

## SECCION A

### \* SINTOMAS ORALES EN LOS SINDROMES HEMATOLOGICOS

#### IMPORTANCIA DE SU APRECIACION POR PARTE DEL ODONTOLOGO

por el

**Dr. Agustín Amell-Sans**

Profesor A. de Patología Médica

Director del Laboratorio de la Clínica Médica Universitaria del Profesor  
Doctor A. Pedro Pons, en la Facultad de Medicina de Barcelona, etc.

**L**A extensa gama de síntomas orales que se presentan en el curso de las enfermedades de la sangre propiamente dichas, que integran el capítulo de la Hematología dentro de la Patología nos lleva a la redacción del presente trabajo, que no tiene otra pretensión que poner sobre aviso a los odontólogos sobre la importancia de su apreciación, mayormente teniendo en cuenta que una gran mayoría de los mismos se presentan en los estadios iniciales de dichas enfermedades. Por todo ello, es necesario capacitarse de la utilidad que reportará siempre la observación y búsqueda de dichas alteraciones, ya que, gracias a las mismas, se puede establecer una orientación diagnóstica que, por la circunstancia de su precocidad, permitirá tratar al enfermo en el comienzo de su afección con lo cual podremos obtener los mejores resultados terapéuticos.



Nadie mejor situado que el odontólogo para plantear precozmente la necesidad de una exploración hematológica, aún en el caso de que el motivo de su intervención no tenga nada que ver con la patología hemática, ya que a él acuden pacientes en quienes aún no se han producido alteraciones sensibles en su estado general y que por lo tanto no han sentido la necesidad de someterse a un examen médico. Por ello, la práctica de una sistemática y consciente exploración oral proporcionará al odontólogo avisado a este respecto, grandes éxitos diagnósticos, que acrecentarán su prestigio, por una parte, y por otra, la imposibilidad de caer en errores de bulto o aún de que pueda caer en la desgraciada circunstancia de practicar intervenciones cruentas en enfermos con una crisis hemática comprometida que puede producir graves complicaciones hemorrágicas, siempre peligrosas en los mismos.

Ante el odontólogo exhibe su boca el paciente que ha acudido al mismo por sufrir una afección banal y corriente en la práctica odontológica. Pues bien, en nuestro concepto, cometería una grave falta de omisión aquel que en este momento procediera única y exclusivamente al diagnóstico y tratamiento, en su caso, de la afección que ha llevado al cliente a su consulta, prescindiendo de una completa exploración bucal que, con la práctica habitual, puede llegar a hacerse rápida y fácilmente, acompañada de un breve interrogatorio, que, aunque muchas veces lleve a la constatación de la ausencia de procesos de orden general, en cuyo caso podrá proceder libremente con todos los recursos a su alcance sin limitación, permitirá, en cambio, otras veces, la comprobación de la existencia de síntomas precoces o aún pertenecientes a estadios avanzados, de afecciones cuya importancia, tanto por lo que afecta a la vida del paciente, como por las contraindicaciones que puede señalar respecto a la conducta terapéutica, no debe ser soslayada ni ignorada.

Naturalmente, no son sólo las enfermedades hematológicas las únicas que pueden producir síntomas orales. Existen en el extenso cuadro de la Patología especial otras muchas afecciones cuya sintomatología oral es, con mucho, tan interesante como el resto del síndrome. Sin embargo excedería



los límites de un trabajo como éste la reseña detallada de todos ellos, y por ello nos limitamos y muy sucintamente—al estudio de los síntomas orales que se pueden hallar en las enfermedades hematológicas, por ser este, quizá, el grupo de la Patología en el que con más frecuencia se hallan, y también por ser enfermedades poco conocidas en la práctica general, algunas por su rareza y otras porque quedan sin diagnosticar, por falta de un examen hematológico practicado oportunamente.

\* \* \*

De entre todos los síntomas identificables en la mucosa bucal, quizá el más frecuente es la *palidez* que esencialmente revela una disminución de la coloración de la sangre, ya sea simplemente por un déficit de hemoglobina en los glóbulos, en

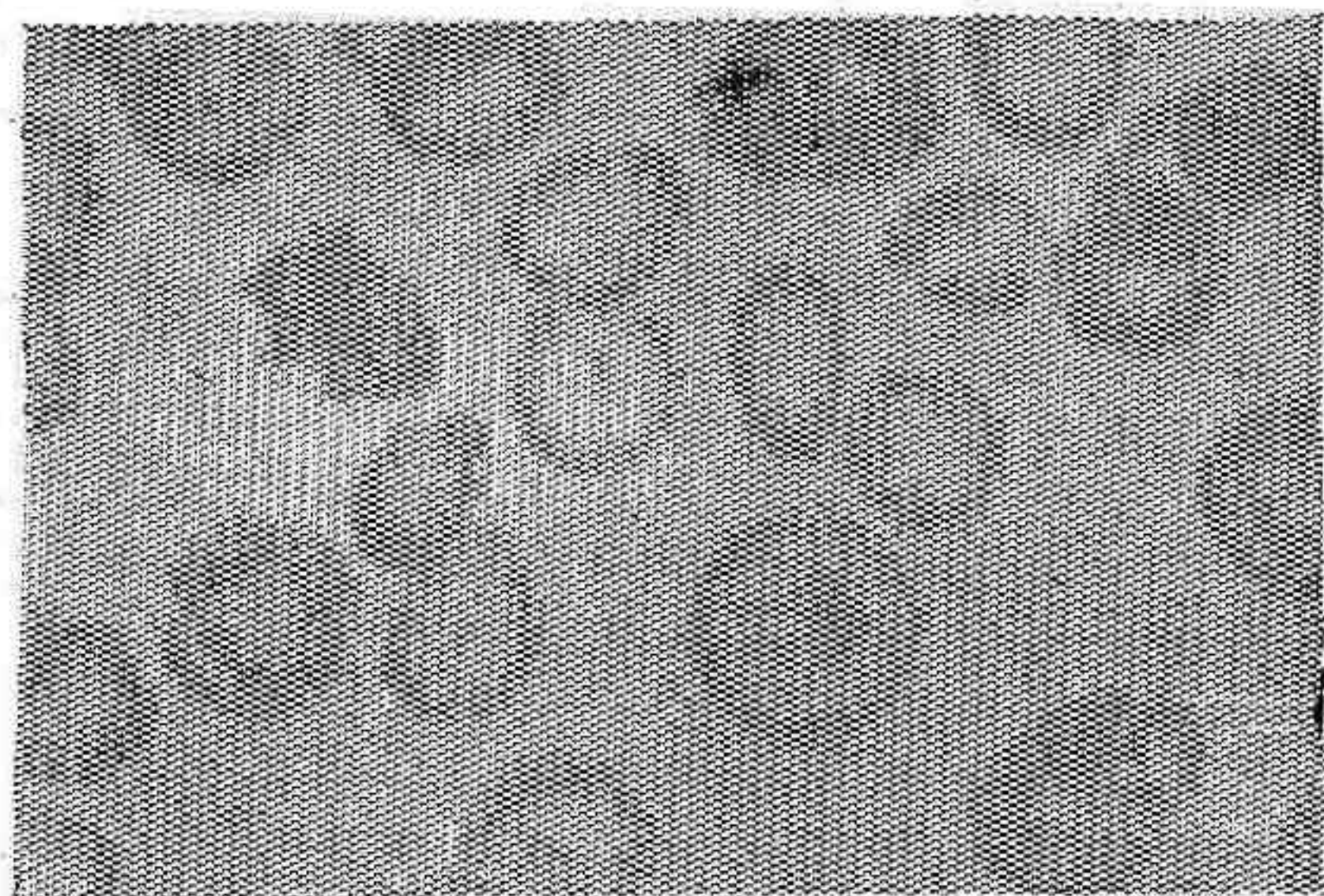


Fig. 1.—La sangre en la clorosis. Hematíes con oligocronemia.

cuyo caso corresponderá generalmente a una CLOROSIS, afección que sólo se halla en el sexo femenino, o bien a una disminución en la cifra de los glóbulos rojos por debajo de la mínima tope de 4.500.000 por milímetro cúbico, o sea a la existencia de una ANEMIA. En el primer caso existirá igualmente una palidez alabastrina de la piel, y un ligero interrogatorio nos revelará la coexistencia de apatía, astenia, así como disminución e insuficiencia en el ciclo menstrual de la enferma; el examen hematológico demostrará en estos casos, al lado de una cifra normal de hematíes (4.500.000 a



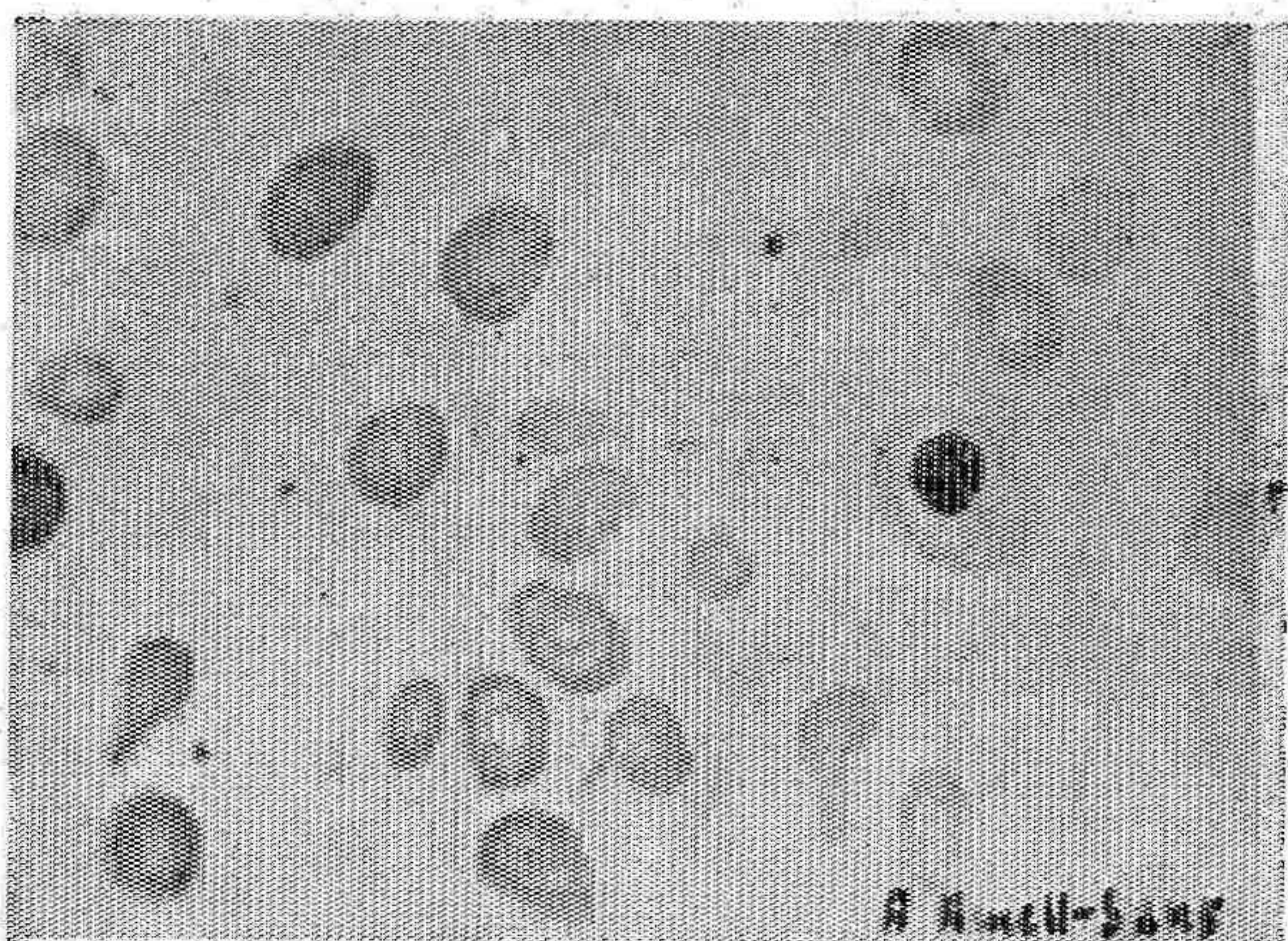
5.000.000), una cifra baja de hemoglobina (por debajo del 80 por 100), así como del valor globular (inferior a 0,80). Una combinación de clorosis y anemia se produce en la CLORO-ANEMIA AQUILICA, afección relativamente rara en la cual vemos, junto a un cuadro de pérdida de apetito y peso, con aquilia gástrica y diarrea, palidez y unas quebradizas, una disminución de la cifra globular roja, coexistiendo con una cifra de hemoglobina y valor globular extremadamente bajas, acompañadas de irregularidad en el tamaño y formas de los hematíes (anisocitosis y poiquilocitosis, respectivamente); en estos casos otro síntoma bucal consiste en la aparición de sensación de *quemazón* en la lengua y presencia de *papilas atróficas* y *vesículas* en la misma.

Por lo que a la palidez anémica propiamente dicha se refiere, y dada la variedad de tipos de anemia existentes, deberá el odontólogo apurar la exploración y el interrogatorio, con el fin de orientarse respecto a la naturaleza de la misma. Así veremos que en las ANEMIAS SECUNDARIAS, el interrogatorio unas veces y otras el hallazgo de otros síntomas bucales, como son la frecuencia de caries dentaria en la tuberculosis, que es la causa más frecuente de dichas anemias secundarias, la coexistencia de saburra lingual en las de causa infecciosa banal, la existencia de ribetes gingivales, característicos en los de causa tóxica profesional o medicamentosa (plomo, mercurio, bismuto, etc.) nos revelará la causa primitiva de la misma, comprobando luego en el estudio hematológico, junto a una cifra baja de hematíes, la existencia de una fórmula leucocitaria típica en cada caso.

En la ANEMIA PERNICIOSA, cuyo diagnóstico precoz, dada la existencia de la hematoterapia como tratamiento específico de la misma, es de un alto valor en el mejoramiento pronóstico, nadie mejor que el odontólogo podrá establecerlo, al comprobar los síntomas de una *glositis* de HUNTER, en la que, al lado de la sensación de quemazón y escozor lingual descrita por el enfermo, podrá reconocer enrojecimiento de los bordes y punta lingual, que en los casos más avanzados se transforma en palidez, atrófica y lisa, apareciendo entonces, en muchos casos, petequias y hemorragias gingivales, que, al lado



de la palidez amarillenta de la faringe, con ligero abotagamiento de la misma, completan el cuadro oral de esta grave afección, cuya comprobación clínica establecerá el analista al comprobar junto a la aquilia gástrica un cuadro hematológico integrado por disminución intensa (que llega a cifras inferiores a 1.000.000 por  $\text{mm}^3$ ) de la cifra de hematíes, con valor globular alto (1,2 a 1,5) paradójico, anisocitosis con megalocitosis, evidenciada por la existencia de un diámetro globular



*Fig. 2.—La sangre en la anemia perniciosa de BIERMER. Anisocitosis, poiquilocitos y un megaloblasto. Aumentado por 1.000 (Amell-Sans.)*

medio superior a once micras, poiquilocitosis, así como la presencia de megaloblastos, reveladora del carácter displásico de la regeneración globular, que constituye el síntoma definidor de la perniciosa. Por otra parte, tanto la leucopenia (con cifra leucocitaria inferior a los 5.000 por  $\text{mm}^3$  como la disminución de la cifra de polinucleares neutrófilos en la fórmula leucocitaria revelan igualmente la existencia de un trastorno de la médula ósea, productora, tanto de los hematíes, como de los elementos neutrófilos.

La existencia de una palidez, junto a la presencia de pe-



tequias y hemorragias gingivales, con ausencia de glositis u otros síntomas bucales, hará pensar en la existencia de una *leucemia mieloide crónica*, en cuyo caso se hallará constantemente un bazo grande así como un cuadro general de inapetencia, cansancio intenso, sudores, y, generalmente, fiebre irregular o simple febrícula. En este caso el cuadro hemático

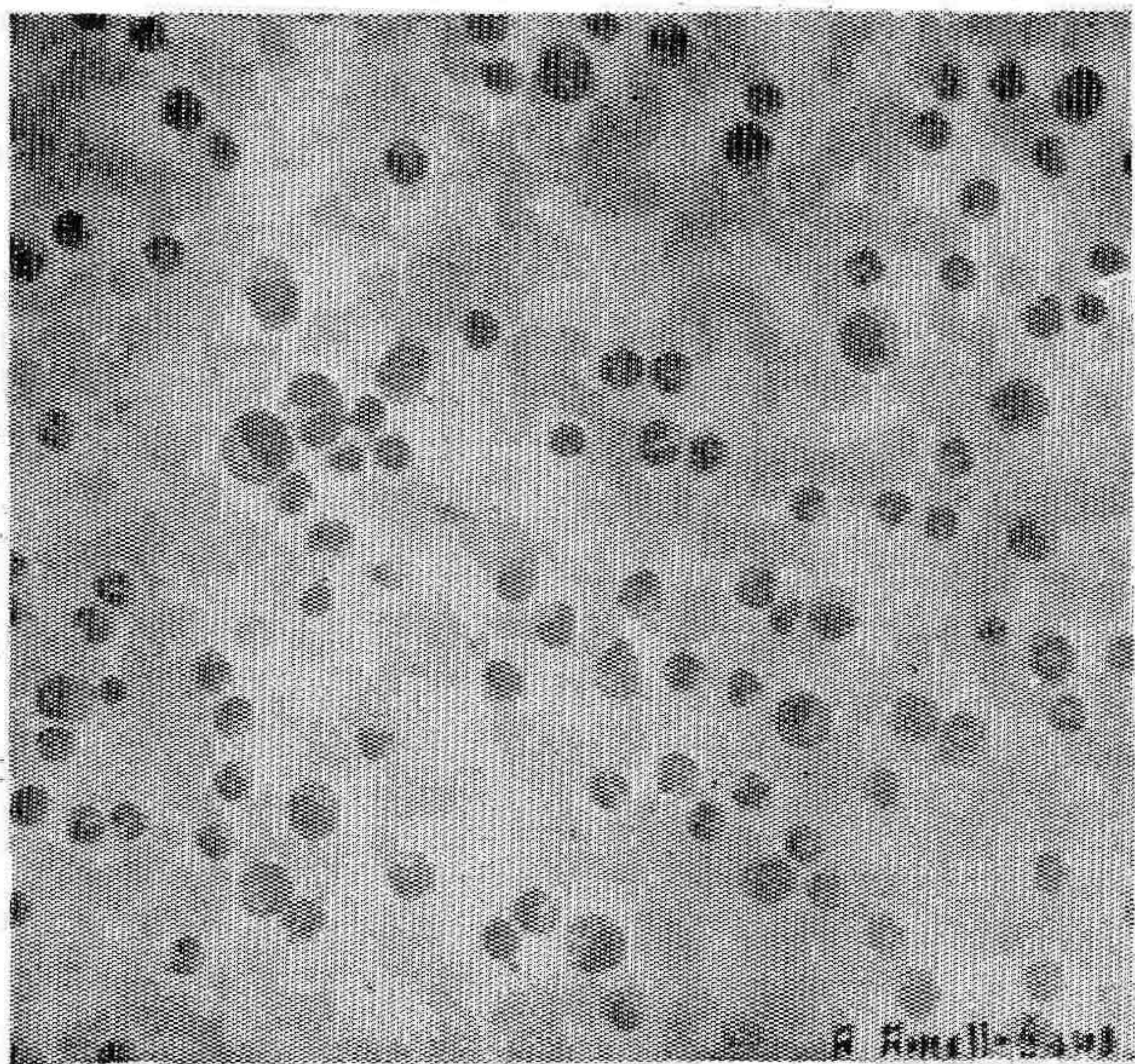


Fig. 3.—Aspecto de conjunto de la sangre en la leucemia mieloide crónica. Aumento por 200. (Amell-Sans.)

se caracterizará por la existencia de enorme leucocitosis (con cifras que alcanzan a veces los 300.000 leucocitos por  $\text{mm}^3$ ) producido por el paso a la sangre de los formas leucocitarias y eritrocitarias jóvenes existentes en la normalidad únicamente en los órganos mieloides (medula roja de los huesos), o sea, hemocitoblastos, mieloblastos, promielocitos, mielocitos y metamielocitos de las tres series blancas granulocíticas, basófila neutrófila y eusinófila, así como proeritroblastos y eritroblastos, correspondientes a la serie globular roja, coexistiendo con ello una grave anemia.



La *leucemia linfoide crónica* acostumbra a dar también palidez anémica de encías y mucosa en general, con rara aparición en las primeras de petequias y hemorragias en algunos casos. Sin embargo, en éste caso coexistirán con estos síntomas, permitiendo distinguirla de la forma mieloide, la hipertrofia amigdalar e incluso de las glándulas salivales con edema epifaríngeo en algunos casos

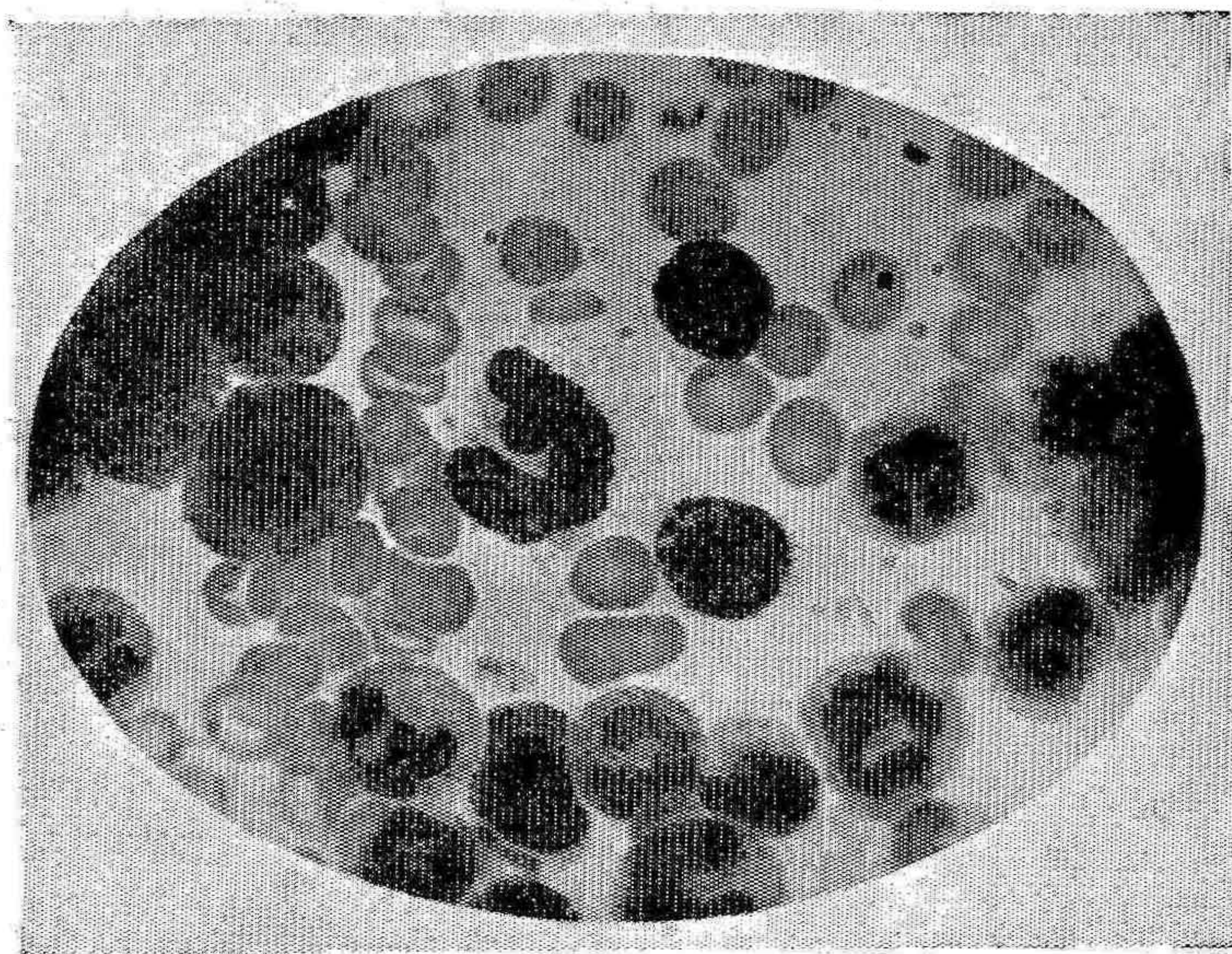
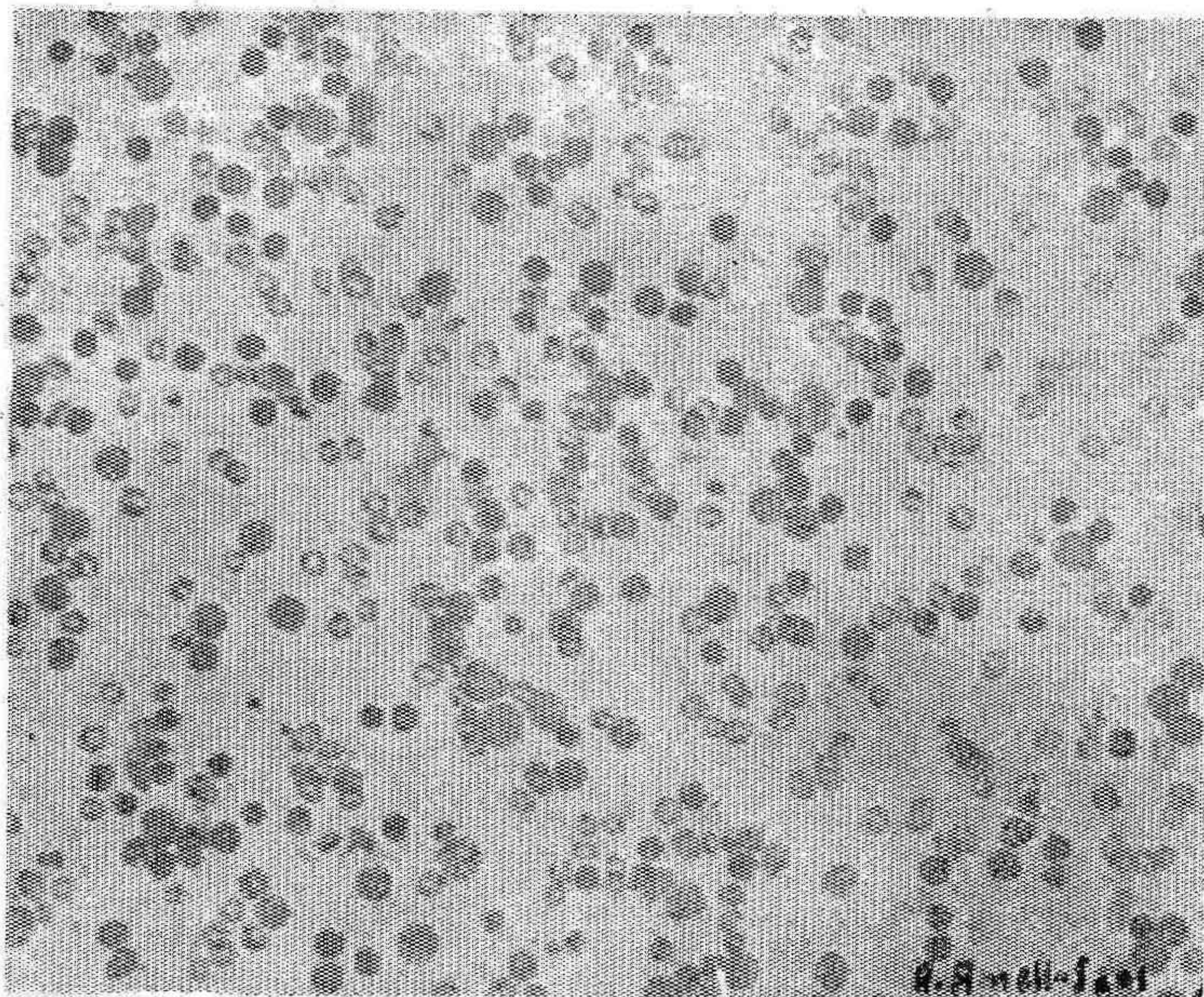


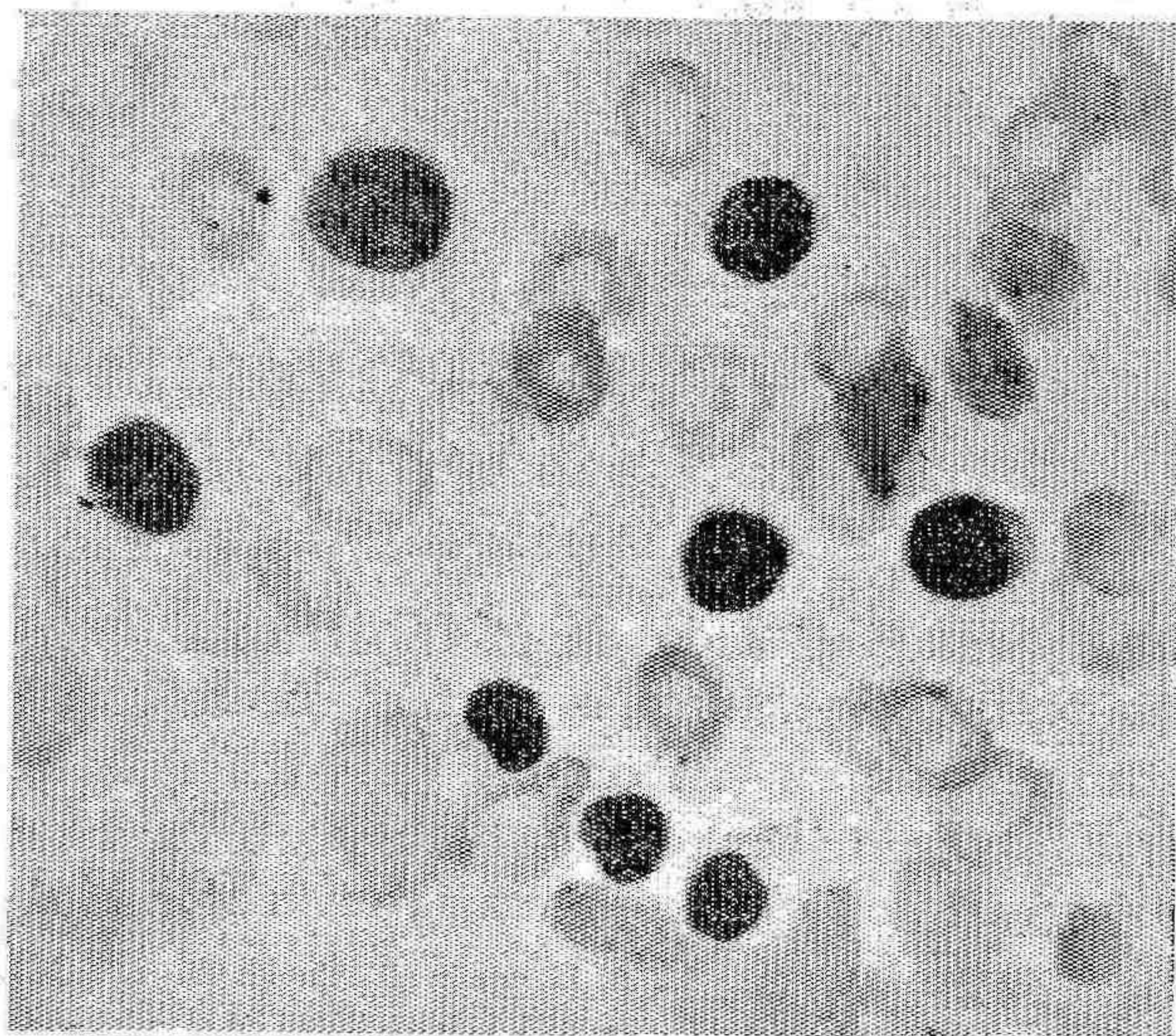
Fig. 4.—*Leucemia mieloide crónica. Detalle: Aumento por 900. Mieloblastos. Promielocitos. Metamielocitos. Mielocitos neutrófilos y eosinófilos.*

Existen, además, al lado de la hipertrofia del bazo, notables adenopatías generalizadas perfectamente ostensibles en el cuello, axilas e ingles, así como la aparición de leucémides en la piel. El examen hematológico revelará en este caso, al lado de la anemia con cifra globular roja disminuída, intensa leucocitosis (con cifras de 100.000 o aún más leucocitos por  $\text{mm}^3$ ) integrada por formas linfóideas jóvenes (hemocitoblastos, linfoblastos y linfocitos).





*Fig. 5.—Aspecto de conjunto de la sangre en la leucemia linfoide crónica. Aumento por 150.*



*Fig. 6.—Leucemia linfoide crónica. Detalle: Linfocitos en gran número y un linfoblasto. Aumento por 1.000.*



El síntoma contrario a la palidez o sea la *rubicundez*, o aun el enrojecimiento vinoso de las encías, corresponde, generalmente, a la *policitemia vera*, *eritremia* o *enfermedad de vaquez*, en la cual este enrojecimiento se extiende a toda la mucosa bucal con ingurgitación anormal de los vasos linguales, que llega, en casos graves, a determinar hemorragias gingivales por exceso de repleción vascular. La cianosis es, en esta afección, generalizada, dando lugar a la aparición de varicosidades venosas y epistaxis, junto con sensación de gran cansancio, cefaleas y aun vértigos. El conteo de los hematíes revela una cifra alta (por encima de los 7.000.000 por  $\text{mm}^3$ ), con valor globular bajo y leucocitosis.

\* \* \*

Otro síntoma que puede ser fácilmente recogido por el odontólogo reside en la presencia de *hemorragias gingivales* o de la mucosa bucal que pueden oscilar entre las simples *petequias* o microhemorragias submucosas, hasta el establecimiento de verdaderas *encías sangrantes*, pasando por la existencia de simple *fragilidad hemorrágica* de las encías y mucosa en general, al más pequeño trauma, hemorragias que son, por otra parte, notablemente irreductibles.

La forma petequial más sencilla se presenta principalmente en los estadios avanzados de hemopatías de evolución lenta, como son la ANEMIA PERNICIOSA, la LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA y LINFOIDE CRONICA. en ambos casos esta forma discreta inicial aboca luego en formas francamente hemorrágicas que revelan los últimos estadios de dichas afecciones.

La fragilidad hemorrágica es propia de la PURPURA TROMBOPENICA ESENCIAL o ENFERMEDAD DE WEHRLOF, en la cual aparecen también hemorragias y petequias en toda la piel y mucosas del cuerpo en las que sorprende la fácil aparición de hematomas (cardenales) al más pequeño golpe. En la boca, esta fragilidad se extiende hasta faringe y amígdalas y va sin decir el peligro que estos síndromes presentan a la intervención quirúrgica del odontólogo.



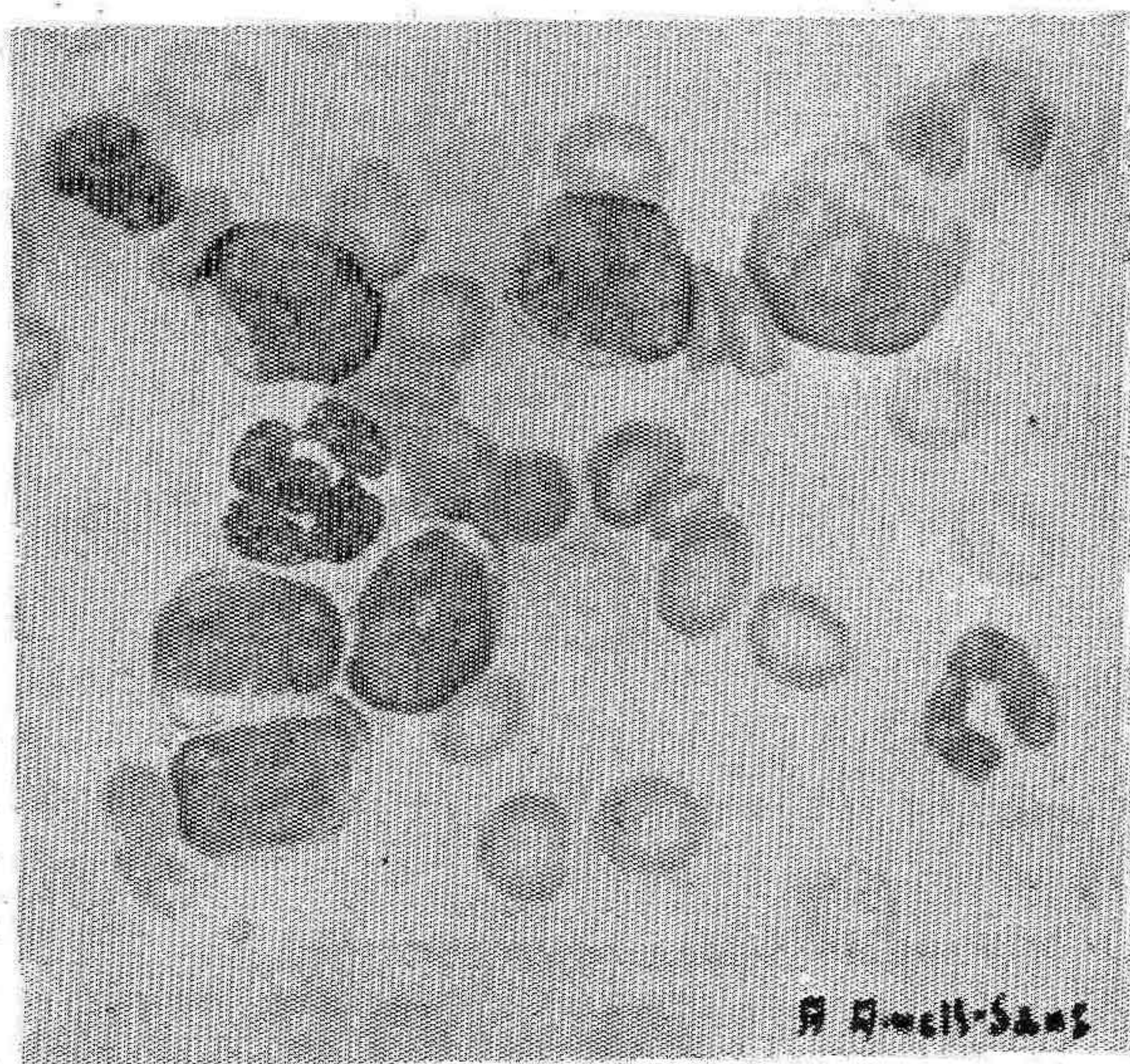
Hematológicamente, si bien existe una correcta coagulación, con tiempo y retracción normales del coágulo, es constante el hallazgo una cifra de plaquetas (que se considera normal entre las 150.000 y 300.000 por  $\text{mm}^3$  de sangre) por debajo de la cifra límite de FRANK, o sea, de 40.000 plaquetas o trombocitos por  $\text{mm}^3$ . Al mismo tiempo, se halla extraordinariamente alargado el tiempo de hemorragia, fácilmente evidenciable por la prueba de DUKE, que consiste en puncionar el lóbulo de la oreja con una punta de bisturí y luego absorbiendo con un papel de filtro las gotas de sangre que manan de la herida, cada medio minuto, cuidando al hacerlo de no tocar los bordes de la herida, hasta la hemostasia completa; contando luego en el papel las gotas de sangre absorbidas, se determina el número de minutos que ha tardado en producirse la hemostasia, siendo éste, en la normalidad, de dos y medio a tres minutos. En la púrpura de WEHRLOF esta prueba puede alcanzar hasta las doce y aun las veinticuatro horas.

Otro síndrome hemático en el que se hallan lesiones hemorrágicas graves de la mucosa bucal, así como petequias y hemorragias en las extremidades inferiores, lo constituye el ESCORBUTO o ENFERMEDAD DE MOELLER-BARLOW. Esta afección producida, como es sabido, por una carencia de vitamina C o ácido ascórbico, si bien revela la existencia de una correcta coagulación sanguínea, número de plaquetas normal o subnormal y una hemostasia dentro de los límites de dos y medio a tres minutos, produce un cuadro bucal, el más típico si cabe, dentro del síndrome, caracterizado en su inicio por la aparición de un ribete gingival rojo azulado, de aspecto inflamatorio, que gana progresivamente en extensión hasta llegar a producir la movilidad de las piezas dentarias y coexistiendo con un cuadro febril. No nos extendemos en detalles sobre el particular por considerar que es quizás una de las enfermedades mejor conocidas por el odontólogo.

La HEMOFILIA, enfermedad hereditaria que se caracteriza por la aparición de hemorragias y hematomas intrarticulares, no presenta, por regla general, como podría suponerse, síntomas orales, por lo que no corresponde estudiarla



en este lugar y únicamente nos limitaremos a recomendar, con machacona insistencia si es preciso, al odontólogo que apure todos los medios del hábil interrogatorio, que puede llevarle a sospechar la existencia de una hemofilia, en cuyo caso, diferirá toda intervención cruenta hasta que el dictamen del laboratorio, señalando un franco retraso en la coagulación sanguínea, desvanezca el temor o confirme sus sospechas. Sólo así, con esta precaución, se evitará el enorme disgusto que podría proporcionarle una impremeditada intervención quirúrgica en un hemofílico.



*Fig. 7.—Leucemia hemocitoblástica (mieloblástica de Naegeli) aguda. blastos. Promielocitos. Melamielocitos. Mielocitos neutrófilos y copolinuclear neutrófilo.*

Finalmente, existe un grupo de enfermedades hemáticas, la mayor parte de ellas quizás pertenecientes mejor al cuadro de las enfermedades del SISTEMA RETICULO ENDOTELIAL indiferenciado, pero con expresión dermatológica muy manifiesta, en las cuales las lesiones orales llegan a



veces a revestir una tal gravedad que pueden ser calificadas con justicia de NOMA en muchos casos. Tal es, por ejemplo, la llamada LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA (llamada MIELOBLASTICA por NAEGELI y HEMOCITOBLASTICA por FERRATA) en la que la mucosa bucal se halla tumefacta en casi toda su extensión, con presencia de úlceras de aspecto necrótico y membranas espesas blanquecinas, gran fetidez oral, que aboca rápidamente a un cuadro de noma con graves lesiones necrosantes que invaden la faringe y los labios. El cuadro general del enfermo es el de una infección grave, con fiebre elevada, palidez progresiva, hasta llegar a la muerte, término fatal de esta grave hemopatía.

Hematológicamente se halla, al lado de la anemia progresiva rápida, una leucocitosis que puede alcanzar cifras de 40.000 y aun de 80.000 leucocitos por milímetros cúbico, con aparición de formas iniciales inmaduras, como son los llamados por NAEGELI mieloblastos y por FERRATA hemocitoblastos, es decir, "semilla de células sanguíneas", o sea, la forma celular de la que derivan todas las células hemáticas.

La llamada ANGINA de CELULAS PLASMATICAS no presenta un cuadro tan grave como la anterior, pero en ella se presentan también gingivitis y hemorragias, acompañadas de infiltrados en la faringe, con hipertrofia amigdalara, que puede llegar últimamente a integrar un verdadero noma. El cuadro general es el de una infección más o menor grave, con aparición de petequias, adenopatías locales o generalizadas, revelando por lo demás el cuadro hemático leucocitosis, con gran abundancia de células plasmáticas.

Un síndrome oral parecido al anterior aparece en la ANGINA MONOCITICA, aunque en ésta la estomatitis suele ser más grave y el cuadro infectivo general más severo, con angina necrótica en la que se forman pseudomembranas, gran hipertrofia amigdalara e igualmente adenopatías localizadas o generalizadas. El examen de la sangre revela leucocitosis y anemia, con presencia de innumerables monocitos y monoblastos. Este hecho hace que tal afección sea clasificada como una enfermedad del S. D. E. por ser el monocito, según la moder-



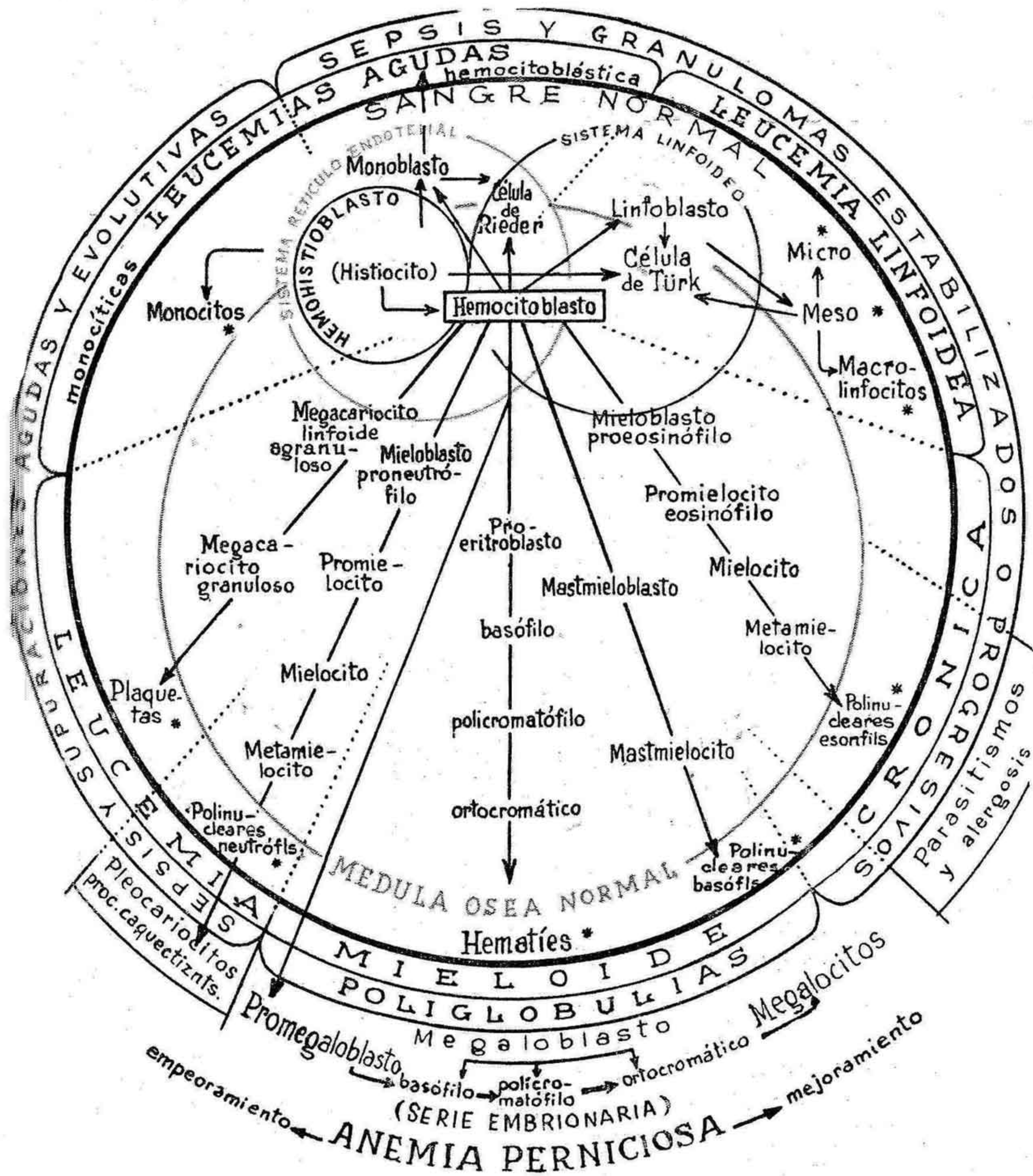
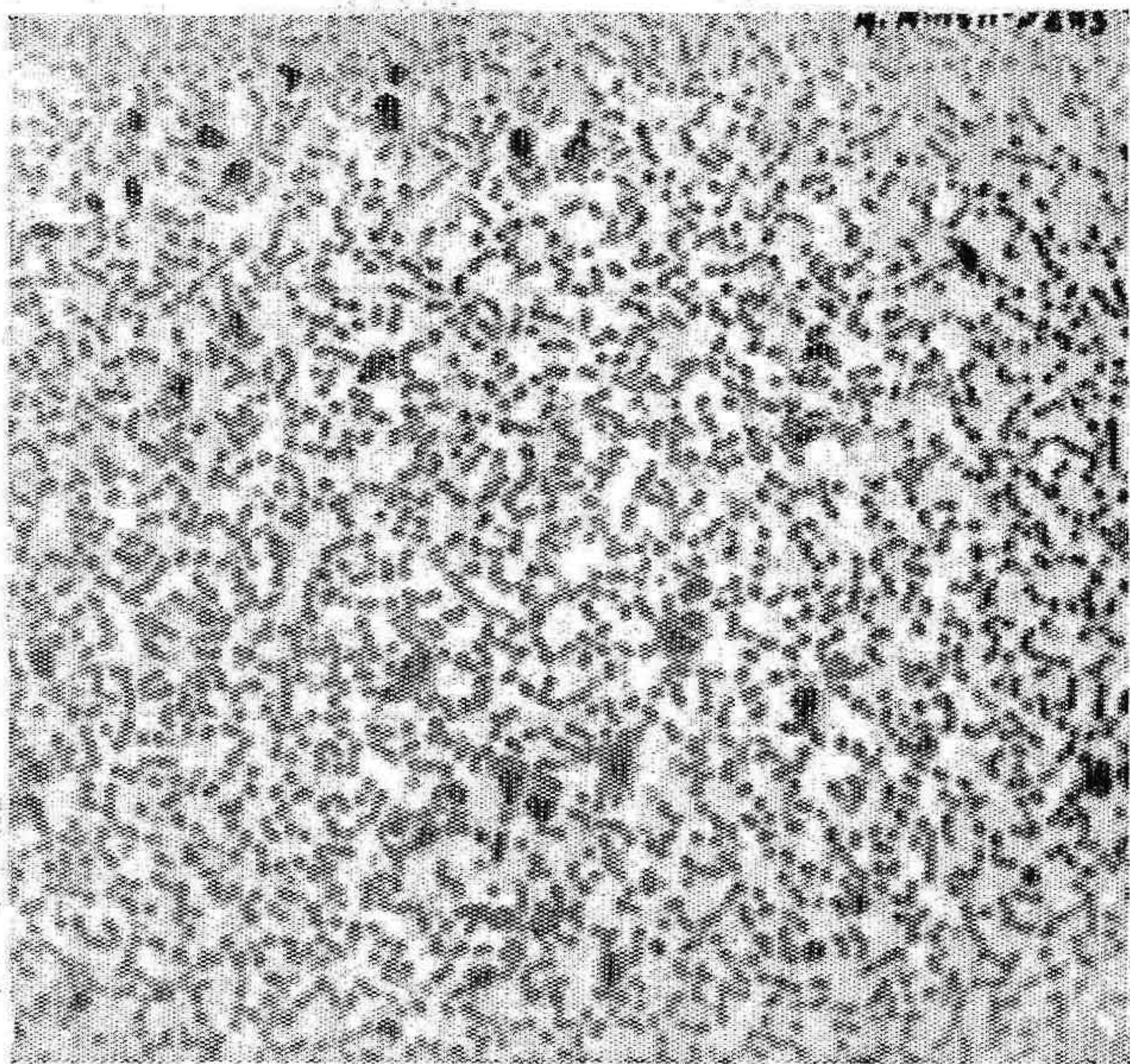


Fig. 9.—Sinopsis del sistema hematopoyético, sangre normal y principales síndromes citohematológicos, según Amell-Sanz. (Nomenclatura según Ferrata.)



na concepción, la célula directamente derivada de dicho sistema. A ello se combina la agranulocitosis (falta de granulocitos o polinucleares) síntoma que agrava considerablemente el pronóstico de la enfermedad por que revela la existencia de una grave lesión de la médula ósea, productora de dichas células.



*Fig. 8.—Angina monocítica (conjunto). Aumento por 100. Presencia de una gran cantidad de nonocitos y monoblastos.*

A continuación resumimos en un cuadro sinóptico los diversos síntomas orales, junto con las principales alteraciones del estado general y cuadro hemático existentes en las hemopatías que han sido objeto de nuestro estudio, muy somero, desde el punto de vista odontológico en el presente trabajo:



ENFERMEDAD

Encias, paladar y mucosa en general

LENQUA

Faringe y amígdalas

Estado general y otras características

Principales hallazgos en la sangre

|                                |                                                                   |                                                                                              |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Clorosis<br>(Sólo en mujer)    | Palidez muy acentuada                                             | Normal.                                                                                      | Sin alteraciones.                                       | Paidez alabastina de la piel. Apatía, astenia. Regla disminuida. Pérdida de peso y apetito. Aquilia, diarreas. Uñas quebradizas. Palidez amarillenta, ligero abotagamiento. Astenia. Inapetencia. Aquilia-Sub-ictérica. La más frecuente tuberculosa; con aumento de caries dentarias-Neglarías | Cifra normal de hematíes Hemoglobina Vglot bajo. Hematíes y Hemoglobina disminuidos V. glob. bajo. Anisopoiquilocitosis. Anemia. V. glob. aumentado. Megalocitos megaloblastos, disminución de leucocitos neutrófilos |
| Cloroanemia aquilica           | Gran palidez                                                      | Sensación de quemadura y vesículas con atrofia, papilas:                                     | Sin alteraciones.                                       | Edema disuelto, palidez en la parte superior de la faringe.                                                                                                                                                                                                                                     | Anemia simple, o n fórmula leucocitaria típica en cada caso.                                                                                                                                                          |
| Anemia perniciosa (BIERMER)    | Palidez intensa. En casos avanzados petequias y hemorragias.      | Glositis precoz (Huntex) bordes y punta rojos, quemazón más adelante lisa pálida y atrófica. | Rojo oscura, tanto la faringe como las amígdalas.       | Generalmente sin alteraciones peculiares.                                                                                                                                                                                                                                                       | Hematíes muy aumentados (7-10 millones) V. glob bajo Leucocitosis.                                                                                                                                                    |
| Anemias secundarias            | Palidez. Si son de causa tóxica (Bi, Hg) ribete característico.   | Palidez. A menudo saburral, principalmente en las infecciosas.                               | Roja, cianótica. Ingurgitación anormal de sus vasos.    | Hemorragias fáciles, difícilmente coercibles.                                                                                                                                                                                                                                                   | Coagulación normal. Hemostasia retrasada. Plaquetas disminuidas.                                                                                                                                                      |
| Policitemia vexa (VAQUEZ)      | Rojo oscuras. En casos graves hemorragias por repleción vascular. | Sin alteraciones.                                                                            | Hemorrhagias fáciles, difícilmente coercibles.          | Petequias y hemorragias, preferentemente en ext. inferiores. Fiebre                                                                                                                                                                                                                             | Anemia. Coagulación, plaquetas y hemostasia normales Avitaminosis C                                                                                                                                                   |
| Púrpura trombopénica (WERHLOF) | Aparición de petequias y hemorragias al más pequeño o trauma.     | Sin alteraciones.                                                                            | Congestión con petequias o hemorragias en faringe.      | Petequias y hemorragias, preferentemente en ext. inferiores. Fiebre                                                                                                                                                                                                                             | Gran leucocitosis a base de células mieloideas inmaduras.                                                                                                                                                             |
| Escorbuto (MOELLER-BARLOW)     | Ribete rojo azulado, inflamatorio. Hemorragias fáciles.           | Sin alteraciones.                                                                            | Sin alteraciones.                                       | Bazo grande. Inapetencia, cansancio, sudores, fiebre o febrícula.                                                                                                                                                                                                                               | Leucocitosis a base de hemocitoblastos (mieloblastos de Naegeli).                                                                                                                                                     |
| Leucemia mieloide crónica      | Palidez. En estados avanzados petequias y hemorragias.            | Sin alteraciones.                                                                            | Sin alteraciones.                                       | Cuadro de noma, tumefacción difusa, ulceraciones, presencia de membranas espesas blanquecinas, grandes necrosis, fetidez oral intensa.                                                                                                                                                          | Leucocitosis intensa a base de linfoblastos y linfocitos. Anemia.                                                                                                                                                     |
| Leucemia mieloide aguda        | Raramente afectados. En algún caso hemorragiero petequias.        | Algunas veces hipertrofia de glándulas salivales.                                            | Gran hipertrofia amigdalay a veces edema epifaringeo.   | Adenopatías generalizadas, bazo grande. Lencénides en piel.                                                                                                                                                                                                                                     | Leucocitosis con presencia de células plasmáticas.                                                                                                                                                                    |
| Angina de células plasmáticas  | Gingivitis y hemorragias, en algún caso noma.                     | Sin alteración, salvo en casos de noma.                                                      | Infiltrados en faringe con hipertrofia amigdalay.       | Adenopatías locales o generalizadas, petequias y hemorragias.                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                       |
| Angina monocítica              | Gingivitis y púrpura que puede dar lugar a noma.                  | Estomatitis grave en algunos casos.                                                          | Angina necrótica con pseudomembrana. Amígdalas grandes. | Hipertrofías ganglionares locales o generalizadas: Cuadro de infección grave.                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                       |



En el cuadro que antecede no se han incluido las alteraciones hematológicas como la hemofilia, p. e., que no presentan alteraciones orales, así como las enfermedades congénitas o de los primeros años de la vida (ANEMIA OVALOCITICA, PSEUDOLEUCEMICA de JAKSCH-HAYEM, etc.) porque este tipo de enfermos no son propios de la consulta odontológica.

\* \* \*

Con el fin de facilitar la comprensión de la procedencia de las células hemáticas normales y patológicas que se pueden hallar en la sangre de los enfermos de síndromes hematológicos insertamos el gráfico cromático de la página 210 bis.

Su explicación es la siguiente: El círculo negro comprende las células habituales de la sangre normal. En el interior del mismo, el círculo rojo engloba las células que se hallan normalmente en la medula ósea o sistema mieloide, así como el círculo azul contiene aquellas que pertenecen al sistema linfóide (ganglios linfáticos, formaciones linfoides del bazo, intestino, círculo faríngeo de WALDEYER, etc.). El círculo violeta señala los elementos pertenecientes al sistema retículo-endotelial indiferenciado, correspondiendo en su interior el círculo que contiene la célula madre del mismo: Hemoistoblasto o Histiocito de ASCHOFF-LANDAU.

Las intersecciones entre los diversos círculos señalan la presencia de células comunes a varios sistemas, dando una idea de la unidad potencial del sistema hematopoyético (doctrina unitarista) dentro de su trialismo fisiológico en la normalidad. El conjunto va centrado por el hemocitoblasto, célula madre de todo el sistema citohematopoyético. Este, que procede como se indica por una flecha, de su antecesor retículo-endotelial, el hemoistoblasto, da lugar, según indican las líneas-flecha, por mutaciones celulares, muy distintas para cada especie hematológica, a las diversas células de la sangre normal, pasando por las fases que son sucesivamente enumeradas en el trayecto de la flecha e inscritas en el círculo co-



respondiente al sistema que contiene los órganos mieloideos o linfoides, según el caso; estas formas intermedias no se hallan nunca en estado normal en la sangre, pasando sólo a la misma en casos de trastorno hematológico.

En la parte exterior del círculo negro de trazo grueso, van enumerados los diversos síndromes hemáticos, señalando las líneas de trazos radiales que parten de los extremos de cada título, las células cuyo número aumenta o que aparecen anormalmente en la sangre periférica en cada uno de dichos síndromes. Estas líneas de trazos penetran tanto más profundamente en los círculos correspondiente a los sistemas mieloideo y linfideo, cuanto más inmaduras son las células que aparecen durante el trastorno hematológico en la sangre circulante.

Siendo los elementos de maduración del megaloblasto inexistentes en la normalidad, aun en los órganos mieloideos, su presencia revela siempre una regresión al tipo de maduración de los hematíes en los primeros meses de la vida embrionaria fetal y por ello han sido situados fuera de dicho círculo y formando parte de las alteraciones correspondientes a la anemia perniciosa en la que señala una mejoría el aumento de los eosinófilos y un empeoramiento la presencia de pleocariocitos o polinucleares excesivamente segmentados y por ende envejecidos.

\* \* \*

Si con este breve y modesto trabajo he conseguido llamar la atención de mis colegas odontólogos acerca de la conveniencia de no desdeñar, en el curso de su actuación profesional, la práctica de una exploración sistemática de la cavidad oral, teniendo presente la posibilidad de que los síntomas locales que ésta nos puede ofrecer permiten en muchos casos orientar precozmente el establecimiento del diagnóstico de una enfermedad general, me consideraré altamente satisfecho del resultado de esta sucinta, pero deliberadamente práctica exposición.