

• EL BISMUTO EN LAS LESIONES PERIODONTICAS DE ORIGEN INFECCIOSO

por el

Dr. D. Eloy Ruiz Rodríguez

Médico de la A. P. D.

y

D. Ramón Soto - Yárritu

Odontólogo de la Guarnición Militar en Santander

CIERTAMENTE que no es nada frecuente acudan a nuestras consultas particulares ese tipo de enfermos con afecciones bucales agudas acompañadas de un desequilibrio manifiesto en su organismo, que nos haga prever un pronóstico sombrío. Es más corriente afluyan estos pacientes a las Clínicas Hospitalarias o a los Centros Policlínicos, donde, como en último recurso, esperan verse tratados y curados.

Deber nuestro es, no obstante, buscar rápidamente el equilibrio biológico del medio bucal, para no llegar al desequilibrio general de la economía. Y bajo este aspecto son muchos los casos que se nos presentan en nuestra tarea diaria y muchas las veces que médicos y odontólogos vamos de las manos cogidas.

Animados para dar a conocer todos aquellos casos que debido a sus particularidades ofrezcan algún interés y sobre todo, convencidos de que en nuestra profesión no sólo hay que mirar como última recompensa la remuneración económica, sino también que el romántico placer de la satisfacción sentida al quitar el dolor ajeno es muy digno de tener en cuenta, empezamos hoy ofreciéndooos este trabajo entresacado de la casuística archivada:

Enfermo A. S., de 34 años, soltero, natural de Vizcaya; profesión: perito mercantil. Anamnesis familiar: sin importancia. Anamnesis personal; tuvo enfermedades propias de la infancia y a los 21 años, blenorragia. En octubre de 1943 nota

dolor en las encías con erojecimiento de las mismas, particularmente en el lado derecho; aunque el dolor no era muy intenso consultó al médico, quien no dando importancia al asunto, le recomendó colutorios. A los quince días las molestias fueron en aumento, lo que le obliga a acudir a un odontólogo en vista de la aparición de unas placas blanquecinas que el mismo paciente intenta quitar con pinzas, viendo en el fondo una superficie sangrante que supuraba. El diagnóstico del odontólogo fué de estomatitis con gran destrucción de hueso; por lo que le ordena hacerse radiografías y análisis de sangre (Wassermann, Meinicke, Kahn), que resulta negativa. (Las radiografías son las tres que reproducimos.)



Fig. 1.--Radiografía intraoral superior derecha

A la vista de estos resultados, le ordena colutorios con Clorina Heynden y dos veces al día toques con azul de metileno en las encías; a la vez se le inyecta vacuna curativa Dental. Se intensifican los dolores lacinantes, haciendo su aparición fuertes dolores de cabeza; las curas en casa del Odontólogo, creemos, por las explicaciones del enfermo, sean practicadas con ácido crómico en solución a concentración alta; eran muy dolorosas. Sigue este tratamiento a la vez que le efectúan la extracción de ocho piezas dentarias a medida que los procesos infecciosos van desarrollándose (piezas extraídas: los dos segundos bicúspides, los dos primeros molares y el segundo molar derecho, superiores; y los dos bicúspides y el primer molar derecho inferiores).

Observa que con las extracciones se alivian en parte los dolores, pero sin conseguir detener la destrucción alveolar de los

nuevos focos que van apareciendo en el resto de la cavidad bucal.

Sin notar franca mejoría, y cansado de tanta extracción efectuada, acude a un Servicio Odontológico, donde quedan asombrados (son palabras del paciente) de la intensidad del proceso y manifiestan su criterio de que quizás no hubiera sido necesario extraer tantas piezas; se encargan de su tratamiento, que comienza con vacuna Dental "Llorente", llegando a dosis de 4 c/c. Y en días alternos cura a base de cauterizar las lesiones con nitrato de plata. Duró el tratamiento cuatro meses; le ordenan retirar la cura de azul de metileno y lavarse con jeringa trayectos fistulosos, sin dejar de hacer enjuagatorios con

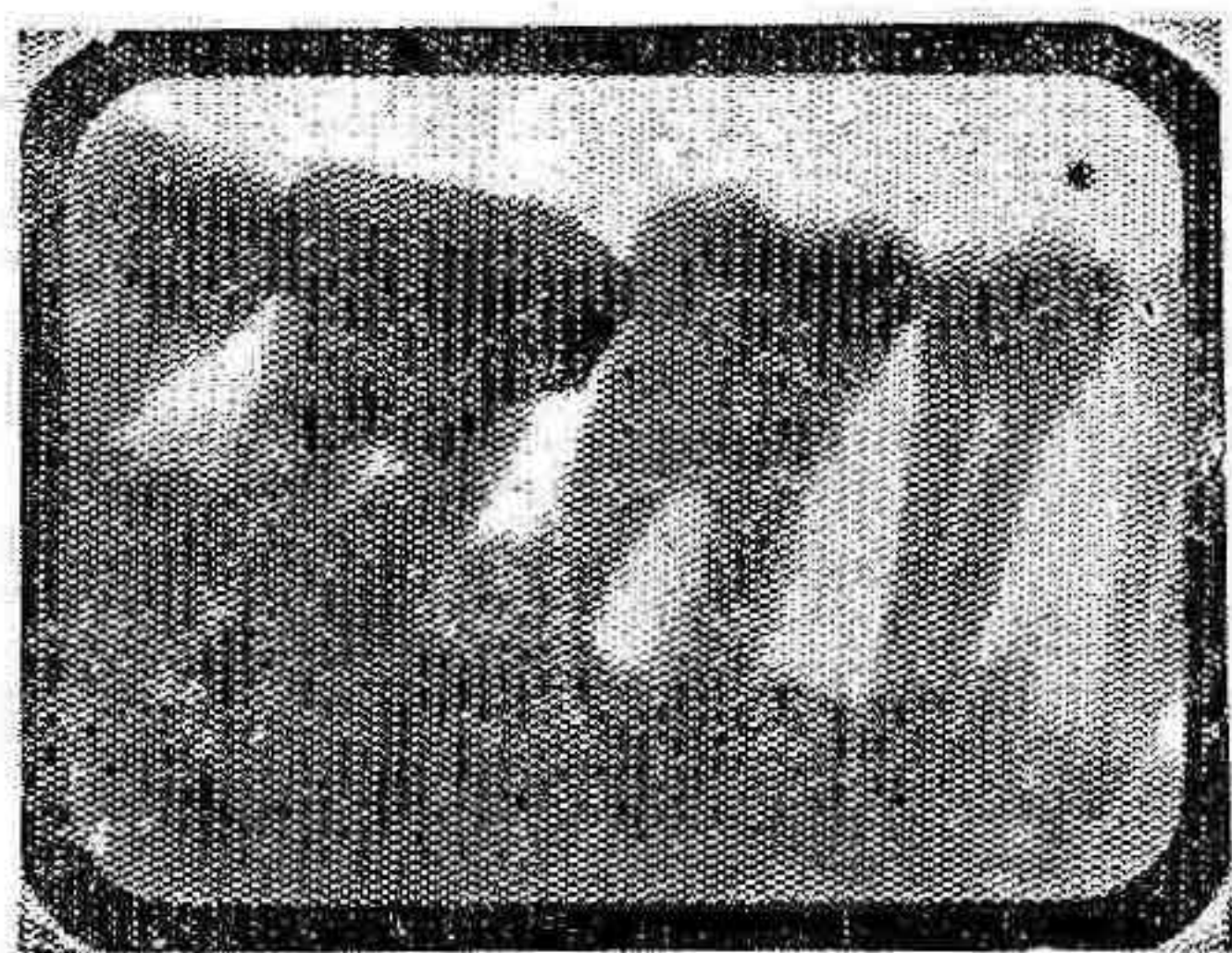


Fig. 2.--Radiografía inferior derecha

perborato. Aumentan, a pesar de ésto, los dolores y las molestias de tipo general. Preocupado el paciente, soslaya la conveniencia de hacer un análisis completo de orina (dado sus antecedentes blenorragicos), dicho análisis resulta normal. Fatigado de los once meses de tratamiento, no encontrando mejoría alguna, sin poder comer más que líquidos, con intenso dolor en toda la cavidad bucal y con gran pérdida de peso, decide irse al campo una temporada en plan de cambiar de aires, a la vez que buscar reposo...

En estas condiciones llega casualmente a nuestra consulta: Se trata de un hombre joven, de hábito asténico, estatura 1,74 m., con gran desnutrición, coloración de la piel aceitunada, intensa palidez de mucosas, temperatura 37° , tensión máxima $11/5$, mínima $9/5$, pronunciada anorexia, muy fumador. Inspección de boca: aliento fétido, lengua intensamente sabu-

rral, encías tumefactas y dolorosas al tacto, con múltiples procesos fistulosos de aspecto necrótico, por los que destila gran cantidad de pus; intensa sialorrea (el paciente nos dice que, en muchas ocasiones, se le escapa la saliva, ocasionándole un complejo de inferioridad en la vida social). Se observa intensa destrucción en tejidos blandos y óseo. En ambos maxilares hay profundos focos necróticos, principalmente en el proceso alveolar correspondiente al primero y segundo molar superior derecho. (Lugar donde existió un puente en extensión con pilar en el segundo molar; véase radiografía número 1, obsérvese un ápice libre de su alvéolo por destrucción del mismo). Aquí tuvo la primera localización sintomatológica. En el maxilar inferior

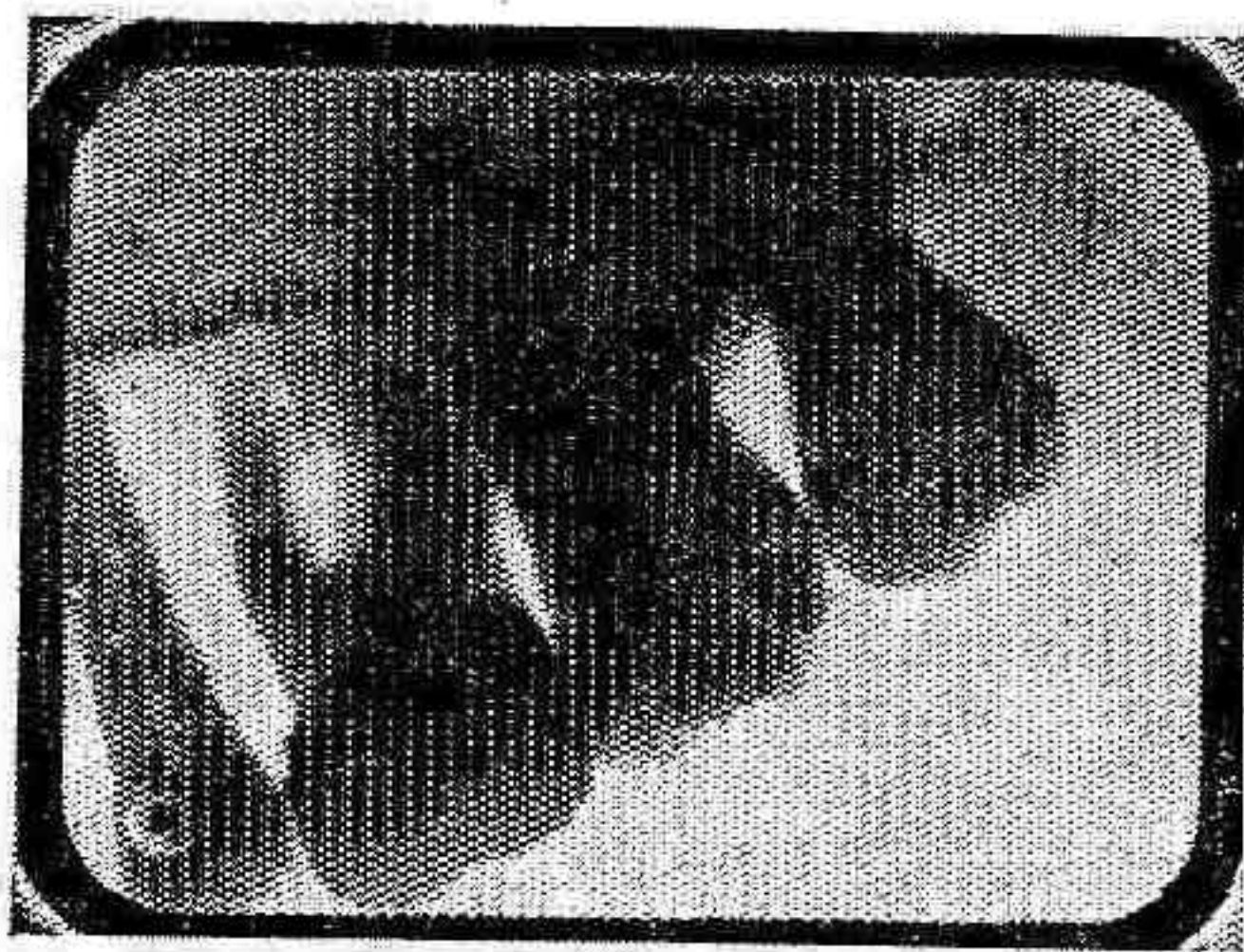


Fig. 3.--Radiografía superior izquierda

derecho (radiografía núm. 2), aunque menos acentuada, se observa la misma reabsorción de proceso alveolar hasta la cara distal de la raíz del canino, que está toda ella expuesta. En el lado izquierdo del maxilar superior (radiografía núm. 3), la invasión bacteriana es menor, pero aun así hay exposición de hueso, debido a la ulceración de partes blandas. No se observan placas. Todas las piezas dentarias, principalmente los incisivos inferiores, tienen una gran movilidad, rezumando pus en todos sus lados, imposibilitando, no sólo la masticación, sino la presión sobre objeto alguno (incluso algodón); no hay hemorragias; dolores intensos espontáneos y continuos, que no se calman con los analgésicos corrientes, irradiándose el dolor hacia regiones auriculares, determinando pertinaz insomnio. Alimentación líquida.

Preguntado si se le había hecho algún frotis, contesta ne-

gativamente. No ha sido tratado con sulfamidas. Nosotros se las administramos, sin obtener beneficio alguno con este grupo de drogas. Sospechando entonces se trataba de un proceso fuso-espirilar, tal como una gingivitis ulcerativa, con foco primario inadvertido en amígdalas (antigua Vicent), siendo esta la infección, a costa de la cual se mantenían latentes secundarias insurrecciones bacterianas, que, por sí solas, no son capaces de producir el cuadro de malignidad, cronicidad y mal estado general, empezamos inmediatamente un tratamiento de Neosalvarsán y Bismuto y, a la vez, comprobar nuestra sospecha con un frotis, que, realizado en un Laboratorio de solvencia, nos da lo siguiente: "Se observan abundantes leucocitos, gran cantidad de gérmenes, principalmente bacilos atípicos y gruesos tetrágenos, Gram positivos, formas fuso-espirales." Este análisis se hizo después de haberse puesto 0,15 grs. de Neo y dos ampollas de Bismuto. (Es de advertir que, al objeto de comprobar, sin ningún género de confusión, los resultados de nuestro tratamiento, *quedó suprimida en absoluto toda cura local.*) A la segunda inyección de Bismuto desaparecen radicalmente los dolores y empiezan a regresar notablemente las lesiones. La sialorrea disminuye. Se sigue el tratamiento de una inyección de Neo semanal (0,30 grs., 0,45 grs., 0,45 grs., 0,45 grs.) y dos semanales de Bismuto; habiéndose puesto en la actualidad dos gramos de Neo y dieciséis ampollas de Bismuto, encontrándose con una paralización total del proceso, fístulas suprimidas, apreciable consolidación de las piezas dentarias movidas, pudiendo ejercer, sin ningún inconveniente, el acto de la masticación. Ha dejado de venir a la consulta; no obstante, le hemos recomendado hacerse un Wassermann dentro de dos o tres meses para descartar con categórica seguridad la primera sospecha de lúes terciaria.

Consideraciones.—La vista de este enfermo nos hace meditar la facilidad con que nos puede conducir la somera inspección de cualquier lesión a un tratamiento puramente local que, de antemano, está destinado al fracaso. Es precisamente este fracaso de las curas locales el que nos hace desviar nuestra atención de los "efectos visibles" y ahondar en las "causas ocultas" de tipo general.

El aspecto del enfermo y su estado de desnutrición nos hizo

pensar en una enfermedad de tipo general como causante y predisponente de las lesiones que apreciamos. Mirando los antecedentes no nos indica más de interés que una blenorragia a los veintiún años. Sin embargo, sí es de interés el que este sujeto, después de una campaña militar, haya estado recluso cuatro años en condiciones de hacinamiento, alimentación insuficiente, etcétera.

Descartando diversas estomatitis de tipo infeccioso, así como las lesiones producidas por tratamientos mercuriales, bismúticos, la diabetes (orina normal), nuestra primera impresión es de que no se trata de lesiones terciarias, gomosas, de boca. Las destrucciones de hueso, el aspecto, la cronicidad y marcha progresiva, etc., parecen indicarlo. La falta de antecedentes, de manifestaciones primarias o secundarias, los análisis de sangre efectuados, parecen hablar en contra de esta hipótesis. (No obstante, no conformes con esto, mandamos realizar un nuevo Wassermann después de las primeras inyecciones, por si con ellas se había conseguido reactivar la reacción.)

La intensa sialorrea, la fetidez de aliento, boca entreabierta que deja escapar la saliva, recuerda la estomatitis gangrenosa, que queda descartada por la cronicidad del proceso, falta de escaras, ausencia de induraciones y de adenopatías submaxilares.

Abogan en favor de una gingivitis ulcerativa la forma que el historiado indica de cómo empezó el proceso (membranas que él intentó arrancar con pinzas y que dejan superficie sangrante), las condiciones a que ha estado sometido durante cuatro años, lo doloroso de las úlceras, los intensos dolores en regiones auriculares, imposibilitándole conciliar el sueño (sobre esto insistía el enfermo pidiéndonos algo para dormir), la fetidez del aliento, con lengua saburral y mal estado general. El frotis que ordenamos se hiciese, demostrando formas espirilares.

En vista de esto, y sin poder desechar la idea de una causa general, extrañándonos que no le hubiesen prescrito compuestos de tipo sulfamídico (panacea tan en boga actualmente), quisimos hacerlo antes de instituir el tratamiento bismútico. Le recetamos, sin gran esperanza ni ilusión, una tanda fuerte de

uno de estos compuestos, que, como temíamos, no dieron ningún resultado favorable.

Nos quedamos, pues, con un dilema: ¿Formas gomosas? ¿Gingivitis ulcerativa fuso-espirilar?

Recordando que Oscar Hoffer utiliza preparados de bismuto en el tratamiento de afecciones espirilares de boca y encías, flemones de origen bucal (con o sin flemón), disontiasis, sepsis oral, etc., con lo que obtiene rapidísimos efectos curativos, decidimos hacer este tratamiento como fundamental y que en cualquiera de los dos casos remitiría las lesiones, obteniendo el tan ansiado alivio de el enfermo. Se nos dirá que por qué pusimos el Neo... A esto hemos de alegar que las lesiones gomosas no suelen regresar tan pronto con este tratamiento, y como los arsenobenzoles están también indicados en las formas fuso-espirilares (recuérdese angina de Vincent), queríamos reforzar, a ser posible, los efectos del Bismuto como espirilizante. Es de advertir, no obstante, que el primer día se le pusieron 0,15 grs. de Neo y una ampolla de Bismuto; el tercer día, una de Bismuto, y es a partir de ésta (antes de ponerle la segunda de Neo) cuando el enfermo nos dice espontáneamente que puede dormir, que le han desaparecido los dolores (sólo le duele al intentar masticar), ha disminuído considerablemente la sialorrea y la fetidez de aliento, y la lengua está sin saburra. Vista la gran mejoría en tan corto tiempo, decidimos ponerle una de Neo semanal y dos de Bismuto, desapareciendo rápidamente las lesiones, consolidándose las piezas dentarias cuando aún no habíamos puesto más que tres de Neo y siete de Bismuto. Su estado general hoy es satisfactorio.

Con este trabajo (que hemos llevado a cabo en pleno medio rural, con los inconvenientes que es de suponer) no hemos querido más que llamar la atención de nuestros compañeros hacia la perniciosa costumbre de valorizar excesivamente las curas locales, olvidando la amplitud de la patología bucal, que es la que nos ayuda a resolver estos problemas antes que constituyan verdaderos fracasos, que siempren redundan en desprestigio profesional y personal.

Resumen.—El tratamiento corriente de la gingivitis por medicación tópica solamente, si bien es verdad que ocasiona

mejorías transitorias, a la larga no hace más que prolongar una afección muy seria, con las naturales consecuencias de "una extracción hoy, dos mañana," lo cual siempre debe considerarse como práctica nefasta.

La inmensa mayoría de gingivitis persistentes son reflejo de una enfermedad bacteriana específica. Las diferentes defensas individuales, particularmente en el mecanismo defensivo local, marcan la virulencia de este tipo de infecciones fusoespirochetósicas.

El origen de estas infecciones suele ser una irritación local (coronas mal ajustadas al cuello dentario, restos apicales abandonados, etc.) cuando a ello se asocia, además, un régimen de vida deficiente, con alimentación pobre en vitamina antiescorbútica. No descartamos la posibilidad de contagio de boca a boca, ni la muy probable y casi segura autoinfección; de ahí que las recidivas suelen ser frecuentes.

El bismuto (asociado o no al Neo) da, infinitamente mejores resultados, ante estas lesiones de dudosa catalogación bacteriológica, que cualquier aplicación local con los corrientes medicamentosos.

El estudio detenido de estos enfermos, seguido del tratamiento preciso, nos lleva como de la mano al éxito seguro, por encargarse el mismo paciente de prodigar su feliz optimismo al verse curado, sin que ello sea causa que por una asociación de ideas, recuerde sus desventuras pasadas.

Celebraríamos ver en sucesivos trabajos de nuestros queridos compañeros los resultados de los compuestos biamúticos en las diversas afecciones estomatológicas, usándolos con la amplitud de criterio clínico que lo hace Oscar Hoffer.