

Un caso interesante de quiste dentífero

por el

DR. AURELIO GIL MARISCAL

Abelardo Rodríguez Giles, de veinticinco años, soltero, natural de Puebla del Maestre (Badajoz), calle Cervantes, número 6.

Nos refiere (10 de octubre 1948) que hacía seis días empezó a notar tumefacción dolorosa sobre rama horizontal derecha de maxilar inferior, fiebre alta ($39^{\circ}6$), precedida de intenso escalofrío y postración intensa. A los cuatro días de este comienzo se le abre espontáneamente la tumoración, dando salida a un pus fétido en extremo, verdoso y mal trabado; con ello le cede el dolor y baja la fiebre, quedándole una dificultad marcada para abrir la boca.

En este momento le vemos. Enfermo con buen estado de nutrición, con ligera palidez de piel y mucosas.

En región submaxilar derecha se aprecia una gran tumefacción, caliente y rubicunda, que al presionarla da salida a un pus verdoso, maloliente, por un orificio pequeño situado aproximadamente sobre el centro de la tumefacción. Toda la mejilla aparece hinchada. Trismo muy marcado.

Con habones intradérmicos de novocaína-corbosil anestesia-mos la línea de incisión, procediendo a dilatar el flemón con una incisión paralela al borde de la rama horizontal del maxilar inferior.

Una vez abierto, comprobamos que el borde inferior de la rama maxilar inferior está desperiostada, apareciendo su superficie rugosa. Se rellena la cavidad con sulfatiazol, dejando drenaje.

Por la exploración realizada sospechamos se tratase de una osteitis maxilar inferior y le prescribimos penicilina—dos millones de unidades.

A los cuatro días de haberlo dilatado, la tumefacción ha desaparecido casi por completo y la mejilla está menos hin-

chada. En este momento se le hace radiografía. En radiografía descubrimos la presencia de un quiste dentario, grande, con diente incluído.

Insistimos en el tratamiento penicilínico, ya con vistas a la intervención ulterior, a fin de dejar lo más asépticamente posible la cavidad quística para proceder a su extirpación.

Localmente se le siguen realizando curas asépticas con sulfatiazol polvo estéril.

A los treinta días de haber dilatado el flemón primitivo, y cuando llevaba quince de estar la herida limpia, procedimos a la segunda intervención. Anestesia loco-ragional con novocaína corbosil al 2 por 100. Muy buena anestesia.

Incisión paralela a la rama horizontal de maxilar; sobre el orificio fistuloso de hueso se amplía con gubia hasta dejar buen campo, procediendo entonces a la extracción del diente que se encuentra bien adherido, siendo preciso hacer su extracción con forceps odontológico.

Con cucharilla intentamos el raspado de la cavidad, pero vemos con gran sorpresa cómo se desprendía la cápsula del quiste y salía en su totalidad; a pesar de ello, raspamos la cavidad quística, por si quedaban algunos restos.

Aplicación de sulfatiazol polvo estéril en la cavidad y rellenamiento con gasa.

La membrana se envía íntegramente al Dr. Calvente para análisis histopatológico.

Técnica seguida: Fijación en formol al 10 por 100. Cortes por congelación. Coloración. Hematoxilina eosina y Tricromico de Gallego.

Examen microscópico: Se ve tejido conectivo fibroso de haces igualmente orientados con algunos nódulos calcáreos de pequeña talla.

Esta cápsula se encuentra revestida en su porción interna por fina membrana anhista, en la que se ven algunos leucocitos de tipo mononuclear pequeños y de mayor talla.

Diagnóstico: Membrana de quiste con los caracteres descritos.

Sevilla, a 30 de noviembre de 1948.

A las veinticuatro horas de la intervención, enviamos el enfermo al odontólogo don Alberto Tato, que en todo momento ha colaborado con nosotros en el tratamiento de este enfermo, el cual procedió al bloqueo.

El curso post-operatorio es normal, continuándose con penicilina hasta un total de seis millones de unidades, haciendo, además, dos ciclos de Aseptil-tiazólico, de 20 gramos en cada ciclo. Limpieza rigurosa de cavidad bucal.

Localmente, practicamos curas muy retardadas (hasta de ocho días), rellenando la cavidad ósea con sulfatiazol en polvo estéril y tiras de gasa.

A los catorce días hacemos nueva radiografía, en la que observamos la pérdida de sustancia ósea, pero sin los límites de la cavidad quística que existía en la primera, y que era motivado por la membrana quística. Se nota la fractura del borde alveolar. Se observa un pequeño secuestro. A los veintitrés días de esta segunda radio se le hace la tercera, en la que se observa una regeneración ósea bastante considerable, y que nunca esperamos fuese tan rápida. Se sigue observando un pequeño secuestro. Localmente, la herida operatoria está bien, quedando un pequeño punto por cerrar.

A los quince días de la tercera radiografía y treinta y dos días de la intervención, se le hace una nueva radio, en la que se observa casi una completa regeneración ósea.

Se retira el bloqueo a los cuarenta y cinco días de la intervención, existiendo una ligera crepitación de fragmentos óseos. De momento, insistimos un poco más de tiempo en la inmovilización, y si después de un espacio prudencial vemos que no ha acabado de soldar, procedemos a practicar un injerto óseo.

Localmente, la herida está cicatrizada, no existiendo más deformidad que un ligero adema en la mejilla derecha.

Los dos maxilares ofrecen el carácter especial de ser huesos dentíferos. Así, pues, aparte de los tumores óseos comunes, son asientos de deformaciones neoplásticas, macizas o quísticas, que se relacionan con la presencia de los dientes, y esto ocurre en dos condiciones patogénicas distintas. Unas veces esas neoplasias nacen en el período en que se forman los tejidos dentarios. Otras veces su evolución es más tardía, aparecen en

la edad en que el desarrollo dentario ha terminado, y tienen por punto de partida pequeñas masas celulares, que representan en el adulto residuos epiteliales de dentición (restos paradentarios de Malassez).

Desde Broca se designan con el nombre de *odontomas* los tumores que se desarrollan durante la evolución de los folículos.

En el segundo grupo se clasifican las neoplasias epiteliales que aparecen en el adulto y que toman la forma, ya de masas celulares sólidas y macizas, ya de producciones quísticas, o de verdaderos quistes.

Tres tipos podemos distinguir de quistes intraóseos: primero, pequeños quistes radiculares suspendidos de las raíces; segundo, quistes uniloculares simples o que contienen en su cavidad un diente o porciones dentarias (quistes dentíferos), y tercero, quistes multiloculares.

Muchas teorías patogénicas se han ideado para explicar la formación de estos quistes. Broca formula una teoría, que denomina folicular, que más tarde es sustituida por la teoría paradentaria de Malassez. Según Broca, estos quistes resultarían de un derriame en el interior del folículo dentario, y la secreción de líquido sería debida al reblandecimiento del órgano del esmalte, en lugar de adherirse al esmalte del diente, se separan del mismo, para constituir el revestimiento epitelial de la cápsula quística.

La clínica suele ser muy inexpresiva; a veces se encuentra en el borde maxilar un tumor adherente a plano óseo, revestido de mucosa, que presenta varicosidades. Otras veces es una neuralgia dentaria y examen detenido lo que nos descubre la presencia del quiste. Otras veces es la tumefacción y supuración del primer síntoma que aqueja el enfermo, como sucede en nuestro caso.

El diagnóstico es radiológico, ya que la presencia de una tumoración en borde maxilar, o una supuración permanente de un flemón, o un trismo, nos lleva a estudiar radiológicamente al enfermo, y así descubrimos el quiste.

El tratamiento consiste en la extirpación del quiste, seguido o no de injerto óseo.

El curso clínico y radiológico de este enfermo nos lleva a ser un poco comedido en cuanto a tratamiento se refiere. Actualmente, la tendencia quirúrgica es la operación radical, es decir, resección lo más amplia posible e injerto después, pensando siempre en que muchas veces es imposible la regeneración ósea de una cavidad tan grande.

El quiste del enfermo que nos ocupa, tenía una cavidad muy considerable, y, sin embargo, la regeneración ósea, hasta la fecha, es casi completa.

El motivo principal de la comunicación de este caso ha sido precisamente el querer hacer patente como hasta la fecha, con un mínimo de intervención, apertura del quiste, extracción de la cápsula y ligero legrado de la cavidad, hemos llegado casi a una total regeneración ósea. (per *Hisp. Med*, 62, 1949.)

Contribución al estudio del catgut.—Fandre(("Prod. Pharm., 3, 11, 491, nov. 1948.)

Se hace resaltar la aparente incompatibilidad entre una correcta esterilización y la reabsorción de los ligamentos, citando gran número de trabajos alemanes, norteamericanos y franceses.

Entre los nuevos procedimientos de preparación de catgut no se pueden dejar de citar los trabajos del profesor búlgaro Trandafilov sobre la esterilización previa de las correas de tripa de carnero utilizando el hipoclorito de sodio como agente oxidante. Este autor recomienda el empleo de disoluciones contenido un 5 por 1.000 de cloro activo en un medio de pH 5,5. Los resultados de sus experiencias han demostrado que el cloro activo es el agente ideal para la esterilización previa de la tripa mediante la fijación del cloro al estado libre y combinado sobre las albúminas de la tripa. Esta fijación tiene lugar de un modo progresivo en una proporción que depende del tiempo que duré la maceración. En los primeros quince minutos, la fijación es activa y puede alcanzar a una media de 60 por 100. Con un tiempo máximo de maceración de doce horas se obtiene una fijación del 90 por 100, lo cual da productos *completamente* estériles. Los resultados obtenidos en el ensayo de 94.469 muestras de catgut han sido perfectos y confirman una esterilización 100 por 100.

Una de las grandes ventajas del método Trandafilov es que el tratamiento esterilizante no hace disminuir apreciablemente la resistencia mecánica de la fibra, y en ciertos casos esta resistencia resulta mejorada por el tratamiento con cloro.