

Eficacia del empleo local del polvo de sulfatiazol en Odontología y Cirugía oral, por P. L. Meacham D. M. D. y Edwin E. Osgood M. D. J. A. D. A.
Vol. 28 núm. 10

La aplicación local de sulfatiazol como medida profiláctica empleada después de 287 extracciones dentarias y 160 intervenciones quirúrgicas de la cavidad oral, ha dado como resultado una considerable disminución en las complicaciones infectivas, un acortamiento en el período de recuperación y la no existencia apenas de molestias, inflamación e impotencia masticatorias.

La aplicación local de polvos de sulfatiazol después de conseguido el drenaje e irrigación como control de las infecciones preexistentes fué empleado en dos casos de osteomielitis de la rama, en otro caso de fractura con drenaje, y en cinco casos de celulitis de la mandíbula y del maxilar.

Puede afirmarse como conclusión de estas observaciones que el empleo local de sulfatiazol en polvo en la prevención de las infecciones en dentistería operatoria y en cirugía oral ha dado extraordinariamente mejor resultado que los procedimientos antisépticos anteriormente empleados.—*P. Murcia.*

S SIFILIS

ODONTOIATRIA

Aspectos dentarios de la sífilis congénita, por J. C. Brauer D. D. S., M. Se. y C. H. Blackstone D. D. S. J. A. D. A. Vol. 28 núm. 10

Para este trabajo han sido objeto de detenido estudio dentario treinta y ocho niños con sífilis congénita. De cada cuatro de ellos, tres presentaban algún estigma dentario con presumible relación con su infección. De los dieciséis niños que conservaban todavía toda su dentición temporal, el treinta y siete por ciento acusaban muescas en el lóbulo central de los incisivos, y dos de ellos presentaban marcada hipoplasia de sus molares temporales; estas observaciones demostraron lo erróneo del punto de vista general de creer que la sífilis no produce cambios aparentes en la dentición temporal; y aunque no podamos establecer definitivamente que los cambios en los incisivos sea el resultado de la sífilis, creemos que la hipoplasia del esmalte observada en los molares temporales puede ser atribuída a la infección o al tratamiento antisifilítico de la madre.

Del examen de los dientes permanentes, de treinta y seis niños, ya directamente o por medios radiográficos, se puede afirmar que la frecuencia de distrofias dentales era mucho mayor que la reseñada por otros observadores: el sesenta y tres por ciento tenían incisivos con muescas o afilados; el treinta y siete por ciento de veinticuatro

pacientes presentaba hipoplasia de esmalte con incisivos anormales; el mismo porcentaje existía en la presencia de molares con aspecto de mora. La infección luética parece no ejercer efectos apreciables sobre el tiempo de erupción de los dientes ni de caída de los temporales.

El tratamiento antiluético ejerce efectos desastrosos sobre la región gingival en un alto porcentaje de niños; acusan casi siempre una marcada hiperemia de las encías, y de los treinta y ocho casos tratados, diez de ellos presentaban línea bismútica, tres acusaban marcada piorrea y ocho padecieron cálculos salivares.—*P. Murcia.*

y medio de lado; en caso de urgencia, puede practicarse la simple perforación de la cortical con un trépano. Se coloca un apósito de gasa vaselinada o empapada en una solución diluida de hipoclorito sódico. Se inmoviliza el miembro en un enyesado o, si el paciente se mantiene tranquilo, mediante tracción continua o sacos de arena.

En un buen número de casos el drenaje precoz y la administración de sulfamidas impedirá la producción de necrosis y la herida curará por granulación bajo un simple apósito de gasa vaselinada. En la serie de 33 casos de osteomielitis hematógena tratados por los autores, se practicó un drenaje precoz del foco en 29. Siete de ellos, 28,5 por 100, curaron sin necesidad de otra intervención.

Hoy existe cierta tendencia a rechazar el drenaje precoz de los focos osteomielíticos localizados, sobre todo desde la introducción de las sulfamidas. A pesar de sus buenos efectos, estos medicamentos no tienen ninguna acción sobre las necrosis óseas producidas antes de que lleguen a dominar la infección. Estas necrosis quedan permanentemente como un secuestro, no pudiéndose decir que esté curada una osteomielitis mientras no se hagan desaparecer estos focos de infección latente. No puede aún decirse hasta qué punto podrá confiarse a la penicilina la esterilización completa de los secuestros óseos. Mientras tanto, cree el autor que debe seguirse efectuando el drenaje precoz en los casos de abscesos bien limitados, para evitar la persistencia de las partes muertas del hueso.

O OSTEOMIELITIS

ODONTOIATRIA

II

La osteomielitis aguda pasa desapercibida en gran número de casos hasta que, al cabo de semanas o meses, se ha producido una extensa destrucción ósea. Se ha confundido muchas veces con un reumatismo, y otras con una artritis o una celulitis.

El pronóstico es bueno en los casos en que dominan los síntomas locales, y malo en los que se trata de una septicemia con localización secundaria en los huesos. Como no siempre se hace esta distinción, la mortalidad en las estadísticas oscila de 2 a 30 por 100. En los casos estudiados por el autor, la mortalidad fué de 11,2 por 100. Los casos de muerte, excepto dos, se presentaron en la forma fulminante. Esta forma va acompañada de una mortalidad bastante superior al 50 por 100, aunque es de esperar que con las sulfamidas y penicilina ha de descender considerablemente. Es muy alta la mortalidad en los niños de pecho: 45 por 100 en los menores de seis meses.

El pronóstico respecto al estado en que queda el hueso es malo. En los niños de más de 3 años de edad, la enfermedad pasa frecuentemente al estado crónico. En los infantes esto no suele suceder, debido a tres razones: 1.ª, la infección es producida muchas veces por el estreptococo, que causa menor destrucción ósea que los estafilococos; 2.ª, los grandes espacios esponjosos del hueso muy joven permite que el proceso inflamatorio llegue más rápidamente debajo del periostio, que es fácilmente levantado y perforado por el pus; éste encuentra así pronta salida al exterior, y se originan le-

siones óseas mínimas; 3.^a, el hueso necrosado en los niños muy pequeños se reabsorbe fácilmente y es muy rápida la regeneración ósea.

Al establecer el tratamiento de la osteomielitis hematógena en su período agudo, deberán distinguirse dos grupos: 1.^o Infantes; es decir, niños menores de dos años. 2.^o Niños mayores de dos años, adolescentes y adultos. En los infantes, el tratamiento debería ser conservador, debe atenderse principalmente al estado general más que a las lesiones óseas, que, como queda dicho, se reparan bastante bien en esta edad. Las medidas principales son la inmovilización del miembro afecto, evitar la deshidratación y administrar los medicamentos oportunos, como el suero antiestafilocócico o antiestreptocócico, sulfamidas y penicilina.

Cuando el pus se ha abierto camino a través del periostio, puede aspirarse mediante punción; cuando esto no es suficiente, habrá que incindir el periostio; si parece aconsejable, puede hacerse una pequeña abertura en el hueso. Cuanto más pequeña sea la intervención, tanto mejor será el resultado.

En los niños de más de dos años, en los adolescentes y en los adultos, no es fácil determinar cuál es el método de tratamiento más conveniente. El pus no se colecciona ni drena con facilidad, es mayor la toxemia y hay una tendencia manifiesta al paso del proceso al estado crónico. Es muy importante el tratamiento general; el dolor se calmará por la inmovilización del miembro y administración de morfina; la deshidratación se combate con inyección de sueros, y la intoxicación y la anemia mediante transfusiones de 400 a 500 centímetros cúbicos.

Como el 90 por 100 de los casos de osteomielitis son producidos por los estafilococos, debe preferirse el Sulfotiazol entre todas las

sulfamidas. La antitoxinia estafilocócica no se ha empleado mucho, aunque se dispone actualmente de sueros muy concentrados y purificados. Shands y Baker han obtenido con la antixina resultados alentadores. La penicilina parece constituir un factor muy importante en el tratamiento de la osteomielitis. Pero, hasta ahora, el autor no tiene experiencia acerca de ella.

Todavía hoy es muy discutido el tratamiento local de la osteomielitis, sobre todo la cuestión del drenaje; es decir, si debe o no drenarse el foco osteomielítico. Los partidarios del tratamiento conservador creen que el foco óseo es una fuente de sustancias bactericidas que combaten la infección general y que, por lo tanto, no debe ser perturbado; piensan, además, que las defensas naturales del organismo son suficientes para luchar contra la infección general y local. Por el contrario, los intervencionistas creen que el tratamiento de la osteomielitis es un problema puramente quirúrgico y no inmunológico, y que no puede esperarse que las fuerzas defensivas del organismo se desarrollen con suficiente rapidez. Además, la infección ósea que no encuentre abierto el camino se extendería, destruyendo mayores zonas de hueso.

Lo único que resulta claro después de todas las discusiones, es que el absceso osteomielítico bien localizado es una cosa, y otra la septicemia con abscesos múltiples. En el primer caso es razonable una intervención quirúrgica, la cual no tiene objeto en el segundo.

La intervención quirúrgica debe ser mínima: incisión de las partes blandas en el punto de mayor sensibilidad dolorosa, y llegar hasta el hueso a través de los intersticios musculares. La simple incisión del periostio no es suficiente; hay que practicar una ventana en la capa cortical del hueso, aproximadamente de dos centímetros

Puede haber síntomas locales, como dolor y sensibilidad a la presión en la extremidad superior o inferior, pero son poco marcados y pueden pasar completamente inadvertidos a causa del grave estado general. En estos casos la verdadera enfermedad es una septicemia, y no una osteomielitis propiamente dicha; los síntomas de la osteomielitis pueden aparecer después, cuando el estado piémico da lugar a metástasis, entre ellas en los huesos. Esta forma de osteomielitis ha sido llamado fulminante; no cede a ninguna clase de tratamiento y termina por la muerte.

El cuadro hemático en la osteomielitis se caracteriza por una leucocitosis de 15.000 a 25.000. En las infecciones muy graves puede no existir esta hiperleucocitosis, siendo un signo que traduce la incapacidad del organismo para luchar contra la infección. El aumento de los leucocitos se hace generalmente a expensas de los polimorfonucleares. En el curso de la enfermedad se desarrolla una anemia progresiva, originada por la destrucción de hematíes por las exotoxinas.

Los hemocultivos tienen importancia para determinar el tipo de microbio productor y la existencia de una septicemia. Este hemocultivo debe hacerse al principio de la enfermedad y repetirse a intervalos convenientes. En la forma corriente de osteomielitis bien localizada desde un principio, los hemocultivos son frecuentemente negativos. Un hemocultivo que persiste positivo es signo de una septicemia auténtica, de muy mal pronóstico. Es también importante el título antixótico del suero de los enfermos de osteomielitis para calcular la resistencia que ofrecen contra el estafilococo infectante. En los adultos es más elevado que en los niños, y en las osteomielitis crónicas es invariablemente alto.

O OSTEOMIELITIS

ODONTOIATRIA

Frank D. Dickson: El diagnóstico clínico, pronóstico y tratamiento de la osteomielitis hematógena aguda.— *Jour. Amer. Med. Ass.*, vol. 127, núm. 4, pág. 212 enero de 1945. [616.71]. per *Bibl. Med. Inter.*— V. número 56.—3257.

I

El autor expone las observaciones efectuadas en 295 casos de osteomielitis aguda tratados durante los últimos quince años.

La osteomielitis aguda es causada por el estafilococo en el 90 por 100 de los casos: generalmente el estafilococo dorado hemolítico; el segundo agente causal más frecuente es el estreptococo y, ocasionalmente, el neumococo. Sin embargo, en los niños de menos de dos años de edad es el estreptococo la bacteria más frecuentemente encontrada; en el 40 a 50 por 100 de los casos. Esto es, probablemente, debido a la frecuencia de las afecciones respiratorias y a que, en esta edad, se tiene relativamente menos resistencia natural contra los estreptococos que contra los estafilocos, según demostraron las investigaciones de Preen y Shannon.

Está aceptado el origen hematógeno de la osteomielitis. Una vez que los microorganismos han penetrado en el torrente circulatorio, pueden ocurrir tres cosas: 1.^a, las bacterias pierden su poder patógeno gracias a las fuerzas defensivas del organismo y no se produce enfermedad local ni general; 2.^a, algunas de las bacterias pueden anidar en el hueso, multiplicarse y dar lugar a una osteomielitis; 3.^a, la bacteriemia se transforma en una septicemia o piemia, con todas

las complicaciones metastásicas consecutivas. Cuando se produce la segunda de estas posibilidades, la bacteriemia desaparece en el curso de 24 ó 48 horas, quedando sólo la infección ósea local.

Los focos osteomielíticos se producen preferentemente en las metáfisis de los huesos largos; esto se debe, probablemente, al abundante y lento riego sanguíneo de estas zonas; influye también la rapidez del crecimiento en las mismas y el que, en los niños, están expuestas a toda clase de traumas directos e indirectos. Las bacterias que se multiplican en un punto de la metáfisis producen exotoxinas que se difunden por el hueso adyacente, causando la necrosis de los tejidos y la trombosis de las venas; esto último dificulta el aislamiento del foco infeccioso por una capa de células conectivas. Aparecen leucocitos en gran cantidad, pero sucumben en su lucha contra las exotoxinas y queda libre un fermento proteolítico que autoliza o destruye el hueso muerto y da lugar a la formación de un absceso.

La osteomielitis aparece preferentemente en los niños o adolescentes. Suele haber previamente un proceso infectivo cualquiera (febrícula, otitis media, infección de vías respiratorias), y en un 25 a 40 por 100 de los casos el paciente ha sufrido un traumatismo en la región afecta.

Es frecuente observar dos formas clínicas de la enfermedad. En la primera forma, los síntomas iniciales son dolor y tensión en la extremidad afecta. El enfermo mantiene inmóvil el miembro, evitando cuidadosamente cualquier movimiento. El dolor aumenta gradualmente en intensidad, la temperatura se eleva y se presentan escalofríos. La extremidad está ligeramente flexionada en la articulación más próxima a la zona enferma. Se puede flexionar pasivamente esta articulación, pero, en cambio, la extensión es muy dolorosa;

este hecho tiene importancia diagnóstica. Ulteriormente la temperatura se eleva aún más, el pulso se acelera, la piel se torna seca y caliente, la cara está congestionada y la orina muy concentrada. En pocas horas o en dos o tres días, el dolor en la región afecta se hace más intenso y el paciente no la mueve ni permite que en ella le toquen. La toxemia es causa de gran intranquilidad y agotamiento. La temperatura elevada hace que se desarrolle poco a poco un estado de deshidratación.

Localmente se encuentra una zona dolorosa a la palpación, bien delimitada, que aparece ya en los primeros momentos, antes de que la inflamación y el enrojecimiento se hagan evidentes. Cuando ha sucedido esto último, el dolor y la sensibilidad son más difusos. La fluctuación no aparece, por regla general, hasta que el pus no se ha abierto camino a través del periostio y se extiende por las partes blandas.

Este cuadro clínico de intoxicación general y síntomas localizados de un absceso óseo es típico de la osteomielitis hematógena. El paciente se encuentra mal, a veces muy mal, pero la impresión que produce la enfermedad suele ser casi siempre la de una afección local.

La segunda forma clínica de la osteomielitis difiere de la que queda descrita. El comienzo es brusco, con escalofríos, aunque puede haber un período prodrómico de uno o dos días, durante el cual el paciente no se siente bien, está apático y no tiene apetito. Tras el escalofrío se produce una rápida elevación de la temperatura, el pulso se acelera mucho, el paciente pierde rápidamente fuerzas, se deshidrata, y no es raro el delirio. El cuadro clínico es de una enfermedad grave, siendo evidente los signos de intoxicación general.

Si los lectores favorecen al anunciante y nos
citan, la Revista podrá favorecer al lector.

AVISO

Rogamos a nuestros subscriptores que únicamente al recibir un número nos reclamen inmediatamente la falta del anterior, el cual les será enviado por correo certificado.

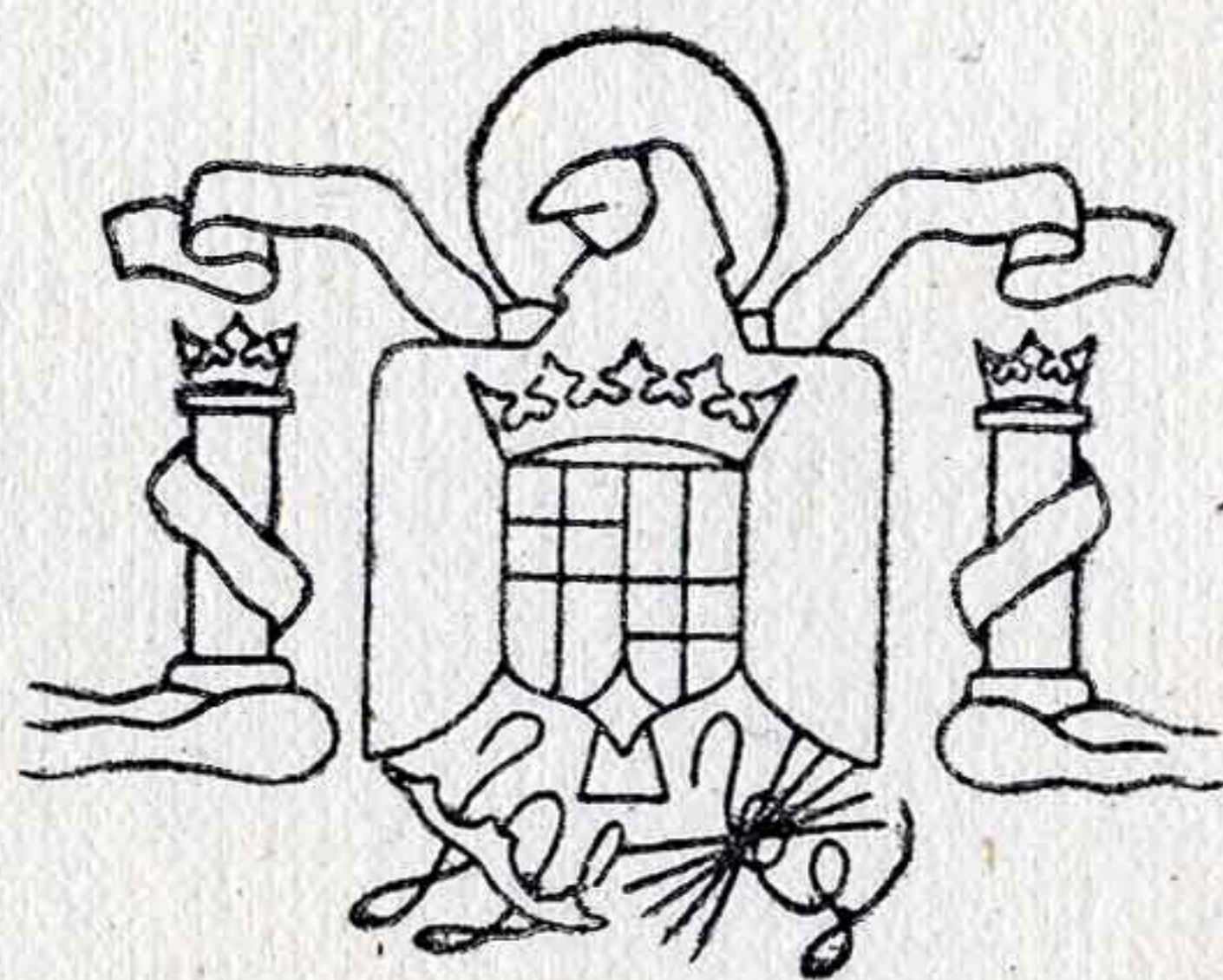
Pasado el tiempo indicado quizás nos viéramos en el trance de no poder dar satisfacción a la petición.

El querer mantener nuestra presentación nos obliga a ciertas dilaciones. Participárselas, en cada ocasión, a nuestros subscriptores carecería de significación práctica, complicando la administración.

Rogamos y agradecemos a nuestros subscriptores y anunciantes acepten este

AVISO

Los ingresos de esta publicación son invertidos
íntegramente en beneficio de sus lectores.



NÚMERO SUELTO: DIEZ PESETAS.