

TRATAMIENTO DE LA ANGINA DE VINCENT

POR LA PENICILINA

p o r e l

DR. FRANCISCO MONTIS

Una de las enfermedades más corrientes en el ejercicio de la Medicina es la llamada corrientemente "angina", por cuyo nombre se suele conocer la reacción que presentan especialmente las amígdalas palatinas (alguna vez la lingual) a la acción de un agente que obre bien de un modo particular sobre ellas o bien formando parte de un proceso generalizado.

De intento hemos hablado de la acción de un agente sobre las amígdalas, porque no hace falta para que esta reacción se produzca que el agresor sea un microorganismo: hay anginas tóxicas, ya sea por intoxicación exógena (angina vódica) o endógena (angina brígica), y aunque en esos casos la flora microbiana tenga exaltada su virulencia, no hemos de olvidar que ello sería como consecuencia de la causa primera que dió lugar a la angina. De todo ello se deriva que puede establecerse una primera división de anginas: a) como una manifestación más de una enfermedad generalizada, y b) aquellas otras en que los síntomas amigdalares constituyen todo el cuadro clínico. Las primeras abarcarían las producidas por intoxicaciones y causas microbianas que atacasen a todo el organismo; las segundas se limitarían a las infecciones localizadas al tejido amigdalare.

Estas últimas tienen numerosas variedades y pueden subdividirse en múltiples entidades, según se considere el agente productor; el cuadro clínico dominante, eficacia a determinados tratamientos, etc., aunque generalmente el criterio que predomina es el etiológico en su nomenclatura.

En cuanto al tratamiento de dichos procesos, la mayor parte de las veces debe hacerse sabiendo el germen productor; pero en algunos casos, por falta de medios adecuados de diagnóstico (laboratorio) y un cuadro clínico no determinado, se englobaba en el término "amigdalitis catarral", a inflamaciones producidas por diversos microbios, con una terapéutica común a una serie de gérmenes y no específica de el o los agentes causales.

De entre las amigdalitis idiopáticas, dos principalmente tenían bien definido su tratamiento: la diftérica (aunque la difteria, en el sentir de algunos autores, es una enfermedad general con manifestaciones amigdalares), que se combate con el suero o antitoxina específicos, y la ulceromembranosa de Vincent, producida por una asociación fusoespirilar, que era tributaria de los arsenicales y bismúticos, sin que los demás medios de curación—tóques, lavados, etc.—tuviesen gran predicamento ni pudieran ponerse en comparación con los remedios antes citados.

La era de los "antibióticos", que arrinconó tantos medicamentos de los llamados antiinfecciosos, parecía haber dejado intactas las relaciones existentes entre los procesos y las terapéuticas antes indicadas, y así, en la difteria, se sigue empleando la sueroterapia, y en la amigdalitis de

Vincent, los salvarsánicos o los compuestos bismúticos, sin que la terapia sulfamídica hubiera desbancado a los medicamentos antes citados.

Sin embargo, no podemos decir otro tanto de la penicilina, pues hemos podido comprobar su triunfo terapéutico en un caso en el cual fallaron los bismúticos, y que por creer puede ser de interés vamos a relatar.

J. R. B., varón, de treinta y dos años de edad, persona bien constituida, sin antecedentes patológicos de importancia, nos llama a su casa el 2-IV-47 por encontrarse en cama con escasa fiebre y fuertes dolores en región amigdalara y cuello desde unos días antes.

Explorado el enfermo, encontramos un enrojecimiento en amígdalas y en el istmo de las fauces, con pseudomembranas en amígdala izquierda y una ulceración grande de bordes irregulares y fondo necrótico en la derecha, aliento fétido, ganglios infartados, abundante salivación, odinofagia, con temperatura de 37,8 y una orina turbia, pero sin que el análisis haya revelado albúmina ni nada de importancia.

Sospechamos se trate de un caso de angina de Vincent y porque el enfermo se ha puesto ya dos supositorios bismúticos, sin que haya notado mejoría alguna, y teniendo en cuenta que la angina diftérica puede a veces, por su polimorfismo, parecerse a la Vincent, mandamos hacer un análisis del exudado que confirme o rechace nuestro diagnóstico.

El 3-IV, o sea al siguiente día, el laboratorio nos dice que se trata de una clásica asociación fusoespirilar, por lo cual, y pensando que tal vez las cantidades de bismuto que se administró no fuesen suficientes, ya que lo hizo algo irregularmente, puesto que tiene una dentadura sana y un buen análisis de orina, y sabiendo de algún caso de necrosis del recto por supositorios bismúticos, le mandamos una inyección de bismuto de una casa de garantía.

El 4-IV el enfermo sigue igual o peor, su temperatura oscila entre 37,5 y 38 grados, cuello muy dolorosa por la gran inflamación ganglionar y con mal estado general; orina y encías con síntomas de intolerancia para el bismuto.

El 5-IV, nueva inyección de bismuto, y como el pulso ha bajado algo, cardiazol en gotas.

El 6-IV, en vista que el enfermo no mejora, sus lesiones faríngeas siguen estacionarias y se halla deprimido, recurrimos a la penicilina, a las dosis y con los fraccionamientos entonces corrientes—40.000 unidades cada tres horas—y supresión absoluta del bismuto en cualquier forma.

La primera inyección de penicilina se le pone a las veintiuna horas, y al siguiente día, en mi visita de las once de la mañana, el cuadro ha cambiado totalmente: han disminuido las molestias, ha descendido a 37,3 la temperatura y las lesiones amigdalares parece que empiezan a retroceder, hecho que se confirma en la visita vespertina.

El curso seguido por este enfermo fué muy sencillo: se le inyectó hasta un millón de unidades de penicilina, encontrándose perfectamente allá para las 800.000, con regresión de todos sus síntomas patológicos.

En marzo de este año—1949—vuelvo a ver a este señor, con un proceso que me recuerda en un todo el anterior. Prescribo desde el primer momento (escarmentado por lo que ocurrió la vez primera) penicilina, a la dosis de 100.000 unidades cada ocho horas, mientras nos traen el resultado del análisis del exudado que toman antes de la primera inyección. Cuando llega el informe con el diagnóstico de asociación fusoespirilar de Vincent, el enfermo se encuentra casi bien, durándole la dolencia tres días.

Reflexiones sobre lo expuesto

A mi entender, no; es una terapéutica de éxito comprobado, que cuenta. ¿Quiere decir este caso que debemos borrar por completo el uso de los preparados bismúticos en el tratamiento de la angina de Vincent?

con numerosísimas curaciones en su favor, y que teniendo en cuenta todas las precauciones que deben tomarse con los preparados de bismuto, puede usarse por su comodidad, menor costo y facilidad de adquisición—nosotros preferimos las inyecciones a los supositorios, los cuales pueden producir consecuencias desagradables, según hemos reseñado anteriormente—; mas para casos graves, o bismutorresistentes, como el que nos ocupa (tal vez porque por la desordenada administración del bismuto en los primeros días el germen se hizo resistente al fármaco), no dudamos en emplear la penicilina, dada su inocuidad y rapidez en su acción terapéutica, y con ello, aplicada desde el primer momento a dosis suficientes, se obtendrá, "Deo volente", una curación segura e inmediata.

Mas ¿podrá haber habituación a la penicilina? Evidentemente, en teoría, no hay nada que oponer a la afirmativa; mas nosotros, en nuestros casos—no sólo en éste, sino en otros muchos que ha habido necesidad de aplicarla con alguna frecuencia—, no hemos visto nunca disminuir su eficacia curativa. Es lógico pensar que si se llega a tomarla por hábito diariamente, como el morfinómano su droga, puede llegar a ser ineficaz; pero volvemos a decir que en una repetición discreta de la penicilina, por procesos morbosos, en personas que los parecen con cierta frecuencia (otitis, sinusitis, etc.), nosotros la estamos usando desde hace unos años, estando satisfechísimos de los resultados obtenidos.

(per "Méd.", 376, 1950.)

E s t o m a t o l o g í a

GRREP, FISCHER y MORSE: *Fosfato alcalino en odontogénesis y osteogénesis y su demostración histoquímica tras desmineralización*, (*Alkaline phosphatase in odontogenesis and osteogenesis and its histochemical demonstration after desmineralization*), "The Journal of the American Dental Association", pág. 427; junio 1948.

Se demuestra con este trabajo que la existencia de fosfato alcalino en dientes y huesos de ratas de veintiocho días tras decalcificación en soluciones ácida débiles amortiguadas a pH de 4,8 a 5 con las sales sódicas de los ácidos débiles.

La completa remoción del mineral requirió de uno a cinco días. El fosfato se perdía siempre cuando el pH era menos de 4,78, e invariablemente era destruido cuando la decalcificación requería más de cinco días, independiente del pH.

Aunque todos los flúidos decalcificantes tenían un significado efecto inactivante sobre el glicerofosfato, éste era reversible. Reactivando el enzima tisular en una solución alcalina amortiguada a la temperatura de la nevera y añadiendo iones magnésicos al substrato mezcla durante la incubación, las preparaciones histoquímicas fueron obtenidas, lo que mostró reacciones de fosfato máximas o casi máximas.

Se describe la localización y concentración relativa de fosfato alcalino en los componentes celulares y las matrices de tejido duro de incisivos y la tibia en ratas de veintiocho días.—J. FONT.