

REVISION DEL PROBLEMA DE LAS ALVEOLITIS

por

JOSE MARÍA MONTAÑA RAMONET

Doctor en Medicina y Estomatología

Una de las complicaciones más molestas de la exodoncia la constituyen las alveolitis.

Sinonimia.—Alveolitis, absceso alveolar, osteomielitis del hueso alveolar, osteitis alveolar, osteomielitis atenuada, osteitis condensante alveolar, gingivoosteoperistitis.

La alveolitis se desarrolla sobre la herida reciente de una extracción. Generalmente a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas. Son raras las alveolitis tardías.

Se pueden presentar después de la exodoncia de cualquier diente, muestran una especial predilección en asentar sobre las extracciones realizadas en la arcada inferior y especialmente en el grupo posterior. Según Krogh (1), el 95 por 100 se da en bicúspides y molares inferiores.

La afección puede extenderse más o menos. Puede resumirse al coágulo. Seguir adelante y afectar la cortical del alvéolo. E incluso penetrar en la trama esponjosa y constituir una verdadera osteomielitis. Para algunos autores (Mead) (2), la alveolitis es siempre una osteomielitis del hueso alveolar. West (3) la llamó osteomielitis atenuada.

Etiología.—Todos aquellos factores que impiden la formación de un coágulo normal y su ulterior desarrollo son de hecho causas de la alveolitis. Ricker (4) no le da tanta importancia a la coagulación en sí como el papel del sistema endotelial. Sin embargo, para Ferré (5) la alveolitis se produce siempre en alvéolos faltos de coágulo.

Al realizar una extracción el alvéolo se llena de sangre, se forma un coágulo. No es sitio aquí de discurrir sobre el proceso fisiológico de la coagulación, pero se piensa que la red de fibrina aproxima algo los bordes de la herida. La capa más superficial se cubre de una

verdadera costra de fibrina que engloba elementos formes y constituye una barrera. Para Euler (6) esta capa no sería sino producto del epitelio proliferado de los bordes. Bajo ella las transformaciones se suceden. El coágulo es invadido por tejido conjuntivo y vasos neoformados, con células gigantes. Desde la raíz hasta el borde se va neoformando el hueso, en un principio tenue, como puede observarse en una radiografía; luego denso, como el de la vecindad. También el alvéolo desde el borde hacia abajo sufre una retracción. Con ello la mucosa contacta borde a borde y se cierra la herida. Claflin (7), por medio de experimentos en perros, pudo comprobar que el alvéolo se llena de hueso a los treinta y un días de la extracción.

Causas.—Las causas que determinan la aparición de una alveolitis se consideran locales y generales. De ellas tienen una importancia primordial las locales, a las cuales vamos a dedicar primero nuestra atención.

Las causas generales son asimismo indiscutibles. Sin embargo, algunos autores (Gardner (8) no dan importancia alguna a este apartado.

Por supuesto, puede coadyuvar más de un factor. Es muy difícil por ello predecir en cuál extracción de las realizadas, según las mismas normas y siguiendo la misma técnica, se va a presentar la alveolitis. En realidad, la alveolitis está potencialmente en toda extracción.

Causas locales.—Las causas locales de las alveolitis las clasificamos en primarias o anteriores a la extracción, y secundarias o posteriores a ella. La manifestación lógicamente ha de ser postexodónica, pero la causa puede ser anterior a ella o la infección desarrollarse después.

La patogenia de las alveolitis primarias nos la da su misma esencia: el hecho de ser la alveolitis una enfermedad del alvéolo. Así, pues, la alveolitis está en potencia en todas aquellas enfermedades que afectan al paradencio (periodontitis, absceso apical, absceso marginal alvéolo supurado, osteomielitis, dientes con hipercementosis, gangrena pulpar que puede dejar una infección residual). En determinados casos este proceso puede no manifestarse después de la extracción, a pesar de existir una de las causas que antes enunciábamos. Ello es debido a una buena reacción tisular. Cora (9) dice que con una avulsión correcta puede desaparecer una alveolitis en potencia. Le da una gran preponderancia siempre a la parte técnica de la intervención.

Desde luego, es llamativa la tendencia a la rápida curación de la exodoncia practicada en los piorreicos.

Las alveolitis locales secundarias pueden referirse, de un lado, a la intervención del profesional, y de otro, estar originadas por el propio enfermo.

Las originadas por el profesional pueden deberse a la *anestesia*:

- 1.º Uso de soluciones de deficiente preparación. Peligro casi inexistente, dada la pureza de los productos manufacturados.
- 2.º Exceso de adrenalina. La solución más corrientemente empleada es al 2 por 100. Existen otros anestésicos (Xilocaína) carentes de este peligro.
- 3.º Inyección rápida (dolor y fenómenos vegetativos).
- 4.º Inyección a baja temperatura.
- 5.º Inyección en tejidos inflamados o infectados (dolor, septicemia).

Todos estos fenómenos se presentan en menor porcentaje ejecutando la anestesia troncular.

Instrumental:

- 1.º Esterilización defectuosa.
- 2.º Agujas despuntadas o doblado el bisel en anzuelo. Esto último puede ocurrir al chocar contra el hueso. Al retirar la aguja se desgarran los tejidos. La rotura de las agujas puede crear grandes problemas.
- 3.º Traumatismo del alvéolo por fresas en la extracción de raíces por tal método. El calentamiento por rotación necrosa los tejidos. Por ello, se aconseja por algunos el empleo del cincel.

Técnica:

- 1.º Extracción durante estados inflamatorios e infecciosos. Con buena preparación, sin embargo, no es de temer nada (De Vicente (10) y Merino (11)).
- 2.º Desgarros en las encías. Se pueden evitar, en parte, desepioriosizando.
- 3.º Extracciones laboriosas generalmente por rotura de raíces. En estos casos interviene mucho la constitución anatómica regional.
- 4.º Abandono de estos radicales o septum interradicular dislacerado.
- 5.º Indebido raspado del alvéolo. Sobre este punto hay diversidad de opiniones. Algunos autores sostienen la necesidad de raspar

sistemáticamente. Para Osterloh (2) la alveolitis es debida a que después de la extracción no se ha eliminado la porción de hueso alveolar condensado. La tendencia más moderna es la de no tocar el alvéolo nunca.

6.º Lavados postoperatorios a chorro del alvéolo. Deben suprimirse, pues impiden la formación del coágulo.

7.º Cauterizaciones del alvéolo por antisépticos fuertes una vez terminada la intervención. Totalmente contraindicados.

8.º Tratamiento local de las hemorragias. El taponamiento del alvéolo, ya sea por medio de gasa, algodón, celulosa, espuma de fibrina, conduce prácticamente siempre a una alveolitis que hay que tratar secundariamente.

Las alveolitis de causa local que se deben al propio enfermo son:

1.º Entrada de saliva en el alvéolo inmediatamente de extraída la pieza; el paciente tiende a escupir en seguida y a no permanecer quieto. Ello impide que se le llene el alvéolo de sangre y se forme el coágulo.

2.º Enjuagatorios precoces, a los que se tiende mucho; arrastran la sangre no dejando que se forme el coágulo. Deben proscribirse, cosa difícil dado el hábito que a ello tiene el paciente.

3.º Succionarse la herida, tocarse en ella con los dedos, con palillos, con el pañuelo. Difícil de evitar, a pesar de los consejos, especialmente en niños y personas nerviosas. Succionarse la herida y escupir frecuentemente es para Gradner (loc. cit.) la causa principal de las alveolitis.

4.º Falta de higiene, en especial después de las comidas, causa frecuentísima de las alveolitis, que nunca ha de reconocer el paciente.

Causas generales.—Pasada revista a esta serie de circunstancias locales a las que se debe la presentación de las alveolitis, vamos a ver aquellas causas de orden general que puedan influir, aunque sea indirectamente, y por ello han de tenerse en cuenta para evitar esta molesta complicación.

Así, pues, nos encontramos con estados orgánicos deficientes, opinión que no comparte Gardner después de sus investigaciones. Para Yazigi (13), la diabetes. También la tuberculosis, afecciones hepáticas. La hemofilia por no formarse el coágulo normal; esto y los estados hemorrágicos en general constituyen ya otro problema. Sabida y estudiada por muchos (Link (14), Meyer (15), Gros (16), Smit (17), Coste (18), etc.) es la hemorragia por aspirina y los sali-

cilatos en general. Estos compuestos provocan hipoprotrombinemia. Y los pacientes vienen a nosotros después de combatir la odontalgia durante varios días y a veces mediante grandes dosis de aspirina. Otras veces ha sido tratada con salicilatos una enfermedad focal. La hemorragia postexodóncica es la consecuencia. Y el taponamiento suele ser la causa de la alveolitis subsiguiente. Los tratamientos anti-sifilíticos por su efecto de toxicidad bucal. El paludismo que, según Silie (19), trae como complicación postoperatoria la tumefacción y la isquemia, así como la infección.

Finalmente debe mencionarse una causa estacional, ya que se ha comprobado cómo aumentan las alveolitis en los meses de verano, especialmente en climas muy cálidos, como lo es el de nuestra ciudad.

La alveolitis se caracteriza por un fenómeno infeccioso con toda su cohorte sintomatológica. A veces se sobreañade un trastorno simpático con los característicos síntomas vasomotores (alvéolo seco), pudiendo entonces llegarse a un alvéolo necrótico (Berger (20). Consideramos que es puramente teórica la separación neta entre alveolitis supurada y alvéolo seco. Lo lógico es que coexistan ambas formas, ya que en una cavidad como la boca la infección está en el ambiente. El alvéolo seco no tiene, pues, supervivencia como tal entidad.

Sintomatología.—El sistema más caracterizado es el dolor. Este es constante, sordo, molesto, continuo, sin remisiones y que no obedece a los analgésicos comunes. El dolor es un síntoma que trae al enfermo a la consulta a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas de la extracción, aun cuando se instaura pocas horas después de ella. El dolor puede estar localizado en el lugar de la herida o reflejarse a toda la hemiarcada e incluso extenderse a las correspondientes áreas trigeminales. El enfermo no puede comer por ese lado ni aun tocarse con la lengua.

Inspección.—Se observa la herida llena de una masa gris, sucia, irregular, que a veces sobresale del reborde alveolar. Puede presentarse con pequeños puntos hemorrágicos, que algunos autores han confundido con brotes de reparación. La encía aparece roja, tumefacta, edematosa y muy sensible.

Olor.—La masa que rellena el alvéolo tiene un olor desagradable especial que a veces afecta al aliento del paciente. De todos modos, al tocarla con un algodón éste se queda impregnado y se puede comprobar.

Ganglios.—Al mismo tiempo se afectan los ganglios regionales, que aparecen dolorosos y perceptibles al tacto.

Trismus.—Aunque no es frecuente, si la alveolitis asienta sobre la herida de un cordal inferior, a todos los síntomas descritos se añade un trismus que raras veces es total, pero que generalmente asusta mucho al paciente.

Diagnóstico.—No ofrece dificultades, pues se presenta después de una extracción (24-48 horas) la triada sintomatológica: dolor, alvéolo gris sucio y olor *sui generis*.

Pronóstico.—La alveolitis tiene generalmente un pronóstico benigno, dado que el enfermo viene precozmente, ya que los dolores le mortifican. Sin embargo, toda alveolitis puede tener un curso desfavorable. Creemos que si al segundo día de tratamiento local, la sintomatología no mejora, hay que recurrir con toda energía a sumar a éste el tratamiento general.

Según Burchard e Ingliss (21) se puede originar una septicemia o una piemia secundaria.

Se han descrito casos graves de osteomielitis, con todas las secuelas de secuestros y fracturas. A veces se expulsa el cestillo alveolar íntegro.

Tratamiento.—El tratamiento de la alveolitis puede ser profiláctico y curativo. El profiláctico se refiere a una serie de normas a seguir antes, durante y después de la extracción. En resumidos términos, se dirige a evitar todos y cada uno de los apartados que hemos descrito como causas y a recomendar aquellas reglas que debe seguir el paciente.

A) Si el enfermo padece alguna de las enfermedades generales que predisponen a la alveolitis es necesario colaborar con el internista.

B) Es preciso seguir luego una técnica depurada para soslayar todos los motivos que dependen del profesional.

C) Finalmente es preciso aconsejar e instruir al paciente para que evite aquellas causas que dependen de su actuación.

Haciéndolo así, raras veces se ha de presentar la temida y desagradable complicación que nos ocupa. Aunque, a pesar de todo, nunca se está exento de una ingrata sorpresa. Estos métodos profilácticos en la práctica son difícilmente realizables, especialmente aquellos que se refieren al enfermo. Este, generalmente, viene solicitando la extracción en un mal momento, es decir, cuando el dolor es agudo,

la infección está presente o las condiciones generales son precarias. El profesional ha de intervenir, pues, en un mal terreno.

Quizás un buen tratamiento profiláctico lo hagamos inmediatamente después de intervenir, si tememos por algo que vaya a presentarse la complicación.

Se ha discutido mucho si deben o no colocarse sustancias dentro del alvéolo. Se dice que todo cuanto se deja en él no se reabsorbe completamente y ha de ser eliminado *a posteriori* por el lavado. Nosotros somos totalmente contrarios a la colocación de sustancias sólidas dentro de las heridas, sean antibióticos o no. Hemos comprobado cómo se retrasa la cicatrización en la mayoría de los casos. Nunca nos hemos podido convencer de que se reabsorban. Muchas veces pensamos que se han expulsado espontáneamente. Y en otras ocasiones ha habido que eliminarlas a los dos o tres días. Si existe un tabique dilacerado o una lámina alveolar desprendida, el alvéolo queda sin cerrar hasta que se elimina el secuestro, y esto con o sin sustancias dentro de la herida. Por lo mismo, la alveolitis sigue su curso.

También hay diversidad de opiniones en lo que hace referencia a la sutura de los bordes de la herida. Los enemigos de ella dicen que se crea un espacio cerrado óptimo para desarrollarse la infección. Los partidarios aseguran que con ella se protege el coágulo y se acelera la curación. Lorier (22) deja en el fondo del alvéolo polvo estéril de sulfamidas. Encima una pasta a base de sulfatiazol (60 por 100), glicerina (30 por 100) y guayacol (10 por 100). Entre los labios de la herida deja un trozo de algodón oxigenado y sutura por encima. Cowan (23) aconseja la sutura en la mandíbula y especialmente en su parte anterior. Dice que en la mandíbula el drenaje y la vascularización son menos favorables. En la región anterior la sutura es más satisfactoria, porque el hueso delgado puede colapsarse más fácilmente. Nadie ignora las dificultades que encierra la sutura cuando se realiza una extracción única en la región de los molares. Para conseguir afrontar los bordes hay que despegar una zona extensísima de mucosa o eliminar por osteotomía una gran cantidad de hueso alveolar. La sutura debe quedar para determinadas extracciones de cordales o para cuando se realizan avulsiones masivas. Las demás indicaciones que tiene la sutura en la cirugía bucal no se discuten en este trabajo.

Una vez establecida la alveolitis el tratamiento ha de ser curativo y consta de una medicación general y un tratamiento local. Bruce (24) no cree en el tratamiento local sobre el alvéolo, pues dice que retrasa

la formación del coágulo. La tendencia actual afirma que lo primordial es el tratamiento de la herida. El tratamiento general es sólo coadyuvante.

Tratamiento local.—Se persiguen dos extremos: calmar el dolor y curar la herida. Existe un amplio arsenal terapéutico para el tratamiento de esta afección.

El esquema del tratamiento local consta de cuatro apartados:

- 1) Limpieza (toilette) mecánica del alvéolo con el fin de suprimir todos los restos.
- 2) Lavado del alvéolo (a chorro) con una solución antiséptica, débil, templada.
- 3) Aplicaciones (toques) de un antiséptico energético.
- 4) Sellado del alvéolo (hila) con sustancias que sean antisépticas y analgésicas.

1. *Limpieza.*—Todos los autores que se han ocupado de las alveolitis coinciden en la primera de las reglas a seguir para el tratamiento de esta afección: la limpieza del alvéolo. En ella se incluye la ablación de cualquier resto radicular o esquirla ósea. Se quita la masa fungosa con las pinzas. Algunos autores aconsejan el uso de la cucharilla. Es muy doloroso hacerlo así y hay que trabajar bajo anestesia, lo que ya es otro inconveniente, pues, a la anestesia la hemos descrito como una de las causas. Berger es un enemigo del raspado y asegura que con él muchas veces se agrava el proceso.

2. *Lavado.*—Luego se lava la herida con un chorro de líquido tibio que puede ser: solución salina o clorada, solución de permanganato. Nosotros empleamos: agua oxigenada y solución salina fisiológica a partes iguales (medio litro). Luego añadimos diez centímetros cúbicos de clorofila. Empleamos la clorofila porque, según Bartels (25), la cupro-clorofilina-sódica es, a la par que cicatrizante, desbordante, excita la granulación, no es irritante y suprime el picor. Asegura que diversos autores creen en una acción bacteriostática de la clorofilina sobre los gérmenes de la cavidad bucal. Este aserto no es compartido por Kappwost (26), quien cree que incluso el poder desodorante es debido al cobre.

Noguer (27) hace el lavado con ozono durante un minuto. Con una sola vez consigue la curación, sin tener que repetir la aplicación.

3. *Toques.*—Existen infinidad de fórmulas, de las que nos pre-

sentan abundantes listas todos los formularios dentales. Entresacamos aquí las más importantes:

Landete y Mayoral (28), aconsejan, junto con la vacunoterapia, el nitrato de plata y el ácido fénico, a partes iguales. Raynal (29), glicerina creosotada al 10 por 100. Colyer (30) deja disolver en el fondo del alvéolo doliente un pedazo de cloruro de cinc. Partsch (31) aconseja las pulverizaciones con yodoformo. Los inconvenientes del yodoformo han sido puestos de manifiesto por Garrod (32), quien dice que es un polvo inerte que puede albergar gérmenes. No tiene poder bactericida. Sus soluciones son opacas a rayos X. Y, en realidad, no se sabe si desprende yodo, y si es así, es en pequeñísimas cantidades. Sus ventajas son: ser antipútrido y desodorizante.

Algunos autores aconsejan la cauterización eléctrica. Los inconvenientes de este procedimiento estriban en la falta de control que en cuanto a la extensión de la cauterización se tiene. Los peligros de la necrosis son la consecuencia.

4. *Sellado del alvéolo.*—Se puede hacer con gasa o algodón, a los que se añaden diversas sustancias antisépticas y analgésicas. El tapón, según Mead, no ha de dejarse más de veinticuatro horas, e incluso sería conveniente al primer día cambiarlo un par de veces.

Hartzell y Larson (33) emplean una cura húmeda a base de jabón de aceite de ricino, pretendiendo con ello destruir las toxinas bacterianas.

Burchard e Ingliss usan un algodón humedecido en fenol y que se ha hecho rodar en polvo de ortoformo.

Una terapéutica clásica también es la pasta de yodocincupro. West piensa sólo en el efecto anestésico o analgésico, y emplea un algodón empapado en benzocaína u otro líquido anestésico. Acevedo (34) hace una pasta a base de aspirina y glicerina. Tiene el inconveniente del residuo de talco, que hay que eliminar después. El taponamiento lo hace con gasa yodofórmica pasada por cemento blando, y metiendo y sacando para que no se pegue a las paredes, lo cual es casi imposible.

Maurel (35) es partidario del eugenol, para calmar el dolor, y una pasta a base de eufeno (60 partes), ortoformo (40 partes) y vaselina para hacer pasta. Del formulario de Clark (36) se pueden sacar variadas fórmulas a base de mentol, éter y cloroformo. En el libro de Prinz (37) se lee una pasta que da buenos resultados. Se compone, de una parte, con una mezcla de óxido de cinc y resina pul-

verizada, y de otra, esencia de clavo y esencia de parafina. Ekdisman (38) emplea una pasta de sulfamidas junto con aspirina y eugenol. Lo llamativo del método de este autor es el empleo del algodón quemado para realizar el sellado.

Más modernamente se han empleado, y por una serie inacabable de autores, todos los antibióticos, bacteriostáticos y sus asociaciones. También se les agregan sustancias analgésicas, coagulantes y proliferantes. Se han usado en forma de pastas, polvos, conos... Los resultados son aproximadamente iguales que los obtenidos con las terapéuticas clásicas.

Una técnica moderna es la propuesta por el profesor Dechaume (39) con la novocainización de la arteria facial. Se basa en el concepto etiológico de un trastorno simpático.

Tratamiento general. — Whitfield (40) propone un tratamiento general mediante la vitamina B-1, inyectando parenteralmente cien miligramos en el momento de la extracción. Esta dosis puede repetirse al día siguiente. Para el citado autor tiene importancia no sólo para el tratamiento del dolor, sino como tratamiento de la alveolitis en sí.

La omnadina fué recomendada por diversos autores (Villar, 41).

Actualmente se emplea el tratamiento general por antibióticos, casi siempre basta con los preparados de eliminación retardada.

De todos modos es indispensable para el buen éxito no olvidar que lo primordial es el tratamiento local. El general es sólo coadyuvante.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Krogh, H. W.: "J. A. D. A.", 24, 11, 1937.—(2) Mead, S. V.: "Cirugía bucal", ed. Uteha, 1948.—(3) West, R. F.: "Revista Odontológica", 1, 1, 1941.—(4) Ricker, O. L.: "J. Oral Surg.", 4, 35, 1949.—(5) Ferré, E.: "Anal. Esp. Odon.-Estom.", I, 3, 265, 1942.—(6) Euler.: "Dtsch. Mschr. Zahnheilk", 41, 1923.—(7) Claflin, R. S.: "J. A. D. A." 23, 945, 1936.—(8) Gardner, B. S.: "J. A. D. A.", 16, 235, 1925.—(9) Cora, F.: "Enfermedades sépticas", 113, ed. Mundi, 1948.—(10) De Vicente, A.: "Anales Esp. Odon.-Estom.", I, 10, 872, octubre 1948.—(11) Merino, J. F.: "Anal. Esp. Odont.-Estom.", I, 11, 961, noviembre 1948.—

- (12) Osterloh, J. P.: "J. A. D. A.", 32, 1109, 1945.—(13) Yagizi, A.: "Rev. Dent. Chile", 40, 12, 1948.—(14) Link y colaboradores: "J. Biol. Chem.", 147, 463, 1943.—(15) Meyer y Howard: "Proc. Soc. Exp. Biol.", 53, 234, 1943.—(16) Gross y Greenberg: "New Haven Cann", 112, 116, 1948.—(17) Smith y Mackinnon: "The Lancet", IX, 569, 1951.—(18) Coste y col.: "La Presse Medicale", 61, 979, 1953.—(19) Silie, F. A.: "Rev. Dent.", II, 4, 20, 1950.—(20) Berger, A.: "Exodoncia", 341, Ed. Labor, 1934.—(21) Burchard e Ingliss: "Trat. Patol. y Terap. Odont.", 587, Ed. Pubul, 1940.—(22) Lorier, M.: "Rev. Esp. Estom.", I, 8, 785, 1953.—(23) Cowan, A.: "Rev. Esp. Estom.", I, 8, 779, 1953.—(24) Bruce, A.: "Dent. Item. Int.", 72, 18, 1950.—(25) Bartels, H. A.: "N. Y. Dent. J.", 18, 376, 1952.—(26) Kappwost: "Med. Klin.", 12, 390, 1953.—(27) Noguer: "Anal. Esp. Odon-Estom.", IV, 2, 106, 1945.—(28) Landete y Mayoral: "Vacunoterapia", 297, Ed. Pubul, 1919.—(29) Raynal, T.: "Elem. Estom. P.", 223.—(30) Colyer, J. F.: "Patol. y clínica odontológica", página 784.—(31) Parsch, C.: "Escuela Odont. Alemana", t. I, Ed. Labor.—(32) Garrod: "Brt. Med. J.", 18, 376, 1952.—(33) Hartzell y Larson: "Infecciones dentarias", t. I, p. 352.—(34) Acevedo: Citado por West.—(35) Maurel: Citado por Burchard.—(36) Clark, I.: "Terap. aplicada a la Estom.", Ed. Labor.—(37) Frinz, H.: "Formulario dental".—(38) Ekdisman, R.: "Trib. Odont. Argentina", mayo 1950.—(39) Dechaume, M.: "Odontoiatría", XI, 115 (7), 409, 1953.—(40) Whitfield, A. J.: "J. A. D. A.", 3, 254, 1941.—(41) Villar, F.: "Anal. Esp. Odont.-Estom.", IV, 3, 39, 1945.

HERENCIA DE LA INTELIGENCIA

Hegnauer, H. ("Geburtsh. und Frhkl.", 1954, 14, 492) concluye, después de estudiar la edad y condiciones intelectuales de los padres, que la buena capacidad intelectual no está relacionada con la edad de los progenitores. Un buen número de primogénitos de hombres de ciencia y artistas, parecen tener niveles intelectuales supernormales.

Probablemente habría cierta relación genética en la herencia de la inteligencia.

TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS

The Lancet, 6.851, 1.268, 1954 [616.5.]

La aparición de la penicilina en la terapia de la sífilis ha marcado un rumbo decisivo. La experiencia ha demostrado que el **treponema pallidum** es muy sensible al antibiótico, pero que se debe obtener un nivel sanguíneo suficiente y prolongado para que resulte eficaz (por encima de las 30 horas, de acuerdo con el ciclo vital del germen).

Se señala en este artículo que en la sífilis precoz, puede obtenerse la curación con cuatro días de medicación. Se prefiere entonces prolongar por lo menos de cinco a seis días la terapia para cubrir todas las posibilidades.

Se ha preferido en los últimos tiempos el manejo de la penicilina procaína en aceite conteniendo el 2 por 100 de monoestearato de aluminio.

Se agregó luego el grupo de las sales bencil-aminadas de penicilina en agua, llegando a afirmarse que resulta suficiente el administrar una dosis única de 2.500.000 unidades.

La dosis que se utiliza en casi todas las partes del mundo, es de 600.000 unidades por vía intramuscular, por día o día y medio, hasta alcanzar la dosis total indicada de 6.000.000 (penicilina procaína).

Las recaídas después del tratamiento con penicilina aparecen generalmente dentro de los primeros nueve meses, y es difícil distinguir entre una recaída y una reinfección.

Para los cuadros de sífilis latente en estadios avanzados, el esquema sigue siendo el mismo.

En lo que respecta al sector cardiovascular, parece muy poco común la producción de reacciones de Herxheimer, a pesar de lo cual muchos autores permanecen fieles al bismuto en estos casos.

En las neurosífilis, el momento más conveniente para inicial el tratamiento es antes que se hayan producido manifestaciones clínicas. El esquema es en estos casos el siguiente: 9.000.000 de unidades de penicilina procaína en dosis de 600.000 día por medio.

La penicilina se ha demostrado también efectiva para prevenir la sífilis congénita.

Se han obtenido buenos resultados aun administrando el antibiótico en la última semana del embarazo; la dosis total aconsejada es de 4.800.000 a 6.000.000. Si el niño nace con signos de sífilis, aun cuando presente serología negativa, debe inmediatamente iniciarse el tratamiento, a razón de 250.000 unidades por kilo de peso, divididas en 10 dosis.—

P. Aguilar.