

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN  
NICOLAS DE HIDALGO

Facultad de Odontología

**Intolerancias y Alergias  
en la Boca**

  
TESIS

que para su examen profesional de

CIRUJANO DENTISTA

Presenta

**Antonio Velázquez Carranza**

Morelia, Mich.

1965.

## “Al Honorable Jurado y Comisión de Tesis”

Con el propósito de cumplir con el requisito estipulado por esta Universidad, expongo a su consideración este modesto trabajo, en el que no pretendo incluir cosas nuevas, ya que solo contiene una recopilación sumaria de capítulos, que fueron tomados de varias obras, científico-literarias propiedad de la biblioteca Benjamín Franklin de la C. de México. (aprovecho para patentizar mi agradecimiento) Por lo que, mi modesta contribución solo fué el ordenamiento consecuente de dicho material.

Por tal motivo apelo a la benevolencia de ese organismo, que conoce perfectamente la situación de mis escasos conocimientos, los cuales limitaron mis pretenciosos esfuerzos.

El sustentante

Antonio Velázquez C.

# "INTOLERANCIA Y ALERGIAS EN LA BOCA"

## SUMARIO.

- I.- Parte      Cap. 1.- Noción de Alergias.  
                  " 2.- Clasificación.  
                  " 3.- Fisiopatología.  
                  " 4.- Alergia Clínica.  
                  " 5.- Etiología.  
                  " 6.- Diagnóstico.  
                  " 7.- Pronóstico.  
                  " 8.- Tratamientos
- II.- Parte      La Alergia en la Cavidad Bucal.  
                  Cap. 9.- Manifestaciones Bucales de Alergia.  
                  " 10.- Diagnóstico y Tratamiento.  
                  " 11.- Diagnóstico y Tratamiento.  
                  " 12.- Sensibilización de las Dentaduras y  
                  Amalgamas.
- III.- Parte      Alergia Medicamentosa en Odontología.  
                  Cap. 13.- Alergia a los Antibióticos.  
                  " 14.- Alergia a los Anestésicos Locales.  
                  " 15.- Tratamiento de las principales mani-  
                  festaciones de Alergias Medicamen-  
                  tosas.
- Conclusiones  
                  Bibliografía.



# INTRODUCCION :

## “Intolerancias y Alergias en la Boca”

Las alteraciones de los tejidos blandos constituyen una de las materias más estudiadas y de más vasta literatura, dentro de la medicina general, no puede tener menos importancia en el terreno de la Odontología ya que éstas pueden originarse en la cavidad bucal por inaceptabilidad de aparatos protésicos o de los materiales de que éstos están hechos, por otra parte, el revestimiento mucoso de esta cavidad la hace sensible a muchas sustancias que circundan el medio ambiente y que pueden fácilmente llegar a la boca.

Por lo tanto, el conocimiento de los trastornos alérgicos así como sus manifestaciones permite al Odontólogo descubrir la enfermedad alérgica, haciendo un diagnóstico presuntivo que será corroborado por el especialista; frente a esos síndromes de infección alérgica bucal, podrá intervenir en la curación de esta reacción, prevenir al enfermo contra nuevos ataques y mandarlo al especialista para su posible desensibilización.

Por otra parte el dentista se expondrá mucho menos a provocar una nueva enfermedad en sus pacientes.

“LA REACCION ALERGICA” debida frecuentemente al uso de drogas comunes a su profesión que farmacológicamente son casi inofensivas, pero algunas de ellas, con un alto poder alérgico, que puede sensibilizar y posteriormente desencadenar la enfermedad con sus múltiples manifestaciones según la sustancia alérgica.

Las predisposiciones heredadas y el grado de sensibilización de cada paciente desde los casos benignos locales y reversibles hasta las reacciones generales, no poco frecuentes y algunas veces fatales que contribuyen a colocar en situaciones difíciles al Odontólogo con peligro para su prestigio.

El conocimiento de la alergia es pues una necesidad para el cirujano dentista que ejerce con celo su profesión. Es así, que para la mejor comprensión de este breve estudio de la importancia que la alergia tiene en la Odontología. Y con fines específicos lo he dividido en los siguientes temas.

I.- Generalidades de Alergia.

II.- La Alergia en la cavidad bucal.

III.- La Alergia medicamentosa en Odontología.

## CAPITULO I.

### NOCIONES DE ALERGIA

El concepto de la Alergia introducido por Pirquet, designa en la actualidad el estado que se adquiere en la capacidad de reacción alterada en forma cualitativa y específica de los tejidos vivos.

Es adquirido, porque el estado de alergia es la consecuencia de un cambio ocurrido en la característica condición hereditaria de reaccionabilidad, tanto del individuo como de la especie a que pertenece; se puede heredar predisposición orgánica pero no se adquiere el estado de alergia.

La capacidad de reacción se hereda en determinada forma pero no se adquieren nuevas formas de reacción a consecuencia de alteraciones adquiridas que condicionan el nuevo estado de los tejidos.

ES ALTERADA, porque la manera hereditaria de reaccionar tanto familiar como de la especie, ante cierto y determinado agente es distinta, como consecuencia de un cambio de la vida intrauterina (congénita) o extrauterina

ES CUALITATIVA, porque la nueva forma de reaccionabilidad es adquirida, es del tipo cualitativo y no cuantitativo. Lo alterado es la manera de reaccionar ante el contacto con el mismo agente, que en un contacto anterior produjo una respuesta distinta en la forma y no en la intensidad.

ES ESPECIFICA, porque la capacidad de reaccionar alte-



rada es parcial y como consecuencia de una exposición a un agente determinado y no a uno cualquiera. El estado de alergia se manifiesta ante una exposición unicamente del mismo agente u otro alérgicamente relacionado.

ES DE LOS TEJIDOS, porque es una reacción propia de los tejidos Biológicos, quedan así excluidos los otros tipos de texturas así como formas adquiridas de conducta humana o animal.

El estado de Alergia implica un alerta a los tejidos posibilidad de enfermarse y no una enfermedad. Es consecuencia del primer contacto textural con un agente modificador, luego de lo cual la reaccionabilidad habitual del individuo se efectúa en forma cualitativamente distinta ante nuevos contactos con el mismo agente u otros que sean biológicamente idénticos desde el punto de vista inmunológico y alérgico. La alteración del tipo de respuesta de los tejidos que caracteriza lo alérgico se realiza silenciosamente pero sin síntomas clínicos de enfermedad. Esta última es la consecuencia de un contacto o posterior entre los tejidos y el agente provocador del estado de Alergia. Esta reacción es la que se denomina manifestación clínica enfermedad o síndrome alérgico.

La Alergia no es un estado preexistente en el espermatozoide ni en el óvulo; no es por lo tanto hereditaria, tan adquirido es lo que ocurre durante la vida Intrauterina como durante la vida Extrauterina. En el primero de los casos se trata de alergia congénita pero no hereditaria.

Puede heredarse predisposición para hacerse alérgico pero no el estado, el cual nunca es heredado.

No todo lo específico es alérgico, pero en cambio, todo lo alérgico es específico, el mismo agente creador del estado de alergia es quien puede constituirse, en provocador de la respuesta alérgica. Puede hacerlo también cualquier sustancia que posea los mismos radicales químicos o agentes biológicos que fueron los que originaron la alteración alérgica.

Alergia no es Etiología, sino una forma o conjunto de patogenicias. Decir que una afección es alérgica, implica eliminar las patogenicias, infección, intoxicación, carencia, neoformación etc.

Es un error referirse a etiología alérgica de tal o cual afección o síndrome, debía decirse Patogenia alérgica y buscarse la Etiología. Ocurre lo mismo que con la infección. Es correcto decir cuadro clínico infeccioso o patogenia, infección con lo cual nada se sugiere sobre la etiología excepto que se trata de un microorganismo en actividad. En toda infección la Etiología está constituida por el tipo de germen. Así como decir infección es solamente Alergia, es también parte de un diagnóstico. Lo importante para el tratamiento, es conocer la etiología, es decir individualizar el germen responsable o el alérgeno causal.

**ALERGENO.**- Es cualesquier agente capaz de producir un estado o manifestación alérgica.

Al establecerse que los alérgenos son agentes, no se especifica que han de ser sustancias necesariamente aunque en la actualidad se consideren con capacidad alérgica únicamente las sustancias.

Esto excluye ahora la aceptación de alérgenos imágenes,



sensaciones, emociones y por lo tanto Alergia Física y Psíquica.

Los Alergenos crean una Alergia Estática, el estado silencioso de la Alérgia y desencadenan una Alergia Dinámica, y la manifestación Síndrome, afección o enfermedad que caracteriza a la Alergia Clínica.

**HIPERSENSIBILIDAD.**- Etiológicamente es el estado de mayor capacidad de reacción dentro de lo que es normal en la especie. Se trata de una simple condición Cuantitativa y no significa alteración necesariamente. Se puede ser Hipersensible a determinada sustancia sin ser alérgico por efecto de ella. Hipersensibilidad es lo cuantitativo dentro de lo específico mientras que Alergia es lo cualitativo.

Es frecuente confundir Alergia con Hipersensibilidad como si fueran expresiones sinónimas que definen idénticos fenómenos.

La Literatura médica en lengua Inglesa mantiene esa confusión que no tiene razón de ser. En realidad los Alergistas emplean la palabra "Hipersensibilidad" cuando se refieren a fenómenos Cualitativos, esto es, Alérgicos.

## CAPITULO II.

### CLASIFICACION

Hasta que en un Congreso Internacional se llegue a obtener y a aceptar una clasificación de los fenómenos de Alergia tenemos que conformarnos con una simple enumeración de ellos, todas las clasificaciones existentes han sido incompletas o presentan el inconveniente de mezclar conceptos etiogénicos compatogénicos. Sin embargo es útil agrupar los fenómenos valiéndose

de factores comunes lo que aclara la comprensión de aquellos, facilita el diagnóstico, permite hacer pronósticos acertados e instituir eficaces terapéuticas. En realidad Alergia es un concepto que incluye varios fenómenos Biológicos entre los cuales no hay mayor relación por ahora, que las condiciones impuestas en la definición.

**ANAFILAXIS.** Según Sulzberger Anafiláxis (algunos prefieren decir Anafilaxia) es una forma de Reacción alterada específica que puede ser producida regularmente en animales de laboratorio y que posee ciertas características entre ellas, la de que en esos organismos se desarrollen anticuerpos relacionados o idénticos o "precipitinas",.

La existencia de Shock (choque), en el ser humano ocurre en forma accidental por inyecciones de sueros eterólogos medicamentos proteicos ruptura de quistes hidricos etc. con los caracteres de los anafilácticos en los animales de experimentación y la existencia de precipitinas, en esos casos hace pensar que esta forma de Alergia quizá no sea exclusiva de los animales inferiores al hombre en la escala zoológica de ahí que prácticamente se pueden presentar fenómenos anafilácticos, tanto en el hombre como en animales ya sea en forma espontánea o provocada.

**EL ALERGENO** en estos casos es una proteína o un hapteno. Es probable que cuando los Alérgenos sean proteínas de más complejidad y peso molecular, el poder anafiláctico sea mayor (suero de caballo, huevo, leche, carne, etc.)

El shock anafiláctico es distinto sistemáticamente en las especies animales, en el caballo hay congestión pulmonar prefe-

rentemente en el conejo espasmo vascular pulmonar, en el perro congestión hepática y mortal, por espasmo de las venas suprahepáticas. Es probable que en el hombre ocurran simultáneamente o alternadamente con mayor o menor intensidad, estos mismos fenómenos.

En anafilaxis no hay herencia de predisposición, cualquiera puede ser anafilaxizado y susceptible a ser afectado por shock ante un contacto alérgico suficiente en tiempo y cantidad.

La reacción Alérgica es del tipo Antígeno Anticuerpo.

**ATOPIA.**- Es una forma de Alergia caracterizada por una especial predisposición hereditaria en la que los síntomas o signos clínicos son la consecuencia de la acción de sustancias liberadas en una reacción Antígeno-Anticuerpo.

Según Coca, creador de la palabra Atopia lo fundamental es la existencia de una predisposición heredada como condición indispensable aunque no se ha podido especificar en que consiste esa herencia se ha pensado en la posibilidad de que en ella se incluya una especial reaccionabilidad del S. Nervioso dado el interesante hecho de que los síntomas clínicos tienen una inexplicable tendencia a la distribución bilateral y simétrica, en el eczema atópico hay preferencia por los pliegues de flexión. El asma alérgico es siempre bilateral y lo mismo la Rinitis Alérgica.

En los fenómenos alérgicos atópicos se encuentran reagentes que son anticuerpos citosésiles y circulantes que por existir en cantidad en las células de la piel hacen posible el diagnóstico presuntivo de alergia, mediante las pruebas (Test) cutáneas sin extracto de alérgenos no son precipitinas, se trata de anticuerpos con características



propias y distintas de los otros anticuerpos conocidos en inmunidad y anafiláxis.

Son típicamente atópicos el asma y la rinitis alérgicas, así como el eczema alérgico bilateral y simétrico resumante, que toma pliegues de flexión.

Las reaginas pueden ser transmitidas pasivamente siguiendo la técnica de Prausnitz y Ruestner.

La existencia de antecedentes familiares y personales de asma y rinitis alérgicas así como de eczema infantil en pliegues de flexión en enfermos con esos síndromes, hace pensar probable herencia atópica y por lo tanto en predisposición para ser afectado de alergia respiratoria o cutánea.

Las alérgias capaces de producir atopia no tienen que ser proteínas necesariamente, puede serlo cualquier sustancia con excepción del agua destilada.

Cocci; desde hace muchos años que piensa quizá exista otra forma de alergia, por predisposición heredada que ha denominado alergia familiar no reagínica. Se diferencia de la atopia en la inexistencia de reaginas, cosa que no es segura ni está suficientemente demostrada. Los síntomas no son siempre bilaterales ni simétricos. Los antecedentes hereditarios y personales son del tipo Urticaria, Jaqueca, además subcutáneos y de otros órganos aparatos tejidos no tan definidamente, respiratorios y cutáneos como en la Atopia.

**DERMATITIS POR CONTACTO.** Es la forma de alergia que se

expresa por reacciones inflamatorias y exematiforme en la zona de contacto con el alérgeno casual, sobre la piel y probablemente también mucosas. No hay herencia de predisposición especial y no se ha encontrado reagentes. Pertenecen a esta forma de alérgias gran cantidad de los llamados eczemas profesionales. Los alérgenos son sustancias industriales químicas, vegetales, metálicas, pinturas, derivados del petróleo, Etc. Los síntomas presentan primero estricta localización en las zonas de contacto del alérgeno con la piel, aunque no se hayan encontrado anticuerpos, hay motivo para sospechar que existen. Los antecedentes hereditarios son por lo general totalmente negativos en cuanto a afecciones similares.

**ALERGIA DE INFECCION.**- Es la forma de alergia resultante de la acción de un ser vivo, bacteria, virus, hongos, o parásito animal produciendo, enfermedad grave o benigna y al mismo tiempo alergia. Es el caso por ejemplo de la asma infección tuberculosa en que además de tuberculosis se produce un estado de alergia, que es distinto de la inmunidad anti-infección, aunque ocurra como esta última consecuencia de la infección.

Esta forma de alergia puede ocurrir en cualquiera pues no depende de una especial predisposición hereditaria. Hay microorganismos que así como poseen gran poder de infección poseen gran poder alergizante. Así ocurre con las microbacterias, El Basilo de Kock, el de Hansen y otros. Los hongos *Candida Albicans*, tricotifones y epidermofitones son también al mismo tiempo que parásitos poderosamente alergizantes.

No se han encontrado reagentes ni anticuerpos capaces de producir reacciones cutáneas inmediatas lo que caracteriza a la

Alergia clínica de infección, es la existencia simultánea de infección que es la causa con la situación de Alergia que es la consecuencia y por lo tanto dependiente. La Alergia sería a la infección como la sombra al cuerpo. Terminada la infección concluye la reacción alérgica. Juntas determinan las dos situaciones de enfermedad, esto es importante por que lo que interesa en esta forma de alergia es combatir la infección principalmente con lo que en forma indirecta se combate la reacción alérgica.

Si bien no hay reaquinas existen provablemente anticuerpos, en este tipo de alergia los que tendrán características especiales. Para diagnosticar alergia de infección es necesario demostrar que la reacción alérgica es causada por el microorganismo productor de la infección.

Como puede sacarse en conclusión se conocen por ahora cuatro grandes tipos de alergia entre los que hay diferencias importantes. En Atopía es necesaria la existencia del factor hereditario y en las otras tres la predisposición heredada no es condición indispensable.

Hay formas de alergia en que seguramente los síntomas son la consecuencia de la reacción antígeno-anticuerpo, tal como ocurre en la anafilaxis y en la atopía. Existen dos formas de alergia la dermatitis por contacto y la de infección, en que tal reacción antígeno-anticuerpo no ha sido demostrada.

En resumen: todos los fenómenos atípicos de alergia mencionados tienen en común las características incluidas en la definición y por punto de partida y similitud a la anafilaxis.



El Odontólogo y el médico no necesitan porqué conocer y reconocer en el enfermo el fenómeno alérgico fundamental. Ya que al Alergista incumbe el clasificar el fenómeno dentro de tipos y subtipos para estudiar, diagnosticar y tratar al enfermo así como hacer adelantar las técnicas del diagnóstico y del tratamiento.

### CAPITULO III.

## FISIOPATOLOGIA.

La Fisiopatología de los fenómenos alérgicos no parecen ser la misma de todas las formas de alergia descritas en el capítulo anterior, lo que describo a continuación es lo que probablemente ocurra en la Anafilaxis y en la atopía; no podrían atribuirse todos estos fenómenos a las reacciones eszematiformes por contacto y la Alergia de infección.

Quizá por otra parte hay solamente diferencias cuantitativas y de combinación dentro del tipo reaccional único todavía no conocido. No es prudente sin embargo eliminar totalmente la hipótesis de diferencias cuantitativas que sean consecuencia de distintas patogenias.

Las reacciones orgánicas dependen de intensidad y calidad de síntomas del estado en que el organismo se encuentra. El niño no reacciona lo mismo que la mujer embarazada, que el comvalciente o el anciano. Es tan variable la reaccionabilidad de cada humano que resulta imposible pretender asignar a cada momento de la vida un tipo de respuesta. Hay sin embargo tipos generales de reacciones comunes a todos los seres humanos, de cuya combinación resultan cuadros clínicos semejantes en apariencia pero distintos en la calidad.

Toda inflamación tiene semejanza, pero entre la inflamación ocasionada por un germen patógeno y la producida por un alérgeno hay diferencias, otro tanto ocurre ante una inflamación por un tóxico y la que es consecuencia de un traumatismo. Los elementos físicos son los mismos, es la combinación distinta entre estos elementos y las condiciones en que se produce es lo que confiere el aspecto cualitativo propio de cada patogenia. Las variantes cuantitativas son de valor secundario solamente las cualidades y circunstancias confieren jerarquía a la patogenia.

La reacción alérgica es primero inflamación aséptica específica y especial. Como inflamatorio presenta las características textuales de todo proceso inflamatorio en general. Es decir, dolor, calor, rubor y tumor.

Es aséptica, porque no es causada por un microorganismo que produce infección aunque haya casos de infección alérgica por microorganismo, la que por supuesto es secundaria a la inflamación séptica a distancia.

Es específica porque únicamente ocurre como consecuencia de un contacto posterior a un contacto primero con el mismo alérgeno que creó el estado de alergia.

ES ESPECIAL, porque los elementos físicos de los tejidos que componen la inflamación tiene una combinación especial y eso es consecuencia de circunstancias también especiales como la de que el alérgeno no es normalmente provocador de la inflamación en la especie humana (o animal) La naranja por ejemplo en ningún ser humano es provocadora de la inflamación pulmonar llamada asma Alérgica, excepto en los casos especiales de los alérgicos por naranja.

Por ahora no se acepta que hay un cuadro hístico que sea patognomónico de alergia, es decir, el anatomopatólogo si no conoce las circunstancias provocadoras de la inflamación cuyo tejido tiene el portaobjetos de su microscopio no puede hacer un diagnóstico de certidumbre de alergia. La hipótesis de MAS Y MAGRO, que de la célula eosinofila sea patognomónica de alergia no ha obtenido sanción suficiente. Tendremos que conformarnos con el hecho de que si bien la inflamación alérgica poseyendo acumulación de eosinófilos es bastante especial, no permite otro tipo de diagnóstico que presuntivo.

El diagnóstico de certidumbre de alergia no puede pues hacerse todavía por el tipo de inflamación.

La unión del Alergeno con el anticuerpo específico en las formas de alergia en que este mecanismo está probado provocaría la liberación desde las células afectadas de cierta sustancia que actuarían como intermedarios químicos o entre esas sustancias según diversos autores y especialmente ROCHA E SILVA Y MENKIN, se pueden mencionar: acetilcolina, Histamina, leucotoxina, exubina y hialuronidasa y un estimulante de fagocitosis.

Como consecuencias del afecto individual se obtendrá la resultante conjunto del cuadro inflamatorio cuya intensidad depende del predominio cuantitativo de unas sobre otras.

Toda inflamación implica:

- I.- Fenómeno vasomotor.
- II.- Trastornos de permeabilidad capilar.
- III.- Trastornos de cemento perivascular (colágeno)
- IV.- Trastornos de la circulación linfática.



V.- Excitación de terminaciones nerviosas.

VI.- Actividad celular del mesénquima.

PRIMERO.- El trastorno vasomotor, principal consecuencia de la Histamina está constituido por dilataciones y espasmos vasculares, arteriales y venosas que condicionan una rémora circulatoria en varios sectores capilares.

SEGUNDO.- al aumentar la permeabilidad de los capilares, los cristaloideos de la sangre pasan a los tejidos y si la situación es menos intensa, pasan también moléculas más grandes, como el fibrinógeno que constituye después al coagularse las masas de fibrina perivasculares que estrangulan los vasos capilares y aíslan el foco inflamatorio impidiendo la circulación de retorno y la deseminación del agente inflamatorio.

TERCERO.- Si no se altera la sustancia intersticial (sustancia colágena) no será posible la acumulación perivascular del plasma y las células sanguíneas. Este efecto preparante corresponde a la hialuronidasa, encima que actuando sobre los nucleopolisacáridos del colágeno crearía las condiciones necesarias para la receptividad del plasma sanguíneo.

CUARTO.- Los vasos linfáticos encargados de la circulación de retorno de los espacios intersticiales quedarían libres en el simple adema por cristaloideos que lo explica la reversibilidad de muchos procesos alérgicos. La formación de coágulos de fibrina retardaría la resorción. Se comprenden así las variables velocidades de recuperación de los tejidos con inflamación alérgica y como también puede ser alérgica una hemorragia y ser consecuencia de alergia una cicatriz, una ulceración, un pólipo.

QUINTO.- La congestión y el edema por presión sobre fibras nerviosas sensitivas producirán el prurito en la inflamación alérgica en especial, sin que esto implique descartar la posibilidad de una acción química directa estimulante del Sistema Nervioso.

SEXTO.- Ante la agresión del alérgeno o como consecuencia del proceso inflamatorio en el mesenquima reacciona transformando parte de su reserva celular fija dotándola de poder migratorio y fagocitario. De ahí que al persistir cierto tipo de acción del alérgeno y según la intensidad de la inflamación; en la inflamación celular del foco celular aparezcan células no sanguíneas plasmocitos entre otros con misiones varias, no bien conocidas todavía.

En la alergia por contacto, la inflamación alérgica localizada en la dermis sería más del tipo infiltrativo celular que edematoso y la combinación con el proceso de esponjiosis del cuerpo de Malpigi de la epidermis produciría el cuadro clínico ecematoide que es típico de esta forma de dermatitis.

En la alergia de infección, la inflamación alérgica sería también preferentemente infiltrativa celular con poco edema, en estos casos habrá dos tipos de inflamación por la patogenia infección y etiogenia germen patógeno, y por la patogenia alérgica y etiogenia alérgeno del germen patógeno.

#### CAPITULO IV

### "ALERGIA CLINICA"

No en todos los casos de las reacciones alérgicas se presentan con una intensidad tal que puedan producir trastornos

clínicos que sean percibidos por el mismo individuo subjetivamente o por el médico en forma objetiva, en muchas ocasiones estas reacciones ocurren en silencio sin manifestaciones clínicas y como reacciones reversibles con una restitución anatómo-fisiológica completa de los tejidos afectados. Otras veces la reacción alérgica transcurre por largo tiempo clínicamente imperceptible, terminando finalmente por producir lesiones orgánicas definitivas. En estos últimos casos puede aparecer la manifestación debido a disminución de la función adaptiva del órgano afectado (insuficiencia) cuando estos órganos se les exige un máximo de función en circunstancias de sobre esfuerzo. En estas ocasiones no es necesario ese sobre esfuerzo sino que en ciertas circunstancias del funcionamiento anormal del órgano se hace perceptible la falla y es entonces cuando aparece ostensiblemente el estado de enfermedad iniciado tiempo atrás silenciosamente.

La reacción alérgica en los tejidos es a veces reversible, pero por repetición continua en el mismo lugar, puede producir lesiones orgánicas definitivas.

Tenemos entonces que las reacciones alérgicas pueden presentarse produciendo según su intensidad y condiciones orgánicas desde el silencio clínico hasta la reacción ruidosa plena de síntomas y signos clínicos, que se evidencia en síndromes y cuadros clínicos.

Al concepto de reacciones alérgicas con expresión clínica, algunos autores acostumbran a denominar alergia clínica. Estos fenómenos son por otra parte los más interesantes para el Odontólogo.



De las formas de Alergia mencionadas en el capítulo II los fenómenos de Anafilaxia en forma de choque son de gran interés por su grave importancia, casi siempre son fatales, sin ser muy frecuente el shock anafiláctico en el hombre puede manifestarse por introducción de un antígeno por vía parenteral (sueros, vacunas, antibióticos, etc.) pero también puede realizarse por inhalación y aún por la incorporación percutánea del antígeno.

La expresión sintomatológica del shock en el hombre no siempre es la misma, cuando la incorporación del alérgeno se hace por vía venosa muscular, subcutánea o intradérmica.

El shock en cada caso sucesivo es menos violento generalmente, cuando la incorporación se hace por vía digestiva o percutánea, el desarrollo de la reacción es menos súbita y violenta; en cambio en forma inhalatoria por neutralización puede ser violentísima.

En general la presencia de angustia, tos sofocante, disnea, cianosis, relajación de los esfínteres y lipotimias en unos casos cefalalgia, diarreas, náuseas, mareos, en otros casos retardados, tos sofocante, cuadros alérgicos de cualquier medicamento debe hacernos sospechar la presencia de una reacción de choque, e instituir una inmediata terapéutica de urgencia mientras que el tiempo nos lo permita, ya que cuando es grave sobreviene la muerte en segundos sin darnos oportunidad de hacer nada, y en otras ocasiones puede retardarse minutos y hasta días permitiéndose entonces aplicar toda la terapéutica con el fin de evitar un desenlace fatal.

El grupo de Atopía es de extraordinaria importancia pues en él se incluyen los cuadros alérgicos en que predomina el ede-

ma. Hay Eosinofilia en la sangre y antecedentes personales y hereditarios de síndromes alerjiformes.

La existencia de bilateralidad y simetría de las reacciones constituye un dato más de la atopia. El subgrupo de la alergia familiar no reagínica (Coca) implica también los signos mencionados con excepción de la bilateralidad y simetría.

Los síndromes alérgicos localizados en el aparato respiratorio y en la piel, conocidos por "Fiebre de Eno" asma, alérgica, no son más que parte de la alergia clínica, la cual abarca ciertos cefalalgias toxemia alérgica, gastritis, Colitis, edema subcutáneo anigoneuróticos (o de Quenquen).

Las Dermatitis y Estomatitis alérgicas por contacto interesan muy especialmente al Dermatólogo y al Dentista.

La Alergia de Infección interesa al especialista de enfermedades infecciosas y a los Higienistas. Las reacciones cutáneas utilizadas en la alergia de infección sirven para hacer catastros dentarios de ciertas infecciones en determinadas colectividades humanas, como base para una campaña profiláctica.

Entre los cuadros clínicos de alergia hay diferencias considerables, tanto en la sintomatología como en la etiología y hasta en la patogenia hay veces, al parecer abismos de diferencias pero en general se pueden encontrar con facilidad los lazos de unión entre todos ellos que desde el punto de vista de fenómenos de alergia clínica implica unas maneras de enfermedad como en todas ellas aunque sea tan distinta la forma clínica. Alergia incluye a todas las reacciones adquiridas del organismo, cualquiera

que sea la forma, localización, intensidad del cuadro inflamatorio siempre que esa reacción sea la consecuencia de la acción de una sustancia que previa y específicamente haya alterado cualitativamente al organismo.

Es poco frecuente que la patogenia alérgica sea la causa de un estado de enfermedad, lo frecuente es encontrar que esta patogenia concurre con otra u otras ha agravar esta reacción. De ahí que pretenda curar a un enfermo porque sea alérgico, solamente con la terapéutica antialérgica, será exponerse al fracaso, el enfermo con alergia debe ser tratado integralmente, el pronóstico dependerá de la congregación de factores.

Nada es tan variado como la sintomatología en los cuadros de alergia clínica, no depende de los alérgenos sino de los organismos alergizados. Cada individuo alérgico tiene uno o más tejidos alergizados con los que reacciona preferentemente ante cada alérgeno; y en caso de tener varios órganos en estado de alergia (órganos de shock) es natural que algunos estén preparados primero e más intensamente que otros y solamente cuando se ponen en contacto con cantidad suficiente del alérgeno causal, reaccionaran simultáneamente con variable intensidad, condicionada por su distinto grado de sensibilización. Por lo tanto si resulta que la persona sufre de Rinitis alérgica es por que los tejidos de la mucosa nasal estaban alergizados, mientras que en otras que padecen de asma serían los bronquiolos sus tejidos preparados.

Por órganos de choque deben entenderse aquellos órganos en los que se hacen sentir las reacciones anafilácticas por acumulo a su nivel de anticuerpos alérgicos, lo que se debe a la vía de entrada de la sustancia alergizante o la inferioridad constitucional del órgano de choque.



No hay síntomas ni signos clínicos que sean patognómicos de alergia. En principio, cualquier órgano o tejido vascularizado puede reaccionar por mecanismo alérgico. El fenómeno de Alergia pues, puede producir o provocar alergia clínica en cualquiera de los sectores en que los médicos han colocado las fronteras artificiales que son el campo de acción de las distintas especialidades. Por esta razón todo médico cualquiera que sea su especialización necesita conocer lo fundamental en alergia, y así poder descubrir los fenómenos alérgicos mínimos que puedan condicionar una enfermedad orgánica en formación. Puede el Cirujano Dentista no interesarse en el estudio de Alergia pero no debe desconocer los elementos básicos del diagnóstico presuntivo de alergia y el tratamiento inespecífico de los síndromes de alergia clínica. Es el Odontólogo quien tiene oportunidad de hacer el tratamiento sintomático de las reacciones clínicas de alergia dentro de su especialidad.

La reacción alérgica clínica también denominada Manifestación Alérgica, porque es la forma en que el estado de alergia se manifiesta; no se produce siempre en forma brusca. La velocidad de respuesta ante el contacto con el alérgeno depende de distintos factores, entre la introducción en el organismo y el momento en que ocurre el contacto en los tejidos entre el alérgeno y el anticuerpo o la célula alergizada, El grado de sensibilización y los factores inespecíficosadyuvantes como el frío y la emoción.

No siempre que haya contacto con el alérgeno causal hay reacción alérgica clínica. Esto depende de la cantidad de alérgeno introducido en el organismo; y del grado de sensibilidad específica y de los mencionados factoresadyuvantes que con-

dicionan el umbral de tolerancia. Entendemos por "Umbral de Tolerancia" a la cantidad máxima de alérgeno específico que es tolerado sin que se produzca reacción clínica, cabe suponer por otra parte que siempre hay una reacción textural mínima pero que no es clínicamente perceptible en virtud de esa tolerancia cuyo límite constituye un umbral, por eso el tratamiento específico realizado con extractos de alérgenos, se denomina de hipertolerancia, pues tiene por finalidad hacer más tolerante el contacto con el alérgeno, elevando específicamente el umbral, esa resistencia específica es atribuida a fenómenos de inmunidad lo cual está en estudio y discusión pero que explica el que muchos autores consideren que los tratamientos denominados de hipersensibilización sean formas de inmunización adquirida y provocada.

El umbral de tolerancia no es fijo tanto en lo que respecta a los agentes específicos alérgenos como a los factores inespecíficos condicionantes; Físicos (frío, luz, calor, esfuerzo, etc.) y patológicos (infección, intoxicación, traumatismo). Existe una variabilidad de umbrales para cada alérgeno y no es conocida la reacción última de aquellos. Así como Pstewr puede decir que el microorganismo patógeno no era todo, nosotros decimos que el alérgeno no es todo.

Sabemos que para que ocurra la reacción alérgica es necesario contar con dos factores: organismo alérgizado y sustancia alérgizadora. El primero depende de predisposición hereditaria o adquirida y de factores concurrentes exógenas y endógenas, el segundo depende de las fuentes del alérgeno y de su jerarquía como alérgizantes:

Cuando la reacción alérgica ocurre en el lugar de entrada



del alérgeno se denomina reacción local. Cuando con reacción local o sin ella se reproducen los síntomas por llegada del alérgeno al órgano Shock se utiliza la Reacción Sintomática.

Cuando ocurre un Shock anafiláctico o sin que haya tanta intensidad de respuesta, pero tenga la característica de dar síntomas y signos más generalizados que lo habitual se trata de una reacción general. Hay, pues, tres maneras de manifestarse el estado de alergia; Localmente produciendo un síndrome clínico en todo el organismo provocando una pérdida general del equilibrio vital con riesgo de la vida.

## CAPITULO V

### ETIOLOGIA

En síntesis, podemos decir que cualquier sustancia con excepción del agua destilada, es capaz técnicamente de producir un estado o manifestación de alergia. No es útil ni necesario hacer listas enormes de los posibles alérgenos siendo más lógico el limitarse a mencionar los más probables en cada caso particular de enfermedad, incumbe al médico el individualizar el alérgeno culpable dentro del grupo de sustancias con probabilidad de ser alérgenos causales. Corresponderá que fije la atención sobre los que siendo reconocidamente potentes sean los de más frecuente exposición del contacto el enfermo.

Se entiende por antígeno o alérgeno una sustancia química, un agente físico o un organismo vivo que estimula la producción de anticuerpos en el organismo y que en presencia de anticuerpos reacciona con ellos de una manera reservable.



Nosotros conocemos en principio que cualquier agente químico, físico, biológico puede actuar como antígeno, sin embargo debe considerarse como antígeno la sustancia del organismo que lleve el siguiente criterio:

Primero.- Debe demostrarse la presencia del alérgeno en la complicación del paciente.

Segundo.- La manifestación clínica de la reacción alérgica debe ser independiente de la naturaleza química y farmacodinámica de la sustancia; el extracto de alérgeno empleado en las pruebas de la piel debe provocar reacciones indiferentes en individuos normales.

TERCERO.- Alejar al paciente del alérgeno debe ser seguido de una mejoría de las reacciones.

CUARTO.- En contacto con el alérgeno por aplicación inhalación, debe provocarse una reacción de la piel o de los tejidos del organismo de choque.

QUINTO.- La existencia de un anticuerpo específico debe ser demostrada, por la transmisión pasiva o por la sensibilización específica de la piel, la transmisión pasiva se hace generalmente por el método de Prausnitz-Kunstner, que se hace de la siguiente manera:

Una gota de suero del paciente sospechoso de alergia es inyectada intracutáneamente en el antebrazo de un paciente normal o testigo; 24 Hs. después el antígeno sospechoso se introduce intradérmicamente o por escarificación cerca del sitio de la primer inyección. Una reacción positiva toma la fórmula de una pa-

pula rojiza, (por supuesto inyecciones de control deben hacerse las manifestaciones de Urbach Koenigstein de esta reacción usa el líquido ampolla en lugar del suero).

El encontrar el alérgeno etiológico en cada caso particular es una investigación interesante y crizada de dificultades para lo cual los métodos que enseñan son solamente guías y el médico deberá utilizar según su criterio y el caso.

Entre todas las sustancias que rodean al ser humano hay algunas con más poder alérgico que otras, y otras en que el poder alérgico es casi nulo, hay pues una verdadera jerarquía en lo que respecta a su peligrosidad.

Los alérgenos causales pueden ser Exógenos o Endógenos, algunos por su particular importancia se detallan brevemente.

#### ALERGENOS: (EXOGENOS)

POR INHALACION. Polvo de habitación, Raiz de eres, plumas de aves domésticas, Epitelios de animales, Partículas de insectos, Lanas, Lino, Algodón, Seda, Paja, Polvo de alimentos, Polvo de lugares de trabajo, Tabaco, Polvos, Esporas de hongos, Drogas y Piretro.

POR INDIGESTION: Alimentos bebidas Condimentos y Drogas.

FOR CONTACTO: Drogas, Aleaciones Vegetales, Polenos, Lanas, Seda, Pielés, Goma, Materiales Plásticos.

POR INYECCION: Drogas, Hormonas, Sueros con Proteínas y Heterologos, Vacunas, Leche, Insulina, Extractos de Alerge

nos, Picadura de Insectos, Extracto de Hígado, Antibióticos y otros.

#### ENDOGENOS:

BACTERIAS: Cocos, bacilos, Espirilos, virus, filtrables.

HONGOS: Candida albicans, Tricofitones, Epidermofitones, Penicilum.

PARASITOS: Amibas, Giardias, Nematodos, Tenias.

TEJIDOS ALTERADOS: Por infección, Por Quemadura, Por intoxicación, Por traumatismo, Por Gelación, Etc.

Polvo de habitación.- Es el conjunto de sustancias que se acumulan en la bolsa de un aspirador eléctrico después de pasado sobre el piso de una habitación; donde hay muebles, ropas, papeles, Etc. y sobre los objetos como camas, sillas, alfombras, cortinas, Etc.

EPITELIOS DE ANIMALES.- Los mamíferos sufren una descamación de la piel, que posee valor alergénico, muy superior al de los pelos. Esas Escamas verdaderas capas han resultado ser muy potentes en las vacunas equinos perros y conejos.

PLUMAS.- En principio todas las plumas, cualquiera que sea el ave de que se hayan extraído poseen un extraordinario poder alergénico.

FIBRAS VEGETALES.- El factor alergénico del algodón y el lino parece hallarse en la semilla, como los tejidos hechos de fibras vegetales, llegan al consumidor lavados y teñidos, implican poco poder alergénico.



**FIBRAS ANIMALES.** - En el caso de la seda es el gusano el que posee gran poder alergénico y no tanto el capullo de donde se extrae la fibra. La lana cruda no lavada ni teñida es la que contiene poder alergénico.

**POLENES.** - Los que interesan a los médicos, por ser los que provocan mayor número de enfermos, se originan en las plantas y las flores sin color ni perfume, por lo general en los vulgamente llamados pastos o yuyos sin atractivo para la jardinería, estas plantas crecen en los campos de rastrojo y en los abandonados, en los bordes de los caminos, cercos, terrenos baldíos, Etc.

En la ciudad de México los pólenes que mas trastornos producen son: El del *Freesimus* (fresno) de la capriola *Dactilon*, *Cosmus Eliatuos* y *Ambrosia Heiator*.

**HONGOS.** - Desde el punto de vista médico es práctico dividir los hongos en dos grandes grupos: Los Anemófilos y los parasitantes.

**LOS HONGOS ANEMOFILOS** entregan al aire sus esporas en la misma forma que lo hacen los pólenes y pueden producir endemia y epidemias alérgicas.

**HONGOS PARASITANTES** serán los que viven en el organismo humano y a costa de él, algunos pueden actuar como parasitantes y como enemófilos, pero todos ellos pueden fácilmente provocar alergia.

Los hongos parasitantes pueden ubicarse en el intestino y mucosas y en la piel.

**ALIMENTOS.**- En principio cualquier alimento con excepción del agua destilada puede ser el alérgeno culpable del síndrome alérgico. Pero en la práctica hay algunos que parecen dotados de mayor potencialidad, o quizá por ser más frecuentemente ingeridos, el tiempo de exposición y la cantidad dan por resultado una mayor incidencia de alergizaciones. Tal es el caso de la harina de trigo, leche de vaca, huevos, arroz, papas, naranjas.

Cada región de cada país tiene un tipo de alimentación que la distingue, y por tanto posible de que ahí ciertos alimentos presenten mayor importancia estadística como alérgenos, que en otras partes, de ahí que carezca de valor útil coleccionar una lista de alimentos alérgicos ya que mucho depende de los hábitos alimenticios.

**DROGAS.**- Con esta exposición general designamos las sustancias que con función de medicamentos son llevados al organismo en forma oral, inyección, inhalación o puestos en contacto con la piel.

En principio, cualquier droga puede ser alérgica; por eso es recomendable no iniciar desde el comienzo grandes cantidades de medicamentos sin estar seguros de provocar reacciones alérgicas.

Conviene preferir la vía bucal, de no ser posible o conveniente se utilizará la vía subcutánea, solo en caso de indicación se seguirá la vía intramuscular y se recurrirá a la intra-venosa cuando es estrictamente necesario.

Como no puede saberse con seguridad si una droga es alérgica para un individuo hasta que se de en cantidad suficien-

te y mínimas, conviene utilizar primero la vía bucal que admite la facilidad del vómito evacuante inmediato.

**GERMENES.** - Dotados de poder patógeno, por infección o por mecanismo de alergia, los gérmenes patógenos poseen también el poder de provocar anticuerpos de inmunidad y de alergia, los gérmenes saprofitos, aunque en forma poco frecuente también tienen la posibilidad de actuar como alérgenos.

La alergia bacteriana implica la existencia de colonias de gérmenes dentro del organismo, y todo foco séptico es foco de alérgicos posibles.

**TEJIDOS ALTERADOS.** - Cuando por acción de un tóxico, que madura, infección, traumatismo, Etc., las proteínas homologas del organismo pierden la característica de especie que la hacen tolerable, se convierten en heterologas para el individuo y por lo tanto en sustancias extrañas, ante las que reacciona para mantener su integridad sea por el mecanismo de alergia como por el de inmunidad.

No está probado y es teóricamente antibiológico pensar en alergia anteogena es decir a las propias sustancias del organismo

**ETIOGENIA INESPECIFICA.** - Como apéndice y complemento de este capítulo destinado a la etiología específica, comento aquí los factores que pueden ser considerados comoadyuvantes en la alteración del umbral de tolerancia hacia los alérgenos causales. Estos mismos factores pueden constituirse en desencadenamientos de síndromes alérgicos que aunque parecidos no sean idénticos a los alérgicos, tanto etiogénica como patogénicamente. Su tratamiento, por otra parte, es completamente distinto.



**MENTALES.** Las ideas imágenes y emocionales no pueden ser consideradas como alérgenos. Son solamente factores que ayudan. Conviene recordar que no todo lo específico es alérgico o bien todo lo alérgico es específico.

**EL FRIO Y OTROS AGENTES FISICOS.**- Actúan a veces, desencadenamientos retriggergenos; otros como modificadores del umbral de tolerancia a los alérgenos causales.

**MENSTRUACION, PUBERTAD; MENOPAUSIA.**- Estos momentos de la vida endocrina actúan como factores adyubantes. Quizás en parte se debe a la foliculina que es congestionante.

**EMBARAZO.**- El estado hormonal particular que ocurre durante él puede explicar las variaciones cualitativas de los síndromes alérgicos, observados frecuentemente.

**DESENDOCRINEAS.**- A ninguna glándula de secreción interna a excepción de las suprarrenales (lo que está en discusión) se ha podido culpar hasta ahora de la adquisición del estado de alergia. A pesar del interesante hecho de ser la adrenalina y la hidrocortizona las dos hormonas de mejor actuación curativa de las reacciones alérgicas, no está probado en forma indiscutible que la causa condicionante fundamental sea una insuficiencia de las glándulas suprarrenales. Al menos no es seguro que haya insuficiencia para los requerimientos normales.

**INFECCIONES.** A veces una infección aguda hace desaparecer un síndrome alérgico y otras lo desencadena. En el primer caso cabe pensar que actúa como terapia de "Shock", alterando el umbral, y en el segundo el germen causal de la infección será también el alérgeno causal (por alergia bacteriana) del síndrome.

alérgico desencadenado; esto explica que los antibióticos y sulfas al curar la infección en el primer caso permiten secundariamente la reaparición del síndrome alérgico mientras que en el segundo contribuyen a curarlo por eliminación del alérgeno. La temperatura sin que se sepa como actúa es de por sí causa de curación o mejoría de reacciones alérgicas de ahí que al suprimirse la infección pueda reaparecer el síndrome alérgico cuando no se trata de alergia bacteriana.

## CAPITULO VI

### DIAGNOSTICO

Para hacer un diagnóstico de alergia frente a un cuadro clínico, es necesario conocer la causa, tratarse de una sustancia y establecer que esa sustancia inocua para la generalidad de las personas ha estado en contacto con los tejidos del organismo en algún momento anterior. Esa sustancia ha alérgizado al organismo el cual ha sido alterado cualitativamente en su manera de reaccionar.

Para diagnosticar el estado de alergia de un hombre no es necesario un ruidoso cuadro clínico; basta una simple prueba cutánea positiva a veces, pero es preferible ante la duda, limitarse a un diagnóstico de presunción definiendo el síndrome como: De tipo alérgico o Alergioide o quizás mejor alérgiforme hasta que se obtengan pruebas de certidumbre.

**CERTIDUMBRE DE ALERGIA:**- Dos diagnósticos de certidumbre son necesarios; el de estado de alergia y el de "manifestación alérgica". Es decir el de posibilidad de enfermarse de alergia y el de estar afectado por un fenómeno o síndrome alérgico.

Si no se ha adquirido previamente el estado de alergia es-

pecíficamente por acción de determinadas sustancias, no es posible tener una reacción (manifestación) alérgica. El estado de alergia es pues, condición necesaria para que pueda producirse un fenómeno alérgico (manifestación alérgica) con expresión exclusivamente textural (inflamación) o clínica (síndrome alérgico) hay técnicas especiales para el diagnóstico del estado de alergia algunas están al alcance del médico de practica general, otras son de incumbencia exclusivamente del especialista: Alergista.

No habiendo síntomas ni signos patognómicos de alergia, no puede hacerse el diagnóstico de certidumbre de alergia, si no se conoce el alérgeno causal y se obtienen las pruebas de su acción patogena especial y específica. Estas pruebas han sido sintetizadas por Sulzberger de la siguiente manera:

I).- La prueba de eliminación positiva: es la mejoría o desaparición de las manifestaciones dentro de un tiempo razonable después de la completa exclusión de la exposición del alérgeno sospechoso.

II).- LA PRUEBA DE REEXPOSICION POSITIVA: es la exacerbación o reaparición de las manifestaciones dentro de un tiempo razonable, después de la reexposición al alérgeno sospechado

III). La curación o mejoría a consecuencia de tratamiento específico con el alérgeno sospechado.

IV).- El efecto favorable de la terapéutica química o de otra índole que es reconocidamente eficaz para combatir la enfermedad producida por un microorganismo, sospechado de ser el alérgeno causal, en la alergia infecciosa.



V).- La existencia de reacciones de inmunidad o de respuesta característicamente alterados ante gran infección o reinfección clínica o experimental.

La sustancia que cumple todos o por lo menos algunos y en especial los dos primeros de los requisitos de Sulzberger, puede ser considerada como alérgeno causal.

La existencia fundamental para especificar la patogenia es que se demuestre la existencia de un contacto previo, textural, entre el organismo y la sustancia sospechosa, y que como consecuencia de ese primer contacto haya quedado establecido el estado de alergia; la sensibilización alérgica. Debe demostrarse además que ante un contacto posterior, el organismo ya alérgico, reacciona específicamente, a lo que fué la consecuencia tanto clínica como histológica del contacto primero.

Hecho el diagnóstico de certidumbre de alergia (patogenia) y teniendo por lo tanto el conocimiento del alérgeno causal (Etiogenia) conviene clasificar el síndrome de reacción alérgica con ventajas pronósticas y finalidades terapéuticas, ubicándolo dentro de las agrupaciones hasta ahora organizadas (Véase capítulo I.) para esto se requiere una información especial del dominio del especialista.

El diagnóstico de presunción puede ser hecho por el dentista o por el médico general, sin embargo el diagnóstico de certidumbre de alergia es formulado generalmente por el alergista.

Sabiendo que la investigación del alérgeno causal es la labor más importante e inmediata y cuando se sospecha de alergia ésta puede ser realizada de diversas maneras, cualquiera que sea

el método que se siga el plan siguiente resulta práctico.

**INTERROGATORIO.**- Debe ser dirigido sin suprimir la espontaneidad del relato, saber escuchar y preguntar, oportuna y ordenadamente. Tomar nota de lo fundamental. Conviene que lo realice el médico y no que quede en manos de un ayudante sin experiencia suficiente. No tiene que existir límite de tiempo; en cada nueva consulta, el interrogatorio se renueva y será enriquecido con nuevos datos; no son prácticos los memorandums detallistas. Hacer un buen análisis y correcta síntesis. Ni inhibir ni exitar al enfermo.

**EXAMEN CLINICO.**- Será completo ordenado y suficiente, pues existe el riesgo de reacciones del tipo análisis y radiografías complementarias y necesarias actualización de cada órgano sistema y aparato; estudio de las disfunciones; búsqueda de estados morbosos clínicos, valoraciones de factores endocrinos, climáticos, físicos y psíquicos.

**PRUEBAS CON EXTRACTOS ALERGENICOS.**- Estas serán cutáneas mucosas, clínicas.

**PRUEBAS CON EL ALERGENO AL NATURAL.**- Se usarán pólenes, esporas de hongos, suero de caballo, polvo doméstico, parche, drogas, Etc.

**DIETAS DE PRUEBA.**- Son distintas y llamadas de eliminación se indican solamente pocos días, pues son muy útiles en las alergias alimenticias.

**CAMBIO DE AMBIENTE.**- Puede ser necesario o útil el traslado del enfermo a otro domicilio, del resultado se deduce si

hay alérgenos inhalantes domésticos causales. El traslado a otra ciudad permite sospechar alérgenos climáticos.

**PRUEBAS DE PARCHE.**- De uso exclusivo para la investigación de alérgenos causales de dermatitis por contacto.

**LABORATORIO.**- Se efectúa la investigación de eucinófilos o parásitos gérmenes de excreción y secreción; onemopolinología y esporología. Cultivo de hongos de secreción. Etc., recuento globular y fórmula leucocitaria, factores recurrentes como anemia y leucocitosis y de eocinopenia, ambos de interesante significación.

El análisis de esputos cuando hay citológico, micótico y bacterioscópico.

La prueba de inhalación de alérgenos inhalantes al natural deberá ser hecha mediante cuidadosa vigilancia médica, en espectación armada pues en caso de excepción tiene riesgos.

## CAPITULO VII

### P R O N O S T I C O

El estado de alergia una vez establecido dura generalmente toda la vida, en algunos individuos ocurre a veces espontáneamente la desaparición del estado de alergia. Sin embargo se da que esto suceda definitivamente; en la gran mayoría como acontece en ciertas formas de alergia alimenticia, la ingestión repetida del alimento que obra como alérgeno causal manifiesta la sensibilidad alérgica aún después de muchos meses y hasta de años después de haber sido ingerido sin inconveniente alguno. Estos hechos no pueden ser previstos al hacer pronósticos, cabe



enumerarlos como posibilidad solamente.

Cualquiera que sea la forma de alergia que afecte al enfermo, dado el pronóstico de curación dependerá de los siguientes factores.

- 1.- Idoneidad del médico.
- 2.- Mentalidad del enfermo
- 3.- Interés del enfermo a su curación
- 4.- Calidad y ubicación del alérgeno
- 5.- Intensidad y tiempo de exposición al alérgeno
- 6.- Grado de sensibilidad alérgica
- 7.- Posibilidad de realizar tratamientos adecuados
- 8.- Otros estados mórbidos que compliquen el tratamiento específico.

Es obvia la explicación del cuadro anterior. Un mal diagnóstico o un tratamiento mal realizado implicará el alejamiento del éxito.

## CAPITULO VIII

### TRATAMIENTO

Teóricamente en toda reacción alérgica hay dos cosas que tratar; la manifestación y el estado de alergia.

El tratamiento de la reacción alérgica puede ser considerado desde dos puntos de vista. Sintomático y profiláctico.

I. El tratamiento sintomático puede ser hecho en forma inespecífica es decir combatiendo el alérgeno o la disfunción que el alérgeno provoca, mediante drogas o terapéutica Etc., la eli-

minación del alérgeno es lo mejor (específico) o basta con ello sin necesidad de recurrir a medicamentos. Suprimida la causa desaparece el efecto. Cuando no se puede suprimir el alérgeno debe recurrirse a medicamentos para contrarrestar los síntomas en forma inespecífica.

II.- El tratamiento profiláctico tiene por objeto evitar la repetición de la reacción alérgica, cosa que siempre existe como probabilidad, puesto que el estado de alergia persiste aún después de desaparecida la situación enfermedad. Conocido el alérgeno causal el mejor tratamiento consiste en aconsejar al enfermo que evita el contacto con esa sustancia, eso significa no inhalar, no ingerir, no tocar, no recibir por vía parental el alérgeno causal.

El tratamiento profiláctico es específico pues se basa en el alérgeno.

Cuando no es posible la eliminación de contacto entre el organismo y el alérgeno causal corresponde intentar un aumento de tolerancia hacia ese alérgeno es lo que se entiende por elevar el umbral, no se trata de una mayor resistencia sino más bien de una mayor tolerancia.

Hay, pues una cantidad de alérgeno con un máximo tolerable; es la cantidad umbral pasada la cual se produce el síndrome alérgico, el tratamiento de hipertolerancia, sinónimo de desensibilización e hipersensibilización, tiene por objeto elevar ese umbral y hacer que el máximo tolerable por el organismo adicente de tal manera que la cantidad de alérgeno que en el diario vivir no se alteraba se reciba sin consecuencia y pueda mantener al individuo su equilibrio orgánico a pesar de tener contacto con

cierta cantidad de alérgeno causal.

En alergia el concepto de tratamiento específico consiste en el empleo del mismo alérgeno causal con sustancias relacionadas.

No hay que seguir con la idea de que la función normal del organismo sea suficiente para todos los casos aunque es conveniente insistir en que todos los que padecen de afección alérgica necesitan ser llevados a la normalización de todas sus funciones orgánicas. De esta manera se asegura una máxima e inespecífica tolerancia a los alérgenos culpables, de ahí que lo razonable y lo mejor sea asociar el tratamiento específico antialérgico, con el inespecífico profiláctico ideal.

## TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

(Inespecífico)

**ADRENALINA.** - Es lo primero y lo mejor que puede hacerse. Ha sido y sigue siendo la droga más eficaz para tratamiento inespecífico de urgencia en los síndromes alérgicos. Su efecto por otra parte es tan transitorio que resulta de menor eficacia en los procesos adematosos e infiltrativos. En casos de reacción alérgica prolongada la adrenalina proporciona solamente alivio pasajero, pues es destruida rápidamente en los tejidos. Administrándola muy precozmente en el período consecutivo a la reacción alérgica es cuando rinde mejor beneficio.

Se emplea en solución acuosa al 1/1000 por distintas vías siendo la subcutánea suficiente a la indicada en la mayoría de los casos. Conviene observar la tolerancia de cada enfermo a la



Adrenalina, estableciendo para cada uno de la cantidad suficiente y bien aceptada evitando así reacciones desagradables.

EFEDRINA.- Tanto la natural como la sintética son eficaces por vía bucal para el tratamiento de reacciones alérgicas consecutivas, preferentemente resulta poco beneficioso en adema o infiltraciones ya instaladas o instituidas. Se utiliza en forma de sulfato o carbonato de efedrina por gotas, comprimidos o inyecciones subcutáneas o intramusculares con la ventaja sobre la Adrenalina de que no es destruida en el tubo digestivo pero de inferior acción curativa por lo que se aconseja asociarla con ella para prolongar el efecto, la dosis habitual es de 0.025 gr. para adultos pudiendo repetirse varias veces al día según las necesidades y tolerancia de cada una y el tiempo que se deje transcurrir entre una y otra dosis.

CORTISONA.- Es la segunda dehidro-17- hidroxicorticosterona, una sustancia hormonal cristalina aislada de corteza supra-renal del buey, fue sintetizada en 1946 en forma de acetato de cortizona puede prescribirse en comprimidos de 25 mgr. inyectable en frascos ampollas que contienen veinte centímetros a razón de 25 mgr. por cada centímetro, la inyección deberá ser por vía subcutánea o intramuscular nunca intravenosa, hay solución oftálmica de cortizona para ser utilizada como colirio de excelente acción en casos de alergia ocular.

Su poderosa acción antiinflamatoria es de gran beneficio para el tratamiento de reacciones alérgicas que son excepcionalmente fenómenos inflamatorios.

La inespecificidad de su acción hace que no tenga efectivi-

dad transitoria, de ahí que como la adrenalina la cortizona sea solo una aplicación sintomática que se utiliza para aliviar o hacer desaparecer molestias que retornen fácilmente si sigue la acción de los alérgenos causales.

Por inyección actúa más lentamente que por la boca por lo que en casos de urgencia conviene iniciar el tratamiento dando comprimidos. Ocurrir también que la solución inyectable tiene efecto más prolongado; de ahí que los comprimidos deberán ser rápidos cada 6 o 12 Hs., mientras que la inyección puede ser hasta cada 12 o 24 horas, al efecto los comprimidos puede ser tan rápido que entre una 1 y 6 horas después de la primera dosis ya se observa alivio de los síntomas, en personas jóvenes no son necesarios complejos y costosos exámenes de laboratorio para vigilar un tratamiento corto con Cortizona, basta un buen examen clínico, un recuento globular y fórmula leucocitaria, eritrosedimentación, orina y glicemia, el dato de la temperatura, el número de pulsaciones y la cifra de tensión arterial. Un buen criterio y la estrecha vigilancia del enfermo son suficientes.

Ante la decisión de utilizar hormonas puede surgir la duda entre preferir Cortizona o ACTH es preferible la cortizona, cuando no hay urgencia con inmediato riesgo de vida y dejar el ACTH para esa circunstancia extrema. Las principales ventajas de la cortizona son: sustancia sintética, menos alergizante (el ACTH es una proteína heteróloga) y que puede suministrarse por la boca cuando el síndrome alérgico lleva varios días de duración, si en las primeras 24 horas no se obtiene mejoría con cortizona, conviene indicar ACTH, parece que este último tiene acción directa sobre la zona inflamada.

Cuando hay infección conviene indicar antibióticos ade-

cuados y justamente con cortizona, si esto es indispensable. La tuberculosis activa es contraindicación relativa.- así como la diabetes, insuficiencia cardiaca, hipertención arterial, arterioesclerosis y úlcera de estómago y duodeno. Importa tener en cuenta que el ACTH es una proteína y que hay casos serios de "Shock" del tipo de anafilácticos en individuos que con anterioridad a la primera inyección de ACTH están alérgicos a la carne de vacuno, ovino y porcino. Por esto es prudente investigar la existencia de alergia en mamíferos antes de iniciar ACTH conviene agregar que no parece existir un solo caso de alergia por cortizona y no se ha encontrado, hasta ahora en la bibliografía.

El ACTH se presenta en el comercio dosificado en miligramos o en unidades siendo teóricamente equivalentes las cifras. Así 25 Unidades corresponden a 25 Mgs. No existe otra posibilidad que la vía inyectable, que significa otra desventaja con respecto a la cortizona. La inyección intramuscular será hecha cada 6 a 12 Hs. y se utiliza ACTH en gelatina cada 12 a 24 Hs.

Las indicaciones y contraindicaciones así como la profilaxis de las reacciones secundarias hormonales son semejantes a los de la hidrocortizona. Resumiendo se establece que en la alergia de no mediar una urgencia inmediata con riesgo de la vida, es preferible iniciar un tratamiento con cortizona o hidrocortizona en comprimidos. En casos de inyectar ACTH por vía intravenosa previa prueba cutánea si hay tiempo, de no mediar esta es preferible la cortizona o hidrocortizona en comprimidos que tiene la ventaja de actuar más rápidamente que la cortizona por inyección intramuscular y con idéntica eficacia, además no presenta el riesgo de Shock anafiláctico que significa el ACTH.



Suero glucosado hipertónico.- En concentraciones al 2:100 es suficiente y lleva el cometido principal de provocar la deshidratación de los tejidos.

ANTIISTAMINICOS DE SINTESIS.- Son sustancias que actúan biológica y no químicamente como antagonistas de los efectos de la histamina y por su completa acción tanto histamínica como sedante, anestésica y antiespasmódica han resultado de gran utilidad.

Siendo la histamina una sustancia de existencia y acción importante, en los tejidos con inflamación alérgica y teniendo una acción congestiva de rápida repercusión clínica, se comprende cuan útil resulta aprovechar la muy particular actividad de los antihistamínicos.

En general sin embargo la principal aplicación de los antihistamínicos de síntesis, es la reacción alérgica de rápida formación brusca, transitoria y con predominio congestivo.

La inyección intravenosa dada en oportunidad, da un efecto brillante y seguro, la vía intramuscular es la indicada cuando no hay tanta urgencia, la vía bucal es la más cómoda y sin riesgos, suficiente en la gran mayoría de las circunstancias, cuando se utiliza la vía inyectable, hay que poner desde el principio la dosis máxima que es por lo general una ampolla y repetir la dosis cuando han pasado o disminuido evidentemente los efectos de la anterior.

No hay esquemas terapéuticos seguros y rígidos, si se prefieren comprimidos, elixir o jarabes hay que dar dosis medianas desde el principio y estudiar la tolerancia individual. Quien ya

conoce el efecto y la dosis útil de un antihistamínico no debería cambiarlo; en el caso de no tener éxito conviene aumentar la dosis o cambiar la sustancia hasta dar con la que resulte eficaz, esto es lo que aconseja la práctica.

No hay que olvidar que estas drogas no son solamente antihistamínicas sino que tienen acción hemática sedante y antiespasmódico.

**ACEITE AZUFRADO.**- Se administra por vía intramuscular 0.25 o 0.50 c. c. de aceite azufrado al 1%: Una buena fórmula es la siguiente:

Asufre precipitado	0.01 gr.
ALCANFOR	0.05 gr. Esterizado
ACEITE DE SESAMO	1 c.c.

Injectar 0.25 a 0.5 c. c. y según la reacción aumentar al 1 c. c. o más 3 o 4 días después.

**TEOFILINA Y DERIVADOS.**- Por su acción vascular este grupo de sustancias tienen indicación en sustituciones alérgicas de tipo congestivo y espasmódico predominante.- No así en los casos de infiltraciones celulares alérgicas las más frecuentemente utilizadas con éxito teofilina dioxietilenamina, leofilina diaminoetano y teofilina conmetilglucoamina. Son útiles en inyección intravenosa o intramuscular cada una tiene sus indicaciones especiales.

**HIDROCORTIZONA.** Es la 17 hidrocorticosterona, existente en el comercio en comprimidos cremes y soluciones de acetato de hidrocorticosterona. Se usa en comprimidos de 20 mgs. en

creme de uso externo al 1 o 2 % y está en ensayo por vía intravenosa en solución alcohólica para ser inyectada en venoclisis, diluída en suero glucosado isotónico.

**PREDNISONA Y PREDNISOLONA.** - Es la sustancia derivada de la cortizona tiene el efecto de las hormonas, corticoides mencionadas anteriormente, no es una hormona existente en el organismo. Se trata pues de un artificio de laboratorio. Lo extraordinario es que los efectos terapéuticos son los mismos que los de la cortizona e hidrocortizona pero en dosis muy inferiores con lo que los efectos secundarios de estos corticoides son disminuidos en proporción importante.

El tratamiento comienza con 5 o 10 mg<sup>a</sup>. dosis que se repite, aumenta o disminuye y así en lo sucesivo. Hasta ahora no se ha mencionado ningún caso de alergia por esta sustancia.

## SEGUNDA PARTE

### La Alergia en la Cavidad Bucal

La cavidad bucal es un órgano doblemente interesante desde el punto de vista del estudio de la alergia, por una parte en sus tejidos tienen lugar las manifestaciones de sensibilización secundaria o la actividad de alérgenos, ya sea por contacto o por vía hemática; por otra parte a su nivel pueden tener lugar fenómenos de absorción que dan por resultado la sensibilización o manifestaciones alérgicas a distancia con o sin reacción local.

A continuación consideramos las dos posibilidades, insistiendo en aquellos casos que su frecuencia e intensidad nos parecen de mayor importancia.



## CAPITULO IX

### Manifestaciones Bucales de Alergia

Ante los trastornos mas variados de la mucosa bucal, desde la simple perturbación de la sensibilidad, a las alteraciones objetivas mas diversas, han sido invocadas desde hace tiempo múltiples causas determinadas de estas patogenias las cuales mas o menos han sido hasta ahora bien estudiadas, como las avitaminosis, las infecciones locales y generales, los traumatismos, las toxicosis, las neoformaciones, las carencias, las alteraciones en la inervación local, etc., pero sin embargo al lado de estos trastornos tan variados no se habían tomado en cuenta hasta estos últimos años, las manifestaciones de alérgicos, fenómenos esencialmente individuales y diferentes. En su etiología y patogenia a las manifestaciones tóxicas con que siempre se habían confundido.

La rareza de las manifestaciones bucales de alergia, en contacto con las manifestaciones cutáneas merece especial mención.

La mucosa y la piel son de un mismo origen ectodérmico, pero es un hecho que las reacciones alérgicas de la mucosa bucal son mas raras que las manifestaciones alérgicas cutáneas, esto es debido quizas cuando menos en las alergias por contacto a que la mucosa bucal tiene en parte el papel protector del moco y a que sus tejidos están bañados por medio salival (PH 6.5 y 6.7) que tiene papel de dilusión y arrastre hacia cualquier agente morboso en este caso el alergenico.

Las reacciones alérgicas de la piel pueden limitarse clínica e histológicamente a dos tipos bien conocidos: El Eccema que es

una reacción epidérmica y urticaria que es una reacción vascular y reticuloendotelial.

Las manifestaciones alérgicas de la mucosa han sido poco estudiadas, y hasta hace poco desconocidas, negándoseles la importancia que tienen dentro de la medicina; pero recientemente debido al aumento en el número de casos, por el uso de los nuevos fármacos. Al estudiarse se les ha colocado en el mismo nivel de importancia que cualquiera de las patologías ya conocidas, es así que se ha observado que las reacciones alérgicas de la cavidad bucal son variadas imprecisas y polimorfas que en la piel. Ya que un mismo tipo de lesión mucosa puede deberse a varias causas extremadamente distintas y por lo tanto su clasificación y diagnóstico resultan sumamente difíciles. Por ejemplo: lesiones presentadas en la mucosa bucal' debido a enfermedades infecciosas agudas o crónicas, a carencias a intoxicaciones endógenas o exógenas Etc., y las que se presentan como consecuencia de un alérgeno son lesiones semejantes.

**ALERGIA BUCAL POR CONTACTO.-** De acuerdo con los textos el epitelio cutáneo bucal es muy frecuentemente asiento de sensibilidades por contacto con el alérgeno.

Ya sabemos que en este tipo de reacciones no se ha encontrado la presencia de reagentes ni herencia de predisposición especial, sino que puede presentarse en cualquier individuo sensibilizado en ciertas partes o en toda la cavidad bucal.

Los alérgenos son generalmente medicamentos de empleo local o de administración oral, colutorios, pomadas, dentríficos, antisépticos, mentales, resinas acrílicas, caucho, ecolita, alimen-

tos y raras veces dulces o chicles, todo esto debe de estar en contacto con la mucosa bucal por determinado tiempo para vencer sus defensas y sensibilizarla.

Las manifestaciones más comunes son las queilitis Glositis o escomatitis venenatas.

QUELITIS VENENATAS.- es una enfermedad localizada en los labios que se caracteriza por la previa desensibilización de la mucosa labial por un primer contacto con el alérgeno, y por aparición de la reacción por un contacto posterior con el mismo alérgeno o con otros químicamente afines.

Entre las causas comunes que la producen tenemos colorantes del lápiz labial (en las mujeres) que producen queilitis, muy frecuentemente: las pastas dentífricas con hexilresorcinol los perfumes, los medicamentos como: Penicilina, aureomicina o estreptomycina, anestésicos tópicos como pentocaína, Etc., las esencias de clavo, canela, Etc. y algunos cítricos como el limón o la naranja son los alérgenos causantes más comunes de esta manifestación de intolerancia.

También se descubren casos de frecuentes alergias provocadas por fumar cigarrillos; presentándose la afección cuando el paciente cambia de una marca a otra.

Esta enfermedad presenta como primeros síntomas prurito y dolor que comienza generalmente a las 24 Hs. de la exposición, más tarde los labios presentan eritema e inflamación y algunas veces vesículas con exudado, formación de costras y los labios se pegan, el dolor aumenta y la queilitis puede progresar (queilitis exfoliativa).



El pronóstico generalmente es benigno cuando no está asociada a trastornos de alergia sintomática. El estado anormal de la mucosa labial puede extenderse hacia la mucosa bucal que entre en contacto con el alérgeno y la disminución de las defensas trae como consecuencia la aparición de la infección lo cual complica el pronóstico.

**GLOSITIS VENENATA** - Es una manifestación de alergia por contacto en la mucosa lingual. La lengua se sensibiliza si la sustancia alérgica existe en los líquidos de la boca o si establece contacto con el alérgeno al lamer o tocar con la punta sustancias extrañas.

Los alérgenos más comunes son:

Colorantes de lápiz labial o de las corrituras, cosméticos dentríficos con formol, limón, salol, hexilresinol, aceites de canela, yerbabuena o anís, Etc. Los colutorios, medicamentos, drogas de empleo oral que frecuentemente la producen son: belladona, nembutal, fenobarbital, arsénico yoduros y quinina además de los cítricos el huevo y la leche.

Las resinas metacrílicas, la ecolita, caucho y algunos metales como oro, mercurio y níquel usados en las prótesis dentales son a veces las causantes de este trastorno.

Las reacciones linguales son de muy variado aspecto, siendo más frecuentes y repetidas las sensaciones paravestibulares subjetivas como son: ardor, sensación de picadura en borde y cara dorsal de la lengua; en unos casos primero aparece resequecedad en la lengua, seguidas por eritema en zonas limitadas de borde y punta lingual, zonas que aumentan de volumen y presentan már-

genes salientes que con el tiempo se transforman en lengua geográfica.

En otros se presenta este síndrome como eritema generalizado en toda la lengua, dándole color rojo vivo y edema que aumenta el tamaño de la lengua notablemente, además las papilas se hipertrofian ese síndrome se llama "lengua de Frambuesa"

En muchos casos se presenta síndrome como papila lisa, pálida, brillante, blanquesina de apariencia leucoplástica o puede formarse forma adematosa pura, cuando la lengua duplica exageradamente su volumen.

La combinación mas frecuente en casos de alergia lingual es la misma que en todos los trastornos de la mucosa pero son poco frecuentes y por ello de menos importancia para el pronóstico, ellas son de aparición de estomatitis alérgica generalizada estomatitis infecciosa, asfixia y trastornos gastrointestinales.

El pronóstico es Benigno mientras no existan complicaciones o se descubra el alérgeno.

**ESTOMATITIS VENENATA.**- La mucosa de la boca puede ser sensibilizada por contacto directo con un agente alérgico, y una exposición posterior por un tiempo suficiente con unas mismas sustancias provocarán la aparición de la estomatitis alérgica.

Los ejemplos mas corrientes son la estomatitis provocada por caucho, resinas o hecolita, las gingivitis por dentríficos que contienen formol, hexilresorsinol, salol, timol y esencias de anís, menta y canela, la estomatitis por medicamentos de aplicación local como la penicilina y aureomicina, yodo, yodoforme; los anti-

sépticos, las pomadas mercuriales y los medicamentos a base de sales de bismuto o arsénico Etc. Ciertos metales también pueden producir el trastorno alérgico, entre ellos tenemos principalmente el Mercurio usado en las obturaciones dentales de amalgama; el Níquel en aleaciones con el Cobalto usado en el Vitalium y Ticosium (Madoro y Casalis 1945), y el oro usado en ganchos para protesis y en obturaciones. Raros son los casos de estomatitis alérgica por contacto después de comer cítricos: tomate, trucha y leche.

Los colorantes y esencias usadas en los dulces y chicles pueden en algunas ocasiones ser la causa de este padecimiento. Una erupción con ampulas que se ulceran rápidamente al nivel de la mucosa bucal, pueden ser debido a una que madura como una ulceración traumática, a una estomatitis ulcerosa de Viencen o un pérfigo, o puede ser una manifestación de alergia.

El aspecto blanquecino leuco-queratósico de la mucosa, puede ser debido a un liquen plano o a una manifestación de alergia.

Relativamente frecuente son las manifestaciones edematosas de la mucosa; y entre los alérgenos que la producen se encuentran la penicilina, los anestésicos locales y ciertos medicamentos. Más raras son las erupciones vesiculares y ampollosas, que se traducen al nivel de la boca por levantamientos epidérmicos conteniendo un líquido claro a veces o turbio y hemorrágico en otra, estas ampulas evolucionan rápidamente en úlceras que con facilidad se infectan. Generalmente los medicamentos de empleo oral como son las sulfamidas, la penicilina en pastillas Etc. son los que producen más frecuentemente este síndrome, y así po-



demos encontrar en la literatura médica existe que casi todos los tipos de reacciones de la mucosa bucal pueden en situaciones especiales ser debidas a la reacción de los alérgenos.

**MANIFESTACIONES BUCALES DE ALERGIA SINTOMÁTICA.**- Con más frecuencia que las alteraciones de la boca por contacto, se pueden observar síntomas en los labios, lengua o en la mucosa bucal, imputables a alérgenos transportados por vía hemática. En este tipo de reacciones se ha encontrado la presencia de anticuerpos y reagentes en la mayoría de los casos, y por consiguiente pueden clasificarse como anafilaxias en los casos en que existen anticuerpos pero no herencia de predisposición y atopías en los casos en que existen reagentes y diatesis heredadas.

Dos tipos de alérgenos tienen principal importancia en la producción de las alteraciones alérgicas sintomáticas bucales: los alérgenos de origen medicamentoso causantes de la estomatitis alérgica, medicamentosa y los alérgenos de origen alimenticio, que causan las estomatitis alérgicas alimenticias.

**ESTOMATITIS MEDICAMENTOSA.**- Las manifestaciones bucales debidas a una alergia de las drogas o medicamentos son frecuentes y estallan en sujetos alérgizados a las mas diferentes sustancias, siendo quizás las mas frecuentes los antibióticos, los barbitúricos, especialmente el Luminal, el Beronal y el Nembutal; la Fenofaleína, la Belladona y Atropina, las sales de oro, los mercuriales, Bismuto, Arsenicales, Quinina, Yoduros y Bromuros.

Las respuestas parciales oscilan entre erupciones, eritematosas y formas vesiculosas y ulcerosas, con reacciones estas últimas de gravedad; glositis en sus diferentes manifestaciones y

queilitis variados y destacando principalmente por su importancia el edema angionerótico localizado en los labios, que a veces toman extraordinarias dimensiones y pueda extenderse hasta la glotis produciendo la muerte por asfixia. Urbach se inclina por la teoría de que el edema angioneurótico de las aftas bucales en la mayoría de los casos son síndromes de alergia sintomática.

Los medicamentos que producen más frecuentemente estas reacciones son los antibióticos.

Lambert es el primero en señalar en Francia la estomatitis a la estreptomicina, son estomatitis eritematosas dolorosas, algunas veces ulcerosas y liquenoides. La penicilina en pastillas o por vía general es mal soportada. Bataille habla de una verdadera eritrodermia acompañada de una estomatitis ulcerosa, producida por la penicilina.

Existen también varios casos debido a la acción de las sulfamidas: Sidi reporta un caso de erupción vesiculosa de los labios y de las manos acompañada de un fuerte trastorno general. Los diversos exámenes eliminan la posibilidad de un pénfigo y el interrogatorio demuestra que el paciente había tomado unos días antes 3 comprimidos de sulfamidas, sin embargo las pruebas cutáneas a las sulfas resultan negativas. El enfermo acepta un comprimido sin resultado, acepta tomar 3 comprimidos los cuales provocan una nueva crisis, en este caso se habla de umbral de tolerancia.

La fenotaleína es importante por sus efectos laxantes. Las manifestaciones cutáneas que produce son similares a las producidas por la antipirina, por la Aspirina, el piramidón y los barbitú

ricos. Se observa un eritema podemos decir de una erupción en placas, recidivantes, de color rojo oscuro pruriginoso, descamante y que cambia de un color gris oscuro. En cualquier parte de la piel generalmente en meseterios o en la cara y una estomatitis leucoplástica, y papilas atrofiadas sobre la lengua dando aspecto sifiloide a la mucosa bucal.

Los antihistamínicos de síntesis en particular el Fenegan, se abusa de ellos y aunque calman el prurito y permite dormir, desgraciadamente este medicamento es responsable de eczemas tenaces y extensas. La crema de fenegan es sensibilizante.

Bataille ha observado una estomatitis liquenoide. Insistiremos en las estomatitis bien conocidas debidas a las sales de oro, estomatitis necróticas, verdaderos líquenes.

La alergia al mercurio produce dermatitis y estomatitis sintomáticas ya sea por la manipulación de los compuestos mercuriales como antisépticos, pomadas o inyecciones. El grado de sensibilidad es diferente aun en los mismos individuos y cada persona desensibilizada no reacciona necesariamente a todos los compuestos mercuriales. La piel reacciona con mas dificultad a la aplicación externa del mercurio que la mucosa, dando reacciones violentas.

Las sales de bismuto producen reacciones alérgicas provocadas por las sales arsenicales.

La acción de los anestésicos bucales y sustancias químicas afines en cuya composición química encontramos el grupo arsénico en posición "para" del anillo benzénico, pueden provocar después de su aplicación a distancia manifestaciones de intoleran



cia bucal sin que se observe reacción alguna en el lugar de aplicación.

En fin, los bromuros y los yoduros pueden causar lesiones alérgicas en la mucosa en forma de estomatitis de aspecto nacarado que recuerdan al liquen plano, como las producidas por las sales de oro. Sadi, encontró que hay personas que presentan dermatitis al caucho, dermatitis profesionales como en médicos, enfermeras, amas de casa, hay enfermos que se sensibilizan sin manifestaciones cutáneas, las cuales se presentan en la mucosa bucal como INTOLERANCIA A UNA PROTESIS BUCAL hasta entonces bien soportada.

**ESTOMATITIS ALIMENTICIAS.**- Reacciones alérgicas sintomáticas inmediatas o retardadas se producen en la cavidad bucal o en los labios debida a la acción de alimentos cualquiera que sea su origen, estas personas deben tener una predisposición heredada; pero estos autores demuestran reacciones de tipo anafiláctico.

La carne de puerco, el pescado, los mariscos, el huevo, la leche, los cítricos, el mango, el trigo, el chocolate, son los alérgenos causantes mas comunes.

Los signos bucales de intolerancia alimenticia son, estomatitis, glositis alimenticia, queilitis con todas sus variedades pero destacándose por su mayor importancia y frecuencia la aparición del edema angio neurótico, púrpura, herpes, y aftas.

La actividad alergizante de los alimentos puede exagerarse con los trastornos gastro-intestinales, las constipaciones, los catarros intestinales y las comidas con excesos alcohólicos.

do de prurito y tumefacción edematosa unilateral o simétrica, dura mas tiempo que la urticaria y se repite después de intervalos irregulares.

El pronóstico del edema angioneurótico no es favorable; la literatura habla de adema de la glotis con resultados funestos. Crocker refirió que pacientes con esta enfermedad murieron por abulción dentaria.

**TRATAMIENTO.** - Es innecesario, pues desaparece en poco tiempo, en casos agudos la administración de adrenalina, Efedrina o Antihistaminicos debe tener éxito. El Cirujano Dentista debe estar preparado para hacer traqueotomía de urgencia si el edema invade la garganta.

**AFTAS BUCALES.** - La Aftosis Bucal se caracteriza por la aparición de pequeñas úlceras, en ciertos pacientes con intervalos regulares que ceden completamente o que permanecen por muchos años.

Su etiología se cree que sea de origen alérgico. Se presenta en cualquier edad, principia por una vesícula que al romperse de lugar a una ulcerita de 2 o 3 mm. se presenta en la mucosa del labio, en los repliegues de la mucosa, en la encía ya solitaria, ya multiple. Son sensibles a los ácidos, también hay dolor que puede extenderse a toda la cara. La lesión se cubre de una membrana, ésta se necrosa y se cubre de un exudado amarillento, la úlcera está rodeada de una zona eritematosa. Cohn descubrió el aspecto microscópico, se ve un extracto granuloso en el epitelio por un edema interepitelial que contiene suero y células epiteliales degeneradas.

La halitosis, la lengua saburral, las parestesias linguales, suelen ser los primeros signos de sensibilización. Las aftas bucales situadas en partes diferentes de la cavidad bucal como son la base de la lengua, el frenillo los bordes laterales, el paladar, las mejillas y las encías o labios, deben acompañarse de otras manifestaciones digestivas de sensibilidad alérgica, algunas veces aparecen aisladamente a raíz del alimento alergizante y desaparecen espontáneamente.

Las inflamaciones bucales en sus etapas evolutivas, van desde el simple enrojecimiento al edema y vesiculitis, son con gran frecuencia de origen alérgico alimenticio. En fin, Salazar Mallen ha presenciado síntomas alérgicos con asiento en los conductos salivales exocetores, parotídeos y submaxilares respectivamente. Los dos enfermos atribuían el crecimiento retromaxilar y submaxilar a algún trastorno alimenticio, que fue específicamente determinado mediante pruebas con alérgenos alimenticios y ensayos de exploración y eliminación. Sabemos que Hansel, en estos casos ha demostrado eosinofilia en la saliva.

Manifestaciones de la alergia sintomática en la boca; el edema mediante angioneurótico y las aftas bucales son frecuentes.

Edema angioneurótico, o enfermedad de Bonnister o edema Quenke se caracteriza por la aparición repentina de tumefacciones adematosas que difieren de la urticaria por su mayor tamaño; es por esto que Crocker la llamó urticaria Gigante, y que tiene tendencia hereditaria, se afectan frecuentemente labios, párpados y carrillos y raramente en el resto del cuerpo; mas raramente se afecta, lengua, paladar blando, úvula y faringe produciendo dificultad para respirar y deglutir. El ataque va precedi-



**TRATAMIENTO.**- Consiste en eliminar el alérgeno se aplican antisépticos y locales y cauterizantes, sobre las ulceraciones como el ácido crómico al 5 %, fénico alcanforado, o nitrato de Plata. El tratamiento inespecífico consiste en la administración de antihistamínicos.

## CAPITULO X

### Diagnóstico y Tratamiento

Frente a una inflamación acéptica de la mucosa de la boca debemos presumir alergia, si estas manifestaciones van acompañadas de antecedentes alérgicos. El diagnóstico de certidumbre ya ha sido explicado en el capítulo VI por lo tanto se habla de las pruebas que se hacen para descubrir el alérgeno causante de la alergia bucal del problema que se presenta al hacerlos.

Debemos de tener presente antes de hacer una prueba con un alérgeno sospechoso de producir una alergia bucal, los siguientes puntos:

1.- Las manifestaciones bucales son diferentes a las de las cutáneas.

2.- No siempre existe un problema entre las manifestaciones cutáneas y las reacciones mucosas.

a).- La intolerancia cutánea muestra intolerancia mucosa.

b). Inversamente reacciones alérgicas bucales pueden sobrevenir en sujetos en que todas las pruebas cutáneas son negativas.

c).- Sustancias aplicadas sobre las mucosas y no dando lugar a manifestaciones locales, puede ser origen de reacciones distintas.

d).- Inversamente alérgenos introducidos a distancia y que no provoca reacción local, pueden producir reacciones alérgicas bucales

e).- Tenemos casos en que la mucosa bucal y la piel se encuentran sensibilizados a un mismo alérgeno.

Por lo que se ve las pruebas cutáneas en caso de alergias bucales pueden llevarnos a errores. Es por esto que varios autores proponen hacer pruebas de contacto o de parche en la mucosa bucal.

Sin embargo esto en la boca presenta ciertos problemas por dos razones.

a).- Fragilidad de la mucosa que puede lastimarse por traumatismo dándonos datos equivocados.

b).- Dificultad de la contención del alérgeno en el medio salival.

#### PROCEDIMIENTOS USADOS.-

- I.- Los enjuagues o toques de la mucosa.
- II.- Administración de pastilla que contienen el alérgeno sospechosa.
- III.- Mantener el Alérgeno en contacto con la mucosa por medio de una prótesis dental o parcial.

IV.- La prueba de parche mas usada es la siguiente:

Se usa una cúpula pequeña de hule en la que se pone un algodón fino con colcocon: Si la substancia por probar es líquida, pasta o crema se coloca en el algodón, pero si es sólida se pega al algodón la capa así preparada se coloca en la encía, entre los dientes y se fija a estos con seda dental durante veinte o treinta minutos. Los signos de reacción son eritema, edema, ulceración y necrosis.

V.- Técnica para probar la sensibilidad del mercurio: Se usa una capa de plástico o gutapercha suavizada con calor que sostiene una pequeña porción de amalgama fresca, se coloca entre dos dientes y en contacto con la encía dejándola de 8 a 10 horas.

Los exámenes de la saliva y de los líquidos contenidos en las vesículas, pueden ayudarnos a hacer nuestro diagnóstico.

En los casos de alergias alimenticias pueden hacerse dietas de pruebas.

TRATAMIENTO.- Una vez encontrado el alérgeno evitar su contacto y tratar de elevar el umbral de tolerancia.

Para las manifestaciones por contacto debe dar buen resultado la adrenalina la efedina a dosis adecuadas, si estos no dan resultado podemos usar cortizona ACTH y precnisolona, cuando no desaparece la sintomatología debemos pensar en una complicación del trastorno original o en un diagnóstico equivocado.

## CAPITULO XI

La Boca como asiento de Absorción de Antígenos



La boca no es un órgano importante como para absorber antígenos, sin embargo Salasan Mayen ha explorado casos de alergia aspirínica y otras, con reacción enzimática inmediata despertada cuando el alérgeno era apenas masticado (chícharo, cacahuete, hejotes) se han presentado casos en que después de haber aplicado una amalgama dentaria se han presentado dermatitis a distancia que desaparecen al quitar dicha amalgama.

## CAPITULO XII

### SENSIBILIZACION A LAS DENTADURAS Y A LAS AMALGAMAS

Llegando al término de este breve estudio panorámico de las mas convenientes exteriorizaciones de la alergia de la cavidad bucal, quiero insistir en ciertas manifestaciones que el Cirujano Dentista puede ver con mayor profusión en su consultorio. Estas son reacciones alérgicas por contacto debidas: a las placas protésicas dentarias y al mercurio usado en las amalgamas.

**SENSIBILIZACION DE LAS DENTADURAS.-** Las principales manifestaciones son dolor quemante, en las zonas de contacto sensaciones parastésicas lingüales, glosodinia, sequedad o aumento en la salivación, estomatitis eritematosa, estomatitis vesiculosa en toda la zona de contacto de la dentadura.

Las aleaciones metálicas para puentes removibles y ganchos de tipo Vitallium y Tecomeum producen manifestaciones alérgicas debidas al níquel y al Cromo. Los Mecánicos Dentales pueden padecer dermatitis alérgicas por el manejo de acrílicos.

Según Goldman se puede saber si un aparato protésico está provocando una alergia usando raspaduras de ese aparato que se aplica en otro sitio de la mucosa lo cual, de ser positiva la

reacción nos provocará el mismo tipo de alergia.

Según Le Moreyra Bernand las reacciones alérgicas provocadas por resinas acrílicas como Gingivitis, Estomatitis, Dermatitis y otras se deben al exceso de monómero residual que por defectos de técnica al preparar la mezcla exceso de plastificadores, fórmulas no bien equilibradas o mala cantidad del material, haya quedado remanente una vez polimerizado el mismo.

Según Skinner, en todas resinas siempre queda una pequeña cantidad de monómero residual.

En los termocurables bien polimerizados la misma es insignificante (un décimo %) y desde ningún punto de vista tiene importancia por lo que se le considera normal.

En las resinas de obturación directa la polimerización nunca es tan completa y siempre queda un mayor porcentaje de monómero residual (de 3 a 5 %). Si a esto le agregamos que por falta de técnica en la preparación de las mezclas, malos materiales etc., este porcentaje aumenta, es ahí donde este exceso de monómero que siempre es irritante, puede provocar los trastornos mencionados.

En los autopolimerizantes el calor de polimerización es promovado por reacciones químicas, cuando los componentes se utilizan en proporciones exactas y hay correcta técnica, obtendremos una polimerización con el mínimo porcentaje de monómero residual. Ahora bien si en una mezcla existe menos cantidad de activador la elevación de temperatura de polimerización disminuye mientras aumenta el monómero residual, lo que trae como consecuencia una deficiente polimerización y como lógica

derivación la alteración de las propiedades físicas de las resinas.

Como podremos apreciar ello se debe generalmente a una deficiente polimerización. Además del fenómeno irritante del material, debido a su composición química (monómero residual) pueden aparecer ciertas manifestaciones que responden a fenómenos de idiosincrasia personal del paciente al material aún bien curado.

#### Sensibilización al mercurio de las Amalgamas Dentales.

Las reacciones alérgicas ya sean por contacto con manifestaciones en la mucosa bucal o a distancia, debidas a la sensibilización al mercurio contenida en la amalgama dental no son infrecuentes.

**Alergia Medicamentosa en Odontología.** Ya sabemos en teoría que cualquier sustancia excluyendo el agua destilada puede actuar como alérgeno entonces es lógico suponer que cualquier medicamento puede producir reacción alérgica. Dos tipos de medicamentos son de especial interés por el frecuente uso que le da el Cirujano Dental; antibióticos y anestésicos locales derivados de éster para-amino benzóico, ambos de una capacidad alérgica bastante considerable.

### CAPITULO XIII

#### Alergia a los Antibióticos

La aparición de las distintas manifestaciones con que se pone en evidencia la relación alérgica (con especial mención la penicilina)

**ALERGIA A LA PENICILINA.** - La penicilina está desprovista de efectos tóxicos pero su poder sensibilizante es grande,



las estadísticas señalen del 3 al 10 x 100 de casos con alergia.

La variedad de manifestaciones clínicas que se presentan son las siguientes:

"REACCIONES DE LA PIEL"

Urticaria

Dermatitis

Edema Angioneurótico

Dermatitis Bulosa

Erupciones Eritemato-reticulares

Erupciones Vesiculares

Púrpura (Trombocitopénica o no)

Dermatitis de Contacto

Eritema

Reacciones Escarlatiniformes

Eritema Multiforme

Dermatitis Atónicas

Fenómeno de Arthus

Tromboflebitis Localizada

Inflamación, Etc.

A P A R A T O   D I G E S T I V O

Estomatitis Glositis

Síndrome Gastrointestinal

Queilitis

A P A R A T O   R E S P I R A T O R I O

Asma y Rinopatía Alérgica

Conjuntivitis y Blefaritis

PARTICIPACION GENERAL

Enfermedades Séricas

Poliartritis

Poliarteritis

Fiebre

Convulsiones (síntomas encefálicos)

Hematuria

Shock Anafiláctico fatal o no

En la práctica diaria solo son de interés unas cuantas manifestaciones, las demás son raras.

La urticaria sola o acompañada de edema, angionerótico artralgia y fiebre es la manifestación más común cuando se usa Penicilina por vía general (71%)

SINTOMAS DE MANIFESTACIONES MAS COMUNES DE ALERGINA A LA PENICILINA

La Urticaria puede ser inmediata o tardía, puede ser local o general. Cede espontáneamente o dura hasta meses.

La enfermedad sérica presenta período de incubación de 4 a 6 horas hasta de 6 a 12 días apareciendo la sintomatología que son: fiebre, edema, urticaria y poliartitis ardenitis que ceden en una semana o un mes, se observa como manifestación alérgica a la penicilina, se observa en el 35.7 %

De gran importancia son las reacciones anafilácticas por las reacciones que a veces presenta que se observan tras el empleo de penicilina, se presentan en sujetos que ya han tenido síntomas alérgicos leves desde antes.

**EL ANTIGENO PENICILINA.-** La Penicilina por su condición parecida a la de los ácidos aminados, puede ser antígeno por si sola. Lo común es que actúa como apteno que reacciona con las proteínas séricas constituyendo un complejo Penicilina-Proteína.

La penicilina procaína de acción lenta produce mayores reacciones alérgicas ya que se suman las reacciones de ambos componentes.

**DIAGNOSTICO DE LA ALERGIA PENICILINICA.-** Debe hacerse por los medios clínicos, por las pruebas epicutáneas intra dérmicas, y por mucosa, solo tiene valor limitado.

El interrogatorio nos hará saber si hay antecedentes alérgicos o de enfermedad por sensibilización, tampoco se omitirá el uso de antibióticos en forma de trociscos e inhalaciones y su resultado.

Las pruebas del parche son positivas en casos de urticaria, dermatitis y enfermedad del suero; se dará la prueba de sensibilización cutánea en personas que no han sido tratadas con los antibióticos.

**PREVENCIÓN DE LOS ACCIDENTES DE LA ALERGIA A LA PENICILINA.-** Se administrará realmente en casos necesá-



ricos, averiguar si hay datos de sensibilización anterior, no administrarlos en gotas, pomadas Etc.' La eritromicina no da síntomas cruzados con la penicilina.

La adición de un antihistamínico en lugar de la procaína.

**MANIFESTACIONES ALÉRGICAS A OTROS ANTIBIÓTICOS.**- Aunque menos frecuentes las reacciones alérgicas a la estreptomocina son menos frecuentes las manifestaciones clínicas y en menor incidencia.

La Terramicina y la cloromicina provocan con poca frecuencia casos de alergia y son ellos muy leves. La aureomicina produce insidencia alérgica al nivel de la mucosa bucal y gastrointestinal las cuales son mas importantes que las manifestaciones en la piel. Las manifestaciones locales de la mucosa bucal y faríngea son: reacciones congestivas, sensación de quemadura, lesiones vesiculares y erosivas dolorosas, glositis y queilitis.

La aureomicina y terramicina que son diferentes a la penicilina y a la estreptomocina, de la cloromicetina son entre sí semejantes solamente de reacciones de intolerancia con reacción cruzada para ambos.

## CAPITULO XIV

### Alergia a los Anestésicos Locales

Entre los anestésicos mas usados en nuestra profesión tenemos los derivados del ácido paramino-benzoico que si bien presenta efectos tóxico mínimo entre los anestésicos locales es considerable su poder sensibilizante. La sensibilidad a los anestésicos locales es fenómeno de sensibilidad cruzada.

Entre los compuestos que producen sensibilidad cruzada de este grupo tenemos: La procaína, benzocaína, tetracaína, oxiprocaína, pantocaína y todos los de fórmula cimilar.

Entre las personas alérgicas a la Sulfonamida se constató que 45 % también eran sensibles a otras sales del mismo grupo. Alérgicos a la paraformolamida son el 77 %. Sensibles a los anestésicos locales el 55 % mostró sensibilidad cruzada, manifestaciones alérgicas a los anestésicos locales y a los derivados del ácido paraminobenzico son variados; en general son;

I.- Dermatitis por contacto.

II.- Síntomas de enfermedades séricas.

III.- Atopia.

IV.- Shock anafiláctico.

1.- Las dermatitis por contacto son frecuentes en médicos y dentistas que las usan, este tipo de substancias y se pueden comprobar con las pruebas del parche, el tratamiento es sintomático y preventivo.

2.- Síntomas de enfermedad sérica pueden producirse posteriormente a la inyección del alergeno después de 2 a 12 Horas. La evolución es benigna y se controla con antihistamínicos, medicamentos, ACTH y cortisona.

3.- Personas con atopia a la procaína que ya de nacimiento son sensibles a la procaína pueden reaccionar de la siguiente manera, a).- Reacciones cutáneas; b).- Ataques pulmonares de tipo asmático; c).- Reacciones nerviosas (hipotimias, calambres, parálisis, neuralgias, intracostal) generalmente estas reacciones

son epidérmicas y vasculares y sus síntomas pueden ser graves y causar la muerte. El tratamiento es a base de simpaticomiméticos, oxígeno y corticoides. Los exámenes cutáneos no tienen valor diagnóstico en caso de atipia.

4.- El Shock anafiláctico puede producirse al inyectarse un anestésico local a una persona sensibilizada por ese mismo anestésico, se caracteriza por ser de aparición repentina que a veces sólo se manifiesta por hipotensión que puede llegar a ser fatal.

Las autopsias en caso de muerte por Shock anafiláctico demuestran congestiones capilares, líquido en los alveolos pulmonares, atelectasias, hemorragias, en diferentes órganos y dilatación del corazón derecho.

TRATAMIENTO.- Debe ser inmediato y efectivo a base de simpaticomiméticos, sueros, antihistamínicos, sedantes, tónicos, diacos, oxígeno, y corticoides la mayoría de los casos de esta clase de alergia al examen cutáneo no demuestran ningún síntoma de su existencia.

## D I A G N O S T I C O .

### ALERGIA A LOS ANESTESICOS LOCALES

El diagnóstico se hace por medios clínicos ayudados por las pruebas cutáneas intradérmicas y mucosas que no siempre nos dan diagnóstico de certidumbre.

Por interrogatorio debemos buscar antecedentes hereditarios alérgicos, si sufre alguna sensibilización el problema se complica un poco debido a la sensibilidad cruzada principalmente por anestésicos locales y pomadas que fácilmente sensibilizan al individuo.



Salazar Mayen hace la siguiente observación: "La naturaleza inmediata de las reacciones y el estado chocado del paciente sugiere efectivamente un mecanismo alérgico, el cual sin embargo resulta imposible observando la sintomatología de estos pacientes, predominantemente neuromuscular (en particular estado convulsivo) y la ausencia, prácticamente de alteraciones vasculo-exudativas inmediatas e posteriores (edema de las vías respiratorias inferiores y cuadro asmático, edema angioneurótico, puntos úrtico, congestión cutánea, prurito y otros componentes del shock alérgico) en los cuales, trátase verdaderamente de síntomas imputables a un efecto farmacológico y no inmunológico de los anestésicos locales.

Previsión de los accidentes de alergia de grupos de los derivados al ácido Paramino Benzoico.

Como medidas profilácticas en personas en que se sospecha una sensibilización de grupo a estos compuestos se recomienda lo siguiente: 1.- Nunca hacer aplicaciones de polvos o ungentos de sulfamida. 2.- Nunca administrar sulfamidas por vía oral. 3.- No emplear ungentos anestésicos de este grupo. 4.- No emplear anestésicos locales de la serie procaínica. 5.- Evitar cualquier contacto con colorantes de anilina, como parafenilediamina, paratoluendiamina. 6.- Evitar todo empleo de penicilina de acción lenta a base de proceína. 7.- Emplear anestésicos locales de forma diferente como los derivados de la procaína o la Xilocaina los cuales son de sensibilidad cruzada.

## CAPITULO XI

### Tratamiento de las Principales Manifestaciones de Alergia Medicamentosa

Al manifestarse las reacciones alérgicas en un tratamiento con un antibiótico con sulfonamidas debe suspenderse inmediatamente y si es necesario seguirlo, emplear otro antibiótico que no sea de acción cruzada. Si el antibiótico causante es la penicilina se puede usar como sustituto de eritromicina, terramicina y la aureomicina, no olvidando que éstas tienen una reacción cruzada entre sí.

**TRATAMIENTO DE LAS REACIONES SERICAS.-** Los antihistamínicos son empleados con éxito en el tratamiento de estos trastornos alérgicos. La terapéutica debe ser mantenida por larga duración para evitar la recurrencia de los síntomas para el control de la enfermedad; conviene administrar las drogas antihistamínicas hasta el límite de tolerancia, en el caso de que los síntomas no desaparezcan deben tratarse con corticosteroides a las dosis indicadas.

#### TRATAMIENTO DE SHOCK ANAFILACTICO

Los minutos son preciosos, lo rápido y severo de la reacción encuentra generalmente al Cirujano Dentista impreparado para combatir rápida y adecuadamente. La reacción anafiláctica puede tener diferentes formas que incluyen: Hipotensión, Cianosis, Disnea, Asma Síncopes, convulsiones, Estupor, Urticaria y estado de coma de donde puede provenir la muerte:

La reacción anafiláctica ocurre cuando menos se espera por lo que el Médico y el Dentista deben estar preparados para estas emergencias, por lo que se proponen un equipo contra la anafilaxia, que estos creen debe existir en todo consultorio. Este equipo de emergencia contiene:

- 2 Geringas de 2 c. c. hipodérmicas
- 2 Agujas cortas de una pulgada y dos largas
- 1 Geringa de 20 c. c.
- 4 Ampolletas de 1 c. c. de solución de Adrenalina al 1 o/1000
- 2 Ampolletas de Aminofilina IV de 0.24 gr. cada 1000 c. c. de sol. al 5 % de Dextrosa en agua destilada con su equipo de venoclis (dextrabot)
- 1 Ampolleta de 10 c. c. de Benadryl de 10 mgr. por c. c.
- Varias ampolletas de agua destilada
- 1 Bisturí, Instrumentos hemostáticos, hilo quirúrgico, agua alcohol y gasa

Ampolletas de cortizona ACTH y Prednisona.

En los casos en que no hay O<sub>2</sub> (tanque y mascarillo), si se presenta el shock anafiláctico se aplicará una inyección subcutánea I M, o submucosa en el repliegue del labio 1 c. c. de solución de adrenalina al 1 por 1000. Si no se nota el alivio puede repetirse la inyección después de dos o 3 minutos. A continuación se administra por vía IV la ampolleta de 0.25 gr. de aminofilina de 10 c. c. que contiene acción de vasodilatación, por acción sobre la musculatura lisa.

Inmediatamente después se aplica el suero destrozado algunas veces junto con 0.10 a 0.15 de Adrenalina al milésimo en 500 c. c. del suero.

La Cafésna, el Benadryl y otros antihistamínicos también



son adecuados así como la administración de Oxígeno, Posteriormente se han aplicado con buenos resultados ACTH y cortizona. En casos de edema de la glotis está indicada la traqueotomía de urgencia.

Mediante este breve trabajo he tratado de tocar superficialmente los puntos de mayor interés para el Cirujano Dentista sobre esta materia, puntos de vista que aunque carentes de originalidad creí debía ser planteados para tenerlos siempre presentes en el ejercicio de nuestra profesión.

#### CONCLUSIONES:

Las alteraciones de la boca pueden dividirse en dos grupos: considerando el tejido en que se presentan por su consistencia pueden ser tomándolo en forma general como tejidos duros y tejidos blandos, siendo los tejidos duros de otro estudio nos hemos concretado a observar las alteraciones de los tejidos blandos en los cuales destacan en forma muy importante las reacciones alérgicas las que pueden presentarse en cualquier sujeto y en los momentos mas inesperados; es por esto que el Cirujano Dentista debe estar siempre prevenido para poderlas diagnosticar presuntamente y realizar el tratamiento sintomático de ella lo mas rápido.

do y adecuadamente posible, nos evitará provocar en ellas la sensibilización alérgica, cuya reacción a veces tiene consecuencias bastante graves y aún fatales.

El conocimiento de las principales sustancias alérgicas nos ayudarán en nuestro diagnóstico.

Si existen antecedentes alérgicos en algunos de nuestros pacientes debemos tener muy especial cuidado antes de aplicar anestésicos (sobre todo del tipo de la procaína) o antibióticos en cualquiera de sus formas.

Frente a un caso de shock anafiláctico el Cirujano Dentista siempre debe estar prevenido, y de la rapidez con que verifique el diagnóstico y aplique el tratamiento adecuado, generalmente depende el resultado fatal o satisfactorio en que se resuelva el caso.

Una estrecha colaboración entre el Cirujano Dentista, que generalmente es el que descubre la alergia dentro de su especialidad y el médico alergólogo, que corroborará el diagnóstico y establecerá el tratamiento adecuado siempre debe existir frente a cualquier fenómeno alérgico

## “ BIOGRAFIA ”

- 1.- Bacon, F. Chaw, A Mckec, M.C.-Interation Between Crystalin Penicillin and human Plasma Prteins 10.1-1954 página Núm. 67.
- 2.- Bataille, R. (Paris).-Las Intolerances de la Muqueuse Bucaale Presse Med. Paris 49 (35). 23-May-51 página Núm. 730.
- 3.- Collin, W. C., Vincent, T.J.-Sensivity Reactions To-Penicilin, in Chidren. Annals of Allergy. II. 1953 página 454.
- 4.- Crip, L. H. y De Castillo Ribero C. Clasificación de las Principales Reacciones Alérgicas por procaína. J. Amer. Med. Asc. 151 (14) 4-Abril 1953. página Núm. 1185.
- 5.- Farnberg, S.M.-The Antihistamines. Year Book Publisher. Cicgo. 1950. Página Núm. 195.
- 6.- Galán, J. C.-Choque Anafiláctico en el hombre. Prensa médica Arg. Enero 13-1950. Página Núm. 130.
- 7.- Kurt, H. Tomas, D. M. D.-Enfermedades Generales Inflammatorias Manifestaciones Alérgicas, Tomo II 2da. Edición. Página Núm. 1261.
- 8.- Ruiz, Moreno J.- Lecciones de alergia. Buenos Aires, Arg.
- 9.- Salazar Mallén, Fenómenos de interés en Estomatología de la práctica odontológica. Alergia I (3).- Feb. 1954 Pág. No. 138.
- 10.- Sidl, E. Dubkevitch S.- Informes de estudios realizados sobre sensibilidad cruzada a los compuestos derivados del ácido para Amino Benzolico. Sen. Hcp. (Paris) 26 (28).- 25 May. 50 Pág. No. 1819
- 11.- Tratado de patología del Aparato Respiratorio por Cosío Villegas.
- 12.- L. E. Moreira Bernan, Acrílicos Auto Polimerizables endc bucales.