

Sesión del 24 de Noviembre de 1934

Preside el Prof. A. Fossati

ORDEN DEL DIA

Presentación de enfermos:

***Infección dentaria. Osteítis del maxilar con secuestro.
Absceso profundo de la cara con invasión temporal.***

Por el doctor E. LAMAS POUEY

Historia clínica. — A. F., uruguayo, 46 años, casado. Profesión: industrial.

Lo vemos en consulta con el Prof. Lussich el 27 de Junio de 1934 y nos refiere que a raíz de extracciones dentarias debidas a piorrea alveolar, el enfermo presenta accidentes infecciosos que motivan mi intervención.

Como antecedente de interés el Prof. Lussich nos señala que el enfermo tuvo hace cinco meses una ictericia catarral con fenómenos de insuficiencia hepática manifiesta.

Al examen el enfermo presenta una tumefacción dolorosa de la mejilla izquierda, invadiendo la fosa temporal. La región maseterina se presenta fluctuante, la palpación de la cara externa del maxilar inferior es dolorosa en extremo. Ligero trismus, la exploración endobucal nos permite ver que al alvéolo correspondiente al molar del juicio inferior, lado izquierdo, da salida a una pequeña cantidad de pus sanioso, mal oliente; gran tumefacción de la mucosa adyacente a esa zona alveolar. Piso de la boca libre. Temperatura 38°; facies vultuoso. Estado general bueno.

Con anestesia del nervio dentario en la espina de Spix e infiltración local (novocaína al 1/2 %), practicamos una incisión en la cara vestibular a la altura del alvéolo infectado invadiendo el surco labio-gingival. Se obtiene un drenaje satisfactorio, se le practican varias curaciones diarias con una cánula metálica curva que permite llegar fácilmente a la cavidad del absceso, se lava con líquido Carrel y agua oxigenada. Sale pus y tejido esfacelado. La tumefacción de la fosa temporal se hace crepitante, la presión a ese nivel acelera la salida de pus por la incisión con ruido gaseoso. Se repite esa maniobra cada dos horas. Se hace vacuna anti-piógena, 1/2, 1 y 2 c.c. a 48 horas de intervalo.

El drenaje que es eficaz, se obstruye frecuentemente por la gran eliminación de tejido esfacelado que hace tapón. Esas interrupciones en el drenaje, aún en los breves intervalos que separan las curaciones provocan aumento de tumefacción, dolor y fiebre. Se extraen con pinzas esos fragmentos esfacelados y esa liberación es seguida de una debacle de pus. Dilatamos con la cánula y con pinzas el conducto de drenaje para evitar esas interrupciones. Cinco días después (Julio 2), y en vista de esa dificultad de drenaje, practico con anestesia local una pequeña incisión en la

fosa temporal, por la que saco pus viscoso e hilachas de tejido esfacelado con aspecto aponeurótico; esto provoca un aumento del drenaje endobucal, que predomina sobre la incisión temporal, por lo que decidimos dejarla cerrar.

Julio 7. — El enfermo sigue en el mismo estado, apirético, drena pus con los mismos caracteres. Como se nos insiste en su poliuria, se practica un examen de orina, que demuestra la presencia de glucosa a la dosis de 63 grs. por litro con una ciuresis de 5 litros aproximadamente. La glicemia es de 2 grs. 24. No hay acetona. Bajo las indicaciones del Prof. Lussich hacemos un tratamiento insulínico.

Julio 23. — Nuevamente se interrumpe el drenaje con un tapón que no logramos extraer por la incisión endobucal. Una radiografía nos demuestra una osteítis del maxilar con secuestro correspondiente al límite entre rama montante y borde alveolar. Ha aumentado la fiebre, facies intoxicado.

Decidimos internarlo en el Sanatorio donde con anestesia del nervio dentario e infiltración local ampliamos la incisión endobucal sin poder restablecer el drenaje en punto eficaz. Otra incisión más anterior no nos permite llegar por dentro al foco que está rodeado de tejidos sumamente edemáticos. En vista de ello hacemos una incisión exterior por el borde anterior de la región maseterina, la que nos conduce al foco que da salida a pus muy fétido y a enormes cantidades de tejido esfacelado. Esa extracción hace que el drenaje endobucal dé nuevamente salida a pus muy abundante. Exploramos por ahí el hueso, tocamos una superficie rugosa, no tocamos el secuestro que debe haber salido con esos trozos de esfacelo, como lo demuestra la radiografía ulterior.

Colocamos un pequeño tubo de drenaje por el que hacemos instilaciones, dos veces diarias con neosalvarsán en solución glicerinada a 1/2 centgr. por c.c. El enfermo se desintoxica rápidamente, va a la apirexia en 72 horas. La glicosuria se reduce hasta desaparecer en pocos días. Glicemia normal. Desaparece la acetona, de la que habían aparecido por primera vez indicios con motivo del último obstáculo en el drenaje endobucal.

Destacamos de este caso:

La gravedad particular que adquirió por tratarse de un diabético ignorado. La dificultad de obtener un drenaje endobucal suficiente y eficaz, por los caracteres especiales del pus conteniendo masas esfaceladas de volumen mayor que una nuez.

La acción extraordinariamente favorable de las instilaciones de neosalvarsán en solución glicerinada, que transformaron por completo las manifestaciones sépticas del foco, evidenciándose en los caracteres de la secreción; eliminación en 48 horas de las placas negruzcas que cubrían la lengua desde hacía más de 30 días, desaparición de la fetidez del aliento.

Longuet reúne en su tesis 43 observaciones de flegmones difusos y abscesos perimaxilares a extensión maxilar. Estudia del punto de vista anatómico los espacios perimaxilares por inyección de gelatina coloreada. Obtiene así la proeminencia de la región temporal, de la región submaxilar, infiltrando los espacios celulosos submúsculo-cutáneos con prolongamiento suborbitario y submaseterino.

Clínicamente veíamos en nuestro caso realizadas estas observaciones.

De las observaciones de Longuet se deduce la dificultad de establecer y de mantener el drenaje eficiente en este tipo de supuraciones para lo que preconiza la vía temporal, la vía retro-ángulo maxilar, endobucal supravestibular.

Para la incisión de la fosa temporal Longuet practica una incisión en escuadra a borde posterior vertical y cuya parte horizontal está a un centímetro por encima del zigoma, llegando en profundidad a seccionar horizontalmente el músculo temporal a ras de aquel repère óseo. Introduciendo por allí una pinza curva la conduce por dentro y por fuera del coroné hasta hacerla proeminar en la zona vestibular, donde establece la contra-abertura endobucal. La incisión retro-ángulo-maxilar la reserva para los casos de excepción.

Como podrán apreciar por el examen de nuestro enfermo, hemos obtenido el éxito con incisiones más reducidas y de no haber mediado las circunstancias sobre las que insistimos al hablar de las dificultades del drenaje, la incisión vestibular hubiese sido suficiente siempre que su alcance y su permeabilidad sean bien aprovechadas con drenos adecuados y curaciones asiduamente repetidas.

Luxación recidivante del hombro.

Por el Prof. A. FOSSATI

Historia clínica. — Vicente P., 21 años, soltero, uruguayo, sastre.

Antecedentes familiares sin importancia. Antecedentes personales, a los 7 años sarampión. A los 10 tífus. A los 11 tiene una caída sobre la rodilla izquierda, supuración, y todo hace creer que el proceso era extraarticular; cura completa.

Hace cinco años jugando al football su tobillo derecho quedó comprimido entre el suelo y pie de un contrario, contusión que curó en ocho días. Hace un año más o menos, al hacer un mal movimiento cayó sobre el brazo izquierdo extendido, consecuencia: luxación del hombro; llevado al Hospital de la localidad de San José, donde le fué reducida y permaneció allí cuatro días; regresó a su casa, se hizo masajes. Al cabo de ocho días de enfermedad volvió a emprender las tareas habituales; de su afección sólo conservó una pequeña molestia al hacer movimientos, como si los dos huesos se rozaran.

El 21 de Noviembre de 1930 volvió a luxarse el otro al descender de una escalera. Un mal paso lo obligó a agarrarse de la pared, todo su cuerpo se apoyó sobre el miembro y se produjo la luxación. En la Asistencia Pública le fué nuevamente reducido, al día siguiente ya hacía uso de su brazo.

Un mes después aproximadamente, volvió a luxarse: durmiendo la siesta con las manos en la nuca, se desperezó y se produjo fácilmente la luxación; vino a este Servicio con urgencia y le fué reducida, al día siguiente volvió a hacer uso de su brazo.

Finalmente, a los 20 días volvió a luxarse el brazo por cuarta vez al hacer un