siempre sea la técnica la responsable de la referida complicación.

Es corriente ver, sin embargo, que al llevar a cabo una exodoncia, el odontólogo, una vez aplicado el fórceps y con objeto de ejercer la fuerza que el caso requiere, se coloca en determinada postura *perdiendo de vista la cavidad bucal*. Este proceder, absolutamente incorrecto, que precisamente adopta aquel que tiene confianza en su técnica, es el causante de alguno de los casos estudiados.

Si el operador hubiera visto ininterrumpidamente su maniobra, seguramente se habría dado cuenta a tiempo del inconveniente que podría evitar.

En otros casos el fórceps utilizado no era adecuado: en el caso de los bicúspides inferiores, aunque el fórceps era el propio para dichas piezas, no era el adecuado para aquel caso, sino que las ramas del instrumento eran en su punta demasiado anchas, y al verificar movimientos giratorios, una de estas ramas tuvo que conmover el diente vecino.

Otras veces, se han debido estos accidentes a la rapidez con que el especialista ha querido solucionar el caso clínico planteado.

Indicamos, pues, a continuación cuál debe ser el modo de proceder en evitación de semejantes accidentes:

Primero. Que antes de proceder a una exodoncia, además de las reglas de técnica pertinentes, deben examinarse previamente las relaciones del diente a extraer con sus vecinos.

Segundo. Debe elegirse el fórceps adecuado, pero no adecuado a una clase de diente, p. e. a incisivos, a caninos, a bicúspides, etc., sino adecuadamente proporcionando al diente mismo que se va a extraer.

Tercero. Es preciso seguir con la vista todas las manipulaciones.

Cuarto. Las maniobras de extracción deben ser hechas lentamente; no se debe tener prisa, máxime cuando la anestesia debe ser perfecta; la exodoncia no debe ser una especie de juego de manos, sino un acto quirúrgico bien proyectado y ejecutado con arreglo al plan previsto.

Quinto. Extremar la atención cuando operemos en la re-

gión de los bicúspides, tanto ínfimos como superiores, y al extraer los molares superiores, para no luxar ninguno vecino.

B I B L I O G R A F I A

- EULER, H. "Tratado de Odonto", 1943.
- SICHER y TANDLER, "Anat Praca Dentistas", 1930.
- SOTO YANITU, RAMÓN, "Sugerencias sobre la exodoncia". An. Esp. de Odo. Vol. II núm. 9, 1943.
- VIOLA, S. y SCHIANI F. "La constitución individual", Medicina Interna. A. Ceconi. Vol. VI.



SECCION B

ELIMINACION DE LA BOLSA PERIODONTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA PIORREA

por

Edgar D. Coolidge, M. S., D. D. S.

EL propósito del tratamiento de las bolsas supurantes es detener la supuración y eliminar la bolsa que lo produce. La enfermedad está limitada a los tejidos blandos y al hueso que rodea al diente, y siempre se cura cuando el diente se extrae. Es, pues, el objetivo inmediato del operador detener la enfermedad evitando su posterior extensión a los tejidos profundos, al objeto de que el diente pueda cumplir su función el mayor tiempo posible sin ninguna influencia perniciosa sobre la salud general ni sobre las estructuras locales; la presencia de infección o de inflamación en los tejidos de cualquier sistema orgánico sujeta al organismo general a un innecesario peligro por la absorción de elementos infectivos. El