

TRATAMIENTO DE LA ESTOMATITIS BISMUTICA CON EL "BAL"

por el
DR. A. A. M. REEKIE

El "Bal" (antilewisita británica) es el 2 : 3 dimercaptopropanol, el cual viene siendo utilizado clínicamente como antidoto eficiente en las intoxicaciones agudas por las sales de oro, mercurio y arsénico, mas el examen de la literatura no revela el que se haya aplicado hasta ahora en las complicaciones de la terapéutica bismútica.

El caso siguiente ilustra sobre la rápida acción del "Bal" en la estomatitis bismútica aguda.

Historia clínica

Se trata de un hombre de treinta y cuatro años que acude a nuestro Servicio del Hospital Ashford, Middlesse, en enero de 1948 con objeto de ser sometido al tratamiento, ya comenzado, de su sífilis generalizada, adquirida tres meses antes en Manchester. Aquí se le administraron inyecciones de arsenamina (0,45 gramos) y oxiclورو de bismuto (0,20 gramos) en intervalos semanales durante dos semanas.

Al examen del enfermo aparece una erosión ulcerativa indurada, curada, en el sulco coronal, con adenitis generalizada, y una erupción máculopapilar pasajera limitada al tronco. No existía condilomata ni lesiones orales específicas, mas sí una piorrea incipiente, estando, además, el segundo y tercer molares superiores derechos careados. Las reacciones Wassermann y Kahn fueron fuertemente positivas.

Su ocupación (conductor) y horas de trabajo impidieron el establecimiento de la terapéutica penicilínica hasta ahora, por lo que el primitivo tratamiento fué continuado. Después de haberle hecho saber al enfermo la significación de la higiene oral decidió someterse a tratamiento odontológico, asistiéndole el odontólogo en dos ocasiones en el primer trimestre del año

1948, tratamiento que en ambas ocasiones consistió en la limpieza de los dientes y de los fondos de saco. Los molares no fueron extraídos.

A mediados de marzo, en su novena semana de asistencia al Departamento y en la undécima de tratamiento, todavía se advertía cierta evidencia de gingivitis. Se apreciaba además una línea azul débil en el margen gingival frontal, que comprendía los cuatro incisivos inferiores. El tratamiento bismútico fué suspendido entonces, continuando el arsenical semanalmente. Se prescribió unos lavados de la boca con clorato potásico al 5 por 100, advirtiéndole al enfermo sobre los cuidados orales que debía seguir. Con este tratamiento la gingivitis mejoró, mas la línea de azul débil no desapareció. No existía albúmina.

En abril de 1948 consultó nuevamente con el dentista, el cual volvió a hacer la limpieza de sus dientes y boca, procediendo a la extracción, bajo anestesia local, de ambos molares careados. Cuatro días después—el día 11—acudía a nuestro Departamento con los claros signos de una estomatitis bismútica. Existía hedor considerable, lividez y edema de los tejidos alveolares con hemorragias submucosas, apareciendo una señalada línea de azul fuerte en el margen gingival superior e inferior. Se apreciaban también grandes depósitos de bismuto en las membranas mucosas, lo mismo bucal que lingualmente, en el paladar blando y en la amígdala izquierda, existiendo zonas necróticas en los alvéolos de los molares extraídos. Existía también una úlcera bismútico-pigmentada dolorosa en la membrana mucosa bucal, cerca de la zona del tercer molar superior derecho, apreciándose días atrás una adenitis submaxilar bilateral dolorosa. Tenía ligera fiebre ($37,3^{\circ}$ C.) y oliguria, ofreciendo la orina enturbiamiento (albúmina), y su análisis mostró al microscopio algunas células rojas y epiteliales. Se demostró una leucopenia (5.000 per c. mm.) y trombocitopenia (90.000 per c. mm.). Examinados los detritus en campo oscuro, recogidos en la úlcera de la membrana mucosa oral, se reveló la presencia de masas de *Treponema vincenti* y *Fusobacteria plauti-vincenti*.

La terapéutica arsphenamínica fué suspendida, siendo el enfermo ingresado en el hospital. La presencia de organismos del tipo fusoespirilar en la boca era indicación clara para el empleo de la penicilina; pero como se desconocía la posible acción antagónica del Bal y el caso ofrecía ocasión propicia para el estudio de su empleo, se desistió.

Se comenzó el tratamiento con la anti-lewisita, con una preparación que consistió en una solución al 5 por 100 de 2:3 dimercaptopropanol en aceite de *arachis*, conteniendo 10 por 100 de benzoato de benzilo. Se administró dos ml. (por inyección intramuscular en la región glútea) tres veces al día durante dos días, dos veces al día durante cuatro días y una vez al día durante otros cuatro, después de lo cual (es decir, catorce días después de la aparición de las complicaciones y diez días después de haber comenzado el tratamiento con el Bal) el cuadro se había resuelto completamente, si se exceptúa una marcada lividez alveolar, edema lingual doloroso y salivación intensiva. Los depósitos de bismuto y las líneas azules habían desaparecido.

El tratamiento local de las complicaciones fué enteramente paliativo, consistiendo en limpieza frecuente de los dientes, masaje gingival y el empleo de enjuagatorios que contenían 0,25 por 100 de cloruro de zinc.

La respuesta clínica al Bal fué desde el primer día bien evidente, siendo la mejoría continua y rápida. Al séptimo día de tratamiento, la orina se encontraba libre de albúmina, no advirtiéndose anormalidad alguna al examen microscópico y siendo la temperatura y el recuento globular normales. Catorce días después del comienzo de las complicaciones orales, el enfermo salía del hospital, y siete días después, la terapéutica arsphenamínica fué nuevamente comenzada.

Las reacciones tóxicas del Bal fueron comparativamente leves. El enfermo se lamentó de dolores de cabeza, náuseas, sensación de quemazón en los ojos, lagrimeo y algún dolor local en el sitio de la inyección. La salivación y el edema lingual doloroso persistió durante varios días después del cese de esta terapéutica. La tensión arterial permaneció constante durante todo el proceso. (per "Brt. Med. J.", 1.213, 1949).