

FISTULAS CUTANEAS DE ORIGEN DENTARIO

Por los

Drs. STOLL y SALOMON

Las lesiones cutáneas de la cabeza y el cuello derivadas de procesos dentales crónicos son raras, pero en el «Roswell Park Memorial Institute», de Buffalo, se ha observado un número proporcionalmente elevado de dichos casos. Desde la última comunicación en 1942 hasta el presente, ha habido oportunidad de observar otros veintidós. Esta frecuencia relativamente alta se debe a enfermos remitidos por médicos con sospecha de padecer cáncer cutáneo. El error en el diagnóstico, desgraciadamente, lleva en muchos casos a un tipo destructor de tratamiento. Incluso la biopsia cutánea deja cicatrices deformes. Si se reconoce la verdadera naturaleza del proceso el tratamiento es simple y eficaz.

ASPECTO MACROSCOPICO.—Se trata de un nódulo de tamaño variable, hasta de 15 mm. de diámetro, eritematoso, simétrico, liso, generalmente blando y con abertura en su centro, de la que mana líquido purulento, que a veces forma costra. El nódulo, con el tejido que le rodea, se hallan deprimidos, más bajos que el resto de la piel vecina. En la parte profunda el nódulo está fijado a las estructuras subyacentes, por lo cual no es fácilmente movable.

Hay síntomas locales en el nódulo y en el diente afectado. El nódulo comienza por una pequeña pápula eritematosa elevada, que llega a romperse espontáneamente, segregando un líquido sanguinolento o purulento de forma recurrente. Con respecto a la pieza dentaria afectada suele haber episodios previos de «dolor de muelas», con o sin tumefacción de la encía adyacente. Algunas veces hay historia de traumatismo del diente.

ETIOLOGIA.—El origen de la lesión cutánea generalmente es un absceso alveolar crónico, que en la mayoría de los casos es de naturaleza periapical. Este absceso se origina por invasión bacteriana, irritación química o trauma. El factor inicial más común es la exposición a caries con invasión bacteriana subsiguiente de la pulpa dentaria. Otros casos menos frecuentes se deben a osteitis sifilítica, retención de raíces dentarias, dientes que han hecho erupción parcial y están impactados, quistes dentales y osteomielitis crónica. El área en que el hueso maxilar o mandibular es atravesada por

la fístula depende de la dirección de la raíz y de cual de ellas sea en las piezas de raíces múltiples, así como de la longitud que tenga. Después de perforar el hueso cortical la supuración ejerce fuerza por debajo del periostio, de tal forma que éste llega a romperse o bien cede, permitiendo la migración del pus por debajo de él. En este caso la materia purulenta se extiende hasta una zona en la cual esté fijado un músculo. En este punto el pus perfora el periostio. De aquí que los puntos de fijación de los diversos músculos nos sirvan de referencia para determinar la dirección de la fístula. Como ésta generalmente sigue su curso por encima del origen de la fascia cervical profunda, el punto de secreción cutánea generalmente se encuentra más arriba del borde inferior de la mandíbula. No obstante, cuando la fístula cursa por debajo de la fascia cervical profunda, la zona de secreción puede hallarse en un lugar más distante, como, por ejemplo, el cuello, el tórax, la mama o el muslo.

En contraste con los dientes permanentes, los dientes deciduales pueden presentar un tipo distinto de formación fistulosa. En los segundos, es frecuente que el pus siga el margen de la raíz hacia la encía en vez de dirigirse hacia el hueso mandibular.

DIAGNOSTICO.—Se establece por el aspecto macroscópico de la lesión cutánea, con las características que hemos detallado. A veces es posible palpar en forma de engrosamiento linear duro el tracto sinusal. En otros casos se consigue introducir una sonda. Las radiografías intraorales periapicales con introducción eventual de contraste radiológico o de una sonda metálica son de gran utilidad.

TRATAMIENTO.—Consiste fundamentalmente en la supresión del origen del trayecto fistuloso. La administración de antibióticos por vía general o inyectados en la fístula detiene, a veces temporalmente, la secreción, pero esto puede llevar a la idea errónea de que el proceso ha curado. Lo mejor es la extracción de la pieza dentaria y el raspado del tejido de granulación del absceso alveolar. Cuando se trata no de un absceso periapical, sino de osteomielitis, osteítis sifilítica y las demás causas que ya hemos citado, habrá que instituir la terapéutica adecuada. Existe diferencia de opiniones con respecto a si es preciso escindir o no la fístula misma. La mayor parte de los autores, sin embargo, recomiendan el tratamiento de la fuente de origen de la fístula sin tratamiento concomitante de la lesión cutánea, reservando la intervención plástica de la zona cutánea deprimida para una fecha ulterior.

El autor presenta los datos estadísticos sobre los veintidós casos estudiados. Quince tenían entre diez y cincuenta

años de edad. Uno era menor de diez. Once eran varones y once, mujeres. Once lesiones habían sido tratadas quirúrgicamente por incisión, escisión o electrocoagulación. Cinco habían sido tratadas más de una vez por medios quirúrgicos. Una había sido sometida a radioterapia superficial. Todas las radiografías intraorales demostraban un área radiolúcida que indicaba un absceso alveolar crónico. De los 18 casos tratados todos curaron, con excepción de uno que había sido tratado previamente con rayos X; en éste quedó cicatrización de los tejidos cutáneos y subcutáneos. De los 17 casos tratados quedó cicatriz deprimida en ocho, sin que ninguno de éstos mostrara preocupación por la pequeña desfiguración correspondiente.—**R. Pozo.**

EL PREMIO KENNEDY

Este Premio, que constituye la mayor recompensa mundial a la investigación sobre debilidad mental, ha sido por primera vez otorgado a un médico francés, al Dr. J. Lejeune, Director del Laboratorio de Investigaciones del Hospital Trousseau, de París, por sus trabajos sobre las anomalías congénitas de la infancia y, en especial, sobre el mongolismo.

PREMIO NOBEL DE FISIOLOGIA Y MEDICINA 1963

La idea apropiada del proceso de transmisión nerviosa, lo debemos en gran parte a los tres investigadores, el australiano J. Eccles, profesor de la Universidad de Canberra; el profesor británico A. Hodgkin, en Cambridge, y Foulerton, profesor de Royal Society, y el profesor Andrew Huxley, de Londres, que han ilustrado cómo la onda de impulsión eléctrica está relacionada con desviaciones en las concentraciones de los iones del sodio y el potasio de la membrana neurónica.

Los dos profesores de los por aquellos años simples licenciados, fueron galardonados en 1937 con el premio Nobel por sus fundamentales investigaciones sobre la naturaleza física del sistema nervioso.

Primeramente Eccles defendió la teoría eléctrica de la transmisión de la onda de excitación en el nervio, con lo que se colocó en franca oposición a la teoría química de la conducción del influjo nervioso. La discusión hace tiempo que concluyó y Eccles mismo dio después importantes aportaciones en favor de la teoría química. Hodgkin y Huxley consiguieron registrar el intercambio de iones durante la excitación. Descubrieron además que la membrana nerviosa es permeable a ciertos iones. En estado de reposo, los iones del sodio no pueden atravesar la membrana, mientras que los iones de potasio se concentran en el interior de las células. Una vez excitada, la membrana vuelve a ser permeable a los iones de sodio, de suerte que éstos pueden penetrar en el interior de las células. A continuación, la permeabilidad de la membrana cambia, de forma que los iones de potasio salen de la célula. Este cambio de permeabilidad, que se opera en una fracción de 0,001 segundo, motiva los procesos eléctricos observados en el nervio. (*Per Arnglo.*)

ESTERILIZACIÓN DE INSTRUMENTOS CORTANTES

El problema depende de si se requiere una esterilidad absoluta o solamente una destrucción de las bacterias vegetativas a distinción de los esporos. En el primer caso, el mejor método consiste en el uso de un autoclave de alta presión y alta velocidad; el total de los instrumentos necesarios para una operación, cortantes u otros, pueden ser esterilizados así en seis minutos sin perjudicarlos. Algunas veces se usa el calor seco, pero causa cierto daño por oxidación; actualmente se está diseñando una estufa eléctrica que calienta rápidamente los instrumentos hasta temperaturas elevadas en una atmósfera de nitrógeno y que salva dicho obstáculo. El único germicida químico que esterilizará absolutamente sin dañar el acero es el formol; para ello es necesaria la inmersión durante seis horas en una solución que contenga, por lo menos, 2,5 por 100 de formol y un agente antioxidante.

Presumiblemente pueden llevarse a la selva africana los instrumentos ya esterilizados, pero si tienen que ser usados en el lugar y con urgencia la única posibilidad es un método químico que destruirá las bacterias vegetativas solamente. Siempre que los instrumentos estén completamente limpios, el alcohol de 75° o una concentración adecuada de cualquier germicida fenólico esvuirá para este fin. El alcohol puede ser reforzado agregando 0,5 por 100 de clorhexidina («hibitane»). De los dos germicidas fenólicos mencionados el lisol es el más seguro para este propósito y no necesita ser usado en concentración mayor del 5 por 100.

NUEVA AYUDA PARA ESTUDIAR LA PALABRA DESPUES DE OPERACIONES PALADIALES

Dos científicos suecos, los doctores Lars Björk y Bengt Nylén, ambos de Upsala, han desarrollado nuevos métodos por los cuales es posible hacer determinaciones más exactas y objetivas acerca de la facultad del habla de una persona después de una operación paladial.

El método desarrollado por los dos investigadores incluye el uso de un amplificador de roentgenogramas y de cinematografía roentgenográfica, y según informes ha aumentado las posibilidades de mejoramiento de las facultades de habla mediante incisiones correctivas.

En su trabajo, el doctor Björk describe un método de sincronización del habla con los roentgenogramas. El nuevo método fue usado primeramente para estudios de los movimientos del velo del paladar de personas con la facultad normal, estudios que más tarde formaron la base para juzgar el habla de los operados. El método ha hecho posible también la más exacta comparación de la nasalidad del habla normal con la nasalidad patológica.

El doctor Nylén ha estudiado 72 casos de velo del paladar defectuoso antes y después de operaciones. En los casos en que el habla era «apenas aceptable», la investigación cinerradiográfica sincronizada descubrió que el velo del paladar no se movía en la forma normal y que en los casos de «no aceptable» la conexión del velo del paladar con la parte posterior faríngea era defectuosa.

En sus investigaciones, el doctor Nylén llega a la conclusión que las operaciones paladiales deberían hacerse dentro de los dos primeros años, a fin de obtener los mejores resultados. (S. M. y Oddtta.)

SE HACE POTABLE EL AGUA DEL MAR

Se han terminado las instalaciones para privar al agua marina de su contenido de cloruro sódico. El procedimiento ha sido creado por un ingeniero israelita, Alexandre Zarkhim, que ha sido el primero en transformarla artificialmente en potable, lo que además le permitirá obtener mayor cantidad de agua al mínimo precio.