

TREBALLS REPRODUÏTS

Malaltia de Paget (Osteïtis deformant) i els seus efectes sobre els ossos maxil·lars i llurs dents

Per Lewis Fox D. D. S., South Norwalk, Conn., EE. UU.

The Journal of the American Dental Association, octubre de 1933.

Els llibres de text i les revistes d'Odontologia actuals no fan esment pràctic, i alguns no en fan absolutament gens, de l'osteïtis deformant, tot i caldre'n l'estudi per tal de conèixer els canvis d'estructura que provoca en els teixits amb els quals nosaltres ens trobem en íntima associació i que, degut a la professió que hem escollit, tenim la missió de vigilar.

Josephine P. Hunt, Bibliotecària de l'Associació Odontològica Americana (American Dental Association), en una comunicació personal informa: "Gairebé no hi ha res sobre el tema d'osteïtis deformant en relació amb l'Odontologia".

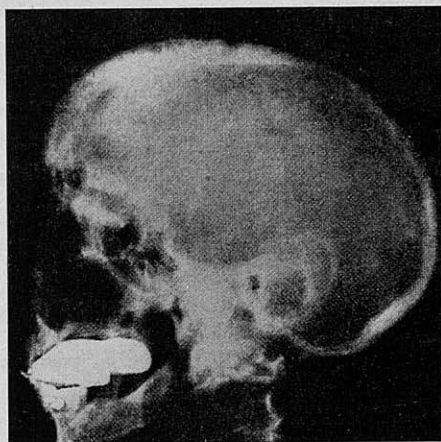
La raó d'aquesta parencera deficiència en les pàgines dels nostres principals llibres i revistes sembla, fins avui, haver estat la raresa de la malaltia i el no descobrir-ne signes bucal. Entre 20.000 pacients de medicina, examinats en el Johns Hopkins Hospital, hom va trobar només dos casos d'osteïtis deformant, malgrat d'haver-n'hi uns 500 de registrats en la literatura mèdica des que James Paget va descriure'n acuradament el primer en 1876. Els canvis estructurals que es presenten en els maxil·lars superiors i en llurs dents com a resultat de l'atac de l'osteïtis, haurien de constituir motiu suficient per incloure aquesta malaltia en la nostra literatura i en els llibres d'estudi.

L'osteïtis deformant és una malaltia crònica de l'esquelet, que, generalment, no presenta símptomes en el seu descabdellament, i que comença entre les edats de 45 i 50 anys. Els homes hi són més susceptibles que les dones. No hi ha dubte que té una tendència hereditària i els percentatges d'herència en diferents sèries van de 7 a 29 per cent dels casos examinats.

ETIOLOGIA

Des del temps de Paget, hom ha proposat nombroses teories sobre la causa de la malaltia; tanmateix l'aplicació pràctica i la prova científica d'aquestes teories no han satisfet les autoritats mèdiques sobre els factors precisos que l'ocasionen. Hom hi ha proposat la gota, el reumatisme, la sífilis, la infecció bacteriana, trauma, caquèxia, desordres de les glàndules endocrines i dels nervis tròfics, i l'arterioesclerosi.

Figura 1. Crani que presenta un notable engruïment de tipus hiperostòsic més marcat en la regió frontal i en el vèrtex. El perfil de les corticals i el díploe es troben borrosos en ambdues regions. Tot el crani presenta un aspecte general llanós. L'os occipital baixa fins a l'axis i a l'atlas. No hi ha part del crani que no en resulti atacada. La paret craniana, engruïda, sembla porosa. La fossa pituària més gran del normal. La regió mastoïdea, clara, i no sembla gaire atacada per la malaltia.



La retenció de calci, magnesi i fòsfor i una pèrdua de sofre en casos d'osteïtis deformant, registrats per alguns investigadors, hi indiquen la possibilitat d'un trastorn seriós del metabolisme d'alguns elements inorgànics del cos. Rabinowitch (1) es permet de suposar que la malaltia de Paget pertany a les anomenades malalties del metabolisme més aviat que als trastorns infecciosos.

PATOLOGIA

El procés ve generalment confinat al crani i als ossos llargs, encara que poden resultar-ne atacats, i fins amb grans estralls, tots els ossos.

Ataca sempre el crani, i la coberta craniana en resulta enormement engruïda i augmentada, de manera que el pacient d'osteïtis deformant es veu obligat a canviar de capell amb gran freqüència. Durant

el curs de la malaltia, les alteracions de l'estructura òssia de les barres semblen limitar-se als maxil·lars superiors i a llurs peces dentàries, encara que Seldin n'ha fet conèixer novellament un cas que atacava la regió anterior de la barra inferior (2). Les alteracions hi són bilaterals. Salman (3) cita un cas de malaltia de Paget que interessa els maxil·lars superiors, en el qual el principal trastorn consisteix en un augment de volum general i bilateral d'aquests ossos. La mandíbula inferior era normal en aquest cas. El trastorn ossi en l'osteïtis deformant consisteix en una rarefacció extensa (malàcia) i formació d'os nou (ossificació); aquesta última té essencialment per origen teixit connectiu. Patològicament el progrés de la malaltia sembla dividir-se en els estadis de fibrosi, degeneració, formació de quist i reossificació. En els últims estadis de la malaltia la distinció i la diferenciació entre el teixit ossi compacte i diploic es perd, i el moll ossi es troba ocupat per teixit fibroosteòide calcificat. Degut al procés de reabsorció i de substitució fibroosteòide, quan la malaltia arriba al seu *fastigium* els ossos s'estoven i consecutivament s'arquegen. Generalment tots els ossos que en resulten atacats ofereixen un engruiximent general.

SÍMPTOMES

Els símptomes de la malaltia de Paget es relacionen principalment amb les deformitats, i com a tals són generalment objectius. En casos de duració i d'evolució llargues, el quadre n'és molt singular. Hi ha un augment de volum del crani i una inclinació del cap en sentit anterior, amb el mentó gairebé descansant damunt del pit. La columna vertebral s'hi blinca notablement cap endavant, i les cames i els braços s'hi presenten arquejats. Com a resultat de les deformitats hi ha una notable reducció de l'estatura, que arriba de vegades a 15 cms. No és infreqüent diagnosticar un cas de malaltia de Paget a base de la deformitat general exterior, sense símptomes concomitants, i arran d'això, en recórrer a l'examen radiogràfic hom hi troba una extensa alteració dels ossos. Els símptomes subjectius poden ésser-ne molts i variats; els que hom n'esmenta més sovint són la fatiga, debilitat general, símptomes cardiovasculars, visió i audició atacades, i dolor. Hi són freqüents les fractures consecutives a un lleuger trauma i que regularment guareixen sense dificultat. Hi són rares les fractures espontànies.

L'osteïtis fibrosa quística o malaltia de Recklinghausen, que s'assembla molt a l'osteïtis deformant, és regularment una malaltia de la joventut. El procés patològic en ambdues malalties és fonamentalment similar, especialment en llurs primers estadis. Von Recklinghausen (4) ha classificat la malaltia de Paget com una osteofalàcia i l'osteïtis fibrosa com una simple malàcia metaplàstica.



Figura 2. La pelvis i el fèmur del costat dret presenten típiques zones quístiques amb hiperostosi. El coll del fèmur, contret, i hom hi pot veure una producció moderada de coxa vara. Els ossos de les últimes vèrtebres lumbar són eixamplats, i hom hi pot veure el mateix procés patològic característic, descrit a la pelvis. L'extrem inferior del fèmur en el còndil presenta una producció moderada d'osteïtis fibrosa o hiperporosi.

En l'osteïtis deformant el procés patològic en els ossos consisteix en un estovament produït per la reabsorció i substitució de teixit fibro-osteòide, amb la deformitat que en resulta. El teixit fibro-osteòide es calcifica i l'os nou produeix els trastorns hiperostòtics amb esclerosi i eburniació.

A l'osteïtis fibrosa quística el teixit fibro-osteòide degenera parcialment per comptes de calcificar-se, com a la malaltia de Paget, i en resulta la formació quística associada amb aquesta forma de malàcia. El fenomen estrany associat amb ambdues condicions, és que en molts casos els ossos llargs poden presentar les alteracions característiques de la malaltia de Recklinghausen, mentre els ossos cranials poden tenir l'aspecte característic de l'osteïtis deformant. Locke (5) diu, parlant

de l'osteïtis fibrosa quística: "els ossos llargs se'n troben atacats la majoria de les vegades, però en forma generalitzada poden resultar-ne atacats tots o qualsevol os, exceptuant-ne els del crani. No és sempre possible establir una distinció clínica marcada i clara entre aquests dos tipus de malàcia.

PRONÒSTIC

Els atacats d'osteïtis reformant gaudeixen d'una bona salut general, i n'hi ha una majoria que viu fins a edat avançada. Rara vegada l'osteïtis produeix la mort directament. L'engruiximent del crani i la invasió òssia de la cavitat craniana, pot donar lloc a cefalàlgia, símptomes de pressió o trastorns mentals.

DADES RADIOGRÀFIQUES

Grosso modo hom hi veu un procés combinat de rarefacció i d'ossificació. L'arquitectura òssia normal hi és completament alterada, i hom hi veu el teixit ossi plumiforme o esponjós, amb una organització defectuosa. Sovint hom hi troba zones d'os dens i ocasionalment hi ha petits quistos. L'aspecte radiogràfic del crani d'aquests casos és generalment patognomònic. La notable asimetria, augment de volum i deformitats generals en són molt característiques. Les parets cranials s'hi presenten engruixides i esponjoses i la massa entre les corticals té una mena d'aspecte de llana.

Actualment els raigs X proporcionen l'únic mitjà de descobrir la malaltia en els seus primers estadis, i com més hom els empri, més hom veurà que aquesta malaltia, comparativament rara, és avui en dia un dels trastorns més corrents dels ossos.

TRACTAMENT

Actualment no coneixem cap tractament específic o completament eficaç contra l'osteïtis deformant. Hi està indicat un tractament simptomàtic, tal com l'analgèsia i la contrairritació per alleujar-ne el dolor. Hom deuria provar-hi l'opoteràpia paratiroidea, tiroidea, d'hormona d'escorça suprarenal i també el calci. Investigar, en tots els casos d'aquesta malaltia, els focus infecciosos i extirpar-los. Poden ésser-hi útils els tònic.

RADIOODÒNCIA

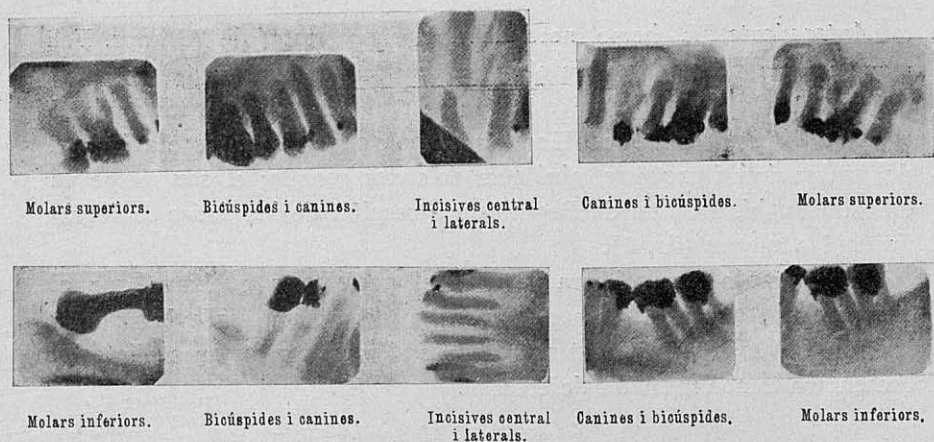


Figura 3. Radiografies intrabucals que permeten de veure la degeneració quística de l'apex, dels maxil·lars superiors i de llurs dents. Hom pot veure-hi rarefacció i ossificació. Els apex de les dents presenten tumuracions nuoses (exòstosis) i esclerosi. El maxil·lar inferior i les seves dents són normals, exceptuant-ne l'atac periapical de la tercera molar inferior esquerra.

RADIOODÒNCIA

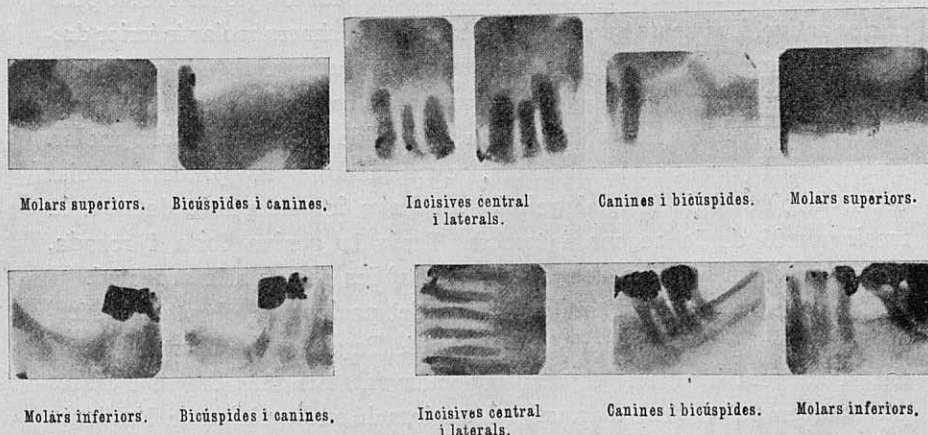


Figura 4. Radiografies intrabucals obtingudes dos anys després d'extreure'n d'ambdós costats les dents superiors distals envers les canines. L'os nou presenta encara signes de rarefacció i d'ossificació. Els maxil·lars superiors apareixen boirosos i porosos, amb signes de condensació escampats. Hom no hi veu trabècules normals. El maxil·lar inferior i les seves dents són normals, exceptuant-ne l'àrea radiolúcida en l'apex de la segona bicúspide inferior.

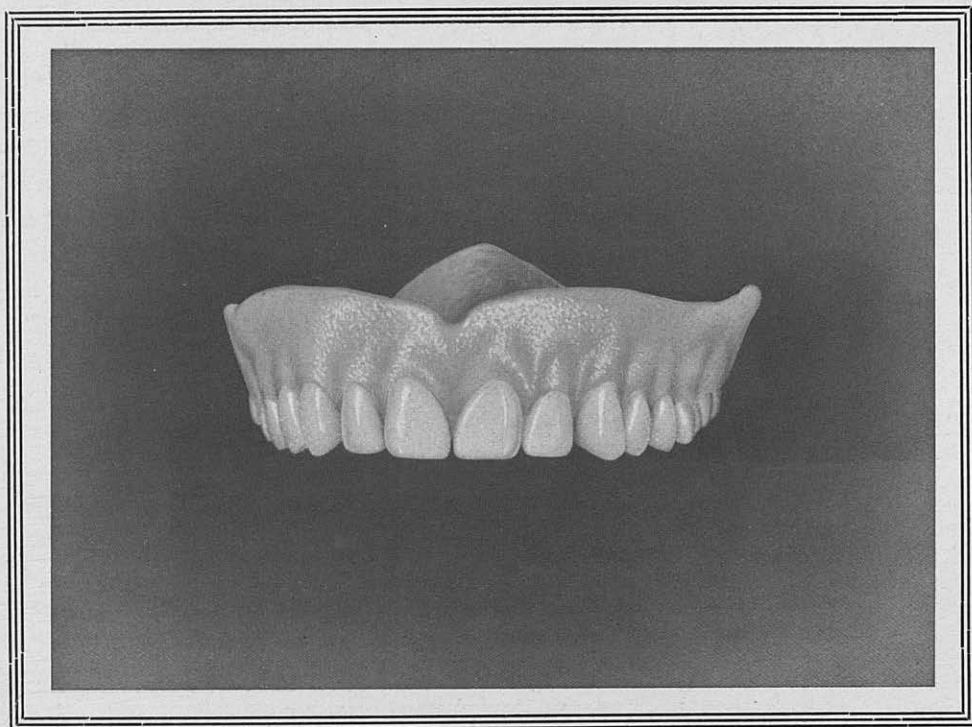
HISTÒRIA CLÍNICA

Antecedents. H., home, nord-americà, exprofessor, de 73 anys. Fou examinat per primera vegada el gener de 1930. Durant un temps havia notat un augment del crani que requeria un canvi en el tamany del capell a diferents períodes. Hom va obtenir-ne radiografies cranianes i del maluc dret i esquerre, així com dels dos genolls; el seu metge va diagnosticar-hi, malaltia de Paget com a resultat de les dades radiogràfiques i clíniques (fig. 1).

En visitar-lo per primera vegada, el pacient es queixava que el seu caràcter, que abans era més aviat plasant, havia esdevingut molt irritable i s'havia vist obligat a suspendre el treball per manca d'interès. Presentava també memòria defectuosa.

Examen.—Per tal de veure si les condicions bucals del cas a base d'una infecció focal podien tenir alguna relació amb l'osteïtis, hom va examinar-lo des del punt d'albir odontològic. La boca del pacient es trobava en perfecte estat d'higidesa, tenint-ne en compte l'edat. L'arcada superior presentava un notable augment bilateral completament desproporcionat en els terços mig i inferior de la cara. Les dents n'havien estat acuradament tractades; hom hi podia apreciar restauracions odontològiques i molt poca càries activa. Les dents que li mancaven eren la primera molar inferior dreta i la primera i segona molars inferiors esquerres. Aquestes últimes havien estat reemplaçades per un pont, amb corones funda d'or com a pilars, que recolzaven en la segona bicúspide i en la tercera molar. Tenia totes les dents superiors, exceptuant-ne la primera molar dreta, la pèrdua de la qual gairebé resultava imperceptible degut a la mesiogressió de la segona i tercera. Tenia la geniva forta i rosada, encara que hom hi veïés lleugers canvis atròfics deguts a la senectud.

L'examen acurat de l'estatura física del pacient, revelava la conformació general associada amb la malaltia de Paget, ço és, el crani gegantí i la lleugera inclinació espinal cap endavant. Els seus braços i cames presentaven poc o gens d'arqueig. L'exploració radiogràfica de les dents pel mètode intrabucal, va donar com a resultat les següents dades: Gairebé tots els àpex de les dents superiors presentaven degeneració quística amb rarefacció. Les arrels de totes aquestes dents presentaven tumoracions nuoses i irregularitats, que posaven de manifest la condició d'exòstosi i d'esclerosi d'aquestes arrels. El teixit ossi de l'arcada superior d'as-



«RESOVIN»

**El millor material conegut per a dentadures
Es un producte de la casa S. S. WHITE**

Aparell d'una peça	Ptes. 30
D'una a set, augmenta la peça. "	7
De set en endavant, (preu de peça completa).	" 75
Aparells montats damunt base de metall 10 % descompte	

LLENA I GARRIGA :: PROTÈSICS

PLAÇA DELS ÀNGELS, 4, 3.^{er} - TEL. 17487 - BARCELONA



LABORATORI DE PRÒTESI LLENA I GARRIGA

TOTA MENA DE
TREBALLS:

EN

OR, CAUXÚ, PLATÍ

ORS ESPECIALS,

ACERS

INOXIDABLES

I **“RESOVIN”**

PLAÇA DELS ÀNGELS, 4, 3.^{ER}

TELÈFON 17487

BARCELONA

pecte plumiforme i esponjós; la mandíbula inferior normal, exceptuant-ne el trastorn periodòntic indicat, de la tercera molar esquerra. Les dents i barres inferiors no presentaven cap dels efectes que hom podia veure en l'arcada superior (fig. 3).

L'examen i informe fet per Charles W. Perkins M. D., a base de les radiografies d'aquest cap, foren:

L'examen radiogràfic del crani demostrà un engruiximent notable de tipus hiperostòsic més marcat en la regió frontal i en la regió del vèrtex del crani. El perfil de les corticals i del díploe es troba perdut en el vèrtex i en l'os frontal. L'aspecte general de tot el crani és llanós. L'os occipital baixa fins a l'axis i a l'atlas. No hi ha part del crani que no en resulti atacada. La paret craniana del pacient, engruixida, sembla porosa; té una fossa pituitària més gran del normal. Presenta la regió mastoïdea clara i sense signes d'ésser-ne molt atacada (fig. 1).

L'examen de la pelvis, comprenent-hi els ossos ilíacs en tota llur extensió, el sacre i la part superior del fèmur d'ambdós costats, presenta zones característicament quístiques amb hiperostosi. Els colls dels fèmurs es troben contrets i també hi ha una propensió moderada a la coxa vara. Els cossos de les darreres vèrtebres lumbar són eixamplats, i hom hi troba el mateix procés patològic característic descrit a la pelvis. Els extrems inferiors d'ambdós fèmurs en els còndils mostra una propensió moderada d'osteïtis fibrosa o hiperporosi (fig. 2).

No sembla que la malaltia li hagi atacat la tibia ni el peroné.

Totes les dades precedents fan pensar en l'existència de l'osteïtis deformant o malaltia de Paget. La condició dels ossos, en aquest cas, fa pensar molt en la malaltia de Recklinghausen. Els principals factors de l'examen inclinen més a favor de la malaltia de Paget.

Tractament.—Hom va procedir-hi en conseqüència, extraient-ne les dents superiors dretes i esqueres distals envers les canines, que van ésser substituïdes per una dentadura parcial. També li va ésser extreta la tercera molar inferior esquerra, i aixecat el pont.

Curs.—Aproximadament dos anys més tard, el pacient, que havia estat a l'estranger, va tornar per l'examen odontològic habitual. L'examen radiodòncic hi va demostrar un tipus peculiar de regeneració òssia en les zones on hom havia practicat extraccions. Hom hi podia veure àrees de rarefacció i d'ossificació. La pel·lícula maxil·lar superior semblava presentar un teixit nebulós i *querioideu* (6) en zones

de condensació escampades. L'os no presentava trabècules normals. La barra inferior, com abans, tampoc no tenia anomalies. Hi havia una zona radiolúcida a l'àpex de la segona bicúspide inferior (fig. 4).

RESUM

De les dades radiogràfiques i clíniques d'aquest cas, sembla que hom pot precisar que existeix una relació positiva entre l'osteïtis deformant i les estructures dels maxil·lars superiors i de llurs dents que es troben molt atacades per la malaltia.

(1) RABINOWITCH, I. M.—*Estudis metabòlics en cas d'Osteïtis deformant*, J. Nutrition 5:325. (Juliol) 1932.

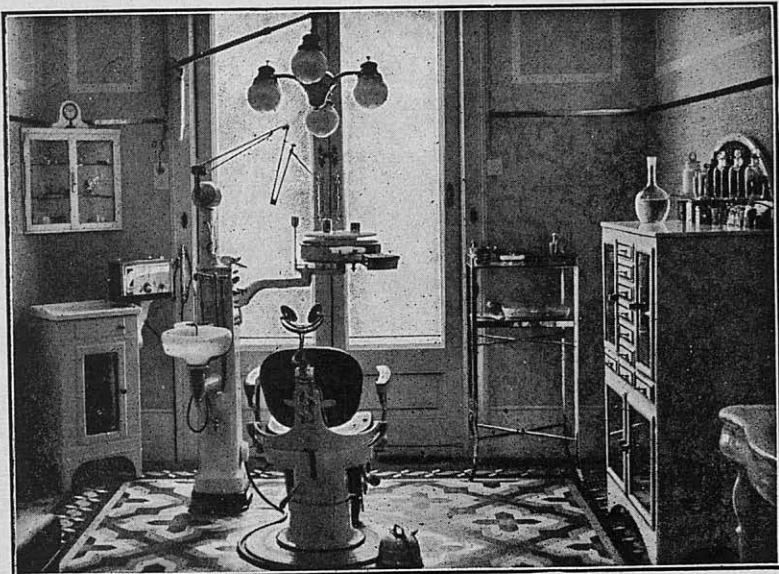
(2) SELDIN, N. A.—*D. Cosmos*, 75: 691-692. (Juliol), 1933.

(3) SALMAN, I. WING.—*D. Cosmos*, 72:137-140. (Febrer), 1930.

(4) HIRSCH, I. S., *Osteïtis Fibrosa General*. J. Radiol., 12:44-72 (juny), 505-516 (Juliol), 1929.

(5) LOCKE, E. S., en CECIL, R. L.—*Tractat de Medicina*, Filadèlfia: W. B. Saunders Co. 1930.

(6) En anglès *honeycombed*, de *honeycomb*, bresca. *Querioideu*, d'aspecte de bresca (de κερτίον *bresca* i εἶδος *forma*). (Nota del T.)



CLÍNIQUES MODERNES

DIPÒSIT DENTAL

HUMBERT SERRA I FARGAS

Especialitat en articles per a Clínica Odontològica i Laboratori Odontotècnic. Escollides marques. - Mobiliari clínic (de ferro) esmaltat, construït als tallers de la casa. Hom en pot fer a gust del client. Renovació de sillons, mobles, etc. - Existències del nou equip Rathbone de la The Dental Manufacturing Co., de Londres.

Xuclà, 25. - Telèfon 18133. - Barcelona

Adreça telegràfica: Serra Xuclà 25

PER LES SEVES PROPIETATS

Astringents
Antiséptiques
Hemostàtiques
i Calmants :

l'antiséptic dental Donner

EST L'AUXILIAR DE L'ODONTOLEG