

PROTECCION ANTIBIOTICA EN LA EXODONCIA

por el

DR. JOSÉ ALVAREZ DE EULATE

Venezuela

616.314—089.871—06:94

La protección exodóncica viene preocupando de atrás a los dentistas que siguen con interés las investigaciones de los hombres de ciencia.

La bacteriemia consecutiva a la extracción dental es evidente y está demostrada por todos los investigadores. Recientemente, Coffin y Thompson ("Lancet", 2, 654) han obtenido sangre de la vena cubital de 958 pacientes durante o inmediatamente después de la extracción de dientes con anestesia de óxido nítrico. De algunos de ellos se hicieron dos o más hemocultivos y con un total de 1.223 análisis. Los primeros doscientos cultivos fueron aerobios y anaerobios, más como en ninguno de ellos aparecieron organismos anaerobios, el resto fueron incubados únicamente como aerobios. No obstante, se hicieron cultivos en agar-sangre incubándolos en ambas formas.

De los 1.223 hemocultivos se aislaron, en 249, once formas diferentes de organismos, siendo positivos en el 26 por 100 de los casos; ahora bien, excluida la posibilidad de contaminación de la piel, al hacer la punción venosa, el tanto por ciento quedó reducido al 15 por 100.

La posibilidad del cultivo estuvo en relación con el número de raíces del diente extraído, de tal forma que aun cuando se extrajo un solo diente de varias raíces, la incidencia fué mayor, llegando al 14.5 por 100, como es el caso de los molares superiores; y así los molares y premolares inferiores son las extracciones que menos positividad produjeron, llegando a los incisivos, en los que no se mostró bacteriemia, cultivos positivos.

Los casos de extracciones difíciles dieron lugar a más intensas bacteriemias, y aún más probablemente los de piorreás avanzadas, más que los mismos de abscesos apicales agudos, o de caries.

Tengo que decir que la sencillez de las maniobras en el momento de la extracción influyeron en la bacteriemia y que el organismo más frecuentemente hallado fué el *streptococo viridans*. Cuando precediendo a la avulsión se cauterizó a fondo el saco gingival, la bacteriemia o no apareció, o fué mucho más fugaz.

Okell y Elliot ("Lancet", 2, 869, 1935) demostraron que la bacteriemia se producía ya en el momento de apalancar el diente para su extracción, mientras que Round, Kirkpatrick y Hails (1936), afirmaron que se presentaba en los casos de piorrea avanzada, por el momento de masticar alimentos duros.

Con respecto a la infección periapical, Fish y Maclean (1936) explicaron como más posible la bacteriemia en los casos de parodontoclasia, más que en las enfermedades propiamente de la pulpa, ya que el fondo del saco gingival es la fuente de donde se expande el *streptococo* al torrente circulatorio. Así nos podemos explicar el que el solo movimiento de los dientes, produciendo una presión negativa en el alvéolo, arroje las bacterias del fondo de saco a los linfáticos periodontales y de ahí a la circulación, con mayor fuerza si existe verdadero trauma.

En realidad, tenemos que la proposición de Hobson y Juel-Jensen ("B. M. J.", 1956) es demasiado radical si su conclusión es convertir en desdentados a todos los pacientes con procesos cardiopáticos, y, sobre todo, pone en evidencia no sólo a la ciencia odontológica dental, sino a la médica. Por otro lado, nada nos dicen de la posibilidad no sólo del tratamiento local habitual del alvéolo tras la avulsión, sino el "dressing" de los americanos, o sea, los conos de penicilina, polvo de sulfamida, etc. Sin contar con el adecuado del equilibrio dinámico en la masticación, colocar los dientes ausentes, los tratamientos dentísticos propiamente, etc., para sólo en última instancia ver perder dientes y muelas de estos enfermos cardíacos. Por supuesto que su higiene oral ha de ser más cuidada que la de los otros de nuestros pacientes.

Para el tratamiento antibiótico de la e. b. s., la escuela de Jiménez Díaz, en España, administra penicilina por vía endovenosa a la dosis de un millón de unidades en 20 centímetros cúbicos de agua bidestilada, cantidad que se inyecta lentamente durante tres o cuatro minutos, y se repite cada ocho horas. A esto añade el citado autor por vía intramuscular 1 gramo de dihidroestreptomicina en dos veces, antes

de las dos principales comidas del día. Al cuarto día se hace un nuevo hemocultivo y si resulta positivo se aumenta cada dosis, de las distintas del día, en medio millón cada una, y si fuera necesario, en un millón. Se subraya, sin embargo, la importancia de utilizar el agua bidestilada en lugar del suero fisiológico para evitar la intolerancia de las inyecciones.

De 18 casos de e. b. s. tratados (Real, 1953) debidos la mayoría (16) al *streptococo viridans*, 17 curaron en menos de un mes, pero continuó el tratamiento durante un mes más para tener la certeza de su curación. Sólo un caso de éstos, debido a un organismo abacteriano, terminó con el deceso del enfermo.

Rhoads, Schram y otros (1950) consideran suficiente protección para la intervención exodóncica (dientes, amígdalas, etc.) la administración de 300.000 unidades de una mezcla de procaína penicilina cristalina amortiguada G, en suspensión acuosa, en proporción de uno a tres. También obtuvieron dichos autores protección suficiente—hemocultivos negativos—en pacientes con 100.000 unidades de penicilina en solución acuosa. En otros casos consiguieron protección con una sulfonamida a dosis de dos gramos en solución salina al 20 por 100, con tres hemocultivos positivos de 39 pacientes. Sin embargo, Rhoads y sus colaboradores se deciden por las 400.000 unidades de penicilina de una mezcla de procaína y penicilina cristalina G, en suspensión acuosa, en proporción de uno a tres, y se declaran partidarios de la protección poco menos que de manera sistemática.

Oglesby, del Hospital de Massachusetts (1949), aconseja un exquisito cuidado en las maniobras de avulsión, mucho más si se trata de enfermas con historia reumática o cardíaca. Este autor aconseja la inyección intramuscular de 300.000 unidades de penicilina dos horas antes de la extracción dental. También cree posible la protección con 100.000 unidades inmediatamente antes de la extracción y 50.000 unidades cada tres horas después de la intervención y durante las veinticuatro horas siguientes.

Friedberg (1952) halló también el *streptococo viridans* en los hemocultivos en seis de once enfermos, administrándoles aureomicina a la dosis de cuatro a seis gramos, mas, sin embargo, hubo de terminar el tratamiento a seis de ellos con penicilina, de lo que deduce que es la penicilinoterapia la que se debe administrar por vía intravenosa o intramuscular, prefiriendo asociar la aureomicina en las endocarditis

influenze, y a la dihidroestreptomicina en los enfermos de endocarditis raras.

Con un tratamiento antibiótico acertado se puede, con la penicilina o en combinación antibiótica, no llegar a una curación bacteriológica sino aparente, como se ha demostrado en el examen *postmortem* de las lesiones bacterianas activas en el endocardio valvular mural, cuyas lesiones profundas no fueron accesibles al antibiótico, no obstante los largos meses de tratamiento. Estos casos pueden llegar a ser calificados clínicamente de recaídas o reinfecciones, quizás motivadas por las mismas intervenciones exodónicas, cuando en realidad se trata de un caso ininterrumpido de e. b. s.

Estos casos, quizás excepcionales, pueden o podrían tener su salvación en una terapéutica antibiótica masiva como la que Hamburger y Stein ("J. A. M. A.", 1952) administraron, al recurrir a 15 millones de unidades de penicilina diarias durante dos semanas, al percibirse, por el estudio hemolítico, como penicilinoresistente el *streptococo viridans*. La vía empleada en este caso fué la intramuscular que prefirieron como más práctica y segura. La muerte de uno de estos enfermos por infarto pulmonar pudo poner en evidencia que había sido lograda la curación bacteriológica.

Esta pauta quedó últimamente modificada por los mismos autores con la administración de 2.500.000 unidades disueltas en 5 centímetros cúbicos de agua destilada; unos momentos antes de la inyección añaden 2 centímetros cúbicos de procaina al 2 por 100 e inyectan cada cuatro horas.

Por estas referencias, podemos ya saber que sólo en raros casos, pero en algunos, necesitaremos protección antibiótica para la avulsión en pacientes que no tengan historia cardiopática, y de tenerla, conocemos ya la pauta que deberemos seguir, aun cuando creemos indispensable, sin embargo, la consulta con el cardiólogo que tratare a nuestro paciente.