

FOLICULITIS EXPULSIVA (*)

p o r

RENE LOUVEL B. Y GRACIELA ROSAS DI'BIAGGIO

616.314-007.1

INTRODUCCION

Una de las afecciones relativamente graves, que se presenta con cierta frecuencia en la boca de los recién nacidos e interesa al odontólogo por tener relación más o menos directa con su ejercicio profesional, es la Folliculitis Expulsiva (Capdepon).

Por ello, hemos enfocado este problema y para su objetivización presentamos algunas observaciones que hemos tenido oportunidad de estudiar en el Hospital Clínico Regional y en el Instituto de Odontología de la Universidad de Concepción, conjuntamente con algunos casos de interés tomados de la literatura científica y de la casuística personal de uno de nosotros (Louvel).

En el presente trabajo no pretendemos aportar nuevos conocimientos con respecto a la enfermedad mencionada, sino hacer un breve resumen de los conceptos ya clásicos y de las conclusiones modernas más importantes a que se ha llegado en el estudio de su anatomía patológica, etiología, etc.

Hemos considerado de importancia el estudio de esta afección por gravedad con que suele presentarse en algunos casos, por el apreciable coeficiente de mortalidad que acusa, y por tratarse de una enfermedad poco estudiada en nuestro medio, a causa de su escasa frecuencia.

ACCIDENTES DE LA ERUPCION

Desde muy antiguo, los médicos han atribuido gran importancia a la erupción dentaria, como causa de las diferentes ma-

(*) Recibido de los autores: X, 1949 y publ eg. por Rev. Deat. Ch.

nifestaciones patológicas que se presentan en los niños acompañándola.

Hipócrates escribió: "Los padres sólo deben alegrarse con sus hijos cuando hayan hecho erupción sus dientes: (L. Frey, *Pathologie dentaire*, 1933í. Durante largo tiempo dominó la doctrina hipocrática acerca de la primera dentición, considerada hasta el siglo XVIII como un fenómeno patológico temido por padres y médicos."

En el año 1800 Wickmann escribe: "No se puede hablar razonablemente de dentición patológica, sino cuando sea imposible descubrir otra causa."

Magitot acepta la concomitancia entre el período de la primera erupción, que alcanza más o menos hasta los tres años después del nacimiento, y las perturbaciones mórbidas que suelen presentarse en los niños. De allí que haya sido más fácil atribuir a la erupción los fenómenos patológicos, dándoles de ese modo una rápida explicación.

Con la era microbiana, a fines del siglo XIX, comienza la reacción contra la doctrina hipocrática y los accidentes llamados de dentición desaparecen del cuadro nosológico. Después de este período de reacción contra la doctrina de Hipócrates, sigue una etapa, que puede considerarse como de vuelta a la calma, en que predominan la observación serena y el sabio razonamiento. La Escuela Francesa admite dos formas clínicas respecto de los accidentes de la primera dentición, a saber:

1.º *Signos y accidentes locales y regionales.*—Al observar la boca de un niño en sus primeros años, o sea en la época de su erupción dentaria, se verá que en ella se producen pequeños accidentes que preceden en algunos días a la erupción propiamente dicha; a menudo se reducen a una ligera inflamación a nivel de la mucosa, dolorosa al tacto, que corresponde al lugar en que perforará el diente. La psialorrea es señal casi constante. Estos síntomas locales son acompañados de reacciones vasomotrices que darán a la cara un colorido asimétrico, y, por último, se extenderá el proceso, pudiendo dar origen a una pericoronitis o a la inflamación del saco folicular, lesión ésta que, en un niño débil, puede ser causa de una estomatitis, sinusitis, osteítis o adenoflegmón, y acarrear la muerte de éste.

2.º *Accidentes lejanos y perturbaciones del estado general.*—Al lado de estos accidentes obsérvanse, en ciertos niños, perturbaciones funcionales y manifestaciones patológicas a las que se ha dado el nombre de accidentes generales de la dentición, tales como fiebres, trastornos del tubo digestivo, tos espasmódica, erupciones cutáneas, convulsiones, sueño desasosegado, etc. Como explicación de estos fenómenos se formulan tres teorías:

a) Teoría de la predisposición. De acuerdo con este criterio, sostenido por Frey y Chompret, y compartido por numerosos pediatras, el papel principal en la manifestación de los accidentes de la dentición correspondería a la predisposición orgánica; en un niño nervioso pueden presentarse convulsiones; en un diarreico en potencia deposiciones más frecuentes, etc.

b) Teoría infecciosa.—Sus partidarios estiman que la infección del saco folicular (Cruet, Savoye, Pierre Robin) o de la cavidad pericoronaria (Fargin, Fayolle) es el punto de partida de todos los accidentes distanciados que pueden derivar de una erupción patológica. Esta teoría, que se inicia con la aparición de las ideas pastorianas establecidas por Redier y más tarde por Capdepon, fué aplicada a los accidentes de la primera dentición por Cruet y su alumno Savoye. La infección local del saco folicular se produciría por un orificio de la mucosa o bien a través de ésta, adelgazada. Algunos creen que la infección penetraría por intermedio del gubernaculum dentis vuelto permeable. Los microbios habituales de la cavidad bucal introducidos en esta cavidad virtual y casi cerrada, adquirirían rápidamente una virulencia que no tardaría en determinar un pequeño absceso entre el esmalte y la mucosa. Sería éste el origen de los accidentes a distancia ligados obligatoriamente a una erupción patológica, que desaparecerían con ella por una abertura producida naturalmente o practicada por incisión. Fargin Fayolle, defensor de esta doctrina, ve el punto de partida de estos accidentes, no en el saco folicular, que no seguiría a la corona en su ascensión, sino en la cavidad virtual pericoronaria situada entre el esmalte y la pared epitelial de células pavimentosas proliferantes del iter dentis.

Acerca de estos accidentes de infección folicular, expon-dremos más adelante algunos conceptos clásicos, estudios y ob-servaciones objeto de este trabajo.

c) Teoría refleja.—Continuando con la última de las teo-rías formuladas para explicar los fenómenos o accidentes ge-nerales de la dentición, cabe hacer presente que algunos auto-res (Delabarre, Rousseau-Decelle, Thibault) resumen su meca-nismo patogénico de la manera siguiente: irritación de las ter-minaciones nerviosas del trigémino provocada por la erupción, transmisión al bulbo y repercusión consecutiva en las funcio-nes secretorias, en el sistema respiratorio y en el tubo digestivo.

Se concluye que estas tres teorías, tomadas aisladamente, no bastan para explicar todos los accidentes, y muy a menudo hay que reconocer una interpretación entre las mismas, que en los numerosos procesos patológicos se asocian y complementan. Algunos autores consideran que existe una exagerada tenden-cia a suponer que, siendo la dentición un fenómeno fisiológico, es incapaz de causar trastornos patológicos, y hacen notar que el embarazo, que es también un fenómeno fisiológico, puede ser causa de numerosas complicaciones, por lo que estiman preferible extender, antes que restringir, el concepto actual-mente evidente de que la dentición es causa de diferentes tras-tornos durante la infancia.

ANOMALIAS DE CRONOLOGIA DE LA ERUPCION DENTARIA

Las anomalías que interesan el germen dentario en el cur-so de su formación son causa de variaciones estructurales. Con-sideraremos aquí las anomalías del fenómeno de la erupción, especialmente en su cronología. La erupción puede adelantarse, o bien, no efectuarse hasta una época tardía, en relación al tiempo o época que fijáramos como normal. Desde luego, no es posible pretender que la cifra que se indica como normal para la erupción dentaria sea aceptada en forma universal, pues, co-mo ya hemos visto, hay que tomar en cuenta los diversos fac-tores que la determinan.

Además de las anomalías de retraso o adelanto de la erup-ción, existen otras, tales como la falta de erupción de algún

diente que queda incluído en la arcada o la erupción de dientes que reemplazan a los permanentes después de su caída y que constituyen una tercera dentición anormal.

Nos referimemos aquí sólo a los accidentes de erupción anticipada, como son: erupción congénita, erupción precoz y erupción prematura o foliculitis expulsiva de Capdepont.

ERUPCION CONGENITA

Los ejemplos más notables de dentición anticipada se encuentran en ciertos animales (focas, conejos de Indias), en los cuales, los dientes de leche caen antes del nacimiento; en la liebre, pocos días después (Gaillard y Nogué, Tomo II, página 24).

En el hombre, la dentadura puede adelantar su época normal de aparición, especialmente en la dentadura temporal, en que el fenómeno es más notabl. Se citan casos de niños nacidos con dientes, de preferencia con los incisivos cenarales y más raramente con los caninos y molares, pero no se ha observado ningún caso de niño que nazca con todos sus dientes. En un caso que presentaba un gran número de dientes congénitos, se trataba de la primera de tres denticiones (Mayerho).

Esta anomalía se tomaba como un buen presagio, y se creía que el niño que nacía con dientes tendría la seguridad de un alto destino. La leyenda cita como nacidos con dientes a Ricardo III de Inglaterra, don Carlos de España, Mazarino, Luis XIV, Alejandro el Grande, Mirabeau, Dantón, Napoleón II y el hijo de Napoleón III, conocido con el nombre de Príncipe Imperial.

Lo característico de estos dientecitos es casi siempre su poca firmeza, la carencia de toda formación radicular y los estigmas de estructura y calcificación defectuosa. Como complicación debida a la erupción prematura de estos dientes, hemos tenido ocasión de observar la ulceración del borde inferior de la lengua o del frenillo lingual durante los movimientos de succión. Además, los bordes agudos de estos dientes pueden lastimar el pezón de la nodriza al amamantar al niño, lo cual envuelve el peligro de provocar una mastitis. En taes casos, están indicadas como medidas preventivas las pezoneras, o bien

limar el borde del diente, pues por la extracción se ha producido hemorragias mortales; ésta sólo estaría indicada en caso de infección, ya que se ha visto que estos dientes tienen gran tendencia a la periodontitis, que podría complicarse produciendo graves lesiones óseas. La extracción está contraindicada cuando el diente es normal, pues, además del peligro de una hemorragia mortal, hay que contar con el espacio que dejará el diente al ser extirpado y que afectaría a la futura serie permanente. Por otra parte, la falta consiguiente de estímulo funcional puede alterar el desarrollo normal del maxilar e incluso ocasionar una falta de espacio para el diente permanente que corresponde al diente extraído.

Algunos autores han considerado que la causa de la erupción congénita reside en una constitución particularmente robusta, y se produce bajo la influencia de sobreactividad vital y funcional, pero Magitot ha observado casos de erupción congénita en niños débiles o afectados de sífilis.

En su libro "*Les Dystrophies Dentaires de la Syphilis Héritaire*" (1939), Lucien Lebourg expone que la erupción congénita, anomalía bastante rara, ha sido encontrada a menudo en los heredos-sifilíticos, hace notar las observaciones de Frey, quien encontró dos casos: Allarga encuentra, en tres casos observados por él, dos veces sífilis y una vez una distrofia desconocida; Pincherle, en los cien lactantes heredo-sifilíticos examinados por él, una sola vez encontró presencia de dientes al nacimiento. Dichos dientes congénitos son, a menudo, rudimentarios, de corona erosionada (Beretta), raíz atrófica (Ballard), lo que hace sospechar sífilis hereditaria en los lactantes.

Según Fleischmann, la causa de la erupción congénita puede ser: 1.º) Una formación prematura del germen dental, con un desarrollo normal consecutivo; 2.º) Un desarrollo precoz con germen normal; 3.º) Una situación superficial del germen, dando lugar a un diente desprovisto de raíz, por lo cual, cae pronto la corona, y lo mejor es extirparlo lo más rápido posible. En el primero y segundo caso los dientes se conservan durante largo tiempo, pues poseen raíces bien implantadas en sus alvéolos, permaneciendo en sus sitios hasta la fecha normal en que deben caer, por lo que no es aconsejable extraerlos.

ERUPCION PRECOZ

En todos los períodos de la vida de un niño se pueden observar casos de erupción precoz, considerándose como tal la salida anticipada de un diente normal sólidamente implantado; constituye salida anticipada la que se produce antes de los seis meses siguientes al nacimiento. Estos casos son raros y, según algunos autores, la mayor parte de los niños que presentan dentición precoz aparecen con síntomas de madurez prematura sexual y general, lo que dependería en gran parte del factor hereditario.

El Dr. Ferrier, en su tesis publicada en París, anota la influencia de las glándulas de secreción interna sobre la dentición. Las observaciones llevadas a cabo en laboratorios y clínicas concluyen, según él, lo siguiente: el hipertiroidismo es causa de dentición precoz, desarrollo exagerado de las coronas dentales, coloración azulada brillante, dientes pequeños, delgados y traslúcidos, descalcificación intensa como consecuencia de un exagerado proceso metabólico. Una hiperfunción de las glándulas adrenales causaría también erupción precoz de dientes con cúspides pronunciadas, altamente calcificadas y de un color amarillento.

Los dientes de erupción precoz presentan todas las características de un diente de leche "de término" (Humbert, Tesis. París, 1921) son sólidos, implantados en una mucosa sana y persistente hasta la época en que deben caer. Pueden determinar algunos accidentes de orden mecánico, como ulceración del frenillo de la lengua y constituir además una molestia al traumatizar el pezón del ama. A pesar de todo, no es aconsejable la extracción sino cuando estas complicaciones llegan a extremos demasiado desagradables, tanto para el niño (úlceras linguales o del frenillo lingual) o para la madre o nodriza (úlceras del pezón).

FOLICULITIS EXPULSIVA DE CAPDEPONT
O ERUPCION PREMATURA

La erupción prematura, que es netamente patológica, debe ser diferenciada de la erupción precoz. En la primera tendre-

mos un diente mal formado, blando, de movilidad extrema, no presenta raíz, no tarda en caer y, según algunos, ha crecido de dos a tres milímetros en un día; es la foliculitis expulsiva de Capdepont, afección generalmente muy grave, que casi siempre va acompañada de la expulsión del germen dentario. Capdepont considera que la infección es el punto de partida de esta afección: de allí su nombre de foliculitis expulsiva.

Para Bar, este fenómeno patológico sería un accidente de la infección gingival, y por tal motivo se asigna a esta enfermedad varios nombres, tales como placas pterigoideas de Parrot, estomatitis difterioide, estomatitis de los recién nacidos, nombre este último dado por Bar.

Capdepont, que ha estudiado estos casos de foliculitis, admite la posibilidad de erupción precoz, aun cuando la considera extremadamente rara, mas rechaza el mecanismo de desarrollo fisiológico precoz; según su opinión, la mayor parte de los casos acarrea una infección del folículo, seguida de la expulsión de éste. La infección aumenta, sea por la situación superficial del germen, o bien por intermedio del "gubernáculum dentis" persistente; esto podría ser el origen endógeno de la afección, y, por otro lado, la causa exógena sería el traumatismo obstetrical en el curso de la maniobra de Mauriceau. En las conclusiones de su tesis, Humbert hace notar que junto a la erupción precoz y a la erupción prematura hay lugar para toda una serie de fenómenos, acercándose tanto hacia un lado como a otro.

La foliculitis expulsiva, como la denominaremos con Capdepont, puede comenzar con la aparición prematura de un folículo dentario, que es luego expulsado, o bien por placas difteroides, que asientan en la cresta gingival unas veces y otras en la región pterigoidea.

Thore, después de diversas observaciones, relata los casos, haciendo una información racional de ellos. Divide la erupción precoz en dos clases:

- 1.° Los niños nacen con dientes o éstos aparecen poco después del nacimiento, se desarrollan en forma regular y caen en la segunda dentición.

2.° O bien, estos dientes, saliendo prematuramente, caen al cabo de un tiempo, generalmente muy corto, a consecuencia de un fenómeno patológico.

En concepto de Thore, se trataría de una inflamación del folículo dentario, que desarrolla exageradamente hasta ulcerar el tejido de la encía y empujar el diente en formación, reducido a un simple cornete que pronto cae, entonces la inflamación cesa o persiste invadiendo primero la encía para continuar con el hueso maxilar y terminar, casi siempre, con la gangrena del folículo dentario que aparece en el fondo ulcerado y que, a su vez, cae muy pronto. Capdepont está de acuerdo con las ideas de Thore y, después de él, expuso tres nuevos casos observados por Jeannin, Brideau y Mace. En una de las observaciones se trataba de un niño bien constituido, en cuya boca se desarrollaron dos placas grisáceas sobre el maxilar superior, a nivel de la extremidad pterigoidea de este borde; las placas estaban constituidas por pequeñas ulceraciones superficiales cubiertas de falsas membranas muy delgadas. Días después la placa del lado izquierdo se ulceró cada vez más, al mismo tiempo que tomaba color negruzco, y pronto se observó en el centro un pequeño nódulo nacarado que luego fué expulsado. Este nódulo, del tamaño de un guisante, estaba constituido por uno de los molares que había enucleado de su alvéolo; a medida que la lesión local aumentaba, el estado general del enfermito se hacía peor, en la cabeza y tronco se desarrollaron placas erisipelatosas, y el niño murió.

En otro caso (Maygrier y Jeannin), después de un parto difícil en que se hizo uso de forceps, se vió al octavo día asomar, a nivel del borde alveolar del maxilar inferior, un pequeño absceso que se abrió espontáneamente. Después de la expulsión del diente, el estado genreal del niño mejoró; pero pronto murió por generalización de la infección.

En el tercer caso se trataba de un niño nacido prematuramente, que veintiún días después presentó la erupción de un incisivo lateral izquierdo inferior. El diente estaba reducido a un simple cartucho muy movable; se extrajo y permitió ver en su lugar un pequeño mamelón alrededor del cual se desarrolló una placa de estomatitis úlcero-membranosa que llegó hasta la

mucosa labial; dos días después apareció el incisivo lateral izquierdo superior, alrededor de los cuales se formó también una placa úlcero-membranosa menos acentuada que la inferior; estas erupciones dentarias fueron acompañadas de fenómenos graves, tales como vómitos, diarreas, oscilaciones de la temperatura, pérdida continua de peso. Finalmente, el vigésimo sexto día sobrevino una peritonitis con supuración umbilical y el niño murió.

El Dr. Bar observó un caso de un niño nacido a término y en buena salud, que al décimo cuarto día presentó una mancha grisácea y la encía un poco hinchada en la extremidad posterior, del borde alveolar inferior derecho. Al presionar a este nivel aparecía pus por una fístula muy fina. Así permaneció durante tres días, al cabo de los cuales la parte exterior del maxilar inferior empezó a aumentar de volumen hacia la región suprahióidea. No hizo erupción ninguna corona dentaria, pero hacia adelante y a la derecha, en una extensión de 1 cm. más o menos, el maxilar necrosado había seccionado la mucosa, y el hueso maxilar aparecía a través de esta solución de continuidad. El niño murió poco después y al examen bacteriológico del pus se observó presencia de estafilococos y estreptococos.

Bar, que se ha preocupado de estudiar esta lesión, señala tres formas clínicas: 1.º) la forma diftérica; 2.º) la forma flegmonosa, y 3.º) la forma necrosante.

La forma diftérica, en que al comienzo de la afección se observa una placa en la región pterigoidea, placa que continúa extendiéndose y que estaría constituida por una ligera ulceración que después tomaría todo el espesor de la mucosa, cubierta por un barniz blanquecino. Su superficie es lisa, de color grisáceo, como esfácelo que la mucosa no invadida rodea de una delgada línea rojiza, esta placa invade poco a poco el velo del paladar, la lengua y las mejillas.

La forma flegmonosa, que debería llamarse estomatitis de forma flegmonosa, comienza por un enrojecimiento de la boca y formación de pus bajo la mucosa. En la región sublingual y a cada lado del frenillo se forma un flegmón que pronto in-

vade la base de la lengua, concomitante, con un adema laríngeo, al cual los niños sucumben rápidamente.

En la estomatitis necrosante puede existir una placa que se sitúa en el borde gingival, la encía se hincha, se necrosa y da salida a uno o más folículos dentarios. Puede ser que la lesión se detenga aquí, o bien que continúe atacando al hueso; la rapidez con que se necrosarían el hueso y la encía le da el nombre de necrosante.

Chompret, en su "Pathologie Dentaire" (1935), presenta tres cuadros clínicos en la evolución de la Folliculitis Expulsiva: a) en los casos simples es la forma congestiva de la pericoronitis (Capdepont, Fargin y Fayolle), hay prurito gingival con enrojecimiento de la mucosa a nivel del diente que va a salir. El niño lleva sus dedos a la boca, saliva más que de ordinario y se torna llorón.

b) Esta congestión puede retroceder o terminar con la formación de un absceso, pericoronitis supurada. La nervosidad del niño se hace más notoria, agitación, insomnio, salivación excesiva, localmente la encía se tumefacta, se torna dolorosa y enrojecida y aparece pus en el que se encuentran estreptococos, estafilococos y colibacilos. Termina con la abertura espontánea o quirúrgica del foco séptico.

c) Se extiende cada vez más dando una gingivitis eritemopultásea, o bien ulcerosa, hay ptialismo, halitosis, imposibilidad de mamar; además pueden presentarse hemorragias, adenoflegmones, necrosis óseas y expulsión del folículo dentario.

Finkelstein da a conocer dos formas:

Primero. La forma superficial, en que se produce la supuración aislada de una o varias bolsas dentales, que aparecen como quistes llenos de pus. Después de abrirse espontáneamente o por intervención quirúrgica se expulsa el germen dentario y sanan. Aunque raras, son posibles las complicaciones flegmonosas y piémicas.

Segundo. La forma profunda, provoca un grave síndrome local y general con tumefacción de las partes blandas suprayacentes adema palpebral, prominencia del hueso, protusión de la pared nasal lateral y del paladar óseo, fiebre prolongada,

perforación en las fosas nasales y en la cavidad bucal e incluso hacia afuera, a veces, en la región del saco lagrimal se puede confundir con una dacriocistitis. Se expulsan cuatro o más gérmenes dentarios y secuestros óseos que hay que extirpar. También pueden surgir supuraciones de la órbita, trombosis de los senos venenosos, meningitis y, finalmente, piemia.

A continuación, expondremos algunos conceptos con respecto a la bacteriología de esta lesión.

Parrot consideró a estas placas difteróideas como simples lesiones traumáticas. Según Sevestre son manifestaciones mucosas del impétigo por haber encontrado en ellas siempre estafilococos. Balzer y Griffon creen que la afección se debería más bien al estreptococo. Brindeau encontró en sus observaciones una vez el estreptococo al estado puro y tres asociado con el estafilococo.

Las observaciones de Thiroloix demostraron en dos casos de Sebileau, la presencia en los tejidos mortificados de colonias palimicrobianas de estreptococos, estafilococos, neumococos, bacilos fétidos y espirilos anaerobios.

Tanto en el examen por el método de Gram como en los cultivos, se observó la presencia de estreptococos en forma predominante. La inoculación en conejos produjo unas veces la muerte y otras una erisipela gangrenosa. Las siembras practicadas con los tejidos de esta erisipela engendraron estreptococos y un bacilo fétido. La inyección del estreptococo en la oreja dió una erisipela sin gangrena; la inyección del bacilo no produjo ningún efecto local, pero la inoculación de los dos cultivos produjo una erisipela gangrenosa.

Respecto a la patogenia de esta afección, no se conoce a ciencia cierta; Capdepont ha demostrado el papel preponderante de la infección; se comprende así la formación incompleta del diente, la falta de raíz y el aparente desorden en cuanto a las fechas de erupción, aparente, pues siendo fisiológicamente incomprensible este desorden, resulta lógico con la infección, y las expulsiones consecutivas indican claramente la progresión inflamatoria.

La infección es primitivamente bucal, y Capdepont llegaba a las siguientes conclusiones:

Primero. El desarrollo fisiológico precoz no puede darse como causa de la erupción prematura, de los dientes movibles en las tres o cuatro semanas después del nacimiento.

Segundo. En cambio, la infección explica claramente estas pseudo erupciones.

Tercero. El papel de la infección es innegable en ciertas observaciones, en las que llamaron la atención los trastornos generales.

Cuarto. Las apariciones prematuras de los dientes corresponden a un mismo mecanismo y entre ellas sólo hay grados variables en la localización y la gravedad de la causa primera.

Bar explica el fenómeno de la manera siguiente: al comienzo existe ante todo una infección local ligera, desconocida, que pasa a formar un absceso folicular. Aparentemente, estos accidentes son poco graves, pero pronto se forma pus alrededor del maxilar, se necrosa el hueso, se ulcera la mucosa, dejando ver grandes trozos por él. Por último, la infección se generaliza. (Observación núm. 6.)

Port Euler piensa que la Foliculitis Expulsiva no es sino la muerte y expulsión de los gérmenes dentarios en el lactante y podría interpretarse como la consecuencia de una osteomielitis de la primera infancia. Esta osteomielitis, a su vez, se debería a pequeñas lesiones de la mucosa bucal, a una estomatitis difusa, o bien a que los gérmenes de la infección han llegado por vía hematógena al maxilar infantil. En la extensión de la inflamación al maxilar resultarían afectados los gérmenes dentarios que, a su vez, se necrosarían.

Finkelstein piensa que se trata de una osteomielitis primaria que habitualmente no es hematógena, sino linfógena, propagada desde el alvéolo o desde la nariz, y que, de acuerdo con la tendencia a afectar, como la osteomielitis epifisiaria, los sitios donde es más intenso el crecimiento, se localiza en los gérmenes dentarios.

El pronóstico para la Foliculitis Expulsiva es muy grave, puesto que la mayor parte de las veces dicha infección determina la muerte. En cuanto al tratamiento, antiguamente se usaron las vacunas polivalentes, y el proceso local se combatió con toques de argentofenol.

En el Hospital Clínico Regional de Concepción, a indicación del Dr. Raúl Ortega, Jefe de Servicio de Pediatría, conjuntamente con el Dr. René Louvel, usamos (en observación número 6) inyección local de penicilina en el foco de osteitis secuestrante con muy buenos resultados, por lo que pensamos que este tratamiento podría generalizarse en casos similares.

A continuación, relataremos los casos observados por Ch. L'Hirondel y que presentó en el Congreso de Estomatología de París de 1927 (*"La revue de Stomatologie"*, 1930).

Un caso se trataba de la erupción precoz de un incisivo central de conformación normal y precediendo la erupción del diente simétrico en más de un año.

El otro caso era la erupción prematura en que el incisivo, imperfectamente conformado, había hecho su aparición antes de la maduración completa del germen dentario, de resultas de una Foliculitis Expulsiva.

A estas dos observaciones agregó otra: la de una Foliculitis Expulsiva de un molar del juicio derecho. Las particularidades son las siguientes: el 9 de marzo de 1929, Paulette G. Z., diecisiete años de edad, interna del Patronato Rovet 20, en Issyles Moulineaux, era conducida a la Consulta Estomatológica del Hospital de Vaugirard, porque el molar del juicio inferior derecho le impedía comer. A un estudiante le pareció una artritis del molar se extrajo, y al examen se pudo ver que se trataba de una corona que no era normal ni bien constituida, sino de un casquete esférico de paredes muy débiles, de color blanco nacarado, aplastado en sentido anteroposterior y con dos pequeñas cúspides en el ángulo mesiovestibular. La cara inferior y cóncava del casquete presentaba numerosos pequeños prismas de un blanco nacarado. En el sentido mesiodistal este pequeño sombrero dentario medía 8 a 9 1/2 mm. y en el sentido vestibulolingual, 10 mm. El aspecto mismo de este diente, apenas esbozado y expulsado antes de madurar, bastaría para diagnosticar erupción prematura. Faltaba reunir las circunstancias de esta expulsión. Alrededor de la herida dejada por la salida del diente en formación la encía era normal por el lado vestibular y lingual. Por el lado distal ella era violácea, mame-lonada, granulosa y una lámina congestiva llegaba hasta la

amígdala derecha también inflamada, roja y aumentada de volumen. La amígdala izquierda estaba sana, pero voluminosa. Al centro del alvéolo desalojado no había raíz a la exploración clínica ni a la radiografía. En el lado opuesto, el folículo del diente del juicio inferior estaba en posición normal. En el espacio submaxilar o retroangular no había ganglios apreciables a la palpación. Esta joven, sin antecedentes hereditarios, no podía recordar de su pasado, sino una difteria y una tendencia a hacer angina. En cuanto al comienzo de esta afección, habría sido unos quince a veinte días antes, con disfagia, trismus y ganglios dolorosos.

Después de dieciocho días pasados en la enfermería del Patronato, los fenómenos se atenuaron. Es entonces cuando aparece el diente del juicio, cuya movilidad impedía la masticación y la indujo a pedir la extracción. La edad y resistencia de la enferma redujeron al mínimo los fenómenos generales que fueron los de una angina banal. Fué difícil saber si la enferma tuvo una amigdalitis consecutiva a una Foliculitis Expulsiva, o fué simplemente concomitante, o si todo se encierra en los solos fenómenos inflamatorios de desinclusión anticipada del diente.

NUESTRAS OBSERVACIONES

En la Maternidad del Hospital San Juan de Dios de Concepción, nace el 14 de noviembre de 1934 María Leontina Jara M., en parto prematuro, y no puede precisarse con seguridad si es siete u ochomesina. El parto se produce en condiciones normales, sin necesidad de forceps.

Desde el primer momento, la madre amamanta a su hija en perfectas condiciones de normalidad. La madre, casada, de profesión costurera, de estado general regular, acusa al examen médico una ligera afección pulmonar tuberculosa; ha tenido un aborto; reacciones serológicas W. y K. negativas. Cuatro meses antes del nacimiento de la chica tuvo su madre una infección de los pechos (mastitis).

Padre sano, bebedor moderado.

Historia clínica.—Al tercer día después del nacimiento, o sea el 17 de noviembre, dice la madre que la chica acusa al nivel del reborde anterior del maxilar inferior, frente a los incisivos centrales, la salida de los dientecitos, los que continúan desarrollándose rápidamente y crecen "a ojos vistas", según su gráfica expresión; por diversos motivos, la chica sólo llevaba al Servicio Dental el 14 de diciembre, o sea treinta días después del nacimiento y veintisiete días después que la madre

observara el primer indicio de erupción de los dientes. El Dr. Louvel observó el caso y pudo constatar que, a nivel de los dientes sumamente movibles, había una zona edematosa, rojiza, considerablemente inflamada y los dientes rodeados de una zona amarilla de pus. Procede entonces a la extracción de los incisivos centrales inferiores, los que no presentan ninguna resistencia y son extraídos con toda facilidad por medio de una pinza.

Se colocan en formalina al 10 por 100 para proceder a su fijación y llevados al Instituto de Anatomía Patológica de la Universidad de Concepción, el profesor Dr. Hertzog procede a descalcificarlos, colorearlos y a hacerles los cortes correspondientes para emitir el siguiente informe de las muestras:

"El material enviado se compone de dos dientes chicos de una longitud de más o menos siete mm. y un ancho de apenas tres mm. Después de la descalcificación, la estructura se presenta muy irregular y sin necrosis. Llama la atención únicamente la gran cantidad de leucocitos, especialmente eosinófilos, de la pulpa y, además, en la zona más profunda de la pulpa una necrosis reciente."

Diagnóstico.—Dentición prematura con expulsión espontánea de los dientes (foliculitis expulsiva). Firmado: Dr. Hertzog.

Después de las extracciones se ve nuevamente a la chica el 10 de junio del año siguiente y pesa 4,900 grs., encontrándose muy bien con los tónicos y tratamiento que se le han proporcionado.

¿Se trataría en este caso de una dentición anormal; es decir, los dientes extraídos corresponden a folículos de la primera o segunda dentición, o son folículos de una tercera dentición? ¿Se trataría de dientes de la primera dentición, en cuyo caso, cuando éstos hagan erupción, no aparecerían en la arcada?

¿O se trataría de folículos de la segunda dentición, en cuyo caso, al hacer erupción los dientes de la primera dentición aparecerían completos, y sólo faltarían en la segunda dentición los dos incisivos centrales inferiores?

Según la opinión de Louvel, se trataba de los dos incisivos centrales de la primera dentición, y esta suposición se vió confirmada con una radiografía tomada a la chica algunos meses después, que se inserta en esta observación, según la cual, se puede ver la ausencia de los dos centrales de la dentición temporal; en cambio, existen en la arcada los laterales de la misma dentición y los dientes de la dentición permanente están en perfecto estado esperando su época de erupción.

En el primer momento se temió por la vida de la enfermita, ya que la literatura clásica sobre estas afecciones presenta casos en su mayoría mortales. Afortunadamente, en el caso en estudio, la enfermedad hizo crisis y se pudo conservar a la pequeña paciente.

Es muy interesante, en la historia de este caso, la inflamación de los pechos de la madre cuatro meses antes del nacimiento de la niña, pues pudieron quedar allí, en los nichos de la epidermis, microorganis-

mos de la supuración y haber infectado la fibromucosa de la encía de la niña, tejidos sumamente vulnerables y muy débiles. Sería ésta una de las formas de explicarse la potogenia del caso, aunque no la única, pues la infección pudo tener otras causas diversas. Louvel se limita sólo a exponer los hechos y a consignar, con todas las reservas del caso, su opinión personal sobre el particular, sin poder adentrarse por cuanto la enfermita sólo fué vista cuando la enfermedad ya había hecho su período prodrómico, su período de estado y se hallaba en sus fases terminales, ya que sanó con la extirpación de sus folículos expulsados prematuramente.

OBSERVACION NUM. 2

Nombre del enfermo: Gloria Matamala O.

Ingresa el 4 de diciembre de 1944 al Hospital Clínico Regional de Concepción.

Antecedentes hereditarios.—Madre: veintinueve años, casada, sana, Kahn y rayos negativos. Primípara. Padre: cuarenta y cinco años, carpintero, Kahn negativo, bebedor, no hay consanguinidad ni insania, bronco pulmonares negativos.

Antecedentes personales.—Nace feto de término, peso 3,450 grs., placenta 550 grs. Examen físico normal. El 11 de diciembre de 1944, algorra de la que sana. El 14 de diciembre de 1944 hipoalimentación, intertrigo. Al mes y medio diarrea, vómitos, excesiva cantidad de leche materna, insuficiente Eledón. Deficientes condiciones generales, intertrigo seco. Ulceración sublingual folículo dentario.

Diagnóstico.—Dispepsia. Ulceración sublingual por folículo dentario. Folieulitis Expulsiva.

El 11-XII-44, extracción de dos incisivos inferiores movibles.

Observación bucal.—Cinco días después del nacimiento se observa la aparición de dos incisivos inferiores, movibles, ubicados en una zona edematosa de reacción inflamatoria franca. Nuevamente observado dos días después se puede constatar que los dientecitos nadan en pus y están sumamente movibles, observándose al mismo tiempo Muguet, por lo que se decide hacer las extracciones y el cuadro afortunadamente mejora con rapidez, siendo dado de alta sano. Observado nuevamente el 19 de febrero d 1945, se constata su lesión bucal perfectamente bien.

OBSERVACION NUM. 3

Nombre del enfermo: Gregorio Alarcón Alarcón.

Edad: recién nacido.

Ingresa el 2-X-45 al Hospital Clínico Regional, servicio eunas.

Antecedentes hereditarios.—Madre: Erna Alarcón; edad, veinticinco años; soltera; un hijo sano, nacido por cesárea; modista. Reacción Kahn, negativa. Rayos, negativo. Padre: aparentemente sano, veinticinco años, soltero, obrero.

Antecedentes personales.—Parto operatorio; cesárea segmentaria el 2-X-45, a las 12,35 horas, por pelvis plana raquílica. Peso, 3.400 grs.; placenta, 500 grs. Examen físico, normal. El 4-X-45 pesó 2.960 grs.; el 8-X-45, 3.000; el 10-X-45, 3.130 grs.; el 12-X-45, 3.120 grs.

Interconsulta al dentista el 10-X-45. Se observa en el reborde alveolar del maxilar inferior un incisivo en evolución, diente hipocalcificado, movable, por lo que se espera que aumente el movimiento para extraerlo, por tratarse de una foliculitis expulsiva. En un proceso de tal índole debe eliminarse el folículo para evitar la posible complicación ósea (osteomielitis). El 12-X-45 se extrae sin dificultad el folículo, reducido únicamente a una delgadísima capa de esmalte, que forma la corona.

El 22-X-45 pesó 3.160 grs.; el 24-X-45, 3.160; el 26-X-45, 3.300; el 29-X-45, 3.230; el 30-X-45, 3.330; el 2-XI-45, 3.340; el 4-XI-45, 3.400; el 6-XI-45, 3.400.

El chico es dado de alta sano de la infección bucal, en buen estado general y sólo pequeño eritema glúteo sin importancia.

OBSERVACION NUM. 4

Nombre de la enferma: María Orellana O.

Ingresa el 12-X-45. Dada de alta el 17-X-45.

Antecedentes hereditarios.—Madre: sana, dieciocho años, soltera. Primípara, no acusa abortos; reacción ffahn, negativa. Padre: sano, treinta años, soltero, mueblista, sobrio.

Antecedentes personales.—Parto espontáneo, normal, de término.

Peso, 3.550 grs.; placenta, 300 grs. Niño normal.

Presenta folículo del canino inferior derecho, temporal, hipocalcificado, solo, en forma de corona dentaria, sumamente movable, ubicado superficialmente en la encía sobre un lecho supurado, por lo que al hacer cualquier movimiento del folículo hay aumento de supuración; encía circundante aumentada de volumen, inflamada y de color rojo arterial. El folículo se extrae con pinzas sin dificultad y cicatriza perfectamente. Es dado de alta sano.

OBSERVACION NUM. 5

Nombre del enfermo: Arturo Jara Díaz.

Ingresa el 15-VII-44 al Hospital Clínico Regional, y es dado de alta el 22-VII-44.

Antecedentes hereditarios.—Madre: cuarenta y dos años, casada, colecistitis crónica (1942). Reacción Kahn negativa. Examen pulmonar negativo. Dos hijos muertos. Tuberculosis a los trece años. Ocho hijos sanos. Tuvo bronconeumonía. Padre: sesenta años, sano. Sin reacción serológica. Bebedor moderado, no hay consanguinidad ni insania. No hay broncopulmonares actuales.

Antecedentes personales.—Nace de embarazo de término, parto normal. Pesa 3.900 grs. Placenta, 700 grs. Examen físico: niño grande. Par-

ticularidades: capuchón mucoso de la encía inferior conteniendo dos incisivos normales.

Interconsulta al dentista: 17-VII-44.

Foliculitis expulsivas del incisivo central inferior, extracción previa incisión de la mucosa gingival. Continúa el niño eutrófico y es dado de alta sano. La herida de la mucosa gingival ha ido poco a poco cicatrizando en muy buenas condiciones.

OBSERVACION NUM. 6

Nombre del enfermo: Silvia Garrido Valderrama.

Ingresa el 19-X-45 al Servicio de Pediatría del Hospital de Concepción (Clínico Regional). Dada de alta el 24-XII-45.

Edad: cuatro meses. Nació en Florida.

Diagnóstico.—Foliculitis expulsiva y osteomielitis supurada del maxilar inferior. Dispepsia intercurrente.

Antecedentes hereditarios.—Madre: Veinticinco años, sin reacción Kahn, aspecto sana, dos embarazos de término, vive uno y el otro nació muerto. Padre: Veinticuatro años, agricultor, sin reacción Kahn, sano.

* *Antecedentes personales.*—Nacimiento de parto normal, criado al pecho exclusivo, no ha tomado ninguna clase de jugos, sólo le da pecho cada vez que llora.

Enfermedad actual.—Después del mes de edad se nota en la arcada dentaria inferior un folículo de aspecto oscuro, que luego cae y supura.

Examen físico.—Rosario costal, niño de piel oscura. Corazón y pulmones negativos. Bazo no se palpa. Zona de cráneotabes.

Diagnóstico inicial: Raquitismo. Fístula de la arcada dentaria.

11-X-45. Interconsulta al servicio dental. Enfermita que presenta a nivel del lado vestibular del reborde alveolar del maxilar inferior un trozo de hueso movable, secuestro que nada en pus. Sin esfuerzo es extraído el trozo de hueso, notándose en el fondo del lecho secreción purulenta. La madre dice que hace tres meses (o sea, chica de un mes) eliminó un dientecito en el mismo lugar donde actualmente se presenta el proceso; nos impresiona como una osteitis necrosante consecutiva a una foliculitis expulsiva. Conviene seguir observando periódicamente a la enfermita, por lo que es citada nuevamente al Servicio Dental.

16-X-45. Peso: 4.750 grs. Temperatura: 36,4°. Tórax normal, chica mejor aspecto.

20-X-45. Niña con estado general satisfactorio, pálida, panículo y turgor algo disminuido, hipertónica, fontanela anterior ampliar, pequeña solución de continuidad purulenta a nivel de los incisivos inferiores derechos. Faringe y amígdalas normales. Cardio-pulmonar normal. Hígado a una y medio través. Bazo normal. Sonríe, fija la mirada, sostiene la cabeza.

Servicio Dental.—La lesión con varios trayectores fistulosos por los que emana abundante supuración, impresiona como proceso de osteomie-

litis aguda supurada del maxilar inferior, por lo que se insinúa una radiografía. Cuadro bucal continúa igual. Sería beneficioso para la enfermita limpiar periódicamente la secreción purulenta para evitar su deglución. En la radiografía del maxilar inferior no se observa lesión del esqueleto.

23-X-45. Boca sigue igual, con bastante supuración.

26-X-45. Siguel un poco mejor, impresiona como si hubiera menor cantidad de pus por las fístulas alveolares.

29-X-45. Se extrae sin dificultad folículo de incisivo y pequeño secuestro alveolar. Se deja en observación y si no disminuye la secreción se insinúa raspaje óseo.

11-XI-45. Lesión bucal continúa igual. La niña está con dieta hídrica, porque presentaba vómitos alimenticios.

15-XI-45. Al examen bucal se aprecia extraordinaria cantidad de pus, que sale a la compresión por varios orificios fistulosos. El Dr. Ortega, de acuerdo con el Dr. Louvel, proponen penicilina localmente por infiltración, 2.500 unidades en 2 c. c.

23-XI-45. Se inicia el 14 el tratamiento con penicilina localmente, con 0,5 centímetro en el foco mismo. Se sigue el 16 igual. El 19, 2 c. c. El 21, 2 c. c. El 23, 2 c. c. y se extrae el folículo de un molar inferior derecho que se encuentra secuestrado en el reborde alveolar inferior; mucho mejor, disminuyendo la secreción.

17-XII-45. Radiografía del maxilar inferior derecho; en el borde superior, en relación con su parte media posterior, hay un desprendimiento osteoperióstico por osteitis. Dr. Passalacqua.

18-XII-45. Se extrae un secuestro más o menos del tamaño de un poroto, el que estaba sumamente movable, y se continúa con penicilina localmente.

24-XII-45. Estando perfectamente sana es dada de alta, rogándose a la madre la traiga en dos meses más.

OBSERVACION NUM. 7

Nombre del enfermo: Ruth Lagos Muñoz.

Ingresó el 16-XII-44 al Hospital Clínico Regional y falleció el 17-I-45. Edad: Diez horas.

Diagnóstico.—Séptico-piohemia. Bronco-neumonía. Meningitis. Folliculitis expulsiva. Abscesos subcutáneos. Escara sacra. Lúes congénita.

Antecedentes hereditarios.—18-XII-44. Madre: Treinta y tres años, casada. Reacciones serológicas positivas en 1943. Tratamiento específico incompleto. Cinco niños muertos. Dos niños sanos. Dos abortos espontáneos. Padre: Veintinueve años, militar. Reacciones serológicas, tres cruces en 1943. Bebedor moderado.

Antecedentes personales.—Nace con forceps el 16-XII-44. Peso: 4.780 gramos. Placenta: 700 gramos.

Examen físico.—Niño grande. Lúes congénita en observación.

22-XII-44. Ligero opistotono, llora al movilizarlo.

23-XII-44. Siempre llorón. Faringe congestiva. Escasa secreción ocular. Intértrigo perianal, deshidratación.

28-XII-44. Siempre muy llorón. Deshidratación.

30-XII-44. Muy llorón, deshidratado, fétido. Se alimenta bien. Tendencia al opistotono y llora al ser movido. Llama la atención que conserve los brazos pegados al tronco en extensión y con poca movilidad voluntaria. Cardio-pulmonar negativo. Visceral negativo.

En el reborde gingival inferior se observa una zona amarillenta rodeada de mucosa cianótica, que da la impresión de un absceso que se ha vaciado. Blefaritis. Temperatura: 39,4°.

Interconsulta al dentista: 30-XII-44. Se incide la encía inferior, constatando un abscesito, del cual mana bastante cantidad de pus, y por debajo se palpa el folículo de un diente temporal, el que se mueve y es extraído sin dificultad. Impresiona como una foliculitis expulsiva que ha evolucionado en un niño con mal estado general.

2-I-45. Un poco mejor dentro de sus malas condiciones generales. Proceso gingival en franca regresión. Pequeño absceso del pliegue inguinal derecho. Pequeño tumor en la nuca al lado izquierdo. Coriza mucoso, llora intensamente al ser movilizado.

5-I-45. Mucho llanto al movilizar la cabeza del niño. Flacidez y caída del brazo izquierdo. Retención de pus del absceso inguinal. Deshidratación. Palidez terrosa. Aspecto gingival sano. Ictericia. Imposibilidad técnica de obtener hemo-cultivos y practicar transfusiones.

6-I-45. Radiografía columna cervicodorsal: opacidad discreta en el parénquima pulmonar izquierdo. No se observa lesión ósea. Dr. Passalacqua.

8-I-45. Temperatura, 39,9°. Se alimenta mal. Opistotono. Dolor franco al mover la cabeza, brazos caídos, pero más movibles. Soplo mesocardíaco. Hígado a dos traveses. Bazo a medio través, con crepitación nítida, escara sacra, absceso con drenaje.

H e m o g r a m a

Glóbulos rojos	4.700.000
Glóbulos blancos	22.800
Hemoglobina	95
V. G.	1
Basiliformes	14
Segmentados	58
Linfocitos	20
Monocitos	8

9-I-45. Presenta gran supuración en el absceso de la pierna, el que da estafilococos y diplococos en cadenas cortas numerosas; además, tetrágenos.

1-I-45. Casi no se alimenta. En opistotono.

11-I-45. Temperatura, 40,7° en la mañana. Ayer se hizo punción lumbar, que dió líquido santo-erómico a presión normal. Líquido céfalo-raquídeo; color amarillento, aspecto limpio; reacción de globulina, una cruz; albúmina, 8,90 por 100; cloruros, 8,4 por 100.

12-I-45. Aparece tumefacción inflamatoria y dolorosa submentoniana y pequeños abscesos sobre el maxilar inferior, además un gran edema sublingual. Sin anestesia se hace incisión de dos centímetros, inmediatamente por debajo del reborde del maxilar inferior del lado izquierdo, con contraabertura central en la región submentoniana; hay poco pus y serosidades; se deja drenaje de gasa.

15-I-45. Gran escara sacra con denudación del hueso. Tumefacciones fluctuantes del pie izquierdo, cianosis del pulpejo del meñique derecho y colección purulenta en límite, proceso semejante del dorso del dedo anular derecho e inicial en el pulgar del mismo lado. Respiración soplante izquierda, especialmente en el tercio medio, donde se ausculta crépitos, cianosis, fontanela a tensión.

17-I-45. Fallece.

Biopsia del diente inferior.—12-I-45. Resultado análisis: El material enviado se compone de un diente incisivo y aparte viene la pulpa y encía correspondiente. Microscópicamente, con el método de Lavaditi, no se encontraron espiroquetas. Dr. E. Herzog.

Protocolo de autopsia.—Instituto de Anatomía Patológica.

Nombre: Ruth Lagos. Edad: Un mes. Fecha y hora de defunción: 17-I-45, a las cuatro veinticinco horas. Fecha y hora de autopsia: el 17-I-45, a las once horas.

Diagnóstico clínico y observaciones especiales.—Séptico-piohemia. Bronconeumonía. Meningitis. Foliculitis expulsiva. Abscesos subcutáneos. Escara sacra. Lúes congénita en observación. Dr. Arriagada.

Diagnóstico anátomopatológico.—Séptico-piohemia. Lactante de sexo femenino de 3.045 grs. de peso y 53 cms. de longitud. Sin malformaciones externas ni internas y sin signos de lúes. Abscesos subcutáneos múltiples.

Artritis supurada al nivel del hombro derecho, septomeningitis cerebral localizada en el hemisferio derecho. Hemorragia cerebral cortical antigua, posiblemente de origen traumático. Bazo: 15 grs. Hígado: 165. Conservado para observar todos los órganos microscópicamente. Descripción exterior: Cadáver de un lactante, sexo femenino, sin malformaciones externas, en mal estado nutritivo; en la región submentoniana izquierda y en la línea media, por encima del hueso hioides, se ven dos heridas operatorias recientes y abiertas que terminan en el tejido celular subyacente; contienen un poco de pus espeso. A nivel del sacro hay una escara del tamaño de una moneda de veinte centavos. Organos del cuello: sin malformaciones, timo atrófico. Tórax: corazón pequeño, algo pálido; pulmones, el izquierdo grande y con las zonas paravertebrales amoratadas y algo duras. Al corte corresponden a focos de hepatización

rojiza. Pulmón derecho pálido, flácido y bien aireado. Abdomen: el cordón umbilical está bien cicatrizado. Vena umbilical permeable y contiene un poco de sustancia semilíquida blanquecina. El hígado es grande y algo duro, la superficie es lisa, brillante, y con discreto engrosamiento de la cápsula en la parte convexa del lado derecho. En el corte, el parénquima tiene color café amarillento a manchones y el dibujo no se distingue con claridad. Las ramificaciones gruesas en la porta en el parénquima hepático contiene líquido turbio amarillento, pero no se ven abscesos. Bazo: tamaño y consistencia correcta, rojizo al corte. Tubo gastro intestinal. Mesenterio y suprarrenales. Pncreas algo duro, pero dibujo corriente. Riñones y órganos pelvianos sin malformación. Extremidades: líneas de osificación en ambos fémures delgadas, rectas y rosadas. Cráneo: suturas y fontanelas abiertas. Hoz del cerebro y tienda del cerebelo intactas en ambos lados del surco interhemisférico y en la parte media se ven hemorragias del tamaño de monedas de a peso muy simétricas, con bordes pintados de un color amarillento café. Además, las leptomeninges en el lado derecho en el borde límite de la hemorragia y en una extensión de dos centímetros cuadrados, tienen un color amarillento claro y están turbias. Examen histológico: hígado con muy discreta infiltración lipóidica local y además discreta congestión biliar, pero nada de infiltrados inflamatorios. Cordón umbilical sin marcadas alteraciones. Pulmón: en las pequeñas arterias papilares se ven algunos trombos microbianos. Además se ven focos fronconeumónicos, en parte hemorrágicos. Páncreas: estructura normal. Suprarrenal: sin mayores alteraciones. Riñón: sin alteraciones. Bazo: congestionado, conteniendo mucho pigmento de hemosiderina. Se ven también numerosos macrófagos. Frotis del pus: la vena porta de las meninges cerebrales y de la arteria del hombro derecho contienen numerosos estreptococos.

OBSERVACION NUM. 8

Nombre del enfermo: Nelson Cuevas.

Edad: Siete años. Domicio: Heras, 826.

Antecedentes hereditarios—Madre: Treinta años. Padre: Treinta y cuatro años, empleado particular. Según su esposa, durante los tres últimos años ha estado sometido a un tratamiento a la sangre en el Servicio Médico Preventivo. No se sabe precisas de qué enfermedad se trata. ¿Lúes?

Antecedentes personales.—A los cinco meses presentó, según expresa su madre, una enfermedad a la sangre cuyos síntomas eran "peladuras" en todo el cuerpo; fué tratado con inyecciones de neo durante dos años más o menos, tratamiento que se hacía en períodos de tres meses y con intervalos de otros tres. ¿Lúes hereditaria? A los cuatro años, alfombrilla; a los cinco, sarna. Ninguna otra enfermedad digna de mención.

El 7 de agosto de 1946 llega el niño Nelson Cuevas a la Escuela Dental con su madre, para que se le extraigan restos coronarios de los mo-

lares temporales superiores izquierdos. Se constató que en el lado derecho había erupcionado el primer premolar superior, el cual se encontraba muy movable y rodeado en su cuello de pus que fluía al moverlo, encía edematosa de color rojizo. A la radiografía se observó escasa formación radicular, en tanto que los folículos del incisivo lateral, canino y segundo premolar del mismo lado se encontraban muy juntos, por lo que es posible que la expulsión del primer premolar se debería a una causa mecánica por falta de espacio. Quedaría por averiguar si el premolar extraído el 19 de agosto de 1946 tuvo constituida su raíz anteriormente y fué destruida por un proceso de rizalísis de orden mecánico, lo que no nos parece posible en atención a la edad del enfermito. Por consecuencia, sólo podemos pensar en un proceso de foliculitis expulsiva, dado el cuadro inflamatorio local con pus, movilidad y falta de raíz constatable radiográficamente, todo ello enfocado hacia la expulsión prematura del citado diente.

En el lado izquierdo se observa a la radiografía el primer premolar superior, haciendo erupción; el molar temporal correspondiente es extraído, pues sólo quedan restos coronarios de él.

El 21 de agosto de 1946 fué observado el enfermito, previendo una posible complicación, y constatamos que la herida estaba en franca cicatrización, por lo que es dado de alta sano.

OBSERVACION NUM. 9

Nombre del enfermo: Domingo Ambiado Aguayo.

Ingresa en el Hospital el 9-VIII-46. Es dado de alta el 19-VIII-46.

Antecedentes hereditarios.—Madre: Margarita Aguayo Flores, diecisiete años. Casada, sana. Padre: Aparentemente sano, veinte años, empleado.

Antecedentes personales.—Parto espontáneo, vértice a las cuatro horas cuarenta y cinco minutos del 8-VIII-46. Peso: 2.900 grs. Placenta: 600 grs.

Examen físico.—Niño normal. Hígado: 1 cm. Bazo, negativo. Diente congénito incisivo inferior izquierdo. Eritema papulatum tronco y cadera. 9-VII-46. Ictericia interna conjuntival.

Hemograma

Glóbulos rojos	5.500.000
Hemoglobina	10 %
Leucocitos	19.000
Basófilos	0
Eosinófilos	0
Mielocitos	0
Juveniles	0
Basiliformes	7
Segmentados	44
Linfocitos	42
Monocitos	4

Observación bucal.—Niño que presenta corona de incisivo inferior sumamente movable, por lo que pensamos desprovista de formación radicular; por tratarse, según la historia, de un niño que ha nacido con el diente, nos encontramos frente a un caso de dentición congénita y no de un proceso de Foliculitis expulsiva, pero creemos posible que se produzca en un momento dado la infección de este diente, en atención a la forma tan irregular como está implantado y, además, por su movilidad; estimamos que, como medida profiláctica, sería interesante hacer la extracción de la pieza, aunque para ello debemos tener autorización del médico por estar en presencia de un enfermito que adolece de una marcada ictericia.

19-VIII-46. Se procede a tomar radiografía (que se inserta a continuación) de la zona del diente congénito. Habiéndose mejorado el estado general del chico y previa autorización del médico, en atención a la exagerada movilidad del diente y a que produce molestias a la madre en el pezón durante la succión, es extraído sin ninguna dificultad.

21-VII-46. La herida sana perfectamente bien, siendo dado de alta el enfermito.

OBSERVACION NUM. 10

Nombre del enfermo: Juan Concha.

Edad: Cinco días.

A los cinco días de nacido aparecen en la encía inferior dos diente-citos que se desvían hacia la línea media, estando sumamente movibles, rodeados de pus y en una zona edematosa y empastada de la encía. Hay por el lado extremo un discreto edema de la piel, el niño está llorón y con la lengua mueve continuamente ambos dientes, los que le han producido en su punta y borde inferior una ulceración del tamaño de una lenteja. Por esta ulceración y por las molestias que le produce a la madre en el pecho durante la succión decidimos extraer ambos dientes, pero como existe un estado inflamatorio agudo, esperamos hasta el día siguiente, haciendo una desinfección con agua oxigenada muy diluída para evitar complicaciones. Al día siguiente es nuevamente observado el niño; está desasosegado, tiene temperatura, diarrea y mal estado general. Ante este cuadro, y de acuerdo con el médico, se extraen ambos dientes, y poco a poco va declinando el proceso inflamatorio local y el estado general del niño, hasta ser dado de alta sano cinco días después.

Se enviaron los dientecitos al Instituto de Anatomía Patológica, desde el cual el Dr. Herzog nos dió el siguiente informe. Resultado del análisis. El material enviado se compone de dos dientes chicos de longitud de siete milímetros y ancho apenas tres milímetros. Después de la descalcificación, la estructura se presenta muy regular y sin necrosis. Llama la atención únicamente la gran cantidad de leucocitos, especialmente eosinófilos, de la pulpa, y, además, en la zona más profunda de ésta, una necrosis reciente. Diagnóstico: Dentición prematura con expulsión espontánea de los folículos. Foliculitis expulsiva.

Como comentario de este caso debemos decir, de acuerdo con el médico tratante, que era un niño sano, el cual presentó mal estado general concomitante con la aparición de los dos folículos dentarios inmaduros, por lo que, lógicamente, atribuimos a la foliculitis expulsiva el cuadro general; por otra parte, con la extracción de dichas piezas y la desinfección bucal el niño recuperó su normalidad.

OBSERVACION NUM. 11

Nombre del enfermo: Agustín Gajardo.

Lactante de un mes que presenta en la encía inferior un diente, que, según relata la madre, inicia su erupción veinte días después del nacimiento. El diente se encuentra sumamente móvil, en una atmósfera supurada, edematosa, roja y, lo que más llama la atención en este enfermito es que al lado del folículo dentario inmaduro y móvil existe un aumento de volumen tumoral, hacia la región lingual de la encía inferior, lo que nos hizo pensar al principio en la posible erupción de otro folículo o bien en la producción de un quiste congénito. La consistencia blanda nos hizo desechar la hipótesis de un golículo. Tampoco pudimos creer en la existencia de un quiste, porque la formación tumoral no tenía la consistencia característica de aquél. No quedaba otra alternativa que pensar en un pequeño tumor.

El chico presentaba buen estado general, había aumentado de peso, pero el cuadro local era inquietante por el aspecto inflamatorio que presentaba y, además, por la existencia de un tumor, de naturaleza desconocida, al lado del diente. En atención a esto, de acuerdo con el médico tratante, hicimos la extracción del folículo y, al mismo tiempo, la extirpación del tumorcito.

Enviado el material al Instituto de Anatomía Patológica, el profesor Herzog emitió el siguiente informe:

Resultado del análisis.—El material enviado se compone de un pequeño nódulo blanquecino del tamaño de un grano de cáñamo y, además, un diente pequeño de siete por ocho milímetros. Microscópicamente el nodulito está revestido de mucosa bucal regular y por debajo se encuentra un tejido conjuntivo joven con numerosos capilares. Mayores signos de inflamación faltan. Diagnóstico: Epulis fibromatoso pequeño. Diente inmaduro expulsado espontáneamente.

El interés que presenta este caso de foliculitis expulsiva estriba en el hecho de tratarse de un niño de un mes, y que, a pesar de tener durante diez días un folículo en erupción no ha presentado mayores alteraciones en su estado general, y, por otro lado, nos llamó la atención desde el primer momento la aparición en el reborde gingival de un tumor, "épulis fibromatoso", cuya etiología nos parece muy difícil explicar, ya que es el único caso que hemos tenido ocasión de observar en estas condiciones.

Hubiésemos querido continuar observando el chico; desafortunadamente no nos fué traído de nuevo al Servicio Dental.

RESUMEN

La dentición en el hombre comienza con la formación del órgano del esmalte de los dientes temporales, más o menos a la séptima semana de vida intrauterina. Dicho órgano dará origen más tarde al esmalte de la corona dentaria. La dentina se formará de la papila dentaria que después se transformará en pulpa. El cemento provendrá de la capa interna del saco dentario.

Una vez que las coronas de los dientes temporales han alcanzado su total calcificación dentro del maxilar, comienza la erupción dentaria, cuyo verdadero mecanismo de evolución aún no se conoce y sólo se explica por medio de diferentes teorías.

En cuanto a las fechas de erupción, existen varias tablas que se señalan el término medio de ellas. Tales fechas varían de un individuo a otro, según la raza, sexo, alimentación y demás factores que influyen adelantándolas o retrasándolas.

Entre los accidentes de cronología de la erupción cabe señalar los de erupción anticipada, tales como la erupción congénita, la erupción precoz y la erupción prematura o Folliculitis Expulsiva, según la denominación de Capdepon.

Tiene señalada importancia la Folliculitis Expulsiva por las complicaciones que trae, las que pueden ir desde la simple inflamación gingival con supuración a la osteitis de tipo necrosante, y, por último, también la muerte, como aconteció en una de nuestras observaciones (observación núm. 7).

Finalmente, debemos decir que en nuestro medio la Folliculitis Expulsiva no presenta, en general, los mismos caracteres de gravedad que adquiere en Europa, según hemos podido deducir de la literatura consultada al compararla con nuestra casuística.

B I B L I O G R A F I A

- Actas del II Congreso Odontológico Latino-Americano. Buenos Aires, 1925.
- Burchard Henry: "Tratado de Patología y Terapéutica Odontológica". 1940.
- Cabrini, R.: "Histología y Embriología Bucodentaria". Buenos Aires, 1938.
- Chávez, M.: "Influencia del estado nutritivo sobre la dentición temporal". Tesis de prueba. Concepción, 1946.
- Chompret: "Pathologie Dentaire". Formas clínicas de los accidentes de la primera dentición. 1935.
- Delarras, R.: "Congres Dentaire International". Accidentes de la primera dentición. París, 1931.
- Ferrier, A.: "Oral Hygiene". El secreto de las secreciones. Edición Latino-Americana. 1932.
- Finklestein, H.: "Tratado de las enfermedades del lactante". 1941.
- Frey, L.: "Pathologie des dents". 1933.
- Frey et Ruppe: "Pathologie de la bouche et des dents". 1933.
- Gaillard y Nogué: "Tratado de estomatología". Tomos II y III. 1922.
- García Plinio: "Contribución al estudio de la cronología de la calcificación y erupción dentaria". Tesis de doctorado. Buenos Aires, 1944.
- Lebourg, Lucien: "Les dystrophies dentaires de la syphilis hereditaire". 1939.
- L'Hirondelle: "La Revue de Stomatologie". Núm. 1. 1930.
- Louvel Bert, R.: "Revista Dental de Chile". Núm. 7. "Un caso de foliculitis expulsiva". 1937.
- Michalski: "Etude sur la premiere dentition". Capítulo III. 1872.
- Partsch, Carl: "Escuela Odontológica Alemana". Tomo I. 1936.
- Port-Euler: "Tratado de Odontología". Trastornos eruptivos de la primera dentición. 1943.
- Pucci Fco. y Reig: "Conductos radiculares". Primera parte. Conocimientos fundamentales sobre el desarrollo de los dientes. 1945.
- Rodríguez, M.: "Cronología de la erupción de la primera dentición en relación con el estado nutritivo del lactante". Tesis de prueba. Santiago. 1939.
- Thibault, R.: "Encyclopedie Médico-Chirurgicale". Les accidents de dentition. Primera edición. París, 1939.
- Thoma Kurt H.: "Oral diagnosis with suggestion for treatment". 1943.
- Tosso, A.: "Accidentes de erupción dentaria". Tesis de prueba. Santiago. 1924.
- Tapia D. Carlos: "Revista Dental de Chile". Número 2. 1939. Dentición normal.
- Zugastij, Carlos: "Consideraciones sobre la erupción dentaria en los niños". Tesis de prueba. Buenos Aires, 1940.