

LOS PROCESOS FISTULOSOS CON ESPECIAL MENCIÓN DE LAS FISTULAS CUTANEAS

por el

DR. PEDRO CAMPOS

Ex Presidente del Colg. de Odontólogos. de la X Región
(Coruña-Lugo)

616.314-06

No es demasiado frecuente que nos hallemos en la práctica estomatológica diaria en presencia de procesos fistulosos cutáneos, y que nos permitimos someted a la benévola consideración y superior juicio de la profesión.

Es posible que por lo poco comunes de tales entidades clínico estomatológicas, no se les conceda la importancia debida. Sin embargo, no creemos necesario resaltarla, porque para nadie es un secreto el profundo valor clínico de dichos procesos fistulosos, exteriorizaciones purulentas de las sepsis dentarias, constituyen, sin ningún género de dudas, uno de los capítulos sean cutáneas o mucosas, de evolución aguda o lenta y que más acusados de la ciencia estomatológica.

Por estas razones, nosotros, que hemos tenido la oportunidad de tratar con éxito en nuestra consulta privada varios casos aleccionadores, el primero de los cuales publicamos en la revista "Anales", número 1 de 1944, nos hemos sentido animados, visto el indudable interés de los mismos, a publicar ahora dos casos más; habida cuenta del gran valor clínico que, a nuestro modesto juicio, tiene la divulgación de los mismos entre la profesión, pues entendemos que es así como se contribuye a mantener despierta nuestra atención, frente a la posibilidad de que se nos presenten en cualquier instante casos iguales o perecidos.

Previamente, y antes de entrar en su somera descripción, haremos unas breves consideraciones, a modo de recuerdo, que nos sirvan de referencia acerca del mecanismo de producción de estos procesos fistulosos y su consiguiente evolución.

* * *

Para nadie es un secreto el que las fístulas son producidas por los gérmenes que anidan en las caries penetrantes, los cuales, pasando a través de los ápices radiculares, invaden los tejidos periapicales y el maxilar, y si no se ha intervenido a su debido tiempo terminarán por abrirse, bien en la mucosa vestibular o en la piel, eliminando así las secreciones correspondientes a los focos periodónticos. También pueden ser causa de fístulas: los quistes paradentarios, las neoplasias malignas, las infecciones de las cavidades sinusales y los procesos específicos como tuberculosis, lúes, actinomicosis, etc., etc.

La longitud y trayecto de las fístulas, son variables, según la intensidad del proceso y las piezas afectadas. Las fístulas mu-



cosas tienen, indiscutiblemente, un recorrido más corto que las cutáneas, ya que estas llegan a veces sorprendentemente a abrirse lo mismo en el cuello que en el esternón. La parte terminal de las fístulas se halla bordeada por un rodete de tejido inflamatorio, de color rojo, en las fístulas mucosas e impregnado en el propio exudado purulento y diferenciándose de la mucosa restante por su carácter inflamatorio, mientras que en las cutáneas se ubica en una retracción del tejido formando una minúscula fosita ya humedecida por la secreción purulenta o bien cubierta por una costra sanguinolenta y teniendo a su alrededor

la piel de un color rojo oscuro, generalmente. Añadamos como detalle peculiar que los ganglios, si bien son dolorosos a la presión, no están, en cambio, adheridos a la piel, ni tampoco a los planos profundos.

En cuanto a lo que hace referencia a la frecuencia de las formaciones fistulosas, debemos hacer constar que, según las estadísticas de Boek, de 758 periodontitis crónicas que terminaron en fístulas, correspondieron 400 al maxilar y 358 a la mandíbula. De las primeras, 381 eran mucosas y 19 cutáneas, siendo de aquéllas las más recuentes las de los incisivos laterales y primeros bicúspides.

Por el contrario, de las de la mandíbula, 208 eran mucosas y 150 cutáneas, siendo de las primeras las más frecuentes las correspondientes al molar de los seis años. Resultando, pues, de lo que se deduce que las fístulas son, corrientemente, de producción más fácil y frecuente que las cutáneas.

En cuanto a las del ángulo interno del ojo, habremos de tener gran cuidado de no confundirlas con los procesos del saco lagrimal, como la dacriocistitis crónica, así como las fístulas y epífora por fractura en esa región de los huesos de la cara. Recordemos también que los trayectos fistulosos no se forman de un modo caprichoso. Por el contrario, siguen vías preestablecidas que facilitan la irrupción para romper en zonas especiales, según el diente causal de las mismas.

Así vemos que las infecciones de los centrales superiores desembocan en la región vestibular, en el vestíbulo nasal y a veces en la región palatina.

Los laterales se comportan como centrales, si bien pueden propagarse más fácilmente hacia el paladar. Lo mismo diremos de los caninos y bicúspides, siguiendo los molares igual dirección, excepto la raíz palatina de éstos, que desagua normalmente hacia esta zona.

Primeramente, digamos que los dientes de leche no dan en ningún caso fístulas cutáneas, sino, por el contrario, mucosas constantemente.

En cuanto a las fístulas dentomandibulares, recalcaremos tan sólo que son los molares de seis años, tantas veces afectados por procesos destructivos, debido a esa creencia tan generalizada

entre los pacientes de que son piezas temporales, los que dan el mayor contingente de fístulas mucosas y cutáneas, siguiendo después los segundos molares y bicúspides, y en orden más decreciente todavía, los incisivos y caninos.

Como final de este bosquejo general, digamos que la exploración radiográfica es el auxiliar y complemento insustituible para conocer la marcha evolutiva de estos procesos destructivos en el hueso. De tal manera, que la aparición de las primeras sombras periapicales, consecuencia de la destrucción de las trabéculas óseas, por propagación de la infección a través de los ápices radiculares son el mejor índice del avance progresivo de los mismos hacia la fistulización, siempre que, como ya dijimos, una intervención oportuna no los elimine radicalmente. Y establecido el estado clínico de la fistulización, los rayos Rontgen nos darán la medida de la periostitis correspondiente, facilitándonos el camino del éxito.

En cuanto a la limitación de los focos, cuanto más recientes son, más complejo es realizarla, ya que las sombras se difuminan en forma tal, que a veces se confunden con el área de hueso libre.

No obstante, para el clínico experto, existirán dificultades insuperables y los rayos X, deberán ser empleados invariablemente, repetimos, en evitación de posibles fracasos. Recordemos a este respecto la conducta seguida por los estomatólogos norteamericanos principalmente, quienes en modo alguno llevan a la práctica ninguna intervención operatoria en boca, incluso la que nosotros alegremente y de un modo erróneo, consideramos más sencilla. Nos referimos a la exodoncia, y que por no seguirla, es causa evidente de múltiples fracasos, como el abandono imperdonable de muchos raigones y ápices radiculares que por tener acodaduras, soldaduras con las piezas vecinas, penetración de los ápices en las cavidades sinusales, etc., resulta muy difícil cuando no imposible, pese a la habilidad que en ello pongamos, eliminarlas y si conseguimos lograrlo al fin, habrá sido mucho mayor esfuerzo y posiblemente con una grave mutilación y las secuelas postoperatorias consiguientes.

Recordemos a tal efecto y de pasada una intervención por nosotros realizada sobre un cordal en erupción, en la que por

no disponer de la correspondiente placa radiográfica, en la absurda creencia de que no habría dificultades de importancia y también para evitarle al paciente, hombre modesto, un mayor gasto, nos pasamos más de una hora para lograr su eliminación, y cuando ya al fin pudimos conseguirla, nuestra sorpresa fué grande al ver que el molar era totalmente circular, con las raíces fusionadas sobre la corona, la cual hacía que la enucleación del mismo del alvéolo fuese difícil, puesto que la enorme anchura del conjunto del molar, del que sólo veíamos la superficie triturante, hacía imposible su paso a través de la abertura alveolar, y fué, finalmente, en esta manipulación a ciegas, la introducción de un botador, lo que hizo saltar la pieza, que repetimos, por carecer de desarrollo normal, no hubiera sido posible extraer, ni con el forceps corriente, ni tampoco con la ayuda del elevador Phisip.

* * *

Y después de esta somera exposición, pasemos a la descripción de los casos a que tratamos de referir el presente trabajo.

El primero era un paciente, de cuarenta y cinco años, con una fístula al nivel del ángulo interno del ojo izquierdo, formada a seguido de una linfocelulitis aguda.

Realizada la correspondiente exploración clínica, le encontramos una marcada inflamación del vestíbulo, con dolor a la presión y la salida de pus por la fístula cutánea. El ojo del mismo lado se halla con ligera conjuntivitis y el párpado inferior tumefacto. En la boca existen algunas caries, pero el canino superior izquierdo, es decir, el de la zona fistulosa se halla atacado de una caries de cuarto grado, a partir de la cual es de suponer se produjese la fístula a que hacemos referencia.

Verificada la imprescindible exploración radiográfica, observamos la existencia de un amplio foco de esteitis, cuyo punto de arranque es el citado canino.

Realizada la oportuna intervención operatoria, previa eliminación de la expresada pieza causal y cuyos detalles nos creemos revelados de exponer, obtuvimos la completa curación del proceso, incluso la total desaparición de la fístula cutánea.

Lamentamos que por causas ajenas a nuestros deseos, no sea posible la publicación de las fotografías y radiografías que

de este interesante caso hemos obtenido en sus diversas fases y que esperamos podr presentar en las próximas Jornadas luso-españolas de Estomatología, que, organizadas por nuestra Escuela de Estomatología, en colaboración con la Sociedad Estomatológica portuguesa, se celebrarán en Lisboa en el mes de octubre del año actual.

El segundo caso que describiremos someramente, se trata de una mujer, de veinticinco años, a la que se le presentó, según nos cuenta, una fuerte y aparatosa hinchazón en el lado superior derecho de la cara extendido hasta el ojo, por el que apenas veía. (Aclaremos que este relato nos lo hace la paciente a los tres meses de sucedido.) En aquellos momentos acudió a un médico, pensando que su afección nada tenía que ver con la boca. El profesional aconsejó como imprescindible abrir el absceso, pero la enferma, muy alarmada y con bastante temor al dolor, no se decidió a someterse a la misma, surgiendo entonces a las veinticuatro horas la fistulación cutánea por dos puntos: el ángulo externo del ojo y la parte superior de la mejilla. Le prescriben penicilina, con lo que se consigue reducir la infección, pero sin lograr la desaparición de las fístulas.

Obsérvese el aspecto que ofrecía la paciente en el momento de ser vista por nosotros (fig. I).

Procedemos seguidamente a la exploración bucal, hallándole las raíces del segundo bicúspide y primer molar superiores derechos, siendo normal el resultado de la inspección del resto de las piezas dentarias y cavidad bucal.

Verificada la oportuna exploración radiográfica, nos encontramos con una periostitis en la zona de implantación de las raíces del 6, siendo negativo el resultado radiológico en las restantes piezas dentarias. Previa preparación del paciente, al que inyectamos un millón de unidades de penicilina sódica, divididas en tres dosis, con intervalos de ocho horas, realizamos la anestesia regional de la zona correspondiente a las raíces del 5 a 6, que consideramos indudablemente, y sin ningún género de dudas, factores causales del proceso.

Realizada la intervención pudimos comprobar la existencia de los granulomas apicales, que el examen radiográfico nos había señalado. Excusamos decir que hubimos de practicar un

raspado meticuloso de las zonas periapicales. Del resultado de nuestra intervención, nada mejor para dar fe de ello que todas las palabras, la observación de la fotografía obtenida después de la total curación de la enferma, como testimonio indiscutible del éxito logrado (fig. II).

No habremos de silenciar, en relación con la gravedad del presente caso, el hecho de que por algún médico que lo había visto, se manifestase el temor que se tratase de una sinusitis o de un tumor de maxilar, lo que evidencia lo peligroso de estos procesos.

Consideraciones finales

Las consideraciones que podemos hacer a los casos precedentes, son ciertamente interesantes y aleccionadoras.

En el primer caso, vemos una vez más el importante papel fistulosos como el que acabamos de describir, sin olvidar la serie de pacientes que vienen a consultarnos enviados por los oculistas, a los que han acudido por padecer trastornos de la que juegan los caninos superiores en la producción de procesos visión y fundamentalmente marcada disminución de la agudeza visual en uno de los dos ojos, sin hallárseles cuasa aparente del fenómeno, razón por la cual se les indicó la conveniencia de que su boca fuese examinada por el estomatólogo, habiéndose diagnosticado concretamente y previa exploración radiográfica dos abscesos apicales en otros tantos casos, en dos caninos que correspondían exactamente al ojo, de cuyo trastorno visual se hallaban aquejados los pacientes. Verificada la exondoncia de los mismos y el raspado del hueso afectado, pudimos comprobar con la natural satisfacción y la consiguiente alegría de los pacientes, cómo a los dos o tres días la nomalidad visual se había restablecido totalmente. Pero esta interesante cuestión será objeto de un nuevo trabajo en momento oportuno. Ahora, tan sólo hemos pretendido llamar la atención del profesional sobre estos hechos concretos y resaltar una vez más la gran importancia de la colaboración estrechísima entre el especialista y el estomatólogo, base primordial de nuestros mejores éxitos. Debemos, pues, realizar la eliminación de los mismos sin contemplaciones

en los casos en que, comprobada radiográficamente la presencia de granulomas, no sea factible la apicectomía por mil motivos que no son del caso, o la penicilonoterapia, considerada también eficaz en determinados momentos, haya fracasado.

* * *

En cuanto al segundo caso hay algo más sensible, que ciertamente no podemos ni debemos silenciar. Nos referimos a la responsabilidad contraída por dos profesionales, el primero de los cuales no tuvo el cuidado de dirigir la paciente al estomatólogo, como era lo natural (de ahí el por qué resaltamos anteriormente la importancia de la mutua colaboración), con la que hubiera sido seguro que se hubiesen evitado nada menos que una marca indeleble, como la que han dejado las fístulas cutáneas, previa una rápida intervención por vía vestibular e incluso con la eliminación, pese a la algidez de la linfocelulitis de alguno de los raigones causantes del proceso. El no hacerlo así, ha ocasionado a la enferma, como dijimos, dos cicatrices que difícilmente se borrarán. Pero sigamos. El segundo profesional al que acudió, tampoco orientó a la paciente hacia el especialista de boca. Por el contrario, le recetó penicilina, y como las fístulas no cediesen totalmente, le fueron inyectadas a seguido varias cajas de determinadas vacunas. Claro, que con idéntico resultado negativo. Y así transcurrieron casi tres meses. Hasta que por fin, alguien ajeno a la profesión (testimonio de la paciente), le indicó que debiera visitar a un estomatólogo... ¿Comentarios? Ahí quedan los hechos. Que cada cual haga los que crea convenientes. Nosotros sólo diremos, que no deben silenciarse estos casos que tanto perjudican a lo moral profesional. ¿Es que la medicina es un comercio o una vulgar explotación, a costa de la salud del enfermo? Afortunadamente, si hay una ínfima minoría que puede haber equivocado el camino, todavía quedamos bastantes para hacerles rectificar esa conducta, poco meditada y lamentablemente ligera. Tengámoslo presente. Y no reparemos en decirlo, por muy duro que ello nos resulte.