

Terceros Molares

Indicaciones para su extracción

Dr. José P. Crestanello Nese *

Un tema de permanente controversia es la influencia que tienen los terceros molares en la salud bucal, en la dificultad para el tratamiento dental, en el ordenamiento de la oclusión. En el presente artículo se discuten detalladamente las indicaciones para su avulsión.

RESUMEN

La finalidad de este artículo es analizar las indicaciones de extracción de los terceros molares. Se parte de una base dada por los textos de cirugía clásicos y con el aporte de nuevos conceptos se analiza cada una de las indicaciones de manera detallada, con la idea de unificar criterios o provocar una discusión constructiva.

INTRODUCCIÓN

La práctica privada de la Cirugía Buco Maxilofacial (CBM), está dedicada principalmente a la evaluación y tratamiento de los terceros molares (3M). Existe acuerdo generalizado en que aquellos 3M erupcionados, en función, con buen periodonto de soporte y sin caries, no deben extraerse. Pero las opiniones se dividen con respecto a los 3M no erupcionados y retenidos o impactados (1); bajo estas circunstancias existen posiciones que indican las extracciones de los gérmenes de los 3M en niños de 8 años, basadas en predicciones radiográficas del crecimiento y otras que solo la indican cuando infección y dolor están presentes (2).

Cuando en un paciente está indicada la extracción de los 3M, pero no experimenta los clásicos síntomas de dolor o el apiñamiento dentario, cuya relación causal con los 3M es objeto de discusión, es difícil que comprenda las razones por las cuales está indicado dicho procedimiento y acepte su realización.

Por eso nos pareció conveniente realizar una revisión de las diferentes indicaciones de exéresis de estas

piezas dentarias que aparecen en la literatura actualizada. Con ella se trata de provocar una discusión de la cual resulte lo que los americanos denominan «parameters of care» que puede ser muy beneficiosa para la especialidad.

INDICACIONES DE EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES

Como regla general todo diente incluido que ha ocasionado manifestaciones o del cual se sospeche que pueda ser la causa de otras, debe ser eliminado (3).

Respecto a los 3M, los diversos autores realizan diferentes clasificaciones de las indicaciones de extracción. La conferencia de los Institutos Nacionales de Salud para desarrollar un consenso sobre la extracción de los 3M (NHI Consensus Development Conference for the Removal of Third Molars), definió, en noviembre de 1979, los lineamientos generales para su extracción y en diciembre de 1983 y luego en diciembre de 1989, la Asociación de Cirujanos Buco Maxilofaciales Americanos agregó algunas indicaciones.

Actualmente las indicaciones de extracción de los 3M son las siguientes:

- 1) Infección
- 2) Caries dental no restaurable,
- 3) Compromiso del estado periodontal del diente adyacente,
- 4) Formación de quistes,
- 5) Reabsorción de dientes adyacentes,
- 6) Tumores relacionados con dientes impactados y con dientes no erupcionados,
- 7) Interferencia con el tratamiento ortodóntico,
- 8) Presencia de un diente en la línea de fractura,
- 9) Preirradiación,

* Práctica privada. Miembro de la Asociación Odontológica Uruguaya

- 10) Interferencia con la construcción de la dentadura,
11) Persistencia de dolor de causa desconocida (4).

ANÁLISIS INDIVIDUAL DE LAS DIFERENTES INDICACIONES

1º.- Infección alrededor de un 3M inferior.

La erupción del 3M puede sufrir diversos accidentes y complicaciones, cuya descripción y tratamiento están bien descritos en numerosos textos de Cirugía Bucal (5,6,7,8).

El más frecuente, observado en el paciente joven, entre 18 y 22 años, es el de un 3M en erupción, que no puede lograr su lugar en la arcada debido a la falta de espacio en la mandíbula. Esta situación a menudo resulta en la formación de un operculum, que es una pequeña porción de encía que recubre el diente parcialmente erupcionado. Generalmente estos dientes se presentan en una posición mesioangular, pero pueden estar en posición vertical. El bolsillo que se crea debajo del operculum de un 3M parcialmente erupcionado, aloja residuos de alimento y proliferaciones microbianas, dando como resultado una inflamación que lleva a menudo a que se instale una infección aguda, la pericoronaritis (9). El paciente manifiesta presión o molestia en la zona en las etapas tempranas y luego puede experimentar un empuje o un ataque de pericoronaritis si la higiene oral no puede ser mantenida o un organismo particularmente virulento entra en la zona.

Para la totalidad de los autores esta es una clara indicación de extracción. Otros procedimientos como la eliminación de tejidos blandos y/u óseos que recubren la parte distal del diente con la intención de conservar un 3M que pueda ser usado como anclaje para un puente ante la posible pérdida de los molares anteriores, en la práctica no ha dado resultado; el paciente sufre nuevas infecciones y en una etapa posterior necesita la extracción (2). La extracción siempre debe realizarse una vez dominada la complicación infecciosa (5).

2º.- Pérdida de hueso alrededor del 3M retenido y del 2do. molar adyacente.

Durante su juventud el paciente puede no haber tenido ningún episodio de dolor o infección, pero entre su cuarta y sexta década de la vida concurre a la consulta y en una radiografía de rutina se observan problemas más complejos que el anterior:

a.- una infección crónica, la pericoronaritis, que puede permanecer por largo tiempo en forma subaguda o crónica con la consiguiente osteitis y pérdida de hueso (9): o

b.- el desarrollo de un quiste, que destruye el hueso,

el que luego del procedimiento quirúrgico no regenerará, lo que muchas veces crea un defecto óseo que en forma inmediata o mediata provoca la pérdida del 2do. molar (2).

Además, los dientes erupcionados adyacentes a dientes retenidos tienen predisposición a presentar enfermedad periodontal; la sola presencia del diente retenido disminuye la cantidad de hueso en la cara distal del 2do. molar, que ya por su situación es difícil de higienizar, por lo que el paciente va a presentar inflamación gingival con migración apical de la adherencia epitelial, facilitando la instalación de severas periodontitis localizadas en esta zona, ya que generalmente estos pacientes presentan surcos gingivales de profundidad normal en el resto de su boca. Este problema es más grave en el maxilar superior dado que el tratamiento de la enfermedad periodontal localizada alrededor del 2do. molar superior es más difícil por la presencia de la trifurcación. Mediante la extracción profiláctica temprana de los 3M retenidos, se evita el avance de la enfermedad periodontal y hay gran chance de que el espacio ocupado por el molar retenido se llene totalmente de hueso (10).

3º.- Caries dental y daño de dientes adyacentes.

Dada la mal posición en que usualmente se hallan y el difícil acceso que esto provoca, se originan caries en la corona del 3M retenido o caries en la raíz distal del 2do. molar, lo que determina la extracción del 3M y muchas veces la del 2do.

Incluso en situaciones en las que no existe una obvia comunicación clínica entre la boca y el 3M retenido se observan caries en éste. Se atribuye a que existe suficiente intercambio bacteriano con la cavidad bucal a través de la mucosa, que permite la instalación del proceso carioso (10), o a un proceso de reabsorción interna, ya que la descalcificación de la corona es de tipo más generalizada (2,11).

Está totalmente contraindicada la restauración de un 3M parcialmente erupcionado, ya que no sólo no es práctica sino que muchas veces técnicamente imposible (2,12,13).

Además, debido a la constante presión o fuerza que el diente retenido o su saco pericoronario ejerce sobre las raíces de los dientes adyacentes, pueden provocar la reabsorción de las mismas (2,8), lo que Phichler y Trauner denominan rizoclasia (14); a pesar de que el proceso por el cual la reabsorción radicular se produce no está muy bien definido, parece ser que es un proceso muy similar al que ocurre durante el recambio de los dientes temporarios frente a la presencia del permanente. La extracción de los dientes retenidos está indicada para evitar este proceso, siendo a veces necesaria la endodoncia para inducir a la reparación del cemento. (10).

4°.- Facilitar el tratamiento ortodóntico.

En aquellos pacientes en los que como parte del tratamiento ortodóntico se plantea distalar el 1er y 2do molar, la presencia de 3M retenidos interfiere en este procedimiento (10). La extracción de los 3M está indicada en todos aquellos tratamientos ortodónticos en los cuales el ortodoncista considera que la extracción de estas piezas facilitaría el completo tratamiento del paciente (11).

5°.- Apiñamiento del arco dentario.

Uno de los principales efectos o daños atribuidos a la presencia de 3M retenidos o semierupcionados es el apiñamiento del sector anterior, particularmente de los incisivos.

En el pasado esto se le atribuía a los 3M retenidos especialmente a aquellos en posición mesioangular (10,13). Para Ries Centeno, «el trabajo mecánico del diente retenido en su intento de desinclusión produce desviaciones en los dientes vecinos y aun trastornos a distancia como produce el 3M sobre el canino e incisivos, a los cuales desvía de su normal dirección produciendo entrecruzamiento de dientes y aglomeraciones antiestéticas» (8). Actualmente no existe evidencia concreta al respecto. Algunos autores manifiestan que ese apiñamiento se debe a que el crecimiento de la maxila se detiene antes que el de la mandíbula, lo que determina que frente a un correcto overbite y overjet, los incisivos inferiores se apiñen para adaptarse a una situación impuesta por los incisivos superiores; esta explicación se basa en la observación que el apiñamiento se produce en una edad en la cual la maxila ha terminado su crecimiento mientras el de la mandíbula continúa (10,12).

Si bien en la literatura actual aparecen distintas opiniones con respecto al tema de si los 3M sean la causa del apiñamiento dentario (15), cuando un ortodoncista deriva a un paciente al cirujano para la remoción de 3M retenidos o semierupcionados como parte de un plan de tratamiento ortodóntico para eliminar apiñamiento dentario (2), o su recidiva luego del tratamiento, se debe explicar que la evidencia que soporta esto es cuestionable pero, de todas maneras se debe realizar la cirugía por los otros beneficios que ésta reporta (10).

6°.- Quistes y tumores relacionados con dientes retenidos.

Cuando un diente queda retenido en el proceso alveolar, su saco pericoronario queda retenido junto con él; generalmente éste conserva su tamaño original, pero algunas veces puede sufrir diversos procesos patológicos.

La prevención de la probable patología del diente

retenido fundamenta la indicación de la extracción.

La patología folicular más frecuentemente encontrada son los quistes odontogénicos (quistes dentígeros y queratocistes (9,10,16); le siguen los neoplasmas, que raramente son malignos (9).

Como regla general si el espacio folicular está aumentado de tamaño en más de 3 mm. es razonable pensar en la presencia de un quiste odontogénico.

Los dientes retenidos asociados con una radiolucidez deben ser removidos tan pronto como se detecten (2).

El tumor que con más frecuencia se encuentra en relación con los 3M retenidos es el ameloblastoma; si bien puede observarse en cualquier localización tanto en la mandíbula como en el maxilar superior, tiene predilección por la zona molar, 60% para el maxilar inferior y 10% para el maxilar superior (9,16).

Dentro de los exámenes de rutina que se le realizan a cada paciente nuevo que llega al consultorio, debe estar indicada una ortopantomografía; no es costosa y es un estudio radiográfico muy completo, que permite apreciar los maxilares en su totalidad. Es un examen de gran utilidad en la detección precoz no sólo de la patología relacionada a los dientes retenidos, sino de toda la patología de los maxilares antes que ésta alcance grandes proporciones y se manifiesten clínicamente.

7°.- Extracción de dientes retenidos en áreas de irradiación. Los dientes y en especial los dientes retenidos son puntos de recepción de la radiación (11), por lo que, cuando se encuentren próximos o dentro de un área de irradiación, se recomienda su extracción por lo menos dos semanas antes de comenzar la radioterapia (2). Esta extracción preventiva de los dientes se debe a la probable aparición de osteoradionecrosis en las zonas de extracción luego de la radioterapia (11,12).

8°.- Uso de prótesis.

A un paciente edéntulo que se le va a realizar una prótesis y que tiene dientes retenidos, es necesario extraerlos, previo a la construcción de la prótesis, antes de la construcción del aparato. A causa de la atrofia progresiva de los maxilares, debida al proceso fisiológico normal, al uso de la prótesis y al trabajo de erupción del diente retenido (esto último puede ser discutible), al cabo de los años los dientes retenidos pueden aparecer en boca, erosionando la mucosa que da origen a una infección odontogénica (10).

Se debe realizar la extracción previamente, ya que podemos poner en peligro la integridad de un puente, o perder la adaptación de una prótesis completa; además el paciente va a estar en mejores condiciones físicas para la extracción del molar retenido que algu-

nos años después, cuando será más viejo, su estado general habrá empeorado y sus huesos serán menos elásticos y más atroficos lo que aumenta el riesgo de fractura (10,12).

9°.- Disfunción nerviosa.

Las neuralgias producidas por los dientes retenidos son bastante frecuentes, y se deben a la presión que ejercen sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios, o sobre el nervio dentario inferior (8,14).

La relación de vecindad existente entre el nervio dentario inferior y el 3M inferior retenido varían desde la simple proximidad, hasta las situaciones en las cuales el diente forma parte de la pared del conducto e incluso casos en que el nervio pasa a través de sus raíces (3,17,18). Estas diversas relaciones de vecindad explica tanto las disfunciones nerviosas preoperatorias, como las postoperatorias, provocadas por la extracción.

Estas algias nerviosas serán de tipo, duración e intensidad variable.

Se describen también otro tipo de lesiones y trastornos nerviosos a causa de dientes retenidos como ser peladas y canicie, ulceración de córnea, otalgia, ataques epileptiformes y trastornos mentales(3,8,13); aunque Maurel les resta importancia clínica(7).

10°.- Cirugía ortognática.

Es importante considerar a los dientes retenidos o erupcionados en la planificación de la cirugía ortognática, debido a que su presencia puede complicar o comprometer la cirugía.

La presencia o no de 3M retenidos en la línea de una osteotomía Le Fort 1, no complica la cirugía e incluso su extracción se ve facilitada luego de la fractura del maxilar. El caso de los molares inferiores en pacientes a los cuales se les va a realizar una osteotomía sagital o una osteotomía subapical posterior es más complejo. No hay duda que si estos dientes son útiles a los fines quirúrgicos no deben ser extraídos; pero si no lo son, la pregunta es cuando se deben extraer: antes de la osteotomía o durante la misma. En algunos casos la extracción durante la cirugía no trae ninguna complicación. Pero se pueden presentar diversas complicaciones que son: a) la presencia del diente puede ocasionar una mala fractura quirúrgica de las tablas;

b) el riesgo de infección en la zona aumenta;

c) el espacio ocupado por el 3M dificulta o puede hacer imposible la utilización de fijación rígida, debido a que la tabla lingual queda debilitada y se puede fracturar fácilmente y a que el espacio ocupado por los 3M es donde se van a poner los tornillos para la fijación rígida lo que dificulta su colocación. Iguales consideraciones deben plantearse durante la planificación de otro tipo de osteotomías como ser, la osteotomía verti-

cal u otras osteotomías de rama, y la osteotomía subapical posterior. Cuando se realiza el plan de tratamiento, se debe considerar el momento de la extracción del 3M retenido, siendo ésta mejor realizada al inicio del tratamiento quirúrgico-ortodóntico, o por lo menos 6 meses (20) a 12 meses (19) antes de la intervención quirúrgica. Si bien esta conducta le agrega un paso más al tratamiento, le resta probables complicaciones (20,21).

11°.- Traumatismo del capuchón inferior y de la herida inferior por el 3M superior. Cuando se planifica la extracción del 3M inferior es prudente examinar el 3M superior, ya que si éste se halla erupcionado, según sus características clínicas puede ser causa de irritación, tanto sobre un capuchón inferior, lo que determina la exacerbación de la sintomatología de la pericoronaritis, como sobre la herida de la extracción del 3M inferior, lo que perturbará su cicatrización (22).

12°.- Úlceras traumáticas.

Clínicamente se observan úlceras traumáticas de la cara interna de la mejilla, a punto de partida tanto del 3M superior como del inferior, provocadas ya sea por el rozamiento de la cara oclusal de un 3M superior en posición vestíbulo angular (7,23), o por la semidestrucción coronaria de uno inferior, cuyos restos lesionan la mucosa. El tratamiento de estas úlceras traumáticas, consiste en la eliminación del agente causal.

13°.- Limitación del movimiento.

Un 3M superior que erupciona en una dirección postero lateral, de manera que eventualmente se encuentre en el recorrido del borde anterior de la rama de la mandíbula durante los movimientos excursivos normales, provocará la desviación de la mandíbula para evitar la interferencia provocada por éste, lo que altera la fisiología articular; cuando esto produce un agudo e intenso dolor articular, está indicada la extracción del 3M (24).

14°.- Fines protésicos-restaurativos.

Cuando por fines protésicos-restaurativos, es necesaria la extensión distal o el acceso al margen gingival distal del 2do. molar y éste se ve dificultado por la presencia del 3M, está indicada su extracción (9). Además durante el procedimiento quirúrgico se puede dañar la restauración del 2do. molar, por lo que se recomienda su extracción profiláctica (12).

15°.- Prevención de dolores de causa inexplicada.

Muchas veces los pacientes consultan por dolor en la zona retromolar sin ninguna razón aparente. Sí se descartan condiciones tales como el síndrome dolor-disfunción miofacial o desórdenes de la articulación temporomandibular y el paciente presenta dientes retenidos, la extracción de esta piezas generalmente

resuelve el dolor (10).

También algunos dolores en la ATM, oído, cuello y arcada dental opuesta suelen desaparecer luego de la extracción de un diente impactado. Debido a la infinidad de factores que pueden provocar dolor, es imposible asegurar que la extracción será la solución de un problema de dolor atípico, pero se puede decir que es un paso lógico positivo que a menudo resuelve casos inexplicables de dolor de cabeza indefinidos (11).

16°.- Prevención de fractura de la mandíbula.

Un 3M retenido ocupa un espacio que debería ser ocupado por hueso. Cuanto más desarrollado está el 3M, mayor será la cantidad de hueso que falte (19); esto crea una zona de menor resistencia, facilitando la fractura de la mandíbula (10). Esta también puede suceder en el postoperatorio inmediato o mediato de una extracción, si el paciente recibe un traumatismo, ya que el riesgo de fractura durante este período es casi el mismo a que cuando el diente estaba presente.

Por lo tanto se considera al 3M retenido como un factor predisponente local a la fractura (24). Se recomienda la extracción de los 3M retenidos o incluidos en todos aquellos deportistas adultos y adolescentes mayores que participan en deportes de contacto, debido al riesgo de fractura, que de producirse limitaría el desempeño de la actividad durante 3 ó 4 meses. La extracción quirúrgica de los 3M no provoca la interrupción de la actividad (11,25).

También se debe considerar la presencia de 3M en la línea de fractura. Los 3M retenidos, especialmente retenciones óseas totales, no deben ser extraídos en el momento del tratamiento de la fractura, sino que deben ser dejados en el lugar, aunque sí el cirujano BMF considera que dicho diente puede ser la causa de complicaciones, debe ser extraído. No realizar la extracción en el momento de la fractura, facilita la reducción, y permite aplicar de manera más efectiva el principio de la banda de tensión si se utiliza fijación rígida. La extracción de estos 3M se realizará en etapas posteriores, luego de la cicatrización ósea. Las excepciones son aquellos 3M parcialmente erupcionados con pericoronaritis, o que se encuentren asociados a quistes o tumores y también aquellos 3M fracturados que dificulten o imposibiliten la reducción (17,26,27,28).

17°.- Falta de función.

Cuando se diagnostica que el diente retenido no realiza y no realizará ninguna función útil en la cavidad bucal, debe ser eliminado. La demora en la extracción es seguida por situaciones más difíciles de resolver; la extracción en un adulto es siempre más difícil que en el adolescente, por diversas causas: por ejemplo, el hueso

es más compacto (11).

CONCLUSIONES

Se ha analizado un conjunto de indicaciones de extracción de 3M que pretenden englobar la mayoría de las situaciones clínicoradiográficas que pueden presentarse en el consultorio dental. Se debe tener presente que cada una de las situaciones antes mencionadas con generalizaciones; por lo tanto es importante considerar a cada paciente como un caso distinto, que desafía la capacidad diagnóstica clínica-radiográfica y la técnica quirúrgica del profesional, que debe considerar si está indicada y si es oportuna o no la realización de las extracciones.

BIBLIOGRAFIA

- 1) GORBRING, W., Impactions and complications of exodontia, Teaching seminars, Medical College of Georgia, November 1992
- 2) LYTLE, J., Etiology and indications for the management of impacted teeth. *Oral Maxillofac Clin North A.*, 5(1):6333-75, February 1993.
- 3) GIETZ, R., Cirugía oral menor, 1ª Ed. Buenos Aires, Progental, 1946 488 p.
- 4) HIPP, B., The management of third molar teeth. *Oral Maxillofac clin North An.*, 5(1):77-85, February 1993
- 5) CURUCHAGA, E., Infecciones Maxilo-faciales. Odontógenas. Tratamiento quirúrgico. *Odont. Postgrado*, 2(3-4):6-17, Jul. 1989
- 6) HERGER, A., Exodoncia, 1ª Ed. Barcelona, Labor, 1934.347 p.
- 7) NADREL G., Cirugía Maxilo Facial, 2ª Ed. Buenos aires, Ferrari, 1944.1163 p.
- 8) RIES CENTENO, G., Cirugía Bucal, 6ª Ed., Buenos aires, El Ateneo, 1964. 819 p.
- 9) PEDERSEN, G., Oral Surgery, 1ª Ed., Philadelphia, WB Saunders Co., 1988. 405 p.
- 10) PETERSON, L.J., Ellis, E., Hipp, JI, Tucker, RI, Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery, 1ª Ed., St., Louis, CV Hosby, 1988. 761 p.
- 11) LYTLE, J., Indicaciones y contraindicaciones para la eliminación del diente impactado. *Clínicos odontológicos de Norteamérica*, 22:333-346, 1979.
- 12) LASKIN, D. Cirugía Bucal y Maxilo Facial, Hosby-Panamericana, 1982, 782 p.
- 13) THOMA, K., Cirugía bucal, Tomo 1, 1ª Ed. México, Uteha, 1955. 805 p.
- 14) PHICHLER, R., TRAUNER, R. Cirugía Bucal

de los Maxilares, Tomo 1, 3ª Ed. Barcelona, Labor, 1952. 371 p.

15) THONE PACHECO, C., MARCOLAN, G., CAPELLI, J., DE OLIVERA, N, A importancia dos 3ª molares na etiología do apinhamento antero-inferior. RBO 38(6):44-46, Nov./Dez 1981.

16) REGEZI, J, SCIUBBA, J., Oral Pathology, 2ª Ed., Philadelphia, Wb Saunders Co. 1989, 615 p. 559 p.

17) LIMBOUR, P., TOTEL., C., Anatomía et pathología du canal dentaire inferieur. Revue d'odontostomatología 17(3): 189-196, Mai/Juin 1988.

18) BANCHIERI, M., Anatomía quirúrgica de la región del tercer molar retenido. Actualidades Odontológicas, GBo.'63.3-10, Noviembre 1967.

19) ALLING, C., HELFRICK, J., ALLING., R., Impacted Teete, 1ª Ed. St., Louis, Mosby Co. 1991. 722 p.

21) JOY, E., Comunicación pesonal Medical College of Georgia, Diciembre 1992.

22) HEAD, S., Cirugía Bucal Tomo I, 1ª Ed., México, Uteba, 1937.

23) RAGOT, J., Pathologie de la dent de sagesse supérieure. Actual Odonto-Stomat. 133:103.143,1981.

24) KRUGER, G., Textbook of oral surgery, 1ª Ed., St. Louis Nosby Co., 1959. 573 p.

25) ADAIR, S., DURR, D., Aplicaciones clínico

prácticas de la Odontología del deporte a la consulta privada. Clínicas Odontológicas de Norteamérica, 4: 1991.

26) SHETTY, V., PREYWILLER, E., Teeth in the Line of fracture: a review. J. Oral Maxillofac, Surg. 47:1303-1306,1989.

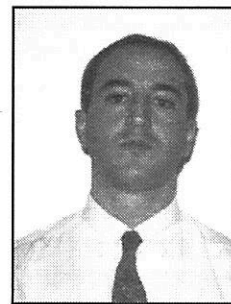
27) RUBIN, M., KOLL, T., SADOFF, R., Morbidity associated with incompletely erupted third molars in the line of mandibular fractures. J. Oral Maxillofac, Surg. 48:1045-1047, 1990.

28) FONSECA, R., WALKER, R., Oral and Maxillofacial Trauma, Tomo 2 1ª Ed., Philadelphia, WB Saunders Co., 1991, 1252 p.

SUMARY

A review of the most common indications for the removal of the 3M, with a discussion of the majority of the clinical and radiological situations that could be seen at the dental office.

Careful attention to the point that all situations are general situations and that each case is an individual case that challenges the clinical and radiological diagnostic capabilities and surgical technique of the practitioner who is the one who has to take the determination if its is the righth moment or not for the removal. ▼



**Dr. José
P. Crestanello Nese**

*Dirección del autor:
Dr. José Crestanello
Fiol de Pereda 1400
C.P. 11800
Montevideo - Uruguay*