

CIERRE PATOLOGICO DE LAS ARCADAS DENTARIAS (TRISMUS)

Por el Dr. JUSTO CESAR MAGNASCO

Deremos a conocer un nuevo tratamiento terapéutico para la resolución del *trismus*.

Cualquier proceso inflamatorio de la parte posterior de la boca, produce contracción de los músculos maseteros y pterigoideos internos, manteniendo a ambas arcadas en cierre forzoso.

A pesar de que el "trismus" es el primer síntoma de la infección tetánica, nosotros lo emplearemos —ya que se ha generalizado su uso— como sinónimo de incapacidad de abrir la boca.

El paciente acude a la consulta con síntomas de dolor agudo en la zona posterior de la boca, disfagia en algunos casos fiebre, celulitis e incapacitado de separar las arcadas dentarias. Esta incapacidad de abrir la boca puede ser parcial, que desaparece al ceder la inflamación, y total. Los ataques se repiten a menudo y se van agravando por la traumatización de los elementos antagonistas, inflamando aún más los tejidos pericoronarios, llegando a producir el "trismus" total.

Esta inflamación de la parte posterior de la boca, trae trastornos de masticación, deglución, fonación, con repercusión en el estado general, ya que en algunos casos la alimentación se hace completamente dificultosa ante la imposibilidad de la correcta apertura de las arcadas dentarias.

El primer paso para su tratamiento, como vamos a ver en el capítulo correspondiente, es resolver la inflamación.

La inflamación es una reacción local ante la acción de un agente irritante. La naturaleza del irritante es de importancia secundaria. Por el contrario, el plan general según el cual se desarrolla el proceso inflamatorio es invariable, es decir, la naturaleza y la forma en que se suceden las etapas de la inflamación son prácticamente las mismas. La finalidad del proceso flogístico es eliminar o destruir los irritantes y reparar el daño tisular.

Los síntomas de la inflamación son: dolor, tumor, rubor, calor y alteraciones de la función. La irritación, cualquiera sea su causa, producirá una reacción en los tejidos, caracterizada por la siguiente sucesión de fenómenos vasculares:

1) La vasoconstricción inicial va seguida de una vasodilatación máxima en las arterias y mínimas en los capilares.

2) Una celeración inicial de la corriente sanguínea seguida de una disminución de la misma.

3) Marginación leucocitaria, configurada —probablemente— por un fenómeno quimiotáctico.

4) La vasodilatación de por sí provoca la relajación de la pared vascular, favoreciendo el aumento de la permeabilidad, facilitando la trasudación y la exudación (diapedesis leucocitaria).

Las defensas movilizadas en la inflamación, que hallan su expresión en el exudado inflamatorio, son: celulares y humores.

Defensas celulares.—Las células principales son los polinucleares y mononucleares y los pequeños linfocitos, que fagocitan microorganismos vivos o muertos, células de tejidos necrosados y sustancias extrañas.

Algo muy importante de tener en cuenta es que la inflamación varía el P.H. de los tejidos y durante su proceso hay una prolongada fase de acidificación, atribuida al ácido láctico. La vida de los polinucleares y mononucleares es incompatible con las variaciones del P.H. cuando éste cae por debajo de los 6,5, los polinucleares son destruidos; también los mononucleares, a pesar de resistir P.H. más bajos. Pues entonces, en el tratamiento de la inflamación, es de principal importancia buscar el equilibrio ácido-base para no destruir las defensas celulares del organismo.

Defensas humores.—En el proceso inflamatorio el plasma sanguíneo que gana los espacios tisulares, contiene muchas proteínas y recibe el nombre de Linfa o Plasma intersticial. La linfa tiene triple acción:

a) Contiene *opsoninas*, que prepara a los microorganismos para la fagocitosis; *aglutininas*, que aglutinan a los microorganismos paralizando su actividad; *antitoxinas*, que neutralizan los productos tóxicos, y *bacteriolisinas*, que disuelven las bacterias.

b) Diluye las toxinas bacterianas, reduciendo así la posibilidad de dañar los tejidos.

c) Contribuye a la formación de fibrina, la cual se dispone en forma de red para formar el *bloqueo linfático*, confinando a los microorganismos.

Destacaremos que las sustancias electronegativas pasan al tejido inflamado con más facilidad que al tejido normal, mientras que la catódicas no salen de los vasos que están situados en los tejidos inflamados, es decir, que la carga eléctrica es fuertemente anódica en la zona. Por lo tanto, el efecto antiflogístico depende de que la carga electrostática de los tejidos se desplace en el sentido de menor positividad.

Las causas flogógenas que producen la incapacidad de abrir la boca es un trastorno frecuente en la *pericoronitis* —inflamación de la encía alrededor de la corona de un diente—, la más corriente es la que se produce alrededor de la corona del tercer molar inferior en vías de erupción. A veces esta inflamación llega a la supuración, produciendo el *abceso*, que va acompañado, en algunos casos, de *celulitis* (flemón). El proceso flogístico tiende siempre a extenderse a la pared posterior de la faringe llegando a producir inflamaciones *retrofaríngeas* y *periamigdalinas*.

También las *fracturas* del maxilar inferior producen *trismus* por inflamación local.

En los post-operatorios de *intervenciones quirúrgicas* del tercer molar inferior.

Las *caries* pueden llegar a producir esta dolencia.

Todo lo enunciado anteriormente son causas de *trismus* temporales, ya que desaparece cuando se resuelve la inflamación.

Otras causas menos frecuentes son: *Angina de Ludwig*, *luxación*, *meningitis*, *parotiditis*, etc.

Cuando el *trismus* es permanente pueden producirlo los grandes *tumores*, ya sean benignos o malignos, pero por lo general deriva de la *anquilosis*.

Fuera de nuestra especialidad tenemos lo *strismus neuróticos* y el producido por el *tétano*.

Tratamiento.—Los principios del tratamiento son tres:

1) Corrección de la mala salud del paciente cuando está indicado.

2) Supresión del proceso inflamatorio, ya que eliminado éste desaparece el *trismus*, y es factible, recién, tratar las causas que lo predisponen.

3) Corrección del defecto anatómico y causas que predisponen al *trismus*.

En la casuística presentada, el tratamiento elegido para resolver la inflamación que ha producido el *trismus*, cualquiera sea la causa de su origen, o fue el uso del *cincógeno*, como anti-flogístico, asociado a un anagésico de acción central y a la vitamina B1, para el tratamiento de las neuritis que juegan un papel importante, ya que en todo proceso flogístico hay accesoriamente una neuritis terminal más o menos extensa.

La fórmula completa es:

Acido fenil-quinolincarbónico (<i>cincógeno</i>)	0,35 g.
Vitamina B1	25 mg.
Fenildimetilpirazonmetilaminometansulfonato de sodio	0,20 g.

La vía empleada fue la oral y en raros casos la inyectable, como podremos observar en los casos que detallaremos posteriormente. La vía oral nos ha dado amplias satisfacciones y, en general, ha sido bien tolerado por el paciente.

El modo de acción, como nos hemos referido anteriormente, es el de resolver la inflamación; mientras ésta no desaparezca es inútil ensayar tratamientos etiológicos del trismus.

(Presenta a continuación algunos de los casos realizados en el Instituto Privado Odontológico R:º Cuarto [Córdoba].)

CONCLUSIONES

En los casos tratados de *trismus*, cualquiera haya sido la causa etiológica del mismo, se empleó como tratamiento terapéutico la combinación de vitamina B1 y un* analgésico por vía oral, cuando el caso lo permita, en dosis de dos comprimidos cada cuatro horas; en raros casos nos hemos visto obligados a utilizarlo por vía endovenosa en dosis de una ampolla diaria.

El *trismus* ha cedido en todos los casos.

Algunos pacientes manifestaron que los comprimidos de cincófono les producían náuseas y hemos evitado esto haciendo ingerir los mismos después de las comidas, y en todos los casos han desaparecido las molestias.

No estimamos necesario la asociación de cincófono con antibiótico, privando su uso exclusivamente en aquellos casos en que la infección, muy avanzada ya, nos obliga a una terapia más intensa. En este caso el cincófono actúa resolviendo la inflamación y el antibiótico la infección.

Como hemos observado en la casuística presentada, el antibiótico no resuelve el *trismus* rápidamente, y, además, conocemos los problemas —de orden general— que produce el abuso que se hace de la terapia antibiótica, además de los efectos secundarios en los pacientes, sobre todo alérgicos (urticaria, fiebre, hinchazón, edema angio neurótico, etc.). No aconsejamos en todos los pacientes la asociación de cincófono y antibiótico (no sólo por lo expuesto en el párrafo anterior con respecto a este último), sino porque el tiempo de resolución del *trismus* en los casos experimentados ha sido igual que a los realizados con sólo cincófono. Con el uso exclusivo de éste no hemos tenido fracasos, ya que el *trismus* es producido por una inflamación, y conseguida la resolución de la misma con un antiflogístico, nuestro problema queda solucionado.

(Publicado por R. C. Arg. Od. y Od. Hria.)

BIBLIOGRAFIA

- Kurt H. Thoma: *Estomatología*. Ed. 1953.
James Camerón: *Odontología Clínica de Norteamérica*. Ed. 1959.
Bernardo A. Housasy: *Fisiología Humana*. Ed. 1960.

- Karl Häupl: *Tratado General de Odonto-Estomatología*. Ed. 1958.
H. L. Rowe y H. C. Killey: *Cirugía y Ortopedia de cara y cabeza*.
Ed. 1958.
Gaillard y Nogué: *Tratado de Estomatología*. Ed. 1925.
Ciro Durante Avellanal: *Diccionario Odontológico*. Ed. 1925.
-

DESARROLLO DEL MAXILAR INFERIOR Y OCLUSION DENTARIA EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA JUVENIL

Bache, C. Hosp. for Rheum. Dis., Oslo Women's Hlth Assoc., Oslo.
"Acta Rheum. Scand., 1954, 10/2 (142-153).

Se ha llevado a cabo una investigación de los efectos de la artritis reumatoidea juvenil sobre el desarrollo mandibular y la oclusión dentaria. El núcleo de crecimiento más importante del maxilar inferior está situado en la zona condrógena de la cabeza articular, que es muy activo en la época prenatal y en la primera infancia. El resultado normal es el crecimiento hacia adelante y abajo y el ensanchamiento de la mandíbula. La artritis reumatoidea juvenil puede afectar la articulación temporomaxilar y este centro de crecimiento, ocasionando un desarrollo mandibular insuficiente y efectos nocivos sobre la oclusión dental. El autor ha estudiado 19 enfermos, de menos de 15 años, afectados de artritis reumatoidea. Se llevó a cabo una minuciosa investigación de los defectos anatómicos, por examen clínico, modelos plásticos y rayos X. Los ataques repetidos de artritis reumatoidea producen una reducción del movimiento mandibular y de la eficacia de la masticación. La disminución del desarrollo mandibular fue más acusada cuanto más pronto se inició la enfermedad. El crecimiento del cóndilo puede ser asimétrico, lo que ocasiona una desviación del maxilar inferior hacia un lado. En la posición habitual de reposo de la mandíbula suele observarse la división de los labios. Son muy frecuentes las oclusiones distales con una muesca anterior, así como las protrusiones de los incisivos. La radiografía puede revelar la esclerosis de la articulación T. M. y una cavidad articular oscura. Se ha observado la erosión o reabsorción de la cabeza, que es un peligro particular de la terapéutica por corticosteroides. La anquilosis ésea es rara. La mayor parte de los casos presentan una rotación posterior del maxilar inferior con una rama ascendente corta, un ángulo obtuso entre la rama y el cuerpo del maxilar, una altura vertical moderada de la apófisis alveolar en la región molar con una gran altura en la región de los incisivos. El espacio de la lengua está reducido. El tratamiento se orienta hacia la movilización mediante ejercicios activos en cuanto haya cesado el ataque de inflamación. El tratamiento ortodóntico puede mejorar considerablemente la oclusión dentaria. El tratamiento corticosteroideo puede ser peligroso. No es posible modificar el déficit de crecimiento mandibular.

(per Expta. Med. Sheridan. Truro.)

QUINTO CONGRESO INTERNACIONAL EN CHILE

Del 28 de noviembre al 4 de diciembre tendrá lugar esta reunión en Santiago, bajo el patronato de la Sociedad Odontológica de Chile.

El temario será el siguiente: "Etiopatogenia de la caries", "Cirugía prepotética", "Paradenciopatías", "Anomalías dento-maxilo-faciales", "Planificación colectiva".

Habrás asimismo Mesas científicas sobre la salud dental y el aspecto gremial de la profesión.