CASUISTICA
DE
LITIASIS DE LAS GLANDULAS SALIVARES (*)

por el

DR. PEDRO RUIZ DE TEMIÑO ALVAREZ

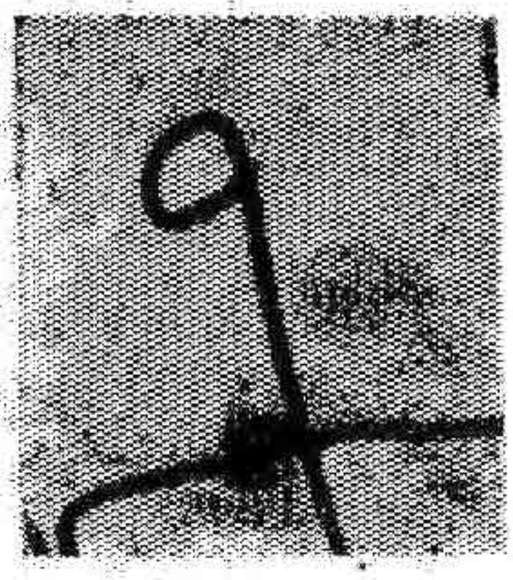
de la Casa de Salud Valdecilla

Jefe del Servicio de Estomatología

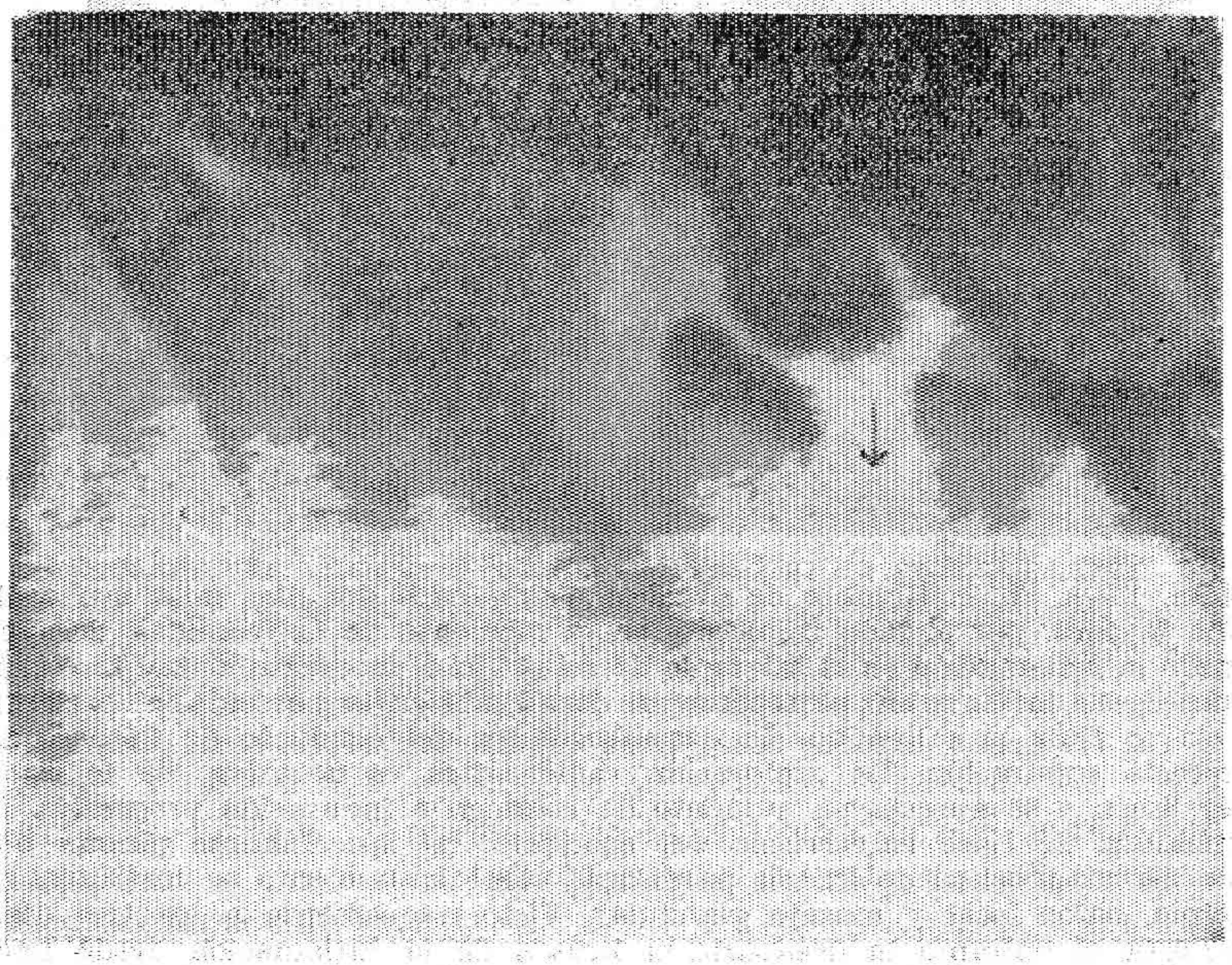
II

Núm. 1.—A. A. Z. Hombre de 41 años, desde hace dos días nota que se le hincha la cara, por el lado izquierdo, en el momento de las comidas, desapareciendo la inflamación en el intervalo de éstas. En el momento actual se observa una ligera inflamación perfectamente localizada en la parótida, al exprimir ésta se ve fluir la saliva por la desembocadura del conducto de Stenon, no se aprecia supuración. La exploración radiográfica es negativa. Se le da a comer limón y se aprecia un aumento de volumen e induración progresiva de la glándula. Se hace cateterismo del conducto, no apreciándose ningún obtáculo. Se diagnostica de litiasis parotidea; como tratamiento se instituye, en principio, calor local y masaje glandular. Visto nuevamente a los tres días, manifiesta el enfermo la desaparición brusca de la inflamación desde hace 48 horas. Visto ocho días después se encuentra bien, por lo que suponemos expulsó algún pequeño cálculo no visible en la exploración radiográfica.

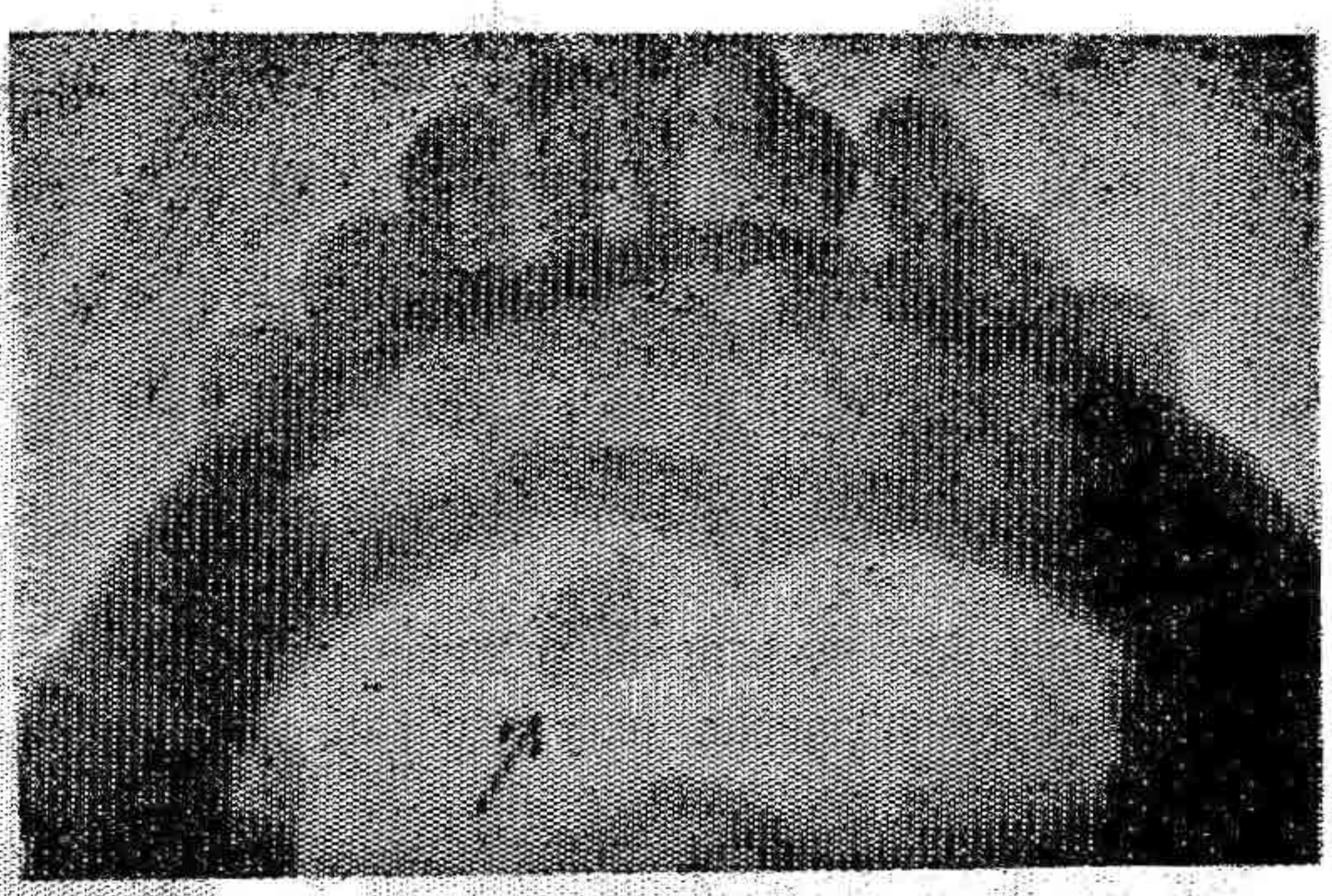
(*) Ver la primera parte en la página 129.



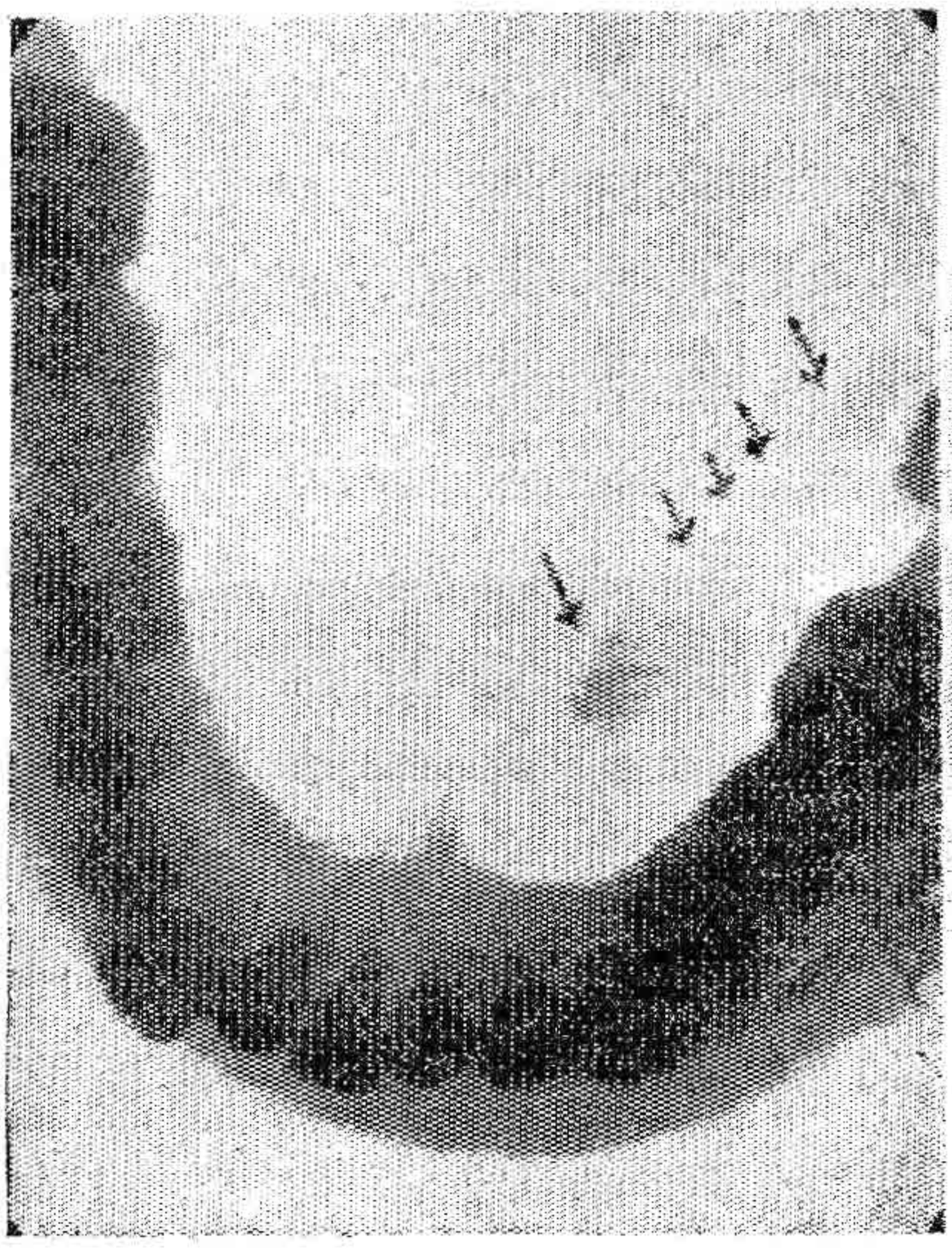
Núm. 2.—B. R. R. Hombre de 52 años. La misma sintomatología del caso anterior, pero con una historia que data de dos años, durante los cuales ha tenido pausas sin molestia que han durado algunos meses. En la exploración radiográfica se aprecia un cálculo extraordinariamente radioopaco en el conducto de Stenon, que también se aprecia al tacto por cateterismo. Se hace otra radiografía con hilos metálicos para precisar la localización. Previa anestesia local y por vía intrabucal se extrae el cálculo quirúrgicamente con facilidad. Alta por curación a los pocos días.



Núm. 3.—I. C. Hombre de 45 años. Historia similar a los anteriores. Cálculo del conducto de Stenon menos radioopaco que el anterior. Igualmente extracción quirúrgica por vía intrabucal, con desaparición de toda la sintomatología.

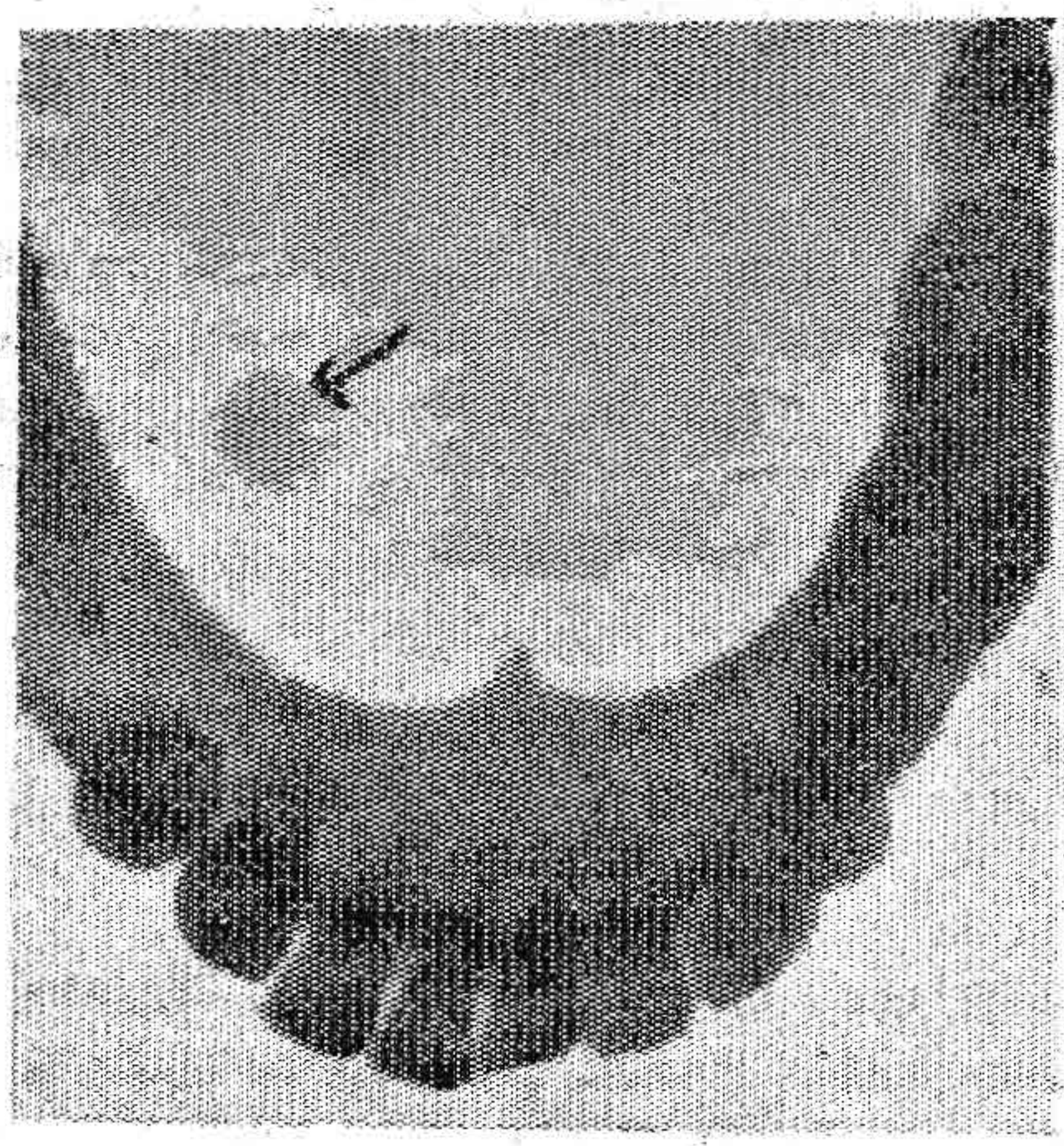


Núm. 4.—P. R. H. Hombre de 25 años. Manifiesta que desde hace años sin poder precisar cuántos, tenía pequeños dolores en región sublingual, principalmente durante y después de las comidas. Desde hace 48 horas, dolor intenso. Se aprecía una tumoración en región sublingual con fluctuación. La exploración radiográfica pone de manifesto una sombra de un tamaño de un guisante cerca de la línea media y muy próxima al borde del maxilar. Previa anestesia troncular del dentario y lingual bilateral, se hace una incisión con intención de evacuar de momento la colección purulenta, saliendo el pus en gran cantidad a la vez que se expulsa también el cálculo. La desaparición de todas las molestias es inmediata.

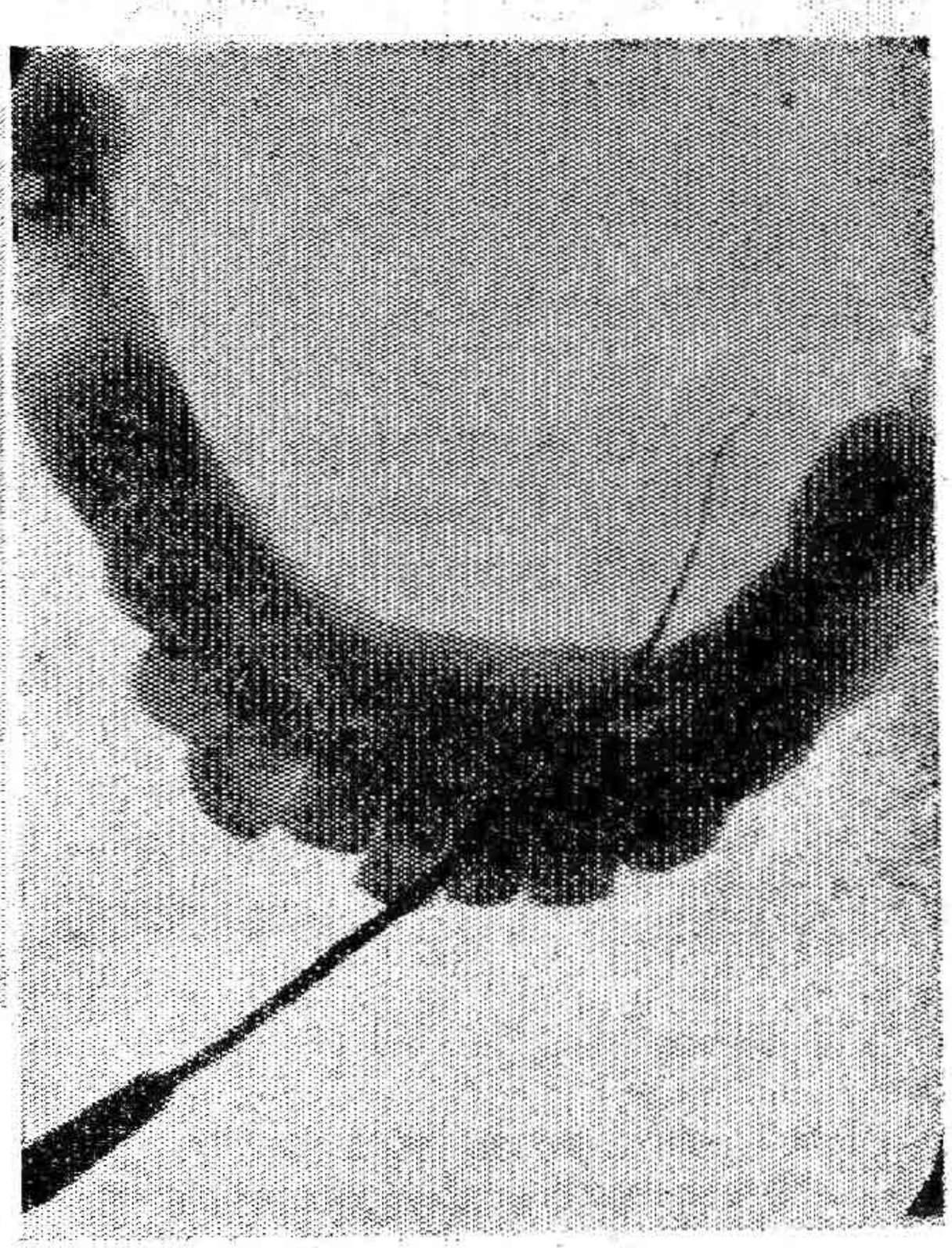


Núm. 5.—C. M. G. Hombre de 55 años. Múltiples cálculos del conducto de Wharton, extraídos quirúrgicamente por via bucal, previa anestesia troncular.

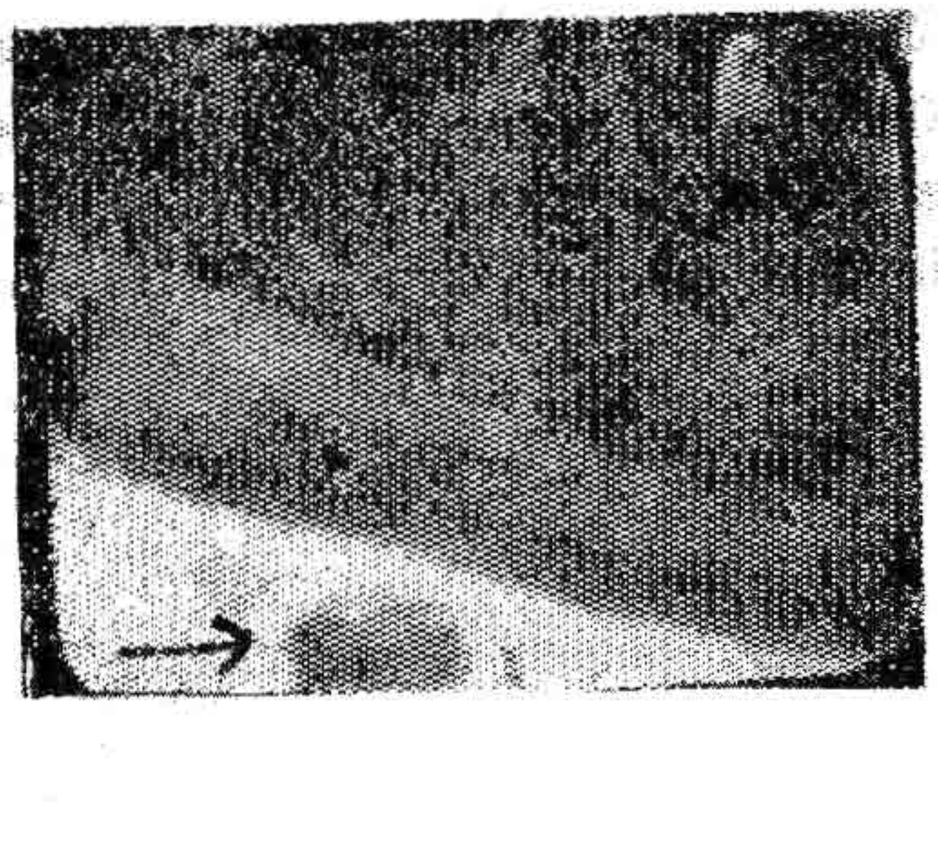
Num. 6.—F. F. Mujer de 30 años. Cálculo de Wharton extraído quirúrgicamente por vía bucal.



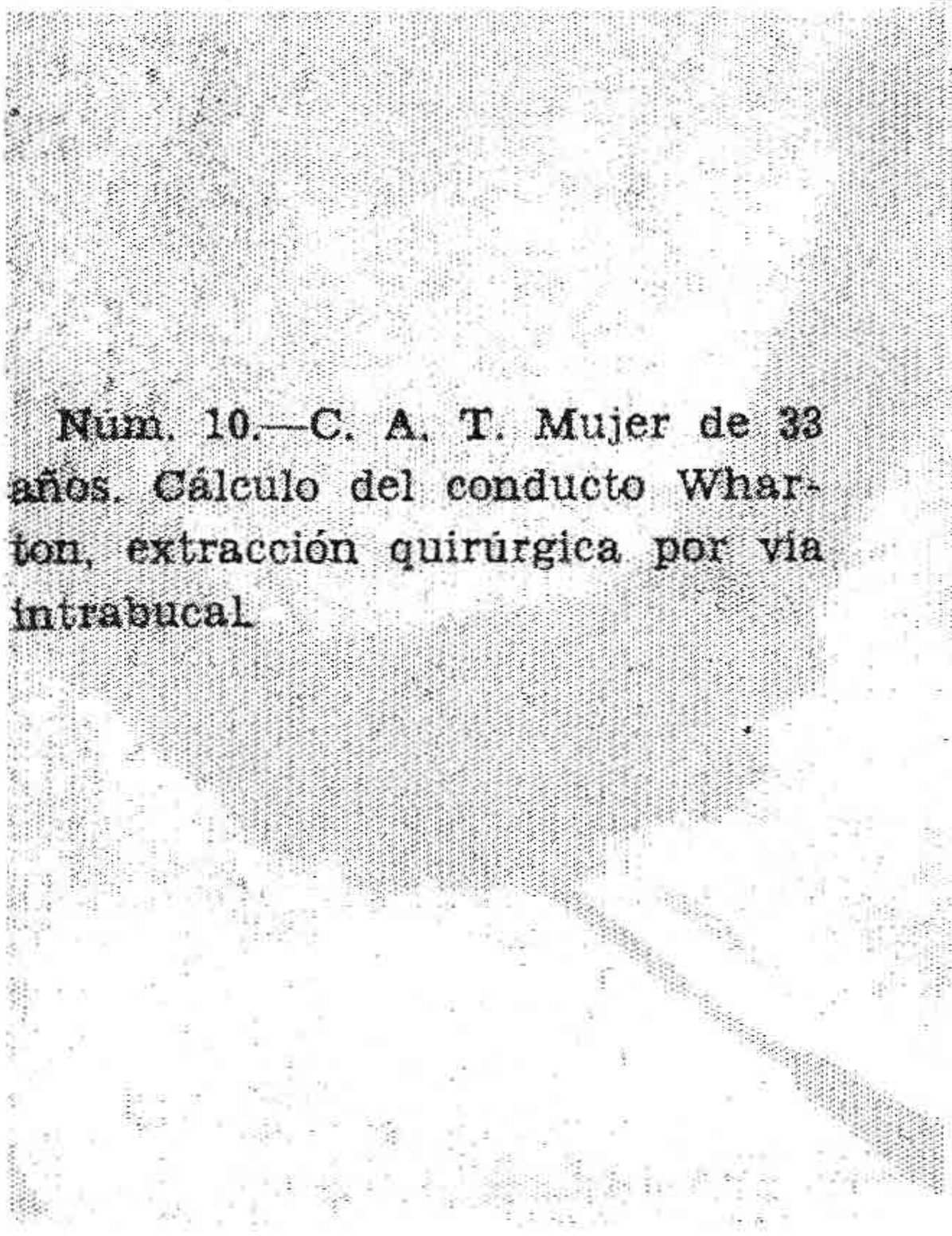
Num. 7.—R. C. R. Mujer de 32 años. Cálculo de glándula submaxilar próximo al comienzo del conducto, extracción quirúrgica por vía bucal.



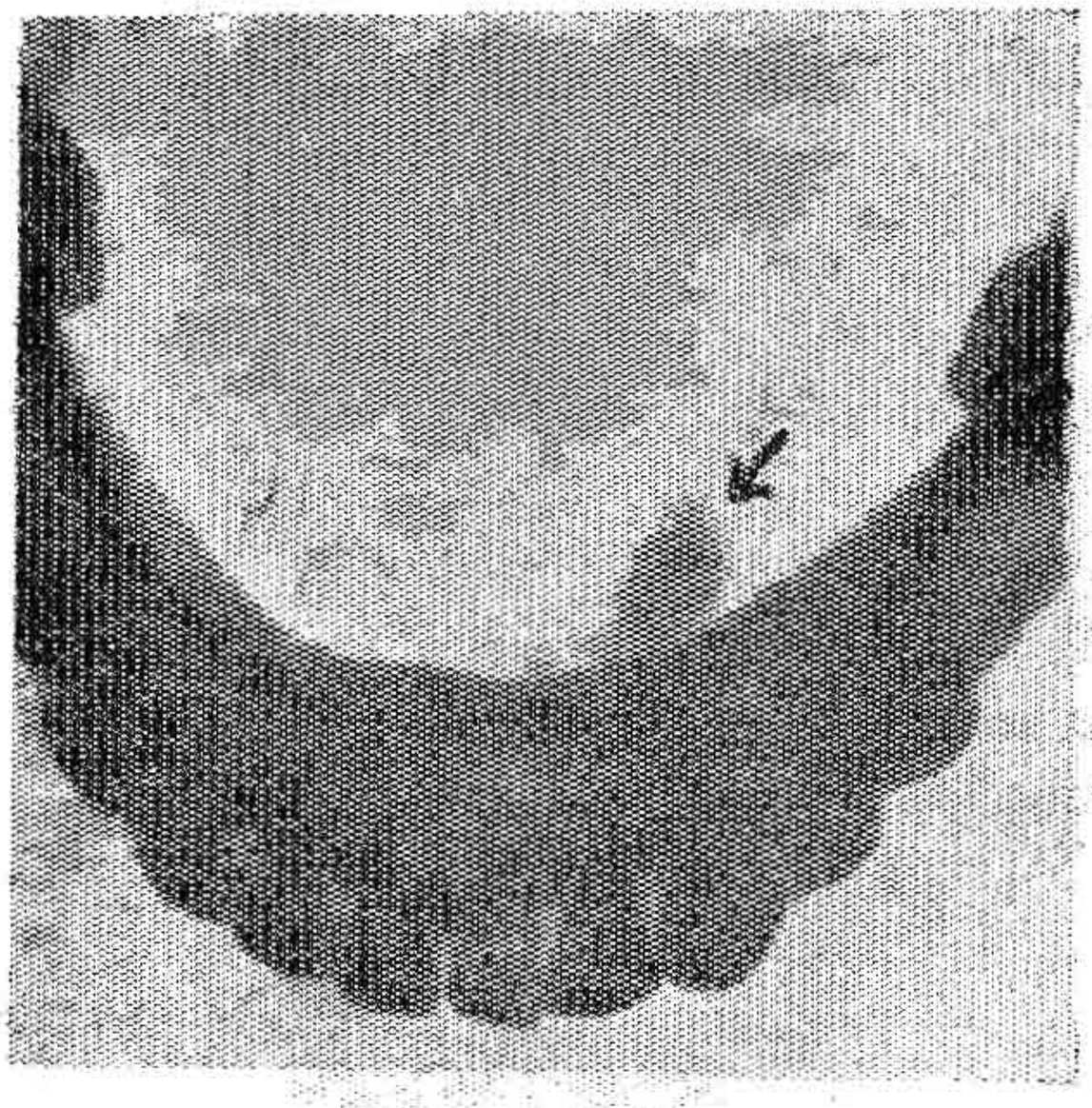
Núm. 8.—M. C. E. Mujer de 45 años. Cálculo del conducto de Wharton. extracción quirúrgica por vía intrabucal.



Núm. 9.—C. A. R. Hombre de 40 años. Cálculo submaxilar, extracción laboriosa por vía intrabucal.

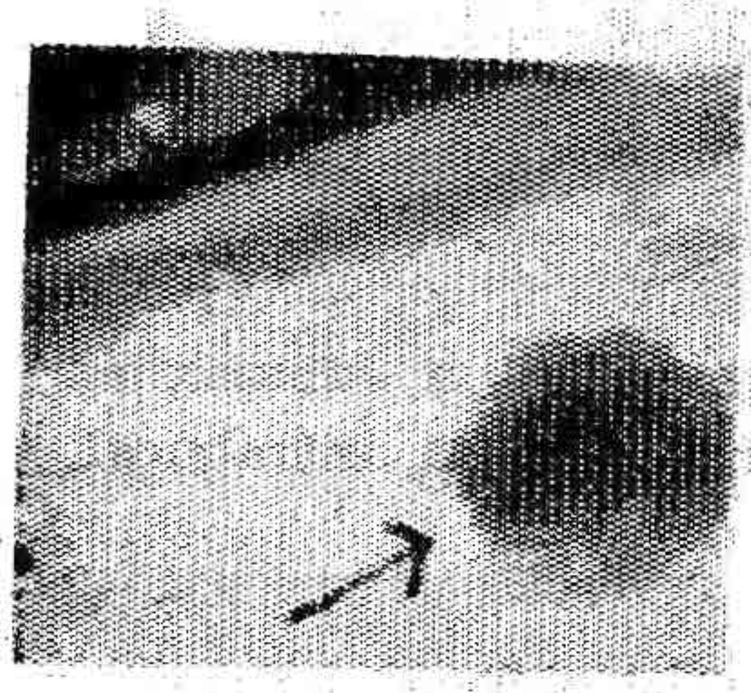


Num. 10.—C. A. T. Mujer de 33 años. Cálculo del conducto Wharton, extracción quirúrgica por vía intrabucal

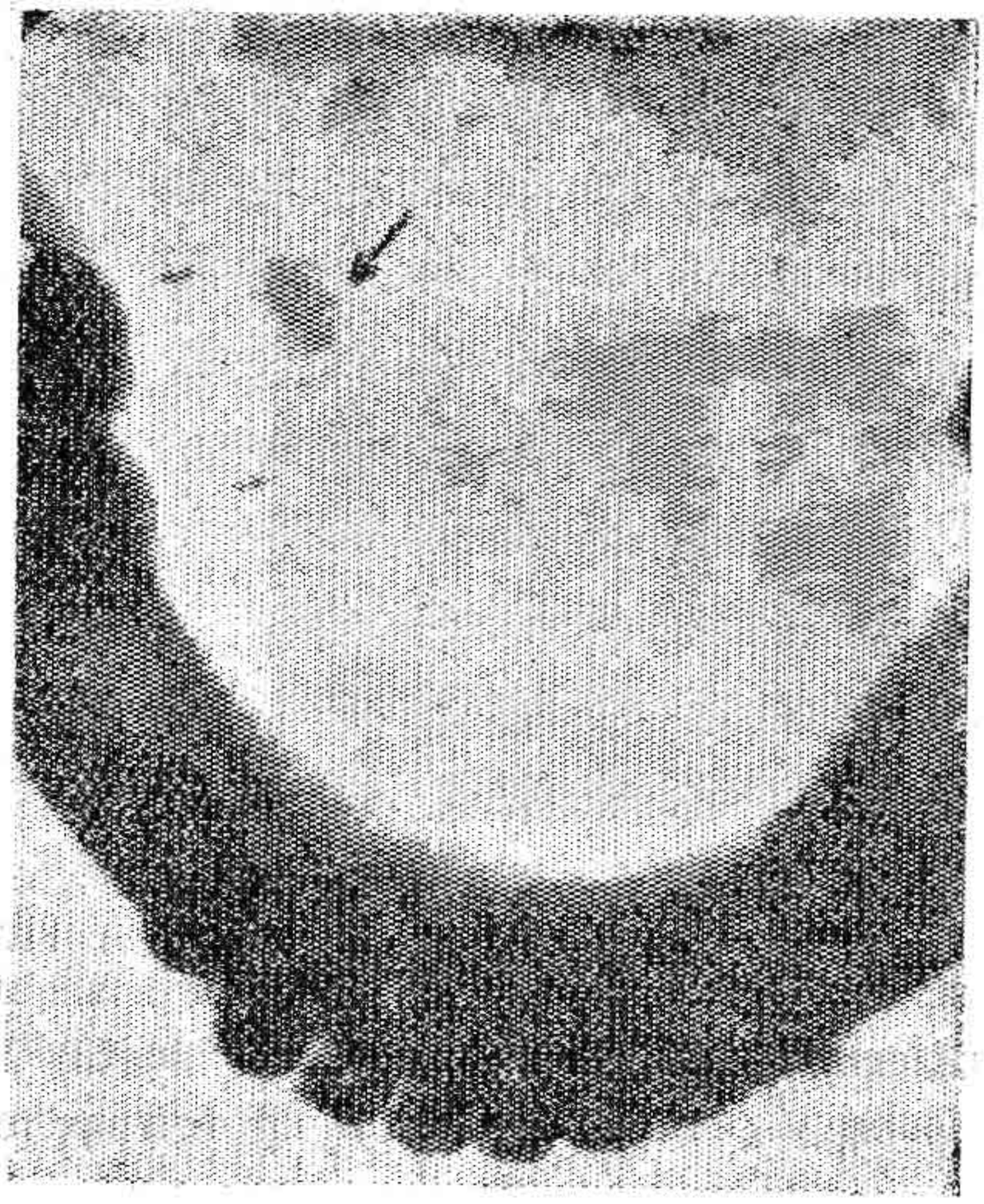


Num. 11.—L. G. F. Mujer de 47 años. Cálculo del conducto de Wharton, extraído quirúrgicamente por vía intrabucal.

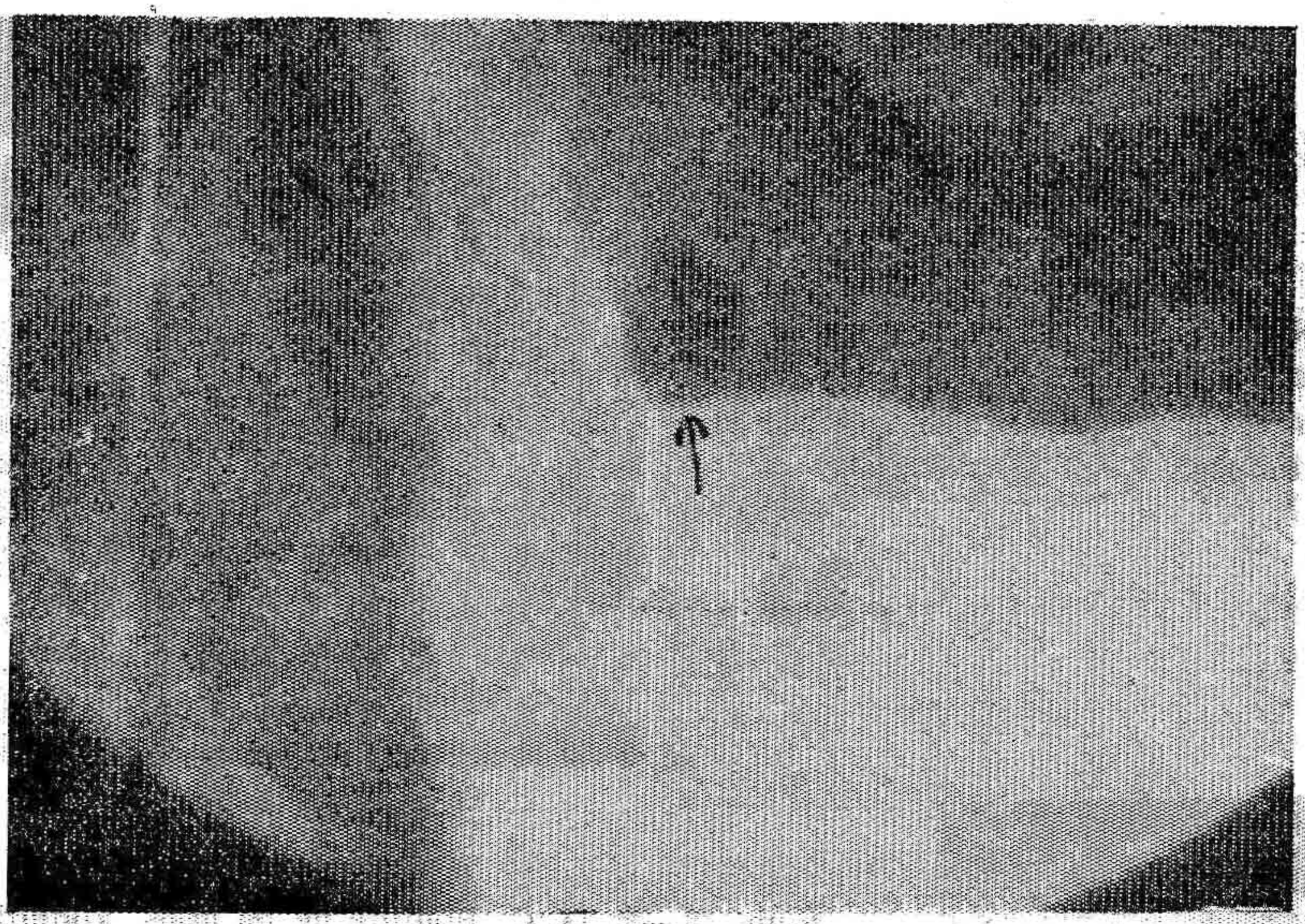
Núm. 12.—A. N. P. Hombre de 30 años. Cálculo del conducto de Wharton, extraído quirúrgicamente por vía intrabucal.



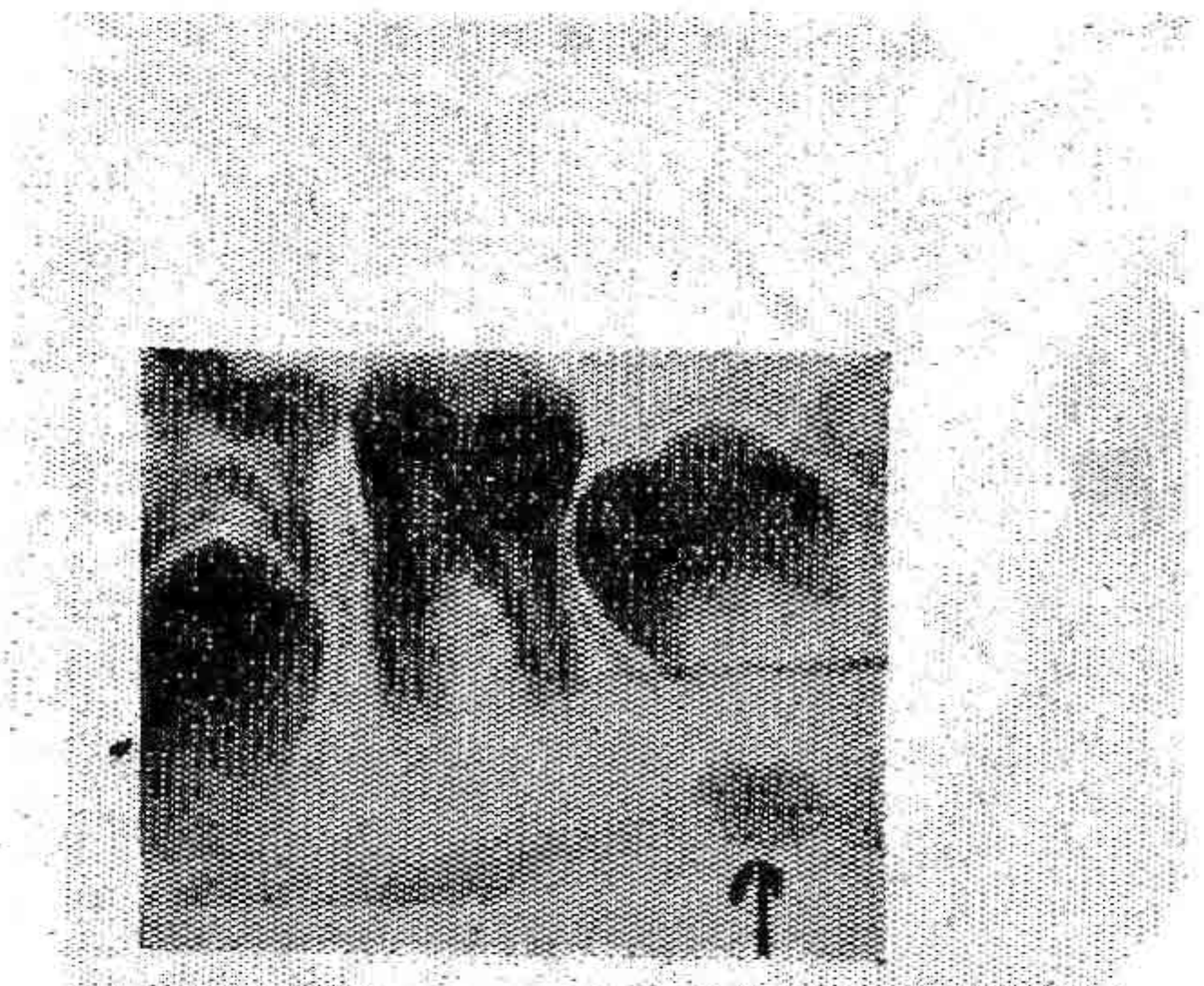
Num. 13.—E. D. C. Hombre de 50 años. Voluminoso cálculo de glándula submaxilar próximo al conducto. A pesar de su gran tamaño, muy poca sintomatología. Se extrajo quirúrgicamente por vía intrabucal con relativa facilidad, pues se localizaba perfectamente al tacto.



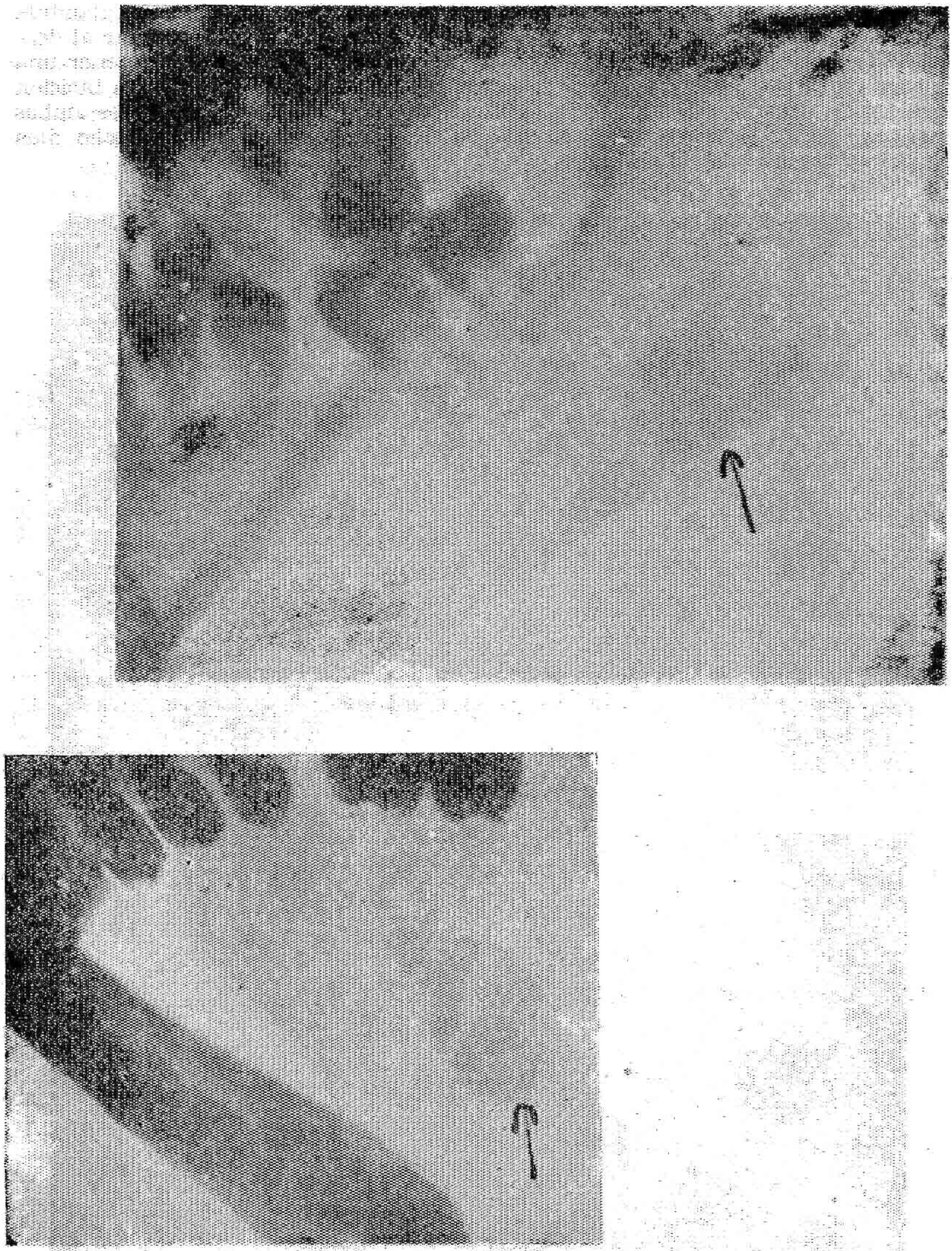
Núm. 14.—Mujer de 28 años. Cálculo del conducto de Wharton, extraído quirúrgicamente por vía intrabucal.



Num. 15.—A. F. V. Hombre de 42 años. Cálculo de glándula submaxilar extraordinariamente radioopaco, extraído quirúrgicamente por vía intrabucal.

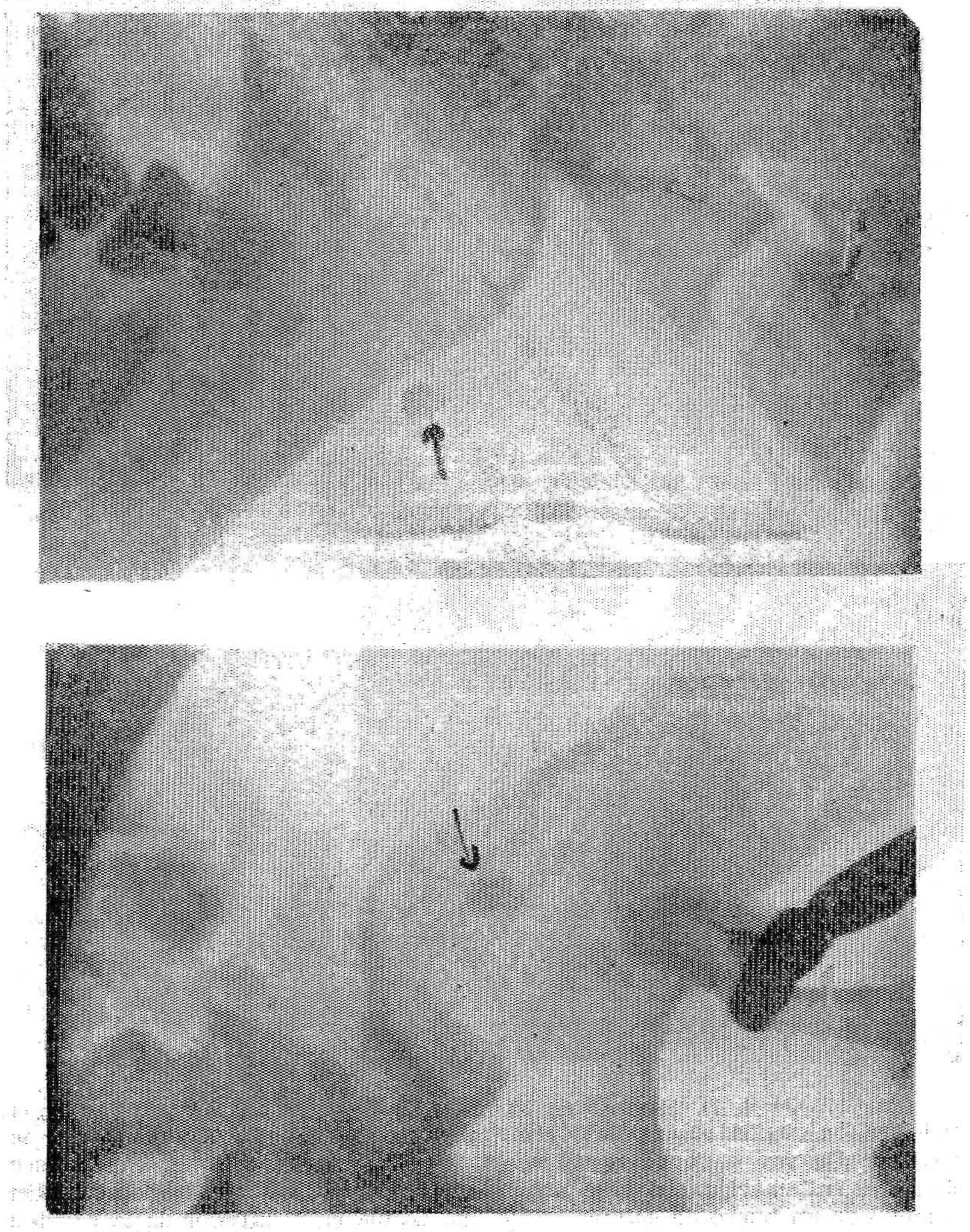


Núm. 16.—M. P. L. Niño de 11 años. Cálculo de glándula submaxilar, extraído quirúrgicamente por vía intrabucal. Obsérvense en las radiografías los diferentes lugares del cálculo según la proyección, asi como los molares de leche y permanentes aun en formación.



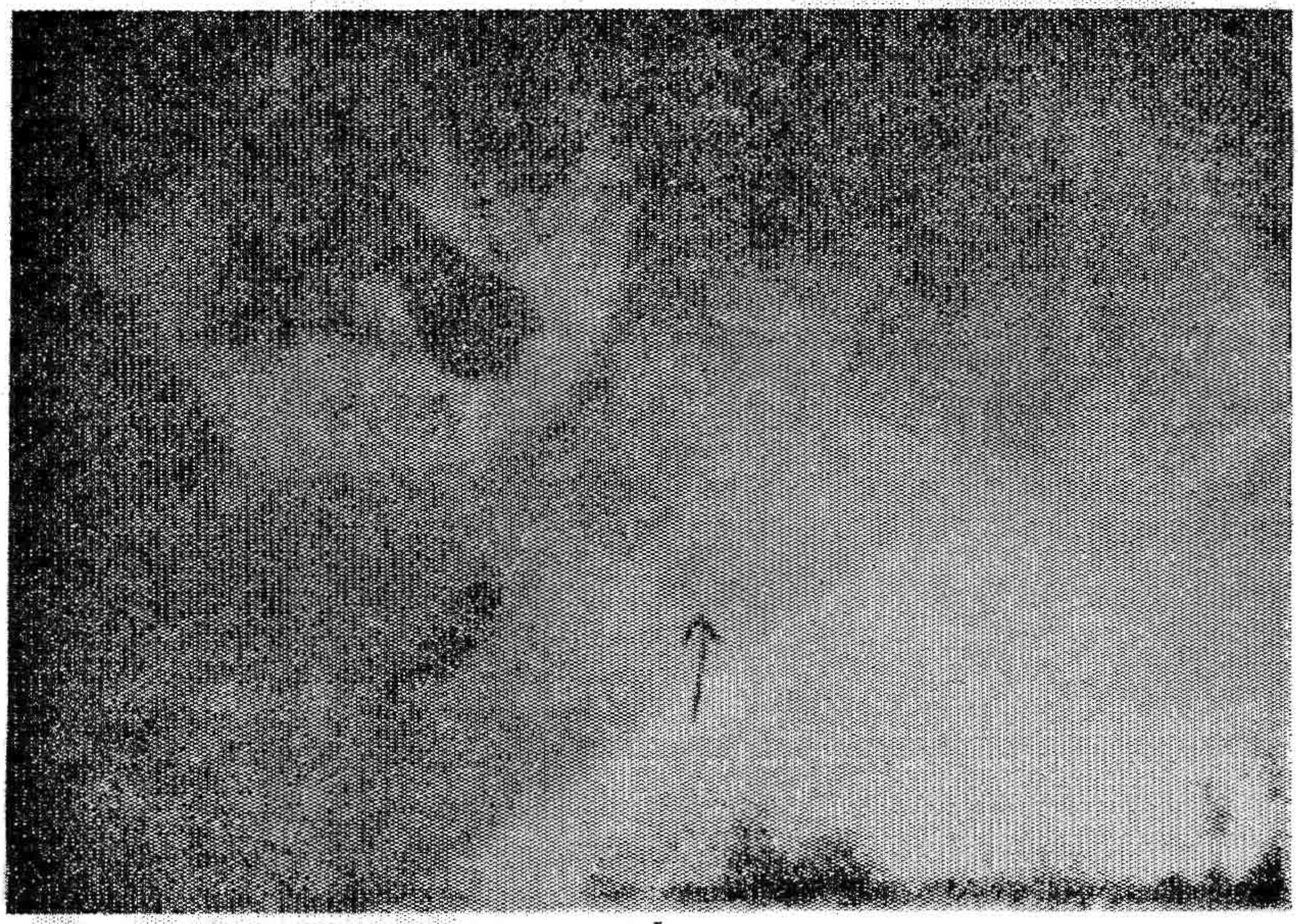
Núm. 17.—J. R. B. Hombre de 33 años. Desde hace dos años inflamación indolora en región submaxilar, principalmente durante las comidas, que se vacía totalmente o parcialmente en el intervalo de las mismas. Desde hace diez días inflamación con gran dolor y fiebre, se aprecia una tumoración del tamaño de un huevo de gallina, existe una fístula en el interior de la cavidad bucal. En la exploración radiográfica puede apreciarse un cálculo de gran tamaño. Previa anestesia troncular se intenta la extracción por vía intrabucal,

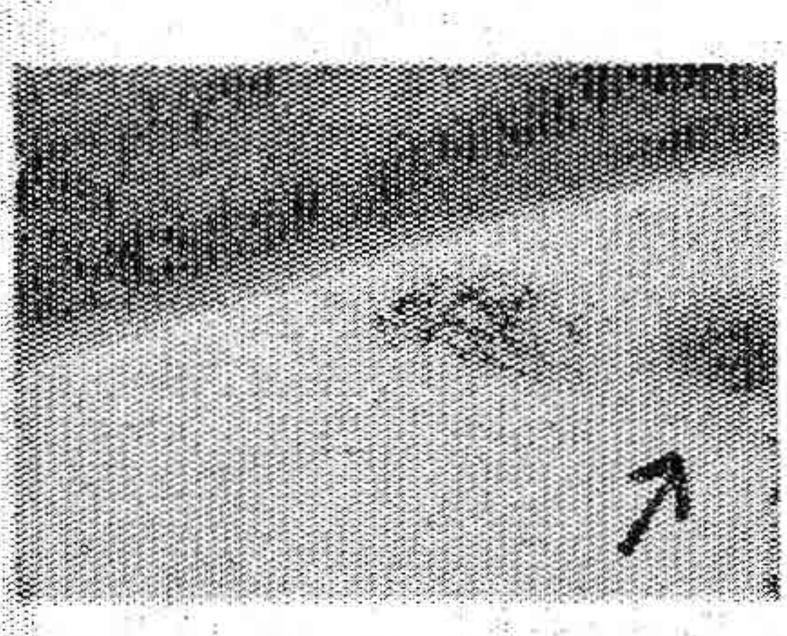
al no conseguirse en esta primera intervención decidimos extirpar la glándula submaxilar por vía cutánea, después de hecha la incisión de piel y dejar al descubierto la glándula; al manipular sobre ésta, el enfermo manifiesta tener una piedra en la boca, nos encontramos con el cálculo, que ha salido por la incisión practicada con anterioridad por vía bucal, en vista de lo cual cerramos ambas heridas, siendo el curso posoperatorio bueno y dado de alta a los ocho días curado y sin ninguna molestia.



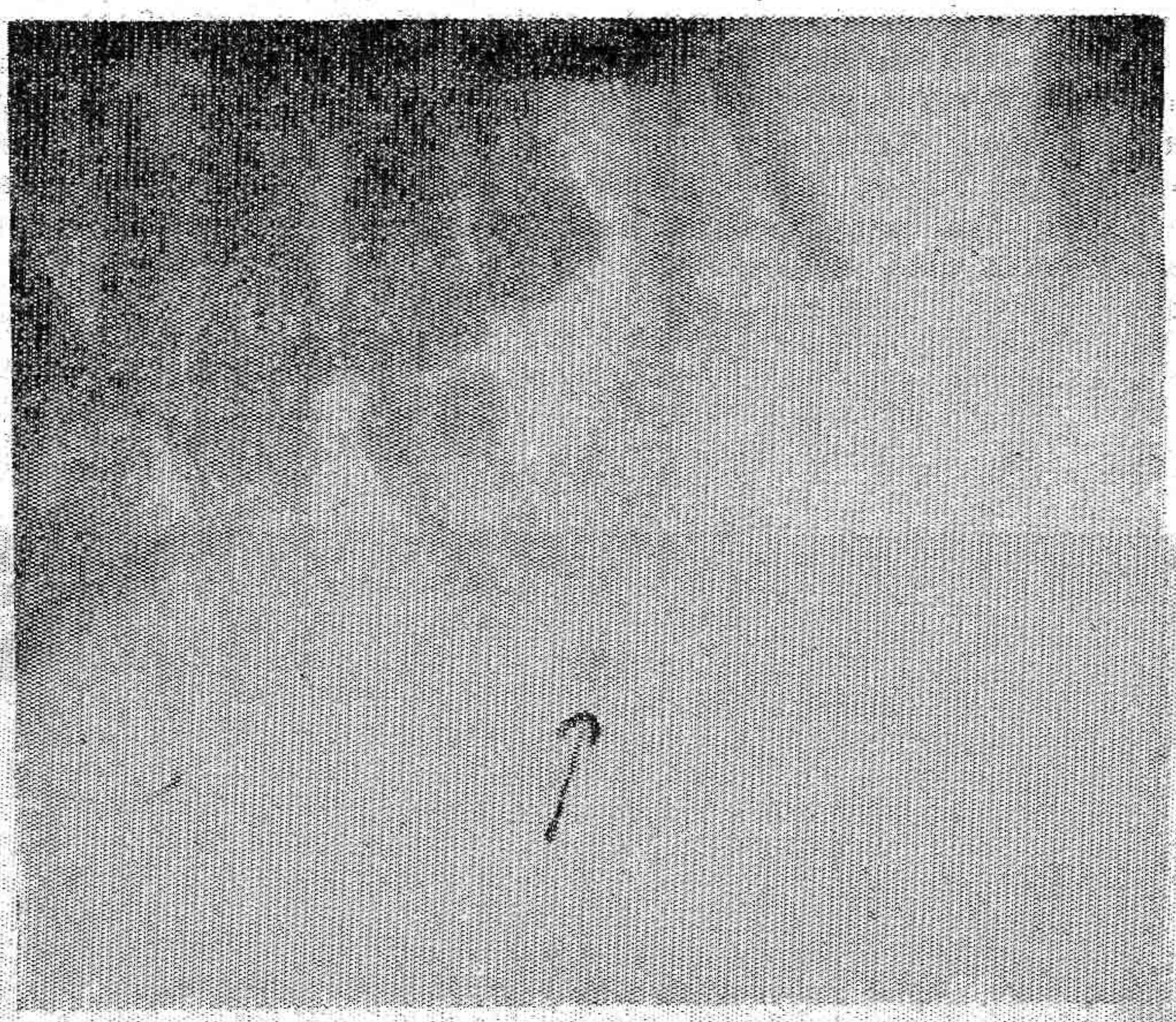
Núm. 13.—D. R. E. Hombre de 36 años. Con anterioridad a ser visto por nosotros ha sufrido varios cólicos salivales, que no han sido diagnosticados

correctamente por creer se trataba de un absceso perimandibular de origen dentario; le extrajeron en dos ocasiones varios molares y premolares del lado afectado. Cuando es visto por nosotros presenta un típico cólico salival. En la exploración radiográfica puede verse el cálculo en dos proyecciones distintas. Es intervenido quirúrgicamente, no consiguiendo la extracción en una primera intervención, lo que conseguimos en una segunda, en la que hemos levantado un puente que llevaba, para facilitar las manipulaciones operatirias. Alta por curación a los pocos dias.

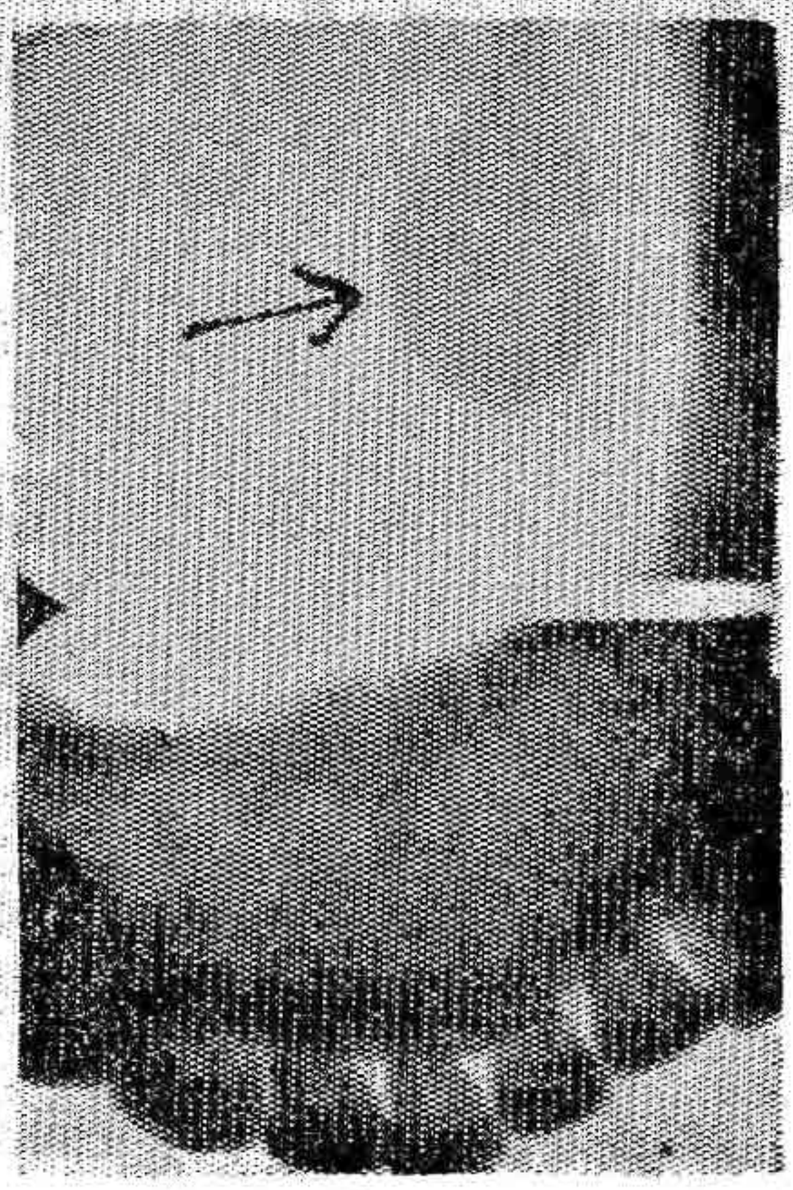




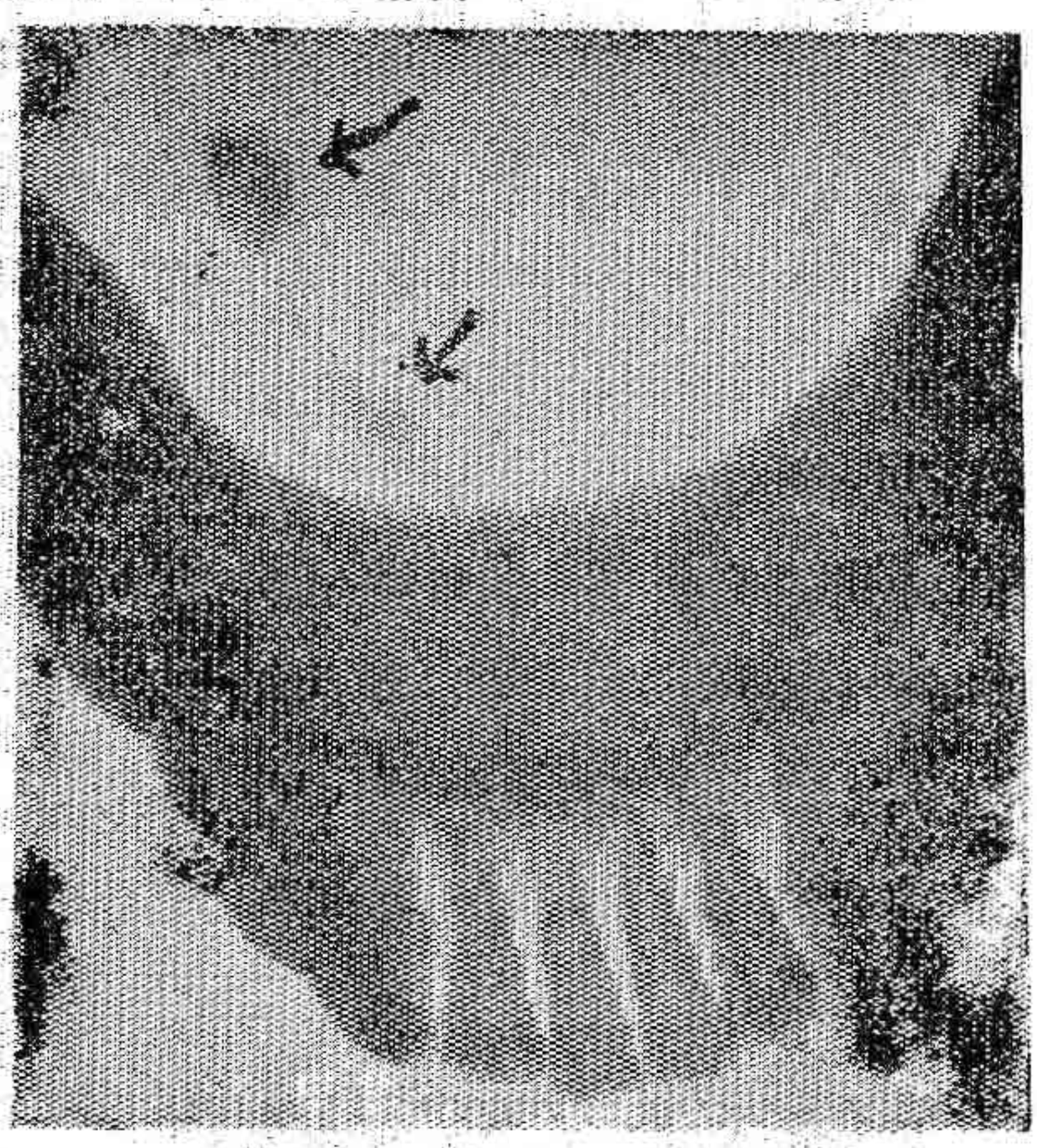
Núm. 19.—E. F. T. Hombre de 50 años. Cálculo de glándula submaxilar. Exploración radiográfica en dos proyecciones. Extraído quirúrgicamente por vía intrabucal.



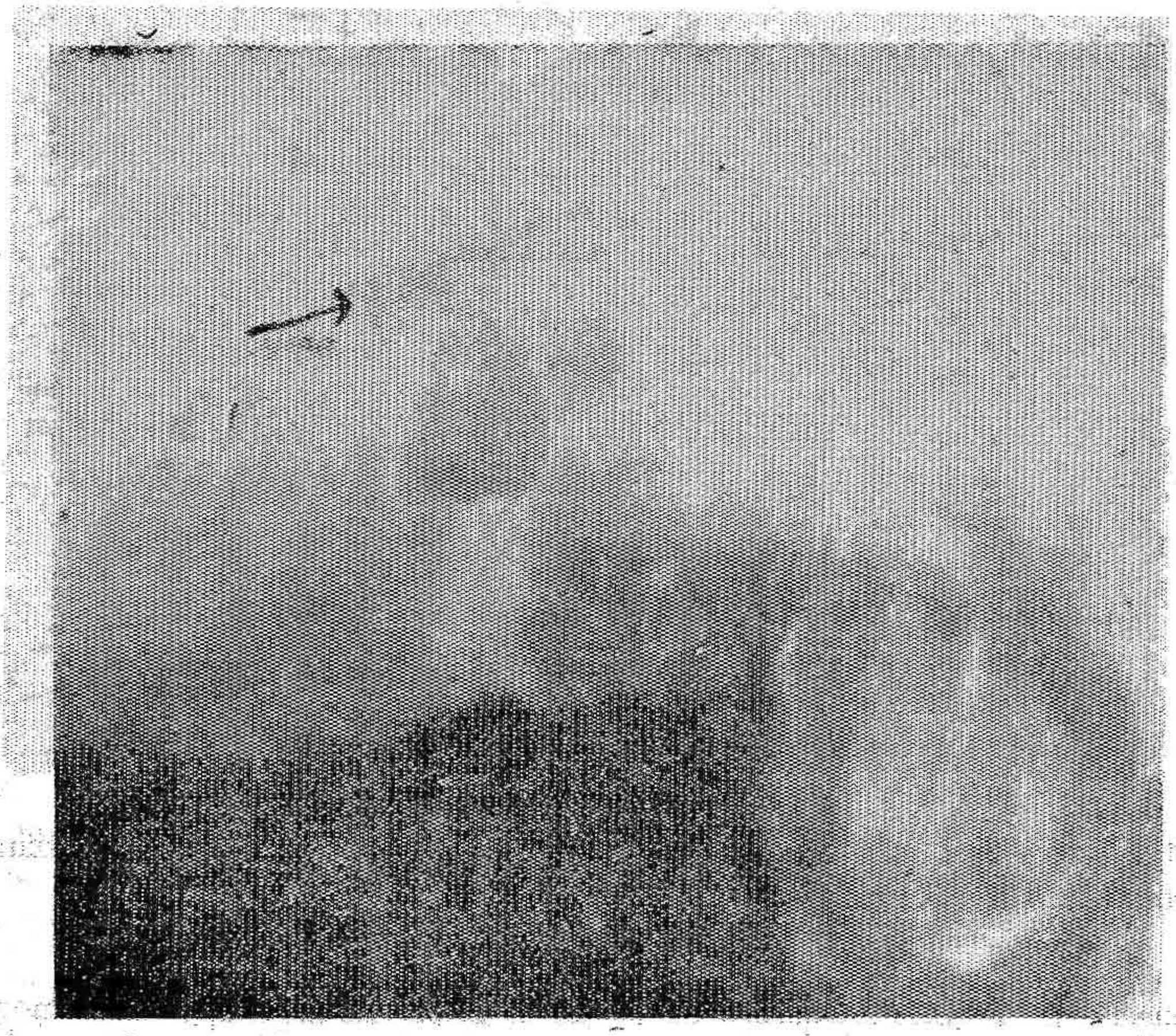
Núm. 20.—F. J. L. Hombre de 28 años. Cálculo de glándula submaxilar, extraído quirúrgicamente por vía intrabucal.



Núm. 21.—E. M. I. Hombre de 46 años. Cálculo de glándula submaxilar, extraído quirúrgicamente por vía intrabucal.



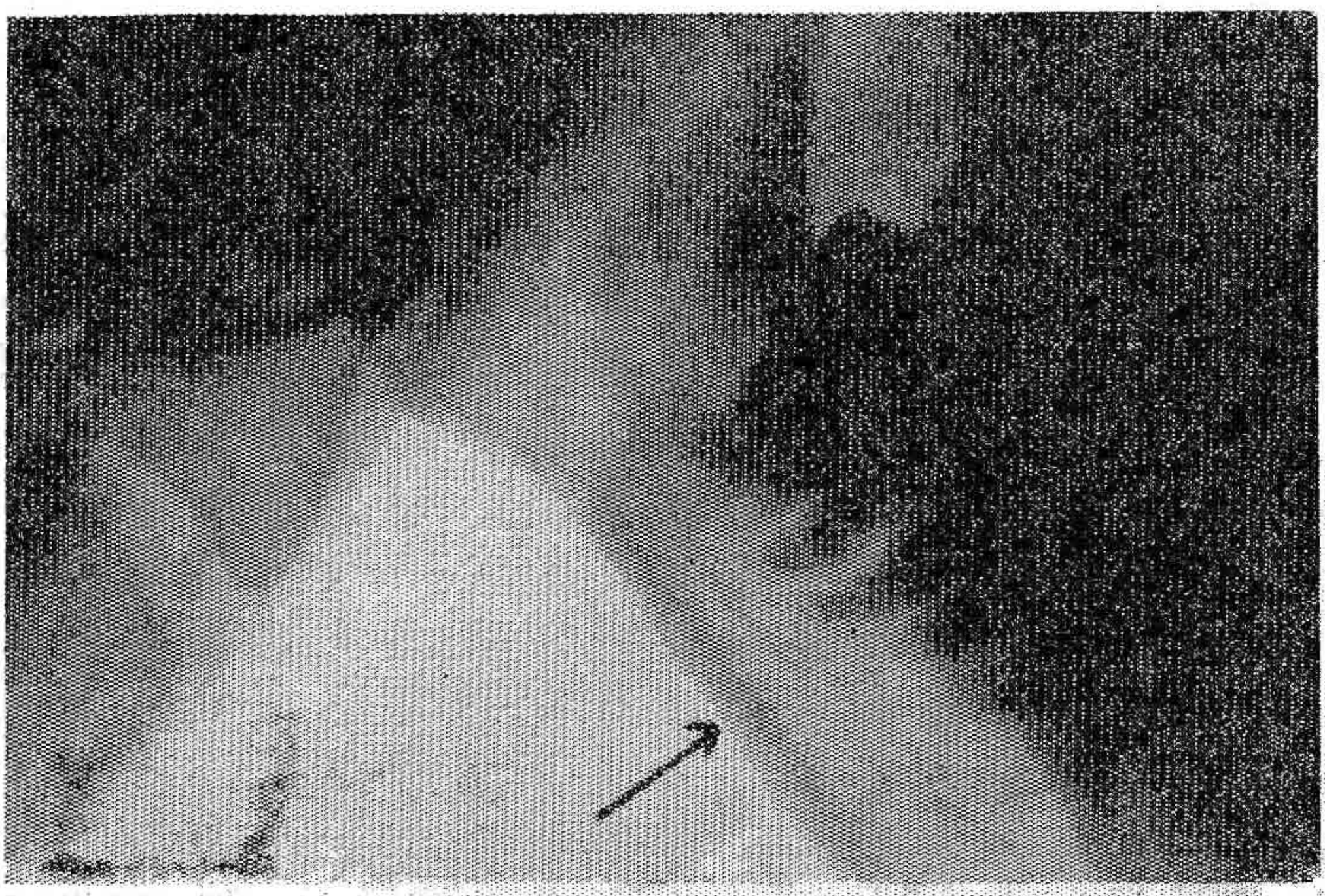
Núm. 22.—A. F. I. Mujer de 46 años. Presenta dos cálculos, uno de conducto y otro de glándula submaxilar. El primero se extrae fácilmente, en el segundo la intervención es más laboriosa. En esta enferma la vuelta a la normalidad no se consigue hasta pasados tres meses; durante este tiempo ha habido ligeras molestias y persistió la induración de la glándula, que cedió lentamente, hasta desaparecer por completo transcurrido el tiempo señalado de tres meses.



Núm. 23.—P. L. L. Hombre de 47 años. Cálculo salival del conducto de Wharton extracción quirúrgica por vía intrabucal.

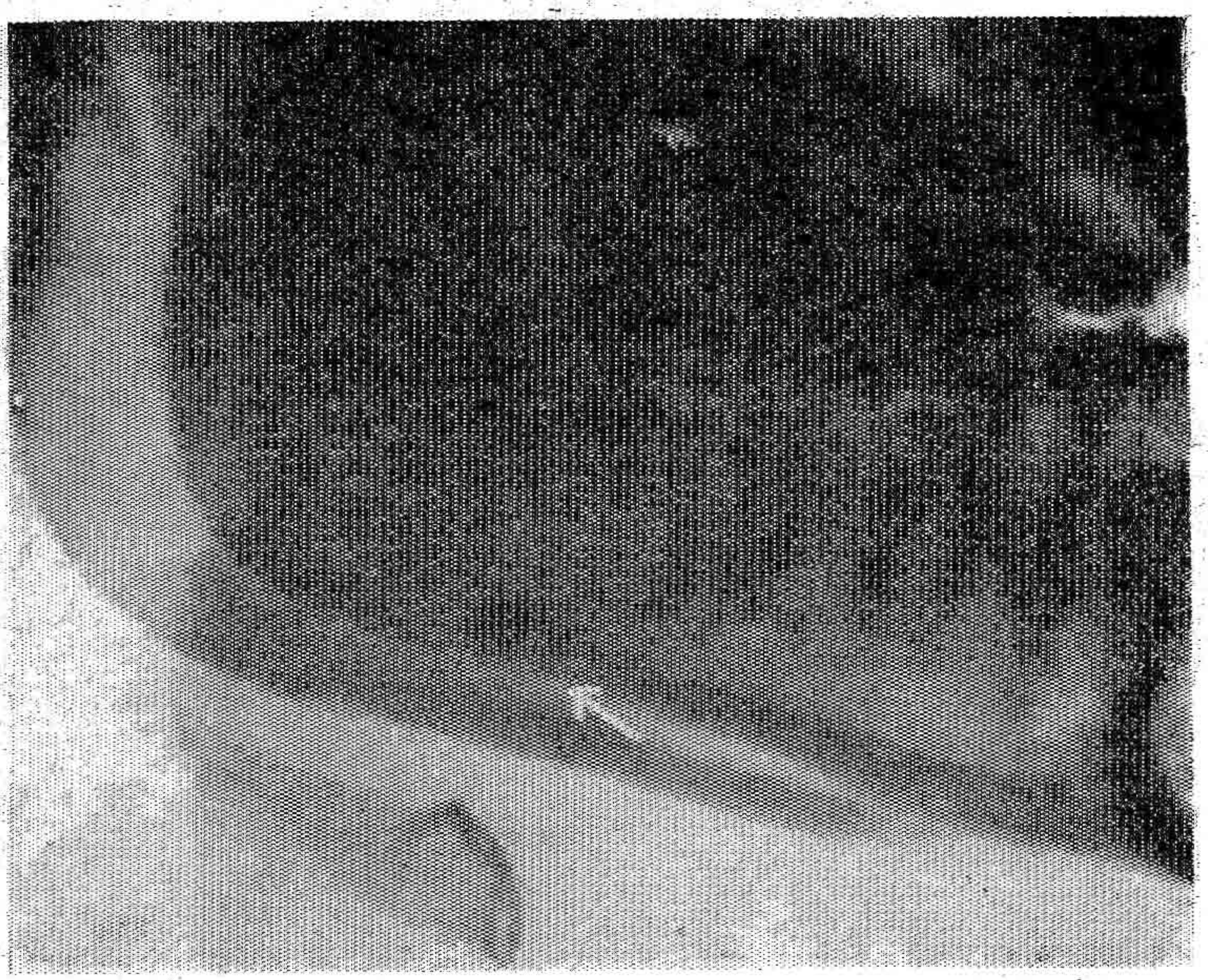
Núm. 24.—F. C. Hombre de 32 años. Desde hace diez días dolor e inflamación en la región submaxilar, que se acentúa durante las comidas. La exploración radiográfica es negativa. En la zona correspondiente al comienzo del conducto se aprecia al tacto una zona rugosa. Quirúrgicamente se extraen dos pequeños cálculos, desapareciendo todas las molestias y siendo dado de alta a los pocos días.

Núm. 25.—A. M. L. Hombre de 35 años. Cálculo de la glándula submaxilar, no visible en las numerosas radiografías. Al tacto se aprecia una zona indurada por dentro de la boca sobre la glándula, por donde se incinden hasta conseguir localizar el cálculo en el interior de la glándula, no consiguiendo la extirpación en esta primera intervención; se deja un drenaje y unos días después en un segundo intento se consigue la extracción del cálculo. Este tenía el tamaño de un garbanzo, con mucha materia orgánica y pocas sales, se desmorona espontáneamente hasta casi desaparecer en el mismo recipiente en donde le conservamos. Las molestias e inflamación desaparecieron en muy pocos días.



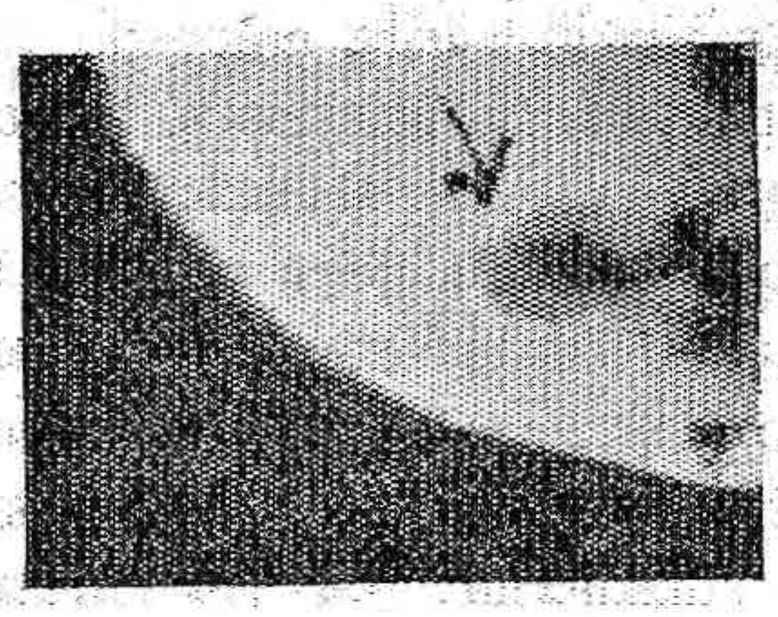
Núm. 26.—V. G. H. Hombre de 49 años. Cálculo de glándula submaxilar, extraído quirúrgicamente por vía intrabucal.

Núm. 27.—F. C. P. Hombre de 30 años. Exploración radiográfica negativa. Al hacer presiones exploratorias sobre la glándula expulsa un pequeño cálculo, que suponemos se hallaba alojado en el conducto, desapareciendo a continuación las molestias que aquejaban.



Núm. 28.—L. M. S. Hombre de 32 años. Desde hace diez dias, molestias e inflamación en la región submaxilar derecha, que le desaparecian espontáneamente, teniendo temporadas de normalidad. Hace cuatro años le apareció un bulto debajo de la lengua, que también desapareció espontáneamente. Desde hace dos meses los síntomas se han agudizado y desde hace uno el dolor y la inflamación no han desaparecido. En la exploración radiográfica se aprecia un cálculo del tamaño de un guisante colocado intraglandularmente. Se interviene por vía intrabucal previa anestesia troncular, no consiguiéndose la extracción del mismo por encontrarse situado en la parte inferior de la glándula, aunque sí su localización, pues llega a tocarse con una sonda. Dias después se procede a una segunda intervención bajo anestesia general con pentotal y éter intubándose por vía nasal. Las dificultades para la extirpación son insuperables. La glándula está dura con una consistencia acartonada, se decide la extirpación de la submaxilar por vía cutánea, a la que procedemos a continuación. La operación es normal. Las molestias posoperatorias son grandes; es dado de alta a los quince dias, curado, persistiendo el trismus y alguna insensibilidad en la lengua que tiende a desaparecer. Dos semanas después se le forma un pequeño absceso por vía cutánea que cierra espontáneamente, sin que hayamos vuelto a tener noticias de este enfermo.

El cálculo aparecia fuertemente enclavado en la glándula, costándonos algún trabajo separarle de la pieza por las adherencias que le sujetaban y las rugosidades que presentaba la concreción.

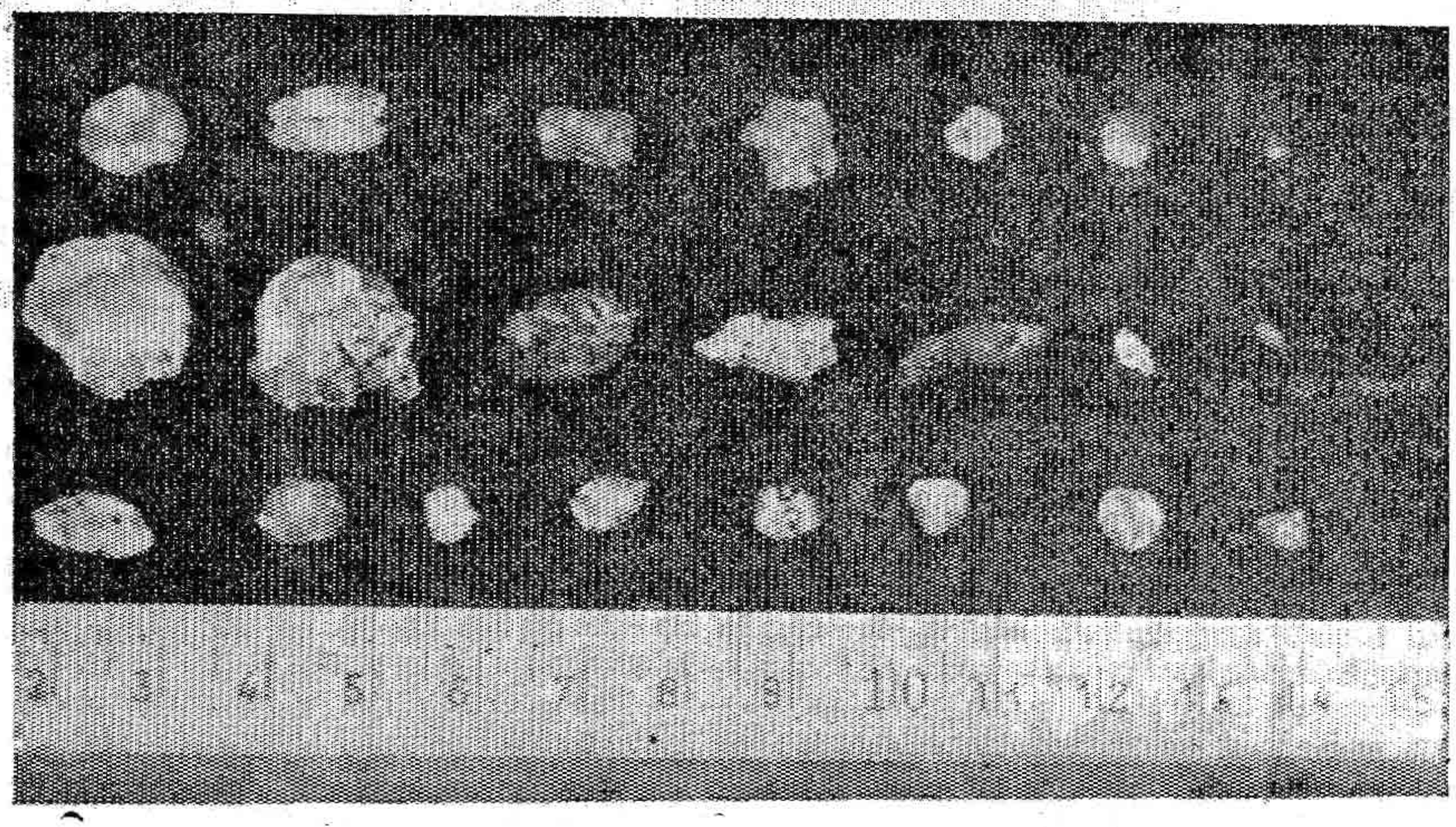


Núm. 29.—F. H. P. Hombre de 25 años. Cálculo de conducto submaxilar, extraído quirúrgicamente por vía intrabucal.

De los restantes casos no poseemos exploraciones radiográficas. La sintomatología era de litiasis submaxilar. Pensamos en una expulsión espontánea o en desaparición de las molestias momentáneamente, pues son historias recientes y no han vuelto por la Consulta.

Presentamos a continuación dos sialografias hechas por nosotros en dos casos, en los que parecía se trataba de una litiasis de la glándula parótida.

Núms. 30-31.—En la primera la sialografía es normal, las molestias cedieron a los pocos días de practicada la sialografía, y en la segunda se trataba de un mixosarcoma encapsulado.



Núm. 32.—Algunos de los cálculos extraídos.

BIBLIOGRAFIA

ALCAZAR, Dr. F. del.—Un caso de cálculo del conducto de Wharton. Anales Esp. de Odontoestomat. Vol. III, 1944, pág. 180; per Medicina y Cirugía de Guerra, núm. 49, año 1942.

ALLING, C. C.—Sialolithiasis. Oral Surg. 1955, 8: 595-597, June.

BALLON, H. C., and D. H.—Salivary calculy. Surg. Gynec. & Obst., 1937, 64: 226-228, Feb., 1.

BARANGER.—Cálculo salival en un niño de 14 años. Bull et Memoires de la Societé Anat. de Paris; per la Odontología, nov., 1924, pág. 578.

BARRIGA, A.—Dos clasos clínicos de cálculos salivales. Boletín de Odontología de Bogotá, Colombia.

BERGER, A., and BERKE, J. D.—Calculus of the submaxillary gland. J. Am. Dental Assoc., 1936, 23; 1397-1418. Aug.

BLACK, D., and GODLOVE, L.—Bilateral salivary calculus. Brit. M. J., 1933, 1: 15, Jan., 7.

BLASHILL, J. B.—Submaxillary stones; case report. J. Michigan M. Soc., 1939, 38: 46, Jan.

BOYER, M. J.—The report of a number of cases of salivary calculus (sialolithiasis). Am. J. Orthodontics, 1941, 27: 435-447, Aug.

CHILDREY, J. H.—Phlegmon and fistula from calculus of submaxillary gland. Arch. Otolaryng., 1938, 27: 204-207, Feb.

FURSTENBERG, A. C.—Diseases of the salivary glands. J. A. M. A., 1948, 136: 1-4, Jan., 3.

GILMORE, G. B.—Calculi in the submaxillary gland and Wharton's duct. Laryngoscope, 1940, 50: 270-274, March.

GREELEY, P. W.—Sialolithiasis, J. A. M. A., 1934, 102; 2078-81, June, 23.

GREENFIELD, S. D.—Salivary calculy. Report of 31 cases. Laryngoscope, 1942, 52: 629-623, Aug.

HARRISON, G. R.—Calculi of the salivary glands and ducts. Surg. & Obst., 1926, 43: 431-435, Oct.

HAVENS, F. Z.—Removal of calculi from the submaxillary ducts;... S. Clin. N. Am., 1935, 15; 1227-32, Oct.

HUSTED, E.—Sialolithiasis. Act. Chir. Scandinav., 1953, 105: 161-171.

IVY, R. H., and CURTIS, L.—Salivary calculi. Ann. Surg., 1932, 96: 979-986, Dec.

JONAS, E., et al.—Lipocalcinogranulomatosis whit recurrent salivary calculi. Illinois M. J., 1939, 75: 344-346, April.

JONES, W. I.—Salivary calculi. J. Am. Dent. Assoc., 1941, 28: 1477-78, Sept.

JORDAN, L. E.—Calculus expelled from the parotid gland. Oral Surg., 1951, 4: 309-312, March.

LACRONIQUE et BEAR.—Un cas de lithiase sous-maxillaire pris pour un adenophlegmon. Rev. de St., pág. 90, 1944.

LASSERRE, Ch.—Cinq cas de lithiase salivaire. La Revue de Stomatologie, 1932, pág. 115.

LEROUX, L.; CHEVALIER, A., et MONMIGNAULT.—La sialographie. Jour. de Radiol. et d'Electrologie. Tome 20, 3-4, 1944-1945.

MALTETE.—Litiase salivaire sous-maxillaire. Avulsion d'un gros calcul intragandulaire. Societé d'Odonto-stomatologie de Bordeaux et sudouest. Séance du 4 maj. 1950.

MARONNEAUD, P.—Sur un cas de lithiase salivaire. Rev. Sto., pág. 73. añ. 1947.

MELANT, J. H.—Salivary gland and duct calcul. A. M. A. Arch. Otolaryng., 1952, 55: 389-90, March.

MINIERE.—Ulceration gingivale par calcul salivaire. Societé Médicine de Rouen, Juillet 37.

NEW, G. B., and HARPER, F. R.—Chronic inflamation of the salivary glands with or without calculi, Surg. Gynec. & Obst., 1931, 53: 456-60, Oct.

NOEHREN, A. H.—Multiple calculi in Strenon's duct, report of an unusual case. J. A. M. A., 1923, 80: 25.

PILCHER, J. A., Jr.—Salivary calculus containing a foreing body. Arch. Otolaryng., 1937, 26: 531-33, Nov.

PLANCKE, J.—Contribution a l'etude de la lithiase sublinguale. These Médicine, Paris, 1950, dactylographiée.

PORTALIER, BENOIS et RUZIE.—Un cas de lithiase sous-maxillaire chez un enfant de 9 ans. Rev. Stm., pág. 91, 7, 1951.

PUTNEY JOHNSON and SHAPIRO MURON.—Arch. of Otolaryngs. Vol. 51, pág. 526-34, April 1050.

RICE, A. H.—Calculus major. Arch. Otolaryng., 1949, 49: 331, March.

RICHARD, M.; CERNEA et HENNION.—La retention lipiodolée après Sialographie symptome d'obstruction canaliculaire. Rev. d'Oto., pág. 195, 1942.

RIES CENTENO.—Revista de la Asoc. Odontol. Argent. Vol, 43. núm. 8, Ago. 1955. Casos de Cir., pág. 304.

RITCHIE, T. J.—Submaxillary calculus: spontaneus cure. M. J. Australia, 1947, 2; 335, Sep, 13.

ROBERTS, W. E.—A new technique for demonstrating calculi in the parotid gland. Sothern Med. & Surg., 1943, 104: 373, Aug.

ROY, M.—Une observation de calcul salivaire. Revue de Stomatologie, pág. 299, 1937.

RUPPE, C. H.—Lates et Mme. Voisin. A propos de 5 cas de lithiase parotidiene, La Revue de Stomatologie, 1934, pág. 764.

SCHROPP, R. C.—Surg. lesions of the salivary glands. Surg. Staff Meetings, VA Center, Des Moines, La., 1951, 5: No. 4, Nov. 1.

SMITH, H. B., and COON, E. H.—Salivary calculi, with report of a case of stone in Stenon's duct in a boy aged eleven years. M. Times & Long Island M. J., 1934, 62: 215, July.

SOLDUGA, Dr.—Un caso de litiasis salival. Anal. Esp. de Odontoestomat. Vol. III, 1944, pág. 77; per Farmacologia y Terapéutica, núm. 31. Julio 1942.

SPECTOR, S.—Submaxillary duct calculi. A. M. A. Arch. Otolaryng. 1955, 62: 287-91, Sept.

STOUT, P. S.—Dry mouth, vile taste, calculus in submaxillary gland. Laryngoscope, 1935, 45: 962, Dec.

TENEMBAUNN, B., y KARSHAN, M.—Concepción y formación de los cálculos salivales. Anal. Esp. de Odontoestomat. Vol. V, año 1946, pág. 1095; per Rev. Dent. de Chile. Vol. XXXVIII.

THEODORESCU, Dan.—Lithiase salivaire. Rapport presenté au 7 Congrès Roumain du Cirurgie. Ref. Revue de Stomatologie, 1937.

THOLEN, E.—Calculus of the salivary glands. Arch. Otolaryng., 1942, 35: 761-765, May.

VILLAR PEREZ, F.—Cálculo salival en el conducto de Wharton. Anal. Esp. de Odontoestomat. Vol. I, pág. 343, 1942.

WALTERS, C. H. A.—Sialolithiasis. Canad. M. A. J., 1934, 30: 533-35, May.

ZIEGELMAN, E. F.—Calculi in the submaxillary and sublingual glands and their ducts. Arch. Otolaryng., 1934, 19; 318-325, March.

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

VOL. XIII Núm. 147 (3) 1956

LITIASIS DE LAS GLANDULAS SALIVARES

por el

DR. PEDRO RUIZ DE TEMIÑO ALVAREZ

Jefe del Servicio de Estomatología de la Casa de Salud Valdecilla

I

Hemos escogido este tema para la ponencia de la Sección de Estomatología Quirúrgica del XVIII Congreso de Odontología, por parecernos de sumo interés para el total de la clase odontológica, al contrario de otros temas quirúrgicos que, quizá más interesantes en sí, lo son solamente para un número restringido de compañeros que se interesan para la cirugía estomatológica. Otras dos razones nos han llevado también a esta conclusión, una, la frecuencia con que hemos visto en la amplia bibliografía consultada la dificultad algunas veces para el diagnóstico, a pesar de su aparente clara sintomatología. Hemos encontrado numerosos casos en los que el diagnóstico no ha sido hecho sino después de varios años de enfermedad y cuyos pacientes habían sufrido varias intervenciones quirúrgicas e incluso numerosas extracciones del lado afectado, antes de llegar a la conclusión de que se trataba de una litiasis de las glándulas salivares. Todo esto con grave perjuicio para los enfermos.

La segunda razón que nos ha inducido para elegir este tema, es el que por ser el tratamiento médico o quirúrgico a seguir por la v.a intrabucal, excepto en los casos poco frecuentes de exéresis de la glándula que requieren una amplia intervención quirúrgica, en todos los demás, que son la mayoría, es el Odontólogo el que se halla en mejores condiciones para el tratamiento, dada su habilidad manual y costumbre para desenvolverse dentro de la cavidad bucal.

Creemos que del estudio completo de esta enfermedad y de las causas frecuentes de error diagnóstico, puede derivarse un beneficio para los enfermos. Nuestra experiencia personal, si no muy amplia, sobre 36 casos vistos y tratados por nosotros mismos y la revisión

bibliográfica lo más amplia posible que hemos intentado realizar, creemos modestamente pueda reportar un beneficio para la clase odontológica.

Esta afección, poco frecuente, no lo es tanto como algunos autores refieren, al extremo de encontrarnos con profesionales de muchos años de práctica que aseguran no haber visto ningún caso, no solamente en su clientela privada, sino en consultorios por los que desfila un gran número de pacientes.

Según una estadística dada por Harrison, que ha buscado cálculos en la literatura, desde el año 1825 a 1926, ha encontrado 375. Con posterioridad a esta fecha, en la revisión hecha por nosotros, y que como es natural no es completa, hemos encontrado 408 más. En este número están incluídos los 36 vistos por nosotros entre unos 35.000 enfermos de afecciones de la cavidad bucal que desfilaron en estos últimos veinte años por el Servicio de Estomatología de la Casa de Salud Valdecilla.

Por otra parte, y teniendo en cuenta que se producen un sinnúmero de casos en los que, por expulsión espontánea del cálculo, la enfermedad pasa desapercibida, podemos asegurar que el número de litiasis verdaderas es bastante superior al de los casos publicados

El conocimiento de los cálculos salivales data de muy antiguo: según Delanney y Boury, la primera relación francesa se remonta a mediados del siglo XVI, en la que se hablaba de piedras formadas bajo la lengua, pero el estudio anatómico de estas formaciones era poco preciso y las opiniones más fantásticas tenían libre curso. No es sino hacia 1750, que Scherer, en su tesis latina de Strasbourg, asigna como lugar de localización del cálculo los conductos de las glándulas salivales recientemente descubiertas por Wharton y Stenon Posteriormente esta cuestión queda en la sombra, de donde no saldrá hasta la tesis de Thomas de Clesmaduc, que basa todo su trabajo sobre la litiasis salival; a partir de entonces las publicaciones se hacen numerosas.

Alston publicó el primer caso en su país, en el año 1878. Se trataba de un cálculo del conducto de Wharton. Hencke y Erdmann dicen que, en contraste con los de otras regiones del cuerpo, los de las glándulas salivales tienen un lugar secundario. Sin embargo, son lo suficientemente interesantes para ser estudiados desde el comienzo de la Medicina moderna.

La localización de esta afección da unánimemente una mayor frecuencia para la glándula submaxilar, siguiendo en una menor proporción la parótida y a continuación la sublingual con muy pocos casos. Para Harris, el 61,4 por 100 tiene su localización en la glándula submaxilar y conducto de Wharton; el 20,4 por 100 para la parótida y conducto de Stenon, y el 18,2 por 100, para la sublingual y conducto. Newi y Harper, en 110 casos revisados, dan para la primera 92,9 por 100; para la segunda, 4,3 por 100, y para la tercera, 2,8 por 100. Asimismo, Ries Centeno, sin citar cifras, dice también ser más frecuente en la submaxilar que en las restantes. Husted, de 63 pacientes tratados, 60 lo fueron de submaxilar y 3 de parótida, no habiendo ninguno de sublingual. Morris, de 22 casos, 18 eran de submaxilar y 4 de parótida, no habiendo tampoco ninguno de la glándula sublingual. Grenfield, en 32 casos, 28 eran de submaxilar, 3 de sublingual y uno de parótida. Maccaferri, de 30 observaciones personales, 25 son de submaxilar, 3 de parótida y 2 de sublingual. Nuestros 36 casos pertenecían, 32 a la submaxilar, 3 a la parótida y uno solamente a la sublingual.

Por alguna razón desconocida, la submaxilar derecha está afectada casi el doble de veces que la izquierda. También hay un predominio del sexo masculino sobre el femenino; en nuestros casos, 27 pertenecían a hombres y 9 a mujeres. Por lo que respecta a la edad, la afección aparece después de los treinta años, no siendo, sin embargo, raros los casos de edades más tempranas, así Lasserre cita tres de ocho, diecisiete y dieciocho años. Burdel habla de uno con localización sublingual en un niño de tres semanas. Portalier presenta otro de submaxilar en un niño de nueve años, y nosotros mismos presentamos también uno de submaxilar en otro niño de once años.

La localización bilateral también ha sido referida, siendo el caso más importante el de Ginestee y Servais, de una litiasis submaxilar y bilateral y masiva que ocupaba las dos glándulas y parte posterior de los canales de Wharton.

El tamaño de las concreciones varía desde muy pocos milímetros hasta 230 gramos, según cita hecha por Harrison en la literatura por él consultada. Nuestros casos tenían tamaños que oscilaban entre 2 y 20 milímetros.

Etiología.—Varias son las teorías expuestas para explicar la formación de los cálculos salivales, sin que ninguna de ellas aclare completamente el problema.

Teoría de los cuerpos extraños.—Esta teoría, expuesta por Mareau en 1876; Czigan, en 1890, y completada posteriormente por Berger en 1923, dice que un cuerpo extraño como una partícula de sarro, una espina de pescado o una pepita, pueden depositarse en el conducto o dentro de la glándula salival, formando así la base para el depósito sucesivo de sales cálcicas de la saliva; Schuh, en 1913, expuso la idea de que un cuerpo extraño puede por irritación causar inflamación en el conducto o glándula, con alteración de las secreciones salivales, produciéndose entonces el depósito de sales cálcicas sobre el cuerpo extraño. Para Theodorescu, a estos cuerpos extraños, traumatismo, infecciones, etc., incumbe solamente la tarea de preparar un coágulo, que sufrirá un proceso de petrificación consecutivo a la absorción de sales cálcicas. Kirk dice que el anhídrido carbónico en solución en boca, precipita las sales de calcio en presencia de los coloides de mucina y eventualmente se forma una concreción calcificada. Entre los cuerpos extraños encontrados en el interior de los cálculos y que por tanto sirvieron de matriz para la formación de los mismos, citaremos semillas, espinas de pescado y otros restos alimenticios, así como un ápice dental y una hierba mencionados por Pilchir, este último, único en la literatura, según el autor mencionado.

Teoría inflamatoria.—Immisch, en 1861, declaró que una inflamación crónica del conducto, produce lentitud del flujo salival, formándose como consecuencia un precipitado en el lumen del conducto, la incrustación eventual forma un tubo cálcico; en la literatura ya fué presentado un cálculo de forma tubular por Choronohitzky. Lang, en 1927, expuso que pueden formarse piedras microscópicas en algunas enfermedades, como tifoideas, tuberculosis, etc. El creía que estas enfermedades infecciosas hacían a las glándulas menos resistentes a los parásitos formadores de piedras, sugiriendo más tarde que el estancamiento de la saliva la hace más espesa por reabsorción de las materias acuosas, produciéndose entonces el precipitado de sales cálcicas; refiere el hecho conocido de que en la saliva estancada aparece carbonato cálcico oscuro, también el estancamiento favorece el desarrollo de las bacterias y que la precipitación de sales cálcicas es la vida funcional de algunas de ellas.

En contra de esta teoría de infección previa de la glándula para aparición de la litiasis, está el hecho de que, a pesar de ser la glándula parótida la más afectada por las infecciones, lo sea mucho menos

por la litiasis en relación con la submaxilar. Pudiera también tener alguna importancia el hecho conocido de que el contenido mucoide de la saliva es mucho más alto para la submaxilar.

Debemos también tener en cuenta las particularidades anatómicas de la glándula submaxilar y su conducto que incluyen irregularidades y divertículos, las cuales pueden ser causa de un mayor estasis secretor, así como la posición inferior de la glándula respecto al conducto, que a su vez es el más largo entre todas las glándulas salivales.

Teoría parasitaria.—Maas, en 1871, fué el primero en sugerir que la formación de cálculos podía ser debida a las bacterias; Klebs, en 1876, dió su teoría de que los depósitos eran originados por organismos de precipitación cálcica. Como por regla general las bacterias no invaden una membrana mucosa intacta, hay que suponer alguna fisura en su estructura. Bensussan, en 1933, recalca que si la flora de la boca fuera por sí sola capaz de ocasionar la enfermedad, todos los individuos padecerían sialolitiasis.

El papel representado por los actinomices en la formación de los cálculos salivales ha sido muy discutido, especialmente desde las publicaciones de Naeslund y Soderlund; estos autores consideran la formación del cálculo salival sencillamente como un resultado de la introducción en el canal o en la glándula de estos hongos, que encontró en el estudio de 50 casos. Majocchi, en 1910, entre 16 casos, solamente en uno encontró el hongo. Rodelius, que estudió 16 casos en 1917; Risak, 14 casos en 1929, y Bode dos más, no encontraron en ninguno de ellos el citado hongo.

Una circunstancia que también va en contra de la teoría de la actinomicosis es el hecho conocido de la patología veterinaria, de que los caballos padecen con bastante frecuencia cálculos salivales, pero muy pocas veces de actinomicosis, mientras que el ganado vacuno y los perros padecen actinomicosis y difícilmente presentan cálculos salivales. Tholen, en 1949, señala, asimismo, que si la teoría de la actinomicosis fuese correcta, encontraríamos de vez en cuando actinomicosis en la propia glándula salival, pero él no ha encontrado evidencia clínica de tales entre sus 115 casos.

Síntomas y signos.—Los síntomas perturbadores pueden ser agudos, subagudos o crónicos. Los síntomas agudos pueden presentarse de forma repentina, pero generalmente han ido precedidos de otros de tipo subagudo que han podido pasar desapercibidos y aparecen en

enfermos portadores de un cálculo en el conducto, al contrario de los cálculos de la glándula, que normalmente dan síntomas subagudos o crónicos. Esto se explica porque el obstáculo para la secreción salival interrumpe totalmente ésta, cuando se halla en el conducto, mientras que la interrupción en la glándula se refiere sólo a algunas zonas más o menos amplias de los acini glandulares, pues las partes no interesadas desaguan normalmente. El grado de los síntomas no está determinado por el tamaño de la piedra, sino por la obstrucción más o menos total que ésta realice, la cual dependerá de la forma irregular de su superficie. Frecuentemente hemos visto cálculos de un tamaño considerable con una historia clínica muy corta, y al contrario, otros cálculos sumamente pequeños, con un largo historial y repetidos cólicos salivales. Estos síntomas se agudizan normalmente en el momento de las comidas, al producirse un aumento de la secreción salival, que no puede salir a través del conducto parcialmente cegado. En los intervalos entre las comidas, la glándula se vacía, desapareciendo los síntomas dolorosos y de replección.

Cuando la obstrucción es total se produce el típico cólico salival, con dolor e inflamación, haciéndose perfectamente ostensible la glándula a través de la piel y en el interior de la cavidad bucal. La supresión es un factor sin importancia en la valoración de los síntomas y debida exclusivamente al estasis salival. El estado subagudo es clínicamente el más frecuente, la hinchazón afecta solamente a la glándula, produciendo esta distensión algunas molestias, pero en realidad poco dolor. El estado crónico se caracteriza por su supuración persistente en pequeña cantidad, siendo entonces cuando sobrevienen cambios degenerativos, tanto en el estroma como en el parénquima de la glándula. Multitud de observaciones clínicas sugieren que estos cambios no son esencialmente destructivos, ya que en la mayor parte de los casos, después de extraída la piedra, la glándula continúa su función y al cabo de cierto tiempo llega a hacerse impalpable.

Diagnóstico.—La historia de la enfermedad con hinchazón intermitente de la glándula salival, o del conducto, acompañada de un dolor más o menos fuerte en los tejidos próximos a la glándula, durante las comidas o solamente a la vista de alimentos, principalmente ácidos, tiene un valor decisivo en el diagnóstico de obstrucción del conducto o glándula salival. La inspección y exploración manual

por palpitación sobre el conducto o sobre la glándula, nos demuestra la mayoría de las veces la existencia del cálculo, que cuando así es tiene un gran valor, no solamente en el diagnóstico, sino también en la localización, muy importante esto para el futuro tratamiento.

El cateterismo de los conductos que nosotros realizamos con una sonda de plata no rígida, terminada en una pequeña esfera para evitar el peligro de perforar el canal, nos facilita frecuentemente el diagnóstico. Debe tenerse precaución y hacer el sondaje con sumo cuidado, para no empujar el cálculo al interior de la glándula, accidente que por otra parte no es fácil, a no ser que se trate de un cálculo de muy pequeño tamaño, pues las rugosidades que presenta en su superficie le hacen estar sumamente adherido al conducto.

El examen a los rayos X tiene una importancia extraordinaria para la realización del diagnóstico, así como para la localización exacta de los cálculos y número de los mismos, pues hay que tener en cuenta la frecuencia con que se presentan múltiples concreciones, pudiendo ser en el mismo enfermo unos, de conducto, y otros, de glándula, como en algunos de los casos presentados por nosotros. Esto es muy importante, ya que en algunas historias, en las que se habla de recidivas, pudiera más bien tratarse de un error diagnóstico en cuanto al número de piedras. Debemos tener en cuenta que no todos los cálculos salivales son radioopacos, y por eso no debemos confiar exclusivamente en la radiografía como único medio de diagnóstico. La falta de opacidad, debida quizá a la escasa materia mineral y, en cambio, a la abundante trama orgánica, ha sido comprobada por nosotros después de haber visto un riñón extirpado en el Servicio de Urología, en la Casa de Salud Valdecilla, con numerosos cálculos de gran tamaño, que no sólo no se apreciaban en las radiografías anteriores a la intervención, sino tampoco en las que se hicieron directamente en la pieza extirpada, algunas por nosotros con películas dentales. Esto nos incitó a realizar la misma exploración de algunas piedras extraídas en pacientes en los que la previa exploración radiográfica había sido negativa, y, efectivamente, en las placas radiográficas hechas colocando el cálculo directamente sobre la misma sin interposición de tejidos, la exploración fué asimismo negativa.

Las placas deben ser tomadas en ángulos diversos, con objeto de evitar superposiciones óseas, siendo para los del conducto de Wharton y glándula sublingual la proyección oclusal la mejor, mordiendo

la película entre ambas arcadas dentarias y siendo los rayos perpendiculares a la misma.

Otras veces el cálculo presenta una densidad tan grande, que resulta particularmente opaco a los rayos X, pudiendo dar una imagen muy parecida a la de un diente incluído. Así, Maltete nos presenta un enfermo con una muela del juicio incluída, en posición viciosa y un cuerpo extraño situado cerca de la muela del juicio y considerado por el radiólogo como una muela supernumeraria cuando en realidad se trataba de un cálculo salival. Asimismo, Benoit nos habla de un caso en que un grueso cálculo con excepcional opacidad era comparable a una muela del juicio, haciendo resaltar que la confusión es frecuente y que la radiografía puede dar a veces resultados inesperados.

Al contrario, Husted nos presenta un falso diagnóstico debido a una mala interpretación radiográfica; el examen daba una sombra masiva en una zona que podía corresponder al conducto de Wharton, la cual fué interpretada coo una piedra en dicho conducto. En la operación se encontró que el conducto no estaba obstruído y que el cuerpo extraño radioopaco era la raíz de un diente que probablemente durante la extracción había sido desplazado, encontrándose situado entre la membrana mucosa y el músculo milohioideo. Tabién Brawn aporta otro caso en el que otro cálculo salival fué equivocadamente diagnosticado como la raíz de un diente en el maxilar.

La sialografía puede prestarnos un valioso concurso, sobre todo en las exploraciones radiográficas negativas o en casos dudosos, como los anteriormente expuestos. Husted practicó cinco sialografías en otros tantos casos en los que la radiografía no había revelado la existencia de cálculos salivales; uno correspondía a la glándula parótida y cuatro a la submaxilar; en tres de ellos se reveló la existencia de concreciones, en otro obstrucción de conducto y en el último, en el cual la piedra estaba colocada en la glándula, la sialografía fué también negativa. Thibault nos dice asimismo que la sialografía permite descubrir y situar el cálculo, sobre todo cuando es intraglandular o radiotransparente, cosa no excepcional, sirviendo también para apreciar el grado de distensión o esclerosis de la glándula y tenerlo en cuenta para el tratamiento consecutivo. Richard presenta otro caso con sintomatología de litiasis parotidea; el examen radiográfico fué negativo, la sialografía no reveló nada, pero en una radiografía hecha dos meses después se aprecia la existencia de lipio-

dol en la glándula; como éste debe desaparecer en cuarenta y ocho horas, su persisteneia indica una obstrucción del conducto; el cateterismo demostró, a seis centímetros aproximadamente del orificio, un cálculo que fué extraído; una semana después el lipiodol había desaparecido por completo.

Las sustancias radioopacas fueron inyectadas por primera vez en 1904, pero el procedimiento fué considerado como una curiosidad médica de ninguna significación clínica. En 1926, Calstn estudió radiológicamente las glándulas parótidas, normales y patológicas, usando aceite yodado inyectando en el conducto de Stenon, siendo desde entonces un procedimiento normal de diagnóstico.

Técnica de la inyección.—Previo un estudio radiológico preliminar de los tejidos blandos de la glándula afectada, se procede a la inyección de aceite yodado, que como medio de contraste es el más indicado. El conducto se localiza fácilmente, el masaje de la glándula produce la salida de la saliva, poniendo de manifiesto la desembocadura; si esto no fuera suficiente basta hacer chupar un trozo de limón, o dar una bebida agria al enfermo y el orificio se hará patente. La cánula se introduce de centímetro a centímetro y medio, inyectándose a continuación de uno a dos centímetros cúbicos, un poquito menos para la glándula submaxilar que para la parótida; se comprime después la abertura y se procede a hacer las radiografías. Putney aconseja hacer la inyección en dos tiempos, primeramente medio centímetro cúbico, obteniendo una radiografía a continuación, y después, el resto, haciendo la segunda radiografía; así se obtienen el conducto y la glándula por separado. Está contraindicada esta técnica en presencia de infección aguda de la glándula. El diagnóstico de los cálculos es generalmente sencillo, pero si éstos son muy pequeños pueden no verse; sin embargo, el sialograma demuestra el lugar de la obstrucción y los cambios secundarios en el conducto, haciéndose también una clara diferenciación entre los intra y extra-glandulares.

Diagnóstico diferencial.—Debe ser hecho un diagnóstico diferencial entre linfadenitis, celulitis y cálculos salivales. En las primeras, las glándulas linfáticas son más superficiales y comúnmente posteriores a las glándulas salivales En la celulitis frecuentemente por infección periapical la inflamación es difusa, va asociada con trismus y el periostio se halla afectado, no palpándose bien el borde del

maxilar; al contrario de las litiasis en las que el borde maxilar se contrasta perfectamente, no existe trismus y la inflamación es más circunscrita. También hay que diferenciar la inflamación de la glándula parótida por cálculos con los tumores de la misma: fibromisoma, endotelioma y teratoma encapsulados. Con carcinomas y sarcomas no debe haber confusión posible, pues su crecimiento es más rápido y no hay regresiones periódicas como en la litiasis. Los tumores de las glándulas submaxilar y sublingual son análogos a los de la parótida, pero mucho menos frecuentes. La ránula tampoco puede prestarse a confusión, pues salvo en la localización no tiene ningún parecido con la litiasis; además, la apertura espontánea o provocada de la ránula da salida a un líquido de consistencia de clara de huevo. Debe también tenerse en cuenta la angina de Ludwig, pero en ésta la ausencia de historia anterior al proceso agudo y el mal estado general del enfermo deben sernos suficientes para el diagnóstico diferencial.

El síndrome de Mikulicz, que está caracterizado por la inflamación crónica y bilateral de las parótidas, submaxilares o sublinguales, va acompañada también de inflamación en las glándulas lagrimales; la ausencia de dolor, por otra parte, a pesar de la inflamación algunas veces exagerada, debe servirnos para diferenciarlo de la litiasis. Según Leroux y Chevalier el aspecto característico de la glándula inyectada de lipiodol permite asimismo hacer un diagnóstico diferencial de la litiasis con la tuberculosis los quistes y las parotiditis crónicas, pues a cada lesión anatomopatológica corresponde una imagen radioscópica distinta.

Tratamiento.—Este debe ser esencialmente quirúrgico, variando las técnicas según la localización de los cálculos, debiendo distinguirse si éstos son intracanaliculares o intraglandulares y también que se trate de la parótida sublingual o submaxilar.

Debemos mencionar, sin embargo, algunas observaciones en las que el tratamiento no ha sido quirúrgico. Así Ballon se refiere a varios enfermos en los que, por rehusar el tratamiento quirúrgico habitual o no estar éste indicado, se hicieron cateterismos repetidos y dilatación del canal, consiguiendo la expulsión de los cálculos. Schenl describe otros casos de litiasis en el conducto de Wharton en una mujer, atribuyendo la expulsión espontánea del cálculo que medía 19 por 5 milímetros, a los remedios homeopáticos prescritos, a base

de mercurio soluble y ácido fluorhídrico, del que tomaba unas 30 gotas varias veces al día. Greeley ha usado con éxito métodos que estimulen la secreción salival, simple masaje, fomentos e irrigaciones por boca. Badanes cree que la incorporación a la pasta dentrífica de 0,50 por 100 de cloruro magnésico y sulfato magnésico puede disolver la mucina, globulina y oxalato cálcico. El tratamiento conservador recomendado por algunos autores consiste en "ordeñar" las piedras del conducto con los dedos, uno intraoral y otro extraoral, ejerciendo un movimiento hacia adelante, pudiendo llegarse a la eliminación del cálculo, cuando éste está cerca de la desembocadura del conducto. Berger y Berke creen que la expulsión espontánea puede realizarse incluso cuando la piedra está colocada en la parte posterior del conducto o interior de la glándula, avanzando éste gradualmente por la presión continua de la saliva. Nosotros mismos presentamos algunos casos de expulsión espontánea o provocada por maniobras sobre la glándula, tales como masaje, después de haber conseguido congestionar la glándula misma.

En el tratamiento quirúrgico parece que hay unanimidad cuando los cálculos se hallan situados en el conducto. Todos los autores están conformes en la extracción exclusiva de las concreciones, en cualquiera de las tres glándulas que se trate. Pero la discrepancia se pone de manifiesto cuando se refiere a cálculos intraglandulares.

Exceptuamos también a la litiasis de la glándula sublingual, pues como hace notar Ries Centeno, por ser los conductos de muy poca longitud y la glándula la más accesible de todas las salivales, la intervención es sencilla aun tratándose de cálculos intraglandulares. Como anestesia indica puede usarse la local por infiltración, aunque no es recomendable, pues tiene la relativa contraindicación de poder propagar la infección a regiones vecinas. También la general con protóxido de ázoe o pentotal protóxido es conveniente; pero la más idónea es la troncular, interesando recordar que es el nervio lingual el que conviene anular. Practicada la incisión sobre la carúncula y en el punto donde por palpación o examen radiográfico se localizó el cálculo, se llega en profundidad hasta que el bisturí toca el cuerpo duro; tomados los labios de la incisión con pinzas de Kocher pequeñas, se separan éstos y mediante presión digital en la región suprahioidea el cálculo emerge prontamente o permite ser retirado con cucharillas o instrumentos romos. Previo lavado con suero tibio para arrastrar el pus y posibles cálculos pequeños, se cierra la herida bu-

cal con dos puntos de sutura con seda. Los antibióticos, que se habrán comenzado a usar con anterioridad, se continúan suministrando durante cuatro días, siendo raro que haya alguna complicación postoperatoria.

En la glándula parótida, y tratándose de cálculos intraglandulares, tampoco hay muchos partidarios de la extirpación de la glándula por el peligro grave de mutilaciones permanentes, tales como parálisis faciales, siendo más aconsejable cuando la piedra no puede ser extraída, la anulación de la glándula por radioterapia También es una complicación, en la extracción por vía cutánea de las concreciones, la persistencia de fístulas salivales. De esta manera de pensar es, entre otros, Ruppe.

La técnica seguida para la extracción de los cálculos canaliculares, preconizada por varios autores, entre los cuales citaremos a Berger, Arch, etc., es como sigue: previa anestesia general, local o troncular, siendo la mayoría partidarios de esta última, ya que la local puede desplazar el curso anatómico del conducto, se pasará de una sonda rígida hasta tocar el obstáculo del cálculo; si éste es pequeño puede ocurrir que la sonda pase hasta la glándula. Usando la sonda como palanca y ayudados por una presión externa sobre el área submaxilar, se hace una incisión del conducto sobre la sonda longitudinalmente. A medida que se va avanzando en la incisión, siendo preferible hacerlo centímetro a centímetro, se pueden ir cogiendo los bordes seccionados con un punto de seda, hasta llegar al sitio en que se halla colocado el cálculo; entonces es fácil la extracción utilizando un instrumento romo o cucharilla. Hay que tener precaución al llegar a la altura del segundo molar de incindir en la porción superomedial del conducto, ya que en esta región pasa el nervio lingual y la sección del mismo produciría una anestesia permanente de la lengua en la zona por él inervada. Previo lavado de la zona operada, se procede a la sutura de los bordes seccionados. La desaparición del síntoma doloroso provocado por la infección y tensión intraglandular, desaparece inmediatamente después de la intervención, o a lo sumo persiste unos pocos días. Actualmente el tratamiento postoperatorio con antibióticos favorece el rápido restablecimiento de los enfermos.

Tratamiento quirúrgico de los cálculos intraglandulares.—Nos referimos a la submaxilar, pues de la parótida y sublingual ya he-

mos tratado anteriormente. Es en esta localización donde existen dos criterios totalmente diferentes. Según unos autores, debe ser siempre extirpada la glándula, no importando el lugar que el cálculo ocupe en el interior de la misma. Así piensa Maccaferri, que dice: "Cuando el cálculo es intraglandular, la exéresis de éste es indispensable." Para Theodorescu los cálculos glandulares deben ser extraídos por vía cutánea; la simple ablación del cálculo puede ser seguida de persistentes molestias o de una recidiva. Solamente la extirpación de la glándula completa puede dar una curación segura. Según su estadística, de 14 localizaciones en la glándula submaxilar, 11 veces tuvo que ser extirpada la glándula, siéndolo una después de la expulsión espontánea del cálculo, y otra posteriormente a la extracción del mismo por vía bucal.

Contrariamente a este criterio de extirpación radical tenemos el de Morris y Boyer, que dicen: "Los cálculos de la glándula submaxilar deben ser operados intraoralmente y ésta no debe ser nunca extraída, a no ser en los casos en que haya degeneración." Para Chileey es aconsejable la extirpación de la glándula solamente cuando después de la extracción del cálculo no vaya esto seguido de curación de la enfermedad; cuando esto sea necesario recomienda sumo cuidado en la operación para no lesionar los nervios lingual, hipogloso y la rama inframaxilar del facial. Havesn considera que la extracción del cálculo no es siempre fácil, primero por lo restringido del campo; segundo, por la vascularización de los tejidos, y tercero, por la movilidad del campo mismo en el que se ha de trabajar. El emplea un gancho especial para ayudarse en la extirpación.

Para Berger y Berke los cálculos colocados dentro de la glándula submaxilar, no son siempre sencillos de extraer. Por regla general, la piedra no se aprecia completamente por palpación; pero la induración proporciona una orientación bastante segura, lo que unido a los datos obtenidos por radiografías cuidadosamente hechas, deben darnos el lugar preciso en que la membrana mucosa debe ser seccionada, el conducto se deja intacto en esta intervención. Con una disección aguda y cerrada se alcanza el músculo milohioideo, el cual se divide a continuación; en este momento y con la mano propia o de un ayudante, se fuerza la glándula dentro del suelo de la boca. Cuando la piedra está localizada se dividen los tejidos que la cubren hasta que se alcanza y se extrae. Se ligan vasos de hemorragia, que no suele ser intensa, y se cierra la herida colocando en la parte más pro-

funda un drenaje de gasa yodofórmica. La cicatrización es generalmente rápida y sin incidentes, la secreción salival parece no interrumpirse.

Estos mismos autores aconsejan intervenir a través de una abertura extraoral cuando se demuestra que la piedra está en una porción totalmente inaccesible por vía bucal o que su extracción no sería segura.

El criterio seguido por nosotros ha sido el siguiente: en los cálculos de la glándula parótida o de sus conductos, extracción por vía intrabucal. En los casos que hemos tenido, que han sido pocos, lo hemos conseguido siempre, pero, si no, nuestro criterio hubiera sido radioterapia, ya que consideramos peligrosa la intervención en esta región por vía externa, por el riesgo de fístulas y parálisis.

Para la glándula sublingual, de la que solamente hemos tenido un caso, creemos, por la literatura consultada y sobre todo por el amplio trabajo de Ries Centeno, así como por la localización, que la intervención por vía bucal ha de ser siempre fácil y sin complicaciones operatorias.

En la glándula submaxilar, ya se trate de cálculos en el conducto o en la misma glándula, nuestro criterio ha sido siempre intentar la intervención intraoral, respetando la glándula, que además es lo que el paciente acepta más gustosamente. Algunas veces ha sido sumamente laboriosa la búsqueda y extracción del cálculo; pero excepto en dos casos, como detallamos en nuestro historial, lo hemos conseguido siempre y aun de estos dos casos, uno de ellos la extracción fué también por boca, ayudados por exposición cutánea de la glándula, pero sin haber penetrado en la misma. Por tanto, solamente en un caso, después de haber intentado dos veces la extracción por vía bucal, una con anestesia troncular y otra con general, ante las enormes dificultades encontradas y no creyendo hubiera sido suficiente la extirpación del cálculo para seguir la curación, pues la glándula estaba esclerosada, teniendo además una consistencia dura, como de cartón, nos decidimos a la exéresis glándular por vía cutánea, encontrando el cálculo fuertemente incluído entre una masa fibrosa dura. Se trataba, por otra parte, de una litiasis con una historia larga y frecuentes cólicos salivales que habían producido grandes cambios degenerativos en la glándula.

En los demás casos con historias parecidas, en los que conseguimos la eliminación del obstáculo por extracción solamente del cálcu-

lo, la función glandular se restableció en su totalidad, siendo lenta únicamente en uno, en el que fueron precisos varios meses para llegar a la normalidad.

Es, por tanto, nuestro criterio enormemente conservador, y creemos que no debe llegarse a la extirpación glandular más por enfermedad de la glándula misma, por la dificultad insuperable de extraer los cálculos solamente.

La coloración de los cálculos es gris amarillenta, muy parecida a la del sarro, siendo su composición química fosfato cálcico, carbonato cálcico y materia orgánica, entrando también en pequeñas cantidades el fosfato magnésico y el hierro; en todos nuestros casos el análisis reveló estaban formados exclusivamente de fosfato cálcico. Asimismo se hallan englobados gran número de bacterias y hongos de actinomices; la forma de los cálculos es muy irregular, siendo generalmente alargados los de los conductos y redondeados los enclavados en el interior de las glándulas.

El estudio histológico de los cálculos encierra una gran dificultad. Solamente en el trabajo de Berger y Berke se halla descrito la técnica para decalcificar y cortar estas concreciones. Estudiaron 14 piedras, roentgenográficamente e histológicamente, sacándose de dicho estudio las siguientes conclusiones: Se ha observado siempre un foco central alrededor del cual se depositaron sales minerales. Estos focos parecen estar compuestos de células inflamatorias, bacterias y en varios casos, con una sola excepción, de una sustancia básica no fibrosa. Células fagocitarias de apariencia normal y en varios períodos de degeneración se hallaban libres en los intersticios e incorporadas a la sustancia básica. En algunos casos se demostraron bacterias cocoides. La naturaleza y distribución de la sustancia básica es de importancia en la interpretación del modo de formación y crecimiento de estas concreciones.

Conclusiones

1.ª La litiasis de las glándulas salivales no es una enfermedad rara. El orden de frecuencia por lo que respecta a las tres glándulas es primero la submaxilar y su conducto, en un tanto por ciento elevado, después la parótida y a continuación la sublingual en muy pequeña proporción.

2.ª La etiología, a pesar de las numerosas teorías expuestas, no está clara.

3.ª El diagnóstico no debe ser difícil, basándose éste principalmente en los síntomas clínicos de agrandamiento periódico de la glándula en el momento de la comida y disminución o desaparición total de la inflamación en los períodos entre dichas comidas.

4.ª La salida de pus en pequeña cantidad por los conductos es también un síntoma de obstrucción salival por cálculo.

5.ª La exploración radiográfica en diferentes ángulos es absolutamente necesaria. Aunque ésta sea negativa no nos autoriza a desechar la existencia de una litiasis, pues el cálculo puede no ser radioopaco por estar poco calcificado.

6.ª La eliminación del cálculo es imprescindible para el tratamiento de esta dolencia, debiendo ser hecho en la mayor parte de los casos por la vía intrabucal y preferentemente por métodos quirúrgicos.

7.ª La extirpación de la glándula está indicada en muy pocos casos y solamente cuando los cálculos no han podido ser extraídos o si a pesar de su extracción las lesiones degenerativas impiden el funcionamiento normal de la misma.

8.ª La anestesia más indicada para la extirpación de los cálculos es la troncular.

9.ª Hay que pensar siempre en la existencia de cálculos múltiples, algunos invisibles a rayos X, por su pequeño tamaño o por la pobre concentración en sales cálcicas, para no caer en el error de pensar en una recidiva o en una degeneración glandular cuando después de la extracción de algún cálculo persistan los dolores y los fenómenos inflamatorios.

NEURALGIAS FACIALES

por

PEDRO RUIZ DE TEMIÑO
Jefe del Servicio de Estomatologia de la Casa de Salud Valdecilla

Se denominan así los accesos dolorosos en el territorio inervado por el nervio trigémino. No se trata siempre realmente de una enfermedad, sino de la manifestación local de un trastorno, unas veces general y otras local. Entre las enfermedades que pueden dar lugar a esta manifestación dolorosa se encuentran la sífilis, la diabetes, malaria, paludismo, toxinas intestinales, etc. Algunas intoxicaciones, como las producidas por el plomo, tabaco, alcohol, arsénico, etc.; y y entre las causas locales más frecuentes están los dientes, alteraciones del proceso alveolar, tumores, etc.

Lo que sí es ciertamente la neuralgia del trigémino, una de las más terribles afecciones que, como dice Leriche, no precisamente porque ella mate, sino todo lo contrario, por lo que dura.

La enfermedad aparece generalmente después de los treinta años; sin embargo, no es difícil encontrar pacientes más jóvenes. Así Adson, en una estadística de la Clínica Mayo, entre 839 casos, el más joven tenía diecisiete años, y el más viejo, ochenta y ocho. Nosotros hemos tratado una neuralgia del dentario inferior en un joven de diecinueve años. Algunas veces hay períodos de remisión en el curso de la enfermedad, aunque no es esto lo frecuente, pues suele ocurrir que, a pesar del tratamiento, estos períodos sin dolor sean cada vez más cortos, al mismo tiempo que éste aumenta en intensidad. Ante una crisis dolorosa de un enfermo neurálgico, el médico padece también una verdadera angustia, compensada sobradamente cuando mediante el tratamiento consigue la desaparición del dolor. La personalidad del enfermo se transforma: se hace retraído, no habla, se alimenta poco; en fin, evita toda la acción que pueda despertar su dolor. Ninguna enfermedad conduce al suicidio con más frecuencia que la neuralgia, lo que nos indica cuán terrible es este padecimiento.

Corrientemente, esta afección es de un solo lado; pero no es infrecuente hallar neuralgias bilaterales. Así, Cushing da del 4 % al 5 %, y Frazier, el 2 %.

Se clasifican las neuralgias del trigémino, desde el punto de vista práctico, o sea por el tratamiento a seguir, en secundarias o, según Partsch, dolores faciales neuralgiformes, aquellas en las que es posible descubrir una causa, sea general o local, y esenciales, verdaderas o genuinas, aquellas en las que, por no encontrar causa aparente, hay que considerar se trata de una enfermedad propia del mismo nervio.

Las neuralgias secundarias tienen como causa desencadenante o enfermedades generales, en cuyo caso el tratamiento de ésta debe

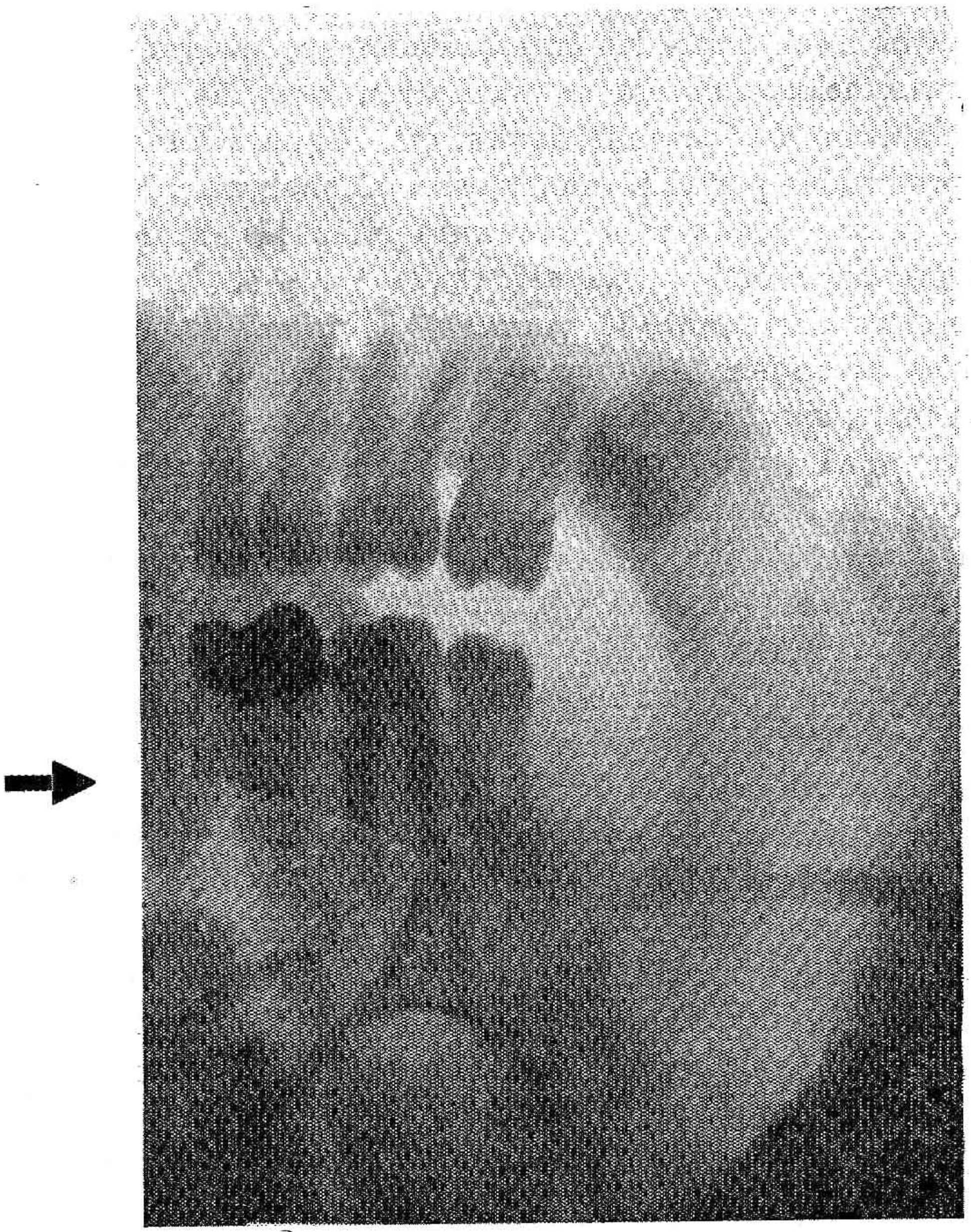


FIG. 1.—Cordal inferior incluído, causante de una neuralgia del trigémino (tercera rama), con accesos dolorosos, frecuentes en la zona del nervio dentario inferior

llevar a la curación de la primera y deben ser tratadas por el internista o neurólogo, según los casos, o causas locales que radican principalmente en la cavidad bucal, maxilares o territorios inmediatos, y es de las que nosotros vamos a hacer un estudio especial.

Una de las causas locales más frecuentes son los dientes, unas veces sanos, como ocurre en el caso de inclusiones, representados en las radiografías números 1 a 5. La número 1 corresponde a un molar de juicio, sano, totalmente incluído en posición normal, que pro-

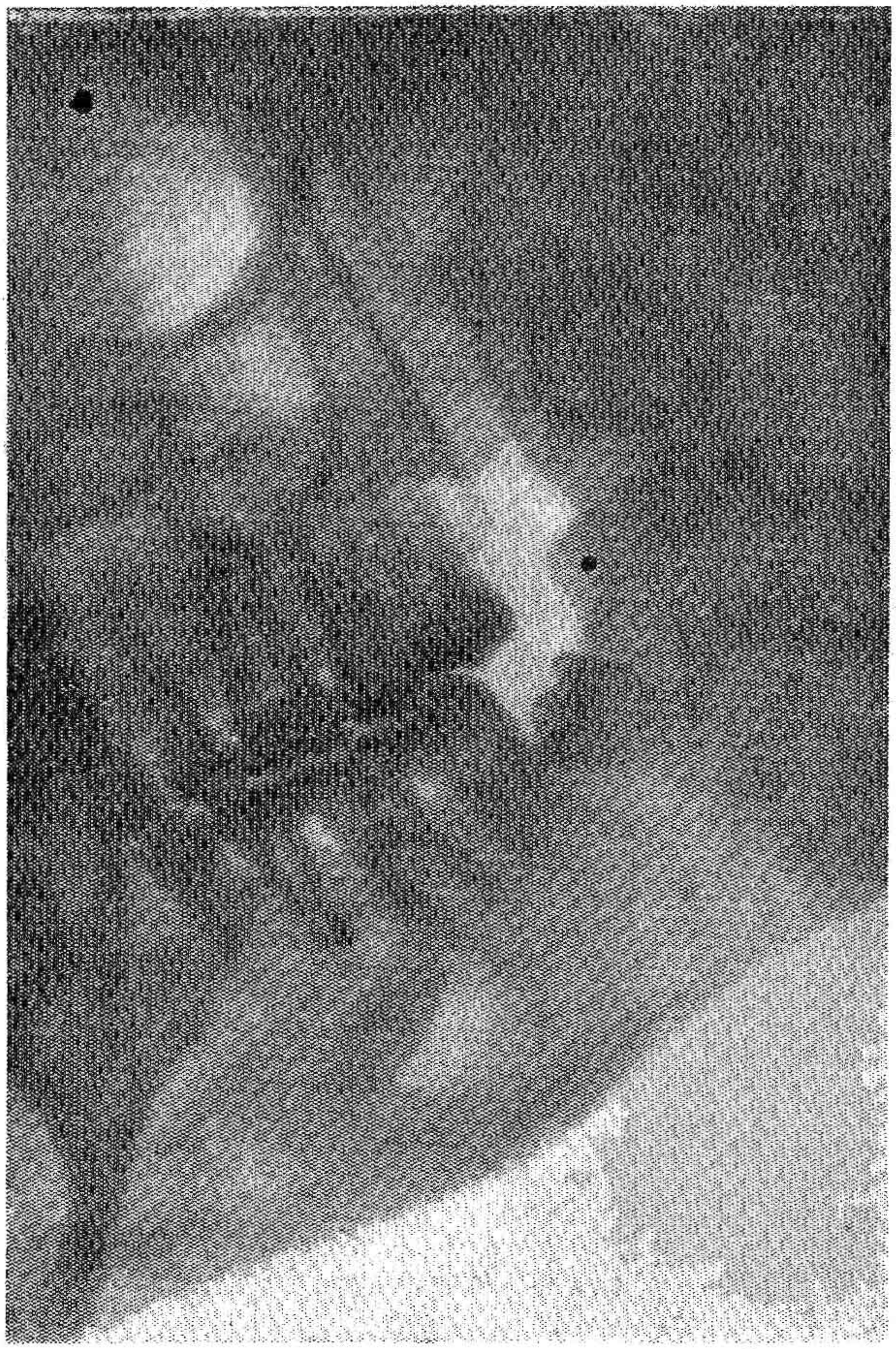


FIG. 2.—Canino inferior incluído, que producía una sintomatología parecida al caso anterior

ducía una neuralgia de la tercera rama, con accesos dolorosos frecuentes en la zona del nervio dentario inferior, irradiados al oído del mismo lado. Es posible que hubiera una compresión del nervio dentario. La anestesia en la espina de Spix hizo desaparecer el dolor, y con la extracción del molar se consiguió una curación definitiva. La figura 2 corresponde a un canino inferior incluído que producía una sintomatología muy parecida a la anterior. La extracción hecha por cara vestibular nos confirmó lo que en la radiografía se sospecha. La punta coronaria del canino presionaba el ápice del primer molar, junto al filete radicular. Eliminado el diente desaparecieron los dolores a los pocos días. La figura 3 representa otro canino in-

FIG. 3.—Canino incluído, que producía una neuralgia

cluído, que posiblemente, por el mecanismo de compresión que los anteriores, producía asimismo una neuralgia. En este mismo paciente se observa una inclusión de molar de juicio que no interviene para nada en la producción de la neuralgia, ya que fué la extracción del canino, hecha en primer lugar, la que hizo desaparecer el dolor. En la figura 4 vemos un molar parcialmente incluído, con comunicación a la cavidad bucal. Posiblemente la infección secundaria era la causa, ya que la extracción del diente fué seguida de la desaparición del dolor. La figura 5 corresponde a un enfermo que presentaba una neuralgia que localizaba mal, refiriendo alguna vez los dolores a ambos lados de la cara. Se hizo la extracción de los dos caninos incluídos simultáneamente, desapareciendo el dolor.

En otros casos se trata de dientes con caries, visibles a la exploración directa, pero con frecuencia solamente la radiografía nos las muestra, ya que pueden estar situadas en una zona que escapa a la exploración superficial. Normalmente ha de estar afectada la pulpa, aunque es curioso el caso presentado por Corbell y Galei de un enfermo afectado de una neuralgia sintomática grave por la intensidad de los dolores, que se irradiaban a toda la mitad izquierda de la cara, más acentuados a nivel del maxilar inferior y con crisis frecuentes. La exploración bucal no revela ninguna alteración a primera vista, pero en una más minuciosa se encuentra una fisura en

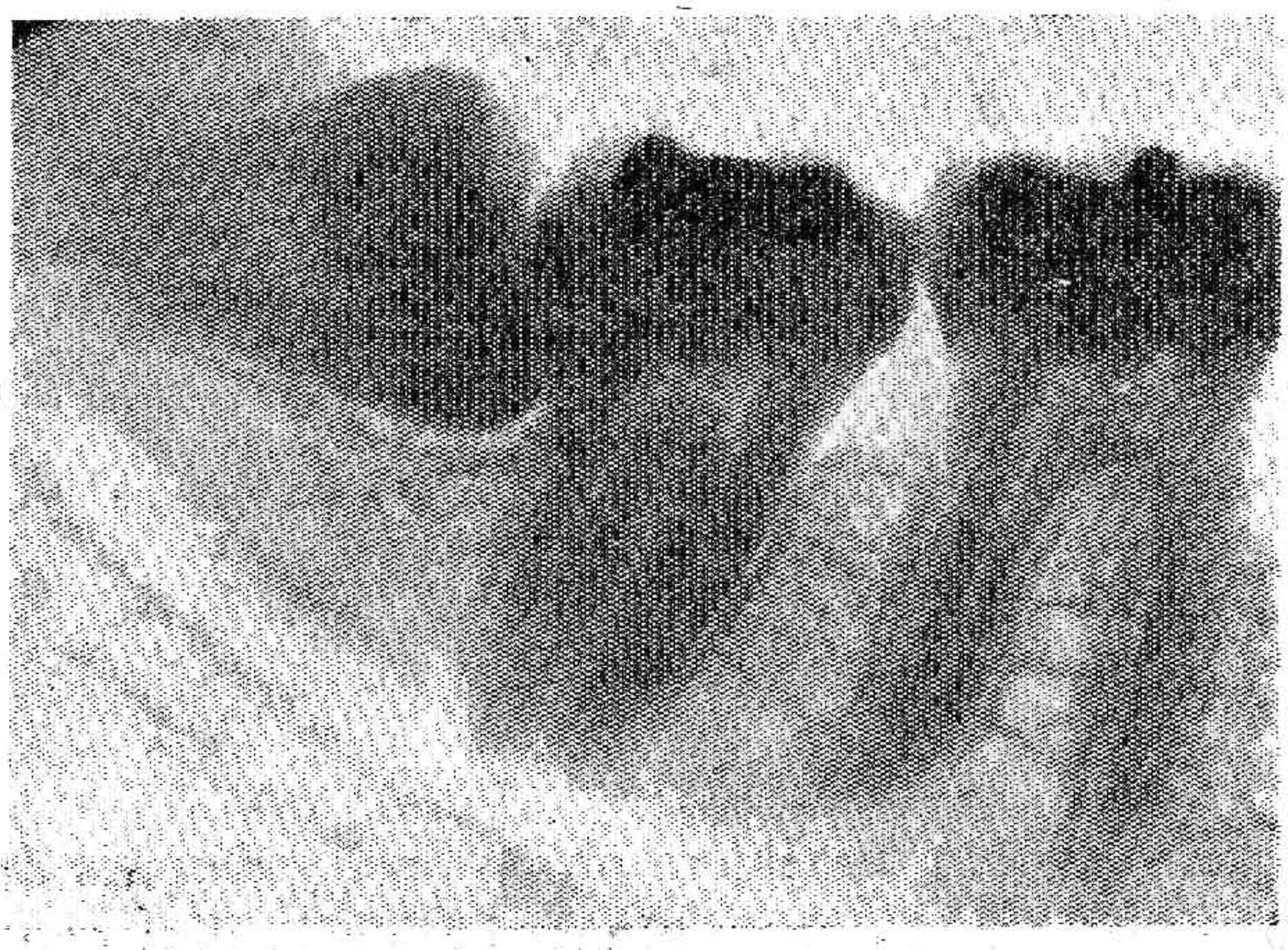


FIG. 4.—Molar parcialmente incluído, cuya infección secundaria fué causa del dolor

la cara oclusal del primer molar inferior, y al explorar esta fisura se pudo desencadenar un acceso doloroso con todas las características, trastornos vasomotores, etc., y dolor muy vivo irradiado a la región izquierda, no quedando más que confirmar el diagnóstico por el resultado del tratamiento, como así fué, siendo además éste conservador. Se trató la caries con nitrato de plata, sin alteración de la

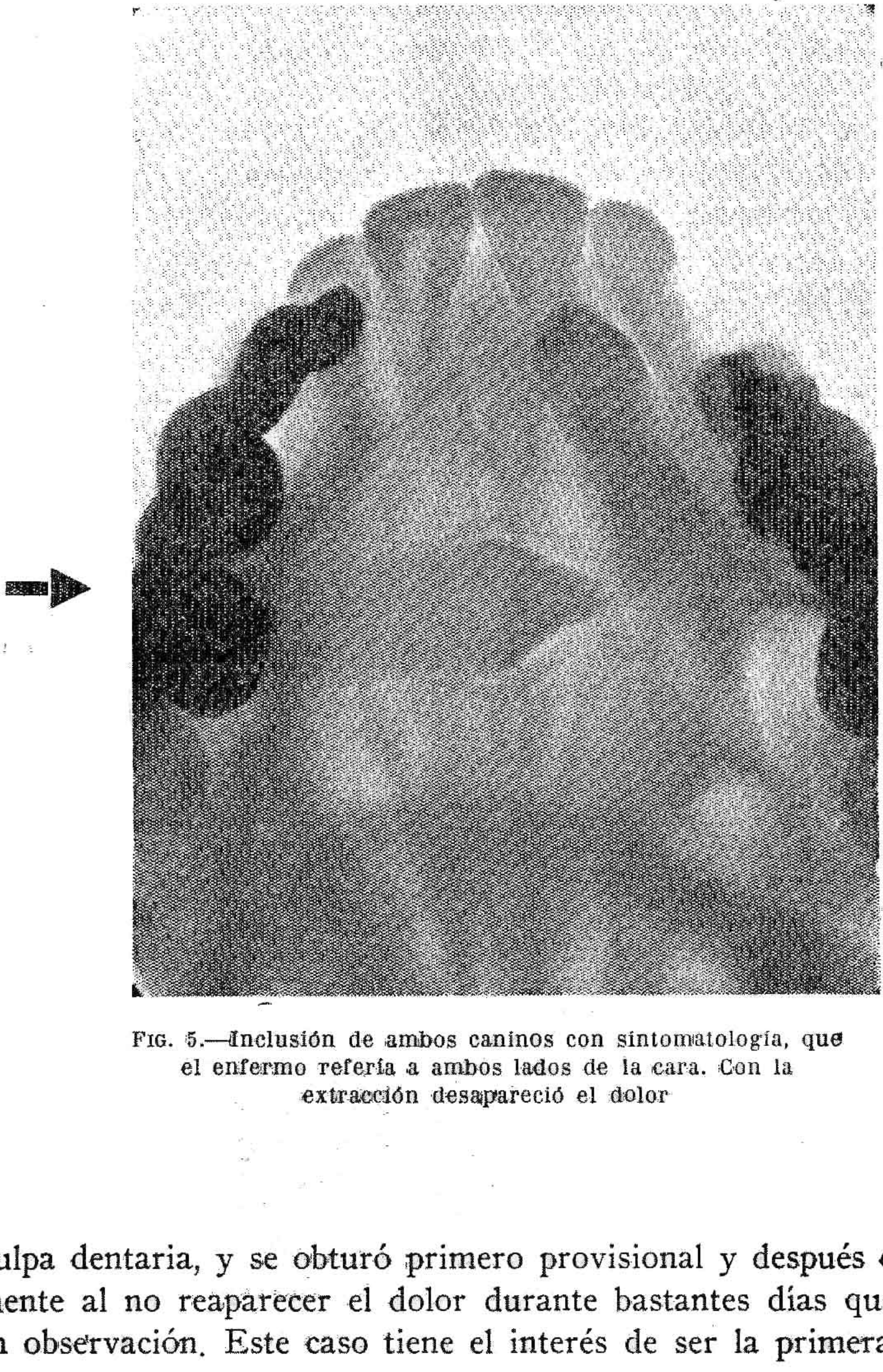


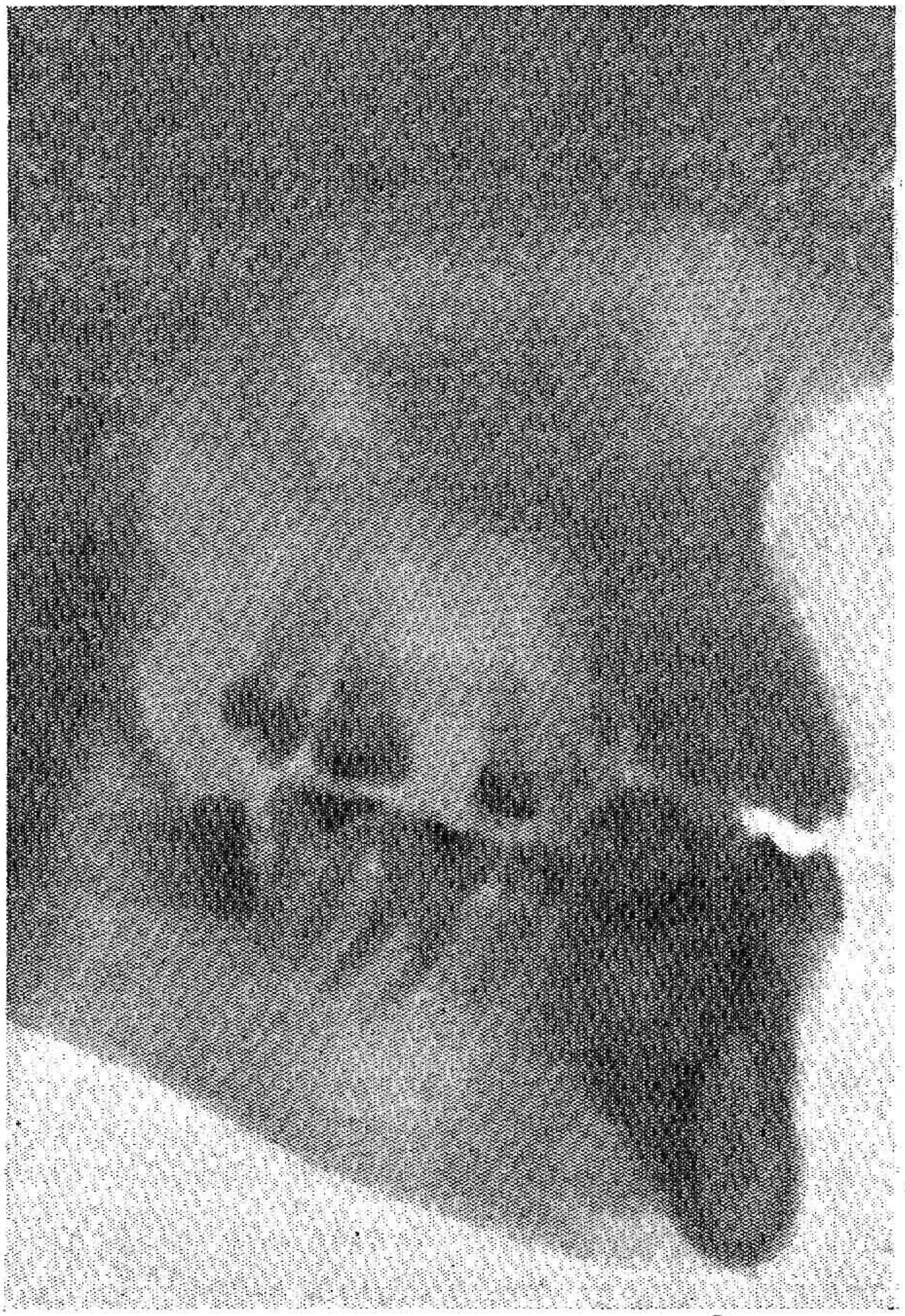
FIG. 5.—Inclusión de ambos caninos con sintomatología, que el enfermo refería a ambos lados de la cara. Con la extracción desapareció el dolor

pulpa dentaria, y se obturó primero provisional y después definitivamente al no reaparecer el dolor durante bastantes días que se tuvo en observación. Este caso tiene el interés de ser la primera comuni-

cación en que una caries superficial con pulpa sana haya sido la causa desencadenante de una neuralgia, y el haber sido confirmado por el éxito del tratamiento.

Son, sin embargo, los dientes con caries profundas en que está interesada la pulpa los que pueden, con frecuencia, dar lugar a una neuralgia, y hay que hacer un diagnóstico diferencial de las pulpitis.

Estas aparecen también de un modo fulminante; pero, a diferencia de la verdadera neuralgia, en ellas el dolor persiste durante más tiempo, incluso horas, y suelen presentarse durante el sueño,



FIJG. 6.—Inclusión de un molar del juicio, causante de igual sintomatología

cosa rara en las verdaderas neuralgias, aparte de las formas muy graves. La figura 6 corresponde a un enfermo afecto de una neuralgia consecutiva a una inclusión de un molar de juicio, aunque no fuera éste directamente el desencadenante de la neuralgia, sino la caries penetrante producida por compresión sobre la cara distal de la raíz del segundo molar, no siendo suficiente la extracción del molar incluído para la curación, que no se verificó hasta que una exploración minuciosa de la raíz del segundo molar nos reveló era allí donde radicaba la causa. En la figura 7 vemos, asimismo, un caso idéntico, con caries producida en la corona del segundo molar por la compresión de la muela de juicio incluída.

FIG. 4.—Caries producida en la corona del segundo molar inferior por la compresión del tercero incluído

Otras veces se trata de nódulos pulpares, como los representados en la figura 8, y que por no producir alteración visible alguna en el diente pasan fácilmente desapercibidos.

Los dientes con pulpa muerta o los restos de raíces dentarios son también a menudo causa de una neuralgia secundaria. La figura 9 nos muestra una radiografía correspondiente a un enfermo afecto de una neuralgia provocada por infección apical en unos dientes sin

caries, cuya pulpa se había necrosado a causa de un traumatismo antiguo. En la figura 10 vemos una raíz dentaria abandonada debajo de una prótesis fija, y en la figura 11, un relleno de canal dentario que rebasa la zona apical, produciendo una irritación en la zona periapical. En todos ellos la neuralgia desapareció después de realizada la extracción correspondiente.

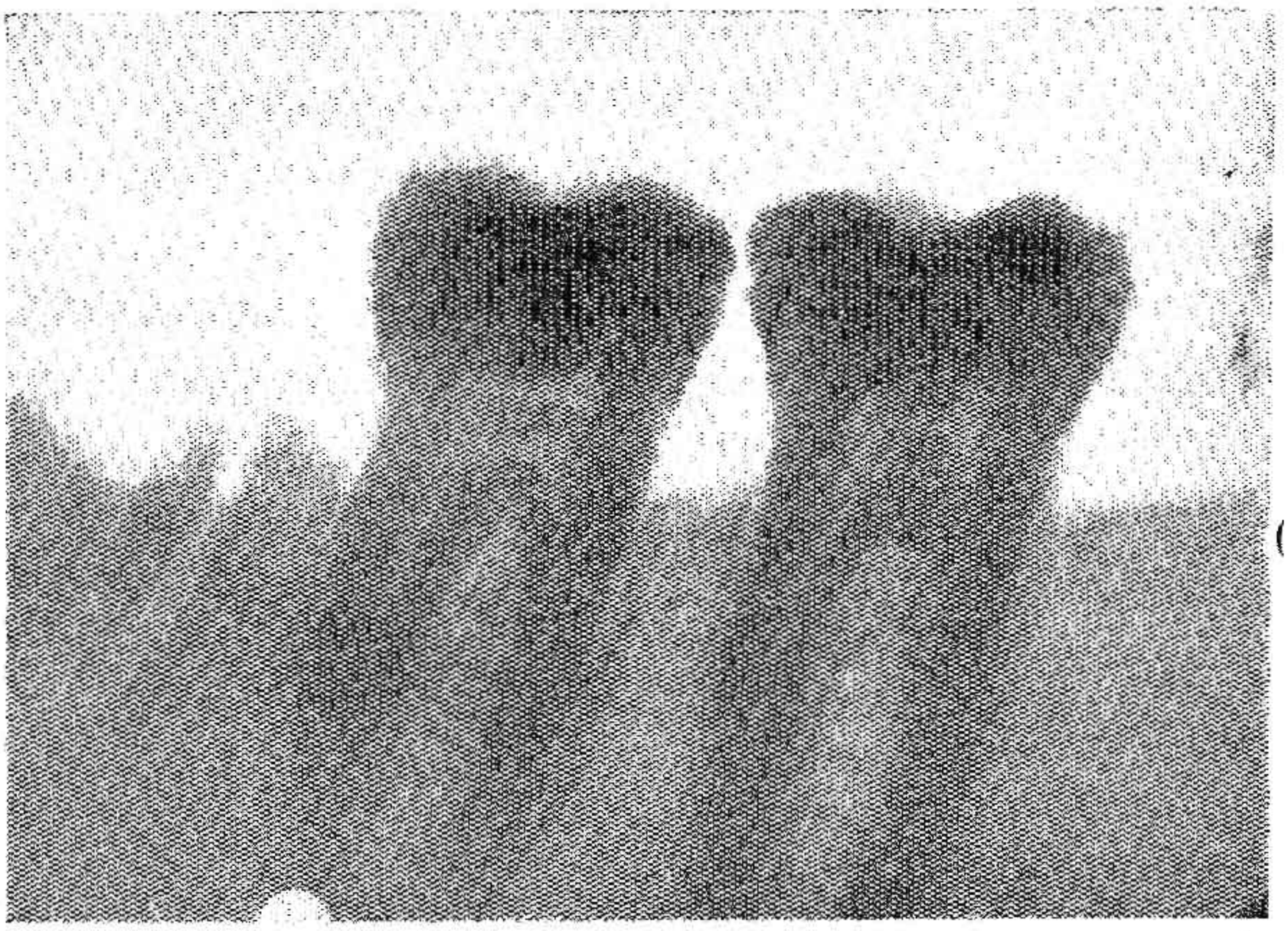


FIG. 8.—Nódulos pulpares que, por no producir alteración visible alguna en el diente, pasan fácilmente desapercibidos

La figura 12 corresponde a un paciente que aquejaba la misma enfermedad producida por una cementosis, y que curó después de la extracción del diente.

No es raro tampoco que la causa sea una cresta ósea que actúa de espina irritativa, frecuente cuando se hacen extracciones múltiples.

También hemos visto algún caso, aunque no podamos precisar si se trata de una verdadera neuralgia.

Se señalan también por diversos autores otras causas, como fracturas antiguas, cuerpos extraños e incluso alvéolos vacíos por extracciones hechas mucho tiempo antes.

Después de esto no queda sino señalar la importancia en toda neuralgia de una exploración completa, incluyendo radiografías de los maxilares y sus anejos, como los senos.

La neuralgia esencial o verdadera es aquella afección que por no poder descubrir alguna causa tenemos que admitir se trata de una enfermedad del propio nervio, que puede ser central o periférica. Dice Sicard: "La posibilidad de curar una neuralgia de origen central por una intervención periférica tiene, además del interés práctico, un interés teórico considerable que nos permite pensar que la llamada neuralgia sencial del trigémino y las algias secundarias de origen central no son afecciones de naturaleza radicalmente diferentes, y que una aproximación fisiopatológica entre ambas es concebible. Parece existir, además, una causa predisponente constitucional y hereditaria."

El orden de frecuencia para las distintas ramas terminales dado por casi todos los autores es el siguiente: mentoniano, en primer lugar, siguiendo después el infraorbitario, lingual, supraorbitario y auriculo-temporal.

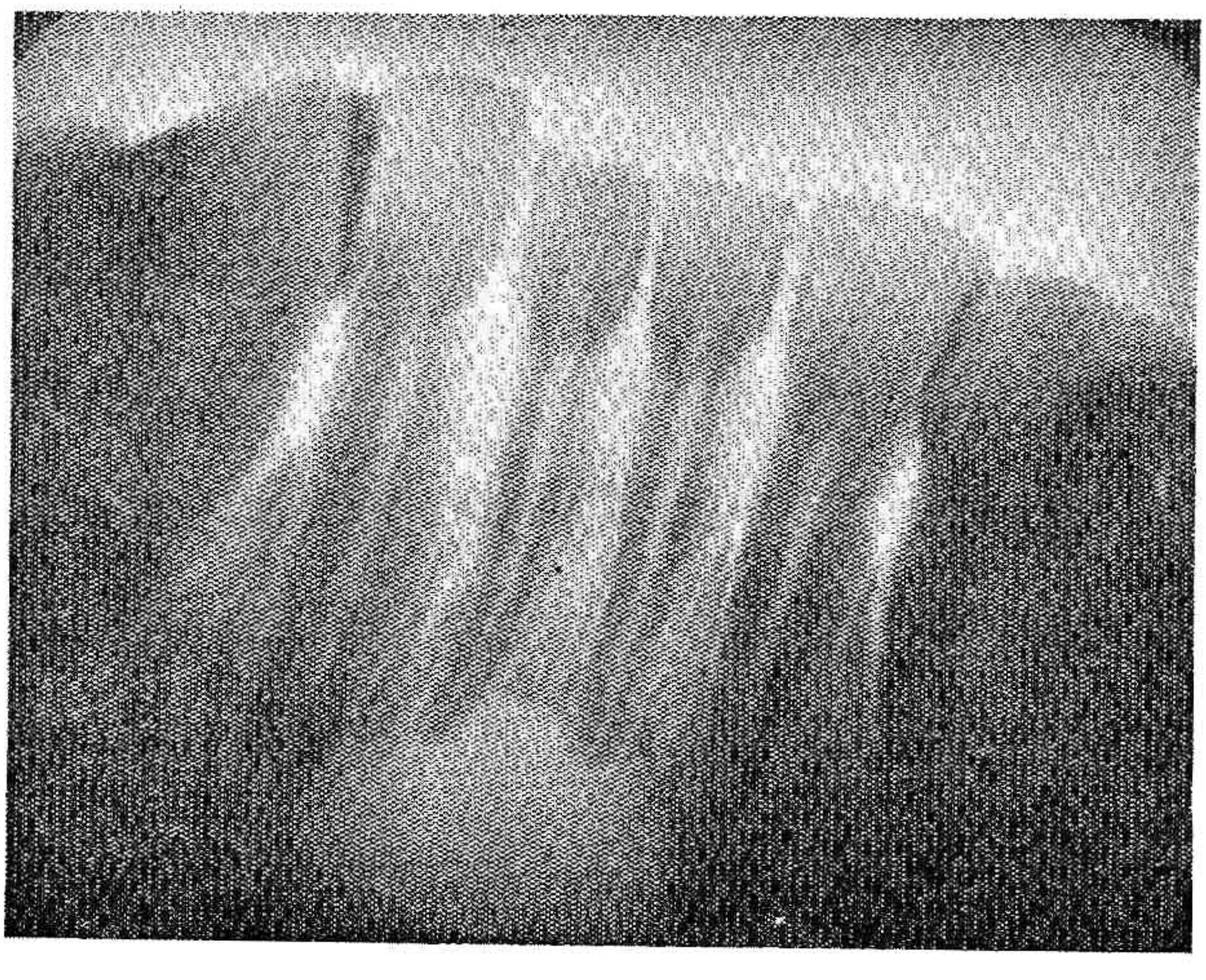


FIG. 9.—Infección apical determinante de una neuralgia. La pulpa, necrosada a causa de un traumatismo antiguo, fué la causa

En el comienzo de la enfermedad es frecuente que el enfermo refiera el sitio doloroso, correspondiendo exactamente a la zona del afectado. Sin embargo, cuando ésta ha avanzado más o en sus formas más graves, el dolor puede aparecer por irritación de zonas ale-

jadas y no ser bien referido, lo que representa una gran dificultad para localizar el nervio afectado y, por lo tanto, ser también un inconveniente para el tratamiento.

La inyección con novocaína de las distintas ramas terminales sucesivamente, unido a una minuciosa anamnesis después de haber eliminado mediante radiografía, análisis, etc., la existencia de una causa local, nos llevará al diagnóstico correcto y localización de la rama o ramas afectadas. Por lo que respecta a la anestesia, obraremos con el siguiente proceder: si hemos llegado a la conclusión de que se trata de una neuralgia de la tercera rama, haremos una anestesia del agujero mentoniano con novocaína al 2 %. Si una vez conseguida ésta los dolores continúan, procederemos igualmente a anestesiar el nervio en la espina de Spix; y si tampoco esto es suficiente, llegaremos al agujero oval. Si se tratara de la segunda rama seguiríamos la misma norma, yendo de la periferia al centro.

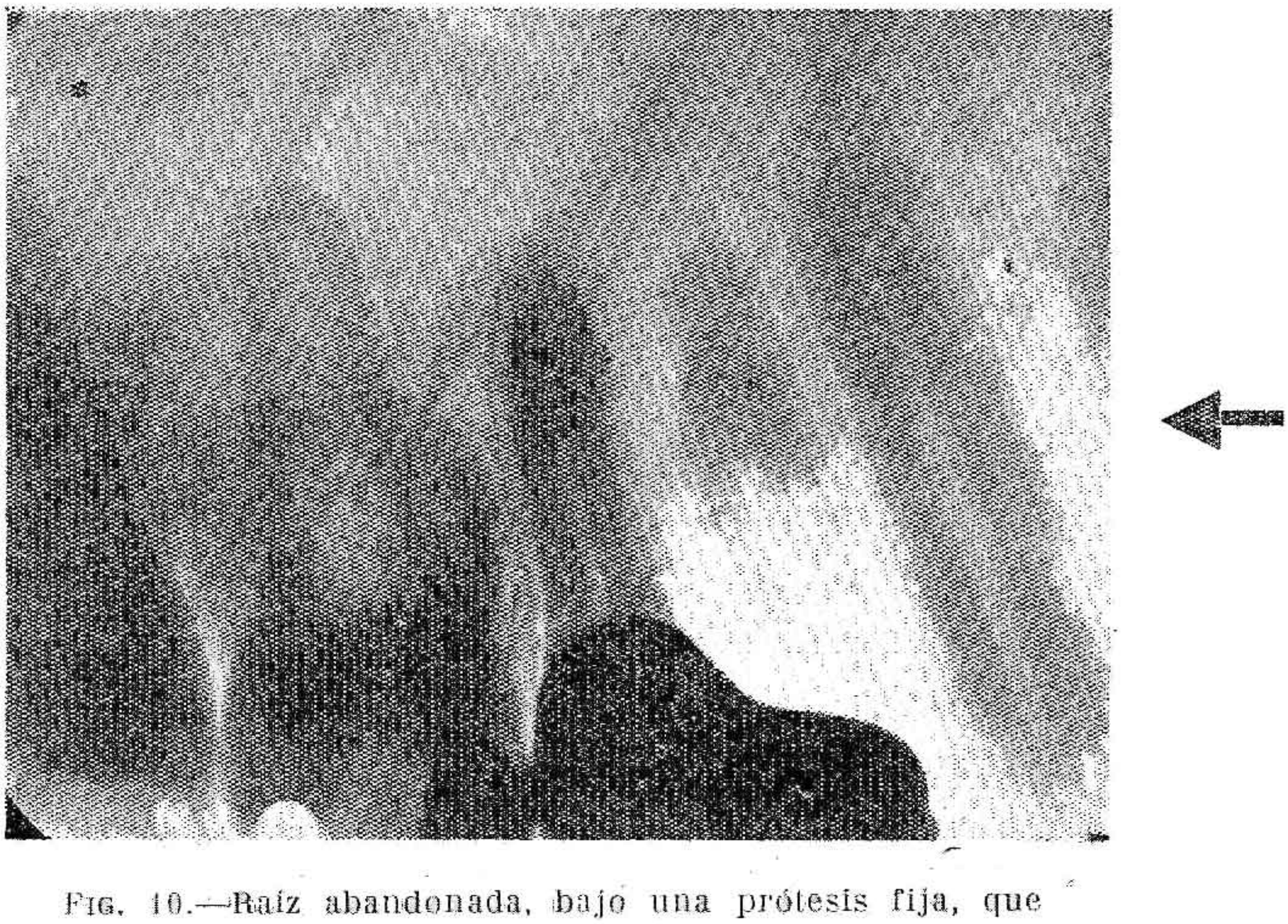


FIG. 10.—Raíz abandonada, bajo una prótesis fija, que causó una neuralgia del trigémino

Sentado el diagnóstico y localización, no queda sino hacer un tratamiento. Este ha de iniciarse gradualmente, comenzando por la medicación más sencilla y suave, pues algunos casos de neuralgia verdadera ceden a estos tratamientos; lo que ocurre es que éstos son iniciados siempre por el médico general y enviados al especialista solamente aquellos que no responden a él. Por tanto, los enfermos cu-

rados por estos sencillos procederes no pasan por nuestras consultas, no pudiendo hacer una estadística del tanto por ciento de estas curaciones. Citaremos en esta terapéutica sencilla el calor con envolturas, saquitos, bolsas eléctricas, etc., unidos a los antineurálgicos, como aspirina, etc. De todas maneras, estos tratamientos no deben prolongarse, y si no se advierte una mejoría rápida se debe acudir al único eficaz, que es la interrupción de la rama nerviosa por los tres procedimientos de que disponemos en la actualidad: inyección de alcohol, electrocoagulación o quirúrgico. Como dicen De Seze y Sicard: "Toda neuralgia facial que se presenta bajo la forma de acceso doloroso intermitente, sobre todo cuando se desencadena por excitaciones periféricas, puede ser curada con inyección de alcohol o por neurotromía retrogasseriana." Philippides dice, a propósito del tratamiento: "Tres métodos principales se emplean actualmente para tratar la neuralgia facial: la sección retrogasseriana, que según él es el método más seguro; la alcoholización, método tenido por inofensivo, pero que a menudo produce la destrucción de la primera rama con sus consecuencias oftálmicas (se refiere, naturalmente, a la inyección en el ganglio de Gasser y no en ramas terminales), y, en fin, la coagulación, con la que él ha tratado más de 150 casos, con la que se puede respetar la primera rama, no habiendo tenido ningún caso de muerte. La electrocoagulación, debida a Kirschener, tiene la ventaja de poder hacer una dosificación individual, pero necesita una técnica muy precisa con control radiográfico y el empleo de instrumental especial.

La idea de inyectar alcohol en contacto con las ramificaciones nerviosas del trigémino data de hace unos cincuenta años. En 1902, Verger y Pitres comunican la inyección de alcohol en dos casos de neuralgias faciales rebeldes. Los buenos resultados obtenidos por estos autores hacen que este tratamiento se extienda rápidamente, y son numerosas las comunicaciones que desde entonces se presentan. Posteriormente, Schioesser inyecta alcohol en los troncos nerviosos a la salida del ganglio de Gasser.

En 1908, Sicard indica también que la inyección de los troncos periféricos puede, en la mayor parte de los casos, ser de gran utilidad. Divide los orificios o canales de emergencia del trigémino en tres grupos: el grupo periférico, que comprende los orificios supraorbitarios, infraorbitario y mentoniano; el grupo medio con los canales del diploe de los dos maxilares, superior e inferior, el canal dentario en su origen espinal, y el canal palatino posterior. Y en el

grupo profundo con los primeros grupos son fáciles e inofensivas, y en la mayoría de los casos, por lo menos en el comienzo de la enfermedad, curativas por más o menos tiempo, que dependerá de la destrucción nerviosa en mayor o menor extensión, y de otros factores no conocidos. La desaparición del dolor no es a menudo inmediata a la inyección. A veces pasan tres o cuatro días antes de que la remisión sea completa. Normalmente suele presentarse un edema bastante intenso.

FIG. 11.—Relleno del canal radicular que rebasa el ápice, cuya extracción acabó con la neuralgia

Polo Arago utiliza para la inyección en el agujero oval la vía retrovestibular intrabucal, siguiendo la técnica que describe en su trabajo publicado el año 1945, y con buenos resultados. También sigue la norma de inyectar las terminaciones nerviosas en las fases de comienzo de la enfermedad; pero en las formas estabilizadas cree es mejor desde el principio actuar sobre los troncos nerviosos en los agujeros oval o redondo, y hace constar que rara vez se ha visto obligado a hacer la inyección en pleno ganglio de Gasser, a pesar de haber tratado más de 400 casos.

Como tratamiento curioso, del que nosotros no tenemos ninguna experiencia, mencionaremos el citado por M. Hamon: se trata de tres casos de neuralgia facial, tratados y curados mediante enfriamiento, siguiendo la técnica siguiente: se proyecta un chorro de clo-

ruro de etilo en la punta de la apófisis mastoides, favoreciendo la evaporación con la inyección simultánea de aire comprimido, durante un minuto aproximadamente. Se forma una pequeña capa de hielo sobre la piel, que queda isquemiada y con bordes violáceos alrededor. Para evitar la formación de un esfacelo, recomienda proteger la piel con vaselina y, al terminar la intervención, hacer un masaje hasta la desaparición de la consistencia acartonada. Localmente se produce una pequeña escara que bien pronto desaparece, dejando una breve cicatriz. El autor reconoce que no puede dar una explicación científica racional; pero, sin embargo, hace constar que en los tres casos así tratados por él consiguió la curación permanente.

Nosotros hemos visto y tratado 32 casos de neuralgia esencial, todos ellos con inyección de alcohol en las ramas terminales, habiendo conseguido en todos, excepto en uno que se negó a seguir siendo tratado, remisiones del dolor, como término medio, de doce a dieciocho meses, todos ellos en un período de enfermedad entre los cuatro y los doce años.

Empleamos una fórmula a base de alcohol, mentol y novocaína, y antes de inyectar el alcohol hacemos anestesia con novocaína al 4 %. Como dato interesante citaremos el de un enfermo de cincuenta años, con una neuralgia del nervio dentario inferior. Hacemos una inyección con alcohol, siguiendo la técnica corriente, en el agujero mentoniano. Desaparecen completamente los dolores. Visto nuevamente el enfermo a los doce meses, presenta una recidiva con caracteres mucho más violentos que la vez anterior. Difícilmente puede el paciente abrir la boca sin que se presente el acceso doloroso. Hacemos una anestesia del dentario en la espina Spix y, una vez desaparecido el dolor, volvemos a inyectar alcohol en el agujero mentoniano; a pesar de la anestesia perfecta del nervio dentario, al inyectar el alcohol se presenta un acceso muy doloroso, siendo necesario, en días sucesivos, repetir la inyección por tres veces. Cuando ya desconfiábamos del éxito terapéutico, a los ocho días de la última inyección queda completamente insensibilizado. Han transcurrido desde entonces tres años y sabemos que el enfermo se encuentra bien, sin que haya reaparecido su neuralgia.

Otro caso de algún interés también es el de una mujer de cuarenta años, con una neuralgia esencial de infraorbitario y dentario inferior. Después de la inyección de alcohol en el agujero mentoniano e infraorbitario desaparecen los dolores, excepto en una pe-

queña zona de comisura bucal en la mucosa de la mejilla, y desaparece completamente el dolor, que reaparece al cabo de algunas horas, al eliminar el anestésico. Entonces inyectamos 1/2 c. c. de la solución alcohólica en el lugar del bucal, y a pesar de ser partes blandas desaparece el dolor permanente, no presentándose más alteración que un pequeño edema que, asimismo, cede al cabo de algunos días.

El resumen de las historias de estos 32 enfermos es el siguiente: de ellos, 14 eran hombres, y 18, mujeres; la edad osciló entre uno de diecinueve años (el más joven) y otro de ochenta (el más viejo), predominando la edad para la mayoría, de cuarenta a 50 años.

FIG. 12.—Cementosis del segundo bicúspide determinante de la neuralgia, que curó con la extracción del diente

La localización ha sido como sigue: 14 veces en el dentario inferior; 11 veces en el infraorbitario; una vez solamente en supraorbitario, para los que estaba afectada una sola rama; en un caso se trata de las dos ramas con localización en dentario infraorbitario y supraorbitario; en cuatro casos se trata de dentario e infraorbitario, y en otro estaban asociados el infraorbitario y el supraorbitario.

Aunque el número de casos visto no sea grande, podemos sentar las siguientes conclusiones: según nuestra experiencia, el tratamiento con las inyecciones esclerosantes de alcohol en las ramas termina-

les da buenos resultados. La técnica es sencilla y no se presentan complicaciones. Es conveniente utilizar en la práctica diaria, para otras intervenciones, la anestesia troncular en mentoniano, dentario e infraorbitario y supraorbitario, así como en los agujeros oval y redondo, para crear un hábito fácil o, como hacemos en nuestro Servicio, para tener una práctica que nos será muy útil cuando tengamos que emplear las inyecciones neurolíticas.

La exploración radiográfica es absolutamente necesaria para poder hacer el diagnóstico diferencial entre la neuralgia secundaria y la esencial.

BIBLIOGRAFIA

Philippides: *Du traiment de la neuralgie faciale par l'electrocoagulación.* "La Pres. med." (París), vol. 55, núm. 37, 1947.—Corbeil et Galei: *Un cas de nevralgie symptomatique.* "Rev. de Stomat", 322, 1947.—Rochette: *Deux cas de nevralgie faciale essentielle traites par les injections neurolysantes d'alcohol.* "Rev. Stomat", 1931.—Leriche, R.: "La Chirurgie de la doleur".—De Seze et Sicard: *Nevrologie faciale secondaire d'origine centrale guerie par la neurotomie retro-gasserienne.* "Soc. Med. des Hospitaux", 1944.—Polo Arago, C.: *Neuralgia facial esencial. Consideraciones clínicas. Tratamiento neurolítico.* "Anales españ. de Odontoestomat.", 1945.

Disostosis endocraneal en cuatro hermanos.—En este artículo se describe el cuadro clásico de la disostosis cleidocraneal. De modo característico, ese cuadro muestra braquicefalia, aplasia clavicular, fontanelas abiertas, huesos wormianos y ,transmisión hereditaria. Para el dentista, tienen interés la presencia de dientes supernumerarios, la ausencia de algunos dientes, erupción dilatada y la impactación múltiple.

Se detallan en este trabajo los historiales clínicos de los casos de cuatro hermanos; y se defiende la opinión de que esos defectos tienen lugar como mutantes y se transmiten como factores mendelianos predominantes. En los cuatro hermanos se observaba mala oclusión de la clase Angle III e imperfecto desarrollo del hueso maxilar. Esto, por añadidura a las otras características dentales ordinarias en tales casos, hacen el pronóstico desfavorable para la rehabilitación dental.

(Sandler, Henry C., "American Journal of Orthodontics", 37, p. 548, agosto 1951.)