

VACUNOTERAPIA DE LAS PARADENCIOPATIAS

Por el doctor

Rolf Will (München)

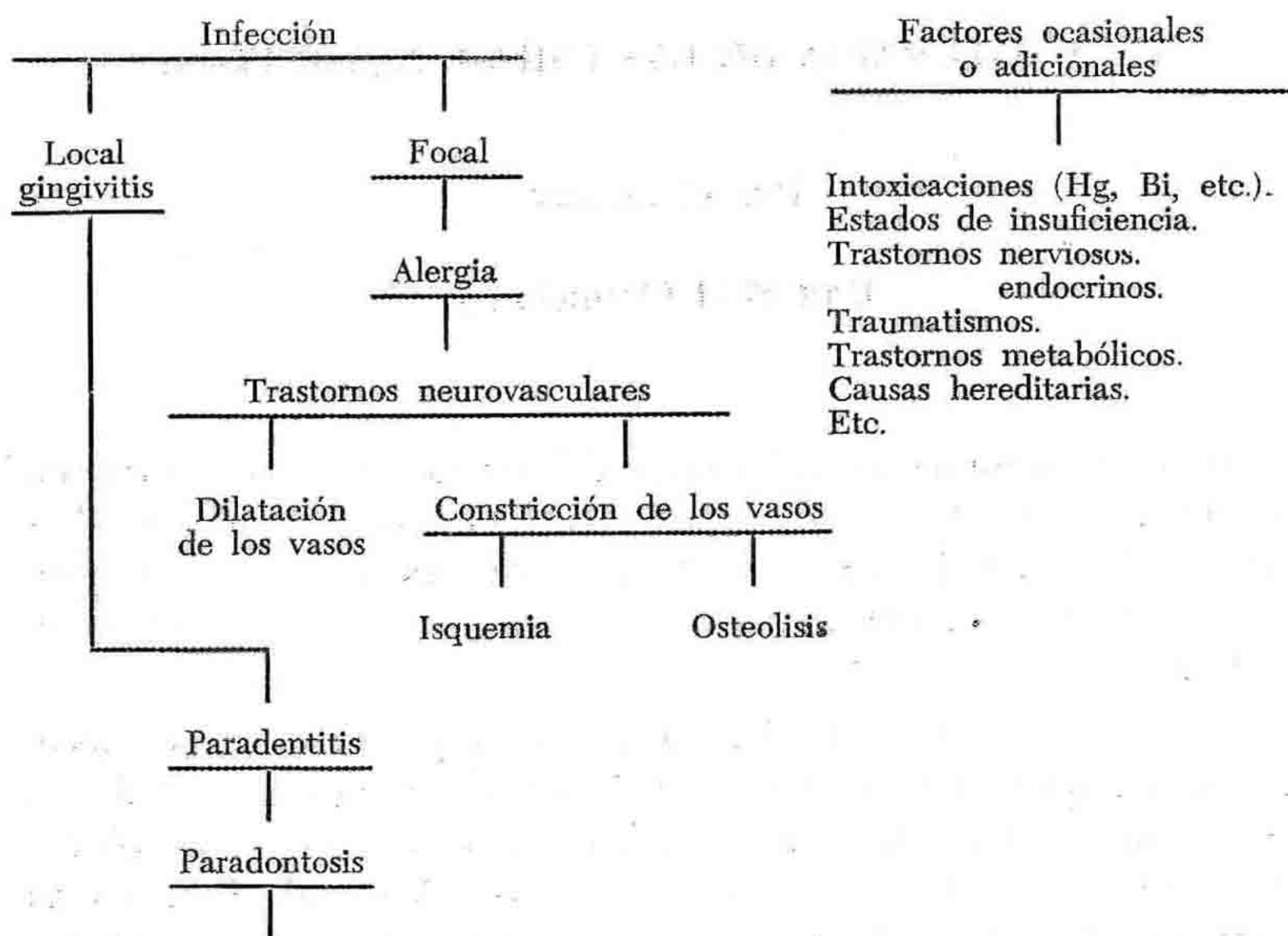
En todas las formas de inflamación del paradencio se encuentra con más frecuencia la flora estrictamente anaerobia de los cultivos (Berger, Mathis, Fehr). Es obvio que la infección—especialmente la anaerobia—desempeña también un papel importante en la llamada parodontosis.

La flora básica de la cavidad bucal es el origen tanto de los procesos inflamatorios agudos como de los crónicos, a consecuencia de los cuales puede desarrollarse una cierta inmunidad contra estos gérmenes; pero también de una alergia (Lehmans y Vincent). A la alergia contra los gérmenes anaerobios ha de atribuirse, según dichos autores, una importancia destacada en la formación de las paradenciopatías, especialmente la paradenciopatía distrófica, la parodontosis.

A través de una infección crónica con gérmenes anaerobios puede producirse una alergia. Esta sensibiliza el sistema neurovascular del paradentio (Lamazere) y crea la condición previa para la formación de la parodontopatía. Rateitschak atribuye las causas de la inflamación y formación de bolsas paradentales, igualmente a irritaciones mecánico-locales, químico-tóxicas, alérgicas e infecciosas, así como para y disfuncionales. También Petrovik señaló la alergia como causante de daños paradentales. Lo que importa es encontrar qué factor sea el responsable de las alteraciones descritas y que, ante todo, pueda ser comprobado regularmente.

Las intoxicaciones, perturbaciones endocrinas (Rebel, Rozeik, Kluska, Hermann), las anomalías ingénitas, las hipovitaminosis (Prader, Stepp, Benenson), los trastornos metabólicos, los traumas locales repetidos, las anomalías en la posición y forma de morder, etc., pueden

TABLA I

Hipótesis del desarrollo efectivo en la formación de la

Vascularización, alteraciones en el epitelio y tejido conjuntivo, osteolisis.

considerarse, entre otras, como causantes de origen. Mas la mayoría de los enfermos de paradontosis no muestran estas alteraciones. Por otra parte, Simard, Heled, Bangheyi, han encontrado, en gran número de ellos, una alergia contra los anaerobios.

Lehmans y Vincent quieren haber encontrado esta alergia en todas las formas de paradontosis examinadas por ellos. Esta alergia existía lo más frecuentemente sola, a veces combinada con los factores ya enumerados. La regularidad de esta alergia contra los gérmenes anaerobios llevó a Lehmans y Vincent a la hipótesis de que esta alergia haya de ser el factor determinante de esta enfermedad, lo que coincide plenamente con las opiniones de Haupl, Langs, Albanese y Petrovick.

Tres factores constantes, por lo tanto, parecen necesarios para el desarrollo del síndrome polialveolar: infección, alergia, trastorno neu-

rovascular (Vinzent). Los factores secundarios citados, entre otros, sí pueden, al mismo tiempo, tener una influencia directa o indirecta sobre el vegetativo. El desarrollo efectivo supuesto por el autor arriba mencionado está ilustrado en la Tabla I. Las reacciones alérgicas son patérgicas (en el sentido de la hiperegia), después de una sensibilización previa (infección primera de los gérmenes anaerobios). Solamente a la segunda infección se produce la reacción alérgica. Este estado alérgico lo aprovecha, por ejemplo, la vacunoterapia. El efecto de la vacunoterapia consiste en la desensibilización y el aumento de la actividad de las funciones celulares mesenquimales, que hacen más aseguibles los focos de infección para los anticuerpos, y otros medios terapéuticos aplicados eventualmente al mismo tiempo. El proceso sigue su curso probablemente a través de alteraciones neurovasculares, con un aumento de la permeabilidad.

De los conocimientos obtenidos sacó Vinzent la conclusión lógica de que su hipótesis adquiriría importancia en cuanto sea posible, mediante la eliminación o supresión de esta alergia y con una vacuna adecuada lograr una «curación» de la paradentopatía ya existente. Hay laboratorios que han preparado una antígeno específico contra aquellos gérmenes comprobados como de mayor frecuencia. Se trata aquí de una vacuna polivalente, la primera vacuna inyectable de la flora anaerobia bucal de la cavidad bucal, es decir, de una proteino-vacunoterapia específica, que puede obtenerse en el comercio de algunos países de Europa.

La composición de esta vacuna es la siguiente:

Treponema microdencio	150 millones
Bacilo ramoso	50 »
Bacilo fusiforme	50 »
Veillonella Párvula	50 »
Estreptococo fétido.	50 »
Enterococo fecal	50 »
Agua destilada	1 ml.

La vacunoterapia o antigenoterapia ofrece las posibilidades siguientes:

a) Desensibilización en las paradentopatías como consecuencia de una alergia contra gérmenes anaerobios, dando por resultado un estancamiento del proceso.

b) Inmunización en paradentopatías infecciosas agudas.

La vacunoterapia con proteínas específicas ha de llevarse a cabo de la manera siguiente:

1) Prueba intradérmica para la comprobación de la alergia anaerobia: inyectar 0,2 a 0,5 cm.³ intradérmicamente, en el antebrazo, de la proteína específica (vacinoterapia). Se recomienda para ello una «cánula foropina» (Mack). Control después de las 24 h. La reacción positiva se manifiesta en un enrojecimiento fuerte o mediano (a veces del tamaño de una moneda de cinco pesetas o más) dentro de las 24 h. alrededor de la pústula del tamaño de una lenteja colocada intradérmicamente.

2) Desensibilización: Inyecciones subcutáneas (antebrazo) de 0,2 a 0,5 cm.³ de proteína específica (cuando la reacción intradérmica es fuertemente positiva), o de 0,5 a 1 cm.³ (cuando la reacción es medianamente positiva) cada tercer día. Si después de la cuarta, sexta o séptima inyección no se produce ya ningún enrojecimiento es señal de que la alergia ha disminuido o desaparecido totalmente (desensibilización). La prueba diagnóstica intradérmica debe hacerse, en primer lugar, con todos los pacientes. Entonces la terapia subsiguiente—según como se presente el caso—puede ser variada.

3) Inmunización: Se aplican inyecciones subcutáneas de 1 cm³ cada una a intervalos de dos días, diez inyecciones en total. La inmunización activa es esencial y al producirse reacciones puede considerarse como la mejor protección y profilaxis más eficaz contra el avance continuado de una enfermedad que ya existe.

En esta terapia no ha ocurrido nunca un choque desagradable. En las primeras inyecciones, sin embargo, puede producirse una ligera sensación de pesadez en el brazo y un aumento de temperatura, de corta duración, hasta un máximo de 38° C. Esta reacción, que en 91 casos propios se presentó únicamente en una enferma de cincuenta y tres años, es inofensiva, desaparece totalmente al cabo de 24 h. y demuestra la reacción de la terapia.

Ya al cabo de unos días se muestra en estos casos una mejoría clara de las condiciones paradentales. Vinzent señala que una sensación de cansancio que no tiene explicación, así como trastornos digestivos, que anteriormente no cedían a la terapia, pueden desaparecer. Lo mismo puede decirse de los dolores de cabeza o afecciones de la piel. Ahora bien, debe reconocerse que se logran los mayores éxitos cuando la en-

fermedad se encuentra todavía en su primera etapa; de otra manera, a veces, no se puede esperar un resultado antes de la terminación de la primera serie de inyecciones.

Para que la inmunidad llegue a ser efectiva necesita de un período de arranque, lo que a veces explica que el efecto general favorable se manifiesta solamente después de terminado el tratamiento. Para aumentar el efecto ya logrado es conveniente y recomendable reanudar el tratamiento después de períodos de descanso, con nuevas series de inyecciones inmunizantes. Con ello se puede consolidar el éxito si después de un mes de haberse puesto la primera serie se continúa con una nueva serie de ocho a diez inyecciones subcutáneas de 1 cm.³, una cada dos días. Para una consolidación aún mayor se recomienda la aplicación, en los dos años subsiguientes, de una serie de cinco a diez inyecciones (subcutáneas) anualmente. Por una estadística de Vinzent se ve que estos éxitos han sido observados y se mantienen desde hace veinte años.

4) Antigenoterapia intraoral: En el repliegue más cercano posible de la encía (Gingiva Propria)—y sin dañar el periostio—se inyecta lentamente próxima y distalmente de cada diente 0,1 a 0,2 cm.³ de la proteína específica. Esto produce una reacción heperérgica que, para poder ser empleada entonces seguidamente, tiene que ser controlada en su intensidad. Para ello se emplea un anestésico que se aplica mezclando en partes iguales con la proteína específica, en la jeringa. Gracias a esto las inyecciones se hacen indoloras y la reacción se desenvuelve sin perder su efecto terapéutico. La antigenoterapia intraoral debe repetirse después de dos o tres días una o dos veces, para pasar entonces a la antigenoterapia subcutánea.

Ha mostrado ser conveniente para esto la jeringuilla de ampolla cilíndrica. Esta jeringuilla sirve para simplificar el procedimiento. Técnicamente se puede proceder en tal forma que en una sesión se traten la mitad de los maxilares superior o inferior. Conviene a la vez, para suavizar los múltiples pinchazos, colocar primero algo de anestésico para anestesiar los conductos primarios. Es también posible una inyección directa intragingival. Con esta técnica no se ha producido nunca una necrosis. Los pacientes describieron únicamente casos aislados en que algunos de los pinchazos resultaron ligeramente dolorosos, dolores que a las 24 h. habían desaparecido totalmente.

Puede desensibilizarse igualmente mediante la inyección intraoral. Es fácilmente comprobable que una inyección intradérmica o subcutánea de proteína específica no produce enrojecimiento local ni reacciones focales o generales después de una inyección intraoral previa. A las inyecciones orales, y eventualmente en la lengua o el paladar o intragingivales, se sigue con una serie de seis a ocho inyecciones subcutáneas de proteína específica pura (1 cm.³) cada dos días. Una ventaja de estas inyecciones del antígeno con un anestésico local consiste en que se puede proceder al curetaje de las bolsas inmediatamente a continuación.

Como profiláctico antes de intervenciones maxilares quirúrgicas es también apropiada la mezcla de anestésico y proteína específica, y ha dado buenos resultados en 41 casos. En éstos no se emplearon adicionalmente ni antibióticos, ni quimioterapéuticos, los cuales, sin embargo, pueden mezclarse al igual que las vitaminas y la hidrocortisona con proteína específica.

5) Curetaje: El curetaje combinado con una gingivectomía parcial (según Shapiro) puede provocar nuevas lesiones, pudiendo producirse así en el medio séptico, con profundización de las bolsas y frecuentes recaídas. Con Lehman y Vinzent considero sostenible que, gracias a la antigenoterapia gingival específica simultánea, este argumento puede ser invalidado en alto grado.

Después del proceso de cicatrización postoperativo y una reacción mediana, la encía recobra un aspecto normal. Bajo estos puntos de vista podía considerarse «como nuevamente adherida» o bien se nos mostraba con un puño gingival ceñido. Las hinchazones edematosas habían desaparecido.

La terapia de las paradentopatías abarca, por tanto, después de su realización en la manera descrita, los puntos esenciales siguientes:

- a) Comprobación de una alergia anaerobia y focos sensibilizantes mediante la prueba intradérmica con proteína específica.
- b) Desensibilización y vacunoterapia.
- c) Medidas quirúrgicas locales, siempre y cuando sean necesarias.
- d) Continuación de la vacunoterapia en el intervalo.

RESULTADOS

Pueden esperarse resultados duraderos en las parodontosis avanzadas cuando se hizo el tratamiento quirúrgico juntamente con la antigenoterapia de una manera consecuente. Para eliminar totalmente los focos residuales no alcanzados eventualmente por el curetaje, habrá de iniciarse tres o cuatro meses después de una nueva serie de antígeno-inyecciones, de ser nuevamente positiva la prueba dérmica. Entonces se requiere únicamente en los dos o tres años siguientes una serie una vez al año de cinco a diez inyecciones (subcutáneas) de 1 cm.³ de proteína específica para la consolidación.

Ciento trece enfermos fueron observados y controlados estadísticamente por Lehmans y Vinzent durante veinte años, comprobándose un 84 por 100 de éxitos y un 16 por 100 de recaídas.

Los resultados propios en 91 casos mostraron una cuota provisional de éxitos del 62 por 100 en el transcurso de un año. Solamente aquellos casos que mostraron una reacción objetiva a la vacunoterapia están contenidos en el 62 por 100. Se sigue observando a los pacientes y haciendo su estadística. Son especialmente de tomarse en cuenta, como se ha mencionado al principio, los trastornos endógenos especialmente del cuadro hemático, que aclararon los fracasos de dos de los casos.

Con esta aportación se quiere confirmar y presentar como viable un camino emprendido de una vacunoterapia, por los colegas Vinzent y Lehmans, mediante investigaciones propias. Aún cuando la antigenoterapia de las parodontopatías no puede verse coronada de éxito en todos los casos, no cabe duda que los resultados ya obtenidos señalan un progreso y una posibilidad.

BIBLIOGRAFIA

- ALBANESE: «Terapia médica de las parodont.». *Congr. de Estomatología*, San Remo, 9, 1951.
- BENENSON: «Beurteilung der Wirk. Hmthoden. der alv-pyorrh.». *Stom.*, 6/1957; s. 21.
- BERGER: «Baktrlg. Untersuchng. bei entzünd. Parodonthp.». *DZZ*, 1957 (Forum (Publicd. por S. M. y Oddtría.) Parodontlg.).

- FEHR: «Bakteriologie. Untersuchung. von einer Parodontbehandlung». *DZZ*, 11 (H. 17.-F. P.).
- HAUP u. LANS4 *Marginale Parodontitis*. Verlag H. Heuser, Berlin.
- HELD: *Les Parodontitis et leur traitement*. Masson.
- HERMANN, KLAUCKA y ROZEK: «Endokrine Störungen. u. Parodontitis». *DZZ* (T. 16).
- LAMAZERE: «Contributions à la vulgarisation de l'hémoculture gingivale». *Rev. Dent. de France*, 5 y 6, 1952/3.
- LEHMANS, Vincent: «Sur la pathologie des lésions du périodonte». *Rev. de Stomatol.*, 1944, 4g; 7-8, 77-83.
- «Parodontitis et perturbations neurovasculaires. Etude expérimentale». *Rev. Stom.*, 1952-53; 8, 9, 738.
- «Existe-il un syndrome général allergique, etc.». *Société de Stoma. Séance*, septembre 1952.
- MATHIS: «Über spezifisch Zahn-, Maßnahmen bei Parodontopathien». *DZZ*, 1958 (H. 4).
- PTEROVIC: «Biochemische Veränderung des Parodontiums usw.». *DZZ*, 1957 (H. 22), S. 1618.
- PRADER: *Schweiz. Monatsschrift f. Zahn.*, 1958, H. 16.
- RATEISCHAK: «Prinzip der Lokalbehandlung». *Vortrag D. Terp. Woch.*, 1959.
- «Konservative Behandlung. Taschen». *DZZ*, 13, 1958 (H. 11).
- REBEL: «Zur pathogenese. und frühzeitigen systematischen Schwann., usw.». *DZZ*, 11 (H. 21), 1956.
- SHAPIRO: «Reattachement operation.». *JAD*, 54, 657, 1957.
- STEPP: «Ergebnisse der medizinischen Grundlagen». *G. Thieme Verlag Stuttgart*, 1956.
- VINCENT, Seguin: «Données actuelles sur la septicémie b-d». *Rev. de Stom.*, 1946, 47, 388.
- VINCENT, Lehmann: «L'hémoculture gingivale dans la pyorrhée». *Rev. Stom. de France*, septembre 1951, 52.
- (Per. *DZZ*, 15-X-1960, H. 20; trad. ADM, XVIII, 3, 1961.)

III REUNION DE LA SOCIEDAD ANATOMICA ESPAÑOLA, VI REUNION DE LA SOCIEDAD ANATOMICA LUSO-HISPANO-AMERICANA Y XIV REUNION DE LA SOCIEDAD ANATOMICA PORTUGUESA

Organizadas por la Sociedad Anatómica Española, se celebrarán en Valencia estas Reuniones durante los días 29, 30 y 31 de octubre de 1962.

Para informes e inscripciones, dirigirse a la Secretaría de las Reuniones de las Sociedades Anatómicas, Facultad de Medicina, paseo de Valencia al Mar, 17, Valencia (España).