

SINDROME DE COSTEN EN LA INFANCIA

Por los Dres.:

JOSE J. BADARACCO, RAUL J. PINEYRO, VALENTINA KOGAN
y DORA H. DE PELUFFO

El conjunto de síntomas vinculados por Costen (1934) a un trastorno funcional de la articulación temporomandibular,, desde entonces lleva su nombre y es bien conocido en la patología de la edad adulta. Todos los autores, sin excepción, relacionan esos síntomas con la carencia total de dientes posteriores, con los trastornos de la oclusión mandibular, que se observan en la edad adulta o en la senectud.

Sin embargo, la observación en el consultorio de Ortopedia Funcional de los Maxilares de nuestro servicio de Otorrinolaringología «Dr. Pedro de Elizalde» de gran número de niños que presentaban un cuadro sintomatológico—completo o parcial—como el descrito por Costen nos ha movido a profundizar en el tema.

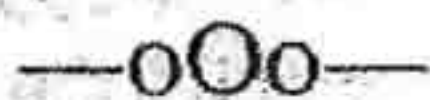
Hemos podido establecer, en definitiva, un esquema del síndrome de Costen, sospechado por el clínico, confirmado por el otorrinolaringólogo y solucionado por el odontólogo. En efecto, paulatinamente, casi año a año, hemos ido modificando nuestro criterio terapéutico, extirpando cada vez menos cantidad de meniscos, y así hoy se han hecho excepcionales las indicaciones quirúrgicas.

Nos ha impulsado a emprender este estudio general en estos niños la idea de que el síndrome de Costen es sólo una manifestación local de un problema general.

Habitualmente, en los niños tratados, hemos visto aparecer la enfermedad en dos formas: una, larvada, con poca sintomatología y malformaciones no evidentes—tal vez se trate del comienzo del proceso—, y otra forma con sintomatología y deformaciones evidentes—quizá no sea sino un segundo paso en la evolución de la enfermedad.

De cualquier forma, todos ellos tenían un denominador común, que configura un tipo muy especial de enfermos. En su aspecto exterior son niños longilíneos, con marcada laxitud articular, plenamente manifiesta en las grandes articulaciones. Son frecuentes las desviaciones de la columna vertebral y muchas veces se hallan pequeñas lesiones de osteocondrosis en la columna vertebral, cadera, tubérculo anterior de tibia o calcáneo.

Sin duda, un mayor número de casos y una más dilatada experiencia confirmarán estos hechos, que hoy no pasan de una sospecha o un atisbo, y la constancia y profundidad en la investigación clínica nos llevará a encontrar la razón de fondo que explique estos hallazgos.



La otalgia es, con mucho, el síntoma más común que se halla en la historia de los pacientes. Es un dolor reflejo, profundo, provocado por la compresión de los nervios que rodean la articulación y el cóndilo mandibular, el cual es desplazado de su habitual lugar de encaje. Este dolor puede ser espontáneo o provocado por una mordida enérgica o por la compresión de la zona preauricular.

El dolor puede ser localizado profundamente, en el oído, o bien reflejarse por cualquiera de las ramas del aurículo-temporal o del facial a zonas alejadas, pudiendo así llevar a error de diagnóstico, que en otra época, cuando la cirugía sinusal era más frecuente, podía provocar la intervención en senos paranasales sanos. Otras veces su irradiación por las ramas del maxilar provocaba verdaderas erradicaciones dentarias, con penosas e inútiles intervenciones de duro trámite.

El rasgo típico de esta otalgia es su mejoría inmediata con la corrección del trastorno articular que la ha provocado. En la sospecha de un síndrome como el descrito el otorrinolaringólogo puede obtener en su consultorio la certeza de su diagnóstico valiéndose de un sencillo procedimiento: colocar un simple trozo de goma de una sonda de Nelatom gruesa entre las arcadas dentarias del paciente y hacer que éste muerda con fuerza; se observará que cesá de inmediato el dolor localizado en el oído. Ello confirma el diagnóstico y brinda la primera pauta para su tratamiento, que consiste en la corrección de la articulación, es decir, de la mala oclusión. La sensación de ardor, dolor o quemadura en los bor-

des de la lengua, provocada por la compresión de la cuerda del tímpano en su paso por la articulación, motivó que en otros tiempos algunos autores aconsejaran su sección por medio de una operación endoaural. Hoy en día, frente a los espléndidos resultados obtenidos con la ortopedia funcional de los maxilares, reafirmamos que aquellos tratamientos resultan sencillamente anacrónicos.

A la hipoacusia, o disminución de la audición, debemos generalmente buscarla en la revisión de estos pequeños pacientes, más que esperar que ellos nos la expresen de manera espontánea. En efecto, ya sabemos que el niño es reacio a manifestar su falta de audición, y ello es todavía más difícil en estos casos, en los que la hipoacusia es muy leve y muy variable, expresándose muchas veces como una sensación de plenitud del oído. Las causas de esta hipoacusia han sido interpretadas de diversas maneras, según los autores. Costen la atribuye a la compresión de la pared tubaria por el cóndilo desplazado; otros, haciendo cortes de cadáveres congelados, no encontraron ese desplazamiento cóndileo tan acentuado y responsabilizaron de la hipoacusia al cierre de la trompa por la contractura anormal de los pterigoideos, determinada por el desplazamiento de las ramas, provocado a su vez por la disfunción articular. Este síntoma, como el del dolor, desaparece de inmediato al corregirse el cuadro articular.

En algunos trabajos españoles se habla de la influencia del sistema simpático en la sintomatología del síndrome. La compresión del espacio retroauricular por el desplazamiento del cóndilo causa una anormal estimulación de los elementos vasculonerviosos vecinos y, conociéndose la importancia de esos elementos en la inervación de la caja, la trompa y los elementos contenidos en ella, podría inducirse que su excitación produzca, por contracción refleja de los músculos endotimpánicos y tubarios, una disminución de la audición de tipo conductivo, que cede inmediatamente con el tratamiento.

En cuanto a la sensación de mareos y vértigos, vista en los adultos e interpretada de igual manera, la hemos encontrado también en los niños, aunque con menor frecuencia.

La crepitación muscular, la desviación de la línea de oclusión céntrica, el trismus, serán estudiados en otros capítulos por las doctoras Kogan y Peluffo, odontólogas ortopedistas, que van a demostrarnos gráficamente la pesquisa de esos síntomas.

El bruxismo revela la presencia de contracturas musculares maseterinas, las cuales provocan la anormal ubicación de los maxilares, con falsos contactos y presiones, que a su vez determinan en un verdadero círculo vicioso la eclosión de sensaciones propioceptivas patológicas, que son las que mantienen este síntoma.

Por último, queremos destacar nuestro enfoque general de estos enfermos, que resulta de un estudio completo de los mismos: clínico, otorrinolaringológico y bucodental.

Son casi todos niños de aspecto longilíneo, con laxitud articular, no sólo en la articulación témporomandibular, sino también en otras articulaciones, como lo revela la frecuencia en ellos del pie plano y del genu valgum, que ha sido muy estudiado entre nosotros por el doctor Piñeyro.

Esta laxitud articular, unida a la frecuencia con que se observan entre ellos procesos de aspecto reumatoide, nos lleva a pensar que este síndrome es una de las muchas manifestaciones de las afecciones del mesénquima.

De ahí que muchos enfermitos presentan las alteraciones clásicas completamente asintomáticas, mientras que otros con menos elementos de desarmonía articular nos ofrecen una más rica sintomatología.

Queremos resaltar el hecho de que este síndrome, perfectamente descrito y comentado en los adultos, casi no es mencionado en la clínica infantil, en la que, como ustedes verán, tiene, sin embargo, una tasa de frecuencia muy alta.



Los trastornos de la articulación témporomaxilar están íntimamente vinculados a la articulación dentaria. Observando las anomalías de la oclusión comprenderemos por qué mecanismo se produce la disfunción de la articulación témporomaxilar, cómo una desarmonía oclusal provoca el desplazamiento del cóndilo en la cavidad glenoidea y cómo se altera la función neuromuscular.

Ahora vamos a referirnos al tratamiento, a la conducta a seguir una vez hecho el diagnóstico del síndrome de Costen.

El tratamiento por infiltraciones en la zona periarticular o intraarticular denovocaína, xilocaína (sin adrenalina), hia-

luronidasa, hidrocortisona, etc., es el tratamiento sintomático que ustedes conocen mejor que nosotras.

Pero el tratamiento etiológico, que es al que debemos tender siempre, consiste en eliminar la desarmonía oclusal y volver el cóndilo a la posición normal.

Para eliminar la desarmonía oclusal hay que estudiar la articulación dentaria en oclusión central, en oclusión lateral derecha e izquierda, en oclusión protrusiva y retrusiva.

Las posiciones oclusales son aquellas en las que entra en contacto el mayor número de dientes. Así podremos observar los contactos prematuros, las interferencias por anomalías de posición, el exceso de entrecruzamiento llamado sobreoclusión, mordida cubierta o Deck-Biss, las facetas de desgaste, etc.

Los contactos prematuros actúan en la siguiente forma: el paciente cierra la boca hasta llegar al punto de contacto prematuro, siendo la trayectoria de cierre hasta allí normal, pero luego se desvía, siguiendo la inclinación de los planos cuspídeos, y llega a una oclusión central de comodidad o conveniencia, en la que la línea media queda desplazada. Como consecuencia, la posición de los cóndilos ya no puede ser la posición normal, puesto que la mandíbula es un arco rígido. La articulación temporomaxilar se adapta a esta nueva posición, produciendo compresiones, estiramientos, etc. de los elementos de la articulación, efectos más o menos tolerados según los diversos pacientes. El cóndilo en estas condiciones está normalmente ubicado en la cavidad glenoidea, con una función muscular adaptada a esa nueva posición. Puede haber también, según la antigüedad del trauma y el módulo de reacción del individuo, deformaciones en las superficies óseas articulares.

En la mordida cubierta el maxilar inferior está ubicado más atrás de lo normal y tanto los dientes como los cóndilos participan de esta posición.

De estas referencias se desprende, por tanto, que el tratamiento etiológico—volvemos a insistir—consiste en eliminar la desarmonía oclusal, volver el maxilar y los cóndilos a la posición normal y reeducar el conjunto neuromuscular. ¿Cómo se consigue esta vuelta a la normalidad?

Por medio de la aparatología ortopédica modificamos paulatinamente y funcionalmente la posición del cóndilo.

La aparatología ortopédica se basa, en general, en el estímulo muscular funcional, estímulo que actúa en forma ininterrumpida: trabajo y descanso-trabajo y descanso, dando lugar a la reparación de los tejidos. Se ha comprobado la influencia funcional en la ordenación de las trabéculas óseas.

Häupl y Psansky investigaron los cambios articulares que se producen con el uso de un aparato de ortopedia funcional en monos.

Aquí tenemos un corte histológico, donde se ve el borde mesial del cóndilo con formación de hueso nuevo y osteoblastos, y aquí el borde distal del mismo con trabeculado óseo recientemente formado, deficiente en calcio, incluyendo ya espacios medulares. Esto sucedió después de once semanas de uso de un aparato de ortopedia. Las dos nuevas formaciones óseas ocupan el espacio que se obtuvo por el avance del cóndilo en la cavidad glenoidea. La formación de este tejido nuevo hace que la mandíbula adopte inevitablemente una posición cada vez más avanzada dentro de la cavidad glenoidea. Se demuestra así histológicamente que con esta aparatología se puede conseguir una transformación articular.

Una prueba histológica de la acción de la ortopedia en el ser humano sumamente interesante es el caso presentado por Baume, Häupl y Stellmach. Nos muestran el caso de un niño de dos años que presentaba fisura palatina, glosotosis, retracción inspiratoria esternal y cianosis. Junto con todos los otros tratamientos se le hizo ortopedia para combatir la extrema retrognasia. Dos meses después el niño murió de complicaciones timo-linfáticas. Los cortes histológicos de la articulación temporomaxilar muestran claramente el desplazamiento hacia adelante de la cavidad glenoidea por un proceso de reabsorción y neoformación ósea. La cabeza del cóndilo mostró actividad de crecimiento en dirección vertical y horizontal en exceso al valor normal. Tenemos así confirmados en el ser humano los interesantes experimentos por Häupl y Hoffer en monos.

Comprobada histológicamente la realidad de la transformación articular, tenemos, además, las comprobaciones clínicas de la misma. Asimismo, si por un contacto prematuro o por la mala posición de uno o más dientes se produce patológicamente una transformación articular por adaptación funcional, una remodelación, ¿por qué no habría de producirse terapéuticamente esa misma remodelación, esa nueva adaptación funcional a la normalidad?

Veamos ahora los pacientes con sus aparatos y observaremos claramente cómo actúa cada uno de ellos y cómo resuelve el problema.

Niño N. P.—Doce años. Dolor de oído muy intenso. Zumbidos. Crepitación a la palpación de la articulación témporo-maxilar. Supraoclusión.

Diagnóstico: supraoclusión y desviación de la mandíbula a la derecha del paciente. Síndrome de Costen.

Tratamiento: activador.

Estado actual: desaparición completa de la sintomatología.

Niño L. B.—Ocho años. Dolor en la articulación témporo-maxilar. Articulación baja. Pérdida prematura de los incisivos superiores temporarios. Respiración bucal. Signos de raquitismo. Pie plano.

Diagnóstico: falsa progenie, articulación baja. Síndrome de Costen incipiente.

Tratamiento: placas planas para progenie.

Estado actual: desaparición de la sintomatología.

Sigue una relación de cuatro casos.

(Publicado en «S. Med. y Odtttria» con radiografías articulares y otros grabados de modelos y casos.—S. M. 2.057, LXIX, núm. 3.727.)

III JORNADAS ODONTOLOGICAS DE VERANO EN SANTANDER

Tuvieron lugar los días 1 al 7 de septiembre de 1963, en las aulas del Palacio Real de la Magdalena.

Organizadas por el Colegio Provincial de Santander, del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la VII Región.

Integradas en el Curso de Ciencias Biológicas (Sección de Ciencias Médicas) de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo.

Profesor doctor Lt. Col. Willard H. Poor, Jefe de los Servicios Dentales del Usaf Hospital DC, de la base aérea de Torrejón de Ardoz, que dictó dos conferencias sobre Parodoncia, y

Profesor doctor Jacques Scialom, de Francia, que, asimismo, pronunció dos conferencias sobre Implantes Endoóseos, según su personal técnica.

FLUORURO EN PASTA DENTÍFRICA

—Se ha preconizado la pasta dentífrica conteniendo fluoruros para prevenir las caries de los dientes en los niños. También se ha sugerido que, mediante una dosis diaria de fluoruro, se puede llevar a cabo convenientemente la automedicación. ¿Hay alguna prueba sobre la posibilidad o eficacia de esto o de que tal pasta dentífrica fluorurada tendrá el efecto deseado?

—Tanto el fluoruro de sodio como el fluoruro estañoso han sido incorporados recientemente a algunos dentífricos, cuyos componentes han sido modificados de modo de hacerlos compatibles con estos agregados. La prueba sobre un efecto beneficioso derivado del uso de dentífricos con fluoruro de sodio no es convincente, pero la mayoría de los estudios clínicos con dentífricos con fluoruro estañoso, algunos de los cuales han sido continuados durante tres años (1), sugieren que tienen un efecto pequeño, pero significativo, en la reducción de la incidencia subsiguiente de las caries en cerca del 30 por 100, especialmente en niños. Con todo las pruebas presentes no son consideradas concluyentes.

Los fluoruros pueden ser administrados en forma de tabletas de fluoruro de sodio, que para los niños se disuelven generalmente en agua, leche o jugos de fruta. Para los niños mayores de tres años se ha preconizado la dosis de 1 mg. diario de fluoruro (2,2 mg. expresados en fluoruro de sodio). Para edades menores se reducirá esta dosis, y para los bebés puede considerarse aceptable la dosis de 0,25 miligramos por día, dados juntos con la mamadera. Un estudio amplio (2) ha demostrado que el método citado para la administración de fluoruros reduce en cerca del 20 por 100 la incidencia de caries en los niños, pero hay motivos para creer (3) que puede esperarse un efecto favorable mayor cuando la administración se comienza muy precozmente, siendo entonces similar al conseguido con la fluoruración de las provisiones de agua potable, es decir, una reducción del 60-70 por 100, aproximadamente. Este método de administración de fluoruros puede ser recomendado tanto para los niños de padres responsables e instruidos como para mujeres embarazadas en zonas donde las provisiones de agua contienen menos de 0,3 p.p.m. de fluoruro (B. M. I.) (S. M.).

Bibliografía: (1) Muhler, J. C.: «Caries Symposium» (Simposio sobre Caries), Zürich, 1961, pág. 9. Hans Huber, Berna. (2) Wrzodek, G.: «Zahnärztl. Mitt.», 1959, 47: 258. (3) Arnold, F. A.; McClure, F. J. y White, C. L.: «Dental Progress», 1960, 1: 8.

105 SESION ANUAL DE LA A. D. A.

Se participa que con ocasión de la 105 reunión de la A. D. A., conjunta con la 52 reunión anual de la F. D. I., que tendrá lugar del 9 al 12 de noviembre de 1964 en San Francisco, todos aquellos colegas que deseen contribuir con alguna publicación, trabajo, película, etc., científica, podrá solicitar su envío a 222 East Superior St., Chicago, Illinois 60611, U. S. A.