

REAL ACADEMIA DE MEDICINA
DE ZARAGOZA

C O N F E R E N C I A S
Y
C O M U N I C A C I O N E S

(CURSO 1978)



Vol. XXXII

ZARAGOZA, 1979

SESION CIENTIFICA DEL DIA 23 DE NOVIEMBRE DE 1978

Presidente: Excmo. Sr. D. Ricardo Horno Liria

Le acompañaban en la mesa presidencial los Ilmos. Sres. D. Joaquín Aznar García, Vicepresidente de la Corporación, y D. Fernando Zubiri Vidal, Secretario General Perpetuo de la misma.

Asisten los Sres. *Académicos Numerarios*, Dres. Teixeira Gracianeta, Orensanz Gutiérrez, Samitier Azparrén, González González y Sánchez Franco.

Por la presidencia se concedió la palabra al Académico Numerario Dr. D. Fernando Orensanz para que hiciese la presentación del conferenciante, quien hizo un elogio del mismo, diciendo, entre otras cosas, que él había visto en el Dr. Hernández a un gran trabajador, con constante espíritu de superación y con gran vocación asistencial, científica y universitaria, basándose en hechos tan claros y concretos como pueden ser los siguientes: El haber desarrollado e impulsado la cirugía maxilofacial en Aragón, habiendo conseguido centralizar gran parte de la patología de su especialidad. Superar constantemente dificultades de diverso tipo, gracias a su carácter y voluntad de acción. En el aspecto científico cabe destacar, aparte de sus trabajos originales, sobre tratamiento quirúrgico del prognatismo por vía intraoral y sus técnicas de disección radical de cuello y la difusión de la ortopantomografía, entre otras; su Tesis Doctoral, realizada en el Departamento de Anatomía del Profesor Escolar, obteniendo la calificación de Sobresaliente Cum Laude, y que fue leída en la Facultad de Medicina de este Distrito Universitario; en la actualidad sigue trabajando en ese mismo Departamento, sobre temas de investigación en embriología de la región maxilofacial. También, y dentro de la labor científica y universitaria que desarrolla, cabe destacar su presencia en el Departamento de Patología Quirúrgica del Profesor Dr. D. Manuel González, donde colabora en Seminarios, Sesiones clínicas e incluso dictando lecciones sobre temas de su especialidad a los alumnos de Medicina. Su espíritu investigador no sólo se extiende al la-

boratorio sino a su quehacer clínicoquirúrgico habitual, colaborando con otras especialidades que él sabe hacer afines a la suya, despertando inquietudes científicas en cuantas personas trabajan junto a él. Sé de su deseo, de conseguir que la cirugía maxilofacial sea una continuación actualizada de la que aprendió de sus maestros, los Dres. Sada y Castillo e incluso de su amigo el Dr. Sierra.

Seguidamente el Dr. Hernández Altemir expuso su conferencia titulada

MANIFESTACIONES CERVICALES DE LA PATOLOGIA MAXILOFACIAL

POR EL

DR. D. FRANCISCO HERNÁNDEZ ALTE MIR

ACADÉMICO CORRESPONDIENTE

SIN duda, la región cervical es una de las zonas más influenciadas por la variada patología oral y maxilofacial, hasta tal punto que es prácticamente imposible referirse a la patología de esta región sin hacer referencia al cuello y a sus diferentes estructuras, linfáticas, ganglionares, vasculares, viscerales, etc.

Es la clínica, la fisiopatología y la anatomía patológica principalmente, junto a la frecuente necesidad del empleo de la vía cervical con fines quirúrgicos, excercéticos y reconstructivos, la que de una u otra forma condicionan nuestro interés obligado por el cuello. Para otro momento dejaremos el estudio de las manifestaciones craneales de la patología oral y maxilofacial, sin duda tema también de gran interés, y al igual que en el caso del cuello, no sólo por los aspectos clínicos, fisiológicos y anatomopatológicos, sino porque la vía craneal forma parte de un gran número de afecciones que requieren para su correcto tratamiento la vía craneal, como así ocurre en el tratamiento de fracturas del tercio medio de la cara (por la estrecha relación anatómica entre la base del cráneo —fosa anterior principalmente— con el macizo maxilar): en afecciones tumorales de la región orbitaria, maxilar y nasotmoidal y por ser la vía craneal paso obligado frecuentemente para el tratamiento de afecciones malformativas craneomaxilofaciales de diverso tipo.

Hoy sólo nos vamos a referir a algunos aspectos generales de las manifestaciones cervicales de la patología oral y maxilofacial, sin duda empresa

extraordinariamente atrevida para una conferencia, dada la extensión del tema, que si bien no nos va a permitir profundizar sí va a poder, o al menos eso voy a intentar, el dar una visión panorámica sobre el particular, que quizá permita comprender el fondo y el por qué de ese ineludible interés del cirujano maxilofacial por el estudio conjunto de la región que define mi especialidad y el cuello con su contenido.

Hay estructuras comunes para la cara y el cuello, y otras de más contenido individual para cada una de ellas. Entre las comunes, con relación anatómica y funcional conjunta y apoyados en nuestros conocimientos fisiológicos y anatomopatológicos principalmente, podemos mencionar estructuras tales como los linfáticos y sus ganglios, los vasos sanguíneos, las estructuras nerviosas, por citar algunas. Un ejemplo claro de esta relación anatomofuncional y patológica puede verse frecuentemente en los procesos inflamatorios de los maxilares que, con inusitada frecuencia, dejan ver sus influencias cervicales en forma de adenitis, abscesos, fistulas, etc., o como ocurre en procesos tumorales carcinomatosos de origen máxilofacial, en los cuales las adenopatías metastásicas cervicales son tan frecuentes que pocas veces podemos evitar, en nuestras manipulaciones quirúrgicas con fines terapéuticos, el explorar el dispositivo vasculoganglionar y linfático con los márgenes que requiere la oncología. En otro aspecto, hay estructuras y órganos que se encuentran a mitad de camino, entre la región máxilofacial y el cuello propiamente dicho, como ocurre, por ejemplo, con la lengua, con las glándulas salivales mayores (parótidas, submaxilares y sublinguales), donde casi no hace falta explicar que sean zonas influenciadas entre sí. Quizá los dispositivos musculares y esqueléticos e incluso cartilaginosos sean los que permiten una mayor libertad en este sentido conceptual, sin olvidar, como aquí, que más que los lazos anatómicos, es la interrelación funcional la que los aglutina y conjunta funcionalmente. Para concretar sobre estos aspectos generales de relación máxilocervical, quizá no sea preciso insistir más; numerosos casos clínicos que presentaremos nos harán decir algunas particularidades de interrelación que han servido para tratar este tema de manifestaciones cervicales de la patología oral y máxilofacial. La amplitud del mismo me obliga a distinguir cinco grandes aspectos, si bien el quinto no lo desarrollaré, son éstos:

1. Manifestaciones cervicales en los procesos inflamatorios e infectivos de la región máxilofacial.
2. Manifestaciones cervicales en las afecciones traumatológicas de la región máxilofacial.

3. Manifestaciones cervicales en los síndromes malformativos de cabeza y cuello, al que cabe añadir los derivados de procesos malformativos adquiridos.

4. Manifestaciones cervicales en los procesos oncológicos y tumorales de la región máxilofacial.

Sin duda, podríamos hacer algún apartado más, pero como lo que yo trato es de exponer conceptos que considero básicos para la correcta interpretación de mi especialidad de cirugía oral y máxilofacial, en un ambiente tan polifacético, como sin duda es el de una Academia de Medicina, hace que dé por buenos y suficientes los antes mencionados, si bien condicionamientos anatómicos y quirúrgicos me obligan a enunciar de pasada otro apartado, el quinto, al que antes aludía, y que se refiere a manifestaciones o aspectos quirúrgicos comunes a la región máxilofacial y cervical: en este sentido, el control de los grandes vasos, nervios y estructuras aéreas y digestivas, etc., nos daría campo suficiente para alargar más el tema de nuestra conferencia, sin duda de forma muy justificada. En este sentido aprovecharé algunos momentos durante la proyección para hacer referencias operatorias.

MANIFESTACIONES CERVICALES DE LA PATOLOGÍA INFLAMATORIA E INFECCIOSA DE LA REGIÓN MÁXILOFACIAL.

En gran parte de los procesos inflamatorios e infectivos de la región máxilofacial, factores de continuidad anatómica o de disposición de las estructuras (espacios aponeuróticos del cuello, disposiciones vasculares y linfáticas, disposiciones de órganos, tales como la tráquea, la laringe, el esófago) e incluso factores físicos, como puede ser la acción de la gravedad ayudando a la localización y drenaje de los posibles acúmulos purulentos hacia zonas caudales y gran parte de veces limitados por los espacios aponeuróticos, hacen que ambas zonas se relacionen frecuentemente; momento que hay que controlar para hacer nuestras indicaciones quirúrgicas, que pueden ir desde el drenaje de un absceso hasta la práctica de una traqueostomía. Precisamente, el disponer al paciente con procesos infectivos en los que la inflamación y el edema son prácticamente una constante, en posición de semisentado o similar, puede constituir una de nuestras primeras armas terapéuticas, al favorecer así la acción drenadora y activa de los dispositivos linfoglandulares, buscando que los acúmulos purulentos se localicen a nivel de las estaciones ganglionares y, a ser posible, lejos de las estructuras del suelo de la boca. El inicio de localización de los procesos inflamatorios ori-

ginados en la región máxilofacial hay que buscarlo en los ganglios occipitales, en los ganglios retroauriculares o mastoideos, en los ganglios preauriculares y parotídeos, y en el ganglio bucal, por buscar un primer nivel; en otro más inferior, nos tendremos que referir a los ganglios retromandibulares, a cuya altura se encuentra ya muy constituida la cadena de los ganglios cervicales profundos. De nuestros estudios podemos deducir la existencia de un plano de disposición ganglionar horizontal y submandibular y más superficial, diferenciable del constituido, por la cadena ganglionar cervical profunda, que es de predominio vertical, longitudinal, caudal y profundo y en directa relación con los vasos principales del cuello. Es a nivel de ese plano horizontal y más superficial, el de más frecuente asiento de las manifestaciones clínicas inflamatorias, una gran parte de ellas debidas a problemas dentarios, muy frecuentes a nivel de molares. La presencia del ganglio cervical superficial superior o también llamado ganglio angular, delante del cual se sitúan los ganglios submandibulares posteriores e inmediatamente por debajo de los mismos los ganglios submentonianos. Hacia todos estos grupos ganglionares van la vía linfática occipital, el linfático temporal posterior (vía retroauricular), el linfático temporal medio que camina a lo largo de la arteria temporal superficial, el linfático temporal anterior (vía temporal), a lo largo de la arteria cigomaticoorbitaria, vías todas ellas supra-cigomáticas y por encima de la cual difícilmente se ven estructuras ganglionares. El linfático aferente frontal (cordón frontal), el aferente orbitario anterior, vasos linfáticos externos de la nariz, vías linfáticas a lo largo de la arteria facial (cordón facial anterior), linfáticos aferentes externos de los dientes, linfáticos aferentes internos (de los dientes inferiores) serían, en definitiva, las grandes vías linfáticas que caminan hacia los ganglios submandibulares medios, anteriores y posteriores. Todos estos grupos ganglionares y linfáticos buscan el tronco linfático yugular. En los esquemas anatómicos de las estructuras linfoglandulares y en el examen de piezas de disección e incluso en el quirófano y en lo que se refiere a estructuras externas, es decir, a las partes blandas de la cabeza y cara, y a las partes duras de maxilares y dientes y sin entrar en los linfáticos de la lengua, faringe, etcétera, y sus «ganglios accesorios», entre los cuales, no cabe duda, habría que considerar algunos de los descritos; llama la atención un hecho, y es que por encima de los arcos zigomáticos no es fácil ver ganglios, aunque sí vías linfáticas. Existen, pues, estratos ganglionares a los que hemos hecho referencia, y una cosa más, que hay zonas, concretamente la región nasogeniana, la que en una palabra delimita el célebre triángulo de la muerte, donde tampoco se ven estaciones ganglionares ni prácticamente ganglio al-

guno, sólo linfáticos. Sin duda, todo esto determina una serie de respuestas clínicas y fisiopatológicas determinadas, en cuyo detalle no voy a entrar, dado que el tema es lo suficientemente sugestivo como para dedicarle, en otro momento, una atención más importante y específica, valorando las respuestas linfoganglionares ante una u otra patología y haciendo incluso consideraciones embriológicas y anatómicas que considero del mayor interés.



Carbunco, edema maligno.

Sintomatología cervical se puede ver en los procesos inflamatorios periapicales de los dientes que, a su vez, tienen su origen, en la mayoría de los casos, en estados cariosos incontrolados que determinan respuestas del complejo pulpodental, más o menos intensas. También puede determinarse

clínica cervical en los procesos inflamatorios de los maxilares, como ocurre en la osteitis alveolar aguda, en la periostitis, en la osteomielitis (osteomielitis intramedular aguda, osteomielitis subperióstica aguda, osteomielitis por salmonella, osteomielitis del maxilar superior en niños recién nacidos), todo esto en referencia a cuadros de osteomielitis aguda.

En lo que a la osteomielitis crónica se refiere, cabe destacar la osteomielitis intramedular crónica, la osteomielitis subperióstica crónica y la osteomielitis de Garre del maxilar inferior.

En la osteomielitis sífilítica podemos distinguir la consecutiva a una sífilis neonatal y la debida a una sífilis adquirida. En este apartado de Lues tengo que hacer referencia al goma perióstico o central, a la osteoperiostitis gomatosas difusa u osteomielitis osificante y la osteomielitis sífilítica, propiamente dicha.

También, como no, en la osteomielitis tuberculosa se pueden asociar datos clínicos a nivel de la región cervical (adenopatías y fístulas tuberculosas). En la osteomielitis micótica, actinomicótica y blastomicótica, las manifestaciones en el cuello pueden ser muy aparentes, precisamente haré alguna referencia más adelante; recordemos ahora ya la actinomicosis cervicofacial, verdadera entidad clínica, que ocupa todavía, con justicia, un lugar en los textos y, como no, en la clínica actual.

No quiero dejar sin referir, aunque menos frecuentes, las osteomielitis químicas, en las que si bien la causa determinante ha sido un agente químico, como el fósforo, por ejemplo, es común que se sobreañadan infecciones o procesos inflamatorios que suman sus acciones desvitalizadoras sobre el hueso. Suelen deberse estas osteomielitis químicas a exposiciones ocupacionales o terapéuticas, hoy ya, sin duda, de muy poco uso y prácticamente abandonadas, como puede ser el empleo de arsénico, el mercurio y el bismuto, si bien en estomatología aún se ven cuadros de osteitis e incluso osteomielitis cuando se emplea el arsénico para desvitalizaciones dentarias: insisto se trataría de casos excepcionales. En la acrodinia podían verse cuadros de gingivitis, necrosis y exfoliación de los dientes. Mención aparte, y que vemos con alguna frecuencia en nuestro medio, ofrece la osteomielitis y necrosis por radiación, y aprovecho el momento para añadir algo más, y es la posibilidad de producirse neoplasias por radiación, la mayor parte sarcomas osteogénicos, aunque también pueden determinarse tumores atípicos. En estos casos se sobreañadiría a la osteomielitis propiamente dicha, los síntomas derivados de un verdadero tumor, pudiendo asociarse en el complejo

sindrónico cervical ambas patologías, es decir, la inflamatoria e infectiva y la derivada del propio tumor, en forma de adenopatías, en las que puede conjugarse la presencia conjunta de células tumorales e infección.

Las enfermedades del periodonto, de etiología enormemente compleja, pueden ser causa de procesos inflamatorios, de más o menos complejidad, que tendrían una primera estación en el hueso alveolar, y desde éste extender su influencia a otras zonas, entre ellas, como no, la región cervical. Casi siempre en forma de adenopatías, que pueden ser más o menos aparentes, según los procesos de agudización de la infección local. En este sentido vemos manifestaciones óscas, muchas veces con repercusión cervical. En la periodontitis marginal, en los accesos periodontales, en los cuadros de pericoronaritis, en la gingivitis ulcerativa necrosante y en las periodontosis, donde se puede observar una rápida pérdida de hueso y ensanchamiento del ligamento periodontal, con aflojamiento y migración de los dientes afectos, todo lo cual determina un terreno influenciado por diversos factores, que pueden agudizar y agrandar la enfermedad.

Para terminar, y sin entrar en detalles, procesos inflamatorios o infecciosos de etiología extramaxilar o dentaria pero de asiento inicial en las mucosas, tegumentos y órganos de la región máxilo-facial pueden dar, asimismo, manifestaciones cervicales. Enumeraré dentro de las enfermedades bacterianas, y en el grupo de las piodermias, el impétigo contagioso, la foliculitis y perifoliculitis agudas profundas, la pioestomatitis vegetante, la erisipela, que para algunos no debería clasificarse entre las piodermias. El antrax, producido por el bacillus anthracis y del que recientemente hemos visto un caso en su forma de edema maligno y dentro de la forma cutánea, habiendo manifestaciones en cara, labios, cuello y estructuras orales.

En la tuberculosis, donde la lesión primaria (de Ghon) aparece en aquellos individuos que no han sido previamente infectados en ninguna ocasión, o lo que es más raro, han perdido su inmunidad, contra el *Mycobacterium tuberculosis*, y si bien la localización más frecuente es en el árbol broncopulmonar, le sigue la cavidad oral, labios, etc. En lo que se refiere a la región oral, son las encías seguidas de la faringe y en ocasiones de la lengua, el asiento de la lesión primaria. La úlcera tuberculosa tiene forma de cráter y es indolora, puede haber una linfadenopatía submandibular. Dentro ya de la tuberculosis secundaria, tenemos el lupus vulgaris: la escrófula, que es una de las formas frecuentes de tuberculosis cutánea y que afecta a la dermis, subdermis y ganglios linfáticos y que tiene una especial predilección por las regiones submandibular y cervical (todavía veo casos).

En el capítulo de las fusoespiroquetosis cabe mencionar la gingivitis o estomatitis ulceronecrótica, cuyos agentes etiológicos serían el *Bacillus fusiformis* y la *Borrelia Vincenti*, llamada también enfermedad de las trincheras, los ganglios regionales, pueden estar tumefactos, dolorosos y sensibles. Se asocia a una gingivitis ulceronecrótica e incluso a estomatitis y tonsilitis. El noma, con sus gravísimas secuelas, suele aparecer en niños mal nutridos que se encuentran en fase de recuperación de una enfermedad infecciosa. Se debería a un deterioro de la inmunidad. Se puede observar pérdida de las mejillas y labios e incluso necrosis óseas. Antes del empleo de los antibióticos la mortalidad superaba el 90 por ciento, y se debía a neumonitis por aspiración, gangrena pulmonar o caquexia.

Ya he citado, entre las enfermedades micóticas, la actinomicosis y su forma cérvicofacial, forma en la que recientemente he tenido un caso. Mención especial merecen las blastomicosis en sus formas de blastomicosis norteamericana, blastomicosis sudamericana y la coecidiomicosis, debida al *coecidiodes immitis*, pudiendo afectar a la cara y cuello con linfadenitis purulenta. En el capítulo de las afecciones víricas cabe citar el herpes simple, producido por el virus del herpes simple, que pertenece a un grupo común formado por los virus del herpes zoster, varicela y quizá la enfermedad de inclusiones citomegálicas. Con alguna frecuencia vemos casos de gingivostomatitis herpéticas primarias, si bien el herpes simple secundario (recidivante), es la más frecuente forma de infección herpética, afectando al 50 por ciento de la población adulta. Frecuentemente se ve también la estomatitis aftosa recidivante en casi un 20 por ciento de la población. Menos frecuente es la periodontitis mucosa necrótica recidivante donde se producirían «aftas mutilantes». Con alguna frecuencia vemos casos de herpes zoster, se trataría de una manifestación neurotrópica recidivante de un virus variceloso reactivado. Para algunos, el virus persiste en los ganglios, en sus células, reactivándose cuando baja la tasa inmunitaria a causa de diversos factores, tales como traumatismos locales, stress, neoplasias o reinfecciones masivas por el virus. Conocida es la acción neurálgica del virus, de localización unas veces trigeminal (si se afecta el ganglio de Gasser se pueden afectar varias ramas), se ha descrito también el zoster del nervio glossofaríngeo, el zoster del nervio vago (estructuras cervicales, en definitiva), por buscar alguna relación con nuestra conferencia. Dejando algunas otras enfermedades víricas, merece la atención la mononucleosis infecciosa, donde los síntomas y signos más importantes pueden ser una angina febril, con linfadenitis generalizada, que frecuentemente se asocia a esplenomegalia y mononucleosis de la sangre periférica. Los ganglios, que pueden tener el tamaño de un huevo de gallina.

se pueden palpar, entre otros sitios, en la región occipital, mastoidea y ganglios submaxilares. Es obligado el diagnóstico diferencial con la difteria, la escarlatina, sífilis secundaria, angina de Vincent, toxoplasmosis, listeriosis y diversas formas de amigdalitis e incluso en las formas graves, con la leucemia o un linfoma. En la linfogranulomatosis venérea o cuarta enfermedad venérea, que se debe a un virus teñible del género Miyaga Wallena. Se suele transmitir por contacto sexual, cursa con linfadenitis, que es más aparente cuando han pasado unas semanas, apareciendo una linfadenitis regional con perilinfadenitis y fistulización subsiguiente.

Dentro de las enfermedades parasitarias me voy a referir, para terminar, a las leishmaniosis, que en el caso de la horiental o cutánea las lesiones se limitan a la cara en el 65 % de los pacientes. Raramente se observa afectación de la mucosa oral en la leishmanitosis oriental, hay que diferenciarlas del chanero sífilítico, sobre todo cuando se acompaña de linfadenitis regional, a veces también con el síndrome de Melkersson Rosenthal si la leishmaniosis cursó con macroquelia.

Quizá por su frecuencia tengo que hacer una referencia más amplia a los problemas derivados de las inflamaciones periapicales de los dientes, como puede ocurrir en la periodontitis aguda no supurativa, en la periodontitis crónica no supurativa, en el granuloma localizado, en donde las manifestaciones a distancia, y en referencia concretamente con el cuello, pueden ser nulas o muy escasas, lo contrario a lo que ocurre con la periodontitis periapical supurativa aguda y en la periodontitis supurativa crónica. Sin embargo, en cualquiera de las formas de periodontitis se pueden producir diverso tipo de complicaciones que pueden deberse a traumas que, de alguna manera, rompen la cápsula fibrosa limitante a causa del propio microorganismo que vence las tentativas de organizarlo y localizarlo o incluso aislarlo del organismo, por sobreinfección o a disminución de la resistencia general del enfermo, por enfermedad intercurrente.

La extensión de la infección puede ocurrir en el seno de los propios tejidos (socavamiento por el pus), en ocasiones es el drenaje linfático hacia los ganglios linfáticos, otras veces son los vasos sanguíneos, causando una trombosis que lleva a necrosis, como ocurre en las osteomielitis, o causando una tromboflebitis con efectos regionales o lesiones embólicas en pulmones y cerebro.

A nivel del maxilar superior se dan con frecuencia casos de abscesos palatinos, abscesos en la fosa canina, abscesos nasales, piosenos y abscesos mi-

gratorios que se sitúan por encima del músculo bucinador y el complejo síndrome, de infección del espacio temporal, que puede llevar a tromboflebitis del seno cavernoso.

Sin duda, la propagación mandibular es la que mayor relación va a tener con el tema de las manifestaciones cervicales de los procesos inflamatorios, sin duda a causa de las características anatómicas y funcionales del maxilar inferior y las estructuras que con él se relacionan, y así podemos hablar de absceso del espacio submaxilar, absceso de los espacios sublinguales, absceso submasetérico, absceso pterigomandibular, absceso del espacio masetérico, abscesos del espacio parafaríngeo, absceso del espacio retrofaríngeo.

A nivel del cuello, y por sus condicionamientos anatómicos y principalmente aponeuróticos, se pueden producir fenómenos de propagación, aprovechando la disposición de la fascia cervical superficial y la fascia cervical profunda, donde la capa externa o envolvente, la capa media o pretraqueal, y la capa profunda o prevertebral, van, a su vez, a condicionar los mecanismos de propagación del pus. Fenómenos de celulitis en los que la infección sigue los planos faciales y los espacios. Mención especial merece la angina de Ludwig, que afectaría a tres espacios, determinados por la hoja externa de la aponeurosis cervical profunda, la región sublingual y la submental. Como estos espacios cruzan la línea media, la región submaxilar se ve rápidamente invadida en su totalidad. Puede haber edema de glotis y estrechamiento de la vía aérea. Pese a que el pronóstico ha mejorado notablemente, sigue siendo una enfermedad peligrosa.

La infección puede progresar en los procesos supurativos dentarios por vía linfática, por vía vascular (trombosis de los vasos dentales inferiores —puede desarrollarse una osteomielitis—, tromboflebitis del seno cavernoso, que se suele deber a infección de la vena facial, plexo pterigoideo o vena yugular interna). De una tromboflebitis se pueden determinar fenómenos embólicos que pueden llegar a través del corazón a los pulmones, al cerebro, etc.

Fenómenos de enfermedad general por infección dental se siguen discutiendo, si bien cuadros de bacteriemia asociados a escafofríos y cambios de temperatura, están descritos durante la masticación y en exoducias. La presencia de bacterias, pus, e incluso sarro, pueden contribuir a la infección de las amígdalas, la faringe, la nariz y las glándulas salivales.

Quiero cerrar el capítulo de infecciones haciendo una referencia breve a la infección focal (cerrada) sujeta a muchas controversias pero, sin duda, vigente, por no estar definitivamente demostrada en sus condicionamientos científicos, positivos los unos y negativos los más, pero sin fuerza suficiente todavía para dejar el tema como resuelto y con la obligación por nuestra parte, no obstante, de tratar las zonas sospechosas compatibles con una infección local.

MANIFESTACIONES CERVICALES EN LAS AFECCIONES TRAUMATOLÓGICAS DE LA REGIÓN MÁXILOFACIAL.

De todos es conocido el progresivo aumento de los traumatismos de la cara, debido principalmente al tráfico, aunque no hay que descartar los consecutivos a los accidentes de trabajo, a los derivados de riñas, a acciones bélicas de distinto tipo, etc.

No es infrecuente que la intensidad del traumatismo determine repercusiones neurológicas a nivel encefálico, troncoencefálico o cervical, unas veces por acción directa del agente traumático sobre las estructuras craneofaciales y otras veces por continuidad anatómica o por mecanismos indirectos. No olvidemos cómo una gran parte de las estructuras faciales se relacionan con la base del cráneo.

A nivel cervical, no sólo se pueden producir daños de interés neurológico, por repercusión del trauma sobre las estructuras troncoencefálicas y medulares, sino por traumatismo directo o indirecto de las estructuras y órganos que se encuentran asentados en el cuello. La región cervical en el traumatizado máxilofacial entra a formar parte de los cuidados generales del lesionado y el especialista; de ninguna manera puede olvidar el reconocer y actuar sobre la región cervical cuando la clínica y la radiología lo aconseje.

El valorar rápida y eficazmente las situaciones de urgencia en el traumatizado máxilofacial es preceptivo, y en este sentido requieren atención inmediata y reglada la obstrucción respiratoria, la hemorragia, el shock e incluso el paro cardíaco. Ya he dicho cómo de las lesiones asociadas al traumatismo es preciso prestar atención a las lesiones neurológicas, lesiones cervicales y lesiones de la región ocular. Sólo voy a referirme a la lesión cervical concomitante o posible en el accidentado craneofacial (sin duda mejor y más expresivo término que el aislado de traumatizado máxilofacial).

En todos los traumatismos faciales se debe estudiar y explorar la columna cervical investigando posibles lesiones. Esta forma de proceder tiene es-

pecial significado en los accidentes de automóvil del tipo por «latigazo», en el que se ha sufrido el golpe por la parte trasera, ocasionando un desplazamiento brusco de la cabeza sobre el cuello. Es obligada, asimismo, la exploración, incluso quirúrgica, en los que haya lesiones de las partes blandas.



Herida por arma de fuego, intento de suicidio.

El concurso del traumatólogo y neurocirujano puede ser necesario desde el primer momento, valorándose conjuntamente, y apoyados por el reanimador y anestésista, qué lesiones requieren un tratamiento prioritario.

Lesiones graves del cuello pueden manifestarse tan solo por ligeras molestias locales (exacerbada en los movimientos) o dolorimiento a la palpa-

ción y presión de la zona. Cuando las lesiones son graves a nivel del cuello, puede ser evidente el espasmo muscular y la clínica neurológica. Ante la sospecha de lesión del cuello, la cabeza y la región cervical se deben inmovilizar con sacos de arena, efectuándose un estudio cuidadoso y completo desde el punto de vista radiológico y neurológico, siempre que se hayan salvado, si el caso lo requería, otros aspectos vitales, ya reseñados, y que por su interés vuelvo a repetir: la permeabilidad de las vías aéreas, la hemorragia y el *shok*. El enfermo y el personal sanitario deberán ser informados para evitar movimientos de la cabeza, y del cuidado que hay que observar en los traslados, procurando sostener la cabeza y el cuello de forma adecuada. No debe faltar en la cama del paciente un cartel indicativo de que hay problemas cervicales, con ello se pueden evitar daños graves e irreparables de la médula espinal e incluso la muerte súbita.

En el mantenimiento de la permeabilidad de las vías aéreas puede ser obligado, además de la limpieza de la cavidad oral, la reducción e incluso fijación temporal de fragmentos óseos muy desplazados, la intubación oro o nasotraqueal (mejor esta vía si técnicamente es posible) o la traqueostomía reglada.

Sin duda, en los traumatismos sobre el maxilar inferior o a los combinados de tercio medio y tercio inferior de la cara, es quizá donde más frecuentemente se van a plantear problemas obstructivos más o menos agudos.

En las fracturas del tercio medio de la cara hay que considerar siempre la posible existencia de una fractura de cráneo o de la columna vertebral o de una lesión neurológica.

Es conveniente en todo traumatizado craneofacial consciente que persevera en tomar una determinada posición en la cama o incluso en el lugar del accidente, de no obligarle a permanecer como a nosotros nos gustaría más y esto puede o suele ser en decúbito supino. La posición en decúbito lateral o incluso en decúbito prono puede ser salvadora hasta hasta tanto se toman medidas de seguridad, como pueda ser una limpieza de la cavidad oral o una traqueotomía, como antes aludía...

Sin duda, el traumatizado craneomaxilofacial requiere una terapéutica frecuentemente quirúrgica que debe ser reglada, y en este sentido quiero significar cómo una vez salvados los compromisos vitales, a los que he hecho referencia, considero muy conveniente el reconstruir a estos lesionados de «dentro a fuera», esto es, en la primera intervención, que se tratará que sea definitiva, se reducirán y fijarán los fragmentos óseos fracturados, y a con-

tinuación se suturarán cuidadosamente las heridas de las partes blandas. Este modo de proceder determina grandes ventajas para el enfermo y mayor facilidad terapéutica para el cirujano máxilofacial, evitándose demoras que, en términos generales, no hacen sino que complicar el caso.

MANIFESTACIONES CERVICALES EN LOS SÍNDROMES MALFORMATIVOS Y EN LAS DEFORMIDADES DE LA REGIÓN CRÁNEOMAXILOFACIAL.

Manifestaciones cervicales aparecen en la anencefalia, que se debe a la falta de cierre (disrafia) de la porción cerebral del tubo neural y que consiste en una ausencia completa de la bóveda craneal por encima de las crestas orbitarias, a veces se asocia con craneoquisquisis. A pesar de la gravedad del déficit neurológico, el niño anencefálico puede realizar numerosos actos reflejos, tales como chupar, estornudar, respirar y llorar. La muerte suele ocurrir a las pocas horas del nacimiento. Muchos niños anencefálicos nacen muertos. Suele ser más frecuente en hembras que en varones, sin saber por qué.

En la iniencefalia hay una malformación de la nuca (inion) y del cerebro. Es incompatible con la vida. La cabeza se halla tendida y la cara mira hacia arriba.

En el síndrome de Klippel-Feil el defecto básico es un acortamiento del cuello debido a la fusión y reducción del número de vértebras cervicales.

En la hidroencefalia, que se caracteriza por la ausencia completa, o casi completa de los hemisferios cerebrales, se debería a una dificultad de la irrigación sanguínea a través de las arterias carótidas internas.

El aspecto externo del cuello se puede ver modificado en casos de craneoestenosis, debidos a la osificación prematura de las suturas del cráneo, y así en la acrocefalosindactilia (síndrome de Apert), que se caracteriza por oxicefalia o turricefalia con sindactilia de manos y piés y frecuentemente hipoplasia maxilar puede haber anomalías vertebrales.

En los síndromes holoprosencefálicos y trastornos afines del tipo de la ciclopedia, sinotia, la arrinencefalia e hipertelorismo ocular, es posible observar problemas cervicales debidos a trastornos del desarrollo embriológico. En los casos de cranium bifidum y encefalocele, debido a separación de los huesos del cráneo, puede extenderse el defecto hacia la columna vertebral. Existen otras anomalías en el desarrollo de la cara y estructuras orales que pueden tener significado a nivel cervical, no sólo por las alteraciones ana-

tómicas sino porque para su tratamiento se requieren técnicas quirúrgicas que precisan de la vía cervical.

Podemos citar aquellos casos que cursan con hipertrofia hemifacial, constituye el síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber, se trata de una angiosteohipertrofia. El nevo cutáneo suele localizarse en la región de distribución de la segunda rama del nervio trigémino, como en uno de nuestros casos.

Las fositas en el labio inferior se asocian a veces con fositas preauriculares, para cuyo tratamiento puede ser preciso controlar el nervio facial.

Manifestaciones cervicales puede haber en la atrofia hemifacial progresiva (síndrome de Romberg) que en el 7 % de los pacientes se acompaña de atrofia de la mitad del cuerpo y que se debería a un estado de irritación en el sistema simpático trófico periférico.

El labio doble, que se suele asociar a blefarocalasia y agrandamiento tiroideo.

Los teratomas orales congénitos, que tienen su origen en la región de la bolsa de Rathke.

En la microstomía, que se asocia con agnathia o ciclopiá hipognata, pueden verse alteraciones del raquis.

La glándula tiroidea lingual es debida a una detención parcial o incompleta del descenso embriológico de esta glándula. La captación de I^{131} puede poner de manifiesto la ausencia de tiroidea cervical.

En la macroglosia congénita, normalmente debida a hemangiolinfangioma extenso localizado en lengua y suelo bucal e incluso asociado a un higroma quístico del cuello.

La agnathia, o falta de formación del arco mandibular, se asocia a menudo con sinotia o fusión de las orejas en la línea media, normalmente ocupada por la mandíbula (es incompatible con la vida).

La agenesia, de la rama o del cóndilo de la mandíbula o de ambos, está asociada con anomalías que interesan a los arcos branquiales primero y segundo.

La disostosis mandibular, síndrome de Treacher Collins, cursa, entre otros, con hipoplasia mandibular y se debería a trastornos embriológicos (incorrecta distribución de sangre desde la rama del primer arco aórtico a la arteria estapédica y a la arteria carótica externa, o incluso una malformación real de la arteria estapédica).

En la oculomandibulodiscefalia, donde hay un enanismo proporcional y que cursa con microftalmía y catarata congénita, hay junto a la hipotricosis, hipoplasia mandibular marcada.



Cráneo en trébol «Síndrome del Kleeblattschädel».

La micrognatia, que aparece en gran número de síndromes, tales como el síndrome de aglosia adactilia, el enanismo con cabeza de pájaro, la disostosis-mandibulofacial, el síndrome orofaciodigital y la progeria, por poner unos ejemplos, que pueden afectar a la arquitectura como mínimo del tercio superior del cuello.

En la hiperplasia unilateral y en la bilateral de la apófisis coronoides de la mandíbula se han visto casos con hipertrofia de los músculos digástricos.

En las fístulas del paladar blando lateral puede haber ausencia de amígdalas palatinas, fístulas preauriculares y sordera.

El capítulo de las hendiduras puede tener algún significado también a nivel cervical, y así en la hendidura facial lateral (macrostomía) vemos se puede asociar con el síndrome de primer y segundo arco branquial (microsomía facial) con hipoplasia de la rama ascendente y cóndilo de la mandíbula, vestigios auriculares y microtia.

La displasia óculo-aurículo-vertebral (microsomía hemifacial con dermoides epibulbares y hemivértebras) y a veces, aunque escasas, disóstosis mandibulofacial. En las hendiduras medianas del labio superior y anomalías asociadas no observé lesiones macroscópicas reseñables en la necropsia.

En la hendidura media del labio inferior y mandíbula puede haber un hundimiento completo de la mandíbula, lengua y estructuras del centro del cuello hasta el hueso hioides.

Especial significado tiene el labio hendido y paladar hendido debido, al parecer, a trastornos en la penetración mesodérmica.

Existen varios síndromes que cursan con hendiduras faciales capaces de determinar modificaciones a nivel cervical. Uno de ellos tiene gran importancia y significado, es aquél que cursa con paladar hendido, micrognatia y glosoptosis (síndrome de Robin). Para algunos el síndrome estaría originado o fundamentado en una falta de desarrollo de la arteria estapédica. La micrognatia impide un apoyo adecuado para la musculatura lingual, permitiendo así que la lengua se caiga hacia abajo y atrás (glosoptosis). Esto hace que se obstruya la epiglótis permitiendo la salida del aire pero no la inhalación. La intensidad del defecto palatino es muy variable.

La exploración del cuello y del resto del organismo está indicada para la búsqueda de anomalías asociadas a labio leporino y paladar hendido.

Especial significado tiene el paladar hendido y síndrome de Klippel Feil, que se caracteriza por la fusión de algunas o incluso todas las vértebras cervicales con un acortamiento consiguiente del cuello y limitación de los movimientos de la cabeza que no despierta dolor. El límite posterior del pelo es muy bajo, la cabeza parece estar asentada en el tórax, con falta del tramo correspondiente al cuello, los músculos se extienden directamente desde las regiones mastoideas hacia los hombros y semejan un pterigión cervical.

Un capítulo de gran significado es el de las fistulas (hendidura branquial) y senos cervicales laterales y faríngeos.

La hendidura y membrana cervical central congénita (se trataría de una membrana que se extiende desde la mandíbula hasta el manubrio esternal).

La lipomatosis simétrica benigna se localiza principalmente en el cuello, desde la mandíbula hasta la clavícula. Si participa la región parotídea el paciente puede tomar el aspecto de una ardilla.

El hígroma quístico cervical se debería a una anomalía del sistema linfático.

Ya para terminar, el capítulo de las manifestaciones cervicales de las anomalías y deformidades de la región cráneo-máxilofacial, citaré el teratoma congénito del cuello: se trata de un tumor cuyo origen hay que buscarlo a nivel de las tres capas embrionarias y es necesario hacer el diagnóstico diferencial con el hígroma quístico y el bocio congénito.

MANIFESTACIONES CERVICALES DE LA PATOLOGÍA TUMORAL DE LA REGIÓN ORAL Y MÁXILOFACIAL.

Quizá uno de los apartados de la patología máxilofacial en donde mayor importancia adquiere la región cervical es en el de su patología tumoral. Prácticamente ambas regiones, facial y cervical, resultan poco menos que individualizables en cuanto a sus influencias oncológicas, sobre todo en los procesos tumorales de extirpe carcinomatosa. Quizá por ello el tema merezca nuestra máxima atención. El 90 % de los tumores que asientan en la región máxilofacial son de extirpe epitelial. No obstante, existen formaciones tumorales que por sus características anatomopatológicas no dejan sentir sus efectos en la región cervical y si sólo guardan alguna relación, ésta bien puede ser únicamente por estar próximos o en continuidad con las estructuras cervicales sin signos de infiltración de tejidos y estructuras que algunas veces sólo desplazan o invaden por volumen. En este sentido podemos hablar de los quistes del suelo de la boca y cuello relegando, para mejor momento, los quistes de los maxilares que no suelen plantear, en líneas generales, los problemas cervicales, incluso en su aspecto quirúrgico y si acaso solamente los grandes de localización mandibular o que puedan sufrir fenómenos inflamatorios o degenerativos. Tampoco haré referencia a los tumores odontogénicos por motivos similares, si bien en estos casos suele ser obligado el hacer referencias, sobre todo quirúrgicas, a estructuras del tercio superior del cuello, dado que en ocasiones puede precisarse de la vía submandibular como vía de abordaje quirúrgico.

Los tumores óseos de los maxilares, al igual que los tumores odontogénicos pueden precisar cirugía completa a nivel tumor, tal es el caso de los osteomas, y en este sentido estarían el osteoma osteoide y el osteoblastoma benigno.



Melanoma maligno región parotídea. preoperatorio.

En el hemangioma central, en los aneurismas arteriovenosos, en los condromas, en el tumor verdadero de células gigantes, en el fibrosarcoma, en el condrosarcoma, en el sarcoma osteogénico y en el tumor de Ewing, todos ellos referidos, claro es, a los maxilares y otros tumores más raros, como son el fibroma no osteogénico, el angioblastoma maligno, los tumores neurógenos y el lipoma intraóseo pueden dar manifestaciones cervicales por varios motivos.

Sin duda, los tumores orales epiteliales constituyen el mayor aporte tumoral en nuestra práctica, como señalaba más arriba. No todos ellos muestran influencias notables a distancia, esto es en la región cervical, a no ser que se malignicen, cosa por lo demás no excesivamente frecuente, y en este sentido por no dejar de citarlos podemos referirnos a los papilomas, verrugas vulgares y «*moluscum contagiosum*», hiperplasia papilar, hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Ya con mayor consideración y algo más preocupante pueden resultar las leucoplasias, las hiperqueratosis, acantosis, disqueratosis, atipias y displasias, lesiones, repito, a considerar y vigilar e incluso extirpar con el objeto de evitar su posible malignización.

El leucoedema, la estomatitis nicotínica (para algunos no incluíbles en la patología tumoral), la hiperplasia epitelial focal, son otras tantas lesiones a valorar.

Sin lugar a dudas, el carcinoma epidermoide (de células escamosas) es la lesión maligna más frecuente y de mayor índice de repercusión en la región cervical. Los carcinomas epidermoides de la cavidad oral metastatizan fundamentalmente por vía linfática englobando los ganglios regionales. Los pacientes con carcinoma epidermoide de la región bucal tienen un riesgo mayor al promedio para desarrollar un carcinoma ulterior.

Dentro de los carcinomas es preciso distinguir el carcinoma «in situ» o carcinoma intraepitelial, el epitelio muestra una malignidad morfológica sin invasión del tejido conjuntivo subyacente.

Carcinomas se pueden presentar en el labio inferior (representan del 25 al 30 % de todos los cánceres de la región oral), los del labio superior (raros), de la lengua, del suelo de la boca, de las encías y mucosa alveolar, de la mucosa bucal, del paladar duro y blando, del seno maxilar, etc.

Formas raras del carcinoma oral son el seudosarcoma asociado a carcinoma de células escamosas, el carcinoma basocelular de la mucosa oral, el carcinoma epidermoide central maxilar, el nevo celular intramucoso y mención importante por su alta capacidad metastizante y de difícil control ofrece el melanoma, que representa el 2 % de todos los cánceres sufridos por el hombre.

Dentro de los tumores mesenquimatoso de partes blandas de la región oral y que no suelen dar manifestaciones cervicales, tenemos las hiperplasias fibrosas inflamatorias, la fibromatosis gingival generalizada, la fibromatosis gingival localizada, la fasciitis seudosarcomatosa, que es muy rara, y las hiperplasias celulares inflamatorias. Dentro de los tumores fibroplásti-

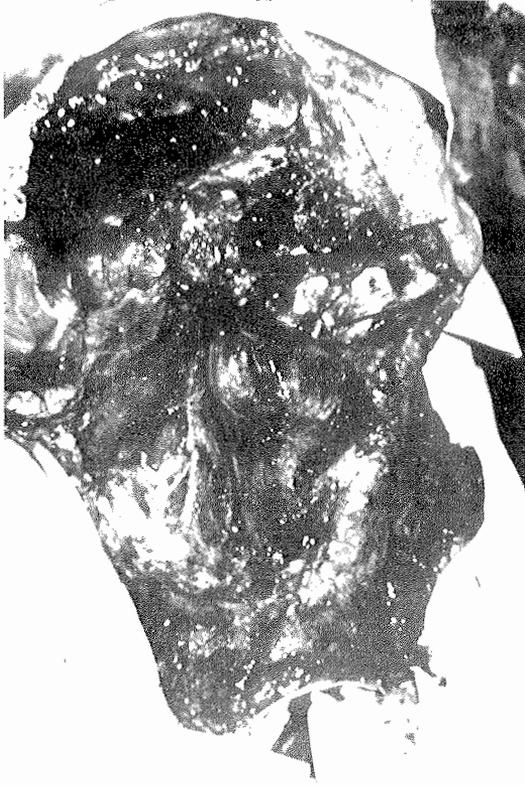
cos tenemos el fibroma y el fibrosarcoma, el dermatofibrosarcoma protuberante, el hemangiofibroma nasofaríngeo juvenil y la fibrosis y fibrosarcomas mesenquimales postirradiación. De estos últimos sólo los malignos pueden tener significado a nivel cervical o aquellos de gran volumen que puedan comprometer estructuras cervicales.



Pieza quirúrgica correspondiente al melanoma maligno de la figura anterior.

Los tumores óseos y cartilagosos de partes blandas de la región oral y máxilofacial son raros y no suelen dar manifestaciones cervicales a no ser que aparezcan estructurados en órganos tales como la lengua determinando problemas respiratorios.

Refiriéndonos a tumores neurógenos y de los que vemos algún caso, cabe citar el neuroma traumático que se ve con relativa frecuencia en enfermos que han sido sometidos a técnicas de disección radical de cuello determinan molestias dolorosas en las zonas de amputación parece que se pueden evitar traccionando de los plexos nerviosos en el momento de seccionarlos.



Aspecto de la zona reseca: «Parotídectomía radical, mandibulectomía subtotal y vaciamiento radical cervical.

Otros tumores neurógenos son el neurilemoma, el neurilemoma o schwannoma maligno. También el neurofibroma, la neurofibromatosis y el neurofibroma maligno. Tumores neurógenos de otro tipo son el neuroepitelioma olfatorio, el cordoma, los ganglioneuromas, los para gangliomas no cromafines (hemos intervenido alguno a nivel de la bifurcación carotídea que puede trastornar la disposición de los vasos principales del cuello rechazando estruc-

turas vasculares de primera magnitud y también deformar el cuello e incluso proyectar hacia fuera y adelante el lóbulo de la oreja, semejando formaciones parolídeas).

Dentro de los tumores del tejido adiposo, no muy frecuentes en nuestra experiencia cabe citar los lipomas liposarcomas, la lipomatosis y el adenoma sebáceo.



Período postoperatorio: se cubrió la región parotídea extirpada con un injerto libre de piel tomada de la cara anteroexterna del muslo derecho.

Con más frecuencia vemos tumores de origen vascular del tipo de los hemangiomas y linfangiomas. Los hemangioendoteliomas benigno y maligno. Los hemangiopericitomas en sus dos formas, benignos o malignos. Dentro de los tumores neoplásicos del sistema vascular de probable origen multicéntrico estaría el sarcoma de Kaposi. Algunos tumores vasculares se dis-

ponen por territorios de distribución nerviosa, como sucede en la angiomatosis encefalofacial (síndrome de Sturges-Weber). Vemos casos de disposición en zonas de influencia trigeminal que habitualmente se extienden en el territorio correspondiente a un solo lado de la cara y «dependientes» de alguna división del V par.

Con la intención de dejar constancia, cabe hacer referencia de la telangiectasia hemorrágica hereditaria, de la enfermedad de Fabry (lipidosis glucolípida), del síndrome de Mafucci (encondromatosis múltiple y hemangiomas múltiples).

Por su especial significado terapéutico y sindrómico el tumor glómico o glomangioma.

Tumores derivados de la musculatura lisa son el leiomioma y el leiomiomasarcoma (hemos visto alguno de localización lingual).

A nivel de la musculatura voluntaria, el rabdomioma y el rabdomiosarcoma.

Como tumores y malformaciones orales de tejidos mixtos están los mesenquimomas, los hemangioblastomixomas (mesenquimoma maligno) y los teratomas.

De origen no todavía muy claro, el mioblastoma de células granulosas, el épuli granuloso congénito, el sarcoma alveolar de partes blandas, el mixoma, el tumor melanótico neuroectodérmico del lactante.

Para poner fin a esta reseña de tumores de origen oral o máxilofacial, muchos de los cuales con influencias en la región cervical, citaré los tumores de las glándulas salivares, y así dentro de los Sialadenomas tenemos:

Adenomas monomorfos:

1. Adenoma de células basales.
2. Adenoma oxífilo.
3. Cistadenoma.
4. Linfadenoma sebáceo y adenoma sebáceo.
5. Adenolinfoma.

Adenomas pleomorfos (tumor mixto)

Sialocarcinoma:

- a) Carcinoma mucoepidermoide.

b) Adenocarcinoma:

- Carcinoma adenoide cístico (cilindroma).
- Carcinoma de células acinares.
- Carcinoma adenopapilar productor de moco y trabecular.
- Formas raras de adenocarcinoma.
- Carcinoma anaplásico.

c) Carcinoma de células escamosas.

d) Carcinoma de células sebáceas.

e) Tumor maligno mixto (carcinoma que se desarrolla sobre un adenoma pleomorfo).

Sinsialadenoma (sinsialoma)

1. Neurinoma y neurofibroma.
2. Angioma: hemangioma y linfangioma.
3. Lipoma.
4. Linfoma.
5. Sarcoma.
6. Tumores malignos diversos: melanoma, fibrosarcoma y reticulosarcoma.

Parasialadenoma (parasialoma)

Quizá nuestra referencia a los tumores sea muy esquemática, pero lo he hecho con toda intención, dado que prácticamente todos los tumores reseñados pueden dar influencias a nivel cervical, y aunque existen bastantes que no dan ninguna sintomatología cervical, su reseña es necesaria dado que es preciso recordarlos para hacer los diagnósticos diferenciales que procedan.

La cirugía de los tumores malignos, sobre todo en los de estirpe epitelial, carcinoma, sólo se puede considerar, en términos generales, radical cuando se acompaña de vaciamientos radicales a nivel cervical.

Intervino seguidamente el *Dr. D. Manuel González González*, que felicita al conferenciante, no sólo por el contenido doctrinal de su exposición sino también por la fe, la entrega y el entusiasmo que pone en lo que hace, única forma de imponer su especialidad.

PALABRAS FINALES

Terminó el acto el Presidente de esta Real Academia, *Dr. D. Ricardo Horno Liria*, que felicitó al conferenciante por lo interesante de su comu- y la sistematización y la brillantez con que la había expuesto.