

A PROPOSITO DE UN CASO DE FLEMÓN DEL SUELO DE LA BOCA (ANGINA DE LUDWIG), TRATADO CON PENICILINA

por el

Dr. E. Peral Aranda

EL flemón del suelo de la boca, flemón suprahioideo de GENSOUL, que fué quien primero lo describió, o angina de LUDWIG, no es sino una celulitis submaxilar aguda acompañada frecuentemente de gangrena gaseosa. Para algunos la angina de LUDWIG sería solamente la forma hiperséptica y gangrenosa del flemón.

El origen es casi siempre dentario. Se trata, generalmente, de una pieza dentaria inferior infectada que da lugar a una pulpitis gangrenosa, pudiéndose presentar el flemón espontáneamente o bien después de la extracción de la pieza infectada.

Para FARR y STANHOPE el tercer molar, cuando el foco anginoso es primitivamente dental, suele ser el punto de partida, atribuyéndolo al menor grosor de la pared del maxilar a ese nivel, lo que facilita el paso de la infección hacia la fascia cervical y músculos milohioideos.

Si recordamos la estructura del espacio sublingual, que se halla ocupado por la glándula sublingual, la prolongación anterior de la glándula submaxilar, el conducto de Wharton, los vasos linguales y el nervio sublingual, rodeado todo ello de una capa de tejido celuloadiposo laxo, se comprenderá la facilidad y rapidez con que se extiende este tipo de infección.

Por otra parte, como esta región tiene fácil comunicación con la del lado opuesto a través del espacio comprendido entre la mucosa y las fibras del geniogloso por delante, y con la región submaxilar por detrás del borde posterior del milohioideo, no extraña la enorme difusión que adquiere desde los primeros momentos y que obliga a intervenir urgentemente.

La infección es con frecuencia polibacteriana, encontrándose entre los gérmenes más corrientes estreptococos, estafilococos, y entre los anaerobios el *perfringens*.

Para KEKWICK y WRIGTH el déficit de vitamina C tendría gran importancia, ya que rebajaría el nivel de resistencia ante la sepsis oral.

En nuestro caso, el punto de partida fué la tercera muela (primer molar) del maxilar inferior, lado izquierdo la cual presentada una caries, por lo que fué extraída el día anterior al comienzo de la infección. No creemos que en esta enferma existiese déficit de vitamina C, ya que las necesidades estaban cubiertas y no padecía ningún trastorno de tipo gastrointestinal.

Clínicamente la afección se caracteriza por una tumefacción o tumoración difusa, dura, indolora o ligeramente dolorosa por debajo del maxilar, que puede cruzar la línea media del cuello.

Si efectuamos la palpación introduciendo un dedo debajo de la lengua y con la otra mano en la región submentoniana vamos a su encuentro, notaremos una resistencia elástica característica de esta afección.

El proceso inflamatorio, al actuar sobre el milohioideo y la fascia cervical, eleva la lengua, pudiendo verse las carúnculas sublinguales llegar y sobrepasar el borde de los dientes, constituyendo un rodete edematoso de color violáceo. Hay trismo que impide abrir la boca, salivación abundante, y el edema da lugar a disnea y disfagia por compresión.

Existen fenómenos generales de tipo septicémico que denotan la gravedad: astenia, insomnio, escalofríos, palidez terrosa. La temperatura se eleva a 40° y la frecuencia del pulso está en relación con ella.

La evolución es muy rápida y el diagnóstico lleva implícito la indicación operatoria. Hay que tener en cuenta que el enfermo puede morir por colapso, asfixia a consecuencia del edema de la glotis o por bronconeumonía. Nuestra enferma tuvo una bronconeumonía en la convalecencia, debida probablemente a la aspiración de alguna partícula de pus.

La intervención, que ha de hacerse sin esperar a que exista fluctuación, consiste en practicar una incisión en la línea media, y si la infiltración es extensa dos, siguiendo el borde del maxi-

lar, una a cada lado, que atravesasen el tejido celular y el milohioideo, dejando como desagüe un tubo de goma fenestrado. Se puede emplear como anestésico el cloruro de etilo.

FARR y STANHOPE aconsejan la práctica de la traqueotomía previa, considerando que debiera hacerse de un modo rutinario en todos los casos, y como anestésico el protóxido de nitrógeno. Cuando esto no es factible, el cloroformo, sin llegar a la anestesia profunda.

Actualmente el cirujano cuenta con un poderoso auxiliar: la penicilina, que si no evita en todos los casos la intervención quirúrgica, la hace menos grave mutilante para el enfermo. Actúa, además, sobre tipos de gérmenes sobre los que las sulfonamidas carecen de acción; es más activa que éstas a diluciones mayores, su potencia se afecta poco por el número de gérmenes que existan en el foco infeccioso y su acción no sufre menoscabo con la presencia de sangre, suero, pus, lisados tisulares ni peplonas, como les ocurre a las sulfonamidas, según los trabajos de ABRAHAM, CHAIN, FLECHTER, FLOREY y otros.

Cuando vimos a la enferma que nos ocupa estaba sometida a tratamiento con un preparado tiazólico, llevando tomados, en poco más de veinticuatro horas, 10 gramos, a razón de 75 centigramos cada tres horas, sin que se observara mejoría manifiesta, antes al contrario, la temperatura era de 40° y la infiltración se iba extendiendo, hasta el punto de que quedaban borrados los relieves del mentón, ángulos del maxilar inferior y esternocleidomastoideo de ambos lados, lo que nos indujo a sentar la indicación operatoria.

El terror que inspiraba a la enferma y familiares la intervención y, sobre todo, la posibilidad de que quedasen cicatrices postoperatorias poco estéticas, ya que se trataba de una joven, y desconfiando de la eficacia de las sulfonamidas en estos casos, hizo que recurriésemos a tratamiento penicilínico.

Durante las primeras horas de iniciado el tratamiento nos mantuvimos en expectación armada, hasta que cuando llevaba administradas 160.000 u. o., a razón de 20.000 u. cada tres horas, por vía intramuscular, fué reduciéndose la tumoración, aparecieron los bordes anteriores de los esternocleidomastoides y fué contorneándose el mentón. El rodete inflamatorio

sublingual fué descendiendo y el trismo y la disnea mejoraron. Igualmente la deglución, pues podía tomar los líquidos a sorbos, que antes de iniciado el tratamiento habían de darla a cucharaditas. La fiebre descendió algo, manteniéndose entre 38,5 y 39°.

Al llegar a las 400.000 u. nos avisan de que la enferma ha comenzado a expulsar sangre, pus y esfacelos por la boca de un olor extraordinariamente fétido. El flemón se da abierto espontáneamente. A partir de entonces la mejoría es rápida. Al llegar a las 600.000 u. se suspende la administración de penicilina por razones que no son de este lugar. En la región submentoniana, ya casi normal, aparece un punto de fluctuación en el que practicamos una incisión de un centímetro, que da salida a pus espeso, achocolatado, de un olor nauseabundo, en cantidad de 6 a 8 centímetros cúbicos. Al día siguiente salen dos gotas de pus y al cuarto día está cerrado. Ha desaparecido el trismo, la enferma toma alimentos sólidos blandos y es dada de alta después de algunas incidencias, que exponemos a continuación en la historia clínica.

Enferma Pilar M. N., de diecinueve años, natural de Gijón, domiciliada en Madrid, Paseo del Rey, 12. Antecedentes familiares, sin importancia. Hace dos años que tuvo varios forúnculos, uno en la mejilla, que hubo que dilatar, y que fueron tratados con vacunoterapia. Catarros frecuentes en la temporada invernal.

Cuando la vemos por vez primera hace treinta y seis horas que le han extraído una pieza dentaria del maxilar inferior: el primer molar del lado izquierdo.

Según nos refiere, a las pocas horas notó hinchazón en el sitio de la extracción, junto con molestias, que atribuyó a la reacción consecutiva a dicha extracción. A las veinticuatro horas la hinchazón se extendió a región submentoniana y, cuando la vemos, a ambos lados de la región submaxilar.

Está sometida a tratamiento sulfonamídico por el médico de cabecera (DR. FERNANDEZ GOMEZ), y ha notado la noche anterior un escalofrío de regular intensidad. Aconsejamos que continúe el tratamiento a razón de 75 centigramos cada tres horas, y después de tomados unos diez gramos de sulfamidotiazol, la temperatura ha subido a 40 grados y la hinchazón invade las caras laterales del cuello. La boca no puede abrirla más de dos centímetros. La deglución es difícil y dolorosa, y tienen que darla los alimentos líquidos a cucharaditas. Disnea y tos de tipo irritativo. Nada a la

auscultación. Rodete edematoso sublingual, de color lívido, que sobrepasa el borde de los dientes. Salivación abundante. Aconsejamos reposo absoluto de la región.

En vista de que no se observa mejoría, sino lo contrario, solicitamos tratamiento con penicilina, que se inicia este mismo día, 23 de febrero, a las tres de la tarde, a razón de 20.000 unidades cada tres horas, intramuscularmente.

La mejoría no se manifiesta hasta que lleva administradas 160.000 unidades, en que se observa, aparte de un ligero descenso de la fiebre, una disminución de la disfagia y un descenso de la tumefacción. Persiste la tos y la disnea. Ha bajado también el rodete edematoso sublingual y ha variado el color. Al llegar a las 400.000 unidades el flemón se abre espontáneamente por la boca, expulsando sangre, pus fétido y esfacelos.

La hinchazón desciende rápidamente, así como el trismo y la disfagia, tomando ya los líquidos a sorbos. Sin embargo, la temperatura no desciende de 38 grados. Se continúa el tratamiento hasta llegar a las 600.000 unidades, en que se suspende.

Durante todo el tiempo que ha durado, a la hora, aproximadamente, de poner la inyección, hemos observado la aparición de una fuerte intranquilidad motora, que duraba pocos minutos, y que no volvió a aparecer una vez terminado el tratamiento con la penicilina.

El último día del tratamiento aparece un punto de fluctuación en región submentoniana, que incindimos al día siguiente, practicando una abertura de un centímetro, que da salida a una escasa cantidad de pus fétido. La hinchazón ha desaparecido casi en su totalidad, se contornea perfectamente el mentón y borde inferior del maxilar y la enferma comienza a tomar alimentos semisólidos.

Transcurridos dos días, y como la fiebre no desaparecía, a pesar de no observarse nada localmente, ni a la auscultación, prescribimos sulfamidotiazol. La temperatura desciende poco a poco, y después de dos días de apirexia y suspendido el tratamiento, observamos una elevación febril a 39,5 grados.

Como nos extraña esta subida, ya que, localmente, el proceso está resuelto y los familiares nos indican que la noche anterior ha tosido, la auscultamos y nos encontramos con un proceso bronconeumónico, cuyo origen lo atribuimos a la aspiración de alguna partícula de pus cuando se abrió el flemón, y que originó un foco que permaneció latente mientras se mantuvo el tratamiento, pero que evolucionó posteriormente por las escasas defensas de la enferma. Afortunadamente, cedió en pocos días con un tratamiento combinado de sulfonamidas, balsámicos con quinina y revulsivos.

La acción benéfica de la penicilina se ha puesto de manifiesto rápidamente, como lo prueba la pronta localización del proceso, a poco de iniciado el tratamiento. Su acción sobre la fiebre, en este caso no ha sido tan espectacular como suelen serlo las sulfonamidas y la misma penicilina en otros procesos, y lo atribuimos a que ésta carezca de la acción antipirética central, que algunos autores, KONZTT y WARSBERG, entre otros, atribuyen a las sulfonamidas.

Consideramos que la cantidad mínima de penicilina necesaria para el tratamiento del flemón del suelo de la boca ha de ser de un millón de unidades, cuando utilizemos la vía intramuscular, si queremos prevenirnos contra la posibilidad de una complicación.

En este caso se ha puesto de manifiesto la posibilidad de simultanear el tratamiento con penicilina y sulfonamidas sin riesgo para el enfermo.

Desde el comienzo del tratamiento con la penicilina hemos observado en nuestra enferma un hecho que nos parece no ha sido registrado hasta ahora, y es la aparición, una hora aproximadamente después de cada inyección, de una intensa intranquilidad motora, caracterizada por fuertes manoteos, muecas, protestas, tratar de levantarse, etcétera, que desaparecía a los cinco o diez minutos. No sabemos si atribuirlo a impurezas de la solución de penicilina, preparada con suero fisiológico, o a que, empleando esa vía de administración, al comenzar la intranquilidad la concentración de penicilina en sangre alcanza su acmé y puede provocar un fuerte aumento pasajero de urea en sangre que dé origen a esos trastornos.

Este es el segundo caso que tenemos entre los enfermos que hemos tratado con penicilina. El primero se trataba de una niña de tres años que a consecuencia de una amigdalitis, tuvo una glomerulonefritis y a continuación una bronconeumonía. La madre nos manifestó que desde que se inició el tratamiento penicilínico tuvo que estar sujetando a la niña, porque se destapaba e intentaba levantarse, lo que acontecía algún tiempo después de puesta la inyección, cesando esta intranquilidad con el tratamiento. Aquí sí que cabe pensar que fuese la uremia la causa de ello, pues la niña no orinó en veinticuatro horas más

que unos 30 centímetros cúbicos de orina, tan hematórica que formuló coágulo.

Es de destacar que en ambos casos los enfermos pertenecían al sexo femenino y que en los varones que hemos tratado no hemos observado este tipo de trastornos y los procesos infecciosos que padecían eran agudos y graves.

Con el tratamiento penicilínico en el flemón del suelo de la boca que nos ocupa hemos evitado la creación de un complejo de inferioridad al obtener, desde el punto de vista estético, un resultado inmejorable. (per *Gazta. Méd. Española.*, junio 1946).

CALVICIES Y CÁNCER.—A. Tourine y Balter: *Ann. de Dermat. et de Syphil.*, núms. 3-4, de marzo-abril de 1945, página 86. (616.5). per *Bibl. Med. Int.* 3481.

Queriendo comprobar el adagio de que la calvicie hipocrática pondría al abrigo del cáncer, reunió 192 casos de tumores malignos (todos de más de cuarenta años), 128 (66 por 100) tenían cabellera bien tupida (118 epitelomas o 67 por 100, y 10 sarcomas o 62 por 100), 52 (27,6 por 100) mostraban una calvicie banal con cabellos más o menos ralos, diseminados (tipo: roído por un ratón, según la expresión de Kretschmer), casi todos de tipo leptosómico (48 epitelomas o 27,2 por 100, y cuatro sarcomas o 25 por 100). Sólo 12 (5,8 por 100) mostraban una calvicie hipocrática, tipo bola de billar, casi todos del tipo pícnico (10 epitelomas o 5,8 por 100, dos sarcomas o 12,5 por 100).

Podría, pues, parecer raro el cáncer en la calvicie hipocrática, si ésta no mostrase casi exactamente la misma frecuencia en los testigos de más de cuarenta años tomados entre la población general. En 293 individuos tomados al azar, halló 194 cabelleras abundantes (66,3 por 100), 76 calvicies diseminadas (25,9 por 100) y 24 calvicies hipocráticas (7,8 por 100).

Por tanto la calvicie hipocrática no representa, con relación al cáncer, ni inmunidad ni predisposición, comparada con las cabelleras normales o la calvicie banal diseminada.—*Alvarez Cascos.*