

RODOLFO WEISE G.



SIFILIS BUCAL

TESIS PRESENTADA
PARA OPTAR EL
GRADO DE
CIRUJANO-DENTISTA

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

T-PG
1147

LA PAZ - BOLIVIA
ESCUELA TIPOGRÁFICA SALESIANA
1923

019

T-A/1147

RODOLFO WEISE G.

619

SIFILIS BUCAL

TESIS PRESENTADA
PARA OPTAR EL
GRADO DE
CIRUJANO-DENTISTA

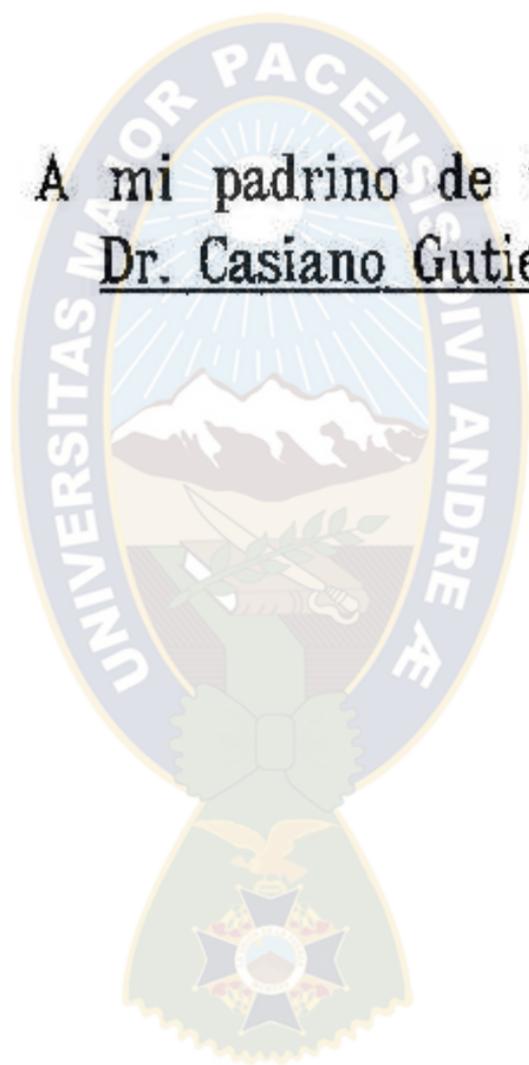
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

LA PAZ - BOLIVIA
ESCUELA TIPOGRÁFICA SALESIANA
1923

A mis padres, como prueba
de gratitud y cariño.



A mi padrino de tesis
Dr. Casiano Gutiérrez





A mis profesores
y amigos.

PRÓLOGO

La sífilis, y con esta todas las enfermedades venéreas, representan una de las muchas amenazas contra la vida y la salud del hombre.

Pero muy pocos progresos son los que ha realizado la ciencia médica con respecto a esta enfermedad.

A pesar de que la presencia de la sífilis data desde cinco siglos atrás, es hoy recién, en el presente siglo, en donde los trabajos en pro de la humanidad doliente se han intensificado, habiéndose llegado, ya que no a una completa curación, por lo menos a atenuar su virulencia y contener su avance destructor.

Al hacer mi tesis sobre este tema que más es de medicina, pero que localizado en la cavidad bucal corresponde a un especialista de la boca como lo es, un dentista, he querido demostrar la importancia de la enfermedad y hacer conocer sus signos o síntomas más salientes para que conociéndolos podamos precavernos de una infección que podría acarrear graves consecuencias, tanto para nosotros los profesionales como para nuestros semejantes.

Al terminar, quiero expresar mi sincero agradecimiento y respeto a mis queridos maestros, doctores Enrique Monasterios, Alejandro Sardón, Lisandro Villanueva y Víctor M. Laza, los que venciendo todas las dificultades de nuestros escasos medios de enseñanza, han sabido transmitirme e inculcarme con todo desinterés personal, sus conocimientos adquiridos en largos años de práctica profesional.

EL AUTOR



SIFILIS BUCAL

La sífilis es una enfermedad general, infecciosa, contagiosa y virulenta, que presenta quizá más aspectos diversos para su estudio que ninguna otra enfermedad. Es una de las enfermedades más importantes que afligen a la humanidad; tiene el trágico interés humano de ser hereditaria, como no lo es cualquier otra enfermedad importante y su estudio forma parte principal de todas las ramas de la medicina.

ETIOLOGÍA. — Las fuentes de origen de la sífilis están en la prostitución clandestina, tan arraigada en nuestra población, en esos sitios en donde germina el microbio social; es allí de donde emana esta enfermedad que va causando estragos y que las consecuencias las arrostran los que con el espíritu ingenuo van a satisfacer sus deseos carnales.

En algunas poblaciones se ha tomado a la prostitución como un verdadero estado de degeneración; es un mal realmente necesario, los pueblos necesitan de ella; los abolicionistas luchan en todas partes porque no exista. La prostitución bien reglamentada con las verdaderas normas de higiene es indispensable y así se evita la prostitución clandestina y el consiguiente desarrollo de enfermedades venéreas.

Cuántas personas ajenas a la proflaxia caer en ese fango ignominioso, llevando a sus hogares el terrible virus venéreo, transmitiendo a sus descendientes, y como consecuencia, la propagación y la degeneración de la raza con sus estigmas inviolables.

La sífilis se trasmite por la herencia, (sífilis hereditaria), o por contacto directo de una parte del organismo que tenga

una solución de continuidad, con una superficie infectada, siendo suficiente para ello una pequeña erosión (sífilis adquirida).

El microorganismo originario de la sífilis es el *Spirochaeta pallida*, que fué descubierto en 1905 por Schaudin y Hoffmann, aunque el origen e historia de la enfermedad datan desde fines del siglo XV, denominándose por entonces con diferentes nombres.

Muchos son los medios de contagio de la sífilis, siendo el principal por medio de los órganos genitales y después por la boca, pero como nuestra especialidad es solamente relativa a la boca, sólo mencionaré los que con ella tienen relación; los principales y más comunes son: el contacto producido por el beso, por la lactancia, por aberraciones sensuales, por el dedo ulcerado de un operador, por algún objeto contaminado que haya sido usado por un enfermo, tales como un vaso, una cuchara, una pipa, un cepillo de dientes, navajas de afeitar, colillas de cigarrillos, sopletes de boca, mondadores, lápices; instrumentos de cirugía, como el bisturí, jeringas de inyecciones o irrigación, forceps, extractores, etc., y todos los demás instrumentos que son introducidos en la cavidad bucal y que no han sido esterilizados convenientemente. En el dentista las causas más frecuentes de infección son debidas a una herida causada por un instrumento contaminado, por una mordida del paciente y teniendo una erosión en los dedos con que opera, puede ser contaminado por la saliva, sangre o pús de un cliente sífilítico, etc.

En el desarrollo de la sífilis se estudian tres períodos: el primario, que comprende desde el momento de la infección hasta la primera manifestación o sea la aparición del "chancre"; el período secundario que comprende desde la terminación del primario hasta el comienzo del terciario, varias son las manifestaciones de este período, siendo una de las más comunes la erupción de las sífilides de la piel y de la mucosa que reciben diferentes nombres, una de las principales manifestaciones que se encuentran en el interior de la boca son las que se conocen con el nombre de "placas mucosas"; el período

terciario comprende desde la terminación del secundario hasta la de la enfermedad, terminación que unas veces puede ser favorable y en la mayoría de los casos fatal para el paciente, la manifestación más característica de este período es la aparición de las "gomas", que no son otra cosa que tumores malignos; éste es el período más grave de la sífilis.

Antes de entrar a estudiar más detalladamente cada uno de los períodos de la sífilis, he de tratar algo acerca de la relación y tendencia de los tejidos de la boca y de la piel hacia idénticos procesos patológicos

TENDENCIA HACIA IDENTICOS PROCESOS PATOLOGICOS EN LA BOCA Y EN LA PIEL

Existe una estrecha relación entre los tejidos de la boca y de la piel. La Histología de ambos es muy semejante y reaccionan a muchos procesos patológicos en idénticas formas. En muchas enfermedades orgánicas aparecen erupciones tanto en la mucosa como en la piel, y estas erupciones bucales son idénticas a las de la piel, hechos que se comprueban bien en la sífilis. Hacia los tejidos de la piel y de la boca es a los que revela mayor predilección la sífilis, esta predilección es tan grande para la piel como para la boca, siendo casi seguro que la sífilis se presenta con tanta frecuencia en la boca como en toda la superficie cutánea. Su presencia frecuente en la boca hace de la sífilis bucal un tema de estudio de mucha importancia práctica, recordando además el peligro que entraña la sífilis bucal incipiente para todos, hace resaltar aún más su importancia.

Puede obtenerse una idea más clara de la sífilis de la boca recordando que sus lesiones son las que se observan en la piel, modificadas sólo por las influencias peculiares a que las expone su producción en la boca, siendo las principales, la exposición a la humedad y al calor que maceran las lesio-

nes, la irritación de las lesiones producidas por las comidas, las bebidas y la masticación por los dientes irregulares, ásperos o agudos, por el sarro y las lesiones secundarias de la boca.

El factor especial que modifica el aspecto de las lesiones sífilíticas de la boca y que más contribuye a alterar su aspecto, es la maceración a la que siempre están expuestas las lesiones bucales. Este factor produce muy pocas alteraciones en el "chancro" y lesiones terciarias ("goma"), pero da lugar a una notable alteración en las lesiones de la sífilis secundaria de la boca. Las sífilides precoces de la piel son en su mayor parte lesiones secas, están recubiertas de una capa córnea que es imperfecta, pero que basta para evitar la exudación libre de las lesiones; en las sífilides de la boca, desaparece esta capa córnea y las lesiones se convierten en placas mucosas escoriadas.

SIFILIS PRIMARIA DE LA BOCA

CHANCRO. — Todos los chancros extragenitales constituyen un 5 por ciento de los chancros en general y de los primeros tenemos que un 75 por ciento se observan en la cabeza y de éstos más de 80 por ciento se observan en la boca. Por lo tanto, un 60 por ciento de los chancros extragenitales son chancros bucales. Según las estadísticas de Fournier, que abarcan 1,124 chancros extragenitales, 849 se produjeron en la cabeza, de éstos 723 se observaron en la boca. De los 723 casos observados en la boca 567 se produjeron en los labios (por lo común en el labio inferior), 75 en la lengua, 69 en las amígdalas, 11 en las encías y uno en la mucosa bucal. De lo que se deduce que los chancros bucales se observan con mayor frecuencia en los labios, después en la lengua y las amígdalas, siendo raros en las encías y mucho más raros en la mucosa bucal. Su preferencia en los labios y la lengua seguramente depende de la exposición de estas partes y la

frecuente producción de soluciones de continuidad que permiten la infección; no es muy frecuente en las amígdalas quizá por la extremada susceptibilidad de ellas a la infección en general. No es raro que se presenten chancros en cualquier tejido de la boca, lo mismo que puede presentarse en cualquier tejido humano vivo, pero por los anteriores datos se demuestra claramente que los chancros se producen con frecuencia en los labios, lengua y amígdalas y muy rara vez en los demás tejidos de la boca.

El chancre es con frecuencia una erosión o úlcera superficial del tamaño de una judía o guisante, sobre una base indurada; rara vez es una ulceración franca del tamaño de la uña del pulgar o mayor. Puede ser una pápula o nódulo indurado y seco, o bien un nódulo húmedo levantado, pocas veces es un nódulo indurado y seco; por lo común es una lesión abierta, con una superficie indolente recubierta de un delgado exudado amarillento. Limpiándose esto queda una superficie rojiza que no sangra con facilidad, pero que presenta una secreción serosa libre lleno de espiroquetos, es casi indoloro. Los chancros de los labios son múltiples con mayor frecuencia que en ninguna otra parte, pero aun en los labios los chancros múltiples son muy raros.

Los chancros de la boca como los de cualquier otra región presentan algunos puntos objetivos comunes que son bien característicos. Un chancre es una infiltración inflamatoria, endurecida indolente de los tejidos de la región afectada, y esta indolencia y dureza son las características clínicas esenciales de la lesión. Un chancre puede tomarse entre los dedos como un botón sólido, del cual, debido a su solidez, puede expulsarse la sangre con facilidad quedando entre los dedos un disco amarillento y cartilaginoso al tacto. Es indolente en su actividad y evolución; la reacción es tan lenta que es casi indoloro y persiste sin alteración durante una, dos, cuatro o cinco semanas. Esta intolerancia especial es la que puede llamar la atención sobre un chancre no reconocido en la boca. Otra característica que se observa en un chancre bucal, consiste

en la enorme hipertrofia que se nota por lo común en los ganglios contiguos; los ganglios son indolores y duros, pero la hipertrofia es mucho mayor que en otras lesiones de la boca de tamaño semejante y mucho mayor de la que se observa en los ganglios adyacentes y con chancro de los genitales.

Pueden observarse muchas variaciones en los chancros pero en conjunto su semejanza es muy notable. Aunque se reconozca por los signos clínicos, el chancro nunca se debe hacer el diagnóstico de una lesión inicial de sífilis sólo por los datos clínicos, ni tampoco tratar de excluir la sífilis con solo estos datos, tratándose de una escoriación, fisura, erosión, úlcera o lesión semejante que quizá sea un chancro. Exceptuando las dificultades para el examen, el diagnóstico clínico del chancro deberá confirmarse por la observación del *Spirochaeta pallida*, existe éste en abundancia en el exudado del chancro y es de suma importancia práctica el descubrirlo, debido a que puede establecerse definitivamente la sífilis, si existe, facilitando al profesional reconocer precozmente la enfermedad y con buenas probabilidades de hacerla abortar por el tratamiento específico inmediato. En la actualidad se puede hacer el diagnóstico sólo por el *Spirochaeta pallida*, aun antes de que la enfermedad se haya generalizado y antes de que se vuelva positiva la reacción de Wassermann, pudiéndose curar los pacientes que en este período se observen. Es la oportunidad o período de sífilis que debe buscar todo profesional.

SIFILIS SECUNDARIA DE LA BOCA

Las manifestaciones de la sífilis incipiente generalizada en la boca son análogas a las erupciones secundarias que se observan en la piel. Se tienen todas las manifestaciones del eritema macular, pasando por las erupciones papulares y nodulares hasta las lesiones secundarias ulcerativas. Se observa una erupción de puntos rojos y secos en la superficie interna

de los labios o sobre la mucosa de los carrillos o el paladar blando, esta erupción es rara y por lo común de corta duración. Con más frecuencia se ve una erupción hiperémica seca en el paladar blando o en la faringe, a veces es un eritema puntiforme débil pero más parecido a una hiperemia roja difusa, a menudo es seco, pero por lo general la epidermis está más o menos escoriada y el conjunto se parece a la forma benigna de la faringitis catarral, se diferencia de ésta porque presenta un aspecto moteado, que se debe a máculas aisladas.

PLACAS MUCOSAS. — Mucho más frecuente que cualquier otra erupción de sífilis secundaria en la boca son las placas mucosas, éstas son el principal tipo de las erupciones secundarias de la piel y como todas las erupciones secundarias de la boca, se observan al mismo tiempo que aquellas. Tienen una base roja pero no brillante, que por lo común está cubierta de una delgada película de exudado y de epidermis esfacelada a cuyo alrededor se observa un estrecho margen de color rojo, encontrándose esta película bastante adherida. Las lesiones no sangran con facilidad, pero como el chancro, tienen un exudado libre de suero, que contiene muchos espiroquetos sífilíticos que no producen mucha molestia, su número es escaso y muchas veces pasan desapercibidas por el paciente mismo.

Las placas mucosas pueden ser tan superficiales que parezcan pequeñas superficies de epidermis esfacelada, no elevadas ni deprimidas, rodeadas de un estrecho círculo rojo. Generalmente son erosiones o pequeñas úlceras muy superficiales, otras veces son úlceras más profundas, otras son nódulos o placas elevadas y erodadas. Su tamaño varía desde el de la cabeza de un alfiler hasta el de una moneda pequeña. Son de aspecto típico redondeadas u ovaladas y su diámetro varía de un octavo a tres cuartos de pulgada (3 a 19 mm.) Por lo común son múltiples y a veces tan numerosas, que abarcan una gran parte de la superficie de la boca; estas lesiones, tan exageradas, sólo se observan en individuos abandonados y descuidados.

Las placas mucosas pueden presentarse en cualquier parte de la boca o de la faringe, con más frecuencia en la mucosa bucal, a los lados y en el extremo de la lengua, en su superficie inferior y en el suelo de la boca. También son comunes en las superficies de las amígdalas, en este sitio están comúnmente muy irritadas y presentan mayor reacción de la que se presenta en cualquier otra parte de la boca. En las amígdalas las placas mucosas se presentan como placas discretas erosivas o ulcerativas de tamaño común; en algunos casos son tan grandes y numerosas que se coalicionan y producen una amigdalitis o faringitis ulcerativa grave.

Glositis lisa de la sífilis incipiente. — En el dorso de la lengua también se observan placas mucosas, esta lesión es una infiltración superficial que produce una placa roja y seca; en estas placas desaparecen por completo las papilas de la lengua por la infiltración. La placa presenta una superficie lisa cubierta por una delgada capa de epidermis brillante; toda la lesión es lisa y de color rosa brillante o roja, con bordes bien definidos entre ella y la superficie normal de la lengua. Las placas son por lo común del tamaño de la uña del dedo y se observan varias de ellas en el dorso, algunas veces se coaligan y producen una lengua roja cuya superficie en frente de las papilas circunvaladas se asemeja a la de la mucosa bucal diferenciándose de ésta por su excesivo enrojecimiento; ésta es la glositis lisa de la sífilis precoz. Es bastante indolora.

Una de las características de las placas mucosas es la recurrencia durante mucho tiempo. Se ha notado esta recurrencia muchos años después de la infección (8 a 9 años).

CONDILOMAS. — Son lesiones sífilíticas secundarias vegetantes, son bastante análogas a las lesiones secundarias maculares y papulares y su única peculiaridad consiste en la hiperplasia fungoidea, lo que se debe a la humedad y al calor que en los orificios del organismo proporcionan condiciones tan favorables que se observan en estos sitios excrecencias extraordinarias de ciertas lesiones infecciosas. No sólo sucede esto en la sífilis sino también en otros procesos inflamatorios indo-

lentes. Los condilomas de la sífilis difieren de otras lesiones vegetantes distintas en que pueden ser menos activas. Las lesiones forman nódulos elevados y planos o coaligándose forman placas que por lo común son cruentas y están recubiertas de un exudado amarillo sucio; no son las exageradas granulaciones exuberantes o las vegetaciones varicosas de otras infecciones lo que nos permite reconocerlos por sus características clínicas, sino que contienen abundantes espiroquetos y el diagnóstico en los casos dudosos debe confirmarse por la observación al ultra microscopio. Los condilomas son lesiones raras en la boca y se encuentran algunas veces en las comisuras y muy rara vez en el suelo de la boca.

SIFILIS TERCIARIA DE LA BOCA

En el período terciario la sífilis es muy frecuente en la boca, pues esta enfermedad, tanto en el primer período como en el último, demuestra gran predilección por ella.

GOMAS. — Los gomas pueden observarse en cualquier tejido de la boca, pero su sitio favorito es la lengua, en especial el dorso, después sigue el paladar, sea duro o blando, las amígdalas y las paredes de la faringe. Los gomas invaden los tejidos óseos lo mismo que las partes blandas; los gomas periósticos se observan con más frecuencia en el paladar duro y con menos en las mandíbulas superior e inferior.

Todos los gomas varían de tamaño y estas mismas variaciones se observan en los gomas de la boca, se encuentran tumores desde el tamaño de un guisante hasta el de una aceituna y aun mayores que se desarrollan como tumores duros e indolentes, son ovales o redondeados y elevados, pueden reblandecerse y desaparecen sin ulceración, bien sea espontáneamente o por resultado del tratamiento. Por lo general, sino se trata un goma se esfabela en el centro y se forma una abertura en su superficie. La úlcera que resulta es relativamente profunda y presenta bordes irregulares y cortados a

pico, y con una base formada de granulaciones rojas con una secreción purulenta y clara. Cuando se observan los gomas como pequeños nódulos, son por lo general múltiples y presentan una disposición muy característica en forma de arco de círculo o en grupos como archipiélago; al estacelarse las úlceras se unen y forman una sola en forma de media luna o un pequeño grupo de ulcerillas que parece una agrupación de islas. Estos gomas en grupos pequeños no son la manifestación general de la boca, más comúnmente se presentan en forma de úlceras ovales destructivas, aisladas, generalmente son indolentes, excepto cuando se trata de una infección secundaria.

Los gomas se observan generalmente en el dorso de la lengua, en el paladar duro aparecen en el perióstio y al desintegrarse producen la perforación hacia la nariz. En el paladar blando se presentan en forma de discos que se estacelan con rapidez y destruyen una porción extensa de los tejidos, produciendo dificultades para comer y beber. Los gomas de las amígdalas pueden ser también rápidos y destructivos en su evolución. La destrucción que producen los gomas del paladar ya sean blando o duro, es por bastante tiempo asombroso, lo mismo que el de las amígdalas, pero en el transcurso de la cicatrización se observa alguna reparación de estas lesiones; la lesión en la pared posterior de la faringe es relativamente indolente y menos destructiva.

INFILTRACIONES INTERSTICIALES. — La lengua, además de ser frecuentemente atacada por los gomas, es afectada por la infiltración intersticial; en este estado no se encuentran en la lengua gomas circunscritos sino infiltraciones gomosas difusas. Esta glositis intersticial síbilítica puede ser superficial o puede penetrar en la lengua. No es una forma ulcerativa sino más bien otra clase seguida de formación de tejido cicatricial y esclerosis. Su aspecto clínico varía según la extensión y profundidad de la lesión:

ATROFALIA LISA DE LA LENGUA. — Este estado de la lengua procede de la glositis intersticial, puede observarse en

placas discretas superficiales, pero por lo común se produce en una forma difusa en especial en el dorso de la lengua. Al principio de la evolución de este estado la lengua puede estar roja e hinchada, y generalmente, observando por primera vez el dorso de la lengua, revela varias placas o bien una superficie difusa, cubierta de una epidermis lisa, brillante, de color rojo obscuro, en la que las papilas pequeñas de la lengua han desaparecido debido a la lesión; además existe una capa superficial sobre la lengua, que cuando el tejido cicatricial reemplaza la infiltración sifilítica, esta capa se vuelve más profunda y la lengua se deforma algo.

También se observa esta atrofia lisa de la lengua en la base produciendo una superficie lisa y uniforme detrás de las papilas circunvaladas; ésta es una de las lesiones más características de la sífilis pero que generalmente pasa inadvertida.

ESCLOROSIS DE LA LENGUA. — Las manifestaciones de la glositis intersticial profunda son semejantes a la de la esclerosis superficial con excepción de que en ésta se exagera la deformidad de la lengua. Como resultado de este estado la lengua se vuelve dura y más pequeña, debido al tejido cicatricial. Cuando la esclerosis se ha establecido, las fisuras son más profundas y la lengua queda modular o indurada o está deformada de otro modo.

LEUCOPLAQUIA. — En las cicatrices de los gomos se observan placas de leucoplaquia, pero con más frecuencia después de la glositis sifilítica superficial o profunda. La glositis superficial es quizá la causa más frecuente de la leucoplaquia sifilítica.

Es una característica de la leucoplaquia sifilítica el producirse en el dorso de la lengua, pero también puede producirse en toda la lengua revelando placas blanquiseas que la manchan, su intensidad generalmente es moderada. Gradualmente puede revelar cornificación y entonces se convierte en un precursor del cáncer. También se observa con frecuencia la leucoplaquia bucal en la mucosa de la boca, pero exceptuando su producción en la lengua, no es fácil distinguirla de la

no sífilítica por la falta de signos característicos. En la sífilis la leucoplaquia es rara vez una manifestación de la enfermedad, por regla general se produce en el sitio de lesiones sífilíticas que antes han sido activas y donde la mucosa ha sido alterada.

MACROGLOSIA Y MACROQUILIA. — Como resultado de la glositis sífilítica difusa, la lengua casi siempre disminuye de tamaño y otras veces se observa hipertrofia de ella, esta macroglosia es una elefantiasis debido a la obstrucción linfática.

Se observa una macroquilia semejante y con mayor frecuencia como resultado de la sífilis, en los labios, ya sean en los dos o en uno solo, éstos pueden estar algo o enormemente engrosados. Tanto en la hipertrofia de la lengua como en la de los labios, el tratamiento específico produce alguna mejora, pero la hipertrofia no desaparece por completo sino muy raras veces.

SIFILIS CONGENITA

En la sífilis congénita, estando la enfermedad en pleno desarrollo, la diferencia que existe con la sífilis adquirida no es muy grande, en la mayor parte de las veces los síntomas característicos de la primera son más exagerados. Las placas mucosas de la sífilis congénita son más numerosas y más ulcerativas, se observan en mayor abundancia en los labios y en especial en las comisuras. Las lesiones gomosas producen todos los diversos grados de destrucción de las partes duras y blandas de la boca, mencionadas en la sífilis adquirida.

DIAGNOSTICO DE LA SIFILIS CONGENITA

Para el diagnóstico de la sífilis congénita de la boca se presentan a la vista u observación del profesional, varios signos o estigmas, en la mayoría de los casos infalibles por las parti-

cularidades que ofrecen. De los que se encuentran en la cavidad bucal citaré los principales, que son los siguientes:

Las profundas cicatrices lineales en los labios que se extienden hasta la piel, son una de los signos más fidedignos; no deben tomarse siempre en cuenta las cicatrices de las comisuras de la boca, porque generalmente proceden de la ulceración prolongada que en ellas existe. La proyección de los labios hacia la derecha o izquierda que les da una forma de abanico, y el labio leporino, son también casi siempre signos de sífilis. Si se examina cuidadosamente la piel se encuentran a veces pequeñas cicatrices acrómicas, abiertas y distribuidas en casi todo el cuerpo, hay que tener cuidado al excluir las ocasionadas por otras causas, especialmente la viruela y varicela; parece que estas cicatrices indican el sitio de nidos espiroquéticos.

El paladar alto y estrecho, las perforaciones y endituras palatinas y demás deformaciones de las diferentes partes duras o blandas de la boca, que generalmente se asocian a otros estigmas, deben también tenerse en cuenta. La lengua con surcos profundos, designada por los franceses con el nombre de "lengua escrotal", está reconocida como un signo de sífilis de mucha importancia.

Sir Jonathan Hutchinson, fué el primero en llamar la atención de que la sífilis congénita a menudo imprime su sello en los dientes y a Fournier le corresponde la gloria de haber hecho los estudios más profundos de los efectos que causa la sífilis sobre la dentición; demostró que la sífilis prenatal puede retardar la salida de los dientes, alterar su forma, tamaño y disposición, impedir o trastornar la formación del esmalte.

La alteración más característica es la hipoplasia que a menudo se describe como atrofia, el ejemplo más clásico de esta alteración es la muesca de los incisivos centrales superiores permanentes, en forma semilunar típica, que se conoce con el nombre de dientes de Hutchinson y que está conside-

rado como el más patognomónico de los estigmas de la sífilis y es relativamente raro. Hutchinson no considera significativa la hipoplasia de los otros dientes, aunque a menudo se debe a la sífilis hereditaria. La falta de esmalte en la porción inferior de los dientes, la punta hipoplástica de los caninos, que a veces imita la punta de un grano de maíz, tanto en su forma como en su color amarillo y la falta de dientes o anomalías de número, son otros tanto signos de eficacia para un diagnóstico.

Más comúnmente que el diente de Hutchinson y de igual importancia es la hipoplasia del molar del sexto año, que se conoce con el nombre de diente de Fournier y que en Inglaterra se denomina diente de Moon; prueba positiva de que alguna lesión interna ha impedido el desarrollo de este diente es cuando las circunvoluciones normales y esmaltadas se hallan reemplazadas por una masa irregular y áspera. Si además del molar hipoplástico del sexto año, los incisivos y caninos son hipoplásticos, se tendrá con claridad otro signo evidente de la heredo-sífilis. En el diente de Fournier se observa una línea precisa de deslinde en donde la corona hipoplástica del molar se une con el cuerpo normal del diente y parece como si se le hubiese atado un cordón bien apretado. Debido a la vulnerabilidad de estos dientes producida por la falta de esmalte, tienden a cariarse rápidamente y en los adultos se observará que faltan o los tienen coronados.

Todos los signos anteriormente citados son los que con más frecuencia puede observar un dentista en su consultorio, fuera de otros muchos que se encuentran en las demás partes del cuerpo y que son de la incumbencia del médico o especialista y es deber del dentista al encontrar alguno de ellos despachar al paciente dondó un médico, indicándole a éste las causas o sospechas que tenga de la enfermedad para que él haga un examen general más detenido e indique la medicamentación más conveniente, sin que sea esto un motivo para que el dentista no haga sus indicaciones respecto a la higiene

y medicamentación que debe observar, continuándole la curación de los dientes con las precauciones e higiene que para el caso se requieren.

Los signos de la heredo-sífilis anteriormente citados, acompañados de la reacción Wassermann, resultando ésta positiva, darán un diagnóstico seguro de la existencia de la sífilis. Muchas veces la reacción Wassermann resulta negativa aunque existan signos evidentes de la sífilis congénita y por más que las investigaciones nos demuestren la existencia de antecesorres sífilíticos, lo que no será un motivo para negar la existencia de la enfermedad, sino que nos demuestra que todavía no se ha desarrollado y que el paciente tiene predisposición para contraerla. Observaciones más o menos continuas, confirmarán la seguridad de estos signos, cuando se note que la reacción Wassermann se vuelve positiva, confirmándose entonces el diagnóstico con la presencia de la enfermedad.

TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS BUCAL

El tratamiento de la sífilis bucal es el de la sífilis general, aunque debido a la sencillez de los tejidos de la boca, las lesiones sífilíticas de ésta cicatrizan con mayor rapidez, con el tratamiento específico que las de la piel.

Dos medicamentos componen el rol de específicos en el tratamiento de la sífilis, el yodo y el mercurio, este último oponiéndose a la marcha de la enfermedad, actuando sobre la nutrición de los tejidos y haciendo que la virulencia del agente disminuya de toxicidad, tal como ha dicho Fournier, el tratamiento continuado constituye la base de la medicación sífilítica. Como la sífilis es una enfermedad general, el tratamiento tiene que ser general, como he dicho anteriormente, sin descuidar el tratamiento local de los chancros y placas, etc, que harán más rápida la curación.

El mercurio se ha usado en diferentes formas, en fricciones, al interior, a dosis fraccionadas, en inyecciones mercurio-

riales masivas, el aceite gris, inyecciones intravenosas de Ene-sii, mercurio coloidal; Haillopeau aconseja emplear el tratamiento por la hectina que previene los accidentes secundarios.

Los medicamentos que han sido puestos en boga por el profesor Ehrlich, son: el Arsenobenzol, que tiene la propiedad de esterilizar a la sífilis, el Neosalvarsan ó 914 y el Salvarsan ó 606, que tienen propiedades idénticas. El Silversalvarsan o Salvarsan argéntico que goza de propiedades muy eficaces; el Sulphosilato o sea el 1495, que ha sido puesto en uso por el profesor Kolle, el cual indica que la ventaja que posee es la de conservarse indefinidamente en solución o en ampollas cerradas a la lámpara; el Sulphoxilato es aconsejable especialmente en el tratamiento ambulatorio. El Tartrobismuto de sodio y potasio, es otro medicamento descubierto por Sazerack y Levaditi, en el año 1921 y los resultados que se han obtenido son muy satisfactorios.

El medicamento que hoy ha dado buenos resultados es el *Sulfarsenol*, que tiene muchas ventajas sobre el Salvarsan: 1º, de ser menos tóxico que éste y muchos menos todavía que el 914; 2º, la tolerancia del Sulfarsenol es excesiva, pudiendo usarse en inyecciones subcutáneas, intramusculares o endovenosas; 3º, por la facilidad de su empleo.

Generalmente la forma de uso de este medicamento es la vía subcutánea, dando resultados muy satisfactorios.

TRATAMIENTO LOCAL DE LA SÍFILIS BUCAL. — Todas las manifestaciones locales de la sífilis desaparecen generalmente con el tratamiento interno a pesar de que localmente tiene también su influencia. Sobre las lesiones locales pueden usarse diversos antisépticos, compresas de licor de Labarraque, agua boricada, enjuagatorios con soluciones de bismuto, óxido de zinc, yodoformo, yodol, aristol, eufeno, etc. Se emplean también cauterizaciones con nitrato de plata, tintura de yodo, nitrato ácido de mercurio o ácido crómico. Se puede instituir a menudo una verdadera medicamentación específica por medio de compresas de sublimado al 1 por 2,000, baños de subli-

mado, pomadas al sublimado, la oclusión con emplastos de vigo de una de Cancoïn.

En ciertos casos de erupción papulosa rebelde se pueden ensayar los masages de los elementos eruptivos. En los gomas ulcerosos de marcha rápida se puede emplear el curetaje y la cauterización con el termo cauterio. Como medicamentos auxiliares los tónicos, la balneación, la hidroterapia y la soroterapia.

PROFILAXIA DENTARIA DE LA SÍFILIS. — Tratándose de una enfermedad contagiosa, el dentista deberá rodearse de las mayores precauciones de higiene para toda persona que se sospecha sifilítica; la desinfección de los instrumentos y de las manos del operador debe ser rigurosa, evitándose así llevar el contagio a otras personas.

PROFILAXIA GENERAL DE LA SÍFILIS. — Existen diversos medios de profilaxia para impedir la propagación de la sífilis en general, y entre ellos tenemos los procedimientos de Werlander, Guiar, de Zeisel, Feimantel, Credé, usando el calomel en sus diferentes formas.

La lucha por la extinción de la sífilis se impone, por las siguientes causas principales:

- 1º — Ocasiona peligros individuales al enfermo por las lesiones graves y aun mortales que produce.
- 2º — Es peligrosa para la familia, a la que lleva a la ruina material y moral.
- 3º — Es peligrosa por sus consecuencias hereditarias.

RODOLFO WEISE G.



APROBACION

Señor Decano de la Facultad de Medicina.

Pide la aprobación de la tesis
que acompaña.

Rodolfo Weise G., ex alumno de la Facultad de Odontología, presentándome ante usted con todo respeto, digo:

Que habiendo rendido mis exámenes profesionales de Odontología, como consta por los verificados que adjunto, y de acuerdo con las disposiciones reglamentarias, pido a usted se sirva nombrar la comisión respectiva para el estudio y aprobación de la tesis que acompaño, titulada "SIFILIS BUCAL", para hacerla publicar previo el informe de la comisión.

Será justicia, etc.

La Paz, 17 de julio de 1923.

Rodolfo Weise G.

DECANATO DE LA FACULTAD
DE MEDICINA
LA PAZ - BOLIVIA

La Paz, 18 de julio de 1923.

Pase la tesis titulada "SIFILIS BUCAL" a la comisión de estudio, compuesto por los señores profesores Lizandra Villanueva, Alejandro Sardón, Enrique Monasterios y Victor M. Loza; a fin de que, conforme al Reglamento de Exámenes, se sirvan informar sobre la aceptación o rechazo de la citada tesis.

J. D. Tapia.

El que suscribe, director de la Escuela Dental, conceptúa que la tesis presentada por el señor Rodolfo Weise, que versa

sobre "SIFILIS BUCAL", es aceptable y llena las condiciones reglamentarias.

La Paz, julio 19 de 1923.

L. Villanueva P.

El suscrito, profesor de la Escuela Dental, conceptúa que la tesis presentada por el señor Rodolfo Weise, que versa sobre "SIFILIS BUCAL", es aceptable porque lleva las condiciones prescritas por ley.

La Paz, 19 de julio de 1923.

Alejandro Sardón.

El abajo suscrito, profesor de Prótesis de la Escuela Dental, certifica que la tesis presentada por el postulante señor Rodolfo Weise, sobre "SIFILIS BUCAL", es aceptable.

La Paz, julio 20 de 1923.

E. Monasterios.

El suscrito, profesor de Patología Bucal de la Escuela Dental, conceptúa aceptable la tesis presentada por el señor Rodolfo Weise, que versa sobre "SIFILIS BUCAL", porque llena todos los requisitos reglamentarios.

La Paz, 20 de julio de 1923.

Victor M. Loza.

DECANATO DE LA FACULTAD
DE MEDICINA
LA PAZ-BOLIVIA

La Paz, 20 de julio de 1923.

VISTOS los informes de la Comisión nombrada para examinar la tesis "SIFILIS BUCAL", presentada por el señor Rodolfo Weise; para optar el título de Cirujano-Dentista y resultando aceptable, devuélvase al interesado para su publicación.

J. D. Tapia.