

ESTOMATITIS AFTOSA (*)

por el

DR. SANTIAGO FORTEZA FORTEZA

Esta infección de la mucosa bucal, que los antiguos confundieron con la glosopeda (denominada también, esta última, fiebre aftosa) por la similitud del cuadro clínico oral entre ambos, constituye una entidad nosológica perfectamente delimitada; ya vimos, al estudiar el diagnóstico diferencial de la epizootia, cómo diferenciarlas; digamos ahora solamente que la estomatitis aftosa que estamos describiendo es una estomatopatía que se presenta sólo en el hombre y que no afecta su estado general; se localiza exclusivamente en la mucosa bucal.

Gaillard y Nogué, en su célebre "Tratado de Estomatología", sitúa la estomatitis aftosa en el grupo de las gingivo-estomatitis por gérmenes todavía no diferenciados. Su traductor, el profesor Landete, estudia esta enfermedad entre las estomatitis secundarias específicas, sin adelantar nada a su etiología. Hans Moral, en el primer tomo de "La Escuela Odontológica Alemana", dice: "También esta enfermedad, que solamente afecta a la mucosa bucal, es, indudablemente, una enfermedad infecciosa, aunque el agente causal no es conocido todavía". Posteriormente, Euler la incluye entre las inflamaciones no específicas de la boca, y, aunque declara igualmente que no se conoce su agente causal, añade que modernamente se concede cierto papel al virus del herpes.

Los trabajos experimentales de Blank y colaboradores sirvieron para desechar tal idea del papel etiológico del ultragermen herpético en las aftas bucales, al no poder demostrar cuerpos de inclusión en los ejemplares autopsiados.

Finalmente, en 1940, Steinmayer, por medio del microscopio fluorescente, demuestra con toda evidencia que la estomatitis aftosa está

(*) Del discurso leído en el acto de la recepción académica del doctor Forteza en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca, el 18 de abril de 1953.

producida por un virus específico distinto y de menor tamaño que el herpético; mide de 70 a 100 milimicras, se cultiva en la membrana corioatlantoidea del embrión de pollo e indudablemente tiene ciertas analogías con el del herpes, pero no son iguales. Con ello queda diferenciada y clasificada esta afección como una estomatopatía vírica humana típica y se esfuman para siempre los motivos de confusión y error que circundaron ésta y otras infecciones urlianas afines.

Histológicamente, se observa el afta formada por afectación del epitelio y cuerpo mucoso de Malpigio, entre cuyas células se forma un exudado que levanta las capas superficiales para darle forma. El exudado se enturbia, se necrosa el epitelio y se desprende, estableciéndose la úlcera, que se recubre de un exudado fibrinoso típico, en el cual se pueden observar todos los gérmenes corrientes de la bacteriología bucal, que acaban asociándose al proceso, como ocurre en tantas otras estomatitis, sin que por ello tengan un verdadero sentido etiológico en los mismos.

El máximo exponente clínico de esta virosis lo constituye la aparición de aftas, cuya descripción casi podría eludirse por harto conocida, y que sólo vamos a esbozar. Primero, una pequeña elevación puntiforme en la mucosa bucal o lingual, indolora, que prontamente se transforma en vesícula, rodeada de un rodete rojizo; luego aumenta de volumen hasta el de una lenteja, su claro contenido se va enturbando y volviéndose blanquecino; finalmente se rompe la vesícula derramándose el líquido, y se origina una pequeña ulceración. La lesión se presenta ahora como una pequeña cavidad circular de bordes tallados a pico, no muy profunda, con dolor y escozor al hablar, masticar o deglutir; aparece cubierta de un exudado denso, grisáceo, que se vuelve amarillento y elimina, comenzando en seguida la cicatrización. No produce infartos ganglionares ni se suele alterar nunca el estado general del paciente.

Su localización preferente acostumbra a ser el fondo del vestíbulo, lengua, labios y carrillos, más raramente en las encías y velo del paladar. Esta afección se presenta en dos formas distintas: una, en la que abundan las aftas por diversas localizaciones bucales, en diversos grados de evolución, pudiendo incluso confluir para dar lugar a lesiones más extensas, que suele ser de duración corta y con posibilidad de formar una pequeña epidemia familiar, muy frecuente en niños; es la estomatitis aftosa, propiamente dicha; la otra forma son las aftas bucales recidivantes, generalmente solitarias o muy poco numerosas

y que se repiten con cierta periodicidad; representan más bien una forma crónica especial del cuadro, generalmente ligado a otros procesos, de los que llegan a constituir un signo; suelen padecerlas las mujeres en el período premenstrual, quizás—como apuntó Devis y ha defendido Marañón—por una disfunción ovárica de hiperfoliculinismo o hipoluteinismo.

Las causas que explican esta diversidad de presentación, así como muchos otros fenómenos relacionados con esta infección viral, entendemos deben buscarse, por un lado, en la gran difusión del agente causal y su escaso poder patógeno; por otro, en la multitud de factores que cambian o alteran el estado inmunitario de la mucosa bucal, lo cual en ocasiones llega a hacer difícil la obtención del éxito terapéutico o a conseguirlo por muy dispares procedimientos.

En el diagnóstico diferencial de esta estomatitis se tendrá en cuenta, como ya hemos dicho, la glosopeda, y en nuestro ambiente no presentarán grandes problemas por la extrema rareza de esta última. También deberá evitarse su confusión con la estomatitis herpética, cuyas vesículas se asemejan a las aftas, pero suelen agruparse más en forma de racimo, localizarse en los labios o comisuras y aparecer en los accesos de fiebre; además se puede extender hacia las alas de la nariz o presentarse en los órganos genitales; en último extremo, las técnicas virológicas esclarecerán el verdadero diagnóstico sin dificultad, cuando tengamos ocasión de ordenarlas, naturalmente. La sífilis secundaria, en su forma de placas mucosas, deberá igualmente distinguirse de las aftas bucales por no ser dolorosas ni producir molestias subjetivas como estas últimas, y en caso de duda, la serología aclarará su origen. Las aftas de Bednar y la enfermedad de Riga, por sus localizaciones clásicas en el pilar del velo palatino y frenillo de la lengua, respectivamente, se descartarán sin grandes preocupaciones.

No se ha observado nunca complicación alguna de esta infección, si se exceptúan las molestias del período ulcerativo de las aftas, que en los niños dificultan temporalmente la lactancia y pueden alterar su estado nutritivo en grado leve; podemos asegurar, con todos los autores, un pronóstico de los más benignos para esta virasis, entre todas las estomatopatías.

Para tratar la estomatitis aftosa se han recomendado los repetidos lavados de la boca con solución alcalina caliente de borato, bicarbonato o salicilato sólidos al 2 por 100, y también los colutorios con

infusión de manzanilla. El medicamento que ha sido recomendado por mayor número de autores en todo el mundo ha sido el nitrato de plata en aplicación tópica sobre las aftas, unas veces empleando las barritas de esta sustancia; otras, en solución al 10 por 100, y asociado con el ácido fénico y disueltos al 2 por 100 (argentofenol). No hay duda que en muchas ocasiones ha obrado grandes efectos el nitrato argéntico en sus diversas formas de aplicación, y sinceramente creemos debe seguir usándose, menos en los casos de afta recidivante en que se muestre impotente por sí solo, y donde será necesario el estudio general del enfermo y un tratamiento adecuado del mismo (hormonal, vitamínico, etc.).

Se ha prescrito también una fórmula para toques en las aftas a base de fenol, 12 gramos; mentol, 1,5 gramos, y timol, 2 gramos que parece dar resultados apreciables; si los dolores y molestias bucales son intensos, como a veces puede ocurrir, no hay inconveniente en dar toques de cocaína al 10 por 100, especialmente antes de la ingestión de alimentos; se evitarán las especias en las comidas y se suprimirá el tabaco.

Entre los tratamientos generales para los casos de aftas crónicas bucales recidivantes podemos citar la sulfanilamida, propuesta por Lane y Vinson, así como el sulfotiazol, que fué utilizado por Sutton; tanto uno como otro no han sido probados en gran escala por la poca consistencia de su indicación. Viard aconseja el biclorhidrato de histamina en inyección intramuscular trisemanal, empezando por la dosis de 0,1 c. c. y aumentando décima a décima por día hasta llegar a 1 c. c., y continuar por varios días para consolidar los resultados, que califica de muy brillantes.

La vitaminoterapia ha tenido en esta ocasión su papel preponderante, representada por el ácido nicotínico o amida nicotínica, que en primer lugar fué introducida por Manson, Bahr y Ramford, administrándola al interior a la dosis de 10 a 20 centigramos; de este tratamiento poseemos experiencia propia en varios casos, y lo estimamos aconsejable, sin lugar a dudas.

La terapia hormonal que se ha sugerido para aftas catameniales ha sido: tiroxina y vitamina E en la fase postmenstrual, seguida de luteína y testosterona hasta el advenimiento de la primera regla, con resultado sorprendente, según Marañón.

La más reciente comunicación sobre el tratamiento de esta estomatopatía es la de Burket, que en 1951 preconiza la aplicación reduci-

da de vacuna antivariólica, tanto por raspaduras como por vía intradérmica, en una serie de 8 a 10 vacunaciones con intervalos de siete a diez días; de su estadística concluye que esta terapia, que podíamos llamar para-específica, produce alivio en el 50 por 100 de pacientes con aftas recurrentes crónicas, advirtiéndolo a los mismos que después de la primera dosis pueden sobrevenir reagudizaciones en las lesiones bucales.

La fisiología del organismo enfriado.—Jean Giaja. "Presse Medicale". 31 enero 1953.

Se puede enfriar un homeotermo "forzándolo" directamente por el frío exterior, es decir, quitándole más calor que el que puede producir en la lucha externa contra el frío. Pero si la tensión del oxígeno del aire inspirado está descendida por debajo de un cierto valor, la intensidad de las combustiones intra-orgánicas desciende también: por debajo de una cierta tensión, la hipotermia va al unísono de la depresión. Confiado un homeotermo, un ratón, por ejemplo, en un local herméticamente cerrado que se introduce en agua helada, la atmósfera se empobrece cada vez más en oxígeno, mientras que se enriquece en gas carbónico; el sujeto confinado se enfría progresivamente, de forma que su temperatura rectal termina por alcanzar 15 grados. Se encuentra entonces completamente anestesiado y se transforma en poiquilotermo, pues, vuelto a poner al aire libre, a una temperatura exterior de 15 grados, no presenta ninguna tendencia a recalentarse: el ratón puede vivir entonces unas veinte horas en una verdadera *anestesia física* utilizable en fisiología operatoria, con presión sanguínea muy baja, débiles hemorragias, peligros de asfixia muy disminuidos. Los animales enfriados a 15 grados se restablecen completamente por recalentamiento exterior, incluso después de varias horas de poiquilotermia.

Las diversas fases del enfriamiento están precisadas: fase inicial de *hipotermia propiamente dicha* con exageración de las oxidaciones; fase de *enfriamiento por poiquilotermia experimental*, en el ratón aproximadamente entre 20 y 15 grados; fase de *anestesia física*, alrededor de 15 grados; fase de *muerte aparente*.

Este enfriamiento profundo de los homeotermos que se les transforma en poiquilotermos, y dependiente actualmente de la experimentación de laboratorio, hay que diferenciarlo del sueño hibernar de los mamíferos hibernantes. A pesar de todo lo artificial y experimental que sea, no deja de ser un estado fisiológico encontrado en el curso de la filogénesis como en el de la ontogénesis.