

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA INFECCION AGUDA DEL SUELO DE LA BOCA

p o r e l

Prof. FERNANDO ORENSANZ GUTIÉRREZ

616.31-06

Con frecuencia encontramos en la literatura médica el tema de la angina de Ludwig. Esta grave infección surge aún en la actualidad a menudo, y aunque parece un problema dominado, se aprecian diferencias de concepto entre los autores que justifican el hecho de que aparezcan revisiones en la prensa estomatológica.

La aparición de las sulfamidas y de los antibióticos y su aplicación a esta infección han aumentado el arsenal terapéutico y hecho esperar una modificación radical del curso de la misma.

A continuación exponemos nuestro punto de vista sobre dicha materia con arreglo al siguiente programa:

- I. Concepto de región sublingual o del suelo de la boca.
- II. Síndrome de infección aguda del suelo de la boca.

I. Concepto de región sublingual o del suelo de la boca

a) Sobre esta región anatómica hemos logrado tener una impresión personal haciendo algunas disecciones y cortes topográficos.

De la observación de dicha región en el cadáver se deducen claramente las vías que han de seguir las infecciones agudas allí desarrolladas y se deriva una actuación quirúrgica lógica.

Desde el punto de vista anatómico descriptivo hemos comprobado que la opinión de Testut es correcta y real; nosotros abundamos en su opinión y nos permitimos solamente ampliar e insistir sobre algunos detalles que tienen el valor de la observación personal directa.

Es una región impar y media situada en la concavidad de la mandíbula, encima de la región suprahioidea, de forma triangular, de base posterior y vértice anterior redondeado. Su suelo está formado por el músculo milohioideo, como ya es sabido.

Es un suelo continuo, fuerte, real, que caracteriza a la región sublingual y la aísla de la región suprahioidea. El techo de la región lo constituyen las mucosas bucal y lingual. Las paredes laterales y anterior las proporciona el maxilar inferior y en ellas se inserta el músculo milohioideo fuertemente en

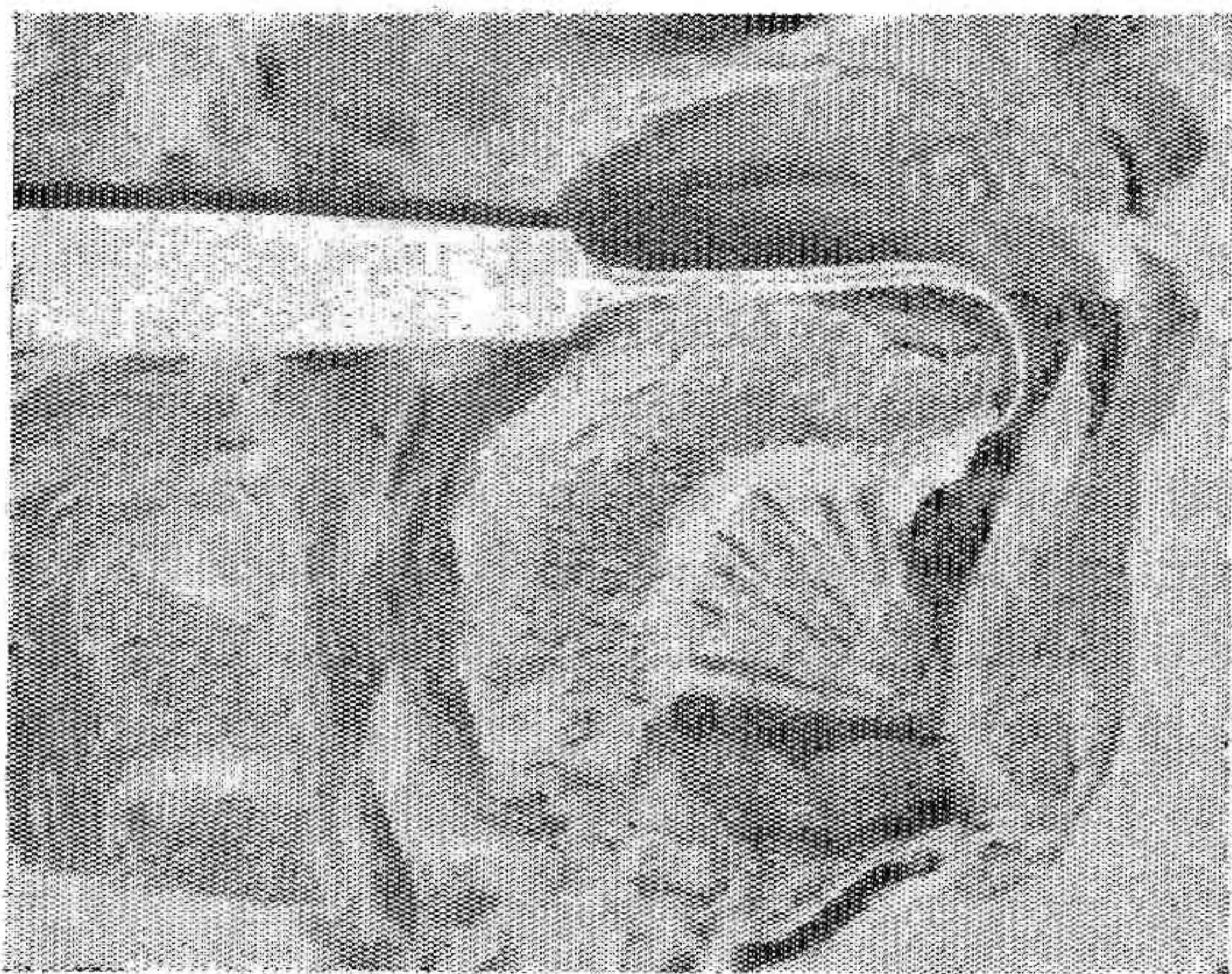


FIG. 1.—Fotografía de una pieza de la región estudiada

la línea milohioidea. La pared posterior está formada en la línea media por el hueso hioides y la inserción en el mismo de los músculos genihioideos e hiogloso. Lateralmente queda una separación entre milohioideos e hiogloso y da paso a la prolongación de la glándula submaxilar desde la región suprahioidea.

Esta separación muscular está cerrada por aponeurosis que se fija a la prolongación glandular.

El contenido de la región es el siguiente: la glándula sublingual, conducto de Warthon, arteria y vena lingual y nervio lingual. A nuestro modo de ver, la porción más anterior de los músculos geniogloso y genihioideo, las inserciones en las apófisis geni *deben ser consideradas como contenidas dentro de*

la región, puesto que están por encima del músculo milohioideo, y además ésta es la causa esencial, por estar envuelto por parte del tejido celular laxo que ocupa la región.

Tampoco estas porciones anteriores de los músculos citados pueden ser consideradas como tabique medio que partiese la región en dos, puesto que el tejido celular laxo se continúa sin interrupción por entre dichos músculos y entre las paredes (mucosa y músculos milohioideos) y aquéllos. (Véase fotografía.)

El tejido celular laxo ocupa todos los espacios que dejan los demás órganos. *La continuidad del tejido celular laxo en todo el ámbito de la región, envolviendo los diferentes órganos y a los músculos que forman la lengua, es el hecho anatómico, que junto con la proximidad a la laringe y con la solidez que poseen las paredes de la región da la fisonomía clínica a la infección de la misma.*

b) *Exploración y vías de acceso.*—La inspección directa se hace levantando la punta de la lengua, maniobra que pone al descubierto el techo de la región.

La exploración manual o digital, aprisionando la región entre los dedos índice y pulgar de la misma mano, nos permite apreciar la movilidad, el espesor y la consistencia normales de esta región y de la suprahioidea. Algunos autores hacen de las dos regiones, sublingual y suprahioidea, una sola región; este criterio nos parece equivocado tanto desde el punto de vista anatómico como clínico.

Vías de acceso.—Una de ellas atraviesa el techo de la región o mucosa sublingual. Las otras atraviesan la región suprahioidea y después perforan el suelo de la región o músculo milohioideo. Estas últimas son una media y otra lateral.

La media atraviesa la piel, tejido celular subcutáneo, músculo cutáneo del cuello, en la línea media de la región suprahioidea por debajo del mentón y atraviesa el músculo milohioideo por su rafe medio, pasando entre ambos ventres anteriores del músculo digástrico. La vía lateral atraviesa también la región suprahioidea paralelamente al borde inferior del maxilar inferior, por detrás o por fuera de la inserción del vientre anterior del músculo digástrico.

II. *Síndrome de infección del suelo de la boca*

La inflamación del espacio sublingual va acompañada de un conjunto de signos que se manifiestan de una manera sucesiva y que constituyen un *verdadero síndrome*. La gravedad que alcanza frecuentemente este síndrome nos obliga a conocerlo bien, para instaurar el oportuno tratamiento.

Dicho síndrome puede diferenciarse y debe diferenciarse del *síndrome de infección que evoluciona hacia la región suprahioidea*, de menor importancia.

Hoy no debe hablarse de angina de Ludwig ni tampoco pueden diferenciarse distintos procesos de inflamación aguda del suelo de la boca.

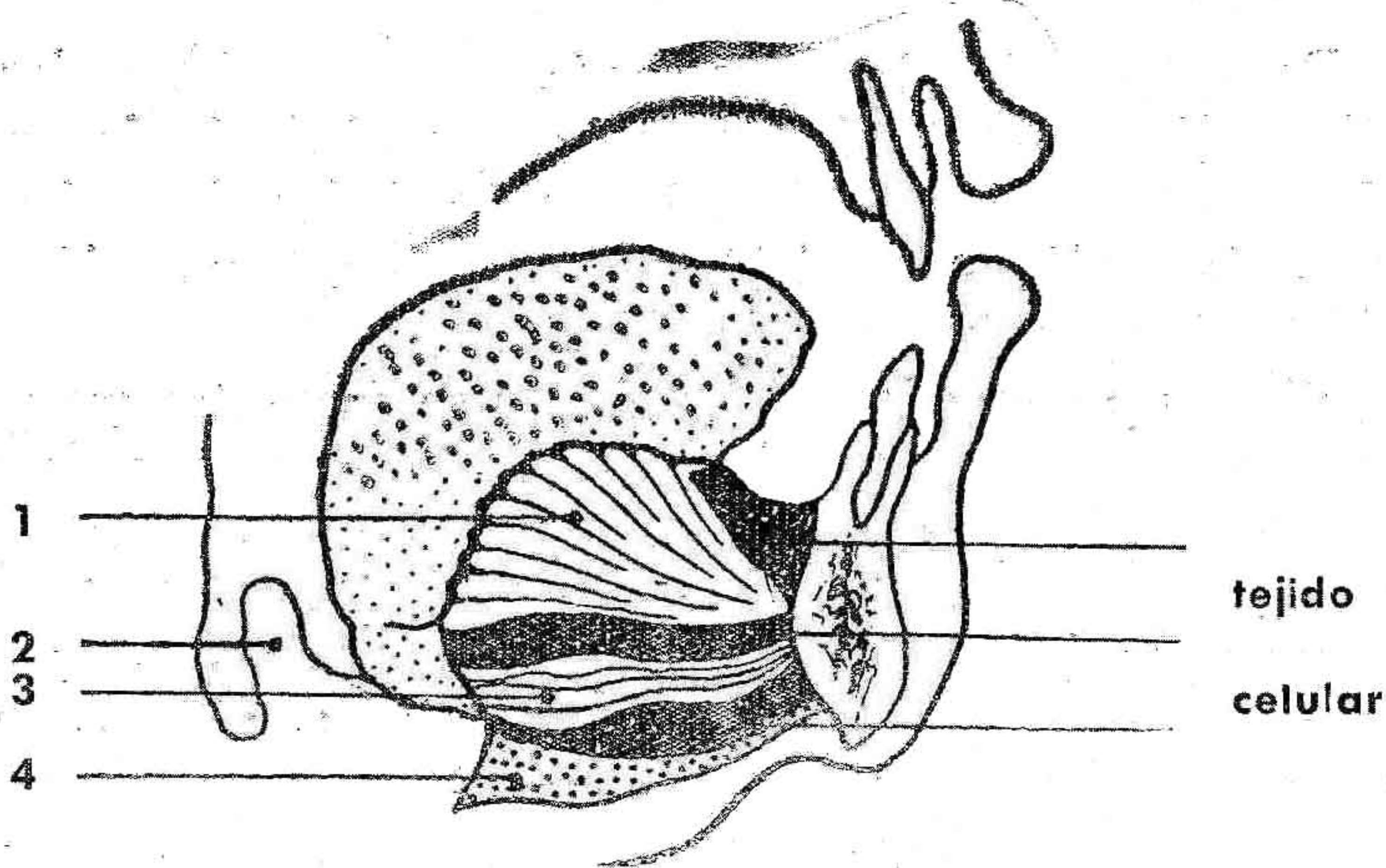


FIG. 2.—1, músculo genigloso; 2, epiglottis; 3, m. genihioideo; 4, m. milohioideo

Menos aun deben confundirse los dos síndromes antes mencionados.

A nuestro modo de ver, la *infección en el piso inferior de la boca puede acarrear inflamaciones* (más o menos agudas) *que pueden evolucionar o bien hacia la región sublingual o bien hacia la región suprahioidea* (dejando aparte las posibles infecciones de las regiones cigomática, amigdalina o parotidea),

ocasionando el síndrome de infección sublingual o bien el de infección suprahioidea.

La sintomatología que forma el síndrome de infección aguda en la región sublingual es la siguiente: localmente comienza con un aumento de volumen, tumefacción, en la encía lingual de un lado, correspondiendo a las piezas dentarias: incisivos, caninos, premolares y molares más anteriores. Puede haber dolor y puede ser indolora esta inflamación.

Posteriormente esta inflamación invade la región sublingual; se percibe por palpación digital un *aumento del espesor* normal del suelo bucal (que puede ser medio o lateral) y va acompañado de *endurecimiento y pérdida de movilidad* normal, bien sea espontánea o provocada en la exploración. La mucosa aparece enrojecida.

Los movimientos de la lengua están limitados. La deglución, cada vez más difícil y disfagia.

Por este motivo, la saliva se vierte a veces al exterior. Si la inflamación aumenta, la lengua es empujada hacia arriba y lado opuesto; aparecen sobre ella huellas de las piezas dentarias.

En la región suprahioidea aparece una tumoración media o lateral y eventual enrojecimiento.

Síntomas generales.—El enfermo se encuentra muy molesto; a veces, tiene la sensación de estar gravemente enfermo.

Aqueja dolores que se irradian al cuello y región occipital.

Siempre hay febrícula y puede haber fiebre de 38 a 39,5.

Evolución.—Como las inflamaciones agudas, puede evolucionar, regresando todos los síntomas hacia la normalidad o bien hacia la formación de un absceso. Como complicaciones frecuentes del absceso sublingual se presentan: septicemia, septicemia por anaerobios y edema de glotis.

Si la evolución es hacia el absceso, todos los síntomas se agravan rápidamente. Crece el abultamiento, la lengua está inmóvil y no cabe en la boca, que está entreabierta; aumenta el dolor; puede aparecer disnea, fiebre elevada como signos ya de una infección generalizada.

En los casos típicos de infección sublingual la evolución es muy rápida, aun en los casos en que el germen productor no sea anaerobio.

Es cosa de pocas horas. En uno de nuestros últimos casos se trataba de un niño de doce años que sufría una inflamación desde el día anterior por la tarde; fué visto a las tres de la tarde y dejado en observación, y a las ocho de la noche del mismo día (que precisamente era el de Navidad de 1948), siendo operado a las once de la noche, dando salida a una colección purulenta ya hecha.

Este caso y otros que podríamos citar nos enseñan cuál debe ser nuestra conducta. Una vez diagnosticado el síndrome de infección aguda de la región sublingual debe prevenirse al enfermo, tener dispuesta la intervención quirúrgica, ver al enfermo cada tres horas, y en caso de comprobar que dicho síndrome está constituido, aunque no haya otros síntomas de mayor gravedad, que *no deben esperarse*, se ha de intervenir y establecer el drenaje de la colección.

En algún caso hemos hecho la intervención aun antes de existir la supuración prevista. Pero aun así la operación resulta beneficiosa, pues no tarda en presentarse una supuración por el drenaje colocado.

En apoyo de la intervención quirúrgica precoz está el hecho, comprobado por nosotros, de la congestión de la mucosa laringofaríngea, que coexiste casi siempre en razón de la vecindad de ambas partes.

Al hacer la intubación previa a la anestesia general y taponamiento hemos visto en la epiglotis y en la parte superior de la laringe verdaderas inflamaciones de la mucosa, a veces con pequeñas ulceraciones, sin síntomas de edema de glotis, que en cualquier momento pudo haberse presentado.

De igual modo se previene la aparición de una rápida intoxicación en el caso probable de que hubiese gérmenes anaerobios en el foco.

Formas clínicas.—Algunos autores diferencian una forma de flemón difuso y otras más o menos localizadas o circunscritas. A nuestro entender no hay más que un solo flemón del suelo de la boca.

Lo que ocurre es que la verdadera inflamación del suelo de la boca puede pasar por diversas fases evolutivas y aparentar procesos distintos.

La forma localizada puede pasar a difusa (ya vimos cómo el tejido celular laxo que ocupa la celda sublingual no presenta tabicamiento que la divida en compartimientos varios) merced a la continuidad del tejido celular y demás componentes vasculares, y la difusa a intoxicante o al edema glótico.

Lo que nos interesa es que nuestros enfermos no evolucionen en esta forma progresivamente grave, y esto lo lograremos actuado con corrección.

Tratamiento.—El tratamiento preventivo consiste en la profilaxis bucal ordinaria. El curativo puede utilizar medios físicos, medicamentos y quirúrgicos.

Entre los primeros, el calor en seco y la onda corta.

De los medicamentos que pueden emplearse tenemos experiencia de la penicilina.

Esta ha evidenciado poseer una acción benéfica real. Sin embargo no es curativa por sí sola del proceso en estudio. Durante su empleo no debe descuidarse la vigilancia del enfermo. En algunos casos en que la hemos usado sí ha atenuado la infección y los síntomas han remitido, pero sin llegar a curar totalmente. Más bien dicha atenuación resulta en cierto grado peligrosa porque emascara los síntomas que pueden recobrar toda su gravedad en un momento de descuido. Así nos ha sucedido en dos casos en que finalmente fué preciso la intervención quirúrgica.

Vemos, pues, que la penicilina no desplaza totalmente a la terapia quirúrgica, que aún sigue siendo la mejor arma en el tratamiento de este proceso.

Nosotros seguimos la siguiente pauta. Una vez diagnosticada la infección del suelo de la boca, instituimos reposo en cama, dieta líquida, evacuación intestinal, calor local y se hace el tratamiento con penicilina clásico. Puede hacerse las investigaciones propias del preoperatorio.

Aunque la inflamación no progrese muy rápidamente, procedemos a la incisión del suelo de la boca a través de la región suprahioidea, siguiendo las vías de acceso media o lateral, según los casos.

Conviene hacer anestesia general, intubación laríngea (en el curso de la cual se explora el estado del espacio supraglótico)

y taponamiento bucal. Este nos permite ver bien y maniobrar mejor en el caso de extracción dentaria.

Una vez seccionada la piel y el plano superficial, aponeurosis y músculo cutáneo del cuello, podemos orientarnos o bien introduciendo una sonda o bien por punción con aguja intramuscular gruesa. Después de atravesado el milohioideo se dilata el absceso y se coloca un drenaje de goma.

BIBLIOGRAFIA

(1) Lafora García, Luis: *Las linfocelulitis del suelo de la boca desde el punto de vista terapéutico*. "Anales Españoles de Odonto-Estomatología", vol. VII, núms. 1 y 2.

(2) García Martínez, Enrique: *Celulitis circunscrita del suelo de la boca y penicilina*. "An. Esp. de O.", vol. VIII, núm. 7.

(3) Meliveo Briales, Arturo: *Flemón hipertóxico del suelo de la boca y penicilina*. "An. Esp. de O.", vol. VI, núm. 9.

(4) Mundi Galianas, Wladimiro: *Flemones del suelo de la boca*. "An. Esp. de O.", vol. VI, núm. 1.

Sinusitis en niños

El examen radiológico de 500 niños entre los tres y quince años demuestra una frecuencia de 40 por 100 de esta afección. De los comprendidos entre los tres y cinco años, el 57 por 100 fueron niñas y el 37 por 100 niños, mientras que entre los seis y diez años la enfermedad afectó a un 46 por 100 de niños y un 27 por 100 de niñas. De los diez a los quince años, la frecuencia fué semejante en ambos sexos.

El seno más frecuentemente atacado fué el maxilar. Las celdas etmoidales sólo lo fueron en caso de intensa sinusitis maxilar. La sinusitis frontal es rara y sólo se encuentra complicando a una sinusitis etmoidal. La mayoría de las sinusitis frontoetmoidales se presentaron en el lado derecho. Los meses de más frecuente presentación fueron febrero, marzo y diciembre, y los de menor número de casos, enero y octubre.

Los síntomas suelen consistir en rinitis de repetición, estenosis nasal, tos nocturna, a menudo complicada con bronquitis. Los niños son muy susceptibles para padecer tonsilitis y otitis, teniendo frecuentes dolores de cabeza. No se encontró conexión entre los síntomas clínicos y el hallazgo de una sinusitis exudativa o no.

Los prematuros no muestran especial tendencia a padecer la enfermedad. Los síntomas de los niños padeciendo enfermedad han sido muchas veces mal interpretados, sometiéndoles a tonsilectomías inútiles. Los niños que presentan los síntomas antes indicados deberían de ser siempre sometidos a un examen radiológico.

(per "Rev. Clín. Espño.", 408, 1948.)