

EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES ORALES MEDIANTE ANTIBIOTICOS POR VIA RECTAL

por los

DRES. DEMETRIO J. JARITOS y ENRIQUE E. FEBRARO

Consideraciones generales

Pocas drogas disfrutaron de tanta aceptación en Odontología como los antibióticos. El uso indiscriminado de los bacteriostáticos se generalizó en desmedro de la terapéutica científica, convirtiendo el arte de curar en una simple tarea de orientación sintomática. Esa práctica se extendió a las enfermedades menores—por así decir—, hasta el punto de que ellas absorben hoy la mayor parte de la producción de esos medicamentos, ya que se convierten en elementos de batalla profesional, estén indicados o no. Se echa mano, así, al antibiótico más popularizado, la penicilina, y, en caso de fracaso, le siguen la estreptomycin, terramicina, aureomicina, etc., con lo que se demoran, con frecuencia, las indicaciones de tratamientos más expeditivos y radicales, como son los quirúrgicos.

La generalización de su uso inconcluso se debía, sobre todo, al preconcepto de que no produce efectos secundarios; pero la verdad es otra. Los fenómenos reaccionales de los antimicrobióticos no constituyen, por cierto, un conocimiento reciente. Ya fueron sindicados por el Comité de Quimioterapia y otros agentes desde el advenimiento de los bacteriostáticos; pero son, a menudo, dejados de lado.

Los trastornos gastrointestinales que vemos durante la administración de antibióticos por boca, y que se prolongan como secuela durante largo tiempo, son debidos a la profunda modificación de la flora microbiana intestinal y a la proliferación de hongos en el tracto, que imposibilitan la absorción o producción del complejo B, determinando una avitaminosis.

Es un barrido de la flora, que perturba la labor de síntesis, con la consiguiente repercusión general. El “shock” terapéutico es otro de los accidentes que se deben temer en un organismo sensibilizado.

Es cierto que la prudencia aconseja que para evitarlo se comience con dosis pequeñas, pero ello es contraproducente. En los antimicrobióticos, al igual que en las sulfamidas y la radioterapia, las dosis por debajo del umbral de suficiencia y eficiencia "vacunan" y transforman en resistentes a los elementos patógenos, con el resultado de que las dosis masivas posteriores son prácticamente inoperantes.

Los fenómenos piretógenos se atribuyeron, en la época inicial de la antimicrobioterapia, a las impurezas contenidas en la droga, que si bien se eliminaron con el perfeccionamiento industrial, ello no obsta para que ese trastorno se haga presente por elementos de orden idiopático e idiosincrásico.

Los solventes, muchas veces, son culpables de ello, porque su preparación, quizá, no esté sujeta a una técnica estricta que descarte las impurezas o, quizá, los microorganismos no patógenos que se incorporan en el momento de la manipulación, o la glucosa y el fenol en las soluciones glucofenicadas. Sin embargo, en los bacteriostáticos que se administran en cápsulas se observan los mismos fenómenos, lo que da fundamento a la tesis reaccional de los anergenos.

Por otra parte, los trastornos locales en los puntos de inyección glútea, las flebitis irritativas en las endovenosas, y las no imposibles trombosis y embolias en las venas de las extremidades inferiores, dan la pauta que los antimicrobióticos constituyen una medicación que dentro del optimismo clínico, debe manejarse con cautela, sujetándose a una indicación concreta y científica.

Nuestro criterio de administración

De ningún modo hemos despreciado tan importante campo terapéutico como significan los antibióticos. Pero tampoco de ninguna manera nos limitamos a la administración del fármaco y a la espera de los resultados.

Cada enfermo que es sometido por nosotros a este tipo de tratamiento, se somete también al siguiente plan de trabajo:

a) Diagnóstico clínico y bacteriológico.

b) Examen inicial de laboratorio, {
 Recuento globular.
 Fórmula leucocitaria (especial
 atención de los eosinófilos)
 Eritrosedimentación.

- c) Terapia antibiótica.
- d) Régimen alimentario.
- e) Examen de *tránsito* de laboratorio } Igual que el anterior.

A esta altura del tratamiento, que nunca sobrepasa los ocho días, durante los cuales el enfermo ha recibido el o los antibióticos recomendados, efectuamos el segundo examen de laboratorio, que denominamos de *tránsito*.

Este segundo examen nos pone bien a las claras el verdadero estado de nuestro enfermo. Cotejando los dos resultados, el del examen *inicial* y el de *tránsito*, este último tiene que evidenciar la marcha hacia el equilibrio de los valores.

- f) Vitaminoterapia (refuerzo del régimen alimenticio) } Si hay lesiones epiteliales:
 - A) Para corregir trastornos secundarios.
 - B) (Comp.)
 - C) Coadyuvante.
- g) Supresión del antibiótico.

- h) Examen *final* de laboratorio. } Igual que los anteriores incluyendo fecales.

Este examen que denominamos *final* tiene que ser opuesto al que llamamos *inicial*, sólo así damos de alta a nuestros enfermos.

Concepto clínico y significativo del recuento de eosinófilos

Muy importante, creemos, es dedicar una especial atención a los leucocitos eosinófilos.

A estas células se le atribuyen actividades fagocitarias, a pesar que muy pocas veces se las encuentra en tejidos portadores de una inflamación microbiana aguda; al mismo tiempo son las únicas que aparecen en órganos shockados.

Los valores, en los recuentos, sufren variaciones dignas de ser tenidas en cuenta. Ya numerosos autores publicaron sus observaciones en un número grande de infecciones (rinitis, periarteritis, flebitis, etcétera).

En todas ellas se registraron aumentos de estas células, lo cual hizo suponer que su mecanismo está regido por la producción de sustancias químicas en lo íntimo del organismo.

Factores exógenos provocan la eosinofilia, mientras que casi siempre los endógenos acarrearán eosinopenia.

La administración de ciertos antibióticos trae aparejada eosinopenia parecida a la que provoca la disminución funcional de la médula ósea en las anemias aplásticas.

Estas consideraciones determinan la necesidad de suprimir de inmediato el tratamiento con antibióticos si notáramos una evidente modificación en el recuento de eosinófilos, aunque el resto de la fórmula vire a lo normal.

Acción antibiótica por vía rectal

Muy divulgada y poco comprobada era la teoría por la cual se suponía la falta de eficacia en esta clase de administración.

Nosotros ya habíamos comprobado el éxito en un caso reactivo a las vías comunes, al cual indicamos una pequeña enema de contención con estreptomicina.

Supositorios de cloramfenicol-bismuto

La aparición de los supositorios de cloramfenicol-bismuto volvió a actualizarnos el problema, esta vez con mejores medios de solución.

Como se desprende de las anteriores consideraciones, no somos partidarios de la administración antibiótica, por vía oral. Por tal causa el advenimiento de este sistema nos llevó a intentar el tratamiento de algunas afecciones que realizábamos con métodos antiguos.

La infección de Vincent

A partir de 1944, las epidemias presentadas en el ejército de los Estados Unidos obligaron al estudio de la afección con un detenimiento adecuado, a pesar que la misma había dado buena cuenta de su presencia durante la primera guerra.

Los estudios se hicieron teniendo en cuenta, probablemente, la clasificación de Kutzleb (1940), quien hace notar la distinta etiolo-

gía de las estomatitis úlcero-membranasas, aunque de parecida patogenia.

En igualdad de condiciones, nosotros preferimos no intentar el tratamiento hasta la obtención del verdadero diagnóstico. Sin desmerecer por esto la acción de los que se amparan en el bicromato o sencillamente en el agua oxigenada (tratamiento diagnóstico).

La clasificación pone bien de relieve los riesgos de este tipo de tratamiento:

Estomatitis ulcerosa infecciosa.

"	"	hematopoyética.
"	"	intestinal.
"	"	alérgica.
"	"	medicamentosa.
"	"	hipovitaminósica.
"	"	endocrina.

Cuando un enfermo llega a la clínica portador de una lesión, cuyo diagnóstico posterior encuadra dentro de los últimos seis grupos, todo tratamiento basado en bicromato, agua oxigenada, mercurrocromo, ácido crómico, etc., es no sólo indiferente sino perjudicial en el más amplio de los sentidos.

Solamente el laboratorio dará el informe definitivo.

Valor del examen de laboratorio

Las estomatitis úlcero-seudomembranasas, o estomatitis sexuales, o infección de Vincent, mal llamada angina, se caracteriza por:

Inflamación mucosa, hipertrofia de las papilas interdentes, ulceración de éstas si están expuestas, inversión papilar con aspecto de cráter, las papilas se cubren de una pseudomembrana oscura fácil de remover, dolor agudo, hemorragias espontáneas, halitosis.

La lesión comienza generalmente a la altura de los terceros molares.

Si ésta no es detenida, se propaga en todas las direcciones—amígdalas, carrillos, piso de boca, paladar—con la adjunta tumefacción de los ganglios correspondientes y malestar general.

En cualquiera de estos estados que se nos presente el enfermo, lo sensato es el examen de laboratorio bacteriológico.

El cultivo nos indicará:

- a) Infección de Vincent (positivo);
- b) Seudo-Vincent (negativo).

Los cultivos muestran microorganismos fusiformes dentium y borrelia Vincent actuando en simbiosis.

Los cultivos negativos no niegan la existencia de una estomatitis, pero sí su etiología primariamente infecciosa. Es en estos casos cuando debemos orientar nuestros tratamientos desde el punto de vista médico-odontológico.

El cloramfenicol frente a las Vincent y Seudo-Vincent

Todos los casos de Vincent, afortunadamente escasos hoy, los hemos tratado decididamente con supositorios de cloramfenicol-bismuto; este antibiótico se absorbe muy lentamente por las paredes del intestino grueso, por lo cual recomendamos que, posterior a su introducción, el enfermo no permanezca en reposo absoluto, sino que camine para evitar el reflejo de la evacuación y aprovechar al máximo la dosis de cloramfenicol.

La dosificación de los supositorios diarios hasta obtener un informe negativo del laboratorio, es la que nos deparó satisfacciones duraderas.

En otros tipos de estomatitis seudo-Vincent, el cloramfenicol actúa como coadyuvante del tratamiento médico integral.

Mientras éste corrige el factor desencadenante, hematopoyético, intestinal (amebiano), alérgico, medicamentoso, hipovitaminósico o endocrino, aquél actúa como regulador del ambiente bucal, manteniendo la flora dentro de los límites saprófitos, impidiendo la instalación de una infección secundaria.

En estos casos, la dosis será inicialmente mayor, y menor el tiempo de tratamiento.

Resultados obtenidos

Muchos creen que la infección termina allí donde desaparecen los síntomas ruidosos. Lejos de eso, la infección microbiana persiste mucho después de la desaparición del dolor, halitosis y hemorragias.

El antibiótico debe suministrarse por lo menos ocho días, o, como decíamos en párrafos anteriores, cuando el cultivo sea declarado negativo.

El cloramfenicol por vía rectal traduce sus resultados en corto tiempo.

Supresión del dolor	2	días.
Cesación de las hemorragias	4	"
Desaparición de la halitosis	8	"
Modificaciones microbiológicas... ..	8 a 10	"
Restitución a la integridad	10 a 12	"

Efectos secundarios

Al iniciar el trabajo, trazamos un esquema de los contornos más comunes, paralelos a un tratamiento antibiótico.

Durante el uso de los supositorios de cloramfenicol no hemos notado esas manifestaciones perjudiciales.

Conclusiones

Consideramos la aparición y el uso del supositorio que contenga antibióticos, como una de las más acertadas vías de administración de estos fármacos.

Creemos que éstos son de acción más lenta, pero, a su vez, menos tóxica y más efectiva.

Nos han sido de gran utilidad los supositorios de cloramfenicol con bismuto, al tratar algunos casos de tipo Vincent, particularmente los recidivantes.

En otros tipos de estomatitis actúan como eficaces coadyuvantes.
(Per "Sem. Méd.", 235, 1954.)