

AFTAS BUCALES: SU TRATAMIENTO

por el

DR. HÉCTOR O. PISTONI

Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Farm., Terap. e Hig.,
a cargo del Profesor titular Dr. Antonio R. Galmarini

Esta afección de la mucosa bucal, también llamada aftas comunes o simples, se caracteriza por la aparición de una o más lesiones, cuyo tamaño varía de 2 a 5 milímetros de diámetro, presentando distintos aspectos durante su evolución: máculo, pápula, vesícula, umbilicación y cicatrización.

Los tres primeros estadios son silenciosos, pero al umbilicarse dejan una ulceración, poniéndose de manifiesto por la intensa sintomatología dolorosa, presentando un fondo amarillo pultáceo, como horadada en la mucosa, de forma redondeada, de límites netos por su lado rojizo inflamatorio—carácter típico de esta afección—, cuyo edema circunscripto hace emerger sus bordes.

Su localización puede ser cualquier parte de la mucosa bucal, asentándose en orden decreciente de frecuencia en surcos vestibulares, cara interna de labios, carrillos, suelo de boca, punta de lengua, paladar. Según su localización provocan trastornos dolorosos al simple roce de los alimentos y a veces dificultan los movimientos de masticación y deglución, tal cuando se asientan en el frenillo sublingual o punta de la lengua.

El dolor se lo atribuye al hecho que al existir solución de continuidad del epitelio quedan expuestas las terminaciones nerviosas, reaccionando ruidosamente ante cualquier estímulo.

Aparece en general una sola afta; en otros casos pueden ser dos o tres simultáneamente, haciéndolo en algunos pacientes con tendencia recidivante. Pero, en cualquier forma, nunca es acompañada con reacciones generales, sus trastornos son marcadamente locales, lo cual facilita el diagnóstico diferencial con la estomatitis aftosa, cuyo cotejo sintomático es ruidoso: fiebre de 40 grados, cefalalgias, escalofríos, halitosis, sialorrea, etc.

La duración de las aftas bucales, desde su aparición macular hasta la cicatrización, es aproximadamente entre ocho y diez días, a veces algo más, y al desaparecer no dejan rastros.

Se ha relatado la coexistencia de aftas bucales y genitales, más frecuente en la mujer, hecho que hasta el presente no hemos visto y menos su presencia en fosas nasales, faringe y tráquea.

En cuanto al problema etiológico de las aftas bucales, es aún desconocido; unos las relacionan con trastornos digestivos y, sin determinar su patogenia, las llaman aftas dispépticas, asociándolas a desarreglos alimentarios.

Otros las atribuyen a infecciones graves, tales como la tifoidea, no faltando quien las acuse en relación con las menstruaciones, bautizándolas con el nombre de aftas catameniales.

Por último, hay autores que no descartan su naturaleza alérgica.

Las aftas recidivantes o crónicas o aftas de Mikulicz, son atribuídas a mujeres débiles, anémicas, asociadas o coincidiendo con la menstruación. Nosotros compartimos en parte esta opinión en cuanto a la alteración general, pero queremos destacar que también es frecuente encontrar aftas recidivantes en el hombre.

En cuanto al origen virósico, no está comprobado, pese a que Laufer considera a las aftas y al herpes del mismo origen viral, aunque clínica e histológicamente presentan profundas diferencias.

Otros autores se inclinan a considerar como agente etiológico a un ultravirus.

De las distintas causas atribuibles a esta afección, su patogenia está lejos de reconocer un factor ponderable para desencadenarla.

Como finalidad del presente trabajo, sólo nos guía contribuir con nuestra experiencia a la solución etiopatogénica de pacientes portadores de aftas, pesquisando los trastornos en los diversos sistemas de la economía y en algunos casos con análisis de laboratorio.

Sólo queremos anticipar, de acuerdo con el estudio de los pacientes tratados hasta el presente, condicionado naturalmente a la futura casuística, que en términos generales *las cifras son repercusiones en el órgano bucal de trastornos metabólicos generales.*

Hemos comprobado que en estos pacientes existe una discrinia del órgano bucal en sus componentes regulador y compensador.

A este respecto debemos recordar que, de acuerdo con lo demostrado por Vidal y Galmarini y tal como lo hemos sostenido en publicaciones anteriores en colaboración con Rocco y Traverso, *el epitelio bucal es un órgano eminentemente secretor*, pues las funciones de revestimiento y protección que se le asignaban clásicamente se desarrollan en realidad a través de la capa de mucoproteídos o película superficial, producto de

secreción de ese epitelio, situado, como su nombre lo indica, sobre las células superficiales del mismo. El cuerpo mucoso de Malpighi es el verdadero parénquima secretor, cuyas células sintetizan los aminoácidos que toman del medio intersticial para unirlos a los hidratos de carbono que le llegan de la capa de células basales, constituyendo así las proteínas conjugadas antes citadas.

Las glándulas mucosas actúan como elemento compensador por su secreción de mucopolisacáridos.

Además, debe tenerse en cuenta que las glándulas serosas aportan el elemento protídico, hídrico y salino, concurriendo al equilibrio del medio bucal por intermedio de las enzimas mucolíticas, entre las cuales citaremos, por ser las más estudiadas, la lisozima, hialuronidasa y colagenasa. El desequilibrio de estos factores enzimáticos determina la existencia de una *bionosis superficial*, más o menos acentuada según el caso.

Por esta razón debe darse gran importancia al hallazgo de alteraciones cualitativas o cuantitativas de los componentes de la sangre, ya que ésta es la encargada de distribuir las sustancias nutricias por todo el organismo, condicionando en última instancia la actividad secretora del epitelio bucal y glándulas anexas.

Es primordial en este sentido la investigación de las disproteinemias y el equilibrio de sus dos fracciones: albúmina y globulina, y dentro de las globulinas las alfa, beta y gamma, como también la búsqueda de anemias hipocrómicas, ya que son éstas las alteraciones que más frecuentemente hemos encontrado en nuestros enfermos.

Recordamos a manera de corolario que las proteínas son los elementos imprescindibles para la vida, siendo ésta la base de nuestro planteo terapéutico.

TRATAMIENTO.—Se enfocó desde un doble punto de vista: *tratamiento de fondo* o etiológico y *tratamiento local* o de urgencia o sintomático.

El *problema general* se trató de acuerdo con cada caso particular, con correcciones adecuadas de la dieta alimentaria. Se suministraron proteínas e hidrolisados de aminoácidos en los casos de hipoproteinemias.

En las anemias se suministró, además, vitamina B₁₂ con adición de sales de hierro.

También utilizamos frecuentemente el ácido ascórbico a grandes dosis en aquellos casos en que se comprobaron alteraciones del mecanismo «redox».

En cuanto al *tratamiento local* se encauzó con el concepto que, si bien es necesario actuar con rapidez para eliminar el dolor, se debe tener especial cuidado en hacerlo con elementos biológicos que no causen daño a los tejidos orgánicos ni a los humores superficiales. Por esta razón se utilizó una pasta a base de aminoácidos (Odonto Athanal Marxer), aplicada abundantemente sobre las ulceraciones cada tres o cuatro horas, sin masaje y cointraindicando los colutorios durante diez minutos después de la aplicación.

Este compuesto contiene, además, pequeñas cantidades de sustancias antisépticas que, a nuestro modo de ver, por sí solas no tendrían acción sobre estas lesiones.

Pensamos que la presencia de micro-organismos en el fondo ulceroso de las aftas comunes o simples es un factor subreagregado y no puede ser considerado como agente etiológico primario, sino que su injerto se hace después de producirse las alteraciones bioquímicas y funcionales de los tejidos que conducen a un estado de desequilibrio funcional.

Los aminoácidos empleados en nuestra terapéutica actuarían estimulando la actividad funcional del epitelio desde el doble punto de ataque general y local y llevando los elementos nutricios necesarios para restaurar el equilibrio funcional.

No obstante considerar aún insuficiente la cantidad de casos tratados como para extraer conclusiones definitivas, podemos adelantar las observaciones realizadas en los primeros 18 casos clínicos:

1.º *La terapéutica local con pasta de aminoácidos solucionó la sintomatología dolorosa* en 15 de los casos tratados. El dolor desapareció generalmente a los dos o tres minutos de aplicar la pasta sobre las aftas, y esto perduró por varias horas.

2.º Se observó una *aceleración en la epitelización* de las úlceras en doce de los casos tratados. En los seis casos restantes no se obtuvo ese resultado, si bien la curación no excedió del término habitual, con la ventaja que con esa terapéutica eliminamos el dolor.

3.º Se observó en todos los casos una *mejoría del estado general*, que solamente puede atribuirse al tratamiento sistemático o de fondo emprendido simultáneamente con el tratamiento local.

4.º En los cuatro casos que se siguen desde hace dos a cinco años *no hubo recidivas hasta el presente*, lo que atribuimos al tratamiento general.

5.º Los restantes casos son más recientes y no es posible aún abrir juicio sobre el problema de las recidivas.

BIBLIOGRAFIA

- ORBAN BALIN, J., y WENTZ, F.: *Atlas de patología clínica de la mucosa bucal*. Año 1955.
- VIDAL, F., y GALMARINI, A. R.: *Humor bucal*. R. O. 1953, 41, 43.
- PATRONE, A., y COLLI, J. C.: *Los aminoácidos naturales en la dieta y el tratamiento de las paradenciopatías*.
- PISTONI, H. O.; ROCCO, R. A., y TRAVERSO, R. O.: *Función secretora del epitelio bucal*. Clínica estomatológica. 1054, II, 31.
- LEBOURG, LUCIEN: *Estomatitis vesiculares y ampollosas*. R. O. 1955, 43, 5.
- DIETZ, VÍCTOR, H.: *Etiology and Symptomatology and Therapy of Aphthous Stomatitis*. Mil. Surgeon, 1950, 107, 175, 180.
- LAUFER, J.: *Herpes et Aphtes*. Actualites Odontost. Marzo 1956.
- MEEROFF, M.: *Aftas bucales*. La Prensa Médica Argentina. 1956, 48, 3552. (Publicado. en «Sem. Médca» y «Odttría».)

PROTECCION DE LOS GUANTES DE CIRUJANO

En el hospital Guy, de Londres, se ha perfeccionado un nuevo método de poner a prueba los guantes quirúrgicos, de forma que queden completamente a salvo de cualquier contaminación de bacterias que pueda propagarse a través de pequeños orificios. Los guantes quirúrgicos han de esterilizarse mediante el calor, un tratamiento que no soportan muy bien. Unos guantes así son susceptibles de que se formen en ellos pequeños orificios. Estos pueden ser tan diminutos que no se observen a simple vista; pero aun así lo suficientemente grandes para permitir el paso del sudor, que sirve de vehículo a las bacterias.

Los guantes quirúrgicos se someten a prueba y comprobación minuciosa después de su uso, pero no se efectúan tales operaciones de control después de su esterilización. Las pruebas realizadas han puesto de manifiesto que de 128 guantes examinados, 21 tenían uno o varios agujeros. Fué este descubrimiento el que impulsó la necesidad de un método de someter a pruebas los guantes antes y durante la intervención. El aparato que se ha ideado para eso se basa en las propiedades aislantes del caucho. Si un guante está perforado, la transpiración lo atravesará flúido que será un buen conductor de electricidad. En otras palabras: si podría demostrarse que el guante había perdido sus propiedades aislantes normales, se podía estar seguro de que estaba perforado. Esta demostración la proporciona un sencillo, pero ingenioso procedimiento. El cirujano sumerge sus manos enguantadas en un recipiente que contiene una solución antiséptica, que está conectada, mediante una batería y

una luz de aviso, a unas gafas que el cirujano lleva en la frente. Si el guante está perforado, se completa el circuito y se enciende la luz de aviso. La solución antiséptica asegura que cualquier bacteria que haya podido atravesar el guante queda destruída y no infecta los guantes del próximo usuario.

HACIA LA ANESTESIA AUTOMÁTICA

Se están realizando experimentos que cada día nos acercan más a conseguir la anestesia automáticamente. Para empezar, se administrará al paciente el anestésico elegido, y las reacciones producidas modificarán la cantidad de manera que se mantenga la anestesia al nivel requerido sin intervención del anestesista. El aparato usado para registrar el grado de anestesia es el electroencefalógrafo, que registra la actividad del cerebro y que se utiliza desde hace años en psiquiatría y neurología. Hoy día la importancia del anestesista es tan grande como la del cirujano, ya que éste ha extendido sus actividades más allá de la básica dominación del dolor. Tiene ahora a su cargo la provisión de campos desprovistos de sangre, de la relajación de los músculos, paralización del corazón en la cirugía cardíaca y asegurar que el operado, al recobrar el conocimiento, no vuelva a sentir dolor.

Es evidente que la anestesia afecta al metabolismo celular y el sistema nervioso central, y por la íntima relación entre el cerebro y demás partes del sistema nervioso, no hay duda que sus alteraciones se reflejan en el electroencefalógrafo. Con los electrodos ajustados a diversas partes de la cabeza del paciente, el anestesista puede mantener el grado de anestesia requerido por el cirujano con sólo vigilar el gráfico.

Sin el electroencefalógrafo el anestesista tiene que guiarse por los síntomas clínicos: respiración, color de la piel y mucosas, etc. La ayuda visual facilitada por el electroencefalógrafo es muy considerable. Las variaciones registradas en la cinta de papel son signos más bien cualitativos que cuantitativos, y ajustando un aparato electrónico al grado de anestesia requerido, podrá mantenerse éste por el simple procedimiento de abrir o cerrar una válvula si el gráfico revela que se tiene que profundizar o reducir la anestesia. Por un medio semejante, se podría mantener la anestesia automáticamente sin que el anestesista tuviese que dedicarle su continua atención.