

“HIPERTROFIAS GINGIVALES POR HIDANTOINATOS Y SU TRATAMIENTO QUIRURGICO” (*)

por

JOSÉ MARÍA MONTAÑA RAMONET

Doctor en Medicina y Estomatología

Entre los medicamentos anticonvulsivantes más acreditados para el tratamiento de la epilepsia, se usan modernamente los derivados de la hidantoina: difenilhidantoina sódica (dilanteno), mesantoina y tiantoinato sódico (fetenilatos). Ultimamente la 5 metil-5 fenil hidantoina, que tiene el inconveniente de provocar reacciones alérgicas,

Tanto éstos como los barbitúricos, las exazolidinodionas, acetilureas y bromuros se emplean durante mucho tiempo en el mismo sujeto y a veces combinándolos entre ellos. El tratamiento se basa en mantener un depósito orgánico del medicamento.

Según Cartes y Merrit (1), el hidantoinato sódico tiene su indicación en el gran mal (generalmente unido a un barbitúrico, a la mesantoina o al tiantoinato sódico) en el petit mal y en epilepsias focales. Dice Abrams (2) que con los hidantoinatos se suprime en un sesenta a ochenta por ciento de los casos los ataques y no se produce hábito. Este es un medicamento que tiene además la ventaja de no ser hipnótico.

Nosotros hemos estudiado varios de estos enfermos que nos han sido remitidos de los servicios psiquiátricos y neurológicos universitarios por sus trastornos gingivales. Son sujetos estudiados con minuciosidad, cuyos datos todos han sido puestos a nuestra disposición: historia clínica, análisis hemático y de líquido cefalorraquídeo, radio y ventriculografías, electroencefalografía, etc.

De tan amplio material lo que más nos interesaba eran los trastornos tóxicos que provocan los hidantoinatos. Y así sabemos que éstos pueden aparecer a distintas dosis y tiempo, según la receptibilidad del sujeto (de seis semanas a quince meses). Los trastornos pueden ser intolerancia gástrica con náuseas, vómitos, malestar de estó-

(*) Comunicación al Congreso Nacional. Palma de Mallorca.

mago, mareo. Inseguridad al andar, nervosismo, ataxia. Síntomas psicóticos e incluso desencadenar el estatus de petit mal. Dermatitis, exantemas. Diplopia y nistagmo cuando la dosis es alta. Y además, el síndrome que nos ocupa, o sea la hipertrofia de las encías.

Esta hipertrofia gingival es casi constante en los sujetos tratados durante largo tiempo. Se ha dicho que este fenómeno se puede retrasar con el amasamiento de las encías y reducir con la administración diaria de tres gramos de lactato o gluconato de cal. Para Thompson y Gillespie (3) es absolutamente imprescindible una limpieza minuciosa de la boca en los sujetos sometidos o que van a empezar un tratamiento hidantoínico. Para Plichet (4) y colaboradores, el cuadro mejora con la administración de grandes dosis de vitamina C y comparan la estomatitis hidantoínica a la escorbútica en el sentido de que los hidantoínatos producen una disminución del ácido ascórbico circulante. De ahí la analogía clínica de ambas estomatitis.

Si el cuadro progresa hacia la forma hipertrófica puede adquirir caracteres de gravedad, que exigen la exéresis quirúrgica y la subsiguiente supresión del medicamento.

En los enfermos tratados hemos podido leer, en sus historias, cómo el cuadro clínico bucal tiene un curso lento, que suele pasar siempre por las mismas fases. La iniciación suele ser solapada y muy poco llamativa, limitándose a una ligera inflamación gingival. Hay formación de pequeñas bolsas y despegamientos de las papilas. Las encías están rojas, sangrantes. Poco a poco las papilas aumentan de tamaño, hasta terminar por adquirir caracteres verdaderamente elefantoides, dificultando tanto el habla como la alimentación. Se produce el molesto trastorno del empaquetamiento de Lado (5). En la zona de los molares, la masa hipertrofiada de cada maxilar choca contra su antagonista. Pero no es frecuente observar por ello lesiones manifiestas. El aspecto del sujeto recuerda el del fibroma lobulado de Williger. Existe siempre sialorrea y una fuerte halitosis comparable a la piorreica.

Esta hipertrofia gingival aparece fundamentalmente con el uso de la difenilhidantoína sódica y del tiantoinato sódico. No se encuentra tal complicación con la mesantoina, pero su uso se ve restringido por las alteraciones que provoca en la hematopoyesis, lo cual exige un periódico examen hemático de control.

En los casos que hemos observado con el cuadro florido de la hipertrofia gingival se ha realizado el examen histológico de la biopsia

gingival. Los informes recibidos (Prof. Bullon) concretan el diagnóstico de hipertrofia de la mucosa gingival consecutiva a un estado inflamatorio crónico. Los caracteres microscópicos son: La capa epitelial de la mucosa contiene en su superficie un evidente estrato córneo. Existe considerable hipertrofia papilar. Los mamelones epiteliales interpapilares son unas veces robustos, y delgados, otras. A expensas de un mamelón único pueden originarse en su vértice dos o tres más finos. El límite con el conjuntivo se mantiene bien y no hay signo alguno que haga pensar en la posibilidad de una neoplasia de estirpe epitelial. El dermis papilar muestra escasas formaciones vasculares y aparece esclerosado y edematoso. Hacia la profundidad el tejido conjuntivo es fascicular y abundan los focos de infiltración linfoplasmocitaria, existiendo también un considerable número de células cebadas. Empleando los métodos de Hotchkiss y de Gamori, como propugnan Turesky y colaboradores (6), se investigaron el glicógeno y las fosfatasas, apareciendo una disminución del primero y aumento de las segundas en la sustancia fundamental, como es típico en los tejidos afectos de inflamación crónica.

Tratamiento.—Creemos que, en los casos moderados de gingivitis, una cuidadosa limpieza personal y técnica puede mantener las encías, aunque algo tumefactas, largo tiempo sin hipertrofiarse. Se exige un tratamiento continuado local y administración de vitamina C. Practicamos también el masaje gingival. Pero estos enfermos no son asiduos de la consulta, y, a la larga, la hipertrofia apareció. Entonces la indicación quirúrgica se impuso, acompañada de la supresión de la droga.

La intervención la hemos practicado siguiendo la pauta de la extirpación por cuadrantes, en sesiones sucesivas. Sólo en un caso se hizo la extirpación total superior e inferior, de una sola vez. Para ello seguimos un método análogo al de la gingivectomía en paradentosis, propuesto por Orban (7) o el descrito por Mead (8). En la zona vestibular seguimos con el bisturí el nivel de los cuellos dentarios, festoneando el corte con bisturí de punta fina como el Graefe, usado en oftalmología. Muchas veces empleamos el bisturí eléctrico con electrodos finísimos como en la técnica de Sugarman (9). Con periorotomo pequeño se despega la encía liberando un buen colgajo. Cuando sangraba mucho hacíamos pequeñas fulguraciones. En la porción lingual seguimos una línea paralela a las piezas dentarias, despegando un poco para tener mayor libertad del colgajo. Luego, pacientemente,

suturamos con seda muy fina, uno a uno, todos los espacios interdentarios. No usamos nunca apósitos. Se prescribía alimentación líquida y lavados a chorro suave.

El resultado de esta intervención fué, en general, bueno, y los enfermos mejoraban no sólo de su afección gingival, sino subjetivamente del problema estético y de dificultad para hablar y alimentarse. No hemos visto recidivas, si bien es verdad que la supresión de la droga era inmediata al acto operatorio.

A pesar de la sutura meticulosa no hemos conseguido nunca una perfecta reinsertación epitelial. No sabemos si es debido a fracaso operatorio, o a que, en el postoperatorio, a lo sumo, puede lograrse una unión mesodérmica entre el tejido conjuntivo de la submucosa y el cemento dentario, tal como lo concibe Cabrini (10). Pero nunca una unión ectodérmica entre esmalte y epitelio gingival, dado que este último se lesiona en el acto operatorio.

Como fnal del presente trabajo, no deseamos que pase desapercibido un hecho por todos conocido. Y ello consiste en reafirmarnos en el importantísimo papel que juegan las encías en el fisiologismo orgánico general y en las respuestas terapéuticas. Las complicaciones orales por toxicosis medicamentosas constituyen ya un amplio capítulo en la especialidad, en el que los trastornos por los hidantoinatos se han venido a sumar últimamente.

B I B L I O G R A F Í A

- (1) Cartes, S., y Merrit, H. H.: "Am. Practic.", 7, 547, 1952.
- (2) Abrams, R. E.: "Philadelphia Med.", 47, 1467, 1952.
- (3) Thompson, E. C., y Gillespie, J. B.: "J. A. D. A.", 28, 10, 1954.
- (4) Plichet y colaboradores: "La Presse Medicale", XI, 43, 1952.
- (5) Lado, R. A.: "Rev. Odon.", XXXIX, 5, 1951.
- (6) Tureski, S. y cols.: "J. D. Research", 30, 6, 729, 1951.
- (7) Orban, B.: "J. A. D. A.", 26, 1276, 1939.
- (8) Mead, S. V.: "Cirugía Bucal, Uteha", 476, 1948.
- (9) Sugarmann, M. M.: "J. of Periodontology", 22, 7, 156, 1951.
- (10) Cabrini, R.: "Rev. Odontol.", XXXVI, 6, 1948.