ULCERA TUBERCULOSA DE LENGUA, TRATADA Y CURADA CON TEBENNO

por el

Dr. FERNANDO MARTINEZ TORRES

Médico interno del Servicio

La úlcera tuberculosa de lengua es una afección extraordinariamente rara, presentándose en un tanto por ciento muy pequeño, dentro de las tuberculosis cutáneas. Así vemos en la estadística efectuada por el doctor Navarro Martín en 1940, con enfermos de esta región vistos en diez años, que es del 2,1 por 100 de todas las formas de tuberculosis ulceradas a la que corresponde la tuberculosis de lengua, juntamente con las de la mucosa bucal, faringe, laringe, ano y genitales.

Esta afección, generalmente, es producida de una manera secundaria a una tuberculosis pulmonar abierta, por la infección masiva de bacilos de Koch al encontrar los esputos de estos enfermos una solución de continuidad, fácilmente producida por el roce de los dientes o muelas cariadas y por los alimentos. También se han descrito algunos casos de tuberculosis primaria asentados en dicho órgano, y así parece ser uno de los casos que presenta el doctor Ruiz de Temiño en su tesis doctoral. También se han invocado como origen de esta infección las vías linfógena y hemática, teniendo, desde el punto de vista etiológico, muchísima menor importancia.

Estas lesiones son ricas en bacilos, lo que es posible observar en los frotis realizados previo raspado de la lesión.

La estructura histológica que nos muestran estas lesiones no nos facilita una imagen típicamente tuberculosa, encontrándose un infiltrado inflamatorio de tipo agudo, con abundantes leucocitos polinucleares, zonas necróticas y células gigantes aisladas, pudiéndose observar también algún tubérculo formado por linfocitos y células epitelioides.

En su comienzo aparece una pápula dura, de color rojizo, que más tarde se ulcera, desprendiéndose una sustancia caseosa y extendiéndose en superficie con bordes irregulares. En el fondo de esta ulceración no tardan en aparecer unas elevaciones miliares de color amari-

llento, llamados "gránulos de Trélat", con tendencia a reblandecerse y formar úlceras consecutivas.

El pronóstico de estos enfermos es más favorable cuando se trata de una lesión primaria, dependiendo, en el caso de que sea secundaria, del estado pulmonar que ha dado origen.

El tratamiento que hasta hace unos años se venía haciendo en estos enfermos era de dos tipos: local y general. El local consistía, en primer lugar, en la aplicación de cáusticos químicos en forma de toques o pincelaciones con ácido acético, crómico, cloruro de cinc y otros, previa anestesia local con cocaína o novocaína, con lo que se conseguía en la mayor parte de los casos aliviar los dolores que perturban de una manera angustiosa las funciones naturales de estos enfermos, sobre todo la fonación y la masticación. La escisión quirúrgica de la lesión no siempre es aconsejable, ya que, según Antonini, cabe la posibilidad de abrir nuevas vías a la infección, con la consecuente generalización de la enfermedad. La röentgenterapia y la radiumterapia también son dos medios de elección cuando el pronóstico es favorable y el estado general bueno.

Como tratamiento general citaremos como más importante la cura de Charphy (vitamina D_2 mavisa a dosis repetidas), estreptomicina y P. A. S., con resultados verdaderamente favorables, habiendo sido objeto todos estos tratamientos de numerosas publicaciones.

El tratamiento de las tuberculosis cutáneas en general por medio de tebeuno, ha entrado en la práctica corriente y son ya varios los trabajos publicados en este sentido, pero en lo que se refiere concretamente a la tuberculosis de mucosas son escasos, por lo que consideramos nuestro caso como de especial interés, ya que fué seguido de un éxito espectacular.

Enfermo L. L. S., de cincuenta años de edad, que acude a la consulta el 4 de junio de 1951. Antecedentes familiares y personales sin interés.

Hace dos meses apareció en punta de lengua una pápula dura, de color rojo, que en fechas posteriores fué aumentando de tamaño, ulcerándose por último, siendo en la fecha de unos dos centímetros de diámetro, aproximadamente, de base ligeramente infiltrada, dolorosa, dolor que se acentúa por los movimientos y contacto con los alimentos. El fondo es sanioso, irregular, con una secreción grisáceo necrótica, que al desprenderse deja una superficie con puntos hemorrágicos y pequeñas granulaciones amarillentas. Los bordes son irregulares,

cortados a pico y despegados. No se palpan adenopatías en la región correspondiente.

Se inicia el tratamiento con mercurocromo al agua tópicamente y se efectúa suerología de lúes, que es negativa.

Es enviado al Servicio de Aparato Respiratorio para su exploración pulmonar, siendo diagnosticado de tuberculosis productiva ulcerada con baciloscopia positiva.

Por tratarse de un enfermo especial, no se practica biopsia, ni frotis de la lesión, pero dados los síntomas clínicos, la lesión pulmonar y la baciloscopia positiva, no dudamos se trataba de una úlcera tuberculosa secundaria y se le prescribe tebeuno, a la dosis de 150 miligramos diarios, repartidos en diferentes tomas. Vuelve nuevamente a la consulta un mes más tarde, después de haber tomado 3,25 gramos de este medicamento, encontrándose muy mejorado, habiendo desaparecido el intenso dolor que aquejaba, así como la infiltración de la base, restando solamente una pequeña zona sin cicatrizar, de fondo limpio. Se continúa el tratamiento con la misma dosis que anteriormente, con lo que cicatriza por completo la ulceración en el término de dos meses, habiendo tomado un total de 4,75 gramos. El enfermo no ha vuelto por la consulta, por lo que suponemos que continúe curado.

Al descubrir Domagk, en 1946, la acción inhibidora que poseía la thiosemicarbazona del p-acetilamino-benzaldehido (Tb- 1 698), sobre los cultivos del bacilo tuberculoso, fué dado un gran paso en el tratamiento de todas las formas de tuberculosis, actuando muy favorablemente en alguna de las manifestaciones cutáneas de esta enfermedad. Moncorps y Kalkoff tratan en 1947 a 26 enfermos de lupus vulgar, obteniendo considerables mejorías en unos y curaciones totales en otros. Grutz, en 1949, obtiene la curación de 19 entre 23 enfermos de lupus vulgar, tres de tuberculosis indurativas, tres tubercúlides pápulo-necróticas y dos úlceras tuberculosas secundarias de las mucosas. En España aparecen los primeros resultados (en 16 enfermos tratados con tebeuno de diversas formas de tuberculosis cutáneas, seguidos de éxito), en "Actas Dermo-sifiliográficas" (mayo de 1950), por Gómez Orbaneja, Martínez Torres (Francisco) y Parrondo, incluso en algunos casos en que habían fracasado otras medicaciones, como la cura de Crarpy.

En mayo de este año, Alvarado Moncayo publica un trabajo dando a conocer los resultados obtenidos en 18 casos, consiguiendo cu-

raciones completas en tres enfermos de lupus vulgar, una de complejo primario, cinco de eritema indurado de Bazin, una de tubercúlides pápulo-necrótica y otros resultados menos brillantes en escrofulodermas y gomas múltiples diseminados, teniendo que suspender la medicación en algunos de ellos por intolerancia para la droga (un caso de esta intolerancia se dió precisamente en una úlcera tuberculosa de lengua) y un fracaso en una tuberculosis verrucosa. También obtiene buenos resultados en dos enfermos de lepra, una tuberculoide y otra lepromatosa.

En un principio se asoció al tebeuno el sufatiazol, creyéndose así obtener mejores resultados sobre las infecciones secundarias, pero pronto se vió que con la thiosemicarbazona sola la acción era idéntica, al mismo tiempo que disminuían las reacciones de intolerancia, por lo que hoy día se utiliza en estado de pureza, adoptándose desde entonces para las tuberculosis cutáneas en general las dosis que Kuhlman y Knorr preconizaron, que son: 50 mgrs. diarios en la primera y segunda semana; 100 mgrs., la tercera; 150, la cuarta, y 200, la quinta, sexta, séptima, octava y novena semanas, manteniéndose durante un tiempo mínimo de cinco meses una dosis diaria de 100 mgrs.

En algunos casos se ha visto que esta dosis resultó insuficiente, pudiéndosela aumentar desde su comienzo, siempre que no haya reacciones de intolerancia, y prolongándola después para seguridad de la curación.

SHOLOM PEARLMAN: *Influencia de la amonia y de la urea sobre el "lactobacilus acidofilus* 4.646". *Estudios sobre glicólisis anaeróbica.* "Journal of Dental Research", 30, n.° 5, p. 656 (1951).

Las glicólisis de suspensiones de células lavadas de "lactobacilus acidofilus" (recientemente reclasificados como "lactobacilus casei") fué estudiada de acuerdo con la técnica Warburg, pH 7,4 y 38° C. de temperatura. Amortiguadores de fosfato deprimieron la actividad glicolítica en proporción logarítmica a su concentración. El NH_4 no fué más efectivo que el fosfato de K. La urea 4 M inhibió la acción por completo, aunque concentraciones menores de urea fueron menos efectivas. La preincubación de células lavadas con urea 4 M durante treinta minutos redujo la proporción glicolítica subsecuente. Ninguna actividad de useasa pudo demostrarse en esas células mediante una modificación a la técnica de Conway, en la que se emplearon frascos de Warbur como vasijas de difusión, añadiendo álcali por el brazo lateral, así como NH_3 difundido a 38° C. durante dieciséis horas.