

NUEVAS INVESTIGACIONES HEMATOLÓGICAS EN LA ESTOMATITIS FUSOESPIROQUETÓSICA

por el

Dr. Lester Wurket

EXISTEN pocos datos sobre investigaciones hematológicas en enfermos con estomatitis fusoespiroquetósica. Dada la similitud entre las lesiones orales de esta enfermedad y aquellas otras asociadas con discrasias sanguíneas, el recuento globular es frecuentemente esencial para el establecimiento de un diagnóstico diferencial. Es importante conocer las variedades de estas posibilidades o estado hematológicos, de existir, en las estomatitis fusoespiroquetósicas.

BRYANT, en 1929, publicó sus estudios de la sangre en veintidós casos de estomatitis de Vincent. El total de leucocitos estaba dentro de los límites normales. El número de neutrófilos y linfocitos pudo comprobarse con los normales. Los neutrófilos, en tres casos, fueron en número inferior; los linfocitos, en seis de los veintidós casos estaban en número superior, mientras sólo en un caso era inferior al normal. Estos resultados sugieren la idea de que una relativa linfocitosis puede presentarse en esta afección.

Más recientemente STINE informaba sobre el cuadro sanguíneo en 128 casos de la infección de Vincent (sin especificar si se trataba en alguno de ellos de angina de Vincent), en los que no había uniformidad en el recuento total o diferencial de leucocitos. Este variaba de 40.000 a 3.450 por milímetro cúbico, con un porcentaje de neutrófilos variando de 93 a 12. STINE creía que el recuento globular no representaba ayuda alguna para el diagnóstico, y además podía lle-

varnos a confusión al sugerirnos la posibilidad de otras enfermedades.

TARNOW aportó sus estudios hematológicos en la angina de Vincent, por un total ligeramente superior que el normal, incluyendo un caso de 14.000 leucocitos por milímetro cúbico. Una ligera leucocitosis podía esperarse en la angina de Vincent, en la que los tejidos más profundos de la garganta están interesados.

Los recuentos globulares analizados en este informe procedían de enfermos que recibían tratamiento periodontal. La mayoría de estos pacientes eran estudiantes de nuestra especialidad, pertenecientes al género masculino. Sus edades oscilaban de doce a treinta y siete años, perteneciendo la mayoría de dichos casos a menores de veinticinco años.

Todos los enfermos recibieron tratamiento adecuado a su infección fusoespiroquetósica. El diagnóstico de esta enfermedad estuvo basado en la sintomatología clínica y corroborado por el laboratorio con el resultado positivo. Los casos variaban también, desde los más incipientes hasta los más agudos y generalizados en la cavidad oral. Dos enfermos que sufrían de ulceraciones fusoespiroquetósicas en el paladar blando y carrillo, pero no una verdadera angina de Vincent, fueron incluidos en este grupo de enfermos estudiados.

El recuento globular fué hecho en la primera visita a la clínica, y en lo que concierne a la duración de la enfermedad, recuento que no fué comparable en los enfermos. En muchos casos el cuadro de la infección aguda fusoespiroquetósica fué precedida por una infección aguda de las vías altas respiratorias, y en otros casos coexistiendo ambas y estando sometidos a su tratamiento correspondiente. Casos en los que se incluía ambas infecciones fusoespiroquetósica, aguda y crónica.

En adición a la diferencia de los recuentos globulares hechos por punción de la yema del dedo, la diferencia leucocitaria fué establecida también por recuento por sangre obtenida de la encía próxima a las ulceraciones. La sangre del dedo se obtuvo como es habitual. La de la encía después de haberse enjuagado el enfermo con atomizadores y haber removido los

debris y sarro mecánicamente. Durante esta intervención sangró suficientemente para, en los casos agudos, establecer el recuento leucocitario. En los casos crónicos fué producida una ligera hemorragia de la encía por medio de escaladores periodónticos.

Los métodos usuales fueron los empleados para el recuento de eritrocitos y leucocitos. Todas las determinaciones de el recuento leucocitario diferencial fueron contados hasta 200 células. En algunos casos la enfermedad fué seguida en hemoglobina fueron hechas en un calorímetro eléctrico. En su curso por estos recuentos. Los resultados diferenciales obtenidos de los dos distintos análisis (dedo y encía) serán estudiados en un próximo trabajo.

Antecedentes

Los recuentos leucocitarios en los 110 casos de estomatitis fusoespiroquetósica se muestran en la figura 1 y varían de 2.900 (un caso) a 16.000 por milímetro cúbico. Si aceptamos la cifra 5-10.000 como normal (WINTROBE) para los adultos de ambos sexos, el 78 por 100 de los recuentos hechos caen dentro de aquellos valores. Un estudio de las edades de 30 enfermos, cuyo recuento leucocitario pasaba de la cifra

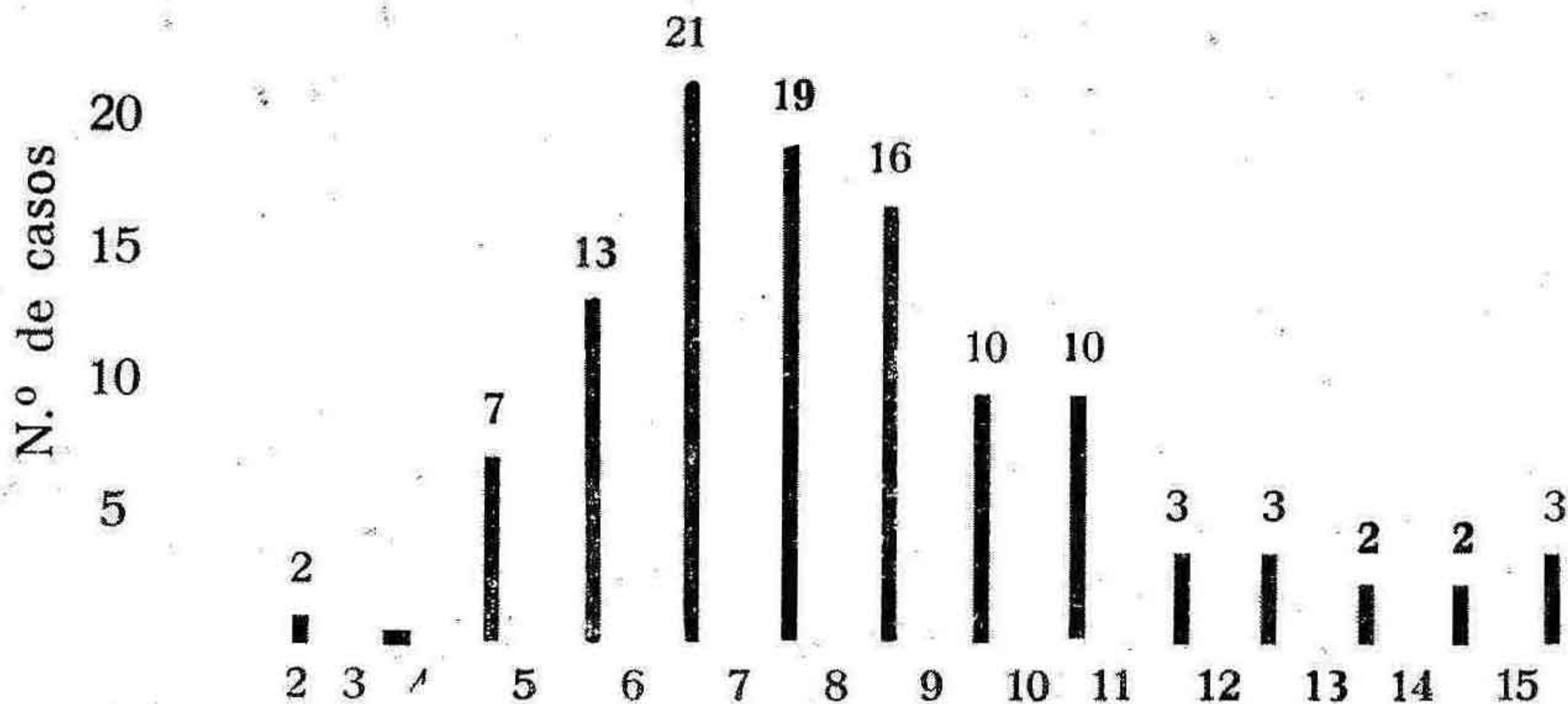


Fig. 1. — Distribución de los totales recuentos leucocitarios en 110 enfermos con estomatitis fusoespiroquetósica

dada por WINTROBEN, demuestra que, con cuatro excepciones, estaban por debajo de los veinte años de edad.

KOLMER considera estas cifras como normales en el grupo de edad de ocho a diez y ocho años, de 4.500 a 13.500 milímetros cúbicos. Si estas cifras se aceptan como normales, todavía una proporción mayor de enfermos con infección de Vincent tendrían sus recuentos leucocitarios dentro del límite normal.

El recuento total de los 110 enfermos, con distintos tipos de enfermedad periodontal, fué comparado con recuentos de pacientes afectados de estomatitis fusoespiroquetósica, cuyo resumen se aprecia en la figura 2.

El recuento en ambos grupos fué similar, siendo la mayor parte de los recuentos leucocitarios en pacientes con enfermedades periodontales de 5.000 a 8.000 por milímetro cúbico.

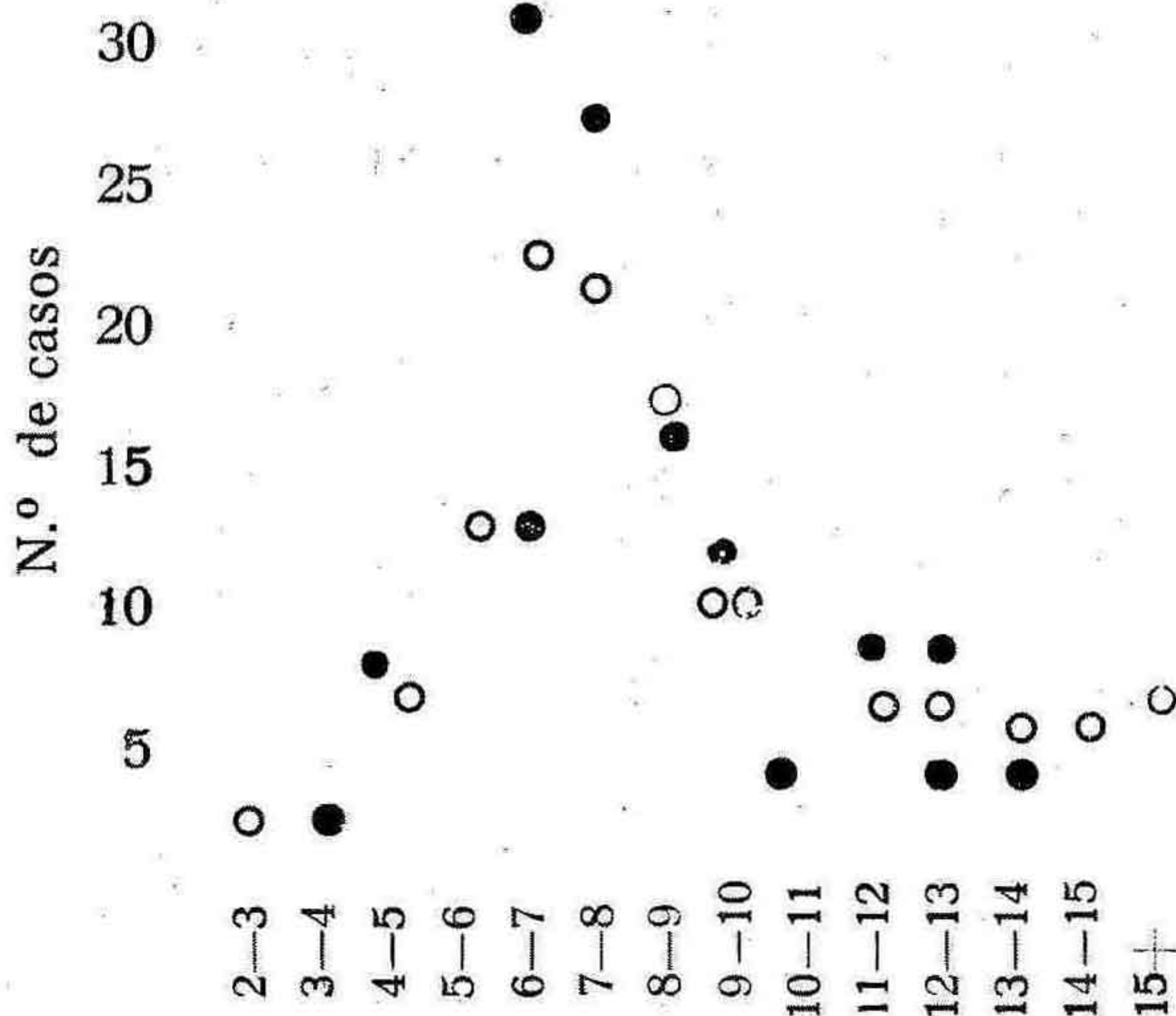


Fig. 2.—Comparación del recuento total leucocitario en 110 casos de estomatitis fusoespiroquetósica (o) con otros 110 casos de enfermedades periodontales (•).

El tanto por ciento de linfocitos y de neutrófilos se muestra en la figura 3. Excepción hecha de un recuento ocasional, el tanto por ciento de linfocitos y de neutrófilos caen también

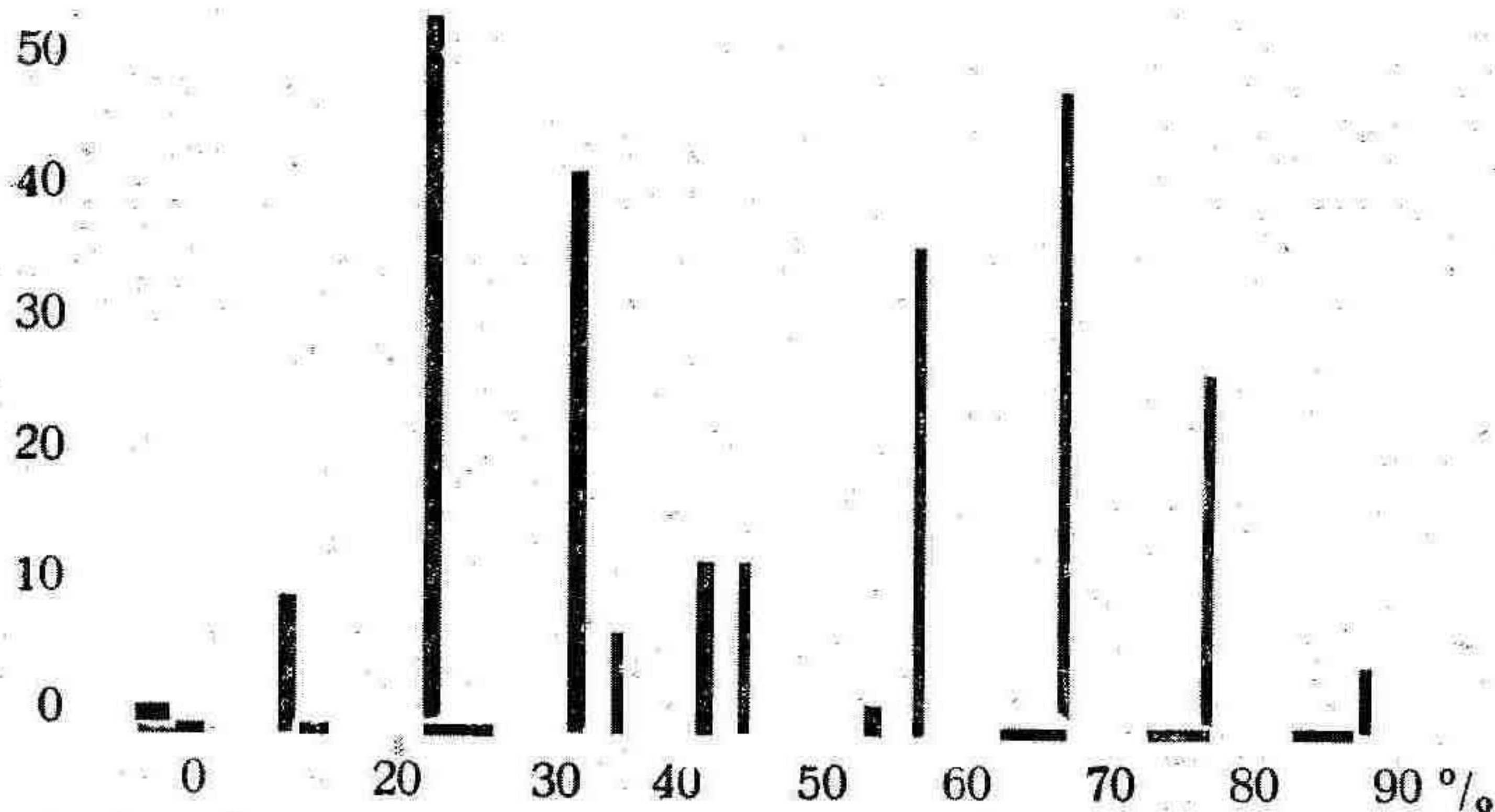


Fig. 3.—Tanto por ciento de la distribución de neutrófilos (línea fina) y linfocitos (línea gruesa) en los recuentos diferenciales en 110 casos de estomatitis fusospiroquetósica

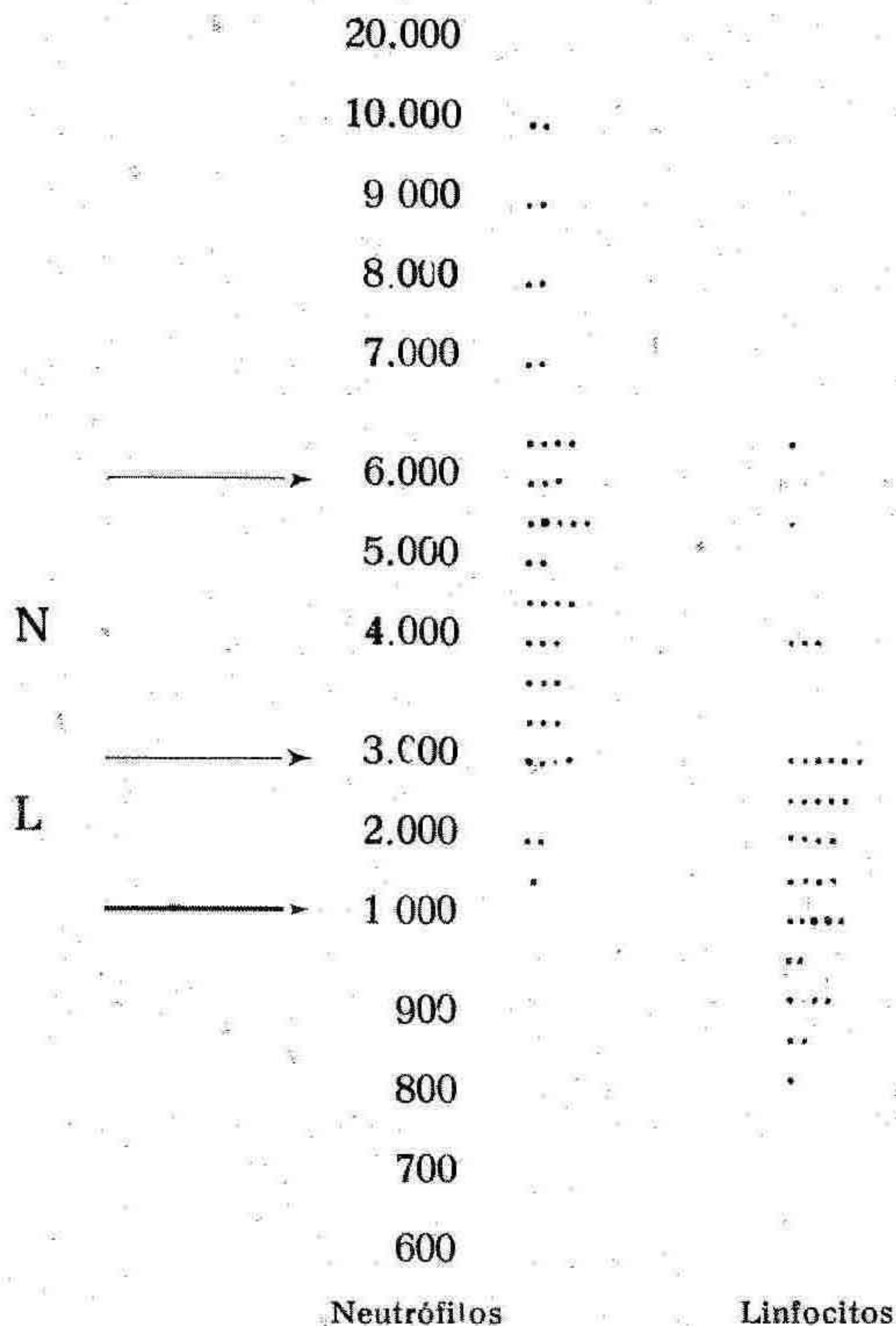


Fig. 4.—Distribución de los recuentos de neutrófilos y linfocitos en 110 casos de estomatitis fusospiroquetósica. Las flechas indican los límites normales de ambos

dentro de los límites normales aceptados por la generalidad. Una comparación de esta proporción de aquella otra de enfermedades periodontales no sugirió que una relativa linfocitosis fuera un carácter predominante en la estomatitis fusoespiroquetósica.

Desde que el recuento absoluto muestra un ligero cambio que no se aprecia rápidamente en los valores en general, los recuentos de neutrófilos y linfocitos, en 110 casos de enfermedad fusoespiroquetósica, pudo determinarse. Estos datos se muestran en la figura 4.

Los recuentos neutrófilos variaron de 13.345 a 1.885 y los linfocitos de 5.871 a 1.040 por milímetro cúbico. Según KOLMER, el valor medio para los neutrófilos es de 6.500 a 3.150, y para los linfocitos, de 3.000 a 1.500 por milímetro cúbico. Los recuentos que corresponden fuera de las flechas representan fuera de la normalidad.

Los recuentos de neutrófilos y linfocitos en los 110 casos de periodoncia analizados se expresan en forma comparativa con los de estomatitis en la siguiente tabla:

FRECUENCIA DE LOS RECuentOS ANORMALES DE NEUTROFILOS Y LINFOCITOS EN LA ESTOMATITIS FUSOESPIROQUETOSICA Y EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Casos	Neutrófilos		Linfocitos	
	+ 6.500 mm ³	— 3.150 mm ³	+ 3.000 mm ³	— 1.500 mm ³
Estomatitis Ensoespiroquetósica (210)	19	23	22	8
Enfermedad periodontal (110)	9	17	21	4

Cuarenta y dos de los recuentos neutrófilos de enfermos con infección fusoespiroquetósica estaban fuera de los límites aceptados como normales, comparados con veintiséis del grupo de enfermedades periodontales. Los recuentos más altos o más bajos de lo normal estaban repartidos igualmente entre enfermos con enfermedades fusoespiroquetósicas, mientras era la

relación 2: 1 la proporción entre recuentos bajos y altos en el grupo de enfermedades periodontales. No hubo cambio de significación en los recuentos neutrófilos.

Treinta de los recuentos de linfocitos en pacientes con estomatitis fusoespiroquetósicas en comparación con veinticinco del grupo de enfermedades periodontales no fueron aceptados como normales, en la generalidad. Veintidós de los treinta recuentos de linfocitos en la enfermedad fusoespiroquetósica y veinticinco de los linfocitos en el grupo periodontal estaban por encima de la generalidad aceptada como normal. Estos estudios no indican que una ligera linfocitosis sea un carácter común a las estomatitis espiroquetósicas; sin embargo cuando se obtienen recuentos anormales de linfocitos, son estos superiores en número a los valores normales aceptados.

Resumen

No se han apreciado alteraciones características en los 110 hemogramas de enfermos con estomatitis fusoespiroquetósica, los cuales ayudarían en el diagnóstico de esta enfermedad. El hemograma puede ser muy útil con excepción de ciertas discrasias sanguíneas en las que puede producir confusión con lesiones orales debidas a organismos fusoespiroquetósicos.

Los recuentos totales de leucocitos se valoran de 2.900 a 16.000 por mm^3 con el 78 por ciento correspondiendo dentro de los límites de 5.000 a 10.000, que son los aceptados por Wintrobe. El tanto por ciento de neutrófilos y linfocitos se mostró normal. Cuando los recuentos de neutrófilos y linfocitos fué comparada con los valores normales, no se pudo indicar una ligera linfocitosis en esta enfermedad.

Las investigaciones hematológicas en los 110 casos de enfermedad periodontal se compararon con los 110 casos de estomatitis fusoespiroquetósica. Los valores del recuento leucocitario en ambos grupos y su relativa distribución fué similar.

La comparación de los recuentos obtenidos en encía y dedos en los dos grupos de enfermos será objeto de otro estudio.

REFERENCIAS

- BRYANT, C. K.: *Blood Findings in 22 Cases of Vincent Stomatitis* J. Dent. Research 9 : 284, 1929.
- KOLMER, JOHN: *Clinical Diagnosis by Laboratory Examinations* New York, 1943, D. Appleton-Century Co., Inc.
- STINE, D. G.: *Blood Pictury in Vincent's Infection*, J. Missouri M. A. 37; 277, 1940.
- TARNOW, O. J.: *Blood in Vincent's Angina*, Med. Klinik 17 : 1024, 1921.
- WINTROBE, M. M.: *Clinical Hematology*, Philadelphia, 1942, Lea Febeger
- (per Th. Orth. and Oral Surg.;: pág. 682-1945.)
-

INMOVILIZACIÓN DE LOS PULMONES, The Journal of the American Medical Association, vol. CXXX, núm. 5, página 281. 2 de febrero de 1946.

En la "American Review of Tuberculosis" (52.122, agosto de 1945) informa Barach sobre los resultados obtenidos en diez pacientes de tuberculosis pulmonar avanzada que fueron tratados mediante la inmovilización de ambos pulmones en la cámara de este autor para la igualación de las presiones. La cesación de la respiración voluntaria se produce en el sujeto vivo cuando se le proporciona un adecuado aflujo de oxígeno a los pulmones y eliminación de anhídrido carbónico. En estas condiciones, en los reflejos propioceptivos de los pulmones no se estimula el movimiento pulmonar. El individuo permanece sin molestias con un tórax inmóvil. La cámara de Barach fué ideada para aplicar una presión igual sobre las superficies internas y externas de la pared torácica del mismo tiempo. La capacidad para prescindir del impulso a respirar requirió entrenamiento que se logró en un paciente de un período de cuarenta y cinco minutos no creó ninguna alteración perceptible en la circulación. El reposo pulmonar local favorece el proceso de curación reduciendo los cambios en el estado físico del proceso tuberculoso. Los pacientes eran tratados en esta cámara desde las ocho y media de la mañana hasta las nueve y media de la noche, saliendo de las mismas para las comidas. Se observó mejoría importante en el estado de seis de los diez pacientes. R. M. B., per Rev. Esp. Tuber., may 946.