

EL RETARDO DE LA ERUPCION DE LOS CANINOS EN RELACION CON EL HIPOGENITALISMO

por los

Dres. José Dueñas y Clodomiro Guridi

Del Instituto Municipal de Ortodoncia y Odonto-
logía Infantil de Buenos Aires (Argentina)

SABIDO es que los caninos han tenido un papel preponderante en la selección sexual y en la selección natural de ciertas especies animales, a punto tal que en aquellos seres que viven en manadas, los machos mejor dotados de caninos poderosos son, generalmente, los jefes de las mismas, pues a su mayor poder y robustez está confiada la defensa de sus congéneres, y son los que afrontan la lucha con los de otros grupos o tribus y con los de otras especies. Lógicamente, por ser los más fuertes y por vencer a sus semejantes más débiles, son los preferidos por las hembras y tienen a su cargo la tarea de la perpetuación de la especie.

Recordando esta observación en los animales, pensamos que en el hombre podría también existir una relación que, aunque no tan directa por la civilización, medios de vida, etc., no carecería de importancia.

Debemos también recordar, a este respecto, una circunstancia muy digna de ser tomada en cuenta, cual es la edad en que en el ser humano hacen su aparición los caninos en las arcadas dentarias, coincidente con el período de la pubertad; es decir, cuando el niño va adquiriendo los caracteres sexuales que irán transformándolo hasta convertirlo en adulto.

En este período de la vida, el organismo está sometido a un intenso trabajo de transformación y puede decirse que no existe órgano, aparato y, sobre todo, el sistema endocrino, que

tiene a su cargo no sólo la creación de nuevas funciones, sino la perfección de otras, y hasta el desarrollo de ciertos órganos, que no sea alterado en este proceso de evolución formativa.

Habíamos observado que los niños cuyos caninos no hacen erupción en su época normal hasta trece años, y sobre todo aquellos que, sobrepasando este último período, dichos órganos dentarios no ocupan el lugar que la naturaleza les ha asignado en las arcadas dentarias, eran, por lo general, de aspecto poco robusto físicamente considerados; y en cuanto a su estado psíquico, notábamos también algunas alteraciones: eran generalmente tímidos, apocados; en una palabra, su temperamento y su dinamismo no era el de aquellos otros niños cuyos caninos habían hecho erupción normal, eran normales en su tamaño, forma y en cronología eruptiva.

Debemos hacer constar que nuestra observación no se relaciona con aquellos casos de retención de caninos o retardo en la erupción de los mismos, motivada por causas mecánicas u otras análogas, sino que nos referimos en especial a los casos en que, al no existir ninguna de las causas apuntadas, se ha producido una detención en la erupción por falta de fuerza expulsiva o por no tener dicha pieza dentaria el poder suficiente para que el proceso (reabsorción de los temporarios, etc.) no impida la erupción normal de los caninos permanentes y su perfecta colocación en las arcadas dentarias. Sabemos también que la fuerza de extroversión fisiológica es tal, que el canino, aun siendo una de las últimas piezas dentarias que hacen erupción en la arcada permanente, es capaz de desplazar los dientes vecinos y obrar a manera de cuña hasta colocarse en el lugar que la naturaleza le tiene asignado.

Comunicamos nuestras observaciones al doctor Clodomiro Guridi, médico jefe de la Sección de Pediatría del Instituto Municipal de Ortodoncia y Odontología Infantil, y solicitamos su colaboración para el control y estudio de los casos que se nos presentasen y estuvieran dentro del aspecto clínico a que nos hemos referido.

Efectivamente, al examinar algunos niños presentados recientemente al Instituto, observamos la coexistencia de cier-

tas alteraciones dentarias que dejamos arriba consignadas, con trastornos del aparato genital. Se observó una retención de los caninos permanentes con persistencia o no de los temporarios, en niños con marcados síntomas de hipogenitalismo. En algunos de estos casos constaba el antecedente de una ectopia testicular, uni o bilateral. En otros, persistía aún esta anomalía, notándose además la ausencia de caracteres sexuales secundarios (falta del vello del pubis y de las axilas), y también se observó obesidad con mala distribución del panículo adiposo predominante en la curvatura pelviana, mama, brazos, muslos, etc. (distrofias adiposo-genitales).

Sabemos que la migración de los testículos desde ambos lados de la columna lumbar se inicia en los primeros meses de la vida intrauterina (después del segundo), finalizando al octavo mes con su alojamiento en las bolsas; por lo tanto, en el momento del nacimiento son perfectamente palpables en el escroto.

El descenso puede detenerse durante este recorrido, quedando el testículo en posición anómala: criptorquidia o ectopia testicular (abdominal o inguinal).

En tales circunstancias el testículo involuciona, disminuyen sus funciones, y puede llegar a la atrofia con degeneración de sus tejidos, si la situación se prolonga.

A esto contribuye el alojamiento anormal, pues falta la función termorreguladora del escroto, que por retracción o alargamiento lo protege, acomodándose a la temperatura ambiente, teniendo en cambio que soportar, en su localización ectópica, temperaturas más elevadas constantes (de $1/2$ a 2 grados más), que le son sumamente desfavorables (teoría de Moore).

La ectopia puede ser intermitente por retracción del músculo cremaster de las bolsas que impulsa el testículo hacia el orificio del conducto inguinal, y que es favorecida por el escaso desarrollo de la glándula.

Algunos autores reservan el nombre de criptorquidia para ectopia abdominal bilateral permanente.

Un mal estado nutritivo general por carencias alimenticias puede contribuir a la hipoplasia testicular, la cual mejora entonces con correcciones dietéticas adecuadas.

Pero el factor más importante para el desarrollo del testículo y su ubicación es el factor humoral, el estímulo de una hormona procedente de otra glándula endocrina: la hipófisis.

Embriológicamente, contribuyen a la formación de la hipófisis, por una parte, el intestino primitivo (porción cefálica), que forma en su divertículo faríngeo el saco hipofisario, el cual da lugar a la constitución del lóbulo anterior (porción glandular), y por otra, el brote, que partiendo del tercer ventrículo da lugar a la formación del tallo pituitario y en su extremidad al lóbulo posterior (porción nerviosa). Estos dos elementos, unidos y envueltos en su cápsula, se alojan en la silla turca, en la base del cráneo.

La hipófisis rige, puede decirse, todo el sistema. Regula la función de otras glándulas.

Al lóbulo posterior se le atribuyen tres acciones: una, hipertensiva; otra, ocitócica (sobre los músculos lisos en general), y otra antidiurética.

Las acciones del lóbulo anterior de la hipófisis son más numerosas. HOUSSAY admite la producción de once hormonas por este lóbulo.

La que más nos interesa ahora es la hormona estimulante sexual del lóbulo anterior de la hipófisis. Es de acción general, pues actúa tanto sobre el aparato genital masculino como sobre el femenino. Es esencial para el desarrollo de los gonados (principio gonadotrópico, gonadotrofina, extraído de la orina de la mujer grávida).

Su acción es lenta en la infancia y antes de la pubertad, y se cree que la pubertad es consecuencia de su activación.

Cómo esta hormona influye sobre la erupción de los caninos no está bien aclarado; pero tal vez podría considerarse la erupción oportuna de éstos como un carácter sexual más.

Cuando las ectopias testiculares se deben a causas mecánicas (adherencias, obstrucción del conducto por tejido adiposo, estrechez del anillo inguinal, etc.), estará indicado el tratamiento quirúrgico (orquidopexia).

En los demás casos de ectopias e hipoplasias testiculares con síntomas accesorios de hipogenitalismo estará indicado el tratamiento hormonal.

Se iniciará antes de los diez años (algunos lo inician ya a los siete años de edad).

Se utilizan los diferentes preparados comerciales de hormona ánterohipofisaria en forma de inyecciones intramusculares.

Se suministran dosis de 100 a 300 u. r. (unidades rata), tres veces por semana, hasta llegar a 300 ó 900 u. r. semanales, con una duración del tratamiento de dos a cuatro meses y un total de 4.000 a 10.000 u. r. Suele bastar esta cantidad para producir modificaciones favorables; pero a veces es necesario repetir, lo cual puede hacerse después de un mes de descanso.

En el comercio se presentan preparados de hormona de lóbulo anterior, en los cuales cada centímetro cúbico corresponde a 100 u. r.

Convendrá en muchos casos instituir un tratamiento combinado con hormona sexual masculina (androsterona, testosterona), que facilita además el desarrollo del pene, escroto, etcétera.

Puede usarse el propionato de testosterona más activo, en dosis de 5 a 10 mg., tres inyecciones semanales durante un mes o más, mejor en los intervalos de las series de las de lóbulo anterior de hipófisis.

Cuando el hipogenitalismo vaya acompañado de retención de los caninos se asociará al tratamiento hormonal el tratamiento ortodóncico.

En algunos de los niños observados ya se había practicado la hormonoterapia, con mejoría evidente de sus trastornos genitales, pero sin modificaciones de sus anomalías dentarias.

Haremos un breve comentario clínico de los casos examinados:

CASO NUM. 1.—Rodolfo R. Había concurrido al Instituto Municipal de Ortodoncia y Odontología Infantil, en el año 1936, a los siete años de edad; pero no inició su tratamiento. Vuelve ahora, a los trece años y siete meses de edad.

Antecedentes.—Es hijo único, nacido a término, con cuatro kilogramos. Primeros dientes, a los seis meses. Caminó al año. Los padres notaron en él una ectopia testicular doble, con ausencia de caracteres sexuales secundarios. Psiquismo normal (cursa

sexto grado de estudios). Peso, 33,400 kilos. Talla, 1,39 metros. Se le inició tratamiento con *apoidina*, hace tres meses (20 inyecciones), con lo cual se ha conseguido el descenso de los testículos a las bolsas y un aumento del volumen de éstos.

Caninos.—Persistencia de temporarios. Retención de permanentes.

CASO NUM. 2.—Andrés C. Edad, doce años. Peso, 27.600 kilos. Talla, 1,29 metros (peso y talla teóricos, 35 y 1,42).

Antecedentes.—Niega lúes. A término (?) (con 2,500 kilos). Distocia. Alimentación artificial (diluciones de L. V. al 1/2). Primeros dientes, al año. Hernia umbilicar operada. Braquicefalia. Cara: deformaciones raquílicas. Tórax: deformaciones raquílicas. Organos genitales: escaso desarrollo. Falta de vello pubiano, Psiquismo normal (curva quinto grado).

Caninos.—No han hecho aparición en la arcada dentaria.

CASO NUM. 3.—Raúl O. Once años. Peso, 48,100 kilos. Talla, 1,42 metros. Antecedentes, sin importancia. Inicia su tratamiento en abril 1939. La historia clínica consigna en esa fecha criptorquidia. Es sometido a tratamiento glandular en 23 de diciembre de 1941. Testículos ya descendidos, pero con escaso desarrollo. Caracteres sexuales secundarios, poco acentuados. Obesidad a predominio de cintura pelviana.

Caninos.—Intraversión.

CASO NUM. 4.—Roberto Q. Q. Edad, trece años. Peso, 55,300 kilos. Talla, 1,61 metros. Antecedentes: criptorquidia. Escaso desarrollo testicular y peniano. Falta de vello pubis. Obesidad predominante en abdomen y muslos. Se le inicia tratamiento: *apoidina*. Corrección dietética.

Caninos superiores.—Infravertíbulo versión.

CONCLUSIONES

Resumiendo, diremos que el objeto de este trabajo es llamar la atención de pediatras y odontólogos para que, en presencia de niños cuyos caninos no aparezcan en sus arcadas dentarias en la época normal o estén detenidos en su erupción, piensen en la relación con los trastornos endocrinos que dejamos anotados y sirvan como pauta para su observación y tratamiento.

(“El Odontólogo”, número 54; per Act. Ped. Españ 1946.)