

geno que sea desfavorable para las bacterias anaerobias. Sin embargo, los peróxidos son producidos por microorganismos en el curso normal de metabolismo, junto con catálisis para destruirlos. La motilidad y crecimiento de las bacterias no están afectados por los compuestos liberadores de oxígeno, aunque la acción efervescente de tales compuestos pueda hacerlos útiles como evacuantes mecánicos para remover los residuos. El peróxido de hidrógeno y el perborato sódico son ejemplar de este grupo. Un uso impropio o prolongado puede dar por resultado quemaduras de la mucosa o pseudo lengua negra.

Las soluciones cáusticas pueden desintegrar suficiente tejido que sirva de pábulo para el crecimiento adicional de bacterias y también para extirpar tejido que de otro modo podría conservarse ventajosamente.

J. FONT

A ASTRINGENTES Y CAUSTICOS

ODONTOIATRIA

Acciones y usos de los astringentes, estípticos y cáusticos ("Actions and uses of astringents, styptics and caustics"), por el DR. ROSENTHAL, S. L. "The Journal of American Dental Association", vol. 38, págs. 212, febrero 1949.

Los astringentes, estípticos y cáusticos pueden considerarse como un solo grupo, puesto que muchas sustancias producen los tres tipos de reacción, diferenciándose únicamente según la concentración a que se utilizan.

El ácido tánico se emplea como estíptico, habiéndose incorporado al cemento quirúrgico con objeto de formar un coágulo firme y denso. Falta evidenciar que muestre que la adición de ácido tánico disminuiría el tiempo requerido para la cicatrización o, al menos, que en este tiempo no quedara aumentado.

El cloruro de cinc en una solución al 8 por 100 cauteriza el tejido de granulación. No se ha presentado evidencia que justifique este uso.

El sulfato de cobre es cáustico y astringente y en forma de pasta se sella frecuentemente en las bolsas paradentólicas, a fin de conseguir su eliminación. Este empleo del sulfato de cobre es irracional, pues aumenta el espacio existente entre los tejidos duros y las estructuras blandas.

Los compuestos de hierro utilizados como estípticos incluyen la solución de subsulfato férrico y la tintura de cloruro férrico.

Las pequeñas hemorragias procedentes de la mucosa oral o de alvéolos no requieren el empleo de estípticos. Para controlar estas hemorragias es suficiente la remoción de los coágulos sanguíneos pobremente organizados, el desbridamiento y presión sobre el sitio de la hemorragia. Puede ser de valor la utilización de una gasa empapada en una solución de adrenalina. Las hemorragias graves o en lugares inaccesibles a la presión requieren la presencia de hemostáticos o atar los vasos sanguíneos para su control.

Los antiguos estípticos están siendo reemplazados por preparaciones, tales como la trombina tópica, espuma de fibrina y esponja de gelatina absorbible.

Los cáusticos se emplean para desensibilizar la dentina, como ayuda en el tratamiento de bolsas periodontales, en quimiocirugía, y, por regla general, desaconsejablemente, como agentes antibacterianos.

Los ácidos hidrocórico, nítrico y sulfúrico sirven de ayuda en el ensanchamiento de los canales radiculares. Cuando estos agentes se utilizan en su interior existe el peligro de lesionar o destruir el tejido periapical normal. Por lo tanto, su uso debe limitarse a aquellos casos en que es imposible ensanchar los canales mecánicamente o en que se proyecta hacer legrado periapical o apicectomía.

Las molestias ocasionadas a la dentina hipersensible pueden aliviarse con la aplicación local de nitrato de plata amoniacal, solución U. S. P. de formaldehído, paraformaldehído, etc.

También se ha utilizado para este objeto una pasta consistente, en partes iguales, de fluoruro sódico, caolina y glicerina; pero sus propiedades y limitaciones no son adecuadamente comprendidas, y la posibilidad de que pueda lesionar la pulpa dentaria es suficientemente grande para garantizar la sugestión de que se use en muy raras ocasiones.

Cuando fracasan los métodos designados para conservar el tejido gingival, puede estar indicada la eliminación quirúrgica de las bolsas.

El tejido puede extirparse por la aplicación tópica de cáusticos, tales como el hidróxido sódico o potásico. La principal desventaja de la quimiocirugía es la falta de control. Es imposible determinar con exactitud la cantidad de tejido que destruirá, y puede lesionarse una zona extensa, a menos que se tome un cuidado extremo.

Los cáusticos y astringentes se emplean a veces como agentes antibacterianos en el tratamiento de condiciones gingivales agudas. El ácido crómico se ha usado extensamente para este objeto. Su acción es puramente destructiva, destruyendo las bacterias en unión del tejido que la contiene. Uno de los fines principales de un buen tratamiento es la preservación del contorno normal de la encía. La destrucción de estos tejidos por el ácido crómico u otros cáusticos produce espacios difíciles de conservar limpios, lo que predispone a una recurrencia de la infección. Su efecto solvente sobre el esmalte y el cemento es una contraindicación más para su empleo.

Los agentes oxidantes se han empleado en el tratamiento de estomatitis úlcero-membranosas necrosante, con objeto de crear nivel alto en oxí-

ni por el mismo, por un tumor cuya existencia hubiese desconocido anteriormente.

Su propósito no es poner en oposición dos métodos que representan dos técnicas igualmente eficaces en el tratamiento de las neuralgias faciales esenciales, sino recordar el hecho de que un cierto número de enfermos no mejoran con la neurotomía. El porcentaje es poco elevado; parece que no pasa del 5 por 100. Aun haciendo la excepción de estos casos discutibles, la experiencia demuestra la ineficacia de la neurotomía retrograsseriana en ciertas manifestaciones dolorosas que afectan al territorio del trigémino, independientemente de toda etiología tumoral. El autor no establecería más que dos categorías de neuralgias en las cuales la individualidad nosológica no podría ser discutida; las neuralgias postzosterianas y las neuralgias faciales de la esclerosis en placas.

Por lo que se refiere a las primeras, se admite generalmente que la neurotomía retrograsseriana no alivia a los enfermos. Ya en 1925 había registrado los fracasos, tanto de la alcoholización troncular como de la neurotomía radicular. Inspirándose en consideraciones hechas por Cl. Vincent y en los caracteres clínicos de la neuralgia facial postzosteriana, había preconizado la infiltración del ganglio oftálmico; pero no ha obtenido con él más que una atenuación temporal de los fenómenos dolorosos, jamás su desaparición. Lo mismo sucedió con las diversas tentativas de infiltración del ganglio cervical superior del simpático.

Ahora bien, la neuralgia facial postzosteriana, considerada como espontáneamente curable en un plazo de doce a dieciocho meses (Gaudoin), persiste alguna vez durante más tiempo y representa para el enfermo una enfermedad temible. Le parece útil señalar que las neuralgias van generalmente acompañadas de secuelas tróficas; recuerda una enferma en la que se ha producido una mutilación del ala de la nariz y una cicatriz retráctil que tira del labio superior; sufre una neuralgia rebelde que no se ha aliviado con diversas infiltraciones. En un enfermo que sufría desde hacía cinco años una neuralgia facial postzosteriana, fué aplicado el procedimiento descrito por Sjökwist bajo el nombre de tractotomía trigeminal, quedando de manifiesto el interés de la tractotomía bulboespinal en las neuralgias faciales que no regresan por la neurotomía radicular. A decir verdad, la tractotomía de Sjökwist, desde el punto de vista fisiológico, no da resultados superiores a la sección de la raíz; del mismo modo que ésta afecta a la neurona sensitiva periférica. El ataque de la neurona central exigiría la sección heterolateral e intraprotuberancial del fascículo quinto-talámico bastante por delante y por dentro de los núcleos aparentes del trigémino.

La neuralgia facial asociada a la esclerosis en placas se considera rebelde a la neurotomía radicular, pero aunque el alivio no sea definitivo, la desaparición de los dolores durante varios años merece ser tenida en cuenta y justificaría el empleo de una intervención desprovista de gravedad. En casos se ha obtenido por alcoholización asociada a

la radioterapia, mejorías prolongadas, que han sido renovadas durante varios años (siete a ocho años).

Esta observación es interesante por diversas causas. Demuestra, primeramente, que si la neurotomía radicular no cura la neuralgia facial de la esclerosis en placa, ésta es, no obstante, susceptible de aliviarla de manera duradera. Enseña que, después de una neurotomía correcta que asegure hasta cierto límite la persistencia de la anestesia corneal, los fenómenos dolorosos son susceptibles de reaparecer; Leriche ha señalado hechos de este género. Además, la alcoholización troncular ha procurado al enfermo un alivio equivalente al que proporciona este método en el tratamiento de la neuralgia facial esencial. Resalta que este resultado se consiguió a pesar de la neurotomía anteriormente practicada.

En fin, la tractotomía bulboespinal lleva a estos enfermos al menos un alivio temporal; el resultado en el caso de nuestro enfermo databa solamente de seis meses. Ahora bien; nosotros habíamos ya recordado que esta intervención no tiene más valor que el de una sección que afecta a la neurona sensitiva periférica, lo mismo que la radicotomía. Por último, estos diversos resultados terapéuticos enseñan que los dolores faciales de la esclerosis en placas son susceptibles de beneficiarse de los diversos procedimientos ensayados en el tratamiento de la neuralgia facial. La intervención es sencilla, benigna, poco traumatizante. *González Cañeque.* (per *Bibl. Méd. Int.*, 3776.)

N NEURALGIA FACIAL

Dos observaciones de tractotomía bulboespinal como tratamiento de la neuralgia facial, por el DR. P. WERTEIMER.—“La Presse Médicale”. número 1, enero de 1945 [616.833].

El valor terapéutico de la neurotomía retrogasseriana en las neuralgias primitivas del trigémino está en la actualidad suficientemente demostrada. Sus resultados son satisfactorios en la mayor parte de las indicaciones; produce, a cambio de una intervención desprovista de peligro operatorio, una curación eficaz y duradera. La experiencia personal del autor está en este punto en perfecto acuerdo con la opinión de todos los cirujanos que se han interesado por esta cuestión. Tiene todas sus preferencias por la neurotomía por vía temporal, procedimiento sencillo, exento de peligros, aplicable a personas de todas las edades y a todos los individuos que no presentan ni contraindicaciones ni complicaciones especiales. Reconoce que no asegura siempre el poder salvaguardar la raíz motora, pero el perjuicio originado por esta mutilación es mínimo, fuera de los casos raros de neuralgia bilateral. Admite igualmente que una neuralgia facial de apariencia esencial puede ser sintomática de un pequeño tumor desconocido de la región pontocerebrosa, que hará aparecer, como afecta a la vía posterior; cree posible este error, pero excepcional; afirma que ninguno de sus enfermos tratados de neuralgia facial por vía temporal ha sido reoperado posteriormente,