

FENOMENOS ALERGICOS DE INTERES EN ESTOMATOLOGIA Y EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

por el

DR. M. SALAZAR MAILLÉN

de Honduras

La boca constituye órgano doblemente interesante desde el punto de vista del estudio de la alergia: por una parte sus tejidos pueden ser asiento del choque inmunológico, por otra parte, a su nivel pueden tener lugar fenómenos de absorción que resulten en la sensibilización o en manifestaciones a distancia, confundibles con las alérgicas. A continuación consideraremos las dos posibilidades, insistiendo en aquéllos casos que, por su frecuencia o intensidad, nos parezcan de mayor importancia práctica.

I. Manifestaciones bucales de alergia.

De acuerdo con los textos, el epitelio cutáneo bucal sería muy frecuente asiento de sensibilización al contacto: de este modo se producirían lesiones vesiculosas, sobre todo en los labios (queilitis) y al respecto se señalan los colorantes del lápiz de labios, perfumes, jugos, pulpa y cáscara de frutas. Nosotros hemos observado queilitis por contacto, relativamente rara vez y sólo excepcionalmente debido al lápiz de labios; mucho más importantes entre nosotros nos parecen los casos debidos al mango y al aguacate, quedando lejos de su rareza, ejemplos imputables al pescado y al huevo.

La mucosa bucal propiamente dicha está también sometida a contactos alergizantes, pero éstos reducen su efecto patógeno, en parte, debido al papel protector del moco, en parte, como resultado de la dilución y el arrastre producidos por la saliva. La causa más importante de la alergización epitelial es, según Rattner y Cole y Driver, el empleo de plásticos en las placas dentales, pero también se han señalado componentes de los dentífricos (aceite de anís, hexilresorcinoi), amalgamas de cobre y de mercurio, caramelos mentolados, etc. En pocas ocasiones nos ha tocado diagnosticar estomatitis alérgica por contacto, pero sí nos ha acontecido reconocer, tal vez con más seguridad, falsos casos de intolerancia por contacto, como los que ceden con

lavados alcalinos y mejor limpieza de la placa, soportada sin dificultad al dominar la inflamación bucal.

Con más frecuencia todavía que las alteraciones por contacto, hemos visto síntomas de los labios, de la lengua o de la mucosa de los carrillos, imputables a alérgenos transportados por la vía hemática; de todos es conocida la frecuente localización en los labios del edema angioneurótico (tipo Quincke), éste puede ser o no alérgico, lo cual interesa poco para el resultado en lo tocante a los síntomas, pero según su frecuencia, los edemas labiales (acompañados frecuentemente de urticaria o edema en otros sitios), se ven sobre todo en el curso de las reacciones alérgicas a drogas, sueros terapéuticos antes, penicilina y aspirina actualmente. En los casos agudos o subagudos, el diagnóstico no presenta, por regla general, dificultades.

Los autores, según su experiencia, atribuyen casos de exulceraciones de la mucosa de la mejilla y de las encías, del tipo de las "aftas", a estados de intolerancia alimenticia, despertados particularmente por la leche. Nosotros no hemos dedicado al asunto interés concentrado, en contados casos hacemos ese diagnóstico provisional, sin verificación ulterior, misma situación es la de la lengua geográfica, comparable para muchos con la urticaria, localizada en este caso en la lengua.

A propósito de la última conviene recordar como banal el síntoma edema, el cual puede o no tener causa alérgica, produciéndose, de acuerdo con nuestra experiencia, sobre todo en casos de estomatitis, algunos de ellos ajenos a cambios en la flora bucal producidos por el empleo de antibióticos (penicilina). En un caso memorable fuimos llamados para estudiar el caso de un niño quien frecuentemente padecía gran hinchazón de la lengua, la cual no llegaba a encontrar albergue suficiente en la cavidad bucal y estorbaba la respiración: una vez más los antecedentes hacían poco probable el diagnóstico de edema alérgico (localizado en la lengua exclusivamente) y la biopsia se encargó de demostrar la presencia de hemangioma.

La boca en su totalidad y aun otros epitelios mucosos o cutáneos resultan afectados de un modo característico en el curso de ciertas manifestaciones alérgicas, siendo típico el caso de alergia medicamentosa con síntomas de eritema polimorfo. Nosotros recordamos vivamente el ejemplo que sigue:

"Señor F. R., de cuarenta y siete años desde hace algunos años presenta brotes constituidos por eritema, bulas y alteraciones mucosas congestivas de la conjuntiva y bulosas de la mucosa de las meji-

llas; la lengua presenta simultáneamente inflamación; el prurito es discreto, pero la fotofobia y el dolor (en la boca) hacen imposible que el paciente abandone la oscuridad e impiden la deglución. El diagnóstico dermatológico es de eritema polimorfo y el antecedente gripal, con el uso de analgésicos y antipiréticos, hace verosímil la causa de una alergia por drogas (antipirina y similares); el tratamiento sintomático, con cortisona, reduce rápidamente las molestias y el síndrome no aparece más, salvo en el caso de ingestión de un compuesto comercial complejo, antigripal."

El otro caso con mucho parecido al anterior; los síntomas y algunas particularidades ocurridas en el manejo de la enfermedad hacen digno de mención el relato:

"Doctor A. A. B., de veinticuatro años, presenta repetidamente brotes bulosos del área mucosa de la mejilla y de la lengua; un conocido dermatólogo diagnostica, por simple inspección, pénfigo e inadvertidamente menciona la palabra frente al joven médico y paciente; de aquí sigue una consulta febril por parte del enfermo, de los textos especializados y la convicción de ser sujeto de un padecimiento de causa oscura y consecuencia mortal. Afortunadamente, otro especialista procede al examen de conjunto del enfermo, y advirtiendo las manchas moreno-grisáceas características en un brazo, diagnostica alergia antipirínica y antipirínides; el supuesto pénfigo no reaparece al conocer el sufrido enfermo y evitar las causas de su reacción patológica."

En dos casos, en fin, nos ha tocado presenciar síntomas alérgicos con asientos en los conductos salivales exteriores, parotídeos y submaxilares, respectivamente. Los dos enfermos atribuían el crecimiento retromaxilar y submaxilar a algún trastorno alimenticio, que fué específicamente determinado mediante pruebas con alérgenos alimenticios y ensayos de exposición y eliminación. Sabemos que Hansel, en estos casos, ha demostrado eosinofilia en la saliva.

2. La boca como asiento de absorción de antígeno: normalmente la boca no constituye órgano importante, desde el punto de vista de su capacidad para absorber antígenos. De todos modos, conocidos son los casos de reacciones alérgicas a distancia (por lo tanto, diferentes a los antes relatados como "por contacto"), consecutivas a la llegada a la boca de alérgenos. A falta de una buena y al mismo tiempo inofensiva prueba para verificar la reacción alérgica a las drogas, Duke, hace algunos años, recomendaba poner en la punta de

la lengua una partícula de la sustancia sospechosa, con lo cual, en caso positivo, se reproducían, sin gravedad clínica, los síntomas conocidos. Nosotros hemos presenciado casos comparables, explorando la alergia aspirínica, y sabemos de otros, con reacción asmática inmediata, despertada cuando el alérgeno era apenas masticado (leguminosas y en particular chicharro, ejote y cacahuete).

También podrían ponerse ejemplos consecutivos a la aplicación tópica de drogas, de buches o de gargarismos; pero en éstos, faltando la reacción por contacto, no es fácil excluir la absorción por vía gastrointestinal propiamente dicha.

Lo anterior no quiere decir que dejemos de discutir uno de los asuntos, a nuestro juicio más interesantes, de hipersensibilidad no localizada a la boca y en los cuales la absorción se hace ciertamente por la vía bucal; se trata de las reacciones consecutivas al contacto con la mucosa y sobre todo a la inyección de pantocaína o novocaína. Como se advierte a continuación, se trata de sustancias derivadas de ácidos paraminobenzoicos, muy diferentes químicamente a la cocaína propiamente dicha. Advertimos, de paso, que el agrupamiento molecular mencionado es compartido por una poderosa sustancia sensibilizante empleada en tintorería, o sea la parafenilendiamina (úrsol) y también por un medicamento, empleado tanto como tópico como por ingestión (sulfanilamida y sus derivados).

No es de discutirse, por estar ampliamente probado, el papel que como alérgenos contactantes tienen el úrsol y las sulfas: los médicos están familiarizados con las dermatitis por tintura para el cabello y también en las provocadas por pomadas, colirios y polvos con sulfas diversas. Más o menos tanto como las anteriores se conocen las dermatitis por novocaína, que emplean los médicos, y precisamente los dentistas; en los últimos años nos ha tocado ver dermatitis en las manos (dedos y en particular el índice derecho) y párpados, imputables al contacto profesional con novocaína; las pruebas con parche eran positivas.

Con mayor preocupación hemos sido consultados por dentistas, otorrinolaringólogos, broncoscopistas y oftalmólogos, en virtud de los accidentes convulsivos, dramáticos y de vez en cuando mortales, consecutivos al empleo de la novocaína como anestésico local. En nuestra memoria se graban dos casos característicos:

“Estando en consulta recibimos un llamado urgente de un distinguido colega, quien reclama nuestra cooperación frente a un caso de

choque, inmediato a la atonización de novocaína en la mucosa laríngea, como preparativo para una laringoscopia y biopsia. Encontramos al paciente, un adulto, inconsciente pálido, con las pupilas dilatadas, taquicardia, pulso regular y débil y convulsiones. A falta de barbitúricos, inyectamos en la vena bromuro de calcio, droga que produce resultado incierto; de todos modos, poco a poco, las convulsiones cesan, la conciencia reaparece y el accidente se agota, sin dejar secuelas".

El segundo caso fué consecutivo a la inyección de procaína (novocaína) penicilina, y se manifestó por paraestésias, desorientación mental y ligeras contracciones musculares tónicas y crónicas; no se presentó pérdida de la conciencia y el pulso y la respiración tampoco se modificaron, teniendo lugar la recuperación en poco más de treinta minutos.

En los dos ejemplos se habló de alergia a la novocaína y a la penicilina, respectivamente, confusión explicable por el desacuerdo existente en la literatura acerca de la naturaleza de estos accidentes (Thomas y Fenton, 1942). La naturaleza inmediata de las reacciones y el estado chocado de los enfermos sugieren, efectivamente, un mecanismo alérgico, el cual, sin embargo, resulta insostenible observando la sintomatología de estos enfermos, predominantemente neuromuscular (en particular estado convulsivo) y la ausencia prácticamente de alteraciones vásculoexudativas inmediatas o posteriores: edema de las vías respiratorias inferiores y cuadro asmático, edema angioneurótico, pápulas urticarianas, congestión cutánea (y prurito y otros de los componentes característicos del choque alérgico); por añadidura, trátase verdaderamente de síntomas imputables a un efecto farmacológico y no inmunológico de los anestésicos locales. Sollman señala sobre el particular el efecto convulsivo de estas sustancias (por mecanismo probablemente cerebral) en perros y las posibilidades de muerte por parálisis respiratorias con dilatación bronquial concomitante, y enumera como alteraciones tóxicas en el hombre las siguientes: ansiedad, lipotimia, palidez, disnea, convulsiones, paro respiratorio, y con dosis individuales, menores confusiones, risa, estado vertiginoso, taquicardia, palpaciones, respiración irregular, etc. El tema tiene un interés no precisamente académico, ya que el tratamiento indicado para el choque alérgico no es el conveniente cuando se han producido fenómenos de hipersensibilidad simple, sin trastornos inmunológicos; en el primer caso la adrenalina representa el antagonista por excelencia de la re-

acción patológica; en el segundo, esta droga es o inútil o nociva, siendo, en cambio, de indicación precisa el empleo de los barbitúricos, los que efectivamente deben tenerse a la mano de quienes emplean novocaína o sus derivados en la anestesia y los que inclusive se recomiendan en el preoperatorio a título profiláctico.

Recordemos de paso la diferencia de configuración molecular entre la cocaína y los anestésicos de síntesis, de donde la posibilidad del empleo de la primera en casos de alergia a los segundos y, por otra parte, la analogía de este grupo de sustancias, farmacológicamente hablando y por ello la contraindicación para el empleo de cualquiera de ellas, en caso de antecedentes de hipersensibilidad a cualquiera.

Otro interés que para la práctica estomatológica puede tener el conocimiento del papel clínico de la alergia, es el señalado por Straub desde 1944.⁹ Según este autor, las anomalías dentofaciales alcanzan en los sujetos alérgicos al 61.5 por 100, siendo el mecanismo de acción de la alergia mediante la producción de obstrucción y bloqueo respiratorio nasal, por ello Straub insiste en la importancia desde el punto de vista de la ortodoncia, del conocimiento temprano de los alérgenos y su pronta eliminación o el tratamiento apropiado. Como en el 17 por 100 de los alérgicos el autor encontró síntomas de gingivitis no inflamatoria (en el sentido habitual), concluye en la posibilidad de la naturaleza alérgica de la misma.

El último asunto por tratar será ahora el relativo a los antibióticos y los problemas planteados por su empleo anterior y, consecutivamente, a la cirugía bucal, en sujetos con alergias; el ejemplo más conocido es el de quien, debiendo someterse a una manipulación dental, rehusa el uso de penicilina en virtud de un antecedente o antecedentes de reacciones alérgicas a la droga. En nuestra opinión, el camino a seguir debe ser no insistir en la penicilina, bajo pena de provocar al enfermo molestias prolongadas, muchas veces intolerables y, aunque excepcionalmente, graves. Ahora bien, existen en la actualidad numerosos antibióticos, químicamente muy diferentes y, por lo tanto, sin parentesco inmunológico; la eritromicina tiene un buen espectro de acción frente a los gérmenes grampositivos (estafilococos, estreptococos) y no da reacciones cruzadas con la penicilina; puede prescribirse confiadamente en lugar de la última, aun en caso de gran alergia penicilínica. Otra droga utilizable sería la terramicina y cerca de ésta la aureomicina, pero hay que advertir que las dos últimas, muy diferentes químicamente de la penicilina, de la estreptomicina,

de la cloromicetina y de la eritromicina, son entre sí muy semejantes, sabiéndose de accidentes de intolerancia con reacción cruzada para ambas.

No hay, pues, en términos generales, alergia a los antibióticos (los pacientes y algunos médicos se complacen en hablar de intolerancia a todas las "micinas"), la reacción es para determinados agrupamientos químicos y, para fortuna de los pacientes, el carácter antibiótico no implica composición química análoga, ni existencia de grupos activos iguales; el antecedente de alergia a una droga determinada obliga a su exclusión, pero no excluye el ensayo de otra químicamente diferente, pero farmacológicamente semejante.

Mediante este breve resumen, esperamos haber dado a conocer a los señores congresistas puntos de vista que, aunque carentes de originalidad, debían haber sido planteados, como testimonio de un capítulo en el cual se encuentran, en fecunda interrelación, los temas de alergia con los de la especialidad estomatológica.

(*per* "Rev. Est. Hbna.", 9, 1956.)

La hialuronidasa en anestesia regional en operatoria dental, por Douglas, B. L. "N. York St. Dental J.", vol. 19, núm. 7, pág. 355, agosto 1954.

La sustancia base del tejido conectivo se halla compuesta, esencialmente, de ácido hialurónico, un mucopolisacárido que traba el agua en los espacios intersticiales de los tejidos animales. Duran-Reynolds y asociados demostraron que la introducción de hialuronidasa rompe la barrera de retención formada por el ácido hialurónico.

Los mismos investigadores aislaron y describieron la hialuronidasa como un enzima que hidroliza el ácido hialurónico, eliminando así la barrera entre las células.

Las observaciones hechas por el autor son las siguientes:

1.ª En 25 inyecciones por bloqueo de nervio alveolar se observó que la anestesia se producía, por lo general, mucho más rápidamente en el

lado en que se había inyectado la mezcla procaína-hialuronidasa; pero la profundidad no fué tan grande y la anestesia duró un período de tiempo decididamente más corto, desapareciendo en algunas ocasiones antes de finalizar la operación.

Cuando se hicieron a propósito intentos para inyectar por debajo del área de inyección anatómicamente indicada, no se consiguió la anestesia del nervio, si bien los pacientes estuvieron de acuerdo en afirmar que, generalmente, la insensibilidad de la mucosa bucal se extendió por un área mucho más amplia de lo acostumbrado.

No se tuvieron razones para creer que la hialuronidasa desafiase a la gravedad y ayudase a la inyección a infiltrar áreas superiores al punto de la inyección. Siendo así que muchas inyecciones para anestesar el nervio alveolar inferior resultan inefectivas por haber inyectado demasiado abajo, no parece que la cantidad normal de procaína-epinefrina adicionada de 20 TR unidades de hialuronidasa vaya a resolver la situación.

2.º En 50 inyecciones diversas por infiltración, las soluciones experimentales:

a) No ayudaron a penetrar el hueso mandibular mejor que en el lado opuesto, que se conservó como control.

b) Fueron menos efectivas para producir anestesia profunda en dientes del maxilar superior individualmente; pero, sin duda alguna, afectaron más dientes cuando se inyectó un área determinada.

c) Anestesiaron un área más amplia de tejido blando que en el lado opuesto utilizado como control, pero durante un período de tiempo más corto.

3.º En 25 inyecciones variadas se halló que la solución no era más efectiva para la odontología operatoria que lo había sido la solución control usada en el otro lado.

Se halló cierta tendencia, en 10 inyecciones dadas en el área del foramen mentoniano, a ser más efectiva la solución de hialuronidasa en la consecución de la anestesia del nervio mentoniano, donde las soluciones "standard" habían fracasado.

Cinco inyecciones incisivas no demostraron tener más efecto que las cinco administradas con solución "standard".—J. FONT.