

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

Dirección: Miguel Sáenz de Pipaón y Tejada, D. D. S.
de la Asociación de Prensa Médica Española



MADRID-1

Jorge Juan, 39

Editorial

Número 219 ()

1965

LOS ANTIBIOTICOS COMO TOPICOS

Una editorial de *Revista Clínica Española* (4. XCV, 1964; 255) nos mueve a pergeñar estas líneas en un comentario sobre la acción tópica de los antibióticos.

En estas mismas páginas hemos publicado trabajos distintos y casuística propia y extraña de los diferentes tipos de reacción, desde la más simple hasta la de terminación fatal. Cumple ahora subrayar la acción tóxica, el peligro potencial, de su aplicación tópica, por los peligros a la sensibilización por contacto.

Conocemos el empleo de los antibióticos en distintas industrias, pero es en la cosmética en donde Carney (*J. Am. Med. Ass.*, 186, 646, 1963) la ha señalado últimamente, como, por ejemplo, en el olor axilar, naturalmente que no dependa de actividad endocrina. En efecto, en estos casos se ha utilizado el sulfato de neomicina como excelente desodorante, ya incorporado a distintos preparados comerciales de perfumeraí.

Es cierto que este antibiótico es tóxico administrado internamente, pero en su forma tópica es tan escasa su absorción que lo hace inocuo prácticamente, pues las reacciones alérgicas son raras. Por su acción, los gérmenes gram-positivos se reducen o desaparecen, aumentando, por el contrario, los negativos, sin que esta alteración presuponga perjuicio alguno. Su prolongado uso no da lugar a resistencia, como ocurre con la penicilina y estreptomicina y tampoco a la candidiasis, aun no siendo este hongo sensible a la neomicina.

Decíamos que las reacciones alérgicas son más bien raras en cosmética, pues hemos de considerar que su aplicación es sobre piel normal, que, lógicamente, es más difícil de sensibilizar que la afectada o enferma.

Los antibióticos como tópicos, aunque sean débiles alérgenos resultan más bien perjudiciales en el acné, por ejemplo, además de que su eficacia sea poca o ninguna. Su empleo está, pues, limitado a cada caso, máxime teniendo en cuenta que la terapéutica clásica no ha perdido su eficacia.

De la bacitracina ya estudiamos, por alguno de nuestros colaboradores, en estas páginas, su acción en el tratamiento de canales radiculares, la cual, junto con la polimixina, tiene un índice muy bajo de sensibilización, lo contrario precisamente de la tirotricina y neomicina, cuyo índice es alto sobre la piel lesionada.

Es, pues, un riesgo innecesario el que se corre con el empleo no riguroso de los antibióticos al exponernos a sensibilizar a un enfermo por la aplicación tópica, pongamos por caso (Carney), en un empétigo susceptible de ser tratado satisfactoriamente con medicamentos, además, más eficaces. Sensibilización que puede impedirnos, además, su empleo en un momento crítico dado o hacernos, por ello testigos, de una solución fatal.

Carney, ya citado, relata tres historias seguidas de muerte por estas reacciones, en casos más trágicos por haberse derivado la sensibilización de la innecesaria administración de un histmínico.

Hesch (J. A. M. A., 172, 1, 1960) refiere el caso de un paciente de veinticuatro años que por molestias en la garganta tomó un tableta de 10 mg. de benzocaína y 1 mg. de tirotricina y clorofila. Casi inmediatamente se le presentó un trastorno respiratorio agudo y progresivo, entrando en coma en menos de veinte minutos y muriendo antes de habersele podido prestar ningún tratamiento.

Esta historia pone en evidencia el posible peligro del *chock* anafiláctico por medicamentos de tan fácil adquisición y empleo. Soriano (Anls. d. Med., 1, 1, 1963) estudió ya este aspecto de la reacción.

Schuppli, de Basilea, estudia un caso de necrosis tóxica epidérmica, con desprendimiento laminar epidérmico de la conjuntiva y de la mucosa bucal, esta vez tras la inyección de fenilbutazona por sensibilización por el mismo medicamento administrado un año antes para prevenir una trombosis en una intervención en el estómago. Este caso tuvo un desenlace fatal a los quince días.

Gómez Orbaneja (Europa Med., 195, 4, 1964) ha estudiado el mecanismo patogénico de la alergia de contacto producido por las sustancias químicas de bajo peso molecular y compues-

tos químicos sencillos, incluso sales metálicas, al producir reacciones eczematosas tras el período de incubación, alteraciones reaccionales específicas en el órgano cutáneo. Una vez fraguada esta sensibilización se produce la sintomatología reaccional, por lo general, de veinticuatro horas a cuatro días.

Gómez Orbaneja estudia dos tipos de acción: a), aquella consecuente a la sensibilización específica y b), otra de naturaleza irritativa, exigiendo ésta concentraciones más altas de la sustancia desencadenante. En los casos de sensibilidad exaltada puede tener más interés el dilucidar si se trata de un conflicto antígeno-anticuerpo.

De la aplicación de la sustancia sensibilizante sobre la epidermis se deriva una generalización que se produce "de célula a célula", por contigüidad, por vía linfática. La sustancia reactiva que produce el organismo llega a la epidermis por vía sanguínea.

Esta hipótesis parece confirmarse por la experiencia denominada "del islote". Consiste ésta en delimitar con el bisturí un islote de epidermis con una incisión profunda. Aplicada la sustancia sensibilizante en la epidermis del islote, no determina sensibilización ni del islote ni del resto de la superficie cutánea.

Asimismo es cierto que la sustancia sensibilizante no es capaz de organizar reacciones en tejidos *in vitro*.

Explica Gómez Orbaneja cómo el sistema linfático desempeña su papel en la sensibilización, ya que los linfocitos del animal sensible tienen distintas propiedades que los del animal normal, lo que ya ha sido demostrado con nuevas pruebas por Landsteiner, transmitiendo una sensibilidad de tipo tardío, para lo que empleó una mezcla de estromas de hematíes y bacilos tuberculosos.

Sidi e Hincky (1964), de la Fundación Rothschild, de París, han referido reacciones de tipo queratósico en el pulpejo de los dedos en los dentistas, enfermeras y médicos que manejan anestésicos o antibióticos, reacciones que pueden también ser causadas por el nylon teñido o por las sales de cromo (empleadas como mordientes en el curtido de la piel) en la industria zapatera o en la de guantes.

Los mismos autores insisten en la frecuencia de las estomatitis que pueden aparecer en sujetos que llevan prótesis dentarias construidas con estelitas, aleaciones bajas de acero al cromo, níquel, etc., que se conocen en el comercio con nombres como vitalio, wironita, everfita, platinom, wisilio, nobilio, novilok, etc. Los citados autores (Sidi, Hincky, *Eurp. Med.*, 209, 4, 1964) refieren casos con sensación de quemazón en la boca acompañada de una lengua atrófica sin papilas o dermatitis

peribucuales eczematiformes. Midana y Zina, de Turín (ibídem, 223), citan las aleaciones al cromo cobalto o al níquel cobalto como reactógenos aún en estado puro.

El cromo determina en los puntos de contacto lesiones de tipo eritematoso intenso con vesículas papilomatosas que rápidamente exudan y se difunden. Las reacciones al níquel son más ocasionales, las del cromo resultan difíciles de identificar, siendo las del cobre menos frecuentes. Calman (1956) ha registrado las correspondientes al níquel provocadas por las partes metálicas de las ligas, en las que el sudor es capaz de extraer el alérgeno facilitando su penetración en la piel.

Los citados autores italianos explican así el mecanismo sensibilizante: "Independientemente de cuál sea la modalidad del contacto sensibilizante, no hay que prejuzgar el mecanismo íntimo por el cual se realiza la alergia al metal (metal — hapteno + proteína = alergia específica) o acción desnaturalizadora de las proteínas orgánicas, transformándose así en antígenos completos cuya especificidad quizá esté atenuada por una posible evocación de la respuesta reactiva a la acción de otros metales, perdurando y aumentando así la sensibilidad" (Midana y Zina). Sin olvidar que las reacciones alérgicas no son automáticas, aun cuando su etiología esté demostrada por las pruebas clínicas.

De todo cuanto se ha expuesto se infiere la necesidad de disponer de un test que nos prevenga contra el posible riesgo que siempre corre el enfermo de sufrir una grave reacción o hasta de originar un *shock* anafiláctico.

Los autores americanos utilizan el método de la degranulación basófila, pero resulta demasiado complicado para uso sistemático (Brit. Med. J., 1, 5394, 1964) y, en consecuencia, emplean el ácido penicilénico o peniciloico —producto de la degradación de la penicilina— como agente sensibilizador. En efecto, se ha preparado una combinación de un derivado peniciloil de la penicilina y un polipéptido, que no es por sí mismo sensibilizante.

Posteriormente se ha estudiado el empleo de la peniciloil-polilisina como test previo al tratamiento con penicilina benzatina en la fiebre reumática.

En cualquier caso la interpretación de los resultados como positivos del test es siempre difícil; ni esta prueba acredita el tipo de sensibilidad que pueda surgir; sin embargo, se espera que día llegue que sea posible el evitar los peligros de la reacción alérgica o anafiláctica por la administración de los antibióticos.