

N NECROSIS MANDIBULAR

ODONTOIATRIA

Los Rayos X y la osteonecrosis de la mandíbula (X-Ray irradiation and osteonecrosis of the jaws).—F. F. KANTHAK: The Jour. of Am. Dental Ass., volúmen 28, número 12, página 1.925; diciembre 1943.

Peters, ya en 1903, demostró la detención de crecimiento de alas de pollo expuestas a los rayos X. Poco después Recamier y Tribondeau llegaron a la misma conclusión con dosis de rayos X tan pequeñas que no ocasionaban lesión en la piel ni cambio en la histología del hueso. Cluret vió experimentalmente un retardo en la formación del callo de fractura de veintiuno a treinta y cuatro días, comenzando la curación por la parte opuesta al sector irradiado. En 1922, Regaud hace notar la gran susceptibilidad de la mandíbula para la necrosis e infección bajo piel no dañada durante el tratamiento del carcinoma de la cavidad bucal.

El periostio es, al parecer, muy susceptible a la irradiación; se hincha, se espesa y despega el hueso, cristalizando su superficie interna, pudiendo llegar a faltar la capa de osteoblastos. Ewing ha demostrado en el hueso irradiado irregularidades y ensanchamientos de las lagunas y canales, con una pérdida parcial de su estructura laminar indicando destrucción de las células óseas y la pérdida de vitalidad. Los vasos se obliteran espesándose, acabando con ne-

erosis aséptica. Esto en clínica ha sido descrito más frecuentemente en fémures por irradiación de carcinoma ovárico.

La frecuencia con que se presenta se deduce de las estadísticas de Waston y Scarboroug, en las que, de mil ochocientos diecinueve casos tratados, doscientos treinta y cinco padecieron osteorradionecrosis, o sea el 13 por 100.

Tres factores definidos parecen conducir a ella: la irradiación, la infección y el traumatismo. Tiende la irradiación a destruir la resistencia normal del tejido a la infección y su reacción restitutiva, alterando el proceso de cicatrización. La infección se produce por deficiente higiene bucal, piezas cariadas o rotas. El trauma puede ser una simple extracción; después de ella la cavidad no muestra tendencia a curar, se lisan los tejidos blandos adyacentes, dejando gran parte del hueso expuesto. La supuración es profusa y continua con dolor sordo y persistente, marcado "trismus", tardando bastante en delimitarse el secuestro, seis meses o más, pudiendo presentarse una fractura patológica. En esta fase aconsejan la secuestrotomía con el minimum de lesión para los tejidos blandos; después mantienen en oclusión correcta con tracción elástica, hasta que se haya producido la curación de los tejidos blandos. Esto reduce la deformidad y la inhabilidad funcional. El dolor y el "trismus" se alivian con la secuestrotomía; la supuración no cesa hasta la curación completa. Hace notar que con frecuencia el trauma de la extracción dentaria

precede a la osteorradionecrosis extensa, haciendo muy difícil la restitución a la normalidad.

Concluye el autor aconsejando, antes del tratamiento por rayos X de neoplasmas de boca y cavidades contiguas, la extracción de todas las piezas infectadas o dudosas; las restantes se dejarán en las mejores condiciones posibles, ya que los efectos de la irradiación en las mandíbulas duran varios años o un tiempo indeterminado. Los radioterapeutas consideran afortunado el paciente desdentado con cáncer bucal, explicándose por estas razones. Además, la ablación de los dientes frontales permite usar la irradiación intraoralmente, lo cual es ventajoso en el tratamiento de ciertos casos de carcinoma de suelo de boca.—*J. Font.* per "Méd. Esp.", pág. 195.

Observaciones en la parotiditis epidémica.—WALDEMAR FEER.—

Schweiz. med. Wschr, núm, 53, página 1.569, 1943. [616.9].

La parotiditis epidémica (p. e.) pertenece a las enfermedades más interesantes de la infancia, en particular por sus complicaciones nerviosas.

En trece años, el autor ha tratado 146 casos de p. e., de los que cuatro eran adultos: tres madres contagiadas por sus pequeños, y una sirvienta.

Según Rommel, se la considera generalmente como una enfermedad invernal. De los casos del autor, el 73 por 100 se presentaron en los meses de octubre a marzo: la mayor parte en marzo. La explicación general es la vida en común que impone el frío. Algo puede haber de cierto en ello, pero la p. e. es una enfermedad vírica y las enfermedades por virus tienen, a menudo, sus meses favoritos; como la poliomiелitis, que prefiere los últimos del verano.

El tiempo de incubación parece durar de quince a veintiún días. En una familia enfermó la madre a los treinta y siete días de su hijo. Pero puesto que no sabemos cuánto tiempo dura su contagiosidad, no se debe hablar, sin más, de un período de incubación de treinta y siete días.

Raramente se acusan pródromos: alguna vez sed especial; otro estado nauseoso. Por lo demás, mal humor y cansancio.

Síntomas: El más importante es la adenitis salivar parotídea. En los casos ligeros se debe investigar la hinchazón palpatoriamente. Prueba de la sensibilidad: Si se presiona con el dedo por en-

O OSTEOMIELITIS

ODONTOIATRIA

El papel de la quimioterapia en el tratamiento de la osteomielitis hematógena.—MC KEOWN: British Journal of Surgery, núm. 31, páginas 13-22, 1943. [616.71].

Se trató con sulfotiazol y diversos tipos de intervención quirúrgica una serie de 26 casos de osteomielitis hematógena aguda. Se dan detalles de las variaciones en el tratamiento de todos los casos, incluyéndose 12 radiografías.

En los 17 casos que recibieron pronto sulfotiazol combinado con trepanación ósea, el grado de alteración del hueso visto en las radiografías fué mínimo. En dos de estos casos no hubo alteraciones radiográficas, aunque el diagnóstico no ofreció duda. La dosificación de sulfotiazol fué de 1 gr. por 20 libras (unos nueve kilos) de peso orgánico por día durante ocho días, empezando al comienzo de la enfermedad. Al cabo de un intervalo de tres semanas se repitió la serie. De ordinario, el tratamiento quirúrgico consistió en practicar agujeros múltiples en la metáfisis, entre el segundo y sexto días de la enfermedad.

En los casos restantes en los que la intervención quirúrgica fué mínima (tres casos) o diferente (dos casos), en la cual el sulfotiazol se administró más tarde (tres casos) o en dosis más pe-

cima del trago el paciente no experimenta ningún dolor, mientras que si se comprime por debajo de aquél, se produce dolor en el 100 por 100 de los casos, o al menos es posible reconocerlo por la expresión del rostro, en los niños pequeños. Todos los niños cuyas manifestaciones son dignas de crédito acusan dolor al masticar.

Según el autor, el síntoma del "ductus", esto es, el enrojecimiento y tumefacción de la desembocadura del conducto de Stenon es un signo diagnóstico inseguro, porque falta, a menudo en esta enfermedad, y, en cambio, se presenta en enfermedades que no tienen relación con la p. e. Por el contrario, en un caso encontré, bilateralmente, la desembocadura del conducto submaxilar de Wharton marcada, sobre la carúncula sublingual, por un punto enrojecido, y, en otro, la plica sublingual izquierda inflamada y cubierta por numerosos puntos rojos que asemejaba un peine de tuberosidades rojizas. Friedjung refiere una observación análoga.

La participación de las submaxilares se encuentra en el 25 por 100 de los casos. En estado inflamatorio, estas glándulas se palpan más duras que la parótida, redondeadas y del tamaño de una nuez o algo más pequeñas. En dos casos, el autor pudo palpar claramente las glándulas submentonianas.

En cinco casos notó, además, un edema en el contorno de las glándulas salivares inflamadas, de modo que la cara resultaba enmarcada por una tumefacción en herradura. En otro vió un edema de labio superior, y, por último, en otro uno de los párpados.

queñas (un caso), la gravedad de la infección ósea no pareció modificarse con la quimioterapia. Los resultados se compararon con una serie de control de 74 casos tratados sin quimioterapia.

La duración de la enfermedad pareció abreviarse considerablemente en aquellos casos en los que se empleó el sulfotiazol, aunque los datos fueron incompletos en ciertos extremos. La combinación de sulfotiazol y trepanación ósea, pareció reducir la duración de la enfermedad en un 60 por 100.—Y., per "Bbl. Med. Ins.", 3.134.