

• SIFILIS BUCAL

por el

Dr. Luis Meré y Meré

Dermatólogo

AUNQUE parezca mentira, si revisamos la mayor parte de los libros dedicados a la especialidad de Sifiliografía, pocos son los que tocan tal tema, y eso que podemos decir que la afección sífilis, considerada como se debiera, como una más entre las enfermedades infecto-contagiosas, opinión por nosotros sustentada en un artículo publicado bajo tal epígrafe en el "Noticiero" (número 47, 16 de septiembre de 1943), tiene en múltiples casos su puerta de entrada en tal cavidad, y eso sin tener en cuenta la gran abundancia que hoy existe de coito intra-bucal...

Por ello nos animamos a refundir nuestro artículo también publicado en la revista de referencia número 70, 1 de septiembre de 1944. Como allí decíamos, consideraremos, siguiendo en tal división la propuesta por Sáinz de Aja: como *primario*, todo síntoma que aparezca antes de la positividad de la reacción de Wassermann; como *secundario*, todo síntoma que aparezca después de tal positividad (con la salvedad de no considerar como *secundarismos* aquellas reacciones que surjan en pleno tratamiento, pues tal cosa la debemos considerar y la aceptamos como un gancho de TzANC o gancho de insuficiencia terapéutica de QUEYRAT, en una palabra, como reactivación de una sífilis sin síntomas serológicos) hasta la aparición de focos gomosos; desde este momento hasta los síntomas nerviosos, *terciarismo*, y *cuaternario* o simplemente *postsifilítico* o *parasifilítico* las parálisis y la tabes, que en este tema no tendrán cabida alguna.

Estudiaremos por separado cada uno de los síndromes que se presentan en cada una de las épocas reseñadas en la cavidad bucal, considerada como tal cavidad desde los labios al istmo de las fauces.

Además del coito intra-bucal, se encuentra el efecto primario en los labios, porque, considerada como afección lúes

como entidad infecto-contagiosa, habrá infinidad de motivos para tal infección, como sucede con los besos, y particularmente cuando una de las personas que intervienen en tal manera de demostración cariñosa tiene alguna placa en su boca, y no digamos si presenta el característico chancro en sus mismos labios.

Otro tanto cabe decir con el uso indebido de cepillos de dientes entre personas que viven reunidas (cuarteles, colegios, etcétera), las cuales, haciendo caso omiso de la higiene, utilizan esos útiles de limpieza, que deben ser siempre *unipersonales*, y, sin embargo, en algunos sitios se los prestan unos a otros; igualmente sucede al utilizar las toallas, boquillas para cigarrillos, etc., sin tener en cuenta los mordiscos en los labios (en este caso será transmitida la enfermedad aunque el mordisco caiga en cualquier otro sitio de la persona mordida).

Por esos conceptos y otros muchos que sería prolijo enumerar, encontraremos muchos chancros duros característicos en los labios, en la cavidad bucal, sobre todo en las paredes internas de la misma, istmo de las fauces y en los pilares de las amígdalas.

El chancro en tales sitios no difiere del vulgarmente descrito en todos los tratados de la especialidad; tal vez presente más caracteres de parecido al que se presenta en la vagina, dado que en la boca, como en aquélla, existe humedad. Cuando podamos efectuar el tacto encontraremos la clásica sensación de dureza característica del chancro luético, y de la que toma su nombre de *chancro duro*.

En los labios aparece muy a menudo en la parte sonrosada de los mismos, particularmente en la parte media del labio inferior, en alguna grieta que puede existir en ellos, pues siempre, para la anidación del *Spirochoete*, es necesaria una excoiación, aunque ésta sea mínima e invisible directamente. Aunque más raramente, también se pueden observar en la lengua y en la parte interior de las mejillas. Los autores rusos dicen que los encuentran muy a menudo en las amígdalas, aunque tal localización es de difícilísima observación y pasan muchas veces desapercibidos o no son reconocidos como tales chancros.

Generalmente, como los afectos primarios de los órganos

sexuales, el chancro es único, aunque existe una minoría, no muy escasa por cierto, en que en tales sitios se presentan varios.

Las manifestaciones subjetivas (desgraciadamente) son mínimas en muchísimos casos; en otros faltan por completo. Únicamente cuando se ulceran o su localización es en la lengua o amígdalas especialmente producen dolores vivísimos.

También aquí encontraremos el infarto ganglional satélite, y en los casos intrabucales aparecerán infartados los ganglios submaxilares y los sumentonianos, presentando la característica indolencia, pues cuando duelen es por la asociación con otros gérmenes infectivos procedentes de la cavidad bucal.

En el período *secundario* tendremos como síntomas locales, particularmente en *amígdalas*, las placas o pápulas, aunque ya en tal estadio la positividad de la R. W. francamente positiva nos da mayor seguridad de diagnóstico correcto.

Su aspecto es de una elevación circunscrita, con pequeñas infiltraciones. El color de tales pápulas es, al principio, rojo intenso, pero con rapidez, por pérdida de la transparencia de su epitelio, adquieren un tono que puede ser gris, blanco-grisáceo o azul grisáceo (por ello los franceses las llaman *plaques opalines*). En las eflorescencias circinadas se puede seguir, en algunos casos, todo el proceso, y yendo de dentro afuera encontraremos: un centro curado, seguido por una coloración opaca, y más hacia afuera, hinchazón, y en lo más exterior, enrojecimiento.

En la *faringe* y *bordes de la lengua* se presentan algunas placas de aspecto de tocino, coloración amarillenta o más obscura, como sucia. Si tratamos de limpiarlas, lo que se consigue muy difícilmente, sangran, y la superficie queda irregular y con granulaciones finas y gruesas.

El enrojecimiento que las rodea se prolonga a bastante distancia de la pápula. Si se ulceran, al fisurarse, son siempre enormemente dolorosas.

Estas pápulas tienen predilección, cuando existen en la boca, por los labios, siendo de tipo ulceroso cuando se localizan en las comisuras, en donde, a cada movimiento para comer o para hablar, producen fuertes dolores, porque presentan casi siempre una fisura que separa entre sí los labios y que se prolonga, más o menos, por la mucosa de las mejillas. Por fuera está

rodeada, casi siempre, por una orla proliferante papulosa, pudiendo llegar a presentar un aspecto frambuesiforme por la parte externa y una elevación blanco-turbia por la parte interna. Otro sitio predilecto para estas sífilides secundarias es la mucosa lingual, especialmente en la punta y superficie de la misma en su parte central, en la que se forman muchas veces fisuras. Cuando se localizan las eflorescencias erosivas o pápulas en el dorso de la lengua hacen desaparecer los relieves de las pápulas filiformes, que aparecen como si hubiesen sido afeitadas (*plaques lises* de los franceses). En otras ocasiones las pápulas pueden producir gran infiltración de las papilas filiformes, y entonces éstas aparecen tomando un aspecto como de globulillos de azúcar, sobresaliendo de la superficie de la placa. Estas son muy rebeldes al tratamiento.

Con mucha frecuencia se presentan placas en los bordes de la lengua, debido al roce de la misma con los arcos dentarios, y particularmente cuando las piezas dentarias están atacadas de caries y, por lo tanto, existen asperezas que erosionan los indicados bordes linguales. También se encuentran pápulas secundarias en las mejillas, las encías, el suelo de la boca y en el paladar duro.

En las amígdalas aparece una gran tumefacción, y estos órganos adquieren un volumen considerable, cuya superficie se hiperemia o puede aparecer cubierta de una capa grisácea, pero a veces se presentan ulceraciones que pueden llegar a la destrucción total de la glándula. Estas anginas sífilíticas son generalmente muy dolorosas al contacto con alimentos secos, pan, con bebidas calientes, pero también lo pueden ser espontáneamente, y al hablar, irradiarse hasta el oído. Hay, sin embargo, casos excepcionales, en los que llama la atención su indolencia casi absoluta.

Para el diagnóstico de tales anginas lo interesante es pensar en la sífilis, pues muchos casos no diagnosticados se debe a que al examinar unas anginas se piensa en todo... menos en la lúes, y debiéramos tener presente que las dos etiologías que conviene de antemano descartar son la *tuberculosis* y la *sífilis*, pues con relación a esta última dice Sáinz de Aja que “estando en el quinto siglo de sífilis..., pocas familias se pueden consi-

derar libres de ella", y descartadas ambas causas, es cuando podemos buscar otra cualquiera.

En período *terciario* asistiremos a la aparición de los *gomas*. Estos son idénticos a los que se presentan en cualquier otra parte de la piel, siendo la forma fundamental la llamada *sifíli-des tuberosa*, que consiste en una infiltración circunscrita, alojada, superficial o profundamente en la piel, y que presenta una acentuada tendencia a la curación espontánea, que se extiende por la piel de una manera discontinua (en ejemplares aislados) o continua (serpiginosa), que puede ulcerarse, sin que haya reblandecimiento; y la otra forma, la *gomosa*, que son nódulos de degeneración central, generalmente colicuativa (gomosa), otras veces con necrosis de coagulación, perforándose y dando lugar a úlceras relativamente profundas, con bordes cortados a pico. La relación que existe entre ambas formas es la misma que existe entre el *lupus vulgar*, extendiéndose superficialmente, y el *escrofuloderma*, que se reblandece en masa en la tuberculosis colicuativa.

Cuando uno de estos afectos terciarios recaen los labios, la consecuencia puede ser una gran reducción de la abertura bucal (*microtomía*), complicación que sólo se presenta en los casos mal tratados o en enfermos que abandonan sus tratamientos. En las mejillas y en las encías son raros. Siendo más corrientes en el paladar duro y blando y en los repliegues que forman los pilares del velo del paladar.

Al comienzo se produce una infiltración de la mucosa; ésta aparece rubicunda y rígida, lo cual se traduce en el velo del paladar, en una falta de movilidad durante la emisión de la voz y en la deglución; pero es muy difícil que en tal estadio lleguen los enfermos a manos del sifiliógrafo, pues generalmente acuden más bien al otorrinolaringólogo, el cual pocas veces piensa en la lúes. Lo que más llama la atención del enfermo es la obstrucción de nódulo y la ulceración, con lo que aparece la voz gangosa y nasal al ponerse en comunicación directa ambas cavidades, es decir, comunicación entre la cavidad bucal y la nasal, lo que más tardíamente se transformará en una pérdida de substancia, que al cicatrizarse con el tratamiento ocasionará, si la tal pérdida de substancia está en un lado del paladar, la desviación del mismo hacia el lado enfermo. Tal ulceración pue-

de llegar a destruir completamente la úvula o los pilares del istmo, o, por lo menos, una parte de ellos. Cuando por abandono del tratamiento, o por tardar el diagnóstico, la destrucción haya avanzado demasiado, queda siempre sin cerrar algo de la solución de continuidad, y entonces el enfermo quedará con su voz gangosa, de resonancia nasal, y cuando beba parte del líquido refluirá por las aberturas nasales.

En la bóveda palatina puede llegar a perforarla, en menor o mayor grado. La cicatrización del velo del paladar puede ocasionar la obliteración del istmo de las fauces por la unión del velo del paladar con la pared posterior de la faringe, a causa de la tendencia que tienen a unirse las mucosas heridas; algo parecido a lo que sucede en las comisuras labiales. Dicha obliteración puede llegar a ser tan completa que la respiración no pueda hacerse más que por la boca, y la resonancia de la voz adquirirá un tono especial por el cambio que sufren sus condiciones.

Las afecciones *terciarias* de la lengua son tres: *Glositis terciaria superficial*, *afección indurativa profunda* y *sífilis lingual gomosa*.

La primera sólo afecta la mucosa y el tejido submucoso, con focos menores o mayores en los que desaparecen las papilas filiformes y presentan un aspecto como de afeitado. Hay algunos engrosamientos, particularmente en los bordes del órgano, de coloración blanca; todo el foco muestra, en conjunto, un ligero endurecimiento, como acartonado. No da apenas síntomas subjetivos, y únicamente si se ulcera superficialmente aparecen los dolores.

En la segunda—*glositis intersticial profunda*—grandes porciones del órgano mitad anterior o más está tumefacta y dura, con ligero engrosamiento. La superficie presenta surcos profundos, unos longitudinales y otros transversales, que dan al conjunto un aspecto lobulado (*lengua mamelonada, escrotal, geográfica*). Generalmente los surcos son más profundos en el centro de la lengua, y de allí parten los surcos transversales. Su origen se debe a la retracción de los tractos conjuntivos que han sido asiento de degeneración callosa. Existen alteraciones del epitelio: desaparición de las papilas filiformes en unos sitios; engrosamientos epiteliales en otros. Por acciones traumá-

ticas, dientes careados, roces con los alimentos sólidos, etc., se determinan erosiones y ulceraciones superficiales, pero muy dolorosas para el enfermo. Esta afección terciaria es muy difícilmente influenciada por el tratamiento.

La tercera—*sífilis lingual gomosa*—se diferencia de las dos anteriores en que éstas tienen un curso crónico; en cambio, la que ahora nos ocupa conduce muy pronto a cuadros patológicos muy graves frecuentemente. En uno o en varios sitios de la lengua, la mayoría de las veces muy cerca unos de otros, se forman unos nódulos profundos, que, mezclándose con el epitelio, se abren hacia afuera, ofreciendo entonces las típicas manifestaciones de los *gomas ulcerados*. Un tratamiento bien llevado y precoz puede hacer abortar tal estado de cosas y curar el nódulo antes de su apertura al exterior. Su aspecto, cuando ya tiene las manifestaciones del *goma ulcerado*, son: ulceraciones redondas o de forma irregular cuando se producen por confluencia de varios focos; fondo deprimido, purulento o cubierto de una masa necrótica y bordes cortados a pico. Estas ulceraciones pueden llegar a cubrir la mitad de la lengua.

Como contraste se da la fácil curabilidad de tales úlceras y de tan extensas y graves destrucciones, ya que después de un tratamiento su curación es tan perfecta que sólo quedan cicatrices insignificantes, tanto que a veces son de difícil percepción. Es más frecuente su presencia en el hombre que en la mujer. JADAHSON expone un caso de *glositis gomosa* de la base de la lengua que llegó a necrosar la base de implantación de la misma y que, corroyendo la mucosa, llegó a producir el total desprendimiento del órgano.

Para terminar vamos a exponer algo sobre una alteración de la mucosa bucal, que es motivo de grandes controversias, para demostrar si es o no sifilítica su etiología: nos referimos a la *LUECOPLASIA* o *LEUCOQUERATOSIS DE LA MUCOSA LINGUAL*.

Con cierta antigüedad se los consideró, sin causa que lo justifique, como *Psoriasis* o *Ictiosis* de las mucosas.

En las formas no complicadas aparecen en el borde de las encías, en la mucosa de las mejillas, desde la comisura labial hasta los últimos molares, o en la lengua, particularmente en el dorso y bordes, unas veces en conjunto, en muchos sitios a

la vez; otras veces en uno solo, unos engrosamientos de color blanco porcelana o blanco azulado, brillantes, nacarados, que frecuentemente están divididos en campos o en varios planos por fisuras. Cuando están perfectamente desarrollados producen al tacto la sensación de induraciones. Su marcha o evolución es extraordinariamente lenta, puede durar años sin causar molestias o con algunas ligerísimas al hablar o al comer. En otros casos se forman en los surcos, especialmente en las partes más movibles o más expuestas a roces, grietas, que, profundizando más o menos, pueden curarse con un tratamiento cuidadoso.

Histológicamente hay, además de la proliferación epitelial en la parte más alta y de una *hiperqueratosis* y *paraqueratosis*, un alargamiento hacia la profundidad de los cuerpos papilares, los que, sin embargo, quedan durante mucho tiempo regular y nítidamente limitados; hay también una infiltración del tejido conjuntivo con linfocitosis y células plasmáticas.

Como desenlace, que hay que tener muy en cuenta, pues es de relativa frecuencia, es su transformación en un carcinoma espino-celular. El curso no es especialmente maligno cuando se diagnostica y se opera prontamente, pero el pronóstico es siempre muy grave.

Como decíamos más arriba, es la afección que más controversias ha motivado, pues aun hoy en día siguen los autores sin ponerse de acuerdo, pues mientras unos la consideran como de etiología francamente sifilítica, considerándola una más entre las postsifilíticas o parasifilíticas, algo parecido a la parálisis o a la tabes, otros niegan todo parentesco con la lúes. Es indudable que en muchos enfermos de *Leucoplasia* aparecen datos de lúes en sus interrogatorios o es una R. W. francamente positiva. Además veremos que frente a casos que curan con el tratamiento antisifilítico encontraremos otros que van seguidos del mayor fracaso, y, sin embargo, tampoco en este caso podemos negar su etiología luética, pues pudiera suceder que esos procesos hubieran dejado de ser virulentamente sifilíticos, y de ahí su fracaso.

Hay otros casos en que nada nos indica tal etiología, a pesar de que las lesiones sean idénticas a las que presentan luéticos jóvenes (en particular en las comisuras de los labios).

Parece tener mayor apetencia para el sexo masculino, particularmente en fumadores, y más todavía en los mascadores de tabaco. Por ello podemos deducir que, además de la sífilis, hay otras causas que motivan su aparición. En favor de tal apreciación podemos considerar otros casos de *leucoqueratosis* que se presentan en otros órganos, especialmente en la *fimosis*, *craurosis de vulva*, los cuales no tienen ninguna relación con la sífilis. La importancia que damos al conocimiento de tal afección viene dada por la enorme tendencia que tiene para degenerar en cáncer (es decir, por sus propiedades *pre-cancerosas*).

En cuanto a su tratamiento, debemos decir que hay que huir de hacerlo por medios corrosivos y de las cauterizaciones, pues tales medios pudieran activar su degeneración. A la menor sospecha de ello hay que practicar un examen histológico y eventualmente amplia exéresis. Inmediatamente que se diagnostique debe tratarse: con gran higiene de la boca, pudiendo utilizarse para ello una solución de cloruro de sodio, con una infusión vegetal; suspender o limitar el uso de tabaco; colutorios con resorcina; toques con Bálsamo del Perú; pincelaciones con solución saturada de cloruro de sadio- alcohol salicílico (al 1 : 10), alcohol resorcinado (al 1 : 10), sulfato de cobre (al 10 por 100).

Cuando haya fisuras, solución de nitrato de plata al 10 por 100. Si se puede sospechar sífilis, especialmente cuando la Reacción Wassermann sea positiva, el tratamiento específico, *personalizado*, es decir, en la cuantía necesaria según el individuo.

Si se sospecha *degeneración cancerosa*, tratamiento radioterápico (tres sesiones de un tercio a medio de H. E. D. (dosis piel) con filtro de 0,50 cts. de aluminio, excisión de prueba y eventualmente operación radical.