

Mohc 1372/7

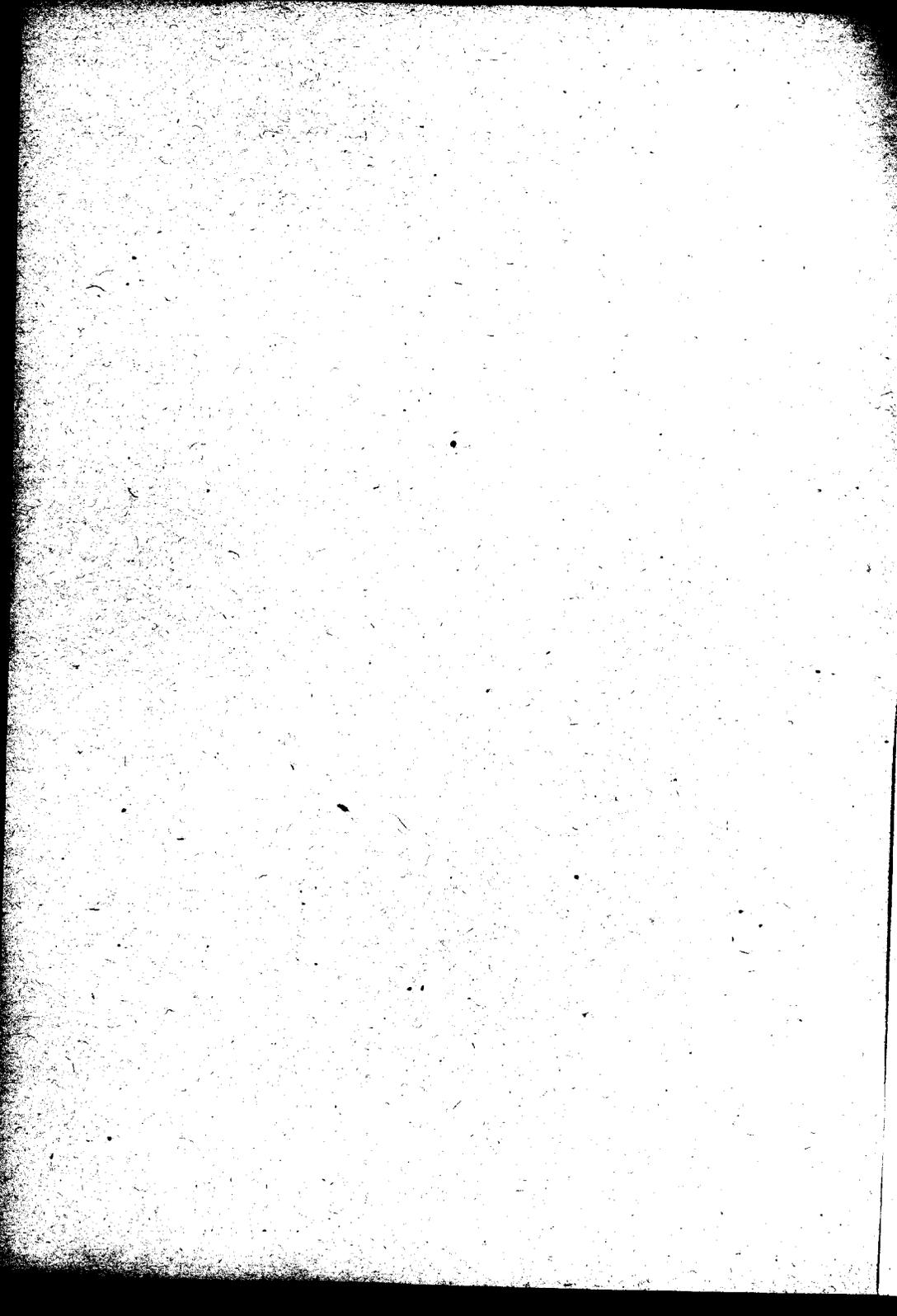
Dott. MARIO PEIRONE

SULLE COMPLICANZE AD ESITO LETALE DELLE AFFEZIONI PARADENTARIE

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA,"



1942-XX
NUOVE GRAFICHE S. A. - ROMA
VIA ADDA 129-A



CLINICA ODONTOIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
DIRETTA DAL SEN. PROF. AMEDEO PERNA

SULLE COMPLICANZE AD ESITO LETALE DELLE AFFEZIONI PARADENTARIE

Dott. MARIO PEJRONE

La letteratura stomatologica degli ultimi anni ha presentato molti casi di decessi da infezioni di origine dentaria, specialmente prima della scoperta dei sulfamidici. Tal numero di casi è sempre inferiore alla realtà perchè probabilmente non si aveva il coraggio di divulgare l'esito letale: il chirurgo o l'odontoiatra preferivano nascondere l'evento sia per non compromettere il proprio nome e sia per non spingere i familiari del defunto ad azioni medico-legali; intanto lo stesso pubblico non sapeva persuadersi che per la malattia di un dente si potesse perdere la vita.

Le possibili complicanze mortali da infezioni paradentarie, come ha per primo messo in evidenza il prof. DE VECCHIS, o comunque associate a malattie dentarie, erano già conosciute al genio del nostro MORGAGNI, il quale nell'epistola VII al paragrafo 40 del suo monumentale « *De sedibus et causis morborum per anatonem indagatis* » tratta di un individuo di quarant'anni, ricoverato in ospedale per grave « reuma delle fauci » e morto tra il terzo e quarto giorno e dell'autopsia che mise in evidenza una pericardite ed una pleurite. In questo caso l'immortale maestro che cercava di mettere sempre in rapporto i referti anatomo-patologici con la patogenesi e la possibile etiologia del morbo, sofferma la sua attenzione sul sistema dentario che era difettoso e grandemente carioso. Nell'epistola IV al paragr. 26 MORGAGNI descrive anche un altro caso, nel quale la morte fu dovuta ad un flemmone in corrispondenza del terzo molare « moltissimo viziato » e nel quale il trisma persistette anche al tavolo anatomico e fu potuto vincere soltanto con grande forza.

La letteratura recente più importante si inizia nel 1914 con un lavoro di EULER su alcuni casi di morte da infezioni dentarie in individui di varia età nei quali il più giovane aveva quattordici anni ed il più vecchio 74 anni.

PICHLER nel 1925 raccolse sette casi mortali di origine odontogena.

WASSMUND nelle sue numerose pubblicazioni sulla diffusione delle infezioni dentali piogene riporta una serie di casi gravissimi guariti o non guariti e descrive accuratamente tutte le possibilità tipiche dell'esito letale.

DIXON nel 1929 descrisse un esito letale in un uomo di 40 anni che, 24 ore dopo il raschiamento degli alveoli del primo e del secondo molare inferiori sinistri, presentò trombosi settica del seno cavernoso e sintomatologia meningea.

SCHAEFER nel 1930 pubblicò quattro casi di decessi per trombosi del seno cavernoso e mise in evidenza le vie infettive attraverso le vene facciali ed oftalmiche.

POLLIA nel 1935 raccolse dei casi dei quali quattro portarono a meningite, il quinto ad enfisema polmonare e il sesto morto di angina pectoris, avvenuta immediatamente dopo l'estrazione.

La casistica più ricca su questo argomento fu riferita dal MOSZAR, direttore della Clinica Stomatologica dell'Università di Budapest.

I 24 casi mortali raccolti dal MOSZAR furono curati e sorvegliati in clinica e per 22 di essi si procedette all'autopsia.

Siccome questi casi si assomigliano fra di loro, riferiamo quelli che sembrano i più tipici.

N. 1. - Uomo di 35 anni. Periostite con inizio dal primo molare superiore sinistro. Autopsia eseguita il 6 giugno 1922. Ascesso icoroso sottolinguale con flemmone superficiale e profondo del collo; mediastinite antero-posteriore; pleurite purulenta bilaterale ed incipiente peritonite.

N. 2. - Donna di 23 anni. Periostite del primo molare inferiore destro. Autopsia eseguita il 28 dicembre 1922. Flemmone del collo; mediastinite purulenta; tromboflebite in ambo i seni cavernosi, infiltrazione flemmonosa a carico del tessuto cellulare dell'orbita destra con esoftalmo; meningite purulenta.

N. 5. - Uomo di 35 anni. Osteoperiostite del terzo molare inferiore destro. Autopsia eseguita il 29 novembre 1927. Flemmone sottomandibolare, del palato molle, del faringe e del laringe. Edema della glottide; broncopneumite dei lobi inferiori; pleurite fibrinosa.

N. 7. - Uomo di 43 anni. Periostite del terzo molare inferiore sinistro. Autopsia eseguita il 29 febbraio 1928. Flemmone della regione sottomandibolare e del collo; flemmone della regione temporale e della regione retrofaringea sinistra; empiema del seno etmoidale; broncopneumite lobare inferiore.

N. 10. - Donna di 29 anni. Periostite del secondo molare inferiore destro. Autopsia eseguita il 29 agosto 1929. Flemmone sottomascellare; mediastinite anteroposteriore icorosa; pleurite fibrinosa.

N. 12. - Donna di 23 anni in stato interessante. Periostite a carico del terzo molare inferiore sinistro. Autopsia eseguita il 24 agosto 1930. Flemmone primandibolare e della regione temporo-laterale sinistra; trombo e periflebite suppurativa della giugulare superficiale sinistra; ascessi metastatici numerosi a carico della regione del giugolo e di ambo i lobi polmonari; endometrite icorosa; aborto verosimilmente da metastasi.

N. 14. - Uomo di 38 anni. Periostite del secondo e terzo molare inferiori sinistri. Autopsia eseguita il 2 settembre 1930. Flemmone del lato sinistro del collo; edema acuto della glottide.

N. 16. - Donna di 25 anni. Periostite del terzo molare inferiore destro. Autopsia eseguita il 16 novembre 1928. Periostite purulenta della mandibola; mediastinite flemmonosa.

N. 19. - Uomo di 30 anni. Periostite del terzo molare inferiore sinistro. Autopsia eseguita il 19 luglio 1930. Periostite flemmonosa; flemmone icoroso peri- e retro-mandibolare sinistro; tromboflebite dei seni cavernosi, sigmoidei e trasversari; meningite flemmonosa sinistra; ascesso del lobo cerebrale occipitale sinistro.

N. 20. - Uomo di 26 anni. Periostite del primo molare inferiore sinistro. Autopsia eseguita il 5 giugno 1931. Broncopolmonite con suppurazione dei lobi inferiori e caverne gangrenose; tubercolosi disseminata del lobo superiore del polmone sinistro e del lobo medio ed inferiore del polmone destro.

N. 21. - Donna di 26 anni. Periostite del terzo molare inferiore sinistro. Autopsia eseguita il 13 settembre 1930. Flemmone peritromandibolare ascendente alla base del cranio; meningite basilare purulenta.

N. 22. - Donna di 19 anni. Periostite del terzo molare superiore destro. Autopsia eseguita il 13 agosto 1931. Sinusite mascellare purulenta e meningite basilare purulenta destra.

Tutti i casi sovraccitati dimostrano che le complicanze più comuni sono: mediastinite, tromboflebiti, broncopolmoniti, encefaliti, meningiti, flemmoni, ascessi nei reni, nella milza, nei polmoni, nell'utero. TRAUNER nel 1941 ha trattato ampiamente questo argomento e riferisce alcune storie cliniche che sono molto istruttive e che vale riassumere.

Paziente F. A., anni 39. Anamnesi: la paziente è stata sempre bene. Trattamento radicale del [1] divenuto periostitico dopo applicazione di canfora-fenolo. Dal 16 gennaio 1935 forti dolori e tumefazione; 17 gennaio 1935 estrazione del [1] in anestesia con cloruro d'etile; 19 gennaio nuova incisione al [3]; notevole tumefazione di tutto il viso, più accentuata a sinistra che a destra. Infiltrazione dal pavimento della bocca con sensazione dolorifica al tatto. I denti [2] [3] mobili. Tumefazione nella piega di rivestimento anche a destra.

23 gennaio: incisione nella piega di rivestimento dal [4] al [4] circa, poi leggera trapanazione del l'osso mediante il piccolo trapano di Rosen; fuoriesce pus; nuova trapanazione nella zona dei premolari a sinistra — con nuova secrezione purulenta — la stessa cura a destra.

24 gennaio: edema sottotemporale a sinistra.

25 gennaio: senso di dolore alla pressione dell'occhio, ascendente verso l'alto e verso il basso, con

centro nella zona dell'articolazione mascellare; nessuna fluttuazione. Trisma mascellare acuto.

Operazione: prolungamento dell'incisione boccale a sinistra lungo la branca ascendente con apertura di una cavità asessuale che arriva fino all'articolazione. Produzione per mezzo del trapano di nuovi fori da cui fuoriescono singole gocce di pus.

26 gennaio: Referto interno: vecchio difetto della valvola mitrale, forte sospetto di nuove recidive endocarditiche. Lesioni al miocardio.

Referto degli occhi: Vene della retina molto distanti; grande irrequietezza della paziente.

27 gennaio: a destra protrusione del bulbo, la paziente è senza coscienza. Obito.

Epicrisi: grave osteomielite di tutta la mandibola trapanata, flemmone ascendente, trombosi del seno cavernoso, ascesso polmonare.

Referto all'autopsia: La superficie della dura, nella zona della fossa craniana centrale, presenta degli strati fibrino-purulenti. Il seno petroso inferiore ripieno di pus denso, anche alterati tanto il seno cavernoso che intercavernoso del polmone sinistro, ascesso della grossezza di un nocciolo di una ciliegia, ed altri più piccoli. In tutti i lobi del polmone destro ascessi della grossezza di una piccola ciliegia. Il tessuto connettivo nel fondo della bocca è leggermente edematoso, ma non presenta infiltrazioni purulente. Degenerazione parenchimatosa dei visceri.

2. - Paziente R. F., anni 33. Anamnesi: frequenti infiammazioni della gola, del resto ha goduto sempre ottima salute.

21 novembre: Dolori improvvisi nella emimandibola sinistra. Il giorno seguente il paziente si recò da un dentista tecnico che lo curò con pennellature di caustici e di jodio. Dato che i dolori non si erano calmati, egli andò nuovamente il 23 novembre dal tecnico, che gli trapanò il [7], che aveva una corona d'oro.

Il 24 novembre le parti molli della guancia nella zona del dente malato cominciarono a tumefarsi.

Il 25 novembre al mattino la tumefazione era rilevante e tutta la guancia destra era tesa.

Incisione eseguita da un medico dentista e estrazione del [7]. Incisione ed estrazione, secondo quanto dice il paziente eseguite in anestesia.

28 novembre: Il dentista incide un ascesso nella zona del dente estratto.

29 novembre: Un chirurgo credette che si trattasse di un ascesso che si sarebbe aperto dopo pochi giorni. Vennero ordinati al paziente dei frequenti lavaggi.

La temperatura nei giorni seguenti salì oltre 39 con forti brividi ed enormi sudate.

Solo l'11 dicembre il paziente fu visitato da un chirurgo specialista.

Stato presente: Paziente di corporatura media e di muscolatura normale. Polso un poco debole, accelerato. Stato chirurgico: la guancia destra è edematosa, Tumefazione nel distretto della guancia destra, che arriva fin sotto il mento. La tumefazione al di sotto del mento è notevolmente fluttuante. Alla pressione nella zona del mento, fuoriesce pus dall'alveolo dei [7], [5] e [4] fortunatamente mobili.

12 dicembre: Incisione dall'esterno, sotto il mento. Dall'articolazione fuoriesce pus fetido fiucnte. All'angolo viene praticata una controincisione dall'esterno.

23 dicembre: La roentgenografia rivela una notevole distruzione dei contorni normali della mandibola destra, nella sua parte distale come pure nella branca ascendente.

14 dicembre: Incisione temporale. All'angolo destro dell'occhio viene fatta una controincisione.

Si pratica un drenaggio della incisione temporale dietro l'arcata zigomatica, che finisce sotto la mandibola. Un secondo drenaggio nell'incisione temporale verso l'angolo mediale dell'occhio.

Referto interno: Polmone: alla percussione e alle ascoltazioni nessun referto patologico. Battiti del cuore molto frequenti.

16 dicembre: La guancia presenta all'altezza del lobo dell'orecchio una tumefazione notevolmente fluttuante; apertura della stessa.

17 dicembre: Fuoriesce abbondante pus; asportazione di alcuni frammenti necrotici del muscolo temporale. Temperature: settiche co-tanti.

18 dicembre: Polmonite. Batteri: nessun streptococco emolizzante. Tachicardia. Polso debole. Quadro settico: Polmonite lobulare bilaterale; a sinistra pleurite più pronunciata che a destra. Leggeri sintomi di meningite.

19 dicembre: Emiplegia. Immobilità della nuca. Ascesso nei lobi frontali.

20 dicembre: All'esame del liquor, dubbio di un ascesso cerebrale, encefalite. Morte.

Alla autopsia: La diploe della squama temporale destra presenta colore verdastro; raccolta di pus alle superfici esterne della dura, al polo frontale ed all'altezza del vertice craniano. Il seno perfettamente libero nelle due cavità, piccola quantità di essudato fibrinoso-purulento. Vena giugolare destra: all'altezza dell'angolo mandibolare spostamento del lume della vena, trombo. Fossa pterigo-palatina destra riempita di pus. Articolazione mascellare destra necrotica. Tutto l'osso mandibolare fino alla linea mediana necrotico.

Epicrisi: Flemmone ascendente icoroso con passaggio diretto alle meningi.

Batteri: Streptococchi non emolizzanti. Dall'anamnesi si ha l'impressione che il trattamento operativo sia stato ritardato. I brividi già qualche giorno dopo l'inizio della malattia indicano enterocole venosa.

Paziente A. A., anni 25. Anamnesi: è sempre stato sano. Da circa 6 mesi accusa dolori al 6°. Essendo il dolore sempre più intenso da 15 giorni, si fece estrarre il dente il 7 giugno. Insorse all'improvviso nella zona mascellare un dolore sordo, martellante; il giorno seguente notevole edema, alla sera dolore facciale.

14 giugno: ricovero in clinica odontoiatrica. Stato locale. Nella zona del mascellare destro superiore, leggera tumefazione. Nella zona temporale edema che presenta notevole fluttuazione. Internamente: notevole sensibilità della branca ascendente destra. Il palato molle edematoso e protruso. Forte trisma mascellare.

14 giugno: Bagno di luce.

15 giugno: Punture dell'ascesso temporale.

19 giugno: Incisione che si estende dal II molare superiore nella piega di rivestimento all'indietro, proseguendo verso la mandibola. Pus. Controincisioni davanti all'orecchio e alla fessura della fascia temporale. Stafilococchi. Vaccino Polivalente.

26 giugno: Incisione intraorale nella zona del II molare; grande quantità di pus.

27 giugno: Condizioni generali leggermente migliorate.

30 giugno: Brividi.

1° luglio: Reperto cardiaco-polmonare completamente normale. Iniezioni intravenose di urotropina; rigidità della nuca; fenomeno di Kernig.

2 luglio: Puntura lombare. Liquor molto intorbidato. Meningite purulenta. Iniezione intradurale di vaccino polivalente di 5 milioni di stafilococchi.

5 luglio: Attacco convulsivo. Diagnosi: ascesso nella circunvoluzione centrale.

5 luglio: Operazione: taglio in corrispondenza della circunvoluzione centrale anteriore. Apertura di un ascesso cerebrale. Scolo più largo per il pus.

11 luglio: Nessun sintomo di meningite.

12 luglio: Paziente senza febbre.

14 luglio: Prolasso cerebrale.

15 luglio: Gravi sintomi di meningite.

16 luglio: Esito letale.

Reperto autopsico: nello spazio subdurale focolo purulento nel fondo della fossa craniana centrale destra, fori a bordi irregolari nella base del cranio, contenente sequestro osseo. Cavità necrotica ripiena di pus sotto l'arco zigomatico. Tessuto cerebrale necrotico. Nei polmoni: focolo pulmonitico da ingorgo. Leptomeningite purulenta diffusa grave.

Epicrisi: Flemmone temporale che parte dal mascellare superiore a sviluppo lento. Prolasso diretto nel cervello con formazione di sequestro nella fossa craniana centrale. Ascesso cerebrale. Questo fu aperto debitamente tuttavia 10 giorni dopo si ebbe meningite diffusa.

Al termine di queste brevi storie cliniche, scelte fra una considerevole mole di letteratura, possiamo formulare vari quesiti: potevano tutti questi casi essere sottratti alla morte, se si fosse tempestivamente sanata la bocca con otturazioni di carie iniziali o con estrazioni a tempo dei molari in cattiva eruzione? Dobbiamo rispondere positivamente poichè non un terzo della patologia di queste affezioni proviene da mancata bonifica del cavo orale, ma l'intera unità. Potevano, una volta conclamata l'affezione setticemica generale, alcuni di questi casi essere con cure più adatte strappati alla morte? Probabilmente sì, ricorrendo alla immunoterapia, alla sulfaminoterapia e non limitandosi ai soli interventi chirurgici.

Non è a dire infatti che tutti i flemmoni e le setticemie di origine dentaria siano ad esito letale. GRANDI in Italia ha descritto nel 1924 quattro casi di flemmone e due nel 1937 ad esito fausto.

Oggi, a dire il vero, con la sulfaminoterapia, i sieri ed i vaccini, la mortalità per tali affezioni è notevolmente diminuita e recentemente ABBATE ha riferito alla Società Medico-Chirurgica di Catania due casi di osteomielite acutissima del mascellare, guariti con la sieroterapia. I due casi erano di straordinaria virulenza e con tendenza rapidamente invasiva nella regione retrobulbare. L'Abbate nello studio di tali casi ne ricorda un altro occorso al suo maestro, il Citelli, in cui malgrado una intensa cura di sulfamidici per sei giorni, assolutamente vana, si riuscì a dominare l'affezione ed a salvare l'infermo con la sieroterapia. Risulta dunque che, in simili

affezioni, anche la immunoterapia debba essere maggiormente valorizzata.

Perchè nei casi del TUNNER non si è ricorso, dato che sono capitati lo scorso anno, all'uso dei sulfamidici per via endomuscolare, o dei vaccini o dei sieri?

E' un dovere imperioso nelle setticemie di origine dentaria ospedalizzare gli infermi, esaminarli clinicamente in tutti gli organi principali, vagliare la loro resistenza, intervenire chirurgicamente in modo opportuno e ricorrere anche alle terapie mediche più adatte. Soltanto così si possono strappare alla morte centinaia di vite umane.

Attualmente una nuova organizzazione si impone nel nostro paese, analogamente a quanto si è fatto già all'estero: la creazione dei reparti odontoiatrici negli ospedali civili, perchè le setticemie, le piemie e le setticopiemie di origine orale, le malattie da foci e tutte le affezioni acute chirurgiche e mediche del cavo orale trovino le sedi opportune per il loro trattamento, che è così vario, complesso e difficile, da richiedere la cooperazione amorevole e costante di internisti, chirurghi e specialisti contemporaneamente.

RIASSUNTO

L'A., dopo aver riferito dalla letteratura molti casi di morte per infezioni di origine dentaria, conclude che gli infermi debbono essere subito ospedalizzati perchè la cooperazione di odontoiatri, chirurghi ed internisti possa esplicare un'opera proficua al fine di salvare quante più vite umane è possibile.

BIBLIOGRAFIA

- ADDON W., HOENIG H.: *Chirurgie der Mundhöle*. «Die Fortschritte der Zahnheilkunde». Vol. II, 1926.
- DE VECCHIS B.: *Sulla terapia protosilica delle affezioni setticemiche di origine orale*. «Progressi di Terapia», 1942.
- DORRANGE: *Oral Surgical Clinics*. «The Dental Cosmos», vol. LXXI, 1928.
- KANTOROWICZ: «Klin. Zahnheilkunde», Meusser, Berlino, 1929.
- MARSHALL: *Injuries and surgical diseases of the face, mouth and jaws*. «The S. S. W. D. C.», 1921.
- PERRA: *Trattato pratico di odontoiatria*. Napoli, Alberto Morano Editore, 1939.
- PORT EULER: «Lehrbuch der Zahnheilkunde». München - Verlag von J. F. Bergmann - Wiesbaden, 1920.
- TRACNER: *Eingriffe bei den Odontietgien*. «Wien. Klin. Wochenschrift», 27 dicembre 1940.
- WASSMUND: *Lehrbuch der praktischen Chirurgie des Mundes und der Kiefer*. Meusser, Lipsia, 1935, vol. I.
- VERDONI: *Patologia Generale*. Tipo-Litografia Romolo Piova, Roma, 1942.

347247

