

017.0405
367

Tromboflebitis del seno cavernoso y el tercer molar inferior izquierdo *

(Con 2 figuras)

por

E. Cirne Lima (Porto Alegre, Brasil)

(Recibido por la Redacción el 24-XI-42)

“A titre de rareté, l'infection dentaire étend ses ravages du côté du système veineux, entraînant une trombo-phlébite des sinus. Ces redoutables accidents sont signalés par le maxillaire supérieur et l'hémi-maxillaire inférieur gauche. Il n'y a pas d'observation concernant l'hémi-maxillaire inférieur droit”.

Charles Ruppe - Pathologie de la bouche. - 1931).

Son felizmente raros los casos de tromboflebitis del seno cavernoso, provenientes de una infección dentaria. El fenómeno puede ser explicado talvez por la rareza de determinadas condiciones muy particulares, capaces de ejercer una influencia profunda en este o aquel sector del sistema dentario, sea privándolo de una irrigación sanguínea suficientemente nutritiva, sea aumentando las posibles alteraciones humorales, histológicas, físico-químicas, particularidades muy especiales de vulnerabilidad vascular. Cualquier que sea la hipótesis, el asunto asume proporciones excepcionales no tanto por la poca frecuencia de la tromboflebitis de origen dentario como principalmente por el hecho de que nada se ha observado respecto a la mitad derecha del maxilar inferior. Trátase por lo tanto de perturbaciones patoló-

* Leído en la Sociedad de Biología de Concepción el 24 de Noviembre de 1942.

gicas unilaterales, y lo que es más importante, delimitadas exclusivamente al maxilar inferior. Esta localización electiva, ya por sí misma sorprendente está aún más restringida al tercer molar izquierdo por ser éste entre todos, el diente que una vez en erupción viciosa despierta más reacciones inflamatorias susceptibles por su gravedad de propagación por vía linfática, sanguínea o nerviosa. El tercer molar inferior izquierdo debe tener pues alguna característica peculiar, mediante la cual según el acuerdo unánime de los autores, él se distingue de todas las otras unidades dentarias.

El hecho que no se ha tentado todavía de decifrar el enigma es una clara prueba de las enormes dificultades que se ofrecen al trabajo del investigador. Al otro lado es igualmente posible que ninguno quiera formular hipótesis o presentar sugerencias temiendo de no poder darles fundamentos sólidos. A pesar de eso nada justifica el poco interés de los estudiosos por un problema tan serio y al mismo tiempo tan seductor. Tampoco siempre será posible justificar una idea, apoyar una opinión con elementos capaces para resguardarse de la crítica exigente y severa. Pero si no se tiene más que el propósito de estimular esfuerzos útiles destinados a la realización de estudios esclarecedores de dudas y de misterios en el vasto e inestable campo de las Ciencias Biológicas, todas las iniciativas deben ser juzgadas con indulgencia. Por pensar exactamente así nos atrevemos a hacer sobre el asunto algunos comentarios, sinceramente inspirados por el deseo de sugerir investigaciones.

Durante nuestros 35 años de actividad profesional nunca vimos un caso de tromboflebitis del seno cavernoso. Tuvimos entre tanto conocimiento de tres casos ocurridos en diferentes épocas, todos producidos por una infección dentaria con punto de partida al nivel del tercer molar inferior. No nos recordamos bien si el tercer molar en dos de los casos era del lado izquierdo. En cuanto al restante, sin embargo, guardamos vivos recuerdos de este detalle. Se trataba de un caballero altamente respetado en la Sociedad de Porto Alegre donde con la noticia de su fallecimiento fueron divulgados pormenores sobre la causa y la evolución del mal, del cual fué víctima. En relación con estos datos se explica la profunda atención con que hace días leímos de nuevo aquellas frases, ya comunicadas, de Charles Ruppe innegablemente más apropiadas para fomentar la comodidad de los que se contentan simplemente con lo que oyen o lo que leen que suscitar indagaciones.

Gabriel Adain con el magistral trabajo que publicó "Sur le Canal Mandibulaire et les Accidents de la Dent de Sagesse", conquistó sin la menor sombra de duda una posición sobresaliente entre los más autorizados analizadores de aquel problema complejo de Patología dentaria, contribuyendo al respectivo estudio patogenético con una teoría enteramente suya y brillantemente desarrollada. Vamos a dejarnos guiar de la amplia base en la cual está asentada la lógica de sus deducciones para tratar de saber en que consisten las diferencias del tercer molar inferior relativas a los otros dientes.

DESARROLLO DEL MAXILAR

“El desarrollo de la mandíbula es proporcional a el de los gérmenes dentarios. De éstos los relacionados con los molares se colocan sucesivamente detrás del borde alveolar en el espesor de la rama ascendente. Es claro que ellos no podrán aparecer en el borde alveolar sin que éste tenga adquirido en el sentido anterior suficientes dimensiones para alojarlos. A medida que se desarrolla el maxilar inferior, el surco alveolar cavado por su porción posterior en la rama ascendente pasa a constituir el borde superior del cuerpo óseo. Entonces, de acuerdo con la edad del individuo los molares pasan sucesivamente de la cara interna del ramo ascendente al borde superior de la porción horizontal” (Dieulafé et Herpin). Entre tanto, “cada uno de los segmentos de la mandíbula — el segmento dentario y el segmento esquelético — parecen desarrollarse en ausencia de influencias recíprocas, esto es, el desarrollo de uno no influye sobre el del otro.

Ni siquiera siempre hay proporción entre el ancho de la rama ascendente y la extensión del arco alveolar; a un maxilar con fuerte musculatura y con rama ascendente muy desarrollada puede corresponder un arco alveolar relativamente pequeño o viceversa. Ahora, como el aumento de la rama ascendente en ancho es función directa del desarrollo de los masticadores, parece que las leyes que presiden al desarrollo en extensión del arco alveolar son independientes de la acción de aquellos músculos. El segmento esquelético de la mandíbula disminuye notablemente en proporción del progreso de la evolución filogenética. El segmento dentario disminuye menos y cuando el arco alveolar es pequeño, en relación con el resto del maxilar (negros, neocaledonianos), el molar del juicio queda separado de la rama ascendente por un espacio de tamaño variable, constituyendo el espacio retromolar. Cuando por lo contrario el arco alveolar es grande, en relación con el resto de la mandíbula (europea), el molar del juicio es obligado a ocultarse detrás de la rama ascendente y el espacio retromolar es representado por una cifra negativa”. (Madelaine Pelletier).

SOBRE UN TERCER CANAL MANDIBULAR EN EL NIÑO

En una comunicación a la Academia de Ciencias de París presentada por Edmond Perrier en Octubre de 1906, el Prof. R. Robinson, dice lo siguiente: “Al lado de los dos canales dentarios — transitorio y permanente — que recorren el maxilar inferior del feto humano, canales que Rambaud y Renault describieron admirablemente, existe otro que hasta ahora ha pasado desapercibido y que puede denominarse tercer canal dentario. Este conducto comienza detrás del último molar, en la región de

la cisura postmolar, según la expresión de **Pelletier**, por un pequeño orificio ovalado que orientado de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera se abre en el canal dentario permanente, a nivel de la espina de **Spix**. Yo lo encontré siempre en maxilares de niños, por mí examinados en el Laboratorio de mi maestro **Riefel**, Jefe de trabajos anatómicos. A partir pues de los ocho años de edad, el tercer canal parece atrofiarse y deja solamente como rastro de su existencia una depresión más o menos acentuada que corresponde al orificio de salida. Esta depresión ha sido vista por varios anátomos, entre los cuales el Prof. **Graf Spee**, que la considera como un alvéolo rudimentario. No concuerdo con este modo de ver, porque, como dice **Ledouble** no hay alvéolo preexistente, el diente es que produce el alvéolo. Ahora en las piezas por mí examinadas no había señales de germen dentario. El tercer canal dentario es un canal vascular que contiene un pequeño fascículo de vasos dentarios inferiores. Ligado al desarrollo de la mandíbula, el se forma a cuesta de la falta de unión entre el borde superior de la espina de **Spix** y el borde interno del apófisis coronóide. ¿Porqué este canal existe en el niño y desaparece en el adulto? En el recién nacido la rama ascendente del maxilar es muy reducida y el canal dentario comienza en la base del cóndilo y recorre todo el hueso. La apófisis coronóide tiene ya una arteria nutritiva bien nítida. A medida que la mandíbula se desarrolla, el canal dentario se aleja del cóndilo, quedando la base de la rama ascendente a cierta distancia de la entrada del canal. La arteria dentaria da origen a tantos ramos, cuantos corresponden a las raíces de los dientes correspondientes. El surco postmolar queda así sin ningún vaso sanguíneo que comprometería la nutrición del segmento basal de la rama ascendente, cuyo desarrollo es bastante tardío. En los casos en que este desarrollo se haría con un poco más intensidad, los pequeños vasos nutritivos que recibe, serían insuficientes. Existe pues la necesidad de una circulación más activa. Sin la menor duda, justamente para corresponder a esa necesidad se forma el tercer canal dentario. Luego después que la mandíbula se aproxima a su completo desarrollo, el tercer canal poco a poco se oblitera dejando como vestigio solamente una depresión a la cual ya me referí y la cual encontré en igual forma en el cinocefalo, en el chimpancé negro, en la girafa, en el elefante, etc. La atresia del tercer canal no tiene nada de extraordinario, pues, como sabemos, el canal permanente con la edad también se estrecha y se oblitera". **Henle** dice igualmente "que la arteria y la vena dentaria inferior se dividen en tantos ramos cuantas raíces dentarias existen y que en el lactante se encuentra en el segmento más retrocedente del cuerpo del maxilar un orificio de canal".

"Es natural por lo tanto — continúa **Gabriel Adain** — que se admita la existencia del canal mandibular fuera de los dos otros canales dentarios. Existe de veras un canal que se llama transitorio y que es contemporáneo a la germinación de los incisivos y además otro que se llama permanente, pues desde el noveno mes después del nacimiento substituye al primero y así permanece definitivamente.

Es por lo tanto lógico de concluir que una tercera dentición, un tercer estado de la misma función debe hacer necesario un tercer canal. Pero nosotros mismos hemos visto que este canal es también transitorio y parece dirigir el desarrollo de la región post-molar hasta haber pasado los ocho años. Ahora en esta edad los molares del juicio están ya esbozados después de su evolución iniciada y es por eso talvez que el canal se obstruye y desaparece. Sin embargo, si la obliteración de este pequeño canal es una regla que casi siempre se verifica, no es menos exacto que frecuentemente el canal mandibular persiste en el adulto como lo demuestra por ejemplo el dibujo aquí reproducido que representa un maxilar de 23 años" (fig. 1).

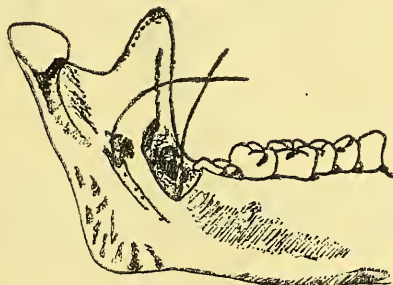


FIG. 1.

CONTENIDO DEL CANAL MANDIBULAR

El canal mandibular contiene la vena y la arteria mandibular y pequeños ramos nerviosos, los cuales se anastomosan con el contenido del canal dentario inferior. Ligando de un lado la arteria dentaria inferior y del otro la respectiva vena, **Gabriel Adain** por intermedio de una jeringa de Pravaz pudo ver como el líquido inyectado refluyó por el orificio de los vasos mandibulares. Este pequeño sistema arteriovenoso comunica únicamente con la arteria y vena dentaria inferior.

Reproduciendo, con permiso, el esquema del sistema venoso que se encuentra en la "Pathologie de la Bouche" de **Charles Ruppe** no hay necesidad de agregar algo para señalar la intimidad de relaciones vasculares entre la vena dentaria inferior y el seno cavernoso (fig. 2).



FIG. 2.

1. Seno cavernoso.—2. Vena oftálmica superior.—3. Vena oftálmica inferior.—4. Vena facial.—5. Vena jugular interna.—6. Vena de Trolard.—7. Plexo pterigoideo.—8. Venas dentarias inferiores.—9. Vena jugular externa.—10. Vena facial profunda de Walter.—11. Vena ptérgo-orbitaria de Sébileau.

INTERPRETACION

Fundamentando su teoría con relación a los accidentes de los molares del juicio Gabriel Adain pone en relieve la sistematización de los disturbios patológicos y concluye que tal sistematización sólo puede ser hecha por vía venosa por que el sistema linfático no se extiende a todas las regiones generalmente afligidas por el proceso infeccioso. Desde entonces, suponiendo que sea el mecanismo de transporte endógeno de gérmenes, tenemos que considerar al molar del juicio incluído, en vía de erupción como un cuerpo irritante. Hay aquí un punto de gran demanda, un punto traumatizado, además disminución de la resistencia ósea y exiguidad de espacio. Además tenemos que pensar en el axioma de Lannelongue: “La zona de los procesos fisiológicos es la misma de los procesos patológicos”.

En ese punto, fisiológicamente irritado hay elementos y detalles anatómicos que permiten considerar al molar del juicio entre todos los demás como la que puede determinar las más graves y raras complicaciones mórbidas, a veces mortales.

El espacio que separa el diente de la base de la apófisis coronoide está constituido por tejido alveolar de mallas amplias. En el borde de este espacio se abre el canal mandibular con su vena. En ningún otro punto del arco dentario se encuentra una disposición anatómica semejante. Basados pues en todos estos factores anátomo-fisiológicos podemos concluir que los gérmenes sean conducidos al ángulo del maxilar por la corriente sanguínea. En este punto, considerado como zona de menor resistencia ellos se fijan. Con tales conocimientos es fácil explicar el mecanismo patogénico de los desórdenes patológicos que provienen ya del diente incluído, ya tienen por causa un tercer molar sano y hace mucho tiempo erupcionado”.

En total el tercer molar inferior es el único que posee un canal y un sistema vascular particular. El irrita, en el trabajo fisiológico de su erupción, los tejidos que lo envuelven y hace de la región en que se le localiza una verdadera zona de demanda, en relación con las infecciones de vecindad. Por su parte, la infección que se forma en torno de él puede ser punto de partida de complicaciones patológicas que se irradian a través del sistema venoso de la maxilar interna. Hacemos responsable de todas estas notables particularidades inherentes al tercer molar inferior, en confirmación de Reclus y de Madelaine Pelletier, según los cuales los disturbios patológicos son más frecuentes en la izquierda en el maxilar inferior a razón del menor desarrollo óseo en este lado.

Recapitulando podemos pues admitir que la tromboflebitis del seno cavernoso cuando es de causa dentaria con punto de partida en la mandíbula es con más frecuencia originada a nivel del tercer molar inferior izquierdo por las siguientes razones:

a) El maxilar inferior siendo menor en el lado izquierdo que en el derecho dificulta, si no imposibilita la erupción normal del tercer molar, especialmente en los casos en que la falta de espacio es agravada por el tamaño exagerado del diente.

b) Cuando se verifica tal desproporción, el tercer molar toma la función de un cuerpo irritante, produciendo un auténtico traumatismo fisiológico. Este traumatismo debilita la resistencia ósea y por compresión la de las paredes vasculares.

c) Existe siempre en el niño hasta los ocho años un tercer canal dentario — R. Robinson lo llama canal mandibular — que, muy cerca de su punto de origen se comunica con el canal dentario inferior. Su contenido es constituido por una arteria, una vena y un fascículo nervioso.

d) El canal mandibular que generalmente desaparece después de la formación del folículo del tercer molar, persiste en algunos casos en el adulto.

e) La sistematización de los desórdenes patológicos se deduce de la sistematización de las vías de acceso. La vena maxilar inferior debe ser la puerta de entrada de los gérmenes infectantes en el punto fisiológicamente irritado por el diente que se desarrolla en un espacio muy reducido.

f) En los casos en que la infección se instala al nivel del tercer molar ya erupcionado es de suponer que la persistencia de

lesiones antiguas, causadas por el traumatismo fisiológico, ejercido durante varios años, haya transformado las paredes vasculares en más vulnerables, facilitando por lo tanto la invasión microbiana. A eso contribuirían sin duda como por lo demás en cualquier otra hipótesis etiológica las condiciones del terreno.

g) Como el canal mandibular desaparece generalmente y como los casos de tromboflebitis del seno cavernoso son raros, puede admitirse la hipótesis de que tales casos estarían en relación estrecha y talvez aún dependiente de la persistencia del canal en referencia.

h) Invasión de la vena mandibular, la infección, conforme con el esquema de **Charles Ruppe**, atraviesa la vena dentaria inferior, llega al plexo pterigoideo y transpasada la vena de Trolard llega finalmente al seno cavernoso.

No tenemos la pretensión de sostener que el problema con lo poco que contribuimos esté ya definitivamente solucionado, pero ante el deseo de estudiarlo y la situación desagradable de solamente comentar, intra muros, los misterios de su etiología, sería imperdonable de que hubiese vacilación.
