

LOS TRAUMATISMOS COMO FACTOR CAUSAL DE ECTOPIAS E INCLUSIONES DENTARIAS (*)

por el

Dr. D. Pedro Campos Bertolo

616.314 — 007

PESE a cuanto se lleva hablado sobre punto tan sugestivo como el que constituye el enunciado del tema que voy a tener el honor de exponeros, nos parece difícil, ya que no imposible, que se haya descrito, al menos que nosotros sepamos y pese a la búsqueda realizada, caso alguno tan curioso como el que motiva el trabajo que tenemos el honor de traer aquí a vuestra benévola y alta consideración, y conste que no tratamos de dar lecciones a nadie. Nuestro propósito es mucho más modesto. Pretendemos contribuir tan sólo con esta sencilla aportación a la labor divulgadora a que todos los profesionales estamos obligados, dando a conocer aquellos casos que, por su interés, puedan cooperar en el esfuerzo común al engrandecimiento de la Odontología, por la cual y hacia la que deben ser dirigidos nuestros desvelos. Lo contrario, silenciar las enseñanzas que la práctica de la clínica diaria puede traer a nuestras manos, sería de un egoísmo y una inhibición tan lamentable, que en modo alguno podría dejar nuestra conciencia tranquila. La cual, por otra parte, difícilmente podría eludir su responsabilidad, contraída como sagrado deber con aquellos ilustres compañeros que nos precedieron

(*) Comunicación presentada a la Secc. 3 (Odontoestomatología) del XV Congreso de Odontología, Barcelona 1947.

y lo dieron todo por la misma, obligación ineludible con los que nos sucedan. Sólo así se conseguirá lógicamente el progreso y mejoramiento de la ciencia estomatológica. Hacerlo de otra manera sería contribuir a su fatal anquilosamiento.

Y hecho este pequeño preámbulo vayamos rápida y brevemente, para cumplir el reglamento, al objeto de nuestro tema:

Las inclusiones dentarias cuyas causas fundamentales sabemos son de muy varia naturaleza, pueden instaurarse, como no ignoráis, en cualquier punto de la mandíbula o del maxilar.

Sabemos que la mayor parte de aquéllas son producidas por ectopías foliculares.

Estas ectopías pueden producirse como consecuencia de la inexistencia de espacio suficiente en el espesor de los maxilares que impidan una normal colocación y desarrollo de los gérmenes dentarios o también en aquellos casos en que se realiza, por distintos motivos, una lenta y tardía reabsorción de las raíces de los dientes temporales.

No olvidemos tampoco los traumatismos, ocasionados principalmente durante el período en que los folículos han alcanzado su plenitud, y tengamos también presentes igualmente los tumores.

El caso que tenemos el honor de traer aquí para vuestro mejor juicio y que habremos de resumir por imperativos de tiempo, fué indudablemente debido a un clarísimo trauma sobre la zona del hueso incisal o intermaxilar, producido precisamente en el momento óptimo, digámoslo así, en que estaba a punto de comenzar la eliminación de los dientes caducos. Se trata, pues, de una ectopía secundaria.

Nosotros podemos, valiéndonos de los Rayos Röntgen como valiosísimo e indispensable auxiliar exploratorio, llegar a la localización y diagnóstico de estas anomalías, bastante frecuentes ciertamente y que cuando no dan síntomas, permanecen ocultas, siendo descubiertas casualmente en muchas ocasiones al radiografiar una determinada zona,

buscando por ejemplo un granuloma apical, la correcta obturación de un canal, etc., etc. Otras veces, es la existencia pertinaz de una fístula, así como también la ausencia de algunas piezas dentarias que no han llegado a hacer su erupción normal, lo que induce a sospechar y nos lleva al diagnóstico de inclusiones tan sorprendentes como inesperadas.

Y para no salirnos de los minutos que tenemos señalados, pasemos ahora a una exposición, lo más sucinta posible, de un caso diagnosticado por nosotros y tratado muy recientemente y con pleno éxito.

Se trata de un muchacho de 20 años, empleado de una entidad bancaria y que viene a la consulta por indicación de un internista que le tiene en tratamiento de un proceso pulmonar del que ya fué dado como curado, pero que ante la persistencia inexplicable de una febrícula, empieza a pensar en la existencia de un foco en algún punto del organismo y cuya localización no le ha sido posible determinar, pese a habersele enucleado las amígdalas por sospechar pudiesen ser la causa del mantenimiento de la misma.

En el interrogatorio previo a que le sometimos, nos dice que cuando tenía siete años, según cuentan sus padres, llevó un fuerte golpe en la boca a consecuencia del cual le saltaron los dientes del medio (repetimos sus palabras), y después y ante la natural sorpresa, pasaron los años sin que le apareciesen los dientes permanentes, pero como carecía de molestias llegó a habituarse, sin volver a preocuparse de este detalle. Hasta que un día se sintió mal, sobreviniéndole una pequeña hemoptisis, siendo atendido convenientemente por el especialista, según antes decimos, el cual después de algún tiempo le dió de alta, enviándole a nuestra consulta por si pudiese aparecer algún foco en boca. Nos dice también, a preguntas nuestras, que nota mal sabor de boca y trastornos gástricos, que se traducen en frecuentes indigestiones.

Realizamos la oportuna exploración clínica y observa-

mos, en efecto, la ausencia de incisivos centrales superiores y además una fístula vestibular que coincide aproximadamente con la base de implantación del frenillo y por la

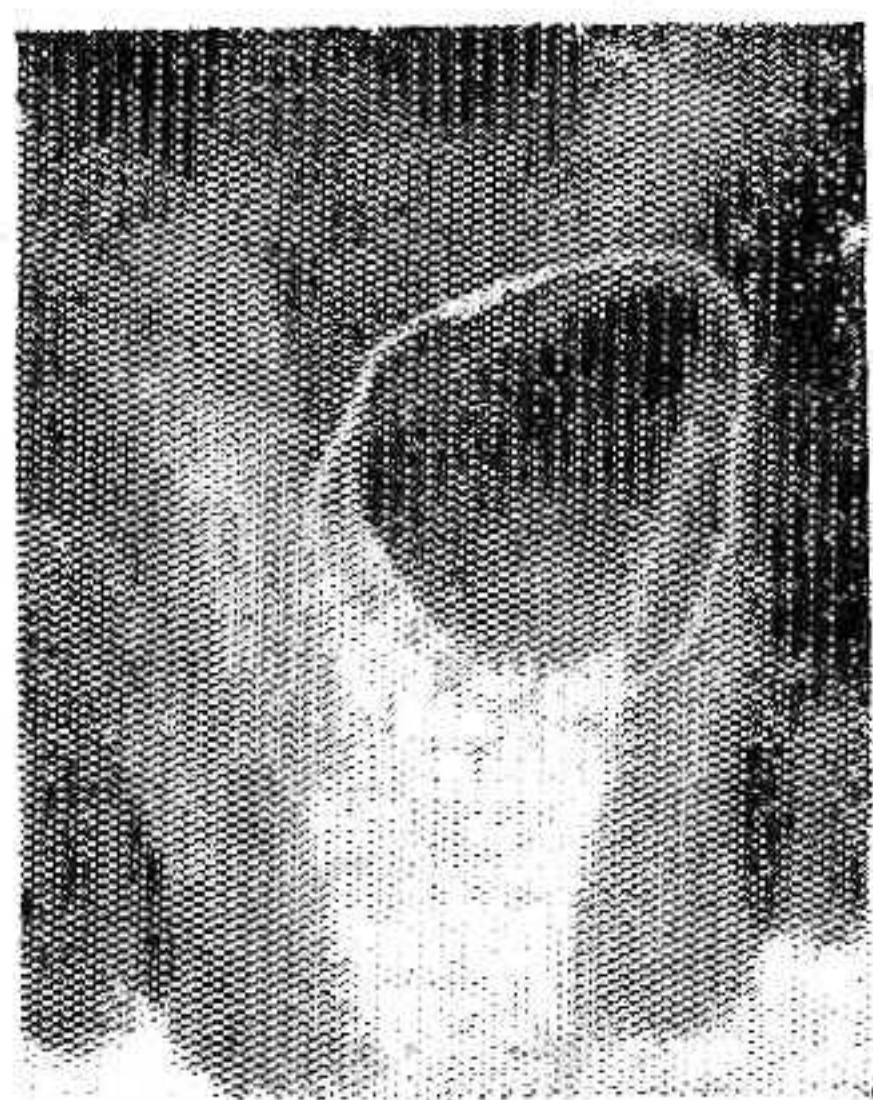


Fig. 1.—Diente eclóptico con el cuello en dirección al borde gingival. (El diente aparece circunscripto por una línea blanca)

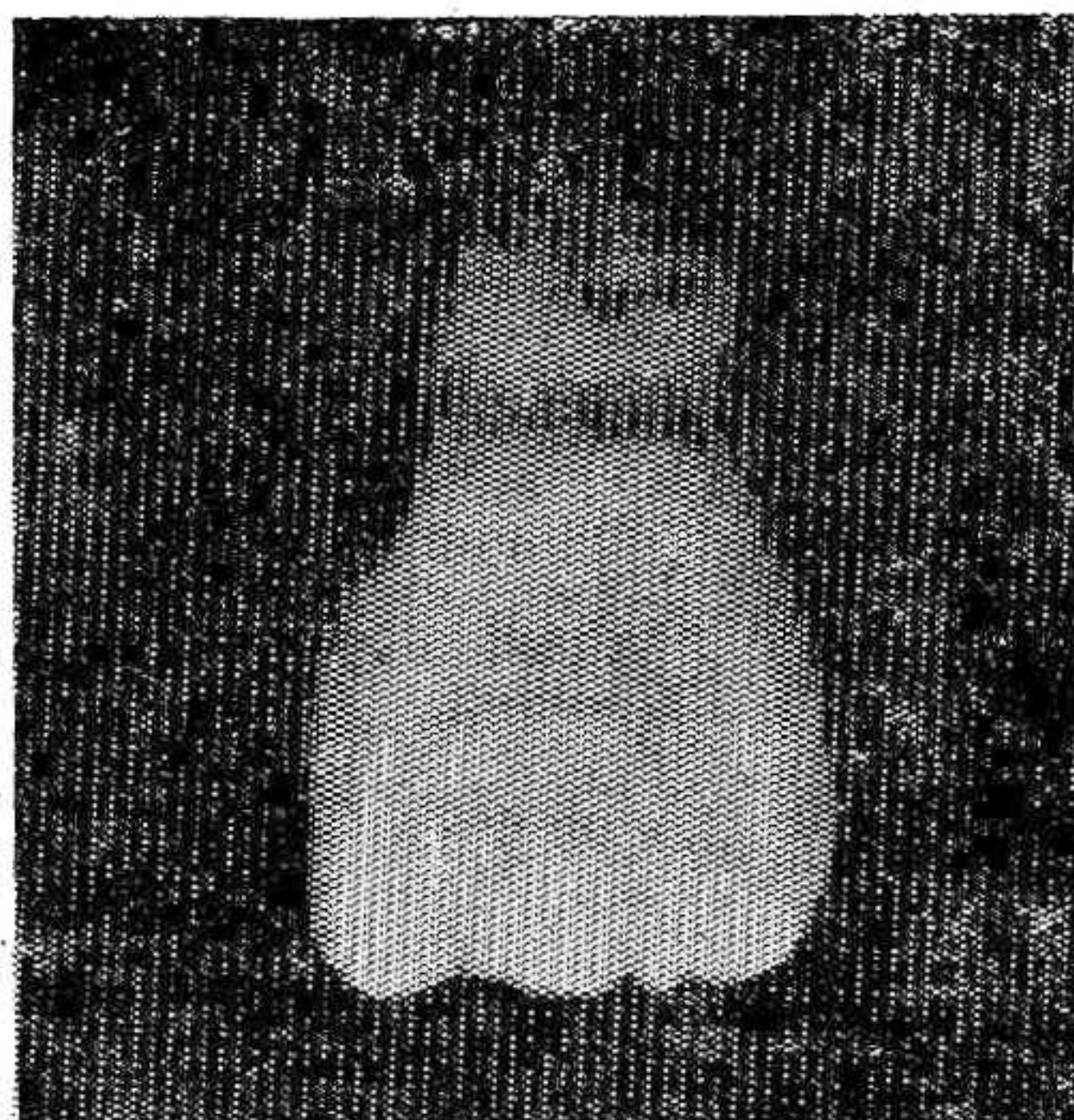


Fig. 2.—El mismo diente extraído

que fluye abundante secreción purulenta. Existe, como es lógico, ligera reacción inflamatoria, pero nada de dolor. El resto de la boca acusa falta de ciertos molares y algunas caries, sin nada más de particular.



Fig. 3.—Zona de emplazamiento del diente, en vías de cicatrización

Decidimos seguidamente la impresión obligada de placas radiográficas intrabucuales, que realizamos en el acto, y que nos muestran, con la natural sorpresa, la existencia

de un incisivo central incluído al que falta la raíz y en posición ectópica, es decir, totalmente invertido, o sea con el borde incisal mirando hacia la base de la raíz y el cuello hacia el borde gingival (figura 1.^a).

A la vista de esto, procedemos a la intervención, previa anestesia con solución de Percaína al dos p o r m i l, abriendo con la suficiente amplitud la celda que ocupa el diente, cuya situación es superficial, y procediendo a movilizarlo convenientemente y con las debidas precauciones para evitar traumatizar el lateral del lado izquierdo, contra el que se halla ligeramente impactado. Logramos así que salga intacto, pudiendo apreciarse que se trata de un diente normal con la sola falta, como antes dijimos, de los dos tercios de la raíz (fig. 2.^a). A los pocos días la herida se hallaba en franco período de curación, desapareciendo como por encanto la supuración, la febrícula y también los trastornos gástricos, pudiendo verse el estado del proceso, después de intervenido (fig. 3.^a).

¿Qué consideraciones nos sugiere este interesantísimo caso? ¿Cómo pudo producirse esta ectopía? Es evidente que la etiología no puede estar más clara. Un fuerte traumatismo hace saltar los centrales temporales y ocasiona al propio tiempo la desviación del folículo del diente permanente, arrancándolo, por así decirlo, de sus normales conexiones, razón por la cual no habrá de desarrollarse su raíz, quedando en esa posición invertida de un modo definitivo. Se trata, pues, de un verdadera espina irritativa. En cuanto al otro germen, del que no existen vestigios, es posible que sufriese un proceso de destrucción, como consecuencia del trauma, dando así lugar a la formación del trayecto fistuloso.

¿Qué relación pudo tener este foco con el proceso fímico del paciente? Posiblemente ninguna, a nuestro modesto juicio. En cambio, sí se la atribuimos a la persistencia de los trastornos gástricos, como consecuencia natural

de la ingestión constante de millones de gérmenes procedentes de la secreción purulenta del foco y aun de la febrícula, por la posibilidad del paso de toxinas al torrente circulatorio.

CONCLUSIONES

Primera: Aquellos casos que puedan aportar algún dato interesante al progreso de la Odontología y que vengan a nuestras manos, estamos moralmente obligados a ponerlos en conocimiento de los compañeros.

Segunda: Factores de distinta naturaleza, contribuyen a la producción de ectopías e inclusiones dentarias.

Tercera: Trastornos generales pueden ser ocasionados por las mismas, haciéndose por ello imprescindible una estrecha unión y colaboración entre el internista y el estomatólogo.

Cuarta: La exploración radiográfica se hace indispensable para la localización y diagnóstico de estos procesos, y

Quinta y última: En la eliminación de estas piezas incluídas, se debe proceder con mucha cautela, no sólo para evitar traumatizar los dientes vecinos; sino también el peligro de posibles fracturas de los maxilares, principalmente fáciles en la mandíbula, en aquellas circunstancias en que pudieran existir extensas zonas de rarefacción ósea, consecuencia de un proceso supurado muy antiguo.

Lupus vulgar tratado con calciferol.—Los autores comunican el tratamiento de cinco casos de lupus vulgar con calciferol, de los cuales tres curaron rápidamente, uno mejoró considerablemente y el otro no experimentó modificación. Declaran los autores que existen ya numerosos casos tratados de esta forma para que no quepa duda alguna de que el calciferol, a la dosis adecuada, es capaz de curar una gran proporción de casos, aunque todavía no se conoce el mecanismo de acción sobre las lesiones de dicha vitamina. *Procd. Ry. Soc. of Med.* 39:5-1946, per *Re. España*.