

EXODONCIA Y ALVEOLITIS

por el

DR. NATALIO ALMAGUER

de Piura, Perú

616.314-089.871-06

No hace mucho hemos leído en estas páginas el excelente trabajo de Montaña Ramonet sobre las alveolitis (pág. 249, 1956); antes y después hemos leído distintos puntos de vista, y sin querer ahora entrar en profundidades, estamos y de ya en acuerdo con Miller cuando dice que el mejor cuidado a dispensar a la herida extraccionista es no tener que preocuparse de ella.

No comprendemos la idea de Russell (Am. Orth., 2, 1944) al querer proteger el alvéolo con una tela metálica, de plata, empleando uno u otro medicamento, como queriendo preservarlo mecánicamente. Nosotros, en estas tierras bolivareñas, practicamos constantemente la exodoncia, y nunca que realizamos la intervención limpia y brevemente nos encontramos con complicación la más leve de alveolitis. Podemos decir que nuestras exodoncias en la montaña son intervenciones en régimen más o menos de lazareto, al que acuden los naturales del país, para no volver (?) a saber de ellos; pero sí, por vecinos o familiares, sabemos de ellos y podemos asegurar esta falta de secuelas.

En nuestro consultorio de la ciudad preferimos, cuando no existe otro inconveniente, el hacer radiografía. Su estudio nos dicta la maniobra exodóncica, con ella la cantidad del anestésico a emplear, el estado del alvéolo, etc. No sabemos de que una extracción no laboriosa haya sido seguida de alveolitis, ni aun estando el alvéolo interesado por una parodontolisis. La cantidad del anestésico es otro de los puntos que consideramos importante, mientras al comienzo de nuestro ejercicio, cuando éramos recién egresados del Alma Mater, inyectábamos siempre dos, tres y hasta cuatro y más centímetros cúbicos de anestésico, a base de adrenalina y novocaína; hoy preferimos emplear menos anestésico, reduciendo o anulando la adrenalina. No comprendemos el asombro de los autores suecos al comentar el reducido empleo de anestésico cuando

se usa la lidocaína, pues nosotros, con una u otra marca comercial, rara vez necesitamos más de media ampolla para cualquiera de nuestras extracciones.

Por supuesto que siempre precede a la exodoncia la desbridación del ligamento peridental, y nunca prácticamente recurrimos a la inyección troncular, sino local y circunscrita al diente, cuando no en el mismo alvéolo y en dos puntos solamente. Si los dientes son vecinos, aun con la misma cantidad de anestésico hacemos la extracción de los dos.

En estos casos, la toilette del alvéolo la reducimos, después de la extracción, a presionar con las yemas de los dedos índices ambos lados de la herida contra el propio alvéolo, lo que repetimos con cierta energía. Rarísima vez, nunca, diríamos mejor, intervenimos resecando las paredes alveolares, y si lo hacemos por razones de la prótesis que vayamos a colocar después, lo hacemos con cautela y discreción; casi preferimos, si no es así, dejarlo para más adelante, cuando el alvéolo se haya cicatrizado, entonces una pequeña incisión resuelve la agudeza de la pared no reabsorbida, y, aparte de que ello jamás puede dar lugar a una «alveolitis», su cicatrización es cuestión de horas, sin necesidad de sutura.

Jamás apalancamos un diente en un sentido hasta conseguir su salida, sino que ejercemos al tiempo una tracción suficiente, preservando así las paredes alveolares de fractura impropia.

Si la radiografía no nos lo muestra inadecuado, preferimos dejar una extracción laboriosa para terminarla en un segundo tiempo, días después del primer intento, y si la porción fracturada es nimia y la imagen limpia, preferimos también su abandono, siempre y cuando su extracción suponga un trauma, inconveniente mayor que el que se trata de evitar.

En los casos en que el alvéolo se veía infectado, de recién egresado de la Universidad, embadurnaba con tintura de iodo el festón gingival y luego impregnaba el fondo con otro algodón. Ahora preferimos no tocar nada en absoluto, y sólo cuando el alvéolo está muy lesionado lo hacemos ligerísimamente con ácido crómico, después que el paciente se ha enjuagado la boca con una solución templada isotónica para que el coágulo no se forme demasiado rápidamente y tapone el drenaje.

En las extracciones laboriosas, en aquellas que de primera intención hay que separar las raíces para su extirpación una tras otra, cuando emplemos la fresa, evitaremos el desarrollo de calor, utilizaremos únicamente una fresa nueva y no sólo para que sus cortes estén perfectamente, sino que no haya en ella restos de metales (amalgama) o tejidos (den-

tina, etc.); todo ello causa predisponente o determinante de alveolitis.

Sabemos que fueron en su día recomendadas las espolvoraciones de sulfamidas en el alvéolo, a las cuales se añadió después antibióticos (tiotricina, etc.), con objeto de aumentar la polivalencia, composición a la cual se adjuntaba también un hemostático y un analgésico, ya hora en forma de conos, pero sin que las estadísticas aconsejen su empleo sistemático.

Esta toilette los americanos la llaman «dressing», y la recomiendan autores, dejando una mecha de gasa estéril, sobre todo en casos en los de alvéolos profundos, pero nosotros entendemos que sus razones son mayores las de orden psicológico que las de biológico o quirúrgico, y es que estos «cuidados» parece dan más respeto al operador. Porque de luego viene el tener que ir retirando la gasa del alvéolo, y nunca lo podremos hacer como la misma cicatrización, que va lenta y progresivamente de dentro a la superficie. Son, pues, muchos los autores que, tras su experiencia y la ajena, prefieren dejar intacto el alvéolo tras la extracción, y hasta el punto de no recurrir ni al taponamiento interior, si queremos cohibir una hemorragia, sino taponándolo por fuera y manteniendo el tapón por la oclusión de ambos maxilares.

En resumen, que estamos de acuerdo con Miller en que el mejor tratamiento del alvéolo post-exodóncico es no necesitar tratarlo.

NOVEDAD DOCENTE EN LOS ESTADOS UNIDOS

En Indianópolis ha surgido una editorial que ofrece diferentes cursillos sobre temas odontológicos (actualmente ha editado tres: 1), «Terapia radical por antibióticos», por el doctor Grossman; 2), «Tratamiento de la pulpa viva», por el doctor McDonald, y 3), «Reposición del primer molar vertido», por el doctor Beechen), temas grabados en discos gramofónicos, los cuales van acompañados de sus correspondientes álbumes gráficos y a cuyas figuras hace alusión la voz. De esta manera pretende el editor que el dentista americano oiga las más actuales lecciones mientras descansa de sus fatigosas tareas en su cuarto de estar.

Cada lección viene a costar unas 500 pesetas, con cuarenta y ocho minutos de duración.

Esperamos con curiosidad el resultado de este experimento pedagógico. Como vemos, la abundancia americana está expuesta a todas las fantasías.