

HETEROTOPIA DENTARIA Y SINUSITIS MAXILAR

por el

Dr. D. Carlos Suárez

[Ex Médico interno del Servicio de Otorrinolaringología
de la Casa de Salud Valdecilla

HE tenido ocasión de observar y tratar un caso clínico en el que los dos procesos morbosos, que sirven de título, estaban en relación, motivando la heterotopia el proceso inflamatorio del seno maxilar y el fistuloso de la cara.

Heterotopia, anomalía de situación del diente, del griego hétero: otro, y topos: lugar, es la aberración de implantación del folículo en un punto más o menos próximo del lugar de elección, o en cualquier punto del cuerpo. El caso que describimos, corresponde, dentro de las variedades heterotópicas, a la que Magitot llama heterotopia, por desplazamiento de la arcada, en la que no llegan los folículos a salir fuera de los órganos que constituyen la boca, diferente de la heterotopia por génesis, por desarrollo en puntos lejanos de la boca de folículos anormales, nuevas génesis, sin relaciones con el estado del sistema dentario (quistes dermoideos), y de la heterotopia por transposición simple, en la que cambian de lugar dos piezas dentarias contiguas. Son bastante frecuentes las heterotopias, y afectan principalmente a la dentición permanente. Puede el diente heteropiado faltar de la arcada, o estar allí representado por otro, y entonces es, además, supernumerario. Preiswerck describió casos de molares en bóveda del paladar. Forget describe un caso de la muela del juicio en la rama ascendente. Magitot describe otro caso de diente en velo del paladar. Cartwright, en región submaxi-

lar. Allard cita caninos ectópicos delante de los premolares superiores en un anciano. Wan der Wlught vió el canino implantado en la apófisis ascendente de cada rama del maxilar inferior. Schatz publicó un caso de diente extraído de la nariz. Koënner cita un caso de diente en suelo de nariz, acompañado de la malformación del lóbulo y de ambos vestíbulos nasales. Thoma refiere casos de caninos en pared naso-antral y seno maxilar. Colyer cita varios casos de irregularidades de la posición del canino superior, que van desde la emergencia, en el interior de la arcada, que ocasionan, eventualmente, la irregularidad en la posición del incisivo lateral, a la inversión del diente y erupción en la fosa nasal. En estos casos que cita no hizo erupción el canino. Puede ocurrir que el diente ectópico se soporte sin otras molestias que las debidas a su posición fuera del sitio habitual, o que se traduzca en trastornos de tipo reflejo o reacción por parte de los tejidos circundantes. Brindel refiere dos casos de diente implantados en suelo de fosas nasales, a la puerta del vestíbulo, causantes de perturbaciones nerviosas diversas, en uno, y espasmos de laringe, precedidos de tos espasmódica, en otro, que atribuyó a causa refleja. Knapp encuentra como causa de fungosidades y secreciones mucopurulentas en una fosa nasal, con secuestros, un diente ectópico. Se refiere asimismo un caso de heterotopia del primer bicúspide izquierdo superior, anormalmente implantado oblicuamente hacia fuera y que daba lugar a una tumefacción del carrillo e induración de esa zona, que hacía simular una sinusitis maxilar. El premolar comunicaba apenas con la boca, y al examen ligero se hacía perceptible sólo la tumefacción de los tejidos.

Muy frecuentes son anomalías de dientes supernumerarios. Estas anomalías de número se refieren, en general, a los dientes más numerosos: incisivos, premolares y molares, y pueden afectar, tanto a los permanentes como a los de leche, o coexistir ambos. Bloch ha visto casos de un incisivo supernumerario. Blumenthal describió uno con los molares caducos en posición, y dos series de permanentes en las mandíbulas. Handley cita un curioso caso, en el que

tenía seis premolares en un lado y otros dos supernumerarios más. Darwin refiere que la bailarina española Julia Pastrana tenía doble hilera de dientes en cada arcada dentaria. Entre estos extremos hay numerosas observaciones referentes a diversas variaciones numéricas: Tesmer, Soemering, Cler, etc.

Menos observados son los casos en los que la ectopía lleva la condición de diente supernumerario. Seiffer cita un caso de diente supernumerario de nariz. Refiere Colyer que en algunos casos de canino ectópico ha habido erupción de este diente en la arcada, pero el lugar que ocupa en la misma corresponde a otro diente (transposición).

Herpin no admite, como caninos supernumerarios, más que cuando están representados por el de leche y el de reemplazo.

La historia que vamos a referir trata de un diente supernumerario en ectopía, situado debajo de un agujero infra-orbitario, en una enferma que padecía una fístula en surco naso-geniano. El diente no fué posible identificarlo, por tener la corona destruída. Podría ser un incisivo o canino.

HISTORIA CLINICA

C. D. S., de 26 años, soltera, natural de Blimea, provincia de Oviedo. Refiere que hace dos años padecía dolores frecuentes en colmillo superior izquierdo y premolar contiguo, efectos de caries, y decidieron su extracción. A las pocas horas siguientes se produjo hinchazón de la zona de la mejilla, hinchazón que tomó su auge al cabo de seis u ocho días, comenzando a aplicar entonces fomentos. A los quince días del comienzo, cuando aún no había desaparecido por completo la tumefacción y fiebre, se abre espontáneamente un absceso formado a la altura del ala de nariz izquierda, en fosa canina. Desde entonces, diariamente, y con ligera expresión, sale pus por la fístula. Por alvéolos no ha salido nunca pus, cicatrizando las encías en un tiempo que juzgo normal. Con anterioridad le había extraído tres piezas dentarias del mismo lado izquierdo superior.

Por el examen efectuado, claramente se aprecia: fístula en la parte inferior de surco naso-geniano izquierdo induración encima del orificio fistuloso, dolor ligero al tac-

to combinado, en pared anterior de seno y rama ascendente. Color normal. Faltan las piezas, a partir del incisivo lateral, hasta la última, que conserva. Rinoscopia anterior y posterior, después de cocaíno-adrenalización, normales. No refiere haber tenido diferencia en la secreción nasal, con relación al otro lado. Los movimientos de aspiración, con boca y nariz cerrada, y en el decúbito correspondiente, no fué seguido de aparición en meato medio de secreciones anormales. Transiluminación, negativa. Radiografía, nada demostrativa. La punción, negativa. Capacidad de seno, disminuída. No había bloqueo. Como la historia era demostrativa en cuanto a una causa dentaria, ¿qué causa dentaria? No quise molestar a la enferma con relleno de líquido radioopaco en seno maxilar y decidí la operación del mismo. Infiltración con novocaína en trasfondo de fosa ptérigo-maxilar y surco gíngivo-labial y cara anterior de seno, incisión clásica, legrado de pared anterior de seno hasta descubrir agujero infraorbitario y escotadura piriforme. En cara anterior de seno y debajo de agujero infraorbitario se ve el hueso de aspecto poroso, reblandecido, y con un punto sangrante análogo al que se encuentra en el hueso de las mastoiditis exteriorizadas al hacer el despegamiento del periostio mastoideo. Detrás del hueso aparece la mucosa del seno edematosa, inflamada, más engrosada que normalmente, y en suelo de seno, fungosidades. Terminado Caldwell-Luc-Boënnigaus, procedo a explorar el trayecto fistuloso, y aparece al tacto, por la abertura operatoria, más evidente la dureza que se apreciaba en la exploración externa, identificándose con un diente. Disecado, resulta inclasificable.

Interrogada la enferma sobre su estado dentario de reemplazo, no recuerda haber observado anormalidad alguna en la erupción y cambio de los dientes.

Al coincidir el proceso, supurado y fistuloso de la cara con la extracción de las piezas mencionadas, sugiere la pregunta: ¿Qué es lo que motivó qué? ¿Las piezas dentarias enfermas extraídas, motivo de infección de seno, reactivándose por el trauma de intervención y exteriorizán-

dose la sinusitis y persistencia de la fístula? ¿O el proceso inflamatorio del seno, consecuencia de la propagación de la infección del tejido que rodea a la pieza en ectopia, así como la fístula?

He visto tres casos de sinusitis maxilares, agudas, dentarias, de las que dos se fistulizaron por parte alta de surco naso-geniano. Una de éstas en una niña de cinco años, motivando la violenta inflamación del seno una extracción de una pieza dentaria de leche por uno de sus familiares. La enfermita, que curó con tratamiento médico, mostraba, además de la tumefacción de la cara y otra sintomatología, la pared interna de seno fuertemente desplazada hacia dentro, supurando en abundancia por fístula y nariz. Los otros dos casos, producido uno por granuloma periapical, mostraban también, con la supuración nasal desplazamiento de la pared interna muy tumefacta, encontrando en la intervención la pared ósea interna de seno destruída casi por completo en el caso no fistulizado.

El comportamiento nasal en tales casos y por la sintomatología descrita de la enferma, parece verosímil que al bloquear con el anastésico las piezas que le fueron extraídas, la aguja llevó la infección al tejido peridentario de la pieza ectopiada (bien soportada hasta entonces), al ser clavada en surco gíngivolabial, produciendo por contigüidad la inflamación de la mucosa del seno, aliviándose ésta por el fácil desagüe del flemón geniano por la fístula.

El tratamiento racional curó a la enferma en veinte días, al fin de muchos ensayos incruentos que hubo de soportar.

per Anls. Cas. Sal'd. Valdella., X, 5 6-1946.

Determinación del azufre total en el caucho.—C. L. Luke. (*Ind. Eng. Chem. Anal. Ed.*, 17 (1945), 298. ; per "Ión".

El método en esencia consiste en destruir la materia orgánica o disolver la aleación utilizando una mezcla nítrica especial; reducción de los sulfatos a sulfuros por una mezcla a base de ácido hipofosforoso o fórmico, eliminación del sulfuro de hidrógeno que se recibe sobre cloruro de cadmio amoniacal y valoración con yoduro, añadiendo yodato y empleando finalmente el tisuulfuro.