

EL USO TOPICO DE LA HIDROCORTISONA EN UNGÜENTO EN CIERTAS AFECCIONES DE LA MUCOSA ORAL (*)

El ungüento de hidrocortisona ha sido utilizado con éxito en varias afecciones de la piel, orificios corporales, ojos, oídos, etcétera. Sulzberger y otros fueron los primeros que pusieron en evidencia la eficacia del ungüento de hidrocortisona en ciertas dermatosis. Ultimamente, Baer y Litt refieren los éxitos obtenidos con la aplicación local de la hidrocortisona en los casos de otitis externa. Concordante con ello parecen existir pocas referencias del uso de la hidrocortisona en forma de ungüento en las afecciones de la mucosa oral. Strean y Horton citan los buenos resultados obtenidos en varios estados inflamatorios de las encías, incluyendo la llamada gingivitis descamativa y la gingivitis hipertrófica debida al Dilantin. Strean puso igualmente de manifiesto que la hidrocortisona en forma de acetato y en ungüento es eficaz en muchos casos de leucoplasia, glositis, úlceras aftosas, alergia por droga y quemaduras de la boca limitadas a las membranas mucosas. Bergman ha citado igualmente los buenos resultados obtenidos con el ungüento de acetato de hidrocortisona en las úlceras aftosas.

El autor estudió en los últimos tiempos una serie de pacientes con varias lesiones en la boca, en donde aplicó el acetato de hidrocortisona en ungüento. Previamente testificaron la eficacia de varios vehículos, y la concentración de la droga fué de 0,25 a 2,50 por 100. Rápidamente notaron que el acetato de hidrocortisona en vaselina era menos tolerado que en suspensiones o soluciones. Igualmente hallaron que, cuando los resultados eran buenos, no había mayores diferencias en usar concentraciones del 1 por 100 o mayores, y a semejanza con lo que pasa en la piel, cuando al 1 por 100 fué ineficaz, concentraciones del 2,50 por 100 fueron igualmente ineficaces en la mayoría de los casos. El autor en su trabajo se refiere a los resultados obtenidos

(*) Fischer, A. A. y otros. "New York State Jour. Medic.", 55, 17, 1494.

en el tratamiento de ciertas afecciones de la boca usando el ungüento de acetato de hidrocortisona al 1 por 100 en vaselina.

Este ungüento se lo aplicó con un bajalengua en los casos de lesiones extendidas y con un hisopo en los casos de lesiones más circunscriptas, haciendo tres masajes diarios. En la tabla I se dan los resultados obtenidos.

TABLA I

Resultados del tratamiento de lesiones bucales con la aplicación tópica de acetato de hidrocortisona al 1 por 100

DIAGNOSTICO	Número casos	RESULTADO		
		Excelente	Bueno	Sin mejoría
Leucoplasia:				
activa	5	..	4	1
inactiva	5	..	..	5
Liquen plano:				
con erosiones	1	..	1	..
sin erosiones	2	..	..	2
Aftas recurrentes	8	..	3	5
Ulceras por lesiones dentales.	8	.	3	5
Glositis	4	.	3	1
Glosodina	7	.	.	7
Queilitis glandular	2	.	.	2
por lápiz labial	2	2		
por pasta dental	3	3		

COMENTARIOS

Leucoplasia.—Esta afección figura primera en la tabla, pues es importante como lesión precancerosa. Se la ha dividido en dos grupos: activa e inactiva. Una placa de leucoplasia se la considera activa cuando muestra alguna de las siguientes características: fisuración, erosión, exfoliación, zonas de eritema o cambios verrugosos. Algunas de estas lesiones activas van acompañadas de una sensación de quemazón o molestias.

En el grupo de la leucoplasia activa hubo cinco pacientes, cuyos signos y síntomas continuaron a pesar del hecho de que habían dejado de fumar y se encontraban medicados con varios preparados de vitaminas del complejo B. Las lesiones en estos

casos estaban confinadas a la mucosa bucal, no hallándose en la lengua o paladar. En este grupo hubo dos pacientes en los cuales la lesión se hallaba fisurada, y presentaban una sensación de quemadura, y en ellos, después de tres semanas de tratamiento, las fisuras se hicieron mucho menos marcadas y cesó la sensación. En un tercer caso de fisuración no hubo modificaciones después de un mes de tratamiento. El cuarto caso de leucoplasia era ligeramente verrugoso y espeso, y fué clasificado como un caso de leucoqueratosis. La lesión se hizo mucho más blanda y menos infiltrada después de tres semanas de tratamiento con el ungüento. Continuado el tratamiento por un mes más, no hubo modificaciones en la placa. Un quinto caso de leucoplasia, con una zona de eritema alrededor de la placa, y con una ligera exfoliación, fué tratado durante tres semanas, al final de las cuales la zona de eritema había desaparecido y la exfoliación era menos marcada.

El tratamiento con el ungüento de acetato de hidrocortisona en los casos inactivos de leucoplasia no dió lugar a ningún cambio en la lesión, pues permanecían después de un mes de tratamiento.

En resumen, se puede establecer que no hubo cambios en las placas inactivas de leucoplasia, y en las placas activas de leucoplasia, acompañadas de fisuración, espesamiento, inflamación o exfoliación, parece que el ungüento de hidrocortisona tuvo un efecto antiinflamatorio, curando y nivelando la lesión.

Liquen plano.—Se trataron tres casos de liquen plano de la cavidad oral; dos de ellos eran libres de síntomas, y el ungüento de hidrocortisona no tuvo efecto en estos casos; un paciente tenía liquen plano, con erosiones a ambos lados de la mucosa oral; uno de los lados se le trató con ungüento de hidrocortisona, y el otro, con vaselina solamente, como control. El lado tratado con hidrocortisona mostraba al final de la tercera semana una curación casi total, al paso que el lado de control no mostraba ninguna tendencia a la curación. Cuando se dejó de usar el ungüento de hidrocortisona, las erosiones volvieron a presentarse.

Ulceraciones aftosas.—En esta serie había ocho casos que estaban presentando recurrencias desde hacía uno a dieciocho

años. En tres de los pacientes notaron que las lesiones desaparecían más rápidamente cuando usaban el ungüento de hidrocortisona, y cinco pacientes no presentaron ninguna modificación después de usarlo. En contraste, Bergman ha obtenido buenos resultados en 15 de 17 casos tratados con ungüento de hidrocortisona tópicamente.

Úlceras por lesiones dentales.—En este grupo de pacientes tratados hubo ocho casos de ulceraciones debidas a traumas por placas dentales. Tres de los pacientes obtuvieron buenos resultados con el uso del ungüento de acetato de hidrocortisona, cuando todas las otras medidas terapéuticas habían fallado. En un paciente que tenía lesiones en el paladar duro de varios meses, la lesión curó y permaneció curada después de dos semanas de tratamiento con ungüento de acetato de hidrocortisona. Otro paciente que tenía molestias y sensación de quemadura en el paladar duro, cuando colocaba su dentadura, halló con el uso del ungüento de acetato de hidrocortisona una notable mejoría. Otros cinco pacientes no obtuvieron ninguna mejoría cuando hicieron uso del ungüento de acetato de hidrocortisona.

En la experiencia del autor, los resultados obtenidos no son satisfactorios.

Glositis.—Cuatro pacientes que tenían glositis de orígenes desconocidos fueron tratados con el ungüento de hidrocortisona. Estos pacientes tenían sensación de quemadura en la lengua, y al examen mostraban enrojecimiento, erosiones e hipertrofias de las papilas en la punta y a los lados de la lengua. No había evidencia de fallas vitamínicas, anemias o discrasias sanguíneas. Tres de los pacientes obtuvieron prontamente mejoría cuando usaban el ungüento de acetato de hidrocortisona, después que el tratamiento con vitaminas había fallado. Un paciente permanecía bien después de tres semanas de tratamiento. Los otros dos pacientes mejoraron, pero volvieron a recaer. Uno de los pacientes no obtuvo mejoría con este tratamiento.

Glosodina.—En total, hubo siete casos de glosodina, con sensación de quemadura o parestesias en la lengua, sin ningún signo físico. Ninguno de los pacientes presentó mejoría con el uso del ungüento de acetato de hidrocortisona.

Queilitis y estomatitis.—En esta serie hubo dos pacientes que sufrían de queilitis glandular desde hacía tres y cinco años, respectivamente, que no presentaron ninguna mejoría con el uso de la hidrocortisona tópica. En los casos de queilitis y estomatitis debida al lápiz de labio, y la estomatitis debida a la pasta dental, después que el agente vulnerante fué eliminado, los síntomas y molestias desaparecieron en dos días con el uso del ungüento de acetato de hidrocortisona, comparado con el tiempo mayor de hasta seis días que se necesita cuando no se hace uso de la hidrocortisona.

CONCLUSIONES

1) Se ha demostrado que el ungüento de acetato de hidrocortisona en vaselina, al 1 por 100, no es irritante para la mayoría de los sujetos.

2) El ungüento no modifica lesiones inactivas de leucoplasia, pero tiene tendencia a la curación de fisuras, signos inflamatorios, etc.

3) El ungüento no modifica el curso del liquen plano oral, pero en caso de lesiones erosivas, tiene tendencia a la curación de éstas.

4) Tampoco fué muy útil en el tratamiento de las lesiones de aftas, pues cinco de los ocho pacientes no presentaron ninguna mejoría.

5) En tres pacientes con lesiones dentales fué efectivo, pero falló en cinco casos.

6) Tres pacientes con glositis presentaron alguna mejoría, y otro no.

7) Ninguno de los pacientes con glosodinia obtuvo mejoría alguna.

8) En dos pacientes con queilitis glandular no se obtuvo ninguna mejoría.

9) Cinco pacientes con estomatitis alérgica de contacto, queilitis o dermatitis periorificial debidas al lápiz de labio o a la pasta de dientes, obtuvieron rápidamente una mejoría cuando usaron el ungüento y suprimieron el agente vulnerante.

SINDROME DEL DISCO LUMBAR HERNIADO. (Dr. Donald Munro).

«The New England J. of Med.» 254: 243-252, 1956.

Se estudia la ruptura de un disco intervertebral.

Material.—Pacientes con edades entre quince y sesenta y ocho años. Se practicaron 375 operaciones, 189 no fueron operados.

Causa de la lesión.—El esfuerzo desde el levantamiento de peso hasta el incorporarse bruscamente de la cama. Generalmente se trata de una sucesión de traumas que aumentan la irritación radicular y la compresión, con agravación correspondiente de la sintomatología.

Meliograma.—Con el medio de contraste que hemos adoptado, hemos tomado mediogramas con un 13 por 100 de imágenes borrosas y un 6 por ciento de consecuencias postmielográficas (1 caso de parálisis vesical, 2 de náusea y 3 de cefalalgia).

Diagnóstico.—Quizás se puede establecer un diagnóstico clínico sin la ayuda de medios mecánicos como el meliograma, lo que no concuerda con nuestra experiencia. No debe olvidarse la frecuencia con que una cicatriz operatoria previa ha demostrado ser la causa única de la sintomatología; es, pues, esencial determinar durante la operación si en esos puntos hay una radiculitis compresiva.

Terapia conservadora.—Todos los enfermos, sin excepción, han de tratarse primero con medios conservadores como descanso en cama, tracción, hiperextensión del raquis, masaje, inyección de novoícana y ejercicio bien regularizado. Se estudiará la posibilidad de otros diagnósticos como espondilolistesis, pseudoatrosis por la fascia lumbar, tuberculosis, pie plano, neoplasias y defectos congénitos. Período conservador que deberá durar tres meses, por lo menos.

Operación.—El cirujano deberá conocer los procedimientos de abrir y cerrar la dura, manipulación de la cola de caballo, descomposición de las raíces, el trabajo en la vecindad del sistema nervioso central, etc.

Complicaciones postoperatorias.—Aparte la hemorragia y la sepsis postoperatorias, de las que ya hemos hecho mención, debemos consignar también la posibilidad de parálisis vesical.

Se registraron dos casos de tromboflebitis, uno de ellos complicado de embolia pulmonar, de las que los pacientes recuperaron. Hubo dos casos de meningitis.

Fusión.—Se considera la fusión absolutamente contraindicada como parte de la hemilaminectomía para liberar la compresión de una raíz.

Convalecencia.—Hay que considerar tan importante como la misma operación el cuidado postoperatorio. Los músculos paraespinales están en espasmo antes de la operación por falta de uso, con atrofia y, por consiguiente, debilidad funcional; los ligamentos vertebrales están obligados a hacer un trabajo superior al natural, por lo que los movimientos de la espalda también resultan dolorosos, hasta llegar a veces a la psiconeurosis.

Los enfermos no deben abandonar la cama por lo menos durante ocho días, pero con ambulación activa. La diatermia, el masaje, los movimientos pasivos y la natación están contraindicados, por dar en general resultados perjudiciales.

Después de haber pasado dos semanas, ya en su casa, se le prescribirán ciertos ejercicios de flexión. Toda violencia resulta contraproducente. Se le recomendará que salga de paseo diariamente.

En unas diezse manas puede haber cualquier trabajo mientras no requiera levantar pesos, saltar o, en general, esforzar los músculos de la espalda durante el resto de su vida, lo mismo en el trabajo que en las tareas domésticas.

EL ALIMENTO CRUDO QUE PODRIA CONSIDERARSE ELEMENTO DE SUBSISTENCIA DEL HOMBRE

Los dientes de muchos tipos de mamíferos poseen características anatómicas notables, que pueden ser interpretadas como surgidas durante la evolución de la selección y aislamiento tendentes a lograr un mecanismo adaptado para la incisión y masticación de un tipo particular de alimentos. Por ejemplo, el último premolar superior y el primer molar inferior de los carnívoros forman tijeras par acortar huesos. Además, sus largos y afilados colmillos están afilados para triturar la carne. Por otro lado, los herbívoros carecen de colmillos y sus molares tienen un complejo diseño de surcos que engranan con los de los dientes correspondientes en la mandíbula apuesta, constituyendo así un dispositivo eficaz para cortar y moler las hierbas.

Si bien en tales casos puede hacer una correlación evidente entre las características anatómicas de los dientes y el tipo particular del alimento que comen, no debe deducirse necesariamente que la dieta de otros animales pueda ser inferida por unas pocas características dentales de aparente adaptación. Por ejemplo, los colmillos grandes no indican por sí solos al carnívoro. Tales dientes también se encuentran, por ejemplo, en muchos monos, donde encajan con el primer molar inferior, formando una tijera que sirve para cortar hojas y frutos.

En el género humano los dientes constituyen simples órganos para morder y triturar y parece que sus características anatómicas sólo pueden servir de escasa información acerca del tipo de alimento que constituía el sustento del hombre primitivo.

Por otra parte, el grado de desgaste de la corona dental permite algunas interferencias sobre la consistencia del alimento que come normalmente. La dieta de muchos monos contiene mucho material abrasivo que desgasta el esmalte, dejando al descubierto la capa subyacente de dentina. En algunos animales ya viejos desaparece el diseño de la cúspide dental, siendo reemplazado por un simple hoyo de dentina descubierta que abarca la mayor parte de la corona. Los dientes de muchas razas de hombres, desde las de épocas prehistóricas e incluyendo aún algunos grupos primitivos, sufrie-

ron un desgaste semejantes al de la dentadura de los monos. En el hombre civilizado moderno el desgaste no es tan pronunciado, por tanto parece razonable suponer que la dieta del hombre primitivo contenía mucho más material abrasivo que la dieta común de las razas civilizadas modernas.

(S. M.)

III REUNION DE ORTODONCIA

Siguen con actividad los trabajos de organización de la III Reunión que la S. E. R. O. organiza del 20 al 23 de junio, coincidiendo con las fiestas de la Liberación de Bilbao.

Del programa podremos adelantar, que habrá sesiones científicas, demostraciones, películas y mesa redonda, en la que se discutirá sobre el único tema de la «Extracción en Ortodoncia», en los dos aspectos siguientes: ¿Puede utilizarse la extracción en ortodoncia? ¿Qué diente debe extraerse en boca sana?

Habrá también recorrido por las orillas del Nervión y aperitivo en Algorta, obsequio del Ilustre Ayuntamiento de aquella villa, con bellas vistas al Abra o puerto exterior. Almuerzo en uno de los lugares más pintorescos e invitación a los bailes de la aristocrática sociedad bilbaína.

Los óleos, acuarelas o dibujos pueden enviarse a la Exposición de Pintura que se organiza y a la cual pueden concurrir con obras todos los odontólogos españoles, aunque no sean miembros de la S. E. D. O. A las reuniones científicas sólo tendrán acceso los que sean alta en la Sociedad antes de la reunión.

Información: doctor Juan de Arostegui. Ribera, 23, principal, Bilbao.