

bajo y ha estado limitado casi enteramente a aquellos en los que la cantidad de penicilina administrada fué demasiado pequeña, la duración del tratamiento demasiado breve, los intervalos entre las inyecciones demasiado largos, el comienzo del tratamiento siete o más días después del comienzo de la enfermedad, o el uso de la inmovilización inadecuado o nulo. (Altemeier, W. A., y Wadsworth, C. L., Cincinnati, Ohio: *Journal of Bone and Joint Surgery*, 30-A: 657-672, julio de 1948.)

○ OSTEOMIELITIS

ODONTOIATRIA

Evaluación de la penicilinoterapia en la osteomielitis hematógena aguda

Durante los últimos cuatro años han estudiado Altemeier y Wadsworth 71 casos de osteomielitis hematógena aguda en los que se empleó el tratamiento con penicilina.

El reconocimiento de la enfermedad debe basarse en los signos y síntomas clínicos, sin ayuda de los rayos X, en un momento en que puede esperarse que la penicilinoterapia dé excelentes resultados en la mayoría de los casos. En caso de duda se recomienda iniciar inmediatamente un tratamiento adecuado con penicilina, y continuarlo hasta que se haya hecho un diagnóstico definido. Debe darse, por vía intramuscular o intravenosa, una dosis de por lo menos 20.000 unidades de penicilina cada dos o tres horas, y continuarse la administración hasta siete días por lo menos después de estar bien dominados los signos de la infección. En las infecciones graves pueden darse dosis de 50.000 a 100.000 unidades con los mismos intervalos, hasta que se haya obtenido una respuesta clínica. Parece adecuada en la mayoría de los casos una dosis total de por lo menos dos o tres millones de unidades, administradas durante un período de tres o más semanas, pero en caso de respuesta incompleta debe continuarse la administración de penicilina.

Es generalmente innecesaria la intervención quirúrgica de urgencia, y las intervenciones conservadoras pueden aplazarse hasta que haya sido

dominada la infección y corregidas las alteraciones de la fisiología. Los abscesos grandes de tejidos blandos existentes al comienzo del tratamiento deben ser incindidos y drenados precozmente, con objeto de eliminar las toxinas necrotizantes, reduciendo así la toxemia y la necrosis local.

Durante la fase aguda de la infección se recomienda la inmovilización de la zona afectada durante tres semanas por lo menos, preferiblemente mediante una férula enyesada o un vendaje enyesado bivalvo, con objeto de que sea posible la inspección frecuente de la zona enferma, a fin de comprobar la progresión o regresión de los signos de infección local. Está indicada la inmovilización continuada en todos los casos en los que han llegado a ser considerables la decalcificación y rarefacción del hueso, ya que la falta de protección del hueso debilitado puede originar fracturas espontáneas. El soporte activo de pesos debe retrasarse por lo menos tres meses en los pacientes que responden mejor a la terapéutica, y más tiempo en aquellos casos con lesiones óseas más extensas. Está indicada una adecuada terapéutica de sostén con pequeñas transfusiones de sangre repetidas, líquidos, electrolitos y oxígeno, con objeto de corregir las alteraciones funcionales y vencer los efectos de la infección.

Se necesita vigilancia para determinar el progreso y extensión de la enfermedad, así como para descubrir el desarrollo de abscesos de tejidos blandos, complicaciones viscerales metastáticas o artritis purulentas de articulaciones contiguas. Si la infección se hace fulminante, debe

instituirse lo más pronto posible un drenaje quirúrgico de urgencia. Se recomiendan las radiografías en serie, con intervalos de una semana durante las primeras fases de la enfermedad, y con intervalos de un mes durante las fases ulteriores, por lo menos durante un año, para determinar la extensión de la lesión ósea, el desarrollo de secuestros, la afectación de articulaciones adyacentes y el grado de osteoesclerosis.

Los resultados inmediatos de la penicilinoterapia en esta serie de casos fueron notables. Se recuperaron 70 de los 71 pacientes; en la única excepción, un caso grave y descuidado de osteomielitis hematógena aguda de la tibia con septicemia estafilocócica y neumonía, el paciente ingresó en el hospital, ya moribundo, diecisiete horas y media antes de la muerte. La reducción del período de morbilidad fué también notable. Además, la recuperación funcional de la extremidad fué mucho más rápida que con las formas anteriores de tratamiento, permitiéndose a menudo el soporte normal de pesos a los tres meses. Los resultados de la penicilinoterapia parecieron variar, fundamentalmente, con la duración de la enfermedad en el momento de iniciarse el tratamiento, con la dosis utilizada y con la gravedad de la infección en el caso individual.

Los estudios ulteriores indican que la curación del hueso ha sido muy satisfactoria en la gran mayoría de los casos, con restauración de su arquitectura hasta lo normal o casi lo normal y con considerablemente menos osteoesclerosis, formación de secuestros y trastornos de la función de las articulaciones adyacentes. El número de recidivas ha sido

así como que la enfermedad puede deberse a una deficiencia de la hormona del sexo femenino.

3.º La recurrencia, poco común, de los síntomas menstruales y su suspensión a la interrupción del tratamiento, establece una relación definida entre el empleo tópico del estrógeno en la boca y las condiciones ginecológicas.

4.º Una mayor resistencia a la infección respiratoria y el mejoramiento de la enfermedad gingival, como consecuencia de una terapia intensiva con vitaminas, indican una posible complicación de este caso por una avitaminosis de larga duración.

5.º Sólo se obtendrán resultados con un tratamiento prolongado, una amplia dosificación y la plena cooperación del paciente. (*Trib. Odont.*, núms. 3 y 4.)

H HORMONAS

ODONTOIATRIA

Empleo de las hormonas sexuales femeninas en tratamiento de la gingivitis descamativa crónica, por el DR. F. V. MINDEN.

Entre las manifestaciones que durante más tiempo han desconcertado a los odontólogos, una de las más interesantes y persistentes es la gingivitis crónica descamativa. La enfermedad ha sido descrita ampliamente por Thoma, Greembaum y Cahn. La opinión común es de que el síndrome se debe a una extensa inflamación del tejido gingival marginal, seguida de una descamación del epitelio papilar y gingival, exponiendo de este modo el característico tejido conectivo de color fuerte rojo azulado que sangra, rápidamente, a la menor irritación.

Thoma y Prinz creen que la enfermedad es de origen hormonal o de origen endocrino, ya que se da, con mucha frecuencia, en mujeres con desarreglos menstruales o en aquellas que se hallan en el climaterio.

Las tres clases de esta enfermedad descritas por Ziskin y Zegarelli son: atrófica, descamativa verdadera y vesicular. Estas vesículas o ampollas pueden estar dentro o debajo del epitelio, conteniendo su fluido bacterias. El enrojecimiento gingival aparece primeramente en las superficies labiovestibulares de ambas mandíbulas, y las papilas están muy edematosas. En la clase puramente descamativa, el epitelio de la superficie se separa del tejido subyacente. En la clase vesicular, las ampollas, rellenas de un líquido claro de aspecto de suero, se forman y rompen.

dejando úlceras superficiales cubiertas de granulaciones. Estas lesiones tardan en curarse, recurriendo solamente en otras partes y a intervalos. Las encías son extremadamente tiernas a la presión, existiendo una sensación de quemazón, relacionada con la ingestión de alimentos sólidos o de alimentos calientes. Los alimentos fríos son muy tolerados.

Hasta el presente día, las autoridades en esta enfermedad están en desacuerdo acerca de su origen, causas contribuyentes, tratamiento y pronóstico; pero han admitido que no existe ningún tratamiento adecuado. Prinz y Greembaum pretenden que "la presencia de los dientes es un imperativo para su manifestación". Recientemente, Ziskin y varios colaboradores han introducido una nueva teoría, basada sobre la hipótesis de que estas enfermedades gingivales crónicas son debidas a una deficiencia hormonal del sexo. Esta teoría fué confirmada más adelante por los estudios verificados por Ziskin sobre mujeres que padecían de varios disturbios ginecológicos debidos a una deficiencia de estrógeno (la hormona del sexo femenino) y que respondieron favorablemente a su administración (estrógeno es el monobenzoato de estradio, conocido comercialmente como Progynon B). En este trabajo experimental, Ziskin estableció la utilidad del estrógeno como estimulante del tejido conectivo. Observó que aquél originaba una capa más firme y definida de queratina en la encía alveolar, produciendo una hiperqueratinización e hiperplasia del epitelio oral. Demostró asimismo, en estudios verificados sobre hombres, que el propionato de testosterona ejerce una acción

estimulante sobre el epitelio y tejido conectivo, con un beneficioso resultado para las encías. Basándose en estos hallazgos, Ziskin y Zegarelli trataron una serie de diez casos de gingivitis descamativa crónica (ocho mujeres y dos hombres) con la administración tópica de hormonas gonadales, de acuerdo con el sexo del paciente. Después de dos o tres meses de un tratamiento concentrado y continuo, seguidos de un período de tratamiento intermitente, manifestaron que todos los casos se habían beneficiado e incluso varios habían sido curados definitivamente. La clase que mejor respondió al tratamiento fué la de la descamativa verdadera, mientras que la del tipo vesicular fué la más resistente.

Aunque los casos de gingivitis descamativa crónica se dan raramente, el autor recientemente tuvo ocasión de observar y tratar un caso de tipo vesicular.

S u m a r i o

1.º El autor indica que este caso de gingivitis descamativa crónica fué resistente al tratamiento. Se requirió más de un año (con interrupciones) para lograr un considerable mejoramiento, y cerca de dos años para establecer la cura.

2.º Los resultados obtenidos por el empleo tópico, prolongado, de estrógeno, indican su valor como agente terapéutico de esta enfermedad.