

---

---

ODONTOLOGÍA

## La conveniencia de la extracción en la fluxión dentaria

Por el Doctor RAFAEL H. QUIAN, Médico-Dentista.

---

---

Uno de los puntos más veces discutidos en odontología, es la oportunidad de la extracción dentaria, en ocasión de un proceso flogístico, provocado por el diente en cuestión. Dos tendencias hay que pretenden cada cual tener motivos suficientes para decidir la cuestión bien en favor o en contra del acto operatorio, siendo ambas radicales en sus conclusiones: hay que extraer o dejar de hacerlo en cualquier circunstancia. En mi modesta opinión no creo científicamente esta manera de pensar, sino que el estudio de cada caso en particular proporcionará más de un dato en favor o en contra de la extracción; es del resultado que dé el examen clínico, que vendrá la decisión de la avulsión del diente.

Prácticamente es la extracción en cualquiera de los períodos de la inflamación, lo que da los mejores resultados, pero indudablemente estos se observan en toda su amplitud dentro de las primeras 24 horas de aparecer la tumefacción; pasado este período, siempre que haya una defensa orgánica normal, los beneficios de la extracción son cada vez menos patentes; he observado muchas veces que la avulsión del diente después de este término, no mo-

difica en nada la evolución del proceso inflamatorio, que ha continuado sin evitar al paciente ninguna molestia en intensidad o tiempo.

En todo proceso inflamatorio hay que considerar dos factores principales: el agente infeccioso y el terreno; de las variaciones que se hallen en cada uno de ellos, resultará la forma en que se desarrollará el proceso, la marcha favorable desprendiéndose de la menor potencia del agente atacante o la mayor fuerza de resistencia del terreno y viceversa; la situación puede expresarse por un quebrado en que el numerador estaría representado por el agente infeccioso y el denominador por el terreno.

El factor microbiano es de una importancia muy grande. Es perfectamente comprobable a diario, que las infecciones más graves son aquellas producidas por las especies anaerobias y que los estafilococos por regla general se reducen a producir procesos si a veces violentos, casi siempre regulares y carentes de peligro. Sin embargo he podido a menudo ver enfermos que habían pasado una ilusión, clínicamente de aspecto banal y que en el momento de la extracción salía del alveolo,

el característico pus de anaerobios y que el examen bacteriológico no hizo sino confirmar el estreptococo anaerobio; al lado de eso puedo citar dos casos observados en el Hospital Italiano, de estafilococcias, que empezaron por un flemón vulgar y que pese a la extracción precoz, acabaron con el enfermo en el término de cinco días por septicemia.

El factor terreno se descompone a su vez en varias divisiones; en primer término, tenemos el terreno propiamente dicho, que puede variar tanto y que es lo que generalmente da el principal carácter a la afección. Así un terreno distrófico será fácil presa para un agente infeccioso de relativa fuerza, el caso de las erisipelas en terrenos semejantes es el ejemplo más acabado.

Dentro del terreno también está el lugar en que se produce la inflamación, un foco inflamatorio derivado de una molar inferior de juicio, en virtud de sus relaciones con el espacio celular infra-milohioideo será de una gravedad mucho mayor que el mismo en un incisivo cuyas relaciones con la zona peligrosa son muy alejadas.

Antes de proseguir y entrar a hacer otras consideraciones me parece bueno recordar algunos puntos de anatomía patológica. La fluxión dentaria es el epifenómeno de un proceso mórbido cuyo substractum anatómico es una lesión del periostio alveolo-dentario. Ahora bien, considerando con Mallassez que el periostio

dentario no es en realidad sino una prolongación modificada de la médula ósea, es correcto afirmar que toda fluxión dentaria, tenga por substractum anatómico una osteomielitis más o menos limitada.

Iniciado el proceso inflamatorio se suceden los estados de congestión, exudación, etc., produciendo como resultante de estos actos de defensa de parte del organismo, la membrana piógena, que limita la parte infectada aislándola de la parte que permanece todavía aséptica. Este es al menos, el concepto clásico del proceso inflamatorio; hoy parece que se pone en duda que las cosas pasen con tanta exactitud, la membrana piógena no sería la barrera tan perfecta que se creía, sino que dejaría pasar algunos microorganismos aun dentro de las condiciones más normales. Pero en este caso no nos es tan interesante dilucidar el punto, pues lo que necesitamos dejar asentado es que en contra el agente infeccioso el organismo reacciona oponiendo a éste una barrera defensiva que el microorganismo trata de vencer.

En estas condiciones veamos lo que ocurrirá cuando se hace la extracción. El traumatismo causado por ésta, sea grande o chico, el resultado será el mismo, la barrera antipiógena será destruida. Ahora según los partidarios de la extracción o más bien los que creen que el acto operatorio es incapaz de provocar el menor trastorno por el hecho de romper

la defensa y quizás hacer una resiembra de gérmenes más profunda, oponen el que, la hemorragia se encarga de barrer todo el campo operatorio y que su acción mecánica de arrastre junto con la acción antiséptica de la misma, impiden que la reinfección pueda tener **lugar**, Indudablemente **en** tejido hiperemiado que da mucha sangre la posibilidad de infección es mucho menor, pero no creo que ésta tenga un valor absoluto, habiendo ejemplo de procesos infecciosos que la intervención les da un latigazo muy peligroso, **tal** es el caso de las **foliculitis** del bigote que algunas veces, por fortuna muy raras, en ocasión de maniobras quirúrgicas hacen una reagudización complicándose con tromboflebitis de la oftálmica, por lo que se recomienda no in-

cindir un forúnculo en esta zona hasta que la lesión esté bien acuminada, desprendiendo la parte necrótica con cuidado y tratando de no **reinfestar**. En el período de crudeza de acuerdo con los que sostienen la inocuidad de romper las defensas, podríamos incindir, pues saldría sangre en abundancia, y sin embargo ya vemos las consecuencias que puede tener. Creo pues, en conclusión, que si bien es perfectamente aceptable que una hemorragia abundante es un agente muy atendible en la antisepsia de una herida, no por eso nos garantiza que la infección no pueda reinjertarse en una capa más profunda y en donde las defensas orgánicas tenga que volverse a rechazar y en condiciones desventajosas. Para determinar la procedencia

de la extracción frente a un proceso inflamatorio, en que el propio diente es causa, hay que considerar lo siguiente: la relación existente entre el estado general y el estado local del sujeto. Un sujeto que se defiende bien, con una reacción ganglionar normal, cuya lesión acusa sus caracteres clásicos de la inflamación franca: tumefacción, calor, rubor, dolor, que por lo menos no están en segundo plano con relación a la reacción general, sin signos de propagación al espacio infra-milo-hioideo (entre los cuales el más regular y constante me parece que es la disfagia mecánica, pero acompañada siempre de dolor, el sujeto experimenta dificultad al tragar no porque le duela, fenómeno común a casi todos los flemones, sino porque le duele y además porque manifiesta una obstrucción), con temperatura variable pero en concordancia con la intensidad de la inflamación, con un ciclo inflamatorio normal un buen estado general; en ese individuo no tengo el menor reparo en declarar que la abstención está perfectísimamente justificada y que a veces permitirá que el proceso inflamatorio se resuelva más rápidamente y en mejores condiciones que si se hubiese practicado la extracción.

Muy distinto es el caso del individuo que se presenta con una lesión con poca sintomatología local y con un estado general malo, lo tanto por la existencia de una elevada temperatura que a veces

es poco intensa, sino por la intoxicación que presenta el enfermo, por el desequilibrio entre temperatura y pulso siendo éste pequeño y frecuente añadiéndose un malestar precoz y adinamia. Así es como comienzan los casos en los cuales la extracción puede influir de un modo decisivo en la marcha del proceso inflamatorio y en un caso dado salvar la vida del enfermo.

Con la extracción durante el período de crudeza de un flemón se obtienen las siguientes ventajas: primeramente, de un proceso cerrado se ha hecho un proceso abierto, se ha extraído la causa directa de la infección (o por lo menos casi siempre así sucede), y se ha dado salida a una cantidad de pus o descongestionado una zona hiperémica, el primero de estos a presión y en estado de septicidad o ya esterilizado de acuerdo con el momento de la evolución en que se hace la extracción.

Como se ve las ventajas son muchas y creo que en la ocasión de constatarse una defensa débil no hay duda posible pues va que *ha* trabar el proceso defensivo no se pierde gran cosa, puesto que está demostrada su insuficiencia, urge actuar contra lo que se pueda, que en este caso es el agente infeccioso; de esta manera le haremos perder parte de su poder.

El problema de la extracción dentaria en la fluxión por el diente producida, me hace recordar en algunos de sus aspectos a la

operabilidad de la apendicitis en el período agudo. Sin dejar de considerar las diferencias de infectabilidad que existen entre el peritoneo y el tejido celular, hay similitud en el hecho que existe una defensa que es necesario respetar cuando demuestra ser eficaz y llena debidamente el papel que le toca desempeñar y decidiendo la operación cuando se estima que el proceso infeccioso es superior a la resistencia que le puede oponer esta defensa. En el momento actual el criterio más difundido en cuestión de la operación en la apendicitis y fuera de las primeras 24 horas en las cuales la operación nunca tiene contraindicaciones, es consultando el estado del enfermo, si hay un buen pulso, una relación de temperatura y pulso aceptable y por último la reacción local regular, demostrada por la existencia de plastrón, sería perjudicial el traumatismo operatorio que llevándose por delante la defensa peritoneal dejaría en pie el problema de limitación de la infección, con el agravante que la defensa nueva sería de muy problemática eficacia. En vez si falta la reacción local de defensa, ausencia de plastrón, y en cambio los signos generales son amenazantes, el cirujano no trepidará en abrir el foco inflamatorio, tratando empero de inferir el traumatismo menor que se pueda, imitándose por regla general al drenaje del foco inflamatorio. Otro factor que no es posible

despreciar, es el traumatismo operatorio que aproximadamente es posible calcular para cada caso, y sobre este particular los autores están de acuerdo en reconocer que un trauma muy grande, por el estado de estupor local que deja, así como por destrozos de orden anatómico que pueda ocasionar, puede orientar de una manera desfavorable la evolución del proceso. Una molar inferior descoronada, con sus dos raíces unidas y nada decrépitas en las "que se supone que habrá que hacer uso de botadores y excisión de hueso en cantidad, hará abrir un nuevo interrogante en la beneficencia de la avulsión.

Respecto a la periostitis simple, es decir, a lo que por regla general es el primer estadio del flemon, creo que es aquí donde el beneficio de la extracción se aprovecha hasta el máximo, vendría a representar respecto al proceso apendicular las primeras 24 horas en que no existe reacción peritoneal; algunos autores aconsejan mucha prudencia en la extracción en estos casos, pues a veces sigue a ella un postoperatorio muy malo, dándose por ejemplo a continuación de extracción de un incisivo pioiréico con gran movilidad, un proceso óseo muy serio; no puedo opinar hasta qué punto el traumatismo operatorio tenga participación en ello; creo más bien que a este caso es aplicable aquello de que si no se hubiese extraído, las cosas quizás habrían seguido peor. En la

práctica cuando la periostitis es consecuencia de la carie de cuarto grado se prefiere drenar los canales que casi constantemente trae la sedación de los síntomas y la curación rápida.

Otro punto que es objeto de discusiones es la anestesia en la extracción en estas condiciones. Algunos dicen que es inofensiva la anestesia por infiltración y citas casos de inyecciones medicamentosas en focos inflamatorios; pero en estos casos se trata de agentes antisépticos diversos: ácido salicílico, rivano), etcétera; en cambio en la inyección anestésica tiene sus inconvenientes en los procesos infecciosos, en primer término hay el factor compresión, al que no creo debe darse más importancia que la molestia que es capaz de producir en el momento mismo de darse la inyección y después el factor anestesia que también alcanzará a la defensa orgánica pudiendo paralizarla y que será más peligrosa cuanto mayor sea la vasoconstricción que produzca. En dos casos de estomatitis mercurial, con extracción de dientes con anestesia local observé una enorme escara que se produjo en el sitio de la inyección y que puso en ambos

casos en peligro la vida de la enferma. En el caso particular de la fluxión no recuerdo ningún caso tan demostrativo ni de tanta gravedad; seguramente que los profesionales sabiendo el poco valor de la anestesia en un terreno tan hiperemiado no la practican. Creo que si es posible, se debe hacer lugar a la regional y siempre que en el punto donde se aplique no esté comprendido en el proceso flogístico. en los casos en que tampoco esto sea posible, acostumbro a recurrir a la proyección de cloruro de etilo, prolongándola un buen rato y ordenando al enfermo que respire ampliamente con la boca, de este modo sin que él se entere se llega fácilmente a una anestesia-analgésia general suficiente para ejecutar una operación tan rápida. No creo que la proyección delirio sobre la lesión o sobre el diente sea capaz de producir trastornos; escaras por tal motivo nunca he visto y en cuanto a restar defensas la rapidez del acto junto con la vasodilatación consecutiva ponen a resguardo de que así suceda. De cualquier modo no está demás hacer la proyección sobre un algodón previamente colocado y después de pasar el primer ins-

tante en que es necesario proyectar el chorro de éter contra el diente o mejor la encía subyacente, se dirige hacia el piso de la boca donde encontrará el anestésico un grado óptimo de calor para volatizarse provocando al aspirarse la analgesia general que es en realidad la parte activa, pues la refrigeración nunca pasa de las partes superficiales, lo que hace su acción ilusoria. En caso de temerse algún inconveniente de la aplicación de frío sobre la lesión se podrá recurrir a la aplicación de anestésicos generales de corta duración, que tienen el inconveniente que al ser usados con conocimiento del enfermo, éste se predispondrá muchas veces en su contra y ya es sabido la importancia que tiene el factor temor en anestesia general.

Para terminar he de ocuparme de la medicación que se puede hacer en el tratamiento del flemón fuera de la extracción. Paso por alto la revulsión, a la que considero por regla general de gran valor, para dedicarme a la sero y

vacunoterapia. La seroterapia creo debe reservarse como recurso contra los procesos gangrenosos (angina de Ludwig) en donde la gravedad del proceso autoriza a echar mano de cualquier medio terapéutico por aleatorio que *sea*; en los demás casos siendo los fenómenos séricos casi tan constantes como molestos, creo conveniente el evitarlos.

La vacunoterapia ya es otra cosa, dado en especial la carencia de fenómenos molestos. Sin embargo creo que la condición indispensable para la acción curativa de una vacuna, estriba en la presencia de reacción local. Esas vacunas que como dice Chutro, se administran en largas series sin provocar ninguna reacción, no pueden ser tomadas en serio; faltando reacción falta todo; es bien cierto también que ésta no debe pasar de ciertos límites y debe dentro de lo posible ceñirse a la reacción local, pues la focal y la general son perjudiciales. La aplicación de una vacuna debe ser reglada por esta reacción, no ad-