

SALIVA GLUTINOSA EXCESIVA

La saliva está constituida por dos componentes—una secreción serosa o acuosa y una secreción mucinosa o viscosa—. De las tres glándulas salivales principales la parótida segrega únicamente saliva acuosa; la submaxilar puede segregar tanta saliva acuosa como mucinosa, y la sublingual segrega principalmente saliva mucinosa. El control de la salivación se realiza a través del sistema nervioso autónomo y en términos generales puede decirse que, en los animales de experimentación, la estimulación del simpático provoca la secreción de una pequeña cantidad de saliva viscosa y la estimulación del parasimpático (nervio de la cuerda del tímpano) produce una copiosa secreción de saliva acuosa.

Los estímulos normales de la salivación son las influencias gustatorias, olfatorias y psíquicas asociadas con el acto de comer. Tanto la cantidad como la composición de las salivas depende de la naturaleza de los estímulos. La mayoría de los alimentos que excitan el apetito producen un flujo moderado de saliva viscosa, mientras que las sustancias secas o irritantes producen en la boca un flujo abundante de saliva acuosa.

Si el paciente sufre de salivación excesiva, esto es muy probablemente de origen reflejo y debido a alguna lesión local en el tracto gastrointestinal superior. El hecho de que la secreción sea espesa y glutinosa indica que proviene principalmente de las glándulas submaxilares y sublinguales y sugiere la posibilidad de que el enfermo tenga alguna lesión en la boca causante de una sialorrea refleja y causante, asimismo, de una oclusión de los conductos parotídeos.

Según se indicó ya (B. M. J., 1960, 2:83), la primera medida terapéutica será buscar la presencia de alguna lesión local en el tracto gastrointestinal superior y tratarla convenientemente. Si esto no tiene éxito, entonces podría ensayarse la atropina o uno de los otros alcaloides de la belladona o sus sucedáneos, puesto que son las mejores drogas para inhibir la secreción salival. Sin embargo, hay que hacer notar que la cantidad de estas drogas, requeridas para causar sequedad de la boca, puede ser mucho mayor que la dosis farmacológica corriente. También valdría la pena probar alguno de los agentes ganglopléjicos, como la pempidina o mecamilamina; la experiencia con estas drogas en el tratamiento de la hipertensión ha enseñado que, aún en dosis pequeñas, pueden causar una considerable sequedad bucal.

DESGASTE DE LOS DIENTES DEBIDO AL ACIDO SULFURICO EN LA INDUSTRIA DE BATERIAS

Por los doctores

Malcolm y Paul

Existen gran número de descripciones sobre los efectos de varios ácidos en los dientes como accidente industrial.

Estos efectos de la acción de los ácidos sobre los dientes de los trabajadores han sido descritos primeramente por Berenzón en 1931 y por Boyes y otros en 1951.

En el presente trabajo los autores examinan los efectos del ácido sulfúrico sobre los dientes de los trabajadores en la industria de baterías.

Describen someramente el método de fabricación de baterías, consistente en sumergir las placas de plomo en tanques con una disolución de ácido sulfúrico. Las placas son después unidas en grupos para proporcionar los polos positivos y negativos. Una corriente de 110 voltios se hace pasar a través del circuito que forman las placas.

Durante este proceso son esparcidas por la atmósfera pequeñísimas gotas de ácido, que forman como una neblina o vaporización. La concentración de esta neblina en los departamentos varía según diversas condiciones, siendo mayor con la falta de aire y cuando la atmósfera es húmeda y brumosa. La neblina de los departamentos consiste en una mezcla de ácido sulfúrico de un peso específico de 1,020 a 1,100. El conjunto de ácido en el aire expresado en ácido sulfúrico puro varía de 3,0 mg. a 16,6 mg/m. c. de aire. Las medidas se hicieron en día seco, con relativa baja humedad. El conjunto de ácido en días fríos y húmedos frecuentemente excede de 16 mg/m. c. de aire.

Las observaciones fueron hechas en un grupo de 160 sujetos que fueron examinados con todo detalle, inspeccionando detenidamente los efectos sobre los dientes y el grado en que éstos eran afectados, las condiciones de higiene oral, el uso del cepillo, etc.

Al mismo tiempo era observado otro grupo de control de 117 sujetos de otros departamentos libres del contacto con ácidos y sin riesgo alguno para sus dientes.

El aspecto clínico es típico, los dientes afectados fueron invariablemente los centrales y laterales en su superficie labial. Los caninos en bastante menos extensión. Nada anormal observaron en los premolares, molares, ni en la superficie lingual de ninguno de los dientes anteriores. Tanto los superiores como los inferiores fueron afectados en igual proporción.

La lesión inicial es una corrosión de la superficie labial del esmalte, por debajo de la línea del labio, generalmente en los incisivos y en las coronas de los dientes. La lesión va seguida de la pérdida de sustancia, empezando en el ángulo del incisivo central y extendiéndose por todo el total del diente.

La parte de los caninos, cubierta normalmente por los labios, son menos atacadas.

Este tipo de erosiones es semejante a los que se producen en otras industrias de ácidos, incluyendo los ácidos clorhídrico, nítrico y tartárico. El ácido fluorhídrico no produce esta lesión, sino solamente cuando en su manufactura se produce un alto porcentaje de ácido sulfúrico en la atmósfera, puesto que dicho ácido tiene cierto poder de protección contra el desgaste o la erosión.

La erosión producida por el ácido sulfúrico es muy característica en su aspecto y se distingue fácilmente de las producidas en otras circunstancias.

Como medios de protección proponen: cerrar los tanques de inmersión herméticamente, para evitar las salpicaduras del ácido. La ventilación perfecta de los locales.

Se ha ensayado también la protección directa de los dientes mediante una pasta de magnesia en armaduras especiales colocadas en los dientes. Este procedimiento resulta incómodo para usarlo largo tiempo, por lo que los trabajadores rechazan con frecuencia su uso, y, por último, frecuentes lavados de la boca con soluciones alcalinas.—*R. Torres. B. M. I. (16485).*

(*Brith. J. Industr. Med.* 18, 1, 63, 1961.)