

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

VOL. VII

NUM. 68

SIFILIS PRIMARIA DE LAS ENCIAS

por el

PROFESOR RENÉ LOUVEL BERT

616.311.2-002.6.

Ocuparé brevemente la atención de los lectores para referirme a las alteraciones luéticas primarias de los tejidos gingivales, ya que sabemos que son las lesiones específicas más difíciles de encontrar en toda la mucosa bucal.

Bajo el punto de vista del diagnóstico de estas lesiones, así como del de su profilaxis, tienen ellas, a mi juicio, una importancia considerable y estamos, hoy día, en la obligación ineludible de despistar a tempo, para obviar dificultades posteriores a nuestros enfermos y, por ende, a sus familiares y a la sociedad. Y, por otra parte, queremos insistir sobre un hecho que consideramos fundamental, cual es el de desterrar el falso concepto de negar el chancro gingival o, por lo menos, de considerarlo como una excepción clínica, si bien es cierto se le encuentra con poca frecuencia, no es menos cierto que existe más a menudo de lo que a primera vista parece.

Actualmente se conocen perfectamente las lesiones sifilíticas primarias de los genitales de ambos sexos, ya que ese es el sitio de predilección de ellas, debido a sus modalidades de contagio por el acto sexual, también se conocen perfectamente los chancros de los labios, los que, según las estadísticas por nosotros consultadas, son los que con mayor frecuencia se observan después de los de los genitales, en seguida los de la lengua y, por último, los de las amígdalas, pero, desgraciadamente a los chancros de las encías se les ha dado

poca o ninguna importancia, debido principalmente a su escasa aparición o, más bien dicho, al aspecto proteiforme de la lesión que los hace muchas veces pasar desapercibidos aún del clínico más experto, ya que no afectan las modalidades clásicas de otras lesiones semejantes en otras mucosas del organismo.

Si bien es cierto que estos chancros de las encías son raros, no es menos cierto que son de una gran importancia para el profesional, por cuanto más, en más de una ocasión, únicamente el dentista quien podrá diagnosticarlos a tiempo y someter a los enfermos al tratamiento específico y, en consecuencia, evitar la propagación de la infección al organismo entero, así como su propagación a los familiares u otras personas que tengan contacto directo o indirecto con los vectores de estas lesiones. Todas estas razones me han impedido a escribir este trabajo y relatar las observaciones clínicas, emitiendo al final los comentarios que ellas me han sugerido, presentándolo, sin pretensión de ninguna especie, sino como una simple contribución al estudio clínico de la Patología Estomatológica, ramo de mi especialidad.

PATOLOGIA Y CLINICA DEL CHANCRO GINGIVAL

Zinsser dice: "La entrada del virus sífilítico en el cuerpo va precedida de una afección local en el sitio donde la inoculación ha tenido lugar. Esta afección local constituye el chancro sífilítico, llamado también chancro duro, chancro hunteriano, sífiloma, esclerosis inicial, sífilis primaria. Desde el chancro se extiende el virus sífilítico por vía linfática a los ganglios regionales y por la vía sanguínea a todo el cuerpo."

"La sífilis, como ya hemos dicho, continúa este autor, no respeta ningún órgano, y, aunque sus manifestaciones pueden presentarse en todas las regiones del cuerpo, tiene especial predilección por ciertas regiones. Como Punto de entrada, la región genital es la más frecuente, debido al contacto venéreo, causa principal de la infección. Sigue en orden de frecuencia, la región bucal, otras de las que con relativa frecuencia son asiento del chancro específico."

Personalmente, hemos tenido ocasión de observar en numerosos enfermos chancros duros del labio, chancros únicos, pero, también en dos ocasiones nos ha tocado en suerte encontrar chancros dobles del mismo tipo; lesiones de la lengua en varios enfermos que nos ha tocado examinar, pero, donde se observan estas lesiones con más rareza es en las encías, y por ello nos han llamado la atención las observaciones que relataremos al final de este trabajo y que, a nuestro juicio, constituyen un documento para justificar la importancia que ellas encierran en el campo de la Patología Estomatológica y en el de la Clínica General.

El hecho que la cavidad bucal (Zinsser) y regiones adyacentes estén expuestas a irritaciones, traumatismos e infecciones por su contacto probable con cuerpos extraños o personas infectadas, hace que sea muy fácil para otras enfermedades el ataque a las susodichas regiones.

Encontramos afecciones de la boca y faringe en los primeros estados de muchas afecciones, ya como síntoma común, ya como complicación intercurrente de la enfermedad. En muchas enfermedades cutáneas, la mucosa bucal se encuentra también atacada, y si tenemos en cuenta las frecuentes y no poco importantes afecciones propias de la boca y faringe (catarros, anginas, aftas, difteria, etc), deduciremos que, regiones relativamente pequeñas, como las que nos ocupan, son asiento de muchos y muy variados procesos morbosos, cuyo diagnóstico diferencial con la sífilis es importantísimo, a la par que muchas veces muy difícil.

Aunque la sífilis se distingue por su multiplicidad y variedad de síntomas, sus localizaciones bucales remedian, a veces, multitud de enfermedades ajenas a la avariosis, de tal modo que, para establecer un diagnóstico diferencial, no basta el examen clínico local, sino que hay que recurrir a la exploración concienzuda de todo el organismo, obtener una anamnesis lo más perfecta posible, estudiar el curso de la enfermedad y acudir al examen bacteriológico, ultra microscópico y experimental.

En la cavidad bucal, en estado normal, se encuentran varias clases de espiroquetas, entre ellos el *dentium*, el *bucalis*,

el Vicent, etc., y es por ello que al tratar de hacer un diagnóstico de un chancro de la mucosa gingival, por ejemplo, por medio del ultramicroscopio, debe este examen ser encargado a un especialista en esta flora, el que pueda distinguir, a ciencia cierta, un espiroqueta pálido de cualquiera otro microorganismo parecido de la flora bucal.

FRECUENCIA DEL CHANCRE GINGIVAL

De los chancros extra genitales que constituyen el 8 a 9 por 100 del total de los chancros sifilíticos, cerca de un 75 por 100 se encuentran en la cabeza. Fournier, en su estadística, cita entre 1.124 chancros extra genitales, 727 en la cabeza, repartidos en las siguientes regiones: 567, en los labios; 75, en la lengua; 69, en las amígdalas; 11, en la encía; cuatro, en el paladar, y uno en la mucosa de la mejilla.

Según otras estadísticas se dan los siguientes porcentajes: el chancro bucal se observaría en la proporción de un 4 por 100 en el hombre y cerca de un 10 por 100 en la mujer, situándose, en una estadística en hombres de 39 casos, en la siguiente forma:

En los labios	23
Labio inferior	6
Lengua	8
Encía	1
Mejilla	1
	39

Rousseau Decelle dice que reuniendo 3.200 casos de chancros bucales llegó al siguiente porcentaje: chancro de los labios, 78 por 100; chancro de las amígdalas, 12,5 por 100; chancros de la lengua, 8 por 100, y chancros de las encías, sólo 1,5 por 100.

La frecuencia del chancro bucal se explica ya que aumentan las probabilidades de infección el hecho de que hasta en el individuo sano existen, con gran frecuencia soluciones de continuidad en la epidermis y en el epitelio de las mucosas; grietas

en los labios, producidas por la costumbre de morderlos, eczemas labiales, la lengua se presenta escoriada por mordiscos involuntarios o por su contacto con bordes cortantes de dientes cariados o impropriamente obturados; la encía, en un gran porcentaje de los casos, o bien inflamada por una alteración cualquiera del estado general (avitaminosis) o local (Vincent, etcétera), o simplemente erosionada por el uso de las escobillas duras o uso inapropiado de ellas, todo esto hace que no sea tan imposible la infección específica de las mucosas bucales y de entre éstas, la de las encías.

MECANISMO DE CONTAGIO

Admitiendo como premisa la ubicación de una lesión descamativa de la lengua, de los labios o de las encías, no es difícil que se produzca la infección por el hecho de llevar a la boca un instrumento que ha usado un portador de placas mucosas, o bien, simplemente por el beso o, por último, por los contactos sexuales perversos, aberraciones éstas desgraciadamente muy difundidas en nuestros días.

Zinsser dice que "hay naciones y comarcas en que el chancre labial "es frecuente de un modo especial". Como ejemplo, cita el caso que en Colonia, después de la fiesta de Carnaval, el número de los chancros labiales aumenta considerablemente con respecto a otras épocas del año, sería interesante en nuestro país hacer un estudio y observación similar después de las festividades patrias o de las primaverales por ejemplo...

Por las razones anotadas, no debe escapar a ningún profesional dentista la gran importancia que tiene la perfecta esterilización del instrumentel en uso en el consultorio, para evitar que ellos sean los vectores de un enfermo a un sano, de alguna lesión específica de la mucosa bucal. Personalmente pensamos que, si bien es cierto que el contagio puede hacerse por instrumentos de uso profesional, instrumentos musicales, cucharas, etc., en general, y para decirlo nos basamos en nuestra estadística personal, el contagio se ha producido por contacto directo del beso entre una persona sifilítica y una persona sana que posiblemente ha tenido lesión gigival descama-

tiva previa; esto último no lo podemos asegurar por cuanto hemos visto a nuestros enfermos después de infectados, de modo que, en líneas generales, sin negar el contagio por medios mecánicos, si pudiésemos así designarlos, nos inclinamos a pensar que el mayor contagio se hace por contacto directo de mucosa a mucosa.

CLINICA DEL CHANCRO BUCAL

El primer chancro auténtico de la boca fué descrito por Botal en 1560, y, desde entonces a la fecha, la literatura médico-dental cita algunas observaciones de esta naturaleza, pero casi todas ellas se refieren a chancros de los labios, lengua o amígdalas, pasando casi desapercibida la descripción del chancro de las encías. Miquel dice: "El chancro de la encía es una afección rara, pero no excepcional, ya que los casos publicados sobrepasan de cien." Darcissac y Halphen dicen: "Si se consultan las estadísticas relativas a esta localización cefálica del chancro sífilítico se constata que entre los chancros bucales el de la encía está en cuarto lugar. En el orden de frecuencia se coloca en primer lugar el chancro de los labios, luego el de las amígdalas, el de la lengua y en el último lugar, el chancro de la encía. Si uno se remite a los números, sobre ochenta chancros del labio se observan alrededor de dos chancros de la encía." Por su lado, Bergeret, Pacaud y Fournet dicen: "Entre todos los chancros extra genitales, el de la encía es uno de los más desconocidos." Opinión que compartimos ampliamente y por ello nos permitimos decir que no sea menor su frecuencia, sino que ella pasa inadvertida al clínico por su modalidad tan atípica en una mucosa relativamente dura y que descansa sólidamente en un substrato óseo, como es el del tejido alveolar de los maxilares.

Por su lado, Rousseau-Decelle y Raison dicen, refiriéndose al chancro gingival: "Es muy raro; sin embargo, han sido relatados casi 200 casos de observaciones y, por nuestra parte, hemos observado unos diez en el curso de nuestra práctica. Debe decirse que no es excepcional, tanto más cuanto que de seguro podemos decir que es el más desconocido."

Antes de entrar de lleno al objeto de este trabajo haremos una relación sucinta de los diferentes chancros de la mucosa de la boca, empezando por el de los labios, el que se manifiesta en forma de una erosión superficial poco visible, del tamaño de una lenteja más o menos, a veces de mayor tamaño visible, habiendo observado nosotros, en dos ocasiones, chancros labiales del tamaño de una moneda de veinte centavos de las de plata, a veces sobresale un poco sobre el nivel de éste, notándose su cambio de coloración y una especie de barniz que lo cubre y lo hace brillante a la reflexión de la luz. A pesar de su apariencia inofensiva, la exploración táctil nos hará reconocer su endurecimiento cartilaginoso característico del sífiloma; de ahí le ha venido al chancre, en general, su designación de escleroma inicial. La erosión se presenta a veces límpida, sobre todo si el paciente acostumbra a higienizarla con frecuencia por medio de los movimientos de la lengua o, en caso contrario, está recubierta de una delgada película fibrinosa y, en ocasiones, como hemos tenido ocasión de observar, de una costra dura que sangra al tratar de despegarla, costra que podemos interpretar como de una infección secundaria. A la presión, rezuma de la superficie del chanco una serosidad clara en la que al ultra se demuestra la presencia del espiroqueta pálida con facilidad; esta expresión de serosidad ha servido para la frase ya consignada como clásica del "llanto del chancre".

Esta pequeña erosión, a veces, como ya hemos dicho, se puede extender hasta llegar a tener el diámetro de una moneda de veinte centavos de las de níquel o aun de más de dos centímetros, como aseguran algunos autores, en esta forma de chancre la esclerosis permanece limitada y superficial, pero siempre palpable, dura e indolora. Precisamente esta ausencia del dolor hace que con frecuencia pase desapercibida la lesión por los enfermos, siendo ello una de las posibles causas de la propagación de la enfermedad; al efecto, vimos un enfermo que llevó un chancre del labio durante trece días, tratándolo con manteca de cacao, ya que pensó fuera una lesión banal, y, como no viese mejoría, recurrió a nuestro servicio. Puede también observarse la forma papulosa, o sea, elevada,

y la forma hipertrofiante y, por último, como hemos dicho, no es raro encontrar el chancro de tipo ulceroso en el que sus bordes se presentan crateriformes, de fondo irregular, densamente purulento y la mayoría de las veces recubierto de costras rupioides de las que mana un pus hemorrágico; seto lo interpretamos ya como un chancro complicado de infección secundaria por los microorganismos piógenos de la boca. No debemos olvidar que el chancro labial, como todos los chancros sifilíticos, se acompaña siempre de infarto ganglionar del tipo de una micropoliadenopatía, siendos los ganglios submaxilares, submentonianos, subretro ángulo maxilares y aún los del cuello los tomados en estos casos.

Los ganglios indoloros y fácilmente desplazables no hemos observado ningún caso con inflamación ganglionar aguda ni en chancros labiales, linguales ni gingivales, de modo que nos atrevemos a decir que para el diagnóstico diferencial con otras lesiones de la mucosa, como el Vincent por ejemplo, es de gran valor este síntoma. El sífiloma labial puede ser único y su asiento preferido el centro del labio, donde suelen presentarse las grietas que facilitan su inoculación. El chancro único es una de las características de la infección sifilítica y se explicaría por la inmunidad rápida que el chancro ya desarrollado supone para todo el organismo, a lo menos para las regiones circundantes, inmunidad que hace rara la autoinoculación. En contraposición al chancro blando, cuyo poder de autoinoculación es ilimitado, el chancro sifilítico es casi siempre solitario; de todos modos, no queda excluida la posibilidad que, a causa de inoculación simultánea múltiple, aparezcan varios sífilomas en una misma región; también puede darse el caso de autoinoculación, por no haber creado aun el organismo, los anticuerpos que producen esta especie de inmunidad; por supuesto que, esto tiene lugar en los primeros días, ya que la inmunidad es rápida. La autoinoculación se presenta en regiones de contacto y presión frecuentes y en el labio, da lugar a chancros del labio opuesto o a chancro de la encía como secuela de un chancro labial (una de nuestras observaciones), como también la inoculación de mejilla a encía y viceversa, dando lugar al llamado por los au-

tores alemanes *chancros por impresión*. También hemos tenido ocasión de observar el chancro de las comisuras en forma de hoja de libro y de preferencia lo hemos observado en niños chicos, explicaríamos esta localización por la afección tan común en los niños la quelitis descamativa de las comisuras o perleche, al efecto dos hermanitos de cuatro y cinco años, respectivamente, presentaban chancro de las comisuras en forma de hoja de libro.

Igual que en los labios se presenta el chancro en la lengua, lo mismo en forma erosiva que papulosa, como también ulcerosa. El chancro lingual de forma erosiva plana, tiene a veces un aspecto inocente, simulando una porción lingual desprovista de papilas; por la exploración táctil se observa la esclerosis; la erosión aparece descubierta, sin ninguna película, sin supuración, a lo sumo una leve hemorragia, pero, a la presión exprime una serosidad rica en espiroquetas. El chancro lingual puede desarrollarse en plena masa del tejido lingual, dando lugar a una tumefacción de dureza cartilaginosa, por ejemplo, en la punta de la lengua sin alteración notable del epitelio. El chancro ulceroso no es frecuente.

Este tipo de chancro es casi siempre único, siendo su sitio de predilección el tercio anterior de la cara dorsal, lo hemos encontrado en dos ocasiones en los bordes del vértice de la lengua. En general, podemos decir que sus caracteres son los mismos que los de los chancros del labio: reposa sobre una base indurada, pero esta duración es muy variable en su extensión y en su consistencia. A veces, toda la parte anterior de la lengua está aumentada de volumen y de consistencia. Lo más corriente es que la induración es no sólo circunscrita, sino un poco marcada en forma de laminillas en tarjeta de visita, a menudo difícil de percibir, pero no falta jamás.

La adenopatía es constante y presenta los caracteres habituales a esta clase de lesiones. En la lengua, el chancro es indoloro en general, pero a veces se hace levemente doloroso por los frotos determinados por la masticación y la palabra, y aún el contacto de alimentos ácidos, es a veces sumamente molesto a los enfermos.

Por lo que se refiere al chancro de las amígdalas, podemos decir que es relativamente frecuente y pasa frecuentemente desconocido, ya que no determinando ningún signo funcioal pasa desapercibido del enfermo. Generalmente es único, pudiendo a veces ser bilateral, ocupa la parte de más saliente de la amígdala, de forma redondeada u ovalar, presentándose bajo la forma de una erosión superficial o de una ulceración profunda, a veces rojo, como la mayoría de los chancros, en otras ocasiones recubierto de un barniz grisáceo. Fondo desigual y anfractuoso, la amígdala, en estos casos, se encuentra hipertrofiada extendiéndose a veces la inflamación a los pilares, velo y faringe, a veces se observa fiebre y síntomas funcionales importantes tratándose ya en estos casos, como dice Fournier, "de un chancro sobre una amigdalitis". La induración es corriente, pero muy difícil de constatar, y la adenopatía no falta nunca, interesando especialmente los ganglios carotídeos y submaxilares con los caracteres comunes a todas las adenopatías de esta índole.

Como la mayoría de los autores están de acuerdo en considerar sumamente rara la aparición del chancro de las encías, es que hemos considerado de suma importancia el estudio de este asunto y, en especial bajo el punto de vista clínico, con las observaciones seriamente controladas que nos ha tocado en suerte estudiar en nuestra práctica hospitalaria y particular desde el año 1927 hasta la fecha. En 1938 hicimos nuestra primera comunicación preliminar sobre este asunto con las primeras observaciones clínicas, trabajo que tenemos ahora el honor de completar con mayores datos bibliográficos y una casuística también más numerosa.

CHANCRO GINGIVAL

Según Lortat Jacob el chancro de las encías predominaría en el tercio anterior del ostium bucal, encías superiores e inferiores; serían causados por contaminaciones accidentales, donde el dentista, a pesar de que, según Millian, algunos pueden ser igualmente de origen genital. Los chancros de las encías, según Lortat Jacob, del fondo de la boca serían casi

siempre de origen accidental, con motivo de la extracción de un diente o por el empleo de cepillos de personas anteriormente infectadas; según este mismo autor, en estos casos la adenopatía es siempre única, contrariamente a lo que se ha descrito en que se da como signo diferencial la poliadenopatía del chancro sifilítico; por nuestra parte, estamos en completo desacuerdo con Lortat Jacob, ya que en los casos que nos ha tocado estudiar siempre hemos encontrado, en todos ellos, una poliadenopatía que nos parece característica de estas lesiones; por otra parte, en cuanto a su mecanismo de producción también estamos en desacuerdo, ya que pensamos que la mayoría de estos chancros se producirían por contacto directo, vale decir, un beso de una persona enferma a una persona sana, ya que las historias clínicas de nuestros enfermos niegan atenciones dentales anteriores, aberraciones sexuales y, en cambio, acusan contacto de beso, otras niegan todo antecedente, tal vez por pudor o ignorancia.

Queyrat dice que estas adenopatías causadas por el chancro de las encías son a veces muy voluminosas y aun de tipo inflamatorio pudiendo supurar, en nuestra casuística, si bien es cierto, que encontramos adenopatía voluminosa, en ninguno de nuestros enfermos, observamos la supuración de que habla este autor.

Lortat Jacob los describe en esta forma: "Estos chancros se caracterizan generalmente por su aspecto erosivo, bordeado por una línea finamente opalina, muy angosta. La superficie de la ulceración es brillante, a veces rosada, estando el fondo sembrado de punto grisáceos. En su conjunto, el chancro de la encía superior presenta la forma de un semicírculo, encontrándose el borde de la encía correspondiente al cuello de los dientes, desprovisto del liserado opalino. Se trataría de un chancro erosivo en semicírculo. Este chancro puede mostrar induración encontrándose en condiciones favorables, por consiguiente, de todos sus síntomas, la induración de él, es la menos segura. Esta induración, en la encía superior ofrece una sensación apergaminada, pero limitada, y los caracteres anatómicos de la región infectada la hacen a menudo dudosa. Sin embargo, la ulceración, por este hecho, descansa sobre un

plano ligeramente sobre levantado; se trataría de una ex ulceración. Este chancro se acompaña generalmente en la mucosa vecina de un eritema rojo carmín muy vivo."

Personalmente también hemos podido observar este fenómeno; pero no lo atribuimos a la lesión sífilítica misma, sino más bien a un proceso anterior de gingivitis de tipo catarral, ya que nuestros enfermos presentaban en el resto de la mucosa gingival lesiones francas de gingivitis del tipo catarral; es posible que Lortat Jacob haya querido darle exagerada importancia a este eritema, tal vez sin revisar cuidadosamente el resto del epitelio gingival.

Bercher, refiriéndose a este chancro, dice: "En las encías el chancro es a menudo de un diagnóstico difícil, porque se parece a una ulceración banal y supurada en el cuello de un diente (chancro en corte de uña)." En realidad estamos de acuerdo con este autor, por cuanto consideramos que, aparte de la micropoliadenopatía submaxilar y del cuello, no se podría considerar ningún síntoma que diferenciara el chancro de cualquier otra lesión inflamatoria de la mucosa gingival.

Miquel, refiriéndose a esta lesión, dice: "Más frecuente en el hombre y su sitio de predilección es la cara anterior de la encía superior. Se presenta bajo dos aspectos: *la forma típica*, la más habitual (lesión erosiva, bien limitada, sin bordes con los tejidos vecinos, lisa de superficie, de color rojo acarminado, como carne de músculo), y *la forma típica ulcerosa*, donde la configuración regular, el estado liso y uniforme y la coloración faltan.

La adenopatía del chancro de la encía es a menudo única, voluminosa e inflamatoria; a veces, febril. Este aspecto es frecuente, sobre todo al principio del chancro; ulteriormente, y en el resto de los casos, la adenopatía se presenta con los caracteres habituales."

Según Millian: "Por su situación sobre la encía anterior, el chancro de las encías es, sobre todo, un chancro venéreo u osculatorio", opinión que compartimos con este autor, ya que en nuestros casos lo pudimos comprobar, sin encontrar ninguna etiología por instrumentos odontológicos u otorinolaringológi-

cos, pareciéndonos en síntesis, como más probable, la causa de él por el contacto del beso.

Fournier lo describe diciendo: "El chancro gingival es siempre de muy pequeña talla o de mediada dimensión. Se le puede comparar como proporción de superficie a una almendra, a la mitad de una moneda de 50 céntimos, a la uña del dedo pequeño, etc. Su configuración más corriente es la de una media luna o de un guisante, que encuadraría la región de dos o tres dientes vecinos. Está constituido por una lesión erosiva o subulcerosa, bien delimitada, uniéndose sin bordes con los tejidos vecinos, lisa y uniforme de superficie y, sobre todo, llamando la atención por su hermoso color, de un rojo oscuro acarminado, de carne de músculo. Imposible, por otra parte, de apreciar la renitencia de la base, puesto que esta base se confunde con el tejido óseo."

Jacques Puig y Pierre Lonjumeau han descrito un chancro de la encía en un edentado en relación con la mucosa gingival correspondiente al sitio donde estuvieron los incisivos. Por nuestra parte, consideramos esta ubicación sumamente excepcional; pero no podemos negar que ella se pueda producir, en el bien entendido que debió haber existido con anterioridad a la lesión específica alguna escoriación o lesión de la gíngiva.

En una de nuestras observaciones pudimos constatar una ubicación rara de chancro gingival a nivel del fondo del surco gíngivolabial superior; pero se trataba de un individuo con dientes, lo que hizo despistar el diagnóstico, pensando en un comienzo al colega que examinó al enfermo que se trataría de una complicación de cuarto grado; pero chancros de esa localización o de otra dentro de la mucosa gingival en edentados nos parecen sumamente raros; pero no por eso nos atreveríamos a negarlos, sino sencillamente a expresar que en nuestra práctica no los hemos observado.

En general, los diversos autores por nosotros consultados dan casi todos la descripción del chancro de la encía copiada de la descripción dada por Fournier; es por ello que haremos su descripción clínica de acuerdo con las modalidades observadas por nosotros en nuestros enfermos, y que si bien es cierto no

presentan grandes variedades con las de los clásicos, por lo menos tienen ciertos aspectos que consideramos interesantes.

Podemos decir que el chancro gingival se sitúa de preferencia a nivel de la encía de los dientes anteriores superiores, sobre el lateral y el canino, ya que en tres de nuestras observaciones ése fué el sitio de ubicación de la lesión; pero en una, el chancro se encontró a nivel de los centrales inferiores, y en una a nivel del surco gíngivolabial superior, y aun otro caso en la encía superior en relación con un central; pero debemos decir que en este caso fué más bien un chancro de impresión por contagio de una lesión primaria del labio superior.

La superficie de la lesión, en nuestras observaciones, es socavada, de bordes irregulares, con un fondo más o menos plano en el centro, lo que nos recuerda el cráter de un volcán; tiene al mismo tiempo la lesión, en general, una forma de media luna y se encuentra en una especie de solevantamiento del tejido gingival subyacente. Este solevantamiento y esta induración la pudimos palpal perfectamente en nuestras observaciones, e insistimos que es un síntoma de gran valor para el diagnóstico, a pesar que Lortat Jacob no el asigne el valor y la importancia que nosotros le atribuimos.

A la presión de la lesión se escurre un líquido sanioso, el que en nuestras observaciones despedía un mal olor, lo que atribuimos a la infección secundaria, debido a la multiplicidad de gérmenes saprófitos y patógenos que pululan en la boca, en especial del tipo pyogénico.

Es absolutamente indoloro; los dientes no sufren en su integridad; no hay dolor de parte de ellos ni movilidad; no se observan síntomas de artritis alveodentarias subagudas o agudas; la lesión no alcanza a poner en descubierto el tejido óseo alveolar. En uno de nuestros casos nos dió la impresión de una úlcera de las que se producen a veces con el escurrimiento de un cáustico en la encía, como en el caso de la creosota, por ejemplo, a diferencia que en este último caso hay dolor y el proceso destructivo es difuso, sin límites precisos.

En otra de nuestras observaciones, la lesión alcanzó hasta el reborde libre de la encía, comprometiendo el festón gingival y la lengüeta interdientaria, lo que nos hizo en un principio pen-

sar en una gingivitis de Vincent; pero la ausencia de dolor local y la ausencia de dolor en la adenopatía nos desvió este diagnóstico, pensando en un chancro.

Fuera de esta forma, más o menos típica, de chancro gingival, podemos describir una forma atípica y que se presenta de preferencia en individuos con sus bocas descuidadas y anti-higiénicas; aquí no existe la ulceración, más o menos típica, descrita anteriormente, sino una destrucción de bordes irregulares, que rodea el cuello de varios dientes, con la encía aumentada de volumen a su alrededor, y a veces los dientes elongados y movibles, con síntomas de ulatrofia, estando en estos casos las lengüetas interdientarias tumefactas y semidestruídas, lo que hace más difícil el diagnóstico, por confundirse con otras afecciones infecciosas de la mucosa gingival; pero la anamnesis, evolución de la lesión, y en especial la adenopatía indolora, colocan al clínico sobre la verdadera pista, amén del examen directo al ultramicroscopio, que nunca debe faltar en casos sospechosos.

Los ganglios submaxilares y submentonianos, así como los subretroángulo maxilares, y a veces del cuello, están francamente comprometidos, según nuestra opinión, y nuevamente, contrariamente a lo que piensa Lortat Jacob, creemos que la adenopatía es múltiple; habría, en consecuencia, una micropolia-denopatía absolutamente indolora, y los ganglios se encuentran desplazables y movibles bajo la presión de los dedos, no escapando a esta cadena de ganglios afectados el ganglio bucal o buccinador de los autores alemanes.

En uno de nuestros casos observamos adenopatía a ambos lados, siendo el chancro del lado izquierdo.

La evolución dura de seis e diez días, más o menos, ya que una vez instituído el diagnóstico prescribimos el tratamiento específico a nuestros enfermos, salvo uno de los casos, que, al no acceder a sus deseos de extraer un diente inferior que ella consideraba la causa de su lesión, un práctica dental, no sabiendo de que se trataba, efectuó la extracción, lo que produjo a la enferma una reabsorción y un estado flegmonoso submaxilar, que puso en peligro la vida de la paciente.

Al revisar nuestros enfermos tres o cuatro días después de instituido el tratamiento específico pudimos constatar que la lesión iba desapareciendo, dejando sólo en la encía una pequeña mancha de un color un poco más subido que el tono normal gingival, pero que, a nuestro juicio, aun no nos atreveríamos a juzgar casi como una cicatriz; tan indeleble es, y sólo después de un minucioso examen se puede observar con al lupa.

Al mismo tiempo, el infarto ganglionar desaparece, y todo vuelve a la normalidad, a lo sumo, en el espacio de unos ocho o diez días, como pudimos observarlo en nuestros pacientes.

En el tomo primero de la Escuela Odontológica Alemana hemos encontrado una breve descripción del chancro de la encía, que capiamos textualmente: "En ocasiones asienta el chancro en el vértice de una papila interdientaria, y, como por su desarrollo sufre considerablemente la nutrición de la misma se produce una destrucción de tejido con formación de úlcera de aspecto falciforme, que da más bien la impresión de una goma ulcerado, que una esclerosis inicial; en tales casos, el diagnóstico sólo puede establecerse por la ulterior observación. De ordinario se aprécia una ulceración superficial de color pardo rojizo, recubierta de un revestimiento de opalencia característica, pegajosa, que contiene grandes masas de espiroquetas. A veces, tales esclerosis iniciales se presentan como una pérdida de substancia de origen traumático, y parece confirmarse esta opinión cuando, por ejemplo, existe un diente que roza precisamente con el punto lesionado."

Cuando la lesión se sitúa en el maxilar inferior, es decir, en la encía correspondiente a los incisivos inferiores, el diagnóstico es aún más difícil, por cuanto ser esta región menos expuesta al contagio que la superior, y afectar el aspecto de una lesión más difusa hace al clínico pensar en otro proceso inflamatorio, pero la adenopatía, la ausencia de dolor y el endurecimiento dirigen el diagnóstico.

En términos generales podemos decir que el diagnóstico diferencial del chancro gingival se refiere principalmente a hacerlo con la gingivitis, entre éstas con las escorbúticas, de Vicent, producidas por tóxicos metálicos, etc., las paradentosis, las manifestaciones de la sífilis en sus otros períodos, las alteraciones

inflamatorias de los maxilares, los tumores de estos huesos y las alteraciones bucales producidas por enfermedades de la sangre: leucemia y agranulocitosis.

Por lo que se refiere a las gingivitis del tipo escorbútico en los niños, llamada también enfermedad de Barlow, casi no tiene importancia en el diagnóstico diferencial, por cuanto en esa edad casi podríamos asegurar que los chancros gingivales no se presentan, pero de todos modos, diremos que las encías, en estos casos, presentan un liserado o manchas violáceas, además equimosis gingivales con mamelones carnosos negros; en resumen, un tipo de gingivitis fungosa y hemorrágica. Ahora, en el adulto, se descubren, a nivel de la mucosa bucal, sufusiones sanguíneas mucosas, púrpura de las mucosas a nivel del rafe medio y del velo del paladar, además de lesiones de gingivoestomatitis, caracterizadas por la hipertrofia considerable de las encías y su tinte equimótico, los dientes descarnados se mueven y caen. En general, podemos distinguir el chancre sifilítico de estas lesiones, en primer lugar, por las anamnesis del enfermo, y luego, además del examen al ultra, que es imprescindible, por el aspecto casi generalizado en las gingivitis del tipo escorbútico y localizado a un punto de la encía en los chancros específicos, además de su adenopatía múltiple e indolora.

Desde luego, en la gingivitis de Vicent del tipo agudo, la lesión tiene un estado de intoxicación general del individuo, caracterizado por taquicardia, disnea, temperatura febril, decaimiento, diarrea, etc.; por otro lado, la lesión gingival es dolorosa a la menor presión, y los ganglios afectados son también sensibles a la presión, fuera de ello el examen al ultra demuestra la simbiosis fuso-espiroquetal.

En las paradentosis, la radiografía, demostrando la rarefacción ósea del tipo vertical, horizontal u oblicuo, además de la evolución crónica de la lesión y la ausencia de adenopatía, aclara el diagnóstico.

Debemos dejar constancia en este trabajo, que cierto número de enfermedades de la sangre se acompañan de lesiones de la mucosa bucal, y como ellas pudieran prestarse a confusiones con los chancros haremos su descripción somera, a fin de llegar al diagnóstico diferencial.

En las leucemias agudas, por ejemplo, el principio de la enfermedad puede hacerse por una estomatitis semejante a la escorbútica, la que puede permanecer solitaria durante algunos días, el enfermo consulta creyendo en una complicación dentaria, y luego esta lesión puede hacerse necrótica; por ello, es de sumo interés hacer, desde el primer momento, un hemograma y además un examen al ultra, constatando una leucemia y la ausencia de espiroquetas pálidos, el diagnóstico clínico está hecho. De todos modos, llamamos la atención de estas lesiones gingivales de origen hemático, que aún son poco conocidas o, por lo menos, a las que se les ha dado poca importancia.

En la agranulocitosis se asocia un síndrome buco-faríngeo a un síndrome infeccioso y a un síndrome sanguíneo.

La repercusión bucofaríngea, la faringoamígdaloestomatitis se sitúa de preferencia a nivel de la amígdala a diferencia de la leucemia aguda. Podemos decir que en estos casos existen: procesos de exudación fibrinosa que harían pensar en una difteria maligna y procesos ulcerativos, verdaderas escaras negruzcas sin hemorragias y sin adenitis que podrían hacer creer en un *Vicent*, pero en los frotos no se encuentran espirilos, además no hay hemorragia. Es importante hacer notar la ausencia de adenopatía, y al mismo tiempo, el interés que tiene el examen al ultra que en el chancro, siempre denota la presencia de espiroquetas pálidos.

De todos modos, y como norma general, aconsejamos en estos cuadros no bien definidos de alteraciones gingivales, un hemograma previo y según sus resultados los demás exámenes, a fin de hacer el diagnóstico diferencial. La induración, adenopatía, ausencia de dolor, historia clínica, evolución, posibles causas de contagio, iniciación de la enfermedad con cuadros bruscos de intoxicación, etc., todo ello pondrá al clínico sobre una pista y haciendo un estudio de cada cosa podrá dilucidar su diagnóstico, teniendo siempre presente que el chancro es una manifestación localizada, indolora, indurata y con reacción ganglionar múltiple también indolora de una afección general, cuyo punto de entrada en el organismo él lo constituye, como si dijésemos en lenguaje corriente, el toque de alarma, a

fin de poner en movimiento los diferentes medios terapéuticos para defenderse del azote.

De las gingivitis producidas por tóxicos metálicos, como mercurio, bismuto, oro, plomo, etc., por un lado, la anamnesis y, por otra parte, el curso más agudo de la lesión, en especial en el tipo mercurial, desvían el diagnóstico y para el clínico es fácil saber a qué atenerse.

Por lo que se refiere a las manifestaciones sifilíticas en los otros períodos, desde luego, las reacciones serológicas conocidas, Wassermann, Kahn, etc., y la historia del enfermo, aclaran el punto.

Las alteraciones inflamatorias de los maxilares tienen una marcha clínica tan diferente que no nos parece necesario insistir en el diagnóstico diferencial, ya que se trate de lesiones de origen dentario o de causa hematógena; es muy fácil, al clínico experto, poder hacer el diagnóstico diferencial y, por último, queda aún el recurso del examen al ultra.

Consideramos de sumo interés, y como un factor de gran importancia para el tratamiento de estas lesiones, y a fin de poder hacer un diagnóstico fino y positivo, el examen al ultra microscopio, única forma de poder estar ciertos de la lesión que nos ocupa y poder despistar otras lesiones que clínicamente pudiesen tener una cierta semejanza.

Respecto al tratamiento es el mismo que en toda lesión sifilítica por los medicamentos actualmente en uso con los cuales obedecen perfectamente estas lesiones.

Como comentario final, debemos decir que, si bien es cierto, pueden producirse estas lesiones por contacto indirecto ya sea por escobillas, instrumentos dentales u otorinolaringológicos, etcétera, nos parece lo más probable y lo más común que, su producción se debería casi exclusivamente al contagio directo por el beso o maniobras sexuales aberrantes.

CASOS CLINICOS

N. N. Concepción, soltera, sin profesión.

Esta señorita viene a nuestra consulta privada enviada por un colega con una carta, en la cual expresa que, hace más o menos diez a doce días, procedió a extraerle un molar superior izquierdo afecto de una

artritis alvelodentaria aguda, y que ha podido observar, al mismo tiempo, una gran adenopatía de los ganglios submaxilares y submentonianos, y aun en la parte superior de los ganglios del cuello de ese lado.

Como después de la extracción persistiera la adenopatía, envía la enferma en consulta. Estudiado el caso por nosotros, observamos que el alvéolo intervenido está en perfectas condiciones de cicatrización, sin proceso infeccioso ni inflamatorio de ninguna especie, pero nos llama altamente la atención una ulceración situada a nivel del lateral y canino superiores izquierdos; ulceración del tamaño de una lenteja chca, de bordes irregulares socavados, con una superficie de aspecto ulcerado e irregular y compromiso de las lengüetas interdientarias, pero absolutamente indolora.

Aparentemente, y como primera impresión, nos parece una ulceración de Vicent, de tipo crónico, y ateniéndonos a este diagnóstico, instituímos el tratamiento adecuado; como al tercer día de nuestra terapéutica no cediera la adenopatía, ni la ulceración regresara en su evolución, enviamos la enferma a un especialista, el doctor Alberto Brieva, con un probable diagnóstico de chancro en la encía.

Hecho el examen directo por el facultativo citado, éste constató una gran cantidad de espiroquetas pálidas, a la vez que espiroquetas bucales y los microorganismos corrientes de la flora bucal. El Wassermann es negativo; pero con el diagnóstico clínico ayudado del examen al ultra, se instituye el tratamiento específico abortivo y la lesión sana, dejando una leve mancha de un color un poco más subido que el de la encía normal, evolucionando todo hacia la curación en el espacio de una semana.

Precisando detalles anamnésicos, el médico pudo constatar que esta niña estaba de novia, y ha sido, en el caso que nos ocupa, seguramente el contacto de uno o varios besos de su novio los causantes de la infección.

Durante el tratamiento la enfermita tuvo varios accidentes de intolerancia, especialmente a los arsénicos, por lo que hubo de alternarse el ritmo de la medicación, y actualmente, después de algunos años de la observación, la enferma está en perfectas condiciones.

Como comentario final de esta observación, señalamos, una vez más, la importancia en la etiología y mecanismo de esta lesión del beso, como se pudo constatar ulteriormente por lesiones de placas mucosas en la boca del prometido de nuestra enferma.

OBSERVACION NUMERO 2

S. S., cincuenta años, casado, alemán.

Soy llamado al estudio de un colega para examinar un cliente suyo que sufre una lesión poco común de la encía superior. Al estudiar el caso bajo el punto de vista clínico, ya que la anamnesis que nos daba

el enfermo era absolutamente negativa, y no nos proporcionaba luces de ninguna naturaleza, observamos, más o menos, como en el caso anterior, una ulceración plana, de bordes francamente solevantados sobre una base indurada a nivel del lateral y canino superior izquierdo, absolutamente indolora, ulcerada y una gran adenopatía del lado izquierdo de los ganglios submaxilares y del cuello, los que también se presentaban indoloros y rodaban fácilmente bajo la presión suave del dedo.

Una vez en posesión de estos antecedentes clínicos, y haciendo, por eliminación, nuestro diagnóstico diferencial cuando el caballero nos expresa que tiene esta lesión hace alrededor de unos doce días, instituimos el diagnóstico de chancro sifilítico de la encía; nuestro cliente se indignó y protestó airadamente de nuestro diagnóstico, aduciendo que era un caballero de respeto y que no tenía por qué sufrir dicha enfermedad, agregando, aun más, que en el último mes había estado en unas Termas haciendo cura de agua. Como le quisiéramos expresar que el contagio pudo haber sido indirecto: por un vaso o servilleta, etc. le propusimos, para confirmar nuestro diagnóstico, un examen al ultra, y, además, las reacciones serológicas conocidas, a todo lo cual se negó rotundamente diciendo partir esa misma tarde a la capital, a fin de ver allá otros especialistas.

Tres días después, el colega que atendía al enfermo, y que me llamó en consulta, recibió una carta de uno de los profesionales consultados en Santiago confirmando nuestro diagnóstico. Actualmente este caballero está en perfectas condiciones, después de haber seguido durante algunos años un tratamiento específico.

OBSERVACION NUMERO 3

P. P., diecinueve años. Asilada en un cabaret.

Es, seguramente, el caso que, para nosotros, presentó un mayor interés bajo el punto de vista social, atendiendo a la profesión de nuestra enfermita.

Esta niña fué enviada al servicio dental del Hospital San Juan de Dios desde el Policlínico, donde son atendidas semanalmente estas mujeres por el médico tratante, debido a una adenitis subángulo maxilar del lado izquierdo, con una carta en la que solicitaba extracciones, posibles causantes de la reacción ganglionar, la que el médico estimó una reacción aguda de origen dentario.

Examinados los dientes que correspondían en el maxilar inferior al área ganglionar inflamada, o sea los tres molares inferiores, desde el primer momento sospechamos que las citadas piezas no serían la causa de tal adenopatía, pues nos encontramos con raíces reabsorbidas, sin procesos de artritis ni de inflamación aguda, de ninguna índole que pudiese hacer sospechar en una posible causa de reacción ganglionar.

Como medida de profilaxis, extrajimos, sin dificultad, las piezas que correspondían a las raíces reabsorbidas de los tres molares inferiores

del lado izquierdo. Mientras esperábamos que el anestésico produjera su efecto, con el espejo y la sonda revisamos cuidadosamente el resto de la dentadura, así como los tejidos blandos y cuál no sería nuestra sorpresa, el constatar una vez más, a nivel del incisivo lateral superior izquierdo una gran ulceración indolora sobre base dura, aun perceptible palpando sobre el labio superior, de fondo blanco amarillento, pero sin supuración franca, de bordes saniosos y brillantes como socavados en conjunto, como haciendo un arco de concavidad alrededor del diente. Gran adenopatía del lado izquierdo y discreta adenopatía del lado derecho no perceptible al ojo desnudo, como lo era la del lado izquierdo, que se presentaba con un aumento de volumen bastante apreciable.

Debo consignar que incluso en ganglio geniano de ambos lados se encontraba comprometido. Preguntamos a la enferma sobre esta lesión, y nos expresa que la ha observado hace más o menos diez días, y que se ha lavado la boca con timol; pero, a pesar de los cuidados que ella ha tenido, no desaparece; pero lo que la tiene tranquila respecto a su enfermedad de la encía—dice ella—es precisamente la ausencia de dolor de la lesión.

En forma discreta expresamos a nuestra enferma que era una lesión grave, precisamente porque, conociendo la psicología de estas mujeres, si le hubiésemos dicho desde el primer momento que estábamos ante una lesión sifilítica, ella se habría instituido el tratamiento con una o dos inyecciones de neosalvarsán, que es el método que ellas, por su cuenta, adoptan generalmente en estos casos, y en seguida, como hubiese desaparecido su lesión primaria, habría suspendido sus inyecciones considerándose, en su ignorancia, totalmente sana.

Teniendo en consideración estos factores, nos pusimos en comunicación con el especialista, el que se interesó vivamente por el caso, efectuó los exámenes al ultra, constatando una gran cantidad de espiroquetas pálidas, espiroquetas bucales y la flora común de la boca; el Wassermann fué negativo y la reacción de Kahn, con dos cruces.

El médico tratante en el Policlínico de venéreas instituyó el tratamiento específico, y después de la tercera inyección, según nos lo expresó verbalmente, desaparece la úlcera, continuando la enferma bajo su estricto control y vigilancia. Continuó con su tratamiento hasta ser dada de alta, y dos años después revisamos la encía de la enferma constatando sólo una pequeña zona un poco más enrojecida que el resto de la encía, pero que casi pasaría desapercibida por cualquier clínico que no conociese el antecedente específico gingival de la enferma.

OBSERVACION NUMERO 4

D. M., soltera, cocinera, treinta y ocho años.

Se presentó a la Clínica de Parodoncia de la Escuela Dental de Concepción, relatándonos que hace más o menos cinco a seis días le ha

aparecido una inflamación a nivel de los dientes inferiores, indolora, pero que, al mismo tiempo, ha notado un aumento de volumen de los ganglios submaxilares, también indoloros, y como ella atribuye esa lesión a una infección dentaria, nos solicita la extracción de los incisivos centrales inferiores.

Examinamos con atención nuestra enferma, pensando en un primer momento en un cuadro de Vicent, pero la ausencia de dolor gingival, la ausencia de falsa membrana y destrucción de las demás papilas interdientarias, así como la ausencia de dolor en los ganglios infartados, nos hace desechar ese diagnóstico y pensamos, por el endurecimiento de la lesión, su aspecto crateriforme, la ausencia de dolor y la cantidad de ganglios comprometidos en un chancre sifilítico.

El examen al ultra microscopio nos da abundantes espiroquetas de Schauddin y Hoffmann, por lo cual aconsejamos a la enferma ver un especialista.

Tres días después somos llamados por el patrón de la enferma donde ella trabajaba, expresándonos que ésta ha presentado una estado flegmonoso submaxilar; al verla la interrogamos, y nos expresa que, como no le quisiéramos extraer los dientes que ella nos solicitara en la Escuela Dental, se dirigió donde un práctico, quien se los extrajo con anestesia local, y, desde ese momento, el cuadro tomó el aspecto de una celulitis submaxilar difusa.

Como estábamos en antecedentes de la especialidad de la lesión, nos alarmó el estado que la enferma presentaba, con gran temperatura, endurecimiento de la región submaxilar, desasosiego, facies de intoxicación, en resumen, una cuadro infeccioso agudo, prescribimos prontosil, lavados abundantes con agua oxigenada, permanganato de potasio, y seguimos viendo la enferma por dos o tres días, al cabo de los cuales el aspecto agudo de la lesión desapareció sin mayores complicaciones, quedando siempre la ulceración indurada en la encía, siendo enviada la enferma al especialista a fin de que instituyera el tratamiento específico.

Es interesante constatar que, a pesar del cuadro agudo flegmonoso, la lesión gingival se mantuvo en todo instante sin variación, y, a nuestro juicio, esta agudización de los tejidos celulares se debió seguramente a una reabsorción e infección secundaria, por los microorganismos habituales de la boca, los que produjeron este estado agudo de flegmon, o bien podría deberse también a una deficiente o nula esterilización del instrumento, en este caso especial de la aguja de la jeringa usada por el práctico dental que esta pobre enferma consultó en su ignorancia.

Después de algunos días volvimos a examinar nuevamente a la enferma y pudimos constatar que la lesión gingival había desaparecido totalmente, quedando en lugar de la erosión primaria una pequeña zona más rosada, de cicatrización, y los ganglios habían disminuído enormemente de tamaño, volviendo todo a la normalidad en el espacio de trece

días más o menos. Continuó su tratamiento específico en el Policlínico de Venéreas por algún tiempo hasta que hemos perdido de vista la enferma.

Anle este caso se nos presentó una cuestión de conciencia: por un lado, el secreto profesional; por el otro, el aspecto sanitario. La enferma estaba empleada como cocinera de un hogar donde había dos niños, y, como es corriente en las cocineras, al confeccionar los guisos, probar para poder apreciar el estado de aliño de cada uno; pensando en esta ocasión que podía ser vectora de gérmenes para las personas a quienes servía, tal vez fuí infidente, pudiéraseme tachar de indiscreción, pero ante mi conciencia estoy perdonado, le expresé al patrón de la enferma la lesión que ella sufría, a objeto de que se pusiera en guardia. La enferma fué aislada, separada momentáneamente de su oficio, y, por fin, tratada convenientemente. Es ésta una cuestión tan antigua y debatida la del secreto profesional; en el caso presente estimo que haberlo guardado habría sido imperdonable; tal vez haberlo revelado es también censurable; pero entre los dos casos, opté por el primer procedimiento, porque consideré, de acuerdo con mi conciencia, que hacía bien.

Si bien es cierto que al abrazar la profesión hemos jurado guardar secreto de todo lo que en ella vemos y oímos, estimo que este juramento queda latente siempre que no vaya a lesionar a terceros este secreto, y como en el caso presente, a mi juicio, era la enferma un peligro para sus patronos, opté por decir la verdad; era un caso de conciencia, y mi conciencia me instó a obrar de esa forma. Dejo a los lectores la oportunidad de juzgarme como estimen conveniente; creo haber obrado bien.

OBSERVACION NUMERO 5

M. M., diecinueve años, soltera, cocinera.

Ingresa al servicio expresando que ha notado un gran aumento de volumen del cuello, en especial en la región submaxilar, sin tener dientes en mal estado ni ninguna causa para ella aparente, por cuanto no ha tenido ninguna herida dolorosa que le llame la atención.

Al examen externo se observa a simple vista un gran aumento de volumen de los ganglios submaxilares, de la parte superior de la cadena de los ganglios del cuello y los subretroángulos maxilares, adenopatía indolora y donde los ganglios ruedan bajo el dedo, sin empastamiento ni síntoma de inflamación; la piel, normal; no hay reblandecimiento ni alteración inflamatoria periganglionar.

En el labio superior se observa un abultamiento de un color un poco más oscuro que el de la mucosa normal, muy duro al contacto y absolutamente indoloro, del aspecto de una ulceración de bordes irregulares, crateriformes, fondo oscuro, sucio y sanioso.

Al examen interno se observa, por la porción mucosa del labio superior, la continuación de la ulceración del tamaño de una moneda de

veinte centavos de cobre, irregular en su superficie, de aspecto sucio también e indolora, siendo muy duro a la presión y la palpación; su superficie es más brillante que en la parte externa del labio, por estar en contacto con la saliva. Además, y esto es sumamente interesante en esta observación, se observa a nivel de la encía correspondiente a los incisivos centrales superiores una ulceración plana, más uniforme y muy poco sollevantada sobre el plano subyacente, en forma de corte de uña, la que interpretamos como la inoculación de la infección labial, o sea, lo que los autores alemanes llaman el chancre de impresión, en este caso, el contagio de un chancre del labio superior, produciendo por contagio un segundo chancre gingival con los caracteres típicos de este tipo de lesiones.

Ante la sospecha de un chancre interrogamos con una fina anamnesis a la enferma, pero ésta niega todo antecedente; a pesar de todo procedimos a solicitar un examen al ultra, que nos da una gran cantidad de espiroquetas; pedimos a continuación una reacción de Kahn, con una positividad de tres cruces. Debemos decir que la enferma, antes de consultarnos, dice que hace más o menos catorce días que tiene dicha lesión y la trataba con vaselina boricada, y como no cediera a su tratamiento casero, decidió concurrir a nuestro Servicio.

Una vez confirmado nuestro diagnóstico clínico con las pruebas de laboratorio, procedimos al tratamiento específico conocido, y cinco a seis días después todo entraba a la normalidad, quedando sólo aun algunos ganglios inflamados, los que regresaron al cabo de algunos días, quedando la enferma sana de sus lesiones bucales y continuando su tratamiento específico.

Con este caso, igual que con el anterior, debido a la profesión de la enferma, cocinera de una casa donde hay niños, se nos presentó el mismo problema del secreto profesional, y lo resolvimos igualmente que en el caso anterior, quedando convencidos de haber obrado bien, ya que los patronos, perfectamente conscientes, como en la anterior observación, alejaron por algunos días a la enferma de su oficio, se le hizo instituir el tratamiento específico, y, una vez sana de sus afecciones labiales y gingivales, fué de nuevo respuesta en su trabajo hasta donde está hoy día.

OBSERVACION NUMERO 6

P. H. H., treinta y cinco años, viudo, coronel.

Ingresa este enfermo a nuestro Servicio enviado por un colega, quien nos pide nuestra opinión respecto a una lesión de rara localización que presenta en la parte superior e interna del labio superior y en contacto con la encía en relación con el labio; al mismo tiempo le llama la atención a nuestro colega la gran adenopatía que presenta el enfermo.

El enfermo nos cuenta que hace algunos días notó un aumento de volumen indoloro en el fondo del surco gíngivolabial superior en la dirección del central derecho superior y que concurrió donde un dentista,

el que al constatar un incisivo cariado y la lesión en referencia, considerando una complicación de un cuarto grado, decidió hacer la avulsión de la pieza; pero como no cediera la ulceración gíngivolabial ni la adenopatía, es enviado a nuestro Servicio.

Al examen externo constatamos una gran adenopatía de los ganglios submaxilares, subretroángulomaxilares y del cuello, indolora y sin síntoma de inflamación periganglionar. En el labio superior ni inferior nada de anormal.

Al examen interno constatamos en el fondo del surco gíngivolabial un aumento de volumen, indoloro, duro, de bordes crateriformes, superficie lisa y reluciente, que se ha tomado como una fístula de origen dentario. Por los datos clínicos y la forma en que se presenta la lesión sin dolor, con endurecimiento en su base, y la gran adenopatía, desde el primer momento nos impresiona como un chancreo específico.

Se hace una reacción de Kahn, la que da una positividad de cuatro cruces; el examen al ultra no es claro, por cuanto hay una gran cantidad de espiroquetos de la boca; pero, a pesar de todo, el especialista nos habla con entusiasmo de un predominio de espiroquetas pálidos.

Por otro lado es de notar que debido a la evolución de la lesión, haciendo un mal prolijo examen del enfermo, notamos placas mucosas en el borde interno de los labios en relación con las comisuras labiales, lo que nos sacó de dudas y pudimos instituir un diagnóstico de chancreo con placas mucosas concomitantes.

Se inició el tratamiento específico, y en algunos días desaparecen las manifestaciones bucales.

CONCLUSIONES

1.° Habiendo observado sólo seis casos de chancros de las encías, no podemos llegar a conclusiones precisas respecto a su difusión.

2.° Como no hemos hecho estadísticas respecto a los chancros de los labios, lengua y amígdalas que hemos observado en comparación con los seis casos de chancros de las encías, no podemos sacar una conclusión de porcentaje, pero de todos modos, nos parece que este chancreo no es tan raro como parece.

3.° Nos parece, por nuestras observaciones, que estas lesiones se situarían de preferencia en el maxilar superior y a nivel de los dientes lateral y camino superior, en nuestros casos en el lado izquierdo, presentándose en uno en el maxilar inferior, en otro, a nivel de los centrales superiores, y en otro aun,

en el surco gingivo-labial, pero en relación con la región apical de los centrales superiores.

4.° No podemos explicar el mecanismo de su producción, es decir, si se trata de un contagio directo por el beso o, indirecto, por el uso de artefactos o utensilios domésticos llevados a la boca, o aun por instrumentos usados por el profesional, trátase de médico o dentista.

A pesar de todo nos inclinamos en favor de la inoculación directa por el beso, porque si bien es cierto, nuestros enfermos han negado esta etiopatogenia, por lo menos se ha corregido después de la historia clínica de los casos, este mecanismo de producción.

5.° Siempre son lesiones indoloras y al examen ultra microscópicos se han encontrado, en la mayoría de nuestros casos, los espiroquetas de Schaudin y Hoffmann, acompañados de las otras formas espirales que viven saprofiticamente en la boca, conjuntamente con los otros microorganismos, tales como estafilo y estreptococos, etc. Es decir, que generalmente no se trata de chancros puros, en el sentido estricto de la palabra, como se pueden encontrar en la zona genital, por ejemplo, sino son más bien chancros infectados, ya que está el microorganismo causal en comunidad con los microbios habituales de la boca.

6.° En todos nuestros casos se ha presentado una gran adenopatía indolora de los ganglios submaxilares, submentonianos, del ganglio bucal y de la parte superior de la cadena de los ganglios del cuello; todos fácilmente desplazables a la palpación y, en ninguno de nuestros casos, hemos podido observar un proceso inflamatorio adicional de los ganglios, por lo que nos atrevemos a decir que uno de los caracteres diferenciales de la adenopatía sifilítica de los chancros bucales, en especial de los gingivales, estaría en la no infección secundaria de la adenopatía satélite de la lesión primaria.

7.° Corroborando lo anterior, podemos nuevamente decir que no hemos observado supuración ni infección de los ganglios infartados.

8.° Debemos, por último, anotar la importancia de estas lesiones, por lo que se refiere a las grandes posibilidades de

transmisión de las lúes, ya que en los casos por nosotros observados se ha constatado la gran cantidad de espiroquetas de Schaudin, lo que hace que los enfermos portadores de estas lesiones específicas primarias de las encías, sean excelentes medios de propagación de este azote mundial.

9.º Como norma general, a nuestro juicio, sistemáticamente debemos sospechar, siempre que nos encontremos ante una adenopatía indolora de los ganglios submaxilares, submentonianos, o de la cadena superior del cuello, siempre que ella no obedezca clínicamente a un proceso infeccioso agudo, en una afección específica del a boca y entre las regiones que pudieran ser atacadas, debemos sospechar de las encías, por ser precisamente las más difíciles de despistar.

B I B L I O G R A F I A

Lortat-Jacob.—Le chancre des gencives.

Zinsser.—Afecciones sifilíticas y sifiliformes ed la boca.

R. Nogué.—Maladies de la bouche.

Colyer.—Patología y Clínica Odontológicas.

La Escuela Odontológica Alemana, tomo 1.º

Apuntes de Patología General por R. Tero Amor.

Apuntes de Parodoncia por Alfonso Leng H.

Apuntes de Parodoncia por René Louvel B.

Apuntes de Patología Estomatológica por René Louvel B.

Apuntes de Patología Estomatológica por H. Alessandri y R. Contreras.

Encyclopedie Médico-Chirurgicale Estomatologie.

Les syndromes buccaux de la syphilis por M. Bercher, Revue de Stomatologie, agosto de 1924.

Le chancre de la gencive por R. Miquel, Tesis de París, 1924.

Chancre de la gencive chez un edenté por Jacques Puig y Pierre Lonjumeau.

Un cas de chancre syphilitique de la fase inferiure de la langue por Ettienne Boltanski, Revue de Stomatologie, enero de 1927.

Un cas de chancre syphilitique, por Darceissae y Halphen.

Chancre syphilitique gingival a localisation exceptionnelle por Bergeret, Pacaud y Fournet, Revue de Stomatologie, julio de 1928.

El chancre de las encías, por Lortat y Robert. La Presse Medicale. Diagnóstico diferencial de la sífilis oral por Carlos Goerlich Lleo, Odontología Española, junio de 1930.

Chancre de la encía. Dificultad de diagnóstico e importancia de la adenopatía satélite, reproducido en La Odontología Española de noviem-

bre de 1930 de Le Siecle Medical.

Tres observaciones clínicas de chancros de las encías por René Louvel Bert, Revista Dental de Chile, mayo-junio de 1940.

Consideraciones sobre las lesiones luéticas en la cavidad bucofaríngea por Jorge del Piano, Rev. Odontológica Argentina, mayo de 1929.

Deux cas de syphilis tertiaire de la région incisive supérieure por Bercher y Merville, Revue de Stomatologie, 1923.

Pathologie Buccale, Peri-Buccale et D'Origine Buccale por los doctores Rousseau Decelle y Raison.

Cuatro observaciones clínicas de chancros de las encías por René Louvel Bert, Río Grande Odontológico, núm. 2, 1942.

Tratamiento de la glositis de la anemia perniciosa

Ordinariamente basta la hepatoterapia para lograr la desaparición completa de la glositis observada en la anemia perniciosa; pero hay casos en que no se obtienen estos buenos resultados, a pesar de la favorable respuesta hemática.

A. Brow ("Brit. Med. J.", 1949, vol. I, pág. 704) informa sobre siete casos en los que logró la curación de la glositis con la administración de vitaminas sintéticas del complejo B, comprobando que los diversos factores no poseían indistintamente la misma eficacia en todos los casos, pero generalmente la misma vitamina en el mismo enfermo produjo siempre igual efecto; solamente fué necesario en un caso emplear dos vitaminas distintas en diferentes ocasiones.

De los siete pacientes, cuatro respondieron al pantetonato cálcico, dos al ácido nicotínico y ácido fólico y uno primero al ácido nicotínico y después a la riboflavina. En este último enfermo se encontraron, además de la glositis, otros signos de arriboflavinosis, tales como estomatitis angular y vascularización de la córnea.

Merecen destacarse los cuatro casos tratados con ácido pantotónico, porque es la primera vez que se ha dado cuenta en la literatura de la comprobación clínica del efecto de este factor sobre un síntoma de la anemia perniciosa.

La curación de la glositis en estos casos, con la sola administración de vitaminas sintéticas del complejo B, induce al autor la suposición de que dicho síntoma se debe a una alteración de determinado sistema metabólico que impide la utilización de las vitaminas aportadas por la alimentación, las cuales se encuentran a menudo en forma conjugada en el complejo vitamínico B. El autor no precisa si se trata de una alteración de la absorción o del sistema enzimático de la misma célula. (per. "Not. Méd.")