

LESIONES BUCALES MAS COMUNES EN EL NIÑO

por el

DR. E. R. RECAGNO URRUTI

Queremos tratar un tema que si bien no reviste gravedad en sí, lo puede ser por las consecuencias que acarrea.

Nos vamos a referir a las afecciones más comunes en la boca del niño que necesitan pronto diagnóstico y tratamiento. Y trataremos de englobar con el nombre de estomatitis a todas estas afecciones, aunque no sea lo apropiado, pues este término implica la lesión total de la misma, y esto no siempre suele ocurrir.

Estas lesiones orales son temidas por el médico, pues no suele encontrar el medicamento adecuado para que actúe prontamente, y es así que, contagiado por la ansiedad familiar, cambia de antibióticos y específicos, con lo que pone en descubierto su inexperiencia en este tema.

Creemos que el médico debe imponer su criterio al familiar, al explicarles que es una enfermedad que durará un tiempo variable entre cinco y diez días, necesitando sólo medicamentos calmantes y esperar la resolución de la misma.

Como trataremos las dos más comunes, dejaremos de lado la S. aftas de Bednar y la secundaria infección de Vincent, por ser menos frecuente su aparición. Nos referiremos a la estomatitis herpética o ulcerativa o mal llamada aftosa, y a la moniliasis bucal o muguet.

Con respecto a la primera diremos que es sumamente difícil indicar el germen productor, aunque se acepta sea un virus (herpes simple) el causante. Su aparición generalmente no causa de entrada lesiones clínicas y lo hace en forma silenciosa; su reconocimiento se haría por el laboratorio. Pero una vez instalado aparecen los síntomas propios, como fiebre, molesta insalivación, dolor al tragar, inquietud, llanto, alitosis a causa de la muerte de tejidos, completando el cuadro clínico la adenopatía cervical.

El examen físico nos muestra una mucosa hiperhémica sumamente húmeda y sangrante a veces, que, observada en el borde dentario, parece como si la encía fuese a cubrirla. También se ven pequeñas úlceras superficiales sumamente dolorosas, secuelas de primitivas vesículas.

La duración de este cuadro infeccioso medicado o no, si no existen secuelas, es de unos seis a diez días.

Tratamiento

Es necesario en esta enfermedad tratar el cuadro local y general, es decir, la lesión focal, y mantener un estado nutritivo adecuado, pues el niño no se alimenta por el dolor que le produce la deglución. Calmar el dolor con anestésicos locales en forma de jaleas la usamos nosotros, y analgésicos comunes como los derivados de la aspirina por supositorios y si es posible por la boca.

Luego, tratar de alimentarlos con líquidos o papillas fluidas de cualquier clase, en esos momentos de calma y en forma repetida.

Los cítricos no son tolerados, pues por su acidez producen dolor, y con ello aumentamos el cuadro de molestia y desconfianza para dar otros alimentos más útiles y menos molestos.

Debe insistirse en ofrecer repetidamente el alimento, pues estas pequeñas cantidades se suman y ayudan a mantener su buen estado nutritivo y con ello acelerar su mejoría y evitar dar sueros paraenterales en los que llegan a la deshidratación.

Los antibióticos sólo los usamos para prevenir infecciones sobregregadas al disminuir las defensas y en casos especiales.

La terapia local en base de medicamentos que no sean calmantes no la usamos, porque no la creemos útil y, además, que se aumentan las lesiones locales al no encontrar cooperación en el niño y en la inexperience de la madre.

Muguet

Esta es una afección de las mucosas, en especial del lactante, que es en realidad de más cuidado y, repetimos, no tanto por la enfermedad en sí, sino por las consecuencias que puede traer.

Un lactante con muguet, casi con seguridad va a dejar de comer si no se lo medica, y, por consecuencia, va a estar expuesto a cuanta infección exista al disminuir sus ya escasas defensas.

Es una enfermedad que últimamente hemos visto con más frecuencia que antes, y no creemos que sea exclusivamente por el uso indiscriminado de antibióticos, como se está insistiendo en este momento, pues la vemos con frecuencia en el recién nacido y en el lactante que no ha recibido estos medicamentos, ni la madre tampoco; casi nos inclinaríamos

a pensar que existe una predominancia de este tipo de afección, aunque no dejamos de reconocer la importancia que tiene la vía vaginal como contacto, y donde aceptamos que puede vivir este hongo como saprófito.

Hace unos años era más común verlo en distróficos, o en los recién nacidos que podrían haber tenido alguna manipulación bucal y con ello haber favorecido una puerta de entrada al hongo, o también en los hospitales por la falta de higiene en los biberones.

Producido este cuadro por el *Candida Albicans*, esparcido en la naturaleza en forma abundante, no es por sí causa de enfermedad, excepto bajo las causales antedichas.

Los primeros signos son dados por la madre, que observa en la boca de su hijo unas placas blancas, que si bien al principio no les hace caso, al ver que las mismas progresan y empiezan a agregarse malestar general y una mal llamada anorexia, pues el niño quiere comer, pero no puede, se decide a consultar al médico.

Este encuentra la boca del niño cubierta por una capa blanca, que suele respetar a veces parte de la misma, en especial las zonas que tienen roces entre sí, pues impiden la anidación del hongo, con un espesor que varía, si ha sido tratado o no con anterioridad. Súmase a este cuadro local la alteración de su estado general por el tiempo que lleve enfermo y también por el estado de salud que tenía con anterioridad al mismo.

El tratamiento que tiene que hacerse ha de tener en cuenta su lesión local y su estado general, pues es diferente el trofismo y las defensas en un eutrófico, al cual podemos dedicarle toda la atención a su lesión local, al de un distrófico, a quien tenemos que reponer toda su estructura, pues de nada valdría curar su lesión local si estamos seguros que por falta de defensa va a ser campo fácil para una nueva reinfección. Entonces, dejando de lado el tratamiento general por todos conocido, iremos a poner en revisión los medicamentos usados con más asiduidad y los que creemos más útiles.

Comenzaremos por el clásico bicarbonato y biborato de sodio, que no por viejo deja de ser útil; el inconveniente que tiene es la forma cómo se usa. A diario vemos niños con la mucosa sangrante por la forma intempestiva como se pasó un tópico o el dedo recubierto en gasa, favoreciendo con ello la reimplantación de nuevos focos micóticos. El medicamento que se utilice debe ser colocado sobre la mucosa muy suavemente para que por contacto neutralice al germen; por eso aconsejamos el bicarbonato en papilla y poniéndolo entre las encías y la mejilla para que el niño, con su movimiento de insalivación, lo distribuya por toda

la superficie bucal. Usamos, decimos, el bicarbonato, pero en las formas de comienzo y muy leves, dejando para los cuadros más delicados el medicamento que creemos más efectivo en este momento para el muguet y que son las pincelaciones de cristal de violeta de genciana, según la farmacopea americana, es decir:

Cristal de violeta de genciana	1 g.
Fenol	1 cm. ³
Alcohol	10 cm. ³
Agua destilada	100 cm. ³

La usamos diaria y generalmente al acostarlo a la noche; si fuera muy intensa la lesión, lo repetimos por la mañana; pero, generalmente, con una o dos aplicaciones desaparece.

Ultimamente apareció un antimicótico, la nistatina, que hemos tenido la oportunidad de usar en forma de polvo, haciendo una papilla, la que pasamos por la boca del niño dos o tres veces al día, con el que tuvimos también muy buenos resultados.

(*per* «Sem. Med.», 767, 1958.)

Malformación de las orejas como un signo del tracto urinario.—En este trabajo de Hilson (B. M. J. 1957 2, 785) se lleva la atención entre la asociación de orejas deformadas y malformación congénita del tracto génitourinario.

Las deformaciones de las orejas son similares a las vistas en niños con agenesias renales.

No todos los niños que mueren con agenesia renal tienen las largas orejas flácidas descritas por Pelter, pero están presentes otros «patrones» de anomalías que se describen.

Parece haber una asociación genética entre la agenesia renal, la ausencia unilateral de un riñón, la peculiaridad de las orejas y otras malformaciones del tracto génitourinario.

Una creja malformada en presencia de enuresis, disuria, cólicos abdominales u otros síntomas referibles al tracto génitourinario, justifican la precoz pielografía.

La asociación familiar de este complejo clínico no parece estar ligado al sexo.

Se presenta un número de casos de deformación auricular unilateral en los cuales el tracto renal estuvo afectado del mismo lado.

Anomalías congénitas del tracto génitourinario ocurren sin asociación con defectos auriculares. En la serie presente, la relación ha sido 3:41.

A su vez, ocurren deformaciones auriculares sin deformaciones del tracto génitourinario.