

20
2ej



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA

U. N. A. M.

DIAGNOSTICO DE SIFILIS EN EL CONSULTORIO
DENTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
MARIA ELENA CALVILLO CUELLAR

A S E S O R :
JOSE LUIS SOTO ALVAREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE .

PROTOCOLO

FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA	1.
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2.
HIPOTESIS	3.
OBJETIVOS	4.
MATERIAL	5.
METODO	6.
INTRODUCCION	8.

CAPITULO I.

1.0.- DEFINICION,ETIOLOGIA,CLASIFICACION Y CUADRO CLINICO DE SIFILIS	11.
1.1.- Definición	11.
1.2.- Etiología	11.
1.3.- Clasificación de la sífilis	13.
1.4.- Características clínicas de la sífilis	15.
- Período primario	15.
- Período secundario	19.
- Sífilis latente	27.
- Período terciario de la sífilis	28.
- Manifestaciones bucales	43.
- Sífilis congénita	51.
. Manifestaciones bucales	57.
1.5.- Bibliografía	60.

CAPITULO II.

2.0.- HISTORIA CLINICA	61.
- Ficha de identificación	61.
- Antecedentes personales	61.
- Antecedentes heredo-familiares	62.
- Padecimiento actual	62.
- Interrogatorio por aparatos	62.
- Auxiliares de diagnóstico	64.
- Diagnóstico	64.
- Plan de tratamiento	64.
- Pronóstico	64.
- Notas de evolución	64.

- Llenado de una Historia Clínica enfocada a un paciente sifilítico	65.
2.1.- Bibliografía	79.

CAPITULO III.

3.0.- ESTUDIOS DE LABORATORIO	80.
- Exámen en campo oscuro	80
- FTA-Abs	81.
- Exámen VDRL	81.
3.1.- Bibliografía	83.

CAPITULO IV.

4.0.- DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO DE SIFILIS	84.
- Diagnóstico	84.
- Tratamiento	87.
- Pronóstico	92.
- Vigilancia después del tratamiento	93.
4.1.- Bibliografía	94.

CAPITULO V.

5.0.- MEDIOS DE PROTECCION PARA EL PACIENTE COMO PARA EL ODONTO LOGO	95.
5.1.- Medios de proteccion para el odontólogo	95.
5.2.- Medios de protección para el paciente	95.
5.3.- Que hacer y que no hacer ante la sospecha o la presencia de una enfermedad transmisible sexual	96.
5.4.- Bibliografía	97.

RESULTADOS	98.
CONCLUSIONES	101.
SUGERENCIAS.....	102.
ANEXOS	103.
BIBLIOGRAFIA	121.

PROTICOLO.

FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA.

El ser humano vive en un medio ambiente a través del cual operan sobre él innumerables fuerzas, con frecuencia e intensidad variables. Por ésto, el estado que llamamos salud, no puede ser jamás una cosa permanente ni ajena al medio en que vivimos.

Además, el hombre se amenaza a sí mismo a causa de las tendencias individuales que son contrarias a lo que por naturaleza el cuerpo exige. A causa de estas tendencias se observa una disminución del sentimiento de responsabilidad hacia la propia salud.

Nuestra sociedad nos enseña infinidad de ejemplos de la falta del sentimiento de responsabilidad en éste aspecto, bien hacia uno mismo o hacia otras personas. No acudir al médico -- cuando hay síntomas de enfermedad, es uno de los más claros -- ejemplos de ésta falta de responsabilidad.

El retraso en el tratamiento de las enfermedades es peligroso, no sólo para el enfermo sino por el riesgo de contaminar a otro, ésto se detecta principalmente en enfermedades contagiosas como las llamadas Enfermedades Venéreas, en éste caso específicamente Sífilis.

La sífilis constituye un alto grado de morbilidad y mortalidad, afectando a todas las clases sociales sin distinción de sexo, edad o raza.

Este tipo de enfermedad ha recibido el reproche de ser -- una prueba de adulterio o, en personas solteras, el comercio carnal con prostitutas. Esta evaluación moral, aunque casi siempre sea justificable, es a menudo la causa de que las personas afectadas se resistan a visitar al médico.

Debido a ello, el odontólogo requiere estar capacitado para conocer y detectar las manifestaciones generales y a nivel bucal incluyendo la sintomatología de las enfermedades infecciosas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ Cuales son los medios adecuados para detectar pacientes sífilíticos dentro del campo de la Odontología ?

La sífilis es una enfermedad frecuente y cuando ésta se manifiesta produce serias complicaciones al paciente dependiendo de sus etapas de evolución.

El motivo de éste trabajo, es el de describir cómo manejar a un paciente que se presente a un consultorio con sífilis, haciendo un diagnóstico oportuno y, conocer el tratamiento a seguir cuando encontremos ésta enfermedad.

La gran mayoría de Cirujanos Dentistas de práctica general que existen en nuestro país, tiene poco o ningún conocimiento sobre la sífilis que afecta el Aparato Estomatognático.

Son pocos los Cirujanos Dentistas que realmente tienen interés sobre éste tema, lo cual va a ocasionar que los pacientes sufran de un tratamiento indebido.

Con el presente trabajo se pretende darle la importancia que merece ésta enfermedad ya que de no diagnosticarse este tipo de patologías causarán un daño mayor tanto al propio afectado como a segundas o terceras personas.

HIPOTESIS.

Al tener un conocimiento más amplio sobre las lesiones - sifilíticas de la cavidad bucal, órganos vecinos y a nivel general que se logra mediante un Estudio Clínico completo y Estudios de Laboratorio indicados se podrá establecer con certeza un diagnóstico definitivo y correcto.

Es importante mencionar que de ésta forma se evitará un daño mayor hacia el propio paciente y hacia otras personas.

OBJETIVOS.

1.- General.

Dar la importancia al aspecto clínico de las manifestaciones de sífilis en cavidad oral y a nivel general, teniendo el conocimiento de dichas lesiones, además de realizar un Estudio Clínico completo y estar conciente de la gran importancia desde el punto de vista de la Salud Pública.

2.- Específicos.

- Mencionar la anatomía de los lugares de la cavidad oral en donde se presenten las lesiones sifilíticas, porque es la zona con la que está más en contacto el odontólogo.

- Decir la definición, etiología, clasificación y características clínicas de la sífilis.

- Hacer referencia sobre la Historia Clínica del paciente.

- Señalar la importancia de un buen Estudio Clínico.

- Determinar la utilidad de Auxiliares de Diagnóstico.

- Saber cuales son los Estudios de Laboratorio indicados que se utilizan para detectar sífilis.

- Determinar el tratamiento adecuado para cada etapa de la sífilis.

- Identificar los medios de protección para el paciente como para el odontólogo.

MATERIAL.

1.- Libros de las siguientes bibliotecas:

- Biblioteca de la Asociación Dental Mexicana.
- Biblioteca Central del Centro Médico.
- Biblioteca General de Ciudad Universitaria.
- Biblioteca de la E.N.E.P. Zaragoza (campo I).

2.- Artículos de revistas de:

- Biblioteca de la Asociación Dental Mexicana.
- Biblioteca del C.E.H.I.D.S. (información de los últimos 5 años).
- Biblioteca Central del Centro Médico.

3.- Casos clínicos en donde se describe su evolución, exámenes de laboratorio y tratamiento, además de otros casos clínicos de los cuales se mencionarán las fechas de detección del caso, edades, sexo, la etapa de la sífilis y los lugares anatómicos en donde se presentaron las lesiones.

METODO.

Mediante el método científico y deductivo se obtubieron los datos necesarios para la investigación bibliográfica.

Este método es importante para llegar a una meta basada en conocimientos exactos, fundada en investigaciones, realizada mediante la recopilación de datos descritos en libros, artículos, casos e historias clínicas.

Con respecto a las historias clínicas se hará lo siguiente:

1.- Selección.

- Se tomarán los datos de 2 casos clínicos y de 8 historias clínicas, del Centro Médico de Ciudad Universitaria.

- El período elegido será el de 1983.

- Las Historias Clínicas pertenecen al sexo femenino y masculino.

- Sus edades oscilan entre 22 y 84 años.

2.- Organización.

- Se escogerán los casos clínicos más completos, para que aporten una mayor información.

- La información obtenida se anotará en tarjetas que deberán contener lo siguiente: número de registro, fecha de ingreso, edad, sexo, edo. civil, facultad o esc., nacionalidad, fecha de examen o reexamen, tratamiento, tipo de examen de laboratorio

3.- Resultados.

Los datos obtenidos de los casos clínicos y de las historias clínicas, se compararán con las estadísticas que se tienen acerca de los lugares mayormente afectados, edades, sexo.

También se mencionarán por capítulos los resultados que se obtubieron.

Con respecto a Sífilis, la información se obtendrá por medio de la lectura, los datos obtenidos se integrarán a la información de los casos clínicos e historias clínicas de la siguiente forma:

PROTOCOLO.

INTRODUCCION.

- CAPITULO I.
DEFINICION, ETIOLOGIA, CLASIFICACION Y CUADRO CLINICO DE SIFILIS.
- CAPITULO II.
HISTORIA CLINICA.
- CAPITULO III.
ESTUDIOS DE LABORATORIO.
- CAPITULO IV.
DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO DE SIFILIS.
- CAPITULO V.
MEDIOS DE PROTECCION PARA EL ODONTOLOGO COMO PARA EL PACIENTE.

RESULTADOS.

CONCLUSIONES.

SUGERENCIAS.

ANEXOS.

BIBLIOGRAFIA.

4.- Análisis.

Se realizará comparando entre los diferentes libros y revistas, de los temas correspondientes a cada capítulo. De ésta forma se obtendrán definiciones y datos más amplios para el mejor desarrollo de cada tema.

I N T R O D U C C I O N .

El nombre de sífilis, surge de la palabra Syphilus que procede de un poema compuesto en 1530 por Guirrolamo Fracastorius, - un médico de Verona, en el que Syphilus un pastor de cerdos, ofendió a Apolo y fue por ello castigado con la enfermedad.

Origen.

Según Hackett, la primera treponematosi humana fue la Pinta, que apareció hacia 1 500 años A.C. Procede de una infección - animal del continente afroasiático, que se extendió después al resto del mundo, para replegarse posteriormente a las Américas.

Una primera mutación sobreviene a la zona tropical, con - excepción de las Américas, apareciendo el Pian. Hacia el s. XVII A. C. en las zonas limítrofes del trópico con clima árido y seco hace su aparición la sífilis endémica no venérea, cuatro siglos más tarde con el desarrollo de las grandes aglomeraciones urbanas del sudeste de Asia, aparecen los primeros casos de sífilis venérea, que inicialmente fue una afección relativamente benigna.

Esta enfermedad tiene varias teorías, se discute de que si la sífilis se originó en América o en Europa; la teoría colombiana propone, que ya existía en Haití en edo. endémico y que fue contraída y subsecuentemente transportada a Europa por los marineros de Colón a su regreso a España; ésta teoría se apoya en estudios practicados en huesos encontrados en América y procedentes de personas que vivieron desde muchos años antes de la llegada de los españoles, en dichos huesos se encuentra evidencia de lesiones sifilíticas, los historiadores que apoyan ésta teoría concluyen que los hombres de Colón contrajeron la sífilis de las nativas y al regresar a España propagaron la enfermedad a partir de entonces los grandes desplazamientos humanos de uno a otro continente propiciaron la aparición de grandes epidemias en la mayor parte del mundo.

Otra teoría afirma que la sífilis ya existía en Europa desde antes del viaje de Colón, pero que se confundía con Lepra, se encontró evidencia de sífilis en huesos de las momias egipcias primitivas, se dice que el faraón Ramessé V, probablemente sufrió sífilis. Existen dos variedades de sífilis: Congénita y Adquirida. Se adquiere por transmisión directa del microorganismo a partir de una persona infectada. Tiene lugar generalmente por contacto

sexual. En otros casos la infección se transmite por contacto ocupacional del personal médico. Se presenta otro tipo de infección que se adquiere antes de nacer y siempre procede de la madre al feto a partir del tercer mes del embarazo.

El diagnóstico se realiza por medio de los datos clínicos apuntados y la práctica de exámenes de laboratorio tales como Exámen en Campo Oscuro, Reacciones Serológicas (VDRL), - F.T.A. - Abs. o, en el caso de sífilis tardía o congénita se estudia el líquido cefalorraquídeo.

En cuanto al historial y evolución de como fueron tratadas las Enfermedades Transmisibles Sexuales (ETS) se conoce que desde tiempos remotos se intentaron muchos y diversos - tratamientos, desde el salvarsán, así como de los derivados - mercuriales y el bismuto, hasta el advenimiento de los antibióticos como la penicilina, se observó entonces una disminución de las Enfermedades Transmisibles Sexuales, a tal grado que llegó a creerse que el problema estaba próximo a terminarse, situación que el tiempo se ha encargado de demostrar que no es así.

En las últimas dos décadas se han incrementado las ETS, y existen factores que influyen en su aparición tales como: el urbanismo y la industrialización, que inducen a numerosos adolescentes a acudir a las grandes ciudades en busca de escuelas o de trabajo, sustrayéndolos de su ambiente original y alejándolos de sus padres y de su hogar, lo cual les permite expresar y ejercitar su sexualidad con más libertad; las condiciones políticas y sociales que prevalecen en algunos países también han influido, así como las mayores facilidades de comunicación con la consecuente propagación cada día mayor de las ETS, los movimientos migratorios internos, el empleo de anticonceptivos, el inicio de relaciones sexuales a edades más tempranas, la disminución del temor a este tipo de enfermedades por la confianza al tratamiento de los agentes causales, la automedicación y muchos otros factores.

En la década de 1960-1969 y principios de 1970-1974 las ETS aumentaron en forma alarmante en muchos países, al grado que en los EUA, Suecia e Inglaterra, llegaron a ser consideradas como problemas de salud de tipo epidémico. En 1978 en EVA se registró un nuevo caso de ETS cada 12 segundos.

La sífilis tardía ha descendido de manera notable, lo mismo que la congénita, sin embargo, la sífilis temprana se ha re-
crudecido o mantenido estable en países como EUA, Inglaterra, -
Suecia, El Salvador, Venezuela, Colombia y Costa Rica.

En México, la sífilis continúa significando un problema -
de salud pública. Se han podido controlar la mortalidad y las
lesiones tardías, se ha observado que la frecuencia de casos -
de sífilis en todas sus formas registra un decremento hasta -
1974, año en que parece iniciarse una tendencia ascendente.

CAPITULO I.

DEFINICION, ETIOLOGIA, CLASIFICACION Y CUADRO CLINICO DE SIFILIS.

1.1- La sífilis es una enfermedad transmisible y crónica de la especie humana, provocada por el *treponema pallidum*, se adquiere por transmisión directa del microorganismo a partir de una persona infectada. El microorganismo invade todo el organismo casi desde el principio de la infección, evoluciona a través de períodos clínicos bien definidos, puede producir diferentes manifestaciones clínicas dependiendo de cada etapa de la enfermedad.

Se generaliza para después limitarse. Afecta los principales órganos de la economía, especialmente Sistema Nervioso Cardiovascular, piel y otros tejidos.

1.2- Etiología.

El *treponema pallidum* fue descubierto por Schaudin y Hoffmann en 1905.

Morfología.

Pertenece al grupo de las Espiroquetas específicamente a los Treponemataceae. Es un anaerobio que para sobrevivir - necesita humedad y tejidos.

El *treponema pallidum*, así llamado debido a la dificultad de tñirse apareciendo siempre pálida. Tiene forma espiral, son excesivamente delgados miden alrededor de 2 μ de ancho no llegando a media μ , en las formas más voluminosas, tienen una longitud de 4-20 μ posee espiras regulares e iguales que no pierden su relación se encuentran espaciadas - unas de otras y en número de 4-15 espiras pudiendo llegar en ocasiones hasta 28.

Se observan de 10 a 24 vueltas. Son ligeramente adelgazadas por sus extremos.

Son activamente móviles, girando constantemente alrededor de su eje mayor generalmente recto. Algunas veces adopta formas diferentes; pueden encorvarse de tal manera que, forman por momentos un círculo completo, retornando luego a su

posición normalmente recta, o se presenta un círculo al cual se puede cerrar demasiado y parece un filamento con una esfera en su extremo. Las espiras pueden atenuarse e incluso borrarse, unas veces en toda su longitud del germen, otras solamente en su parte central o distal. A veces además de borrarse las espiras, engruesa todo su cuerpo semejando un basilo. En cualquier preparación ultramicroscópica puede apreciarse la movilidad de los treponemas, cuyos movimientos normales son: uno de rotación sobre su propio eje longitudinal; otro de oscilación o flexión sobre éste mismo eje que constituye a veces por su regularidad un movimiento pendular. La mejor forma de observarlos es; la iluminación en campo obscuro, la inmunofluorescencia, o al ultramicroscópio. No se tiñen bien con los colorantes de anilina. Se tiñen bien con Giemsa.

Cultivo.

Nunca ha sido cultivado con certeza en medios artificiales.

Reacciones de los agentes físicos y químicos.

La desecación mata a las espiroquetas rápidamente, así como lo hace también la elevación de la temperatura a 42 °C. Pierde su movilidad y muere por efecto de arsenicales, mercurio, penicilina ésta última es eficaz en pequeñas concentraciones, pero la velocidad de muerte es lenta, quizá a la inactividad metabólica y a la lenta velocidad de crecimiento del microorganismo, se ha estimado en 30 horas. El jabón en diluciones debilísimas provoca su muerte.

Estructura Antigénica.

En el huésped humano las espiroquetas estimulan la producción de anticuerpos capaces de teñir treponemas por inmunofluorescencia directa, inmovilizar y matar al treponema vivo y móvil y de dar reacciones positivas de fijación del complemento en presencia de suspensiones de treponema.

También causan la producción de una sustancia similar a un anticuerpo, la reagina.

1.3- CLASIFICACION DE LA SIFILIS

El curso evolutivo de la sífilis ha sido dividido en tres períodos:

- 1.- Período Primario.
- 2.- Período Secundario.
- 3.- Período terciario

La sífilis sigue su desarrollo, alternándose con períodos de aparente calma (latencia), con otros de sintomatología manifiesta.

Se ha dividido también en:

Sífilis Precóz.

- Sífilis Primaria.
- Sífilis Secundaria.

Sífilis Tardía.

- Sífilis terciaria.

Según el tipo de contagio se clasifica en:

Sífilis adquirida (extrauterina).

- Reciente (menos de 4 años de infección).
- Tardía (más de 4 años de infección).

Sífilis Prenatal o Congénita (intrauterina).

- Reciente (menos de 2 años de infección).
- Tardía (más de 2 años de infección)

Manifestaciones Clínicas de la Sífilis.

Las lesiones que se presentan en boca, se registran también en períodos. Se afectan principalmente; mucosa bucal, lengua, paladar blando, zona amigdalar, región faríngea, encías, dientes.

La cavidad oral es el foco más frecuente de lesiones sífilíticas extragenitales, y son contagiosas las lesiones del período primario y secundario, las del período terciario no representan un período infeccioso.

Formas de Contagio.

Venéreo o Sexual.

Es la forma de contagio corriente de la sífilis. La localización más frecuente es en órganos genitales.

Contagio Extravenéreo.

La infección puede adquirirse a través de circunstancias diversas tales como: la inoculación accidental de uno o más dedos del médico, odontólogo o enfermeras por contacto con materiales contaminados, también se produce en las manos de los ginecólogos.

O en el laboratorio en contacto con el germen. En la sala de necropsias.

En los sopladores de vidrio, pueden contagiarse al pasar de boca en boca el objeto a modelar.

Otra forma de contagio, es la que se transmite de la madre al feto, ya sea durante la vida intrauterina o bien, durante el momento del parto.

1.4- CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA SIFILIS.

PERIODO PRIMARIO DE LA SIFILIS.

Presenta un período de incubación, que es el tiempo que transcurre entre el momento del contagio y la aparición del primer signo toma de la sífilis. Se observa un síndrome primario, el cual está integrado por una septicemia treponémica, adenopatía satélite y por la lesión inicial denominada chancro.

1.- Septicemia Treponémica.

Es muy anterior a la aparición del chancro. Comienza pocas horas después del contagio.

2.- Adenopatía Satélite.

Se inicia a los 6-8 días de la aparición del chancro, y en clínica los enfermos presentan casi constantemente la adenopatía bien desarrollada. Cuando falta o ha pasado inadvertido el accidente primario, la localización de la adenopatía puede hacer presumir donde estuvo situada la puerta de entrada de la infección. Se localiza en el grupo ganglionar donde desembocan los linfáticos, alcanzan el tamaño de un garbanzo o una avellana, son duros, indolores a la presión, rodaderos, nunca adheridos a los planos profundos o a la piel que los cubre. Esta pléyade ganglionar no está formada por ganglios del mismo tamaño, uno de ellos es mayor y suele denominarse, sele, prefecto.

3.- Chancro Sifilítico.

Es el primer accidente clínicamente apreciable de la sífilis y puede ser considerado como expresión de una reacción defensiva del organismo. Su localización anatómica, determina la forma que adopta el chancro, aunque conservando siempre sus caracteres fundamentales. Por su número se han dividido en únicos y múltiples. Por su tamaño se han clasificado en enanos cuando su localización es folicular y en gigantes. Por su forma en circulares, lineales o figurales, en forma de media luna o en herradura.

Su comienzo se observa muy pocas veces, porque los pacientes tardan días u horas en notarlo y cuando van a consultar al médico éstas lesiones han desaparecido. Cuando se observa desde un principio, se presenta como una pequeña escoriación de superficie limpia lisa y uniforme que espontáneamente y sobre todo cuando se irrita

abundante serosidad transparente o ligeramente opalina, la cual es rica en treponemas. Es indoloro en todos los momentos de su evolución, incluso la exploración con un instrumento duro es apenas dolorosa. La induración de la base comienza a los 3 o 4 días de la aparición del chancro. Generalmente la forma que tiene es circular u oval y está perfectamente bien delimitado.

Localizaciones del Chancro sifilítico.-

Chancros Genitales.- son los más frecuentes. Un 93% radican en órganos genitales.

En el hombre los sitios más frecuentes son:

- a) Cara interna del prepucio.
- b) Surco balanoprepucial.
- c) Glande.
- d) Piel del pene o del escroto.

En la cara interna del prepucio, se observa induración de la base y ligero edema prepucial. Por el orificio prepucial sale una abundante secreción purulenta y fétida.

En el surco balanoprepucial, el carácter fundamental del chancro es su extraordinaria induración, que muchas veces sobrepasa incluso la extensión del chancro. Todas las lesiones que radican en ésta zona, tienen su base indurada.

El chancro del glande siempre está poco indurado, es de forma plana, a veces poco marcada.

En la piel del pene o del escroto, el chancro suele alcanzar grandes dimensiones. Su induración es siempre plana y poco acentuada. La superficie es muchas veces ulcerosa, si el chancro se infecta secundariamente se cubre de una costra. La mayor parte de las veces, se trata de una típica erosión limpia que aquí más que en otras regiones parece un corte practicado con una navaja de afeitarse. Las adenopatías que se presentan en todas las localizaciones anteriores son inguinales superficiales.

En la mujer las localizaciones más frecuentes son:

- a) Grandes labios.
- b) Labios menores y clitoris.
- c) Comisura posterior de la vulva.
- d) Cuello del útero.

En los grandes labios, se presenta una enorme induración de la base, en otras ocasiones el chancro no existe apareciendo únicamente un edema indurado de aspecto elefantásico de todo el labio mayor.

En los labios menores y en el clitoris, el chancro suele ser pequeño y con la base ligeramente indurada.

En la comisura posterior de la vulva, el carácter clínico es la ausencia de induración.

En el cuello del útero, se presenta en forma de una induración lisa, de fondo limpio, y límites bien definidos. Otras veces se trata de una ulceración de aspecto vegetante y fungoso. Cuando se localiza en el canal cervical, da lugar a una ligera leucorrea.

En el cuello del útero no existe adenopatía inguinal, porque los linfáticos de esta región desembocan en ganglios situados en la cavidad pelviana.

Las adenopatías que se localizan en todas las regiones antes mencionadas son inguinales superficiales.

Chancros Extragenitales. - representan del 2-16% de los casos. Las localizaciones más frecuentes son:

- a) Ojo.
- b) Conjuntiva.
- c) Aberturas nasales.
- d) Glandulas mamarias.
- e) Manos y dedos.
- f) Pies.
- g) Ano.
- h) Tronco.

En el ojo, el chancro se localiza sobre todo en los párpados, donde se presenta con carácter de erosión o lesión ulcerosa. La adenopatía es preauricular.

Los chancros de la conjuntiva, que a veces se observa en médiros contagiados por partículas de saliva expulsadas en un ataque de tos al reconocer la garganta de sujetos con manifestaciones secundarias bucofaríngeas. Ocasiona fotofobia, lagrimeo, ligero escozor de las conjuntivas y al evvertir éstas se observa una

lesión circunscrita, ligeramente infiltrada, de superficie brillante y de color rojo cobrizo.

La adenopatía que se presenta es preauricular.

En las aberturas nasales el chancro determina una infiltración que abraza parte del contorno de un orificio nasal. La erosión o ulceración puede encontrarse en el interior del vestíbulo nasal, cubierta por una costra adherente.

Se presenta adenopatía submentoniana.

Los chancros de la mama, casi siempre son lesiones ulcerocostrosas, a veces en forma de media luna que abraza el pezón, se presenta induración de la base.

Se presenta adenopatía axial.

En las manos y dedos el chancro es casi siempre un accidente profesional. Puede tener la típica forma erosiva o ulcerosa, de forma regular o presentarse como con frecuencia ocurre cuando se localiza en los dedos, con forma de lesión fungosa y vegetante. En la extremidad de los dedos, el chancro suele tener forma de media luna, que rodea los bordes y base de la uña.

La adenopatía se localiza en los ganglios epitrocleos y en los axiales.

Los chancros de los pies son raros. Se originan por curas con instrumentos o apósitos infectados, por pasarse el enfermo con los pies descalzos en un suelo húmedo, poco antes pisado por una persona con lesiones contagiosas, o uso de toallas, tijeras infectadas. Se presenta en forma de una lesión indurada, de color rojo cobrizo, de forma circular o en herradura cuando asienta en el fondo de un espacio interdigital.

La adenopatía se localiza en la región inguinal.

En el ano, en los pliegues el chancro toma la forma fisuraria que ocasiona dolores violentos en la defecación, presenta un color rojo cobrizo, ausencia de bordes e induración.

No existe adenopatía, pues los linfáticos anales son tributarios de los ganglios perirrectales.

En el tronco, el chancro se encuentra sobre todo en la piel del abdomen, en las proximidades de los órganos genitales, aunque se describen casos localizados en hombros y espalda. Desaparece en un término de 3 a 8 semanas. No deja cicatriz.

... - PERIODO SECUNDARIO DE LA SIFILIS.

Generalidades.

Su comienzo está marcado por la aparición de las reacciones positivas en el suero sanguíneo, o por la aparición de los primeros síntomas secundarios representados por la roséola.

Cronológicamente, ésta primera explosión secundaria se produce aproximadamente dos meses después del contagio.

I.- Síntomas Generales Secundarios.

Existe una intensa septicemia treponémica, los síntomas generales aparecen a los 3-4 días antes o al mismo tiempo que brota la roséola.

Uno de los síntomas más frecuentes es la fiebre, se observa del 20% de los casos, generalmente es poco intensa, disminuye por la mañana a temperaturas normales o subfebriles, exacerbándose al anochecer y, cuya duración oscila entre pocos días y algunas semanas.

Existen también durante éste período algias múltiples, cuya intensidad se exagera durante la noche, son dolores nocturnos y tienen localizaciones variables.

Las cefalalgias, están limitadas unas veces a la parte anterior o posterior de la cabeza, otras difusa, es de intensidad muy variable.

A veces se observan enfermos con palidez, dependiente de una anemia hipocrómica.

II.- Manifestaciones Cutáneas de la Sífilis Secundaria.

Ya se ha indicado que el período secundario se inicia con el brote de una roséola. En pocos días, aún sin tratamiento la roséola desaparece sin dejar ningún rastro, al cabo de más o menos tiempo de silencio, aparece un nuevo exantema secundario.

Con intervalos muy desiguales y durante los primeros años de la infección puede haber un número muy variable de recidivas cutáneas secundarias de múltiples aspectos y localizaciones.

Las sífilides secundarias se pueden agrupar en:

- 1.- Sífilides maculosas.
- 2.- Sífilides papulosas.
- 3.- Sífilides papulopustulosas, que a veces se transforman en elementos más destructivos como, sífilides papuloulcerosas y papulocostrosas.

Sífilides Maculosas.

Roséola.-

Es el primer exantema sífilítico cuya aparición puede retrasarse por un tratamiento insuficiente durante el período primario, muy rara vez falta en enfermos no tratados, eventualmente recidiva incluso hasta 10 o más años después del contagio (roséola terciaria)

El primer brote de roséola está integrado por maculas e ritematosas de forma redondeada u oval, con límites bien definidos y superficie lisa. Algunos elementos son ligerísimamente edematosos y forman un tenue relieve sobre la superficie cutánea (roséola urticada), excepcionalmente algunos elementos aislados muestran una distinta infiltración que los hace perceptibles a la palpación (roséola papulosa). La roséola puntuada se presenta como elementos maculosos en cuya superficie los folículos pilocebáceos se destacan como minúsculas elevaciones puntiformes de color más vivo.

La roséola se localiza preferentemente en el tronco, sobre todo en el vientre y flancos, raíz de miembros, cara anterior de antebrazos, flexura de codos y región palmoplantar. En la cara sólo se observan exantemas muy extensos a nivel de cuero cabelludo, es muy frecuente la existencia de pequeñas lesiones ligeramente erosivas cuya exudación se deseca en minúsculas costras y la obtención de una gota de serosidad de muestra la abundancia de treponemas.

La erupción no provoca ninguna molestia, excepcionalmente se presenta ligero prurito en regiones palmoplantares.

Sin tratar, la primera roséola desaparece espontáneamente en el curso de pocas semanas hasta 2 meses como máximo. El tratamiento la borra en pocos días.

Roséola de recidiva.

Son frecuentes durante el primer año, raras veces después, aunque pueden aparecer durante el período terciario.

Están integradas por lesiones menos numerosas, más pálidas y de mayor tamaño cuanto más tardías en su aparición.

Aparece a los 5, 6 e incluso 10 y más años de la infección, se localiza sobre todo en una zona circunscrita - del dorso o del tronco, su forma es semilunar.

Sifilides Pigmentarias.

Es una manifestación cutánea que se observa a partir de los 6 meses de la infección. Consisten en máculas acrómicas o marcadamente hipocrómicas, de forma redondeada u oval, bordes precisos y superficie completamente lisa, sin la menor descamación o atrofia.

Se observa sobre todo en personas de piel hiperpigmentada por baños de sol. Se localiza en el cuello y nuca, en algunos casos se extiende por los hombros y desciende a la parte superior del tórax y gran parte de la espalda. Se ha descrito su localización excepcional en la región genital y miembros.

Sifilides Papulosas.

Son exantemas muy polimorfos. Están localizados en determinadas regiones cutáneas expuestas a irritaciones y traumatismos o pueden estar generalizadas. No producen ninguna molestia subjetiva, excepto en algunas regiones, como los pliegues en que el calor roce y la humedad las macere, son muy sencibles a la presión.

Sifilides Papulosas Lenticulares.

Suele seguir inmediatamente a la roséola. Es relativamente frecuente que coexista con el accidente primario en fase de involución. Está constituido por pápulas redondeadas o ligeramente ovaladas, de límites precisos. El color puede ser rojo vivo en el primer momento de la erupción y posteriormente se ha observado que toman un color cobri-

zo. La consistencia de las pápulas es sólida, aparecen al tacto - mucho más infiltradas de lo que hace suponer la inspección. No determinan ninguna molestia.

El exantema está integrado por número variable de elementos. El brote generalizado invade toda la superficie cutánea, pero cuando es poco intenso tiene marcada predilección por la espalda, flancos, cara anterior de miembros superiores, palmas.

En la cara es muy frecuente la aparición de abundantes pápulas, agrupadas en banda irregular, se observan en el borde frontal a nivel del cuero cabelludo (corona veneris). En los surcos nasogenianos y mentón, se detectan las localizaciones saborreicas y aparecen cubiertas por escamas grasosas, de tono amarillento (sifilides saborreicas).

En las regiones palmoplantares, a causa del espesor de la epidermis, las pápulas forman escaso relieve sobre la superficie cutánea, y al tacto aparecen menos infiltradas. En el centro a causa del engrosamiento de la capa córnea, adquiere una coloración amarillenta, o llega a formarse un grueso disco hiperqueratósico que penetra profundamente en el espesor de la piel. Los elementos que coinciden con un pliegue de flexión se agrietan en el centro, formándose una fisura profunda y dolorosa.

Sifilide Papuloescamosa.

Existe descamación en la periferia de la lesión, persiste alrededor de un par de meses en sujetos no tratados convenientemente.

Sifilides Pápulocostrosas.

Se forman costras consecutivas a la descamación del contenido de las pustulas o de la secreción de una ulceración, las lesiones de sifilides pápulocostrosas van siempre precedidas de lesiones ulcerosas o pustulosas, aunque en ocasiones son tan fugaces que no llegan a observarse.

Sifilides Pápulopustulosas.

Generalmente su localización es folicular, se observa una minúscula pústula, cuyo contenido se deseca rápidamente, dando

lugar a lesiones papulocostrosas. Finalmente se desprende la costra, e involucionando posteriormente.

Aparecen en tronco, espalda, cara y cuero cabelludo y algunas veces sólo se forman en miembros inferiores.

Las costras al desprenderse dejan como secuela una cicatriz, rodeada por un anillo hiperpigmentado.

Sifíides Pápulaulcerosas.-

Aparecen en la cara, alrededor de la boca, cuero cabelludo, a veces en la barba, al mismo tiempo o aisladamente que elementos papulosos de otra localización, cuya superficie se erosiona rápidamente, cubriéndose de costras mielínicas gruesas. Al levantarlas aparece una ulceración superficial de fondo purulento, base dura e infiltrada residuo de la pápula inicial.

Sifíides Ulcerosas.-

Se localizan en los miembros inferiores donde la escasa nutrición de los tejidos, ocasionada por las dificultades del riego sanguíneo disminuye su resistencia y facilita la ulceración. Son de forma redondeada, son poco profundas, su fondo es purulento. Están cubiertas por costras amarillentas u oscuras más o menos hemorrágicas.

III.- Lesiones Mucosas de la Sífilis Secundaria.

Las lesiones secundarias de las mucosas, genéricamente denominadas placas mucosas, pueden recidivar aisladamente, se localizan en las mucosas de la boca, genitales, ano, faringe, laringe, conjuntivas.

Ocasionan pocas molestias subjetivas, excepción hecha al escozor al contacto con alimentos o bebidas muy calientes o picantes. Los traumatismos locales o diversas irritaciones reiteradamente repetidas determinan las recidivas incesantes de las placas mucosas de la cavidad oral.

Se pueden distinguir las siguientes variedades:

- 1.- Placas mucosas erosivas.
- 2.- Placas mucosas pápuloerosivas.
- 3.- Placas mucosas ulcerosas.

Placas mucosas erosivas.-

Son eflorescencias equivalentes a la roséola cutánea, cuya superficie finalmente pierde el epitelio a causa de la humedad de las mucosas. Inicialmente son máculas redondeadas, están bien delimitadas, en número variable destacan sobre un color rosado de la mucosa por su tono rojo vivo.

Rápidamente la maceración altera éste aspecto, unas veces antes de desprenderse blanquea, y la lesión maculosa presenta una superficie aporcelanada, blanquecina, brillante.

Finalmente cuando desaparecen por completo, del epitelio, éstas lesiones tienen una superficie rojiza exudativa, a veces cubiertas por costras o falsas membranas, formadas al secarse sus secreciones, aglutinando los restos necróticos del epitelio.

Placas mucosas pápuloerosivas.-

Son lesiones papulares, redondeadas, y se elevan sobre la superficie de la mucosa que las rodea. Su superficie erosiva es roja o cubierta de costras. Se observan con gran frecuencia en la cara interna de los grandes labios, fondo de saco vaginal, cuello uterino, son excepcionales en cavidad oral.

Placas mucosas ulcerosas.-

Son poco frecuentes en el período secundario. Se ven principalmente en la lengua, se pueden encontrar lesiones fisurarias más o menos profundas, coincidiendo con el fondo de algún pliegue de la mucosa, las cuales se hacen muy visibles separando los bordes, ocasionan molestias durante los movimientos y las comidas.

Todas éstas lesiones lo mismo que las equivalentes de localización cutánea, son espontáneamente resolutivas, desaparecen por sí solas después de varias semanas y en pocos días bajo la acción del tratamiento, sin dejar huellas.

IV.- Sífilis Secundaria de los Anejos Cutáneos.-

Alopecia Sifilítica Secundaria.-

Se observa con relativa frecuencia la caída del cabello y en ocasiones de las cejas, pestañas, bigote y bello axial y puberal.

Si es muy intensa puede provocar una calvicie total y afecta todas las regiones pilosas. Aparece entre el tercero y cuarto mes de la infección y cura espontáneamente después de algún tiempo, y con mayor rapidéz bajo la acción del tratamiento.

Alopecia en Claros.-

Sobreviene después del primer exantema, casi siempre durante el primer año de la infección. Coincide muchas veces con la sífilide pigmentaria, y se caracteriza por la caída del pelo, sobre todo en las regiones temporoparietales y occipital, muchas veces también en las cejas principalmente en su porción externa, pestañas y excepcionalmente en la barba, bigote, pubis y axilas.

Si la alopecia es poco intensa y el individuo tiene los cabellos largos puede pasar inadvertida ya que las dimensiones de la alopecia son aproximadamente del tamaño de una lenteja, pueden ser redondeadas u ovals.

En las mujeres algunas veces, sólo es apreciable la alopecia en claros, en la parte externa de las cejas y la falta de pestañas en pequeñas zonas bien circunscritas. Puede existir alopecia total o repercutir sobre los pelos que persisten disminuyendo gradualmente su brillo y haciendolos mas finos y pobres en pigmento.

Esta alopecia puede ser consecutiva a un exantema, cuyas eflorescencias lesionan los bulbos pilosos.

La alopecia sifilítica es siempre transitoria. Pero la repoblación capilar tarda de 2 a 3 meses en ser completa, aún en casos sometidos a tratamientos enérgicos.

Lesiones Ungueales del Período Secundario.-

Pueden afectar exclusivamente a la uña o localizarse fundamentalmente en las partes blandas contiguas.

a.-Onixis Sifilítica.-

Onixis "craquelé".- en la cuál la uña se astilla aunque se la lime y corte cuidadosamente, su superficie sin brillo está llena de rugosidades y surcos, se observa preferentemente en las mujeres y exclusivamente en las manos.

Despellejamiento ungueal, que comienza en el borde libre de la uña, progresando la caída total de la uña, rápidamente sustituida. La porción ungueal desprendida tiene color amarillento.

Fauionixis, es un engrosamiento de la uña que se inicia en la cara profunda, acompañada de una coloración oscura, pérdida de brillo y aspecto rugoso de la superficie.

Elconixis, consiste en una pérdida de sustancia de forma semilunar, a modo de úlcera, que aparece en la superficie de una o varias uñas y progresa hasta llegar a la matriz ungueal. Suele localizarse cerca de la raíz y son indoloras.

b.- Ferionixis Sifilítica.-

Consiste en la inflamación del reborde ungueal de algunas o todas las uñas de las manos, y con mayor frecuencia de los pies. Se observa en los bordes laterales, extendiéndose a todo su contorno que aparece tumefacto, de color rojo violáceo, en algunos casos dando salida a alguna gotita de pus cuando se presiona, más frecuentemente determinando la ulceración bastante profunda y termina por la caída de la uña.

V.- Latencias Precoces de la Sífilis.

Se ha dicho que el período secundario de la sífilis se caracteriza por períodos asintomáticos, de duración variable, entrecortados por las recidivas clínicas.

Sífilis secundaria sin síntomas clínicos. -

No siempre debuta por un chancro la infección sifilítica. Estas infecciones de comienzo asintomático, pueden cuando no se tratan al iniciarse la positividad serológica, determinar en el plazo habitual un típico exantema, otras permanecen latentes indefinidamente. El diagnóstico de ésta sífilis puede hacerse al comprobar la positividad serológica, casualmente o por sospechas un posible contagio.

Latencia por tratamiento insuficiente del chancro.-

El tratamiento insuficiente de la infección sifilítica durante el período primario, retrasa la aparición de los primeros síntomas y modifica más o menos profundamente la evolución típica de éste período. Unas veces, al cabo de varios meses incluso 1 año o más, aparece una típica sífilis secundaria, en otras falta por completo los síntomas cutáneos mucosos y es una lesión del SNC o hepático la primera manifestación clínica. El diagnóstico en éstos casos es fácil por la anamnesis. Es frecuente la persistencia de una cicatriz del accidente primario, eventualmente con una induración residual y la presencia de adenopatías principalmente en regiones inguinales, epitrocleares y cervicales. La serología suele ser positiva.

SIFILIS LATENTE.-

El período de latencia es una etapa asintomática que sigue al secundarismo. No da síntomas, pero la serología continua siendo positiva. Comienza durante los 2 primeros años de la infección, la mayoría de las veces cerca del primer año. Este período de latencia puede persistir toda la vida o hasta que aparezcan las lesiones del terciarismo.

- PERIODO TERCIARIO DE LA SIFILIS.

Las localizaciones terciarias de la sífilis, pueden aparecer a partir del segundo año de la infección, excepcionalmente antes, y son frecuentes también entre el tercero y sexto año, pero se encuentran también muchos años después del accidente primario, sin que pueda nunca excluirse la posibilidad de su aparición por muy viejos que sean los enfermos y la infección sifilítica.

Igual que las lesiones secundarias, las lesiones terciarias, pueden recidivar al cabo de cierto tiempo, siempre con menos frecuencia que las manifestaciones secundarias.

Caracteres peculiares del terciarismo.

Las manifestaciones terciarias se caracterizan por:

- a.- Circunscribirse a sectores limitados del organismo como determinada zona mucosa o cutánea.
- b.- Mayor gravedad local de las lesiones, que a diferencia de las secundarias, no desaparecen rápidamente sin dejar huella, sino que muy persistentes, siempre determinan la formación de una cicatriz indeleble.
- c.- Contiene escasos treponemas y tiene una escasa contagiosidad.

Se estudiarán sucesivamente:

- I.- Síntomas generales del período terciario.
- II.- Sifíldes terciarias de la piel.
- III.- Lesiones terciarias de las mucosas.
- IV.- Latencias tardías de la sífilis.
- I.- Síntomas generales del período terciario.

Existe absoluta indolencia en algunas extensas sifíldes ulceradas. Sólo ocasionan molestias locales las ulceraciones que asientan en el borde de orificios naturales y las infectadas secundariamente.

Existe también fiebre, que adopta las formas más variables, puede ser continua, intermitente o muy irregular.

II.- Sifíldes Cutáneas terciarias.

Aunque la lesión más típica es el goma en la piel, son mucho más frecuentes las sifíldes tuberculosas, constituidas por tuberculos de dimensiones y número variables.

a.- Sifíldes tuberculosas.

Están constituidas por tubérculos, de dimensiones variables, muy infiltrados, de consistencia dura, color rojo cobrizo o violáceo, son indoloros y deja una cicatriz indeleble, siempre muestran tendencia a agruparse y frecuentemente evolucionan hacia la induración. La agrupación más frecuente adopta una distribución arciforme, y al desarrollarse las lesiones dejan tras sí una atrofia cicatrizal (sifíldes tuberoserpiginosas), otras veces los tubérculos se agrupan irregularmente.

b.- Sifíldes tuberosas.

Se caracterizan por la agrupación de nódulos duros, infiltrados, cuyas dimensiones oscilan entre 1 y 10 mm, de forma redonda, color rojo cobrizo, cubiertos por piel de apariencia normal o eventualmente con escamas.

Existen otras variedades que son:

- Sifíldes tuberosas diseminadas-

Muy poco frecuentes, en las que lesiones tuberosas poco infiltradas y de pequeñas dimensiones, cubren superficies relativamente extensas del tegumento.

- Sifíldes tuberosas agrupadas-

Los elementos tuberosas más próximos unos a otros, pero sin llegar a confluir, ocupan regiones cutáneas. Al terminar su involución dejan una secuela atrófica.

- Siflides tuberosas confluentes -

La confluencia de varios tubérculos forman una placa más o menos redondeada, de superficie lisa o ligeramente escamosa de color cobrizo o rojo violáceo, sobresaen algunos mm de la superficie cutánea, al tacto muy infiltrada y de consistencia sólida, puede localizarse en cualquier parte del tegumento, pero se observa sobre todo en la cara y región palmoplantar.

- Siflides tuberoserpiginosas -

Los tubérculos confluyen en un borde de 2 a 10 mm de anchura, en forma de arco de círculo, dejando una cicatriz indeleble.

c.- Siflides tuberculerosas -

Destruyen la epidermis y tejido dérmico subyacente dando lugar a focos ulcerosos aislados o ulceraciones múltiples éstas ulceraciones de fondo irregular, purulento son profundas, con bordes cortados a pico y frecuentemente tienen forma arriñonada.

Aún sin tratamiento tienen tendencia a la curación.

La secreción purulenta de las ulceraciones se concreta en costras más o menos oscuras, según la importancia del componente hemorrágico (siflides tuberculerosas).

Se pueden presentar en el centro de la cara, en los miembros principalmente en la parte distal, labios, nariz, pabellones auriculares, determinan en ocasiones una gran hipertrofia de las regiones correspondientes y existen deformaciones permanentes.

d.- Siflides gomosas -

Se observan durante el tercero y sexto año de la infección, pero puede aparecer después. Muestra preferencia por los miembros inferiores (explicable por la disminución de resistencia que en ellos crean las condiciones circulatorias).

El goma comienza en las capas más profundas de la dermis se distinguen tres períodos:

a.- Período inicial de crudeza-

Caracterizado por la existencia de uno o varios nódulos redondeados, indoloros, cubiertos por piel de apariencia normal, de consistencia dura y algo elástica. Este nódulo aumenta progresivamente de tamaño, aproximándose cada vez más a la superficie de la piel, cuando alcanza determinado tamaño comienza la fusión central que marca el comienzo del segundo período.

b.- El segundo período.

Se caracteriza por la consistencia cada vez más blanda de la lesión, que termina por mostrar una clara fluctuación, simultáneamente el nódulo se adhiere a la piel que toma una coloración rojiza progresivamente acentuada. Al final de ésta fase el goma semeja un absceso, pero la punción permite distinguir ambos procesos, el goma origina una serosidad de aspecto sucio mezclada con restos necróticos, de consistencia todavía sólida, que dan al conjunto su consistencia gomosa y que impiden la completa evacuación mediante punción aspiradora. No puncionando el goma termina perforando espontáneamente la piel que lo cubre y evacuando su contenido.

c.- Período de ulceración.

En él se conduce a la destrucción progresiva del techo de la lesión, se caracteriza por la existencia de una úlcera circular, cuyas dimensiones varían desde unos centímetros hasta aproximadamente el tamaño de la palma de la mano, se profundiza de 3 a 10 o más mm, con bordes cortados a pico, de consistencia dura, de color rojo cobrizo, cubierto de restos necróticos y de pus.

En lesiones localizadas en regiones difícilmente irrigadas, los bordes de la ulceración muestran una coloración violácea, en ocasiones casi negruzca.

Spontáneamente, o bajo acción terapéutica, el goma entra en el cuarto período de reparación, el fondo de la úlcera crece y se limpia gradualmente, los bordes se rebajan y se

-- forma finalmente una cicatriz atrófica, al principio de color obscuro, que progresivamente se decolora por el centro y se haceacrómico, y finalmente desaparece.

Formas Clínicas.

Los gomas son más frecuentes únicos, aunque se pueden presentar dobles o múltiples. Su tamaño oscila entre el de una aceituna y un huevo de paloma, llega en ocasiones al de una naranja.

Por su evolución, que habitualmente es de 2 o 3 semanas, se distinguen casos de evolución rapidísima, y en otros que persisten meses enteros sin llegar al reblandecimiento y ulceración.

Los gomas confluentes forman placas de 12 a 15 cm de largo que sobresalen alrededor de 1 cm de la superficie cutánea y que se ulceran por varios sitios, apareciendo en la superficie de la lesión de 4 a 5 ulceraciones independientes o dan lugar a una úlcera única, o confluencia de úlceras múltiples, con bordes en arco de círculo y cortados a pico.

Las sífilides gomosas esclerosas, se caracterizan por la precóz e intensa reacción esclerosa del conjunto, evolucionando en una zona cutánea infiltrada y esclerosa, lesiones gomosas de evolución anormalmente lenta y que finalmente terminan por ulcerarse, eliminando un secuestro central. El goma es casi siempre indoloro, cuando se localiza en regiones como las comisuras bucales, expuestas a incómodos movimientos, determinan dolor. En el tercio inferior de la pierna singularmente en sujetos con varices, las ulceraciones gomosas son muchas veces atípicas.

Complicaciones.

La infección secundaria de las úlceras gomosas se traduce por un aumento de la secreción purulenta, formación de costras y repercusión inflamatoria de gánglios linfáticos satélites.

La hemorragia es una complicación consecutiva a la invasión y destrucción por la lesión gomosa.

d.- Fagedismo terciario.

La palabra fagedismo sirve para designar una peculiar evolución de diversas lesiones ulcerosas, crónicas por su duración y agudas por su gran rapidéz con que crecen, produciendo en breve plazo importantes destrucciones.

Todas las lesiones sifilíticas son capaces de adoptar un curso fagedénico, pero el fagedismo sifilítico más frecuente es el terciario que tiene su origen en una ulceración gomosa preferentemente localizada en genitales y cara.

En los genitales, la lesión en pocos días destruye gran parte o la totalidad del glande, invade el resto del pene y se corre a la piel de las bolsas.

En la cara, la ulceración destruye completamente la nariz y transforma si no interviene la oportuna terapéutica, el centro de la nariz en una enorme ulceración de forma vegetante.

III.- Lesiones terciarias de las mucosas.

Al contrario de lo que sucede en la piel, predominan las lesiones gomosas sobre las tuberosas.

La contigüidad de muchas mucosas (naríz, paladar, laringe tráquea), a huesos o cartílagos, hace que las lesiones terciarias invadan rápidamente los tejidos inmediatos, siendo en muchas ocasiones imposible precisar si ésta ha comenzado en la mucosa, hueso o cartílago.

Son más graves y de peor pronóstico, las manifestaciones sifilíticas terciarias de las mucosas que las localizadas en piel.

IV.- Latencias tardías de la sífilis.

Ocurren a partir del quinto año de la infección, plantean análogos problemas diagnósticos que los estudiados en las latencias precoces. Se distinguen de las precoces por un menor riesgo de recidiva y por el menor riesgo social o de contagio.

SIFILIS DEL APARATO LOCOMOTOR.

1.- Sífilis ósea.

Generalidades.-

Las manifestaciones óseas en el sistema óseo, pueden aparecer en todos los períodos de la enfermedad, desde la iniciación de los síntomas secundarios hasta mucho después del contagio, - son desde luego más frecuentes las lesiones terciarias y en el curso de las sífilis congénitas.

Las sífilis óseas muestran necrosis consecutivas a la propagación al perióstio de lesiones sífilíticas contiguas que destruyendo zonas extensas de éste, privan a parte del hueso de su irrigación, aparecen preferentemente en huesos en íntimo contacto con piel como en huesos palatinos, craneales.

Periostitis.-

Caracterizadas por inflamación circunscrita del periostio que en ocasiones no se observa radiográficamente por ser insignificantes y tardías de estructura gomosa apareciendo entre el perióstio y el hueso, infiltrados de aspecto gelatinoso y tamaño variable. Las periostitis se reabsorven espontáneamente, algunas se osifican y determinan exostosis imborrables. La propagación del proceso perióstico al tejido óseo, da lugar a iguales alteraciones. Las lesiones inflamatorias menos intensas llegan a ser reversibles dejando como secuela una reabsorción ósea que se hace porosa (osteoporosis en algunos casos hasta el extremo de aparecer fracturas con el más insignificante traumatismo o sin causa aparente). En ocasiones se puede sustituir tejido óseo esponjoso por uno compacto (eburneación). Las osteitis gomosas típicas, generalmente osteomielitis ocasiona la modificación de un sector óseo y la formación del correspondiente secuestro óseo.

I.- Sífilis precóz de los huesos.

Durante el período de generalización secundaria, algunas veces precediendo al primer exantema, hacen su aparición las primeras localizaciones sífilíticas óseas que clínicamente pueden presentarse en tres formas:

a) Ostealgias sin lesiones objetivas.

Son la variedad más frecuente y precóz. Los dolores a ve-

ces intensos y con acusada exacerbación nocturna, tienen múltiples localizaciones (miembros, cráneo, clavícula, vértebras cervicales) y no se circunscriben a una zona localizada del hueso, duelen sordamente al percutirlo. Desaparecen espontáneamente al cabo de poco tiempo al comenzar el tratamiento.

b) Osteoperiostitis.

Generalmente múltiples, localizándose sobre todo en miembros, costillas, clavícula y cráneo. Ocasiona un dolor intenso que exagera la presión y el rose más insignificante, se localiza en una pequeña zona de la superficie ósea, en la cuál la palpación puede descubrir un pequeño saliente de la superficie del hueso de forma irregular.

Radiográficamente, aparece una imagen de engrosamiento perióstico. Espontáneamente y con mayor rapidéz con el tratamiento éstas periostitis se reabsorben sin dejar estigmas.

Exostosis.

A cuyo nivel existe dolor que aumenta con la presión o percusión. Están precedidas de una periostitis que cuando se explora al paciente ya han comenzado a osificarse.

II.- Sífilis terciaria de los huesos.

Las lesiones sífilíticas de los huesos son gomosas, siempre comienzan o rápidamente invaden la médula ósea (osteomielitis gomosa) o el periostio (osteoperiostitis gomosa).

a) Osteoperiostitis gomosa.

Son únicas y muy escasas, localizadas en un solo hueso del esqueleto. Debutan por una pequeña tumefacción circunscrita de la superficie ósea, dolorosa, espontáneamente y más a la presión, aunque no con la intensidad que las periostitis precoces. Los gomos inicialmente tienen muy reducidas dimensiones y mediante el tratamiento regresan sin originar secuestros y únicamente dan lugar a procesos osteíticos contiguos. Cuando son extensos predisponen a fracturas espontáneas. Otras veces determinan osteítis condensantes que transforman la parte del hueso esponjoso en compacto, muy opaco radiográficamente. Si la infiltración gomosa alcanza cierto volúmen, origina el secuestro. La lesión se propaga a los tejidos blandos contiguos, llegando a la piel inmediata que perfora, apareciendo una fístula

que da lugar a una secreción saniosa, de vez en cuando a pequeñas esquirras óseas necróticas.

Las osteoperiostitis se localizan preferentemente en:

a.- Osteoperiostitis de los huesos craneales.

Cuando se localizan en su cara externa, por la proximidad a la piel, rápidamente se traducen por una tumefacción circunscrita de la superficie cutánea, ligeramente enrojecida que crece paulatinamente, se reblandece y ulcera, formándose una ulceración gomosa, en cuyo fondo necrótico el estilete permite apreciar la existencia del secuestro óseo que en fragmentos más o menos numerosos acaban por eliminarse. Algunas veces es muy lento el proceso de destrucción del secuestro, a pesar de la terapéutica y se requiere facilitar con la intervención quirúrgica (raspando la eliminación del esfacelo óseo). Raras veces ocasiona la perforación de la bóveda craneal, y en la mayoría de éstos casos la inflamación defensiva establece adherencias que preservan la cavidad neural de la infección secundaria. En las osteoperiostitis de la cara interna de esos huesos, la neoformación inflamatoria ocasiona intensas cefaleas.

b.- Huesos de la cara.

Singularmente en el maxilar superior donde al eliminarse el secuestro perforan el paladar duro, ocasionando rinolalia y paso a las fosas nasales de los líquidos al ingerirlos.

Las periostitis gomosas de los huesos de la órbita se traducen por la proyección hacia afuera del globo ocular.

En el vómer su poco espesor acelera la perforación. En los huesos nasales provoca hundimiento y deformación de la nariz.

c.- Huesos largos.

Principalmente tibia, cúbito, radio, clavícula, esternón y costillas, es poco frecuente la formación de secuestro óseo y eliminación ulterior de éste. Al comienzo puede haber dolor circunscrito al presionar o percutir el territorio óseo enfermo, la palpación detecta una ligera elevación de la superficie del hueso. Otras veces evoluciona silenciosamente y pasa inadvertido, hasta que una radiografía descubre las alteraciones reaccionales del tejido óseo (osteoporosis) próximo al foco gomoso.

En la tibia suele estar presente una hiperproducción de hueso compacto en el borde anterior, que caracteriza la llamada tibia en "hoja de sable". Radiográficamente, se ve casi siempre opaca sobre todo en la sífilis congénita.

d.- Esternón - Clavícula - Costillas.

La clavícula tiene tendencia a la osteoporosis. En el esternón y costillas participa muchas veces en el proceso del cartilago, localizándose éstas osteocondrosis en la unión del extremo óseo de las falsas costillas con su correspondiente cartilago. En varios huesos de los miembros, las localizaciones epifisiarias son causa de anquilosis, debidas a la deformidad del hueso, sin existir lesión articular.

Osteomielitis Gomosa.

Si evoluciona con rapidéz provoca dolores intolerables no bien localizados, que se intensifican al percutir cualquier parte del hueso, puede ser el único síntoma durante toda la evolución del proceso, y sólo la autopsia es capaz de confirmar plenamente el diagnóstico. Únicamente cuando la lesión gomosa crece hasta alcanzar un tamaño capaz de modificar la imagen radiográfica o la forma normal del hueso, es posible hacer un diagnóstico seguro.

La dactilistis sífilítica, más frecuente en la sífilis congénita, se observa indistintamente en varios dedos del pie o de la mano, que aparecen hinchados hasta alcanzar dos o tres veces el grosor normal. Después de algún tiempo de infiltración gomosa invaden todos los tejidos del dedo, se anquilosan las articulaciones, se ulcera la piel y se abren fístulas por las que se eliminan esquirlas óseas necrosadas. Al curar la dactilistis deja el dedo correspondiente rígido y más corto.

Principalmente las manifestaciones terciarias se desarrollan a veces después de un traumatismo provocador. Es relativamente frecuente que éstas lesiones aparezcan en sífilis ignoradas hasta entonces y por consiguiente no tratadas.

2.- Sífilis Articular.

Pueden aparecer muchos años después del contagio, en plena senectud, son algo más frecuentes en el sexo femenino, y, entre -

los 30-40 años de sífilis adquirida. En los sífilíticos congénitos aparecen entre los 6-12 años, después de los 18 años es muy excepcional.

Las lesiones anatómicas de las atralgias secundarias son radiográficamente invisibles, sólo después de persistir mucho tiempo el derrame seroso, aparece una inflamación hiperplásica difusa de la sinovial.

Formas clínicas.-

Se describirán sucesivamente las siguientes variedades clínicas:

- 1.- Atralgias sífilíticas.
- 2.- Atralgias sífilíticas febriles.
- 3.- Artritis crónica.
- 4.- Artritis sífilíticas atípicas.

1.- Atralgias sífilíticas.

Presentan dolor intenso nocturno, que llega a impedir el sueño, se localiza en una o varias articulaciones. Afecta principalmente las articulaciones intervertebrales como: hombros, rodillas, o las articulaciones esternoclaviculares demostrables por el dolor que provoca su palpación en los enfermos con exantemas generalizadas precoces. No existe ningún otro síntoma objetivo, ni radiográfico, las atralgias desaparecen espontáneamente al cabo de pocas horas y rápidamente bajo la acción de un tratamiento.

2.- Artritis sífilíticas febriles.

Se observan entre los 20 y 40 años con predilección por el sexo femenino, en el masculino se presentan del 20 por 100 de los casos.

Las monoartritis de una de las articulaciones singularmente rodilla o codo, es la forma clínica más frecuente, o existen poliartrosis que invaden preferentemente manos y pies, esternón, clavícula y costillas.

La afección suele comenzar bruscamente, con dolor articular y fiebre, sin escalofrío pero con accesos de sudoración, rápidamente las articulaciones enfermas muestran tumefacción, edema, enrojecimiento y calor de la piel que la cubre, a la palpación descubre la presencia de derrame articular poco abundante. Es -

característica la estricta limitación del dolor a la presión en determinadas zonas circunscritas habitualmente a las prominencias óseas yuxtaarticulares.

Radiográficamente, son características las alteraciones de la región ósea intercapsular, en la cual aparecen focos gomosos que hacen relieve en la superficie del hueso o se traducen por zonas de reabsorción. La cápsula suele estar engrosada y más opaca por la infiltración inflamatoria.

3.- Artritis Crónica.

a) Artritis crónica seca.

Es poco frecuente, ataca generalmente una de las grandes articulaciones preferentemente la rodilla. Comienza por dolor que limita la función articular, cesa durante el reposo excepto por la noche. La exploración solamente descubre crepitaciones y rones al poner la mano sobre la rótula, faltan zonas circunscritas a la presión y radiográficamente a lo sumo se encuentra una disminución del espacio interarticular y poca precisión en el contorno de las cabezas articulares.

b) Artritis deformante sifilítica.

Se observa en personas de edad avanzada y se localiza en articulaciones de manos y pies. Comienza por atralgias sordas - acompañadas de tumefacción articular y enrojecimiento de la piel contigua, eventualmente existe fiebre irregular. Evoluciona en brotes de varias semanas de duración, separados por períodos de latencia que pueden incluso prolongarse varios años. Después de cada brote, regresan parcialmente las deformaciones articulares y persiste cada vez una alteración mayor que en unos casos, es debida principalmente al derrame articular y en otros depende de las lesiones óseas de la superficie articular. La deformación más común es la anquilosis más o menos completa de las articulaciones de los dedos con fijación de las partes distales - en flexión distal. El dolor es moderado, sobre todo al comienzo en que solamente aparece al final de los movimientos, posteriormente aumenta y por la noche se hace constante, aunque la movilidad sea absoluta.

4.- Artritis sifilítica atípica.

a.- Variedad Pseudotumoral.

Se presenta casi siempre en la articulación esternoclavicular

lar, en cuyo nivel aparece tumoración circunscrita o globulosa, del extremo interno de la clavícula que distiende los ligamentos articulares y a veces es causa de una subluxación de éste hueso. Puede curar sin molestias y descubrir casualmente el enfermo la existencia de una tumoración o provocar intensas algias nocturnas, facilitando con ello el diagnóstico.

La radiografía muestra que no se trata de una osteoperiostitis que en ésta localización debe de hacer sospechar siempre de ser sifilítica, que muy rara vez deja de confirmarse.

SIFILIS MUSCULAR.

a.- Sífilis Muscular Precóz.

Es relativamente frecuente, se caracteriza por mialgias múltiples, más intensas por las noches, las cuales coinciden con astenia y algias múltiples secundarias. Son más pronunciadas en los músculos lumbares y no ocasionan ninguna alteración de los músculos afectados.

b.- Goma Muscular Aislado.

Se observa en todos los músculos, pero su localización electiva es el esternocleidomastoideo. Ocasiona insignificantes o ninguna molestia, el enfermo nota una tumoración circunscrita globulosa, elástica, el músculo conserva su capacidad contráctil y es poco dolorosa a la presión y durante la contracción. No siempre evoluciona hacia la ulceración de la piel a la que se adhiere, puede involucionar terminando por una cicatriz esclerosa e invadir gran parte del tejido muscular, dejando una atrofia definitiva.

c.- Miositis Difusa Intersticial.

Se localiza en cualquier músculo, pero preferentemente se encuentra en los maseteros, se caracteriza por tumefacción difusa de la masa muscular enferma sordamente dolorosa, sobre todo a la presión y contracción muscular. Ocasiona trismus que imposibilita la ingestión de alimentos, siendo preciso limitarse a la administración de líquidos mediante sonda nasal. Si tarda en iniciarse el tratamiento, la mayor parte de las fibras musculares desaparecen y el tejido escleroso y retractil que las sustituye, hace definitiva la contractura que sólo es modificable quirúrgicamente.

d.- Sifilis del Sistema Nervioso Central.

- Transtornos mentales de los sifilíticos.

En todos los períodos de la sifilis aparecen transtornos psíquicos de diversa significación. En el período primario algunas personas tienen síntomas depresivos que se diagnostican habitualmente de neurastenia que en sujetos constitucionalmente propensos a padecerla desencadena el intenso trauma psíquico que para ellos representa el haber sido contagiados de ésta infección. Además pueden presentar melancolía, paranoia, demencia.

- Demencia Paralítica o Parálisis General Progresiva.

Afecta principalmente a varones entre los 30 y 50 años los casos observados antes de los 20 años son consecutivos a sifilis congénita.

Generalmente la enfermedad debuta por alteraciones psíquicas como: cansancio rápido para trabajos intelectuales habituales, falta de memoria, dificultad para concentrar la atención, variación del tono afectivo como melancolía unas veces euforia y exageración de actividad en otras. Paulatinamente va desintegrándose la personalidad, individuos de firme voluntad se hacen fácilmente sugestionables, hacen una vida sexual desordenada que hasta entonces la llevaron recatada, comienzan a abusar de bebidas alcohólicas los que fueron abstemios, la mayoría se hacen irribles y promueven escenas violentas por fútiles.

Progresivamente aumentan o empeoran estos transtornos. - hasta constituir un estado demencial. En los estadios finales el enfermo tiene una vida exclusivamente vegetativa; pronuncian sílabas incomprensibles y son incapaces de beber y comer por sí solos, orinan y defecan en sus propias ropas y terminan la existencia en un estado de marasmo.

- Los síntomas neurológicos suelen ser los siguientes:

a) Transtornos pupilares: rigidez pupilar con miosis, anisocoria.

b) Transtornos del lenguaje: consisten en una dificultad para pronunciar determinados sonidos, en los que se traba la lengua, cada vez mayor hasta llegar en algunos casos a hacer ininteligible la palabra.

c) En la escritura se modifica la irregularidad y se olvidan letras y hasta palabras enteras, pudiendo incluso terminar por agrafia.

Existe temblor de finas oscilaciones en manos y lengua además en músculos de la cara los reflejos tendinosos están exaltados. Los ataques paralíticos cuya intensidad oscila entre una pérdida momentánea de conciencia y ataques convulsivos generalizados que se repiten y tienen terminación mortal, o persiste un estado comatoso sin modificar. La potencia sexual exagerada inicialmente desaparece gradualmente y algunas veces hay trastornos de esfínteres que dificultan la evacuación.

d) Tabes Dorsal o Ataxia Locomotriz.

Es menos frecuente que las parálisis y se presenta más en varones. Los signos más frecuentes son:

a) Dolores fulgurantes.- aparecen repentinamente en forma de un dolor lancinante que comparan algunos enfermos con sacudidas eléctricas, generalmente en las piernas o abrazando en forma de cinturón un segmento del tronco como; miembros superiores, cuello, rara vez en cabeza, aunque se localiza en todas partes del cuerpo. Durante minutos u horas, desaparecen bruscamente, para redivar con intervalos muy desiguales.

b) Las crisis viscerales.- en forma de gastralgias violentas de comienzo brusco y acompañadas de vómitos, pueden ser largo tiempo único síntoma de la afección.

c) Crisis laríngeas.- acompañadas de accesos de sofocación, que ponen en peligro la vida del enfermo.

d) Pérdida del sentido de posición.- el enfermo no puede decir en que postura se encuentran los miembros movidos pasivamente.

SIFILIS DEL CORAZON.

Las afecciones sifilíticas del corazón, consisten en palpitaciones, arritmias, angustia precordial, disnea de esfuerzo.

- Manifestaciones Bucales.

Sífilis Primaria.

La lesión bucal de la sífilis primaria como en cualquier otra localización, es un chancro, aunque en ocasiones no muestran las lesiones características de otras partes del cuerpo, porque en la boca existe humedad, traumatismos continuos y la flora microbiana. De los chancros extragenitales, los de la boca ocupan entre un 60-70%. Cuando los chancros se localizan donde los ganglios regionales son accesibles, una semana después se comprueban adenopatías. En los chancros bucales y faciales la adenopatía toma dimensiones llamativas, apareciendo días después del chancro.

La adenopatía es regional, próxima al chancro, es bilateral y con predominio homolateral, sin periadenitis, indolora, discretas o voluminosas, de consistencia elástica, con un ganglio mayor. Los ganglios infartados conservan su individualidad y ruedan a la palpación o pueden adherirse entre sí, generalmente no se adhieren a los planos profundos o a la piel que los cubre. Las adenopatías de los chancros bucales nunca faltan. Y tienen un franco predominio en el lado superior de una de las caras laterales del cuello

Las principales localizaciones en orden de frecuencia son:

- a.- Labio.
- b.- Lengua.
- c.- Amígdalas.
- d.- Encía.
- e.- Velo del paladar.
- f.- Dientes.

Pero cualquier parte de la mucosa puede ser asiento de las lesiones sífilíticas.

El chancro del labio se presenta alrededor del 50% de los casos, asienta por lo general en el inferior, abarca piel y mucosas o ambas a la vez, es más frecuente en la región mucosa. Puede ser ulceroso y llega a tornarse costroso con una coloración entre negra y parda, cuando afecta la región cutánea, o puede presentarse en forma papulosa (pequeña casi inaparente) ésta se observa exclusivamente en la mucosa. Otro carácter es su gran infiltración. Los chancros ubicados en la comisura adoptan aspecto fisurario o ulceroso, semejando una grieta dolorosa.

Las adenopatías de labio se detectan en los ganglios submentonianos y submaxilares, pueden ser uni o bilaterales.

En la lengua, el chancro suele asentarse en la punta o en el tercio anterior de la cara dorsal. Por lo general, es asintomático adopta forma erosiva, papulosa, infiltrada, ulcerosa o fisuraria, ésta última prefiere los pliegues linguales.

Las adenopatías se encuentran en los ganglios submaxilares, o submentonianos, puede ser uni o bilateral.

En la zona amigdalal, el proceso se manifiesta por discreto dolor a la deglución, dolor irradiado al oído, halitosis, sialorrea y en ocasiones trismus. La lesión adopta formas erosiva, ulcerosa, difteroides, la amígdala se encuentra muy tumefacta, infiltrada y dolorosa, la lesión puede ser pequeña y superficial, recubierta de un exudado pseudomembranoso de color grisáceo o amarillento, o francamente ulceroso, crateriforme.

Las adenopatías se localizan en ganglios submaxilares, yugulares internos o retrofaríngeos, y son unilaterales.

En la encía, la lesión suele localizarse en la región labial a nivel de los incisivos. Afecta la gingiva que rodea el cuello del diente y adopta forma semilunar con la convexidad dirigida hacia los dientes subyacentes. El sitio más frecuente es a nivel de los incisivos superiores. En ocasiones puede confundirse con una gingivitis inespecífica. Puede complicarse con periodontitis, en cuyas circunstancias origina gran dolor y las piezas dentarias pueden movilizarse. La encía afectada puede retraerse y mostrar parte de las raíces.

Las adenopatías suelen aparecer en los ganglios submaxilares, y pueden ser uni o bilaterales.

El chancro del velo del paladar, produce dolor a la deglución e irradiado al oído o rinolalia. Se manifiesta como una ulceración superficial recubierta por una pseudomembrana grisácea.

Las adenopatías se observan en los ganglios subángulomaxilares, pueden ser uni o bilaterales.

En los dientes, las manifestaciones que se observan son generalmente en la sífilis congénita, y se describirán posteriormente.

Sífilis Secundaria.

Aproximadamente a los 45 días de haber comenzado el chancro, pueden aparecer en la boca lesiones que corresponden al período secundario. Puede ocurrir, sin embargo, que falte el antecedente de la lesión inicial por haber pasado inadvertido el chancro o por tener una localización oculta o tratarse de una sífilis decapitada.

Las localizaciones más frecuentes son:

- a.- ítemo de las fauces.
- b.- lengua.
- c.- labios.
- d.- comisura labial.
- e.- paladar blando.

En las fauces se observa una angina roja que por extenderse hacia la laringe, suele provocar afonía. A veces toma carácter difteróide. La mancha roja está constituida por un eritema activo.

Con menor frecuencia se ven manchas rojas circunscritas especialmente en el labio inferior, que al confluir toman el aspecto de arcos de círculos. Pueden dar sensación subjetiva de quemaduras.

Se observan manchas opalinas que son de color gris pálido, perlado, sobre base rojiza, cubiertas por epitelio, en la lengua, labios y en el velo del paladar. Se les denomina también placas mucosas, éstas representan el análogo en la mucosa de la erupción papular en la piel. Son las lesiones más infecciosas de la sífilis.

En la lengua, se observan despapilaciones linguales, estas lesiones son solitarias o en escaso número, de forma oval, del color de la carne. Existe atrofia de las papilas filiformes. Suelen ser indoloras, pero pueden causar dolor ligero o moderado cuando se desarrollan sobre tejidos móviles, el traumatismo impuesto a las superficies de las lesiones deja una superficie desnuda sangrante.

También se observan en la lengua, al igual que en los

labios, y comisura labial, las pápulas, su consistencia es firme. Son de color opalino, múltiples y agrupadas. Parecen a veces superficialmente erosivas. Por eso se les denomina elementos pápuloerosivos.

También se agrietan o fisuran y este aspecto se detecta en la comisura labial. Aquí pueden confundirse con queilitis comisurales, pero no se trata de fisuras puras, sino papulosas, que se localizan, casi en su totalidad, en la cara mucosa de la comisura y raramente en la cutánea.

En el paladar blando se han visto muchas pápulas ligeramente elevadas, eritematosas, indoloras, las pápulas pueden llegar a hipertrofiarse (condilomas planos) y constituir también vegetaciones delante de la "V" lingual.

Existe otra lesión en la lengua, en donde se observan surcos en "Y" o lineales que se distribuyen paralela y perpendicularmente al eje longitudinal de la lengua de manera semejante a los que separan a las circunvoluciones cerebrales. Generalmente no tiene pérdida del epitelio. Simulan una lengua escrotal. Se constituyen por infiltración.

En el borde de la lengua, se aprecian vegetaciones tardías que aparecen 6 o más meses después del chancro, son lesiones únicas, de color grisáceo brillante, bien circunscritas y se elevan algunos milímetros en la superficie de la mucosa, son por lo común alargadas, tienen apariencia edematosa, son firmes y no duelen. Se localizan también en la cara mucosa del labio, aunque pueden tener otras localizaciones.

Las vegetaciones precoces pueden verse en los mismos lugares que las pápulas. Se observan delante de la "V" lingual y, en el rafé medio de la fibromucosa palatina en ésta última son discretas, con el color de la mucosa normal y de superficie lisa.

En el paladar blando se observan ulceraciones, pero solo en las formas graves (sífilis maligna), su fondo es grisáceo.

Sífilis Terciaria.

Las localizaciones más frecuentes son:

- a) Carrillos.
- b) Larínge.
- c) Labios.
- d) Lengua.
- e) Naríz.
- f) Pilares del velo del paladar.
- g) Paladar duro y blando.

Carrillos.

El reblandecimiento o ulceración del goma motiva frecuentemente la perforación de la correspondiente pared lateral de la boca.

Larínge.

Generalmente se presentan gomas.

-En la Epiglotis, son raros, al ulcerarse los gomas provocan la destrucción completa o perforan la epiglotis. Las lesiones determinan dolores que aumentan con los movimientos de la deglución.

-En los cartílagos Arisnoides y Cuerdas Vocales, la ronquera es el trastorno que primeramente alarma a los enfermos posteriormente aparecen dolores que aumentan en la deglución y al involucionar las lesiones pueden originar las cicatrices consecutivas una esclerosis, en algunas ocasiones son tan pronunciadas que ocasionan disnea.

-La Laringitis Hiperglótica Hipertrófica, es rara, se caracteriza por una tumoración a veces considerable que estrecha la cavidad laríngea inmediatamente debajo de la epiglotis ocasiona dolores en la deglución, cuando adquiere grandes dimensiones ocasiona disnea.

-Sífilis Laríngea Terciaria, constituye una afección gra-

ve, los cartílagos se necrosan totalmente o en zonas muy extensas, tardando mucho en delimitarse los secuestros. Pueden motivar graves trastornos respiratorios que ponen en peligro la vida del enfermo y generalmente cuando curan dejan secuelas cicatrizales causantes de alteraciones definitivas de la respiración y fonación.

Labios.

El goma es difuso, es más frecuente en el labio inferior, en la línea media, generalmente son varios elementos duros que se agrupan dándole un aspecto elefantíaco (sifiloma).

Las lesiones dejan deformidades y cicatrices.

Lengua.

Los gomas de la lengua, generalmente son únicas rara vez múltiples, comienzan por un nódulo circunscrito, indoloro, que puede asentar en cualquier parte de la lengua o en regiones localizadas y crece lentamente. Cuando alcanza suficiente tamaño, determina la aparición de una elevación redondeada, lisa, finalmente la lesión perfora la mucosa de la lengua, expulsa en cada cantidad de líquido gomoso y se forma una ulceración profunda, habitualmente de forma ovalada o fisuraria.

Existen varias formas de glositis terciarias:

a) Glositis Terciaria Superficial.

Es rara, afecta casi exclusivamente la mucosa de la lengua, el proceso de evolución es lento y ocasiona pocas molestias subjetivas. Se caracteriza por placas circunscritas múltiples, de dimensiones variables, superficie lisa, los bordes muestran ligero engrosamiento de epitelio, tiene un color blanquecino. Al tacto se percibe infiltración de poco espesor. El roce con piezas dentarias determina su ulceración bastante dolorosa.

b) Glositis Esclerosa Terciaria.

Comienza por focos circunscritos, de consistencia dura, in

filtrados que lentamente crecen y confluyen, hacen desaparecer la flexibilidad de la lengua y aumentan el espesor de la misma. La mucosa pierde las papilas y está surcada por hendiduras profundas que llegan al músculo, se presentan lobulaciones duras de color rojo o blanco, separadas por surcos, a esta esclerosis profunda se le denomina "glositis intersticial".

La involución de los nódulos infiltrados termina por la formación de una cicatriz esclerosa de consistencia callosa que contribuye a la formación de los surcos de la superficie de la lengua. La hipertrofia y esclerosis dificulta considerablemente cualquier movimiento y además resulta doloroso, perturba la deglución y fonación. El roce con piezas dentarias cariadas, los alimentos irritantes o excesivamente calientes o fríos, contribuyen a la formación de ulceraciones y fisuras muy dolorosas. Esta glositis es irreversible.

Naríz.

En la sífilis terciaria de la mucosa nasal, se presentan lesiones gomosas, asientan preferentemente en el tabique nasal especialmente en la zona posterior de su segmento cartilagineo.

El comienzo del proceso suele pasar inadvertido para el enfermo. Algunas veces la prominencia del goma determina cierta obstrucción de la fosa nasal correspondiente, al ulcerarse la secreción de la lesión se concreta en costras de olor fétido y estas costras obstruyen las fosas nasales.

Las lesiones que se localizan en la parte anterior del tabique, al cicatrizar ocasionan la retracción de la parte del dorso de la nariz dando lugar a la forma característica de nariz en silla de montar, más frecuente en la Sífilis Congénita.

Pilares del Velo del Paladar.

Los gomas al repararse pueden dar lugar a la formación de una cicatriz esclerosa y retractil, que estrecha notablemente el ítamo de las fauces y convierte en un estrecho orificio la comunicación con la nasofaringe, motivando trastornos en la deglución y respiración, cuya fuerza está en relación con

el grado de estenosis.

Puede excepcionalmente llegar a dificultar la respiración hasta el extremo de exigir una intervención quirúrgica urgente.

Paladar Duro y Blando.

A causa de su indolencia no alarma al paciente hasta que alcanza gran desarrollo y produce una perforación o se ulcera.

El crecimiento del goma es rápido, indoloro, la mucosa que lo recubre es de color rojo más vivo y azulada a su alrededor comienza por la parte ósea palatina, se reblandece en un punto central del goma, eliminando una secreción gomosa, posteriormente tejido necrótico y acaba por dejar una perforación ósea generalmente central y simétrica de 1 a 3 cm de diámetro.

En ocasiones estas perforaciones son tan amplias que permiten ver las fosas nasales.

Lesiones Óseas.

En los maxilares son esencialmente gomas. Ya se mencionó anteriormente su iniciación ósea en el paladar, donde son más frecuentes en la bóveda. Aunque también pueden verse en la región incisiva, en el maxilar inferior. A veces la sífilis se detecta sólo por una periostitis u osteomielitis.

Radiográficamente se observan áreas radiolúcidas.

SIFILIS CONGENITA.

Es la infección transmitida por la madre al producto, durante la gestación o en el momento del parto.

Es absolutamente necesario que la madre sea sifilítica para transmitir la infección. Cuanto más precóz es la sífilis de la madre, mayores son las posibilidades de que enferme el feto.

A partir del quinto mes de embarazo, la sífilis determina la muerte y sucesiva expulsión del feto.

A continuación se presenta un porcentaje de nacimientos prematuros en distintos meses de la gestación:

En el 5 mes, el 1.6%
En el 6 mes, el 7.0%
En el 7 mes, el 20.0%
En el 8 mes, el 24.0%
En el 9 mes, el 22.0%

Sintomatología.

La gran mayoría de niños nacidos vivos, son prematuros - constituyendo ya un índice. A la exploración se detecta escasa vitalidad y desarrollo del recién nacido, que unas veces viene al mundo con manifestaciones ostensibles de sífilis, pero que en otras tienen peso y desarrollo normales, no apareciendo en días o semanas los primeros síntomas.

Las localizaciones más frecuentes son:

- a) Región Cutáneomucosa.
- b) Mucosas.
- c) Tejido Oseo.

Sífilis Congénita Cutáneomucosa.

Unas veces nacen ya los enfermitos, con el exantema, otras aparece pocos días después. Su cara puede tener el aspecto como la de un diminuto hombre senil.

El exantema está constituido por vesículas tensas, del tamaño de una cabeza de alfiler al de una lenteja, de contenido inicialmente seroso que gradualmente se hace purulento y even-

tualmente hemorrágico. Espontáneamente involuciona con rapidéz pero en infecciones graves pueden transformarse en lesiones ulceroas.

Se localiza casi exclusivamente en región palmoplantar. La mayor parte de los niños con éste exantema son de desarrollo inferior al normal, muchos son sietemesinos y presentan casi siempre atrofia del bazo.

Las Sifilides Maculosas.

Estén constituidas por elementos más extensos que los de la roséola del adulto, existen elementos confluentes en forma de placas localizadas preferentemente en región frontal, peribuca, palmoplantar.

En pliegues que se localizan en raíz de muslos, ingles y regiones gluteas, se presenta una sifilide maculosa con exudación.

Sifilides Papulosas.

Consisten en placas de color rojo violáceo o cobrizo, ligeramente infiltradas que ocupan sobre todo la región plantar y peribuca. La menor elasticidad que tiene a su nivel el tegumento facilita la aparición de fisuras en el fondo de los pliegues, las cuales aparecen sobre todo en forma radiada partiendo de las comisuras labiales, origen de cicatrices lineales indelibles (estrias cicatrizales atroficas de Farrot).

Mucosas.

La manifestación de sífilis congénita de mucosas más precoz y constante es la rinitis. Ocasiona el típico coriza sifilítico que debuta en las cuatro primeras semanas por un estado congestivo de la pituitaria, cuya tumefacción dificulta la respiración, éssi siempre coincidiendo con intensa palidéz. Rápidamente pasa la afección al estado secretante, con abundante rinoorrea mucopurulenta, que gradualmente va tomando aspecto de supuración espesa que finalmente por formarse ulceraciones extensas se mezcla con sangre y se concreta en costras hemorrágicas

que obstruyen completamente las fosas nasales.

Sífilis Congénita Osteoarticular.

Una de las manifestaciones más constantes sífilíticas de fetos y lactantes es la osteocondritis epifisaria.

El treponema al proliferar en el cartílago subepifisario preferentemente de tibia y huesos de la extremidad superior inhibe el proceso normal de osificación. Para evitar el intenso dolor que las contracciones musculares determinan cuando la proliferación inflamatoria se interpone entre epifisis y diafisis de los citados huesos, el niño fija el miembro enfermo a la posición de máximo reposo.

En las falanges aparecen periostitis difusa, con el engrosamiento difuso del dedo afectado, que aparece tumefacto y violáceo, duele a la presión y tiene poca movilidad.

Radiográficamente, tiene imagen de rarefacción ósea difusa con periostitis masiva, sin focos necróticos y por lo tanto sin tendencia a supuración y formación de fistulas.

Las osteoperiostitis de huesos frontales y parietales ocasionan una déforme hipertrofia que da lugar a la frente olímpica (abombada y de exesiva altura).

- Sífilis Tardía.

Las manifestaciones sifilíticas se presentan en:

- a) Tejido óseo.
- b) Sistema Nervioso Central.
- c) Visceras.
- d) Sistema Circulatorio.
- e) Ojo.
- f) Oído.

Tejido Óseo.

Se presenta periostitis de huesos largos con tendencia condensante y eburneación se localiza en cresta tibial anterior que produce la característica deformación de la tibia en sable.

Sistema Nervioso Central.

La principal característica es la meningitis sifilítica infantil que ocasiona convulsiones epileptiformes, terminando en muchos casos por la muerte.

Puede coincidir con hidrocefalia con enorme hipertrofia de caja craneal.

Los síntomas generales son los siguientes: falta de desarrollo de las facultades intelectuales, idiocia.

Visceras.

En el pulmón aparecen grandes sectores hepatizados blanquecinos, los alveolos están llenos de células epiteliales descaídas muchas de ellas con degeneración grasienta, existe densa infiltración inflamatoria intersticial y existen abundantes treponemas.

Sistema Circulatorio.

Se han descrito miocarditis en focos necróticos ricos en treponemas, que son causa del fallecimiento repentino de algunos lactantes sifilíticos.

Ojo.

Las alteraciones sifilíticas del ojo en la sífilis congénita son mucho más frecuentes que en la sífilis adquirida.

a) Queratitis Parenquimatosa.

Esta afección es casi exclusiva de infecciones congénitas la afección puede presentarse desde el nacimiento, hasta periodos muy avanzados de la vida, la mayor frecuencia ocurre entre los 6 y 20 años.

Sintomatología:

La afección suele comenzar por una alteración periquerática y enturbamiento del reborde corneal, que toma el aspecto de cristal esmerilado, en días sucesivos se extiende al resto de la superficie corneal, que puede invadir completamente en el curso de semanas.

Existen síntomas de fotofobia intensos. La afección es casi siempre bilateral, pero comienza antes en uno de los lados.

b) Iritis.

Existe fotofobia, inyección ciliar, presencia de enturbamiento y algunos depósitos fibrinosos en la membrana. Los exudados depositados sobre el iris pueden ser tan abundantes que ocasionan una coloración amarillenta de todo el órgano.

c) Coriorretinitis.

El enfermo se queja de disminución de la visión. Realizando un examen oftalmoscópico se descubren alteraciones del fondo del ojo en donde el color rojo normal está salpicado de depósitos pigmentarios y manchas amarillentas que asemejan una salpicadura de granos de sal y pimienta.

Otras veces se observan máculas de color amarillento atróficas en cuya periferia se forman los depósitos pigmentarios - tiene un curso más crónico con tendencia estacionaria.

Oído.

Es relativamente frecuente que los sifilíticos congénitos nazcan sordos, pero en la mayoría de los casos el proceso auditivo está latente hasta la segunda infancia, encontrándose la máxima frecuencia de los casos entre los 8 y 20 años.

a) Otitis Media Catarral.

Presenta escasa secreción o en otros casos con secreción francamente purulenta, se observa con relativa frecuencia en lactantes sifilíticos con desarrollo deficitario.

b) Oto-laberintitis.

El enfermo se queja de sensaciones vertiginosas y trastornos del equilibrio.

En la exploración funcional se consideran síntomas característicos de procesos sifilíticos los siguientes hallazgos:

- 1.- Comprobación de una enorme disminución de la transmisión del sonido, con una intensidad auditiva casi normal.
- 2.- Se presentan lagunas tonales en la exploración con diapason. Mientras se conserva normal la percepción de determinada altura de sonidos, está completamente abolida la percepción de sonidos de otra amplitud vibratoria.

- Manifestaciones Bucales.

Las manifestaciones bucales de la sífilis congénita incluyen lo siguiente:

- a) Cicatrices posragadas alrededor de la boca.
- b) Cambios dentales.

Cicatrices posragadas.

Son lesiones lineales alrededor de la boca o en la región anal. Las lesiones se presentan inicialmente como líneas rojas o cobrizas, cubiertas de una costra blanda.

Las ragadas sífilíticas cicatrizadas se presentan clínicamente como cicatrices ordinarias. Se disponen radialmente y son perpendiculares a la unión mucocutánea. Se nota mejor en el labio inferior cerca de los ángulos de la boca.

Con frecuencia palidece el labio, y es más difícil distinguir entre piel y mucosa. Aparecen en el período secundario.

Cambios dentales.

Se observa la llamada Triada de Hutchinson. En 1856, Sir Jonathan Hutchinson, publicó los defectos típicos de los incisivos permanentes en el caso de sífilis congénita. En 1959, se presentó la triada diagnóstica que lleva su nombre. Incluye lo siguiente:

- a) Hipoplasia de los incisivos y primeros molares permanentes.
- b) Sordera nerviosa.
- c) Queratitis intersticial.

Sólo se encuentra la triada completa en menos de 1 por 100 de los individuos con sífilis congénita. Aparece en el período terciario.

La hipoplasia de incisivos, caninos y primeros molares permanentes se detecta por una disminución de tamaño y falta de desarrollo de los lóbulos del diente.

En incisivos y caninos, existe un estrechamiento general de la corona hacia el borde incisal por desarrollo insuficiente del lóbulo medio produciéndose la forma "en destornillador". Se redondean los bordes marginales mesial y distal, por lo tanto no existe contacto interproximal. En la región incisal los lóbulos mesial y distal son de mayor tamaño y el lóbulo medio falta por completo resultando una muesca en forma de media luna. Al brotar el diente suele verse en medio de ésta escotadura una porción de esmalte en forma de perla, la cual se desgasta o se rompe al poco tiempo de funcionar el diente.

Suele estar afectada la punta del canino, observándose muchas veces un espacio entre éste diente y los incisivos.

Las lesiones en los incisivos se caracterizan en general por una lesión de la cúspide hacia la parte central de la corona. El esmalte puede ser normal aunque se encuentren defectos importantes en los surcos y fisuras del diente.

Se ha observado que el primer molar inferior permanente presenta enanismo de la corona clínica y de la raíz.

Se presentan las siguientes variedades:

Molar en forma de mora.-

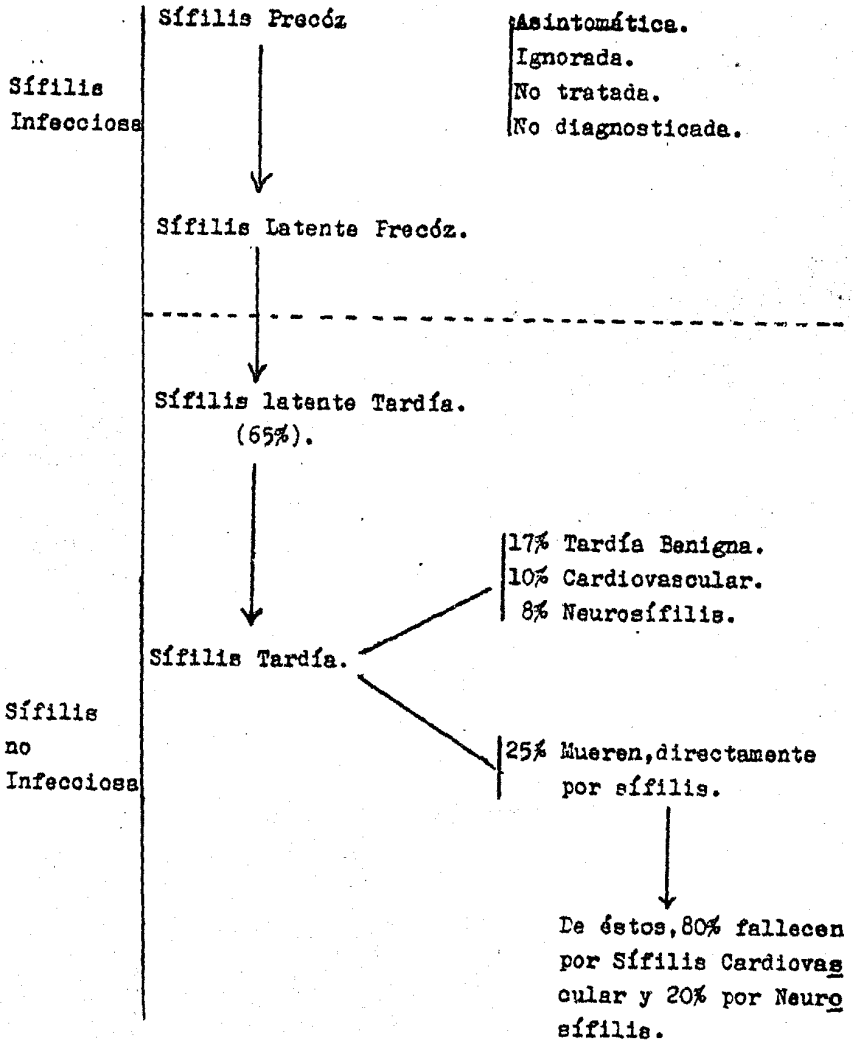
Se presentan con frecuencia. Está cubierto en los lados, con esmalte liso normal, pero la superficie oclusal está contreñida, empequeñecida, rugosa, hipoplásica y, con frecuencia pigmentada. De ella se extienden los nódulos alargados que representan las cúspides escasamente desarrolladas, emontonadas.

Con frecuencia aparece un nódulo supernumerario o pseudocúspide, la cuál, está formada totalmente de esmalte.

Molar en forma de capullo.-

La anomalía consiste principalmente en la compresión de las cúspides que se enrollan hacia adelante.

- Evolución y Pronóstico de la Sífilis no Tratada.



1.5- BIBLIOGRAFIA.

Borghelli Ricardo F. Temas de Patología Bucal Clínica. Tomo I. Editorial Mundi. 1979. Págs: 1026-1027.

Campos Salas Antonio. Sífilis. Editorial Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1959. Págs: 22-25; 36-37; 45-47; 19; 21.

Farreras Valenti. Medicina Interna. Tomo II. Editorial Marín. 8a. edición. Pág: 914; 916.

Gay Prieto José. Treponematosis y Enfermedades Venéreas. Editorial Científico-Médico. 1979. Barcelona. Págs: 78-80; 82-88; 97-123; 127-129; 131-150; 153-165; 177-178; 180; 219-220; 223-234 20.

Grinspan David. Enfermedades de la Boca. Tomo II. 1978. Editorial Mundi. Págs: 1027-1028; 1073; 1029; 1035; 1053; 1054-1058.

Harrison. Medicina Interna. Tomo I. 1979. Editorial Prensa Médica Mexicana. Págs: 992-993; 995-997; 1000.

Jawetz Ernest. Manual de Microbiología Médica. Editorial El Manual Moderno. 7a. edición. 1977. Págs: 264-265.

Thoma Kurt. Patología Bucal. Tomo II. 1959. Editorial Hispana - Americana. Pág: 1060; 1061-1065.

CAPITULO II. HISTORIA CLINICA.

La historia clínica es esencial en la valoración de los enfermos, comprende los datos más importantes sobre el padecimiento que lleva al enfermo a consultar al médico, además establece las reacciones del paciente frente a esa enfermedad, permite una exploración mejor y más eficaz, determina con certeza un diagnóstico, constituye un antecedente útil para el tratamiento del paciente, para fines de investigación y cuando haga falta para fines medico-legales. Es la forma donde se registran los datos que se obtienen en el Estudio Clínico y los resultados que tienen las medidas terapéuticas que se aplican (evolución del caso).

El propósito de la historia clínica, es tener una fuente más fidedigna y permanente de información y a la cuál pueden tener acceso diversas personas en el transcurso del tiempo.

Una Historia Clínica está integrada por:

- 1.- Ficha de identificación.
- 2.- Antecedentes personales.
- 3.- Antecedentes heredo-familiares.
- 4.- Padecimiento actual.
- 5.- Interrogatorio por aparatos.
- 6.- Auxiliares de diagnóstico.
- 7.- Diagnóstico.
- 8.- Plan de tratamiento.
- 9.- Pronóstico.
- 10.- Notas de evolución.

Ficha de identificación.

Se anotarán datos como: nombre, edad, sexo, edo. civil, domicilio, ocupación.

Antecedentes personales.

Se dividen en patológicos y no patológicos.

Los antecedentes personales patológicos investigan las enfermedades que ha padecido el sujeto. Los antecedentes personales no patológicos se refieren a; higiene gral., inmunizaciones, tabaquismo, alcoholismo.

Antecedentes heredo-familiares.

Se comprenden en éste grupo las enfermedades que han padecido los ascendentes del enfermo. La importancia de esta investigación estriba en que hay enfermedades que se transmiten por la herencia así como algunas que se transmiten por medio de la circulación placentaria.

Padecimiento actual.

Se investigará el principio, la causa a que se atribuye, evolución y estado actual de la enfermedad.

Interrogatorio por aparatos.

Se pasará revista al funcionamiento de los distintos aparatos: antecedentes nutricionales, respiratorios, cardiovasculares, renales, mentales, neoplásicos y endócrinos.

Los datos de la historia clínica se obtienen a partir de un Estudio Clínico, el cuál es la aplicación de un conjunto de procedimientos propedéuticos que se efectúan para obtener información acerca del estado de salud de un individuo.

Los procedimientos propedéuticos son los siguientes:

- A.- Anamnesis o Interrogatorio.
- B.- Inspección.
- C.- Palpación.
- D.- Percusión.
- E.- Auscultación.
- F.- Punción exploradora.

Exploración Física.

Se incluyen además Auxiliares de Diagnóstico como son:

- G.- Exámenes de Laboratorio.
- H.- Exámenes Radiográficos.

La importancia del estudio clínico reside en que medianta sus diferentes componentes podemos diagnosticar y dar tratamiento a determinada enfermedad.

Interrogatorio.

Se llama así al procedimiento de exploración clínica por medio del lenguaje. Es una serie ordenada de preguntas que sirven para orientar sobre la localización, principio, evolución, edad actual y terreno en el que se localiza el proceso patológico.

Se divide en directo e indirecto. El primero es el que se hace directamente al paciente. El indirecto es el que se hace a los familiares del enfermo o personas que lo rodean y las cuales estén en posibilidad de ilustrar sobre el, particular.

Inspección.

Es el método de exploración clínica que suministra datos por medio de la vista. Se divide en:

Simple o indirecta.-se realiza sin ayuda de algún aparato o instrumento.

Indirecta o instrumental.-requiere del uso de aparatos especiales. Se deben observar: signos, aspectos, forma, volumen, coloración, movilidad, edad actual de la superficie y simetría.

Palpación.

Es el método que proporciona datos por medio del tacto, y puede ser simple o instrumental. La primera puede ser moño o bi manual y digital. Esta última recibe también el nombre de tacto cuando se practica en cavidades como vagina, recto y boca. La ins trumental se hace con el auxilio de sondas o estiletes y su em pleo es del dominio de la cirugía.

Percusión.

Es el procedimiento exploratorio que consiste en golpear metódicamente la región explorada, con el objeto de producir fenómenos acústicos o localizar puntos dolorosos.

Auscultación.

Es el método de exploración que proporciona datos por medio del oído.

Punción Exploradora.

Consiste en la introducción a través de los tejidos de una aguja hueca, seguida de aspiración por medio de una jeringa con el objeto de obtener líquido.

Auxiliares de Diagnóstico.

Son los medios de los cuales se hace uso para recaudar información más amplia acerca del edo. de salud del individuo. Para diagnosticar por ejemplo, una lesión bucal se necesita interrelacionar la información procedente del interrogatorio y de la exploración física con los resultados de los análisis de laboratorio, ya que éstos confirman una expresión diagnóstica.

Exámenes Radiográficos.

Normalmente la radiografía proporciona datos acerca de las alteraciones óseas observadas en la enfermedad y ayudan a establecer el diagnóstico, además de proporcionar un medio para seguir la evolución de la enfermedad en su respuesta al tratamiento. La extensión de la lesión determinará el tamaño de la película a utilizar.

Diagnóstico.

Es la base de la terapéutica, el éxito está supeditado al procedimiento empleado para obtener la información, su base es un adecuado interrogatorio y examen del paciente incluyendo los auxiliares de diagnóstico.

Plan de Tratamiento.

Tratamiento, es el procedimiento que se efectúa para manter o restaurar el estado de salud de un individuo.

Plan de Tratamiento, es el enunciado anticipado de las acciones o procedimientos que se van a realizar.

Pronóstico.

Es la predicción de la evolución de una enfermedad, este conocimiento no será cierto sino probable, porque siempre hay que contar con factores desconocidos que pueden cambiar el curso de los acontecimientos.

Notas de Evolución.

Se anotarán los resultados que se obtubieron al aplicar las medidas terapéuticas y además si hubo alguna complicación.

- A continuación se explica el llenado de una Historia Clínica, enfocada a un paciente sifilítico y además algunos otros incisos que corresponden al modelo de Historia Clínica que se presentan en páginas posteriores:

I.- PADECIMIENTO ACTUAL.

Se anotarán datos como: fecha de aparición, evolución signos y síntomas de la patología que presenten.

II.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

- Higiene general: si es buena, regular o mala.
- Inmunizaciones: si se le han aplicado las vacunas - BCG, Antivariolosa, Antipolio, DPT, u otras.
- Tabaquismo: si es positivo, origina diversas alteraciones, por eso, se preguntará si fuma el paciente.
- Alcoholismo: el alcohol obstaculiza la completa acción de los medicamentos.
- Pacientes femeninos: en pacientes embarazadas, en el caso de que se sospeche de sífilis, se preguntará si tubo abortos tardíos, niños nacidos a término muertos o vivos con lesiones imputables a sífilis.

III.- Signos Vitales.

Temperatura: Adulto; oral 37 °C, rectal 37.5 °C. Niño; axilar 36.5 °C y varía dependiendo la edad.

Presión Arterial: Adulto; 120/80 ó 110/70 ml de Hg. Lactantes es de 130-140 ml de Hg, Primeros años 110-120 ml de Hg. Aumenta gradualmente con la edad hasta los 60 años y es aproximadamente - 140/90.

Fulso: Adultos; 72-80 por minuto. Niños varía dependiendo la edad al nacer es de 30-50 por minuto, en el primer año es de 26-30 - por minuto. En la edad senil disminuye de 68-70 por minuto.

Frecuencia respiratoria: Adolescencia 20 por min. Adultos 16-20 por min. y en la vejez 14-16 por minuto.

IV.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Se preguntará por aparatos siguiendo un orden como se indica en el modelo de Historia Clínica:

- A.- Antecedentes Sistémicos.
- B.- Antecedentes Infecciosos.
- C.- Antecedentes Hemorrágicos.
- D.- Antecedentes Alérgicos.
- E.- Antecedentes Médico-Quirúrgicos.

V.- EXPLORACION FISICA QUE ABARQUE LO SIGUIENTES:

A.- Piel.

Se detectará si existe alguna lesión, su localización extensión, aspecto. Se buscarán pigmentaciones, cicatrices. Poner especial cuidado en la exploración de los orificios nasales comisuras labiales, pliegues interdigitales, regiones palmoplantares, pecho, espalda, extremidades superiores e inferiores.

B.- Huesos y articulaciones.

Observer y descubrir deformaciones, inflamaciones, sitios dolorosos y toda clase de anomalías importantes. Observar en manos y pies si existe ensanchamiento de los dedos o si presenta cualquier variedad de Onixis.

VI.- EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO.

A.- Cabeza.

Buscar alopecia ya sea, en cráneo o en otras regiones como cejas, bigote, pestañas.

B.- Oído.

Investigar la agudeza auditiva, mediante la voz baja el tic-tac del reloj, o mediante un diapazón.

C.- Nariz.

Observer la forma, secreciones, obstrucciones, defectos del tabique, estado de las membranas mucosas.

D.- Ojos.

Observer principalmente en la conjuntiva, secreciones y vascularizaciones; en la córnea, buscar opacidades, ulceraciones o queratitis.

E.- Cuello.

Observar si se encuentran adenopatías cervicales o en cualquier otra región como; submaxilar, preauricular, axial, inguinal, y en caso positivo describir.

F.- Boca.

Observar en las comisuras labiales, si presentan ragadias.

G.- Articulación Temporomandibular: se realiza el exámen - para detectar si existe subluxación, luxación.

H.- Exámen de oclusión: se anotará a que clase de Angle pertenece. Si existe apinamiento, espacios. Con respecto a la línea - media mandibular y maxilar se observará si se encuentra normal con respecto a la línea media sagital. Detectar las facetas de - desgaste. Ver el tamaño de la lengua, del frenillo maxilar, mandibular, lingual y si existen versiones.

I.- Higiene Oral.

Se observará y anotará el grado de placa dentobacteriana, en la primera consulta y en las piezas dentarias indicadas, se - llevará un control en la última consulta.

VII.- EXAMEN INTRABUCAL.

Se anotará con rojo si existe alguna alteración en cualquier estructura.

VIII.- EXAMENES.

Se anotarán los exámenes requeridos para cada paciente como:

A.- Exámenes estomatológicos.

- Oclusión.
- Higiene oral simplificado.
- Modelos de estudio.
- Análisis de dentición mixta.
- Necesidades de operatoria y terapia pulpar.
- Necesidades de exodoncia y cirugía menor.
- Necesidades de tratamiento parodontal.
- Necesidades protésicas.
- Necesidades ortodoncicas.

B.- AUXILIARES DE DIAGNOSTICO.

En páginas anteriores se aclaró su definición.

B.1.- Exámenes Radiográficos.

Se explicaron en páginas anteriores. Se solicitará la radiografía de acuerdo a la estructura, se anotarán los hallazgos.

B.2.- Exámenes de Laboratorio.

Se solicitará el examen que requiere al paciente.

IX.- EXAMEN INTRAUCAL DE TEJIDOS DUROS Y BLANDOS.

Operatoria y Terapia Pulpar.-

- 1.- C.P. ----- cariado permanente.
- C.T. ----- cariado temporal.
- Se marcan con rojo.
- 2.- O.P. ----- obturación permanente.
- O.T. ----- obturación temporal.
- Se marcan con azul.
- 3.- T.P. ----- terapia pulpar.
- 4.- CAV. ----- cavidad.
-Se anota el tipo de cavidad que se realizará
- 5.- MAT. ----- material.
- El material que se usará.
- 6.- Se marca con rojo, la cara del diente cariado.

Exodoncia.

- 7.- E.P. ----- extracción permanente.
- 8.- E.T. ----- extracción temporal.
- 9.- E.I.P. ----- extracción indicada permanente
10. E.I.T. ----- extracción indicada temporal.
11. C.M. ----- cirugía menor.

Parodoncia.

- 12.- P. ----- papilar.
- 13.- M. ----- marginal.
- 14.- A. ----- adherida.

Prótesis.

- 15.- Fija.
- A. ----- adecuada.
- I. ----- inadecuada.
- N. ----- necesaria,
- 16.- Removible.
- A. ----- adecuada.

- I. ----- inadecuada.
- N. ----- necesaria.

17.- Total.

- A. ----- adecuada.
- I. ----- inadecuada.
- N. ----- necesaria.

Ortodoncia.

18.- M.E. ----- mantenedor de espacio.

19.- P. ----- placa.

X.- DIAGNOSTICO.

Se explicó en páginas anteriores.

XI.- PRONOSTICO.

Se explicó en páginas anteriores.

XII.- PLAN DE TRATAMIENTO.

Se explicó en páginas anteriores.

XIII.- NOTAS DE EVOLUCION.

Se explicó en páginas anteriores.

- HISTORIA CLINICA.

EXP. No: _____

FECHA: _____

Nombre del paciente: _____
Sexo F. M. Edad: _____ Edo. Civil: _____ Ocupación: _____
Lugar y fecha de nacimiento: _____
Domicilio: _____

I.- PADECIMIENTO ACTUAL.

Fecha de aparición _____	Evolución. _____
Signos y Síntomas _____	

II.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Higiene general: _____	
Inmunizaciones: _____	
Tabaquismo: _____	Alcoholismo: _____
Pacientes femeninos:	
¿Está embarazada? Si No Trimestre: _____	

III.- SIGNOS VITALES.

Temperatura _____	C.T. Art. _____	Fulso _____	F. Resp. _____
-------------------	-----------------	-------------	----------------

IV.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

A.- Antecedentes Sistémicos; Nutricionales, Cardíacos, Hepáticos, Renales, Respiratorios, Neoplásicos, Mentales. _____
B.- Antecedentes Infecciosos; Fiebres eruptivas, Fiebre reumática, Tuberculosis, Sífilis, Abscesos, Parasitos Intestinales. _____
C.- Antecedentes Hemorrágicos; Hemorragias post-quirúrgicas prolongadas, Hemofilia, Epistaxis, Melenas, Hemoptisis, Hematemesis, Fúrpuras. _____

D.- Antecedentes Alérgicos:

D.1. Es alérgico a la penicilina? _____

D.2. Le han administrado anestesia local? _____

D.3. Tubo alguna reacción adversa? _____

D.4. Es alérgico alguna otra droga? _____

E.- Antecedentes Médico-Quirúrgicos:

E.1. Ha estado sometido a tratamiento médico prolongado en alguna época de su vida?

Si No A que edad _____ Motivo _____

E.2. Está tomando actualmente algún medicamento?

Si No Cuál _____ Dosis _____

Base farmacológica: _____

V.- EXPLICACION FISICA QUE ABARQUE LO SIGUIENTE:

A.- Piel.

B.- Huesos y Articulaciones.

VI.- EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO.

A.- Cabeza. _____

B.- Oído. _____

C.- Naríz. _____

D.- Ojos. _____

E.- Cuello. _____

Observar si se encuentran adenopatías:

Si No

En caso positivo describe: _____

F.- Boca.

G.- Articulación Temporomandibular:

Con desplazamiento en función	Si	No
Con ruidos en función	Si	No
Dolorosa	Si	No

Describe: _____

H.- Exámen de Oclusión:

Relación de molares: Derechos: _____ Izquierdos: _____

Relación de caninos: Derechos: _____ Izquierdos: _____

Relación de anteriores: _____

Apilamiento: Anteriores: _____ Posteriores: _____

Espacios: Anteriores: _____ Posteriores: _____

Línea media mandibular: _____

Línea media maxilar: _____

Facetas desgastadas; _____

Incisivos mandibular: _____

Molares: _____

Caninos: _____

Tamaño de la lengua: _____

Frenillo maxilar: _____

Frenillo mandibular: _____

Frenillo lingual: _____

Versiones: _____

I.- Higiene Oral.

Diente	Primera Consulta				Última Consulta			
	0	1	2	3	0	1	2	3
16								
11								
26								
36								
31								
46								
Suma								
Promedio								

VII.- EXAMEN INTRABUCAL.

A. Mucosa	Color	Consistencia	Integ.	Forma y Volumen.	Existe altera ción.
A.1. Masticatoria					
A.2. Especializada					
A.3. Revestimiento					
B. Amígdalas:					
Se encuentran inflamadas: _____					
Existe alguna lesión: _____					
C. Istmo de las Fauces: _____					
D. Orofaringe: _____					
E. Glándulas Salivales: _____					
E.1. Farótida: _____					
E.2. Sublinguales: _____					
E.3. Submaxilares: _____					

VIII.- EXAMENES

- A.- Exámenes Estomatológicos.
- Oclusión.
- Higiene Oral Simplificada.
- Modelos de Estudio.
- Análisis de Dentición Mixta.
- Necesidades de Operatoria y Terapia Pulpar.

IX./ EXAMEN INTRABUCAL DE TEJIDOS DUROS Y BLANDOS

Observaciones Diagnósticas.

Operatoria y Terapia Pulpar.

		SUPERIOR DERECHO					SUPERIOR IZQUIERDO					INFERIOR IZQUIERDO					INFERIOR DERECHO																
1	CP	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	38	37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47	48
	CT				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				75	74	73	72	71				81	82	83	84	85			
2	OP																																
	CT																																
3	TP																																
4	CAV																																
5	MAT																																
6		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

Exodoncia y Cirugía Menor.

7	EP	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	38	37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47	48
8	ET				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				75	74	73	72	71				81	82	83	84	85			
9	E																																
10																																	
11																																	

Parodoncia.

12	P	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	38	37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47	48
13	M																																
14	A																																

Prótesis.

15	F	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	38	37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47	48
	A																																
	I																																
	N																																
	A																																
16	I																																
	N																																
	A																																
17	I																																
	N																																
	A																																

Ortodoncia.

18	ME																												
19	C																												

Consultas programadas

Utilizadas

2.1- BIBLIOGRAFIA.

Burket Lester .Medicina Bucal.Diagnóstico y Tratamiento.Editorial Interamericana.1979.Págs: 3; 13.

E.N.E.I. Zaragoza.Modelo de una Historia Clínica de Odontología.

Zegarelli Edward.Diagnóstico en Patología Oral.Editorial Salvat.1979.Págs: 10; 30-31.

CAPITULO III. ESTUDIOS DE LABORATORIO.

Explicación de las técnicas usadas en los exámenes realizados en el laboratorio:

Obtención del material para exámen.

Se limpia primero la superficie de la lesión con solución salina, quitando cualquier materia purulenta, se recoge exudado seroso en cuanto salga relativamente libre de sangre o se busca en la profundidad de la lesión, si no existe líquido se obtiene presionando con el dedo índice y pulgar la lesión hasta obtener líquido. Esta operación se realiza usando guantes de goma. Luego el líquido se recoge con un cubreobjeto limpio o bien con una pipeta capilar. Se debe tener precaución en las lesiones bucales (chancros o placas mucosas), deben limpiarse bien y circuncidarse completamente, a fin de evitar la contaminación por espiroquetas orales normales. En el caso de lesiones cervicales, vaginales u otras lesiones ocultas, es necesario visualizar la lesión con un espéculo u otro instrumento y recoger el exudado con una pipeta de Pasteur o con una asa bacteriológica, éste material se coloca sobre un portaobjeto, cubriéndose luego con un cubreobjeto.

Ganglios Linfáticos.

Cuando el exámen directo del material de lesiones cutáneas es negativo y si se han empleado agentes treponemicidas tópicos, puede utilizarse para el diagnóstico, material aspirado de los ganglios linfáticos regionales tumefactos. Se prepara la piel por encima del ganglio y se punciona con una aguja calibre 20 en el ganglio. Después de asegurarse que la aguja ha penetrado se inyecta una pequeña cantidad (0.1 ml) de aire y solución salina. Se manipula suavemente la punta de la aguja para macerar el tejido y se aspira material, a fin de proceder al exámen para determinar la presencia de espiroquetas.

Exámen en Campo Oscuro.

Se efectúa de la siguiente forma:

Se coloca una gota de exudado en un portaobjeto, se cubre y se presiona con un cubreobjeto hasta lograr una capa delga-

da entre lámina y laminilla, la preparación se observa entonces con el objetivo de inmersión y con iluminación de Campo Oscuro se arregla el sistema de lentes del condensador de tal manera que no llegue luz al ojo a menos que sea reflejada por algún objeto que se encuentre en el campo microscópico.

En cuanto a las pruebas serológicas, encontramos que pueden ser de dos tipos: las no treponémicas y las treponémicas.

Las pruebas no treponémicas miden un antígeno inespecífico llamado reagina, que aparece en la sangre entre la primera y tercera semana después de la aparición del chancro.

Las pruebas treponémicas se realizan en dos formas, que difieren en la forma de como se descubre el complejo antígeno-anticuerpo, se conoce la técnica por floculación y por fijación del complemento.

Dentro de la técnica por floculación encontramos la del Verneral Disease Research Laboratories, (Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas), se usa un antígeno que se prepara de acuerdo a las normas internacionales por medio del laboratorio, y es la más utilizada.

Al suministrar tratamiento adecuado, el título del VDRL puede volverse negativo, después de 6 o 12 meses en la sífilis primaria, y en la sífilis secundaria después del tratamiento el VDRL se puede volver no reactivo de 12 a 18 meses, en sífilis tardía ya es difícil que el VDRL se negativice a pesar del tratamiento.

El VDRL puede dar positivas falsas en presencia de casos de hepatitis, neumonía viral, paludismo, varicela, tuberculosis, sarampión, embarazo, lepra, tumores malignos.

Los pacientes con pruebas serológicas positivas falsas deben someterse a examen médico completo, para comprobar que no sufren una enfermedad grave.

FTA-Abs.- (reacción de anticuerpos treponémicos por inmunofluorescencia absorbida). Esta reacción posee mayor sensibilidad que cualquier otra reacción treponémica aún en los casos de sífilis primaria y tardía. Se aplica a sangre absorbida y desecada en círculos de papel Canson 435, obteniendo resultados con la técnica FTA común. Se han determinado el tipo de inmunoglobulinas G A M, en cualquier período de la enfermedad. Estos an

ticuerpos producen fluorescencia intensa en todos los sueros de casos de sífilis precóz, la mitad de las latentes y las 3/4 partes de las terciarias. La prueba FTA-Abs, es llamada también prueba estandar, es utilizada por la mayoría de los laboratorios en la actualidad y es la prueba serológica más sensible en todas las etapas de la sífilis. También se observan reacciones positivas falsas en casos de artritis reumatoide, y en general en enfermedades que originan globulinas anormales, el mismo embarazo puede causar una reacción pasajera positiva falsa, para llevar a cabo el diagnóstico específico de sífilis, se ha de considerar la historia clínica, los resultados de las pruebas serológicas treponémicas y no treponémicas.

En las pruebas treponémicas está la de inmovilización de *Treponema pallidum* (TPI), fue muy utilizada aunque en la actualidad ya está fuera de uso.

3.1- BIBLIOGRAFIA.

American Society for Microbiology. Test for Syphilis. Manual or Clinical Immunology. Editorial. Board. 1976. Págs: 36-39.

Jawetz Ernest. Microbiología Médica. Editorial el Manual Moderno. 1977. Pág: 5.

Public Hearth. Manual of Test Syphilis. Service Publication.- 1969. Págs: 67-69.

CAPITULO IV.

DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO DE SIFILIS.

Diagnóstico de sífilis primaria.

Toda lesión genital o extragenital puede hacer sospechar que se trata de una lesión de sífilis primaria. Se tendrá en cuenta el carácter clínico del chancro, sus localizaciones y la detección de la adenopatía regional. Sin embargo, no debe hacerse un diagnóstico de sífilis basándose únicamente en la apariencia de la lesión. En caso de duda o sospecha clínica se debe recurrir a los Exámenes de Laboratorio como son:

- a.- Campo obscuro.
- b.- V.D.R.L.
- c.- F.T.A.-Abs.

Si se demuestra la presencia de *treponema pallidum*, mediante la microscopía en campo obscuro, el diagnóstico de sífilis primaria es definitivo. La posibilidad de sífilis no queda excluida por el hecho de que no se demuestre la presencia de *treponema pallidum* ya que puede ocurrir que no haya suficientes organismos, particularmente si se emplean sustancias antibacterianas de administración tópica o general. En algunos pacientes tal vez sea necesario repetir los exámenes o proceder a la aspiración de los ganglios linfáticos regionales tumefactos para demostrar la espiroqueta. Si el examen resulta negativo, esto no descarta el diagnóstico de sífilis, se deberá practicar el examen VDRL, los pacientes que presenten lesiones típicas y reacciones positivas a ésta prueba, deberán recibir el tratamiento. Si la primera prueba de VDRL es negativa, se repetirá al cabo de 1 semana, 1 mes y 3 meses transcurridos 3 meses se excluye a la sífilis como causa de esas lesiones. En el caso, de que la prueba resulte débilmente reactiva es decir, un VDRL positivo a título bajo, obliga a la realización de la prueba FTA-Abs. las cuales de ser reactivas, hacen el diagnóstico de sífilis y los pacientes en ésta circunstancia deberán recibir el tratamiento correspondiente. En los cuadros 1, 2, 3, (anexos) se muestran los criterios y técnicas sobre el diagnóstico de sífilis primaria.

Diagnóstico de sífilis secundaria.-

Los enfermos de sífilis secundaria presentan lesiones muy variadas (por lo común maculares, papulares o papuloescamosas), lesiones de las mucosas, linfadenopatía, fiebre, alopecia y afectación orgánica local (iritis). La demostración del treponema pallidum en material procedente de las lesiones o ganglios linfáticos de esos pacientes es una prueba de infección sífilítica. Todos los pacientes sospechosos de sífilis secundaria deberán someterse a una prueba VDRL. Se considera que una persona padece sífilis secundaria si presenta signos que concuerdan con la enfermedad y si la prueba resulta positiva, aún cuando las pruebas directas para las espiroquetas sean negativas o se omitan. En pacientes que muestren resultados a un título de VDRL inferior a 1:16 tendrá que repetirse el examen y practicarles una prueba FTA-Abs. para confirmar la infección treponémica. En los cuadros No. 4 y 5 (anexos) se anotan los criterios y técnicas para sífilis secundaria.

Diagnóstico de sífilis latente.-

Se puede realizar por la anamnesis, en algunos casos se presenta todavía una adenopatía regional. En muchas ocasiones la sífilis latente se descubre accidentalmente al realizar exámenes serológicos para exámenes prenupciales, seguros, prisiones, migración, etc. En otros casos se detecta por sospechar de posible contagio. Las personas con pruebas VDRL y FTA-Abs positivas padecen también de sífilis latente. En aquellos pacientes en quienes se ignora o no se pueda especificar el período de evolución de la enfermedad, se consideran afectados por sífilis latente tardía y deben ser examinados para determinar la posibilidad de neurosífilis asintomática. También se puede realizar un examen en Campo Oscuro.

Diagnóstico de sífilis terciaria.-

Se diagnostica por las características clínicas de las lesiones que se presentan en piel, mucosas, huesos y cartílagos. Además se hace uso del Interrogatorio y Exámenes de Laboratorio como son:

a.- Examen VDRL.

b.- Exámen FTA-Abs.

c.- Exámen de Líquido Cefalorraquídeo.

Exámen de Líquido Cefalorraquídeo.

En las lesiones del Sistema Nervioso Central se examina el líquido cefalorraquídeo para conocer:

1.- Contenido celular.

2.- Globulinas.

Células.

Se encuentran pequeños linfocitos. La presencia de más de 10 células por mm cúbico se consideran patológicas.

Globulinas.

Se hallan aumentadas.

Diagnóstico de sífilis congénita.

Si la madre adquiere sífilis durante la gestación y no recibe tratamiento, es probable que ocurra infección sifilítica fetal. También puede producirse infección fetal si la madre ha sido tratada en forma inadecuada. El niño infectado puede nacer asintomático o no manifestar síntomas, sino hasta más adelante.

Los recién nacidos con síntomas tales como erupciones cutáneas, secreciones nasales, sepsis, suscitan la sospecha de padecer sífilis congénita lo que se confirmará si se demuestra la presencia de *treponema pallidum*, mediante el exámen directo del material de secreciones nasales o lesiones cutáneas. Se les practicará también un exámen VDRL, si resulta positivo deberán recibir el tratamiento correspondiente.

Para excluir la posibilidad de afección del Sistema Nervioso Central, se debe proceder al exámen del Líquido Cefalorraquídeo.

TRATAMIENTO.

Sífilis Precóz.

Sífilis Primaria, Secundaria y Latente.

Regímenes de elección:

- 1.- Penicilina G Benzatínica; 2.4 millones de U.I., inyectando la mitad en cada glúteo (dosis única). V.I. profunda.
- 2.- Penicilina G Procaínica; 4.8 millones de U.I., inyectando - 600 mil U.I. diarias, V.I., por 8 días.

Regímenes alternativos:

- 1.- Clorhidrato de tetraciclina; 500 mg cada 6 horas, durante - 15 días, vía oral.
- 2.- Eritromicina (estearato, etilsuccinato o base); 500 mg cada 6 horas por 15 días, vía oral.

Sífilis Tardía.

Regímenes de elección:

- 1.- Penicilina G Benzatínica; 7.2 millones de U.I., en 3 aplicaciones de 2.4 millones de U.I. V.I., con intervalos de 1 semana.
- 2.- Penicilina G Procaínica; 9 millones de U.I., en 15 inyecciones I.M. de 600 mil U.I. cada 24 horas.

Regímenes alternativos:

- 1.- Clorhidrato de Tetraciclina; 500 mg cada 6 horas, durante 30 días, vía oral.
- 2.- Eritromicina; 500 mg cada 6 horas durante 30 días, vía oral.

Sífilis en el Embarazo.

(De menos de 1 año de iniciada la enfermedad)

Regímenes de elección:

- 1.- Penicilina G Benzatínica; 2.4 millones de U.I., V.I., inyectando la mitad en cada glúteo, dosis única.
- 2.- Penicilina G Procaínica; 4.8 millones de U.I., dividida en 8 inyecciones de 600 mil U.I., cada 24 horas.

Regímenes alternativos:

- 1.- Eritromicina; 500 mg cada 6 horas, durante 15 días. Vía oral
- .- El estolato de eritromicina está contraindicado.

De más de 1 año de iniciada la enfermedad.

Regímenes de elección:

- 1.- Penicilina G Benzatínica; 7.2 millones de U.I., en 3 aplicaciones de 2.4 millones U.I., V.I., con intervalos de 1 semana.
- 2.- Penicilina G Procaínica; 9 millones de U.I., en 15 aplicaciones de 600 mil U.I., V.I., con intervalos de 24 horas.

Regímenes alternativos:

- 1.- Eritromicina; 50 mg, durante 15 días, vía oral.
- El estolato de eritromicina está contraindicado.

Sífilis Congénita.

Niños con líquido cefalorraquídeo normal.

- 1.- Penicilina G Benzatínica; 1 aplicación I.M., a razón de 50.000 U.I. por kg de peso, 20.

Niños con líquido cefalorraquídeo anormal.

- 1.- Penicilina G Procaínica; 10 inyecciones I.M., conteniendo cada una 50.000 por kg de peso, con intervalos de 24 horas.
- 2.- Penicilina G Cristalina (acuosa); 20 inyecciones I.M. o I.V. conteniendo cada una 20.000 U.I./kg de peso.

NOMBRES COMERCIALES.

1.- Benzetacil (penicilina G Benzatínica).

Descripción:

Suspensión estéril de penicilina G Benzatínica, para inyección muscular profunda. Ejerce acción bactericida continua por tiempo prolongado.

Recomendaciones:

Una vez preparada la suspensión, agítese fuertemente el frasco-ampula antes de retirar la dosis deseada. Adminístrese por vía I.M. profunda en el cuadrante superior externo de la región glútea. En lactantes y niños pequeños es preferible inyectar en la parte media lateral del muslo. Varíese el sitio de inyección y aspiréese para asegurarse de no estar en un vaso sanguíneo.

Contraindicaciones:

Historia previa de reacción de hipersensibilidad a cualquiera de las penicilinas.

Reacciones secundarias:

Reacciones alérgicas o anafilaxis.

Presentación:

El frasco-ampula con polvo contiene:

Dibenziletildiamina dipenicilina 2.4 millones
Citrato de sodio (amortiguador) 0.024 g.

La ampolleta con diluyente contiene:

Agua inyectable esterilizada 6.0 ml.

2.- Famprocilina (penicilina G Procaínica).

Contraindicaciones:

No usarse en personas hipersensibles, pueden presentarse reacciones alérgicas.

Reacciones secundarias:

Pueden presentarse reacciones alérgicas.

Presentación:

Caja con un frasco-ampula con diluyente:

Cada frasco-ampula contiene:

Fenicilina G Sódica Cristalina	500.000 U.I.
Fenicilina G Procaínica	1 500 000 U.I.
Diluyente	5 ml.

3.- Fenicilina G Sódica Cristalina (penicilina G Cristalina acuosa).

Indicaciones:

En todas aquellas infecciones causadas por gérmenes susceptibles a la penicilina.

Contraindicaciones:

Sensibilidad a la penicilina.

Reacciones secundarias:

Pueden presentarse reacciones alérgicas.

Presentación:

Cada frasco-ampula contiene:

Fenicilina G Sódica	1 000 000 U.I.
---------------------------	----------------

4.- Terramicina (clorhidrato de tetraciclina).

Precauciones:

Si existe insuficiencia renal, las habituales dosis orales y parenterales pueden conducir a una gran acumulación de la droga y posiblemente a toxicidad hepática. En tales circunstancias está indicado el uso de dosis menores, debiendo practicarse niveles sanguíneos si se va a prescribir por tiempo prolongado.

Durante el embarazo:

El empleo de las tetraciclinas durante la última mitad del embarazo, en lactantes y niños hasta 8 años, pueden dar lugar a un cambio de coloración permanente de los dientes.

Además atraviesa la barrera placentaria, alcanza los niveles del feto y puede tener efectos tóxicos en el desarrollo del mismo, en forma de retraso en el desarrollo esquelético.

Contraindicaciones:

No usarse en personas con hipersensibilidad a las tetraciclinas.

Reacciones secundarias:

Se han reportado efectos gastrointestinales (anorexia, náusea, vómito, diarrea, procesos inflamatorios anogenitales con crecimiento de monilias), en la piel (fotosensibilidad, urticaria), renal (aumento de la urea en sangre), anafilaxis.

Presentación:

Terramicina (oxitetraciclina), cápsulas: 250 mg, cajas con 16 y 100 cápsulas.

5.- Ilosone. (eritromicina).

Indicaciones:

Puede ser escogido en el tratamiento de sífilis en los pacientes alérgicos a la penicilina.

Contraindicaciones:

Hipersensibilidad al medicamento.

Reacciones secundarias:

Náusea, vómito, diarrea. Ocasionalmente se ha presentado anafilaxis.

Presentación:

Ilosone en cápsulas contiene:

Estolato de eritromicina equivalente a 250 mg.
de eritromicina base.

Frasco con 12 cápsulas.

PRONOSTICO.

Pronóstico de sífilis primaria.

La lesión primaria cura sin tratamiento, pudiendo no dejar cicatriz. En una de las etapas de mayor posibilidad de contagio.

Bajo la acción del tratamiento penicilínico los treponemas comienzan a desaparecer y la lesión primaria cura rápidamente.

Pronóstico de sífilis secundaria.

Todas las manifestaciones tienden de manera espontánea a curar. También es una etapa muy contagiosa, puede haber recidiva de las lesiones. Luego el proceso entra en la etapa de sífilis latente precoz.

Bajo los efectos de un tratamiento penicilínico adecuado las lesiones curan rápidamente.

Pronóstico de sífilis terciaria.

En general se admite que un 33% de las sífilis tardías curan espontáneamente, un 33% transcurren en estado de latencia y un 33% se manifiestan por diferentes manifestaciones.

Varias de las lesiones dejan cicatrices, en otros casos son destructivas afectando además piel y mucosas, tejido duro.

En muchas ocasiones el tratamiento no tiene ningún efecto porque las lesiones son irreversibles.

Vigilancia después del tratamiento.

Los pacientes de sífilis reciente, deben ser evaluados después del tratamiento, durante 1 año por lo menos a intervalos de 3 meses. En cada visita se procederá a una prueba VDRL y se examinará el curso clínico. En la mayoría de los pacientes, el título de treponemas desciende durante 1 año hasta que se detecta poca o ninguna reacción.

Se debe efectuar un examen del líquido cefalorraquídeo de los pacientes que recibieron un tratamiento con antibióticos - sucedáneos a la penicilina. Es preciso estimular, como ya se había mencionado, el examen de todos los pacientes afectados por sífilis precoz o congénita, a los 3, 6, y 12 meses después del tratamiento. A los casos de sífilis de menos de 1 año de duración (sífilis reciente) se les repetirá también la prueba a los 2 años después del tratamiento.

Todos los casos de neurosífilis deben ser minuciosamente observados mediante las pruebas VDRL por lo menos durante tres años. Además, en la vigilancia de esos pacientes estará incluida la reevaluación clínica a intervalos de 6 meses y la repetición del examen del LCR particularmente en individuos tratados con antibióticos sucedáneos a la penicilina.

Siempre debe considerarse la posibilidad de reinfección - en enfermos tratados previamente por sífilis, por lo que deberá procederse a repetir una prueba VDRL así como un examen del líquido cefalorraquídeo, para que pueda determinarse la presencia de la reinfección y se haga un diagnóstico de sífilis reciente.

Deberá considerarse la repetición del tratamiento en las condiciones siguientes:

1.- Persistencia o recurrencia de signos o síntomas clínicos de sífilis.

2.- Un aumento prolongado cuatro veces mayor en el título VDRL.

El nuevo tratamiento de los pacientes se administrará de acuerdo a los planes recomendados para la sífilis de más de 1 año de duración.

En los cuadros No. 6, 7, se anotan los exámenes requeridos y los intervalos de tiempo en los que deben realizarse

4.1- BIBLIOGRAFIA.

Dirección General de Servicios Médicos. (Departamento de Medicina Preventiva). Normas Diagnósticas y Terapéuticas en las Principales Enfermedades de Transmisión Sexual. Editorial Ciudad Universitaria. 1983. Págs: 5-10; 14-15; 18-20; 22-24.

Farreras Valenti. Medicina Interna. Tomo I. Editorial Marín. - 1978. Pág: 918.

Harrison. Medicina Interna. Tomo I. Editorial La Prensa Médica Mexicana. 1979. Págs: 1003-1004.

Rosenstein Emilio. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas Editorial Ediciones FLM. 1981. Págs: 501; 731-732; 918; 125.

CAPITULO V.
MEDIOS DE PROTECCION
PARA EL PACIENTE COMO PARA EL ODONTOLOGO.

5.1- Medios de protección para el odontólogo.

1.- Hacer una Historia Clínica a cada paciente con el objeto de descubrir alguna enfermedad infecciosa.

2.- Además de empezar la exploración física se usarán guantes de goma, cubreboca y de ser posible el uso de lentes.

3.- La exploración de la boca no debe iniciarse por el propio exámen de la boca, debe ir precedida de una apreciación del aspecto físico del paciente, como anomalías visibles en las partes cutáneas descubiertas como; cabeza, brazos, manos, partes inferiores de las piernas, deben observarse en busca de alguna lesión que pueda estar relacionada con cavidad oral.

4.- Los tejidos bucales han de observarse cuidadosamente con buena luz, utilizando instrumentos como espejos o abatelenguas para separar los tejidos blandos, antes de introducir los dedos en la boca del paciente.

5.- El dentista ha de conservar de ser posible intacta la piel de sus manos.

6.- Todo instrumental usado en la exploración, tendrá que estar esterilizado, de esta forma se evitarán posibles contagios a otros pacientes.

5.2- Medios de protección para el paciente.

A nivel individual y colectivo las medidas de prevención son las siguientes:

1.- Motivar al paciente a que investigua y se informe acerca de las ETS.

2.- Hacerle sentir al paciente la importancia de que sus contactos sean tratados también porque son fuente permanente de contagio para él mismo, determinando las reinfecciones.

3.- Informarle que durante su tratamiento no debe tener -

relaciones sexuales hasta que sea dado de alta.

4.- Las medidas mínimas de prevención después de contactos sospechosos, son lavar los genitales con agua y jabón después del contacto o mejor aún, darse un baño completo.

5.- Motivarlo a que se convierta en agente educador y difunda la información.

5.3-QUE HACER Y QUE NO HACER ANTE LA SOSPECHA O LA PRESENCIA DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE SEXUAL.

Que se debe hacer:

a.- Buscar y recibir atención médica. Solicitar la asesoría de un médico para que realice el diagnóstico de la enfermedad.

b.- Aplicarse el tratamiento prescrito y seguir las instrucciones médicas.

c.- Asegurarse de que su pareja sexual reciba atención médica necesaria, en caso de que proceda recibir el tratamiento.

d.- Abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que haya sido curado y dado de alta.

e.- Evitar comidas o bebidas alcoholicas que interfieran con la acción del medicamento prescrito.

f.- Repetir los exámenes de laboratorio de control que pudieran estar indicados, varios meses después del tratamiento.

g.- Considerar que hay medidas preventivas individuales y colectivas que le evitarán contraer éste tipo de infecciones.

Que no se debe hacer:

a.- Automedicarse. no tratar de curarse por sí mismo.

b.- Pensar que el tratamiento prescrito a otra persona es siempre aplicable a otra.

c.- No ocultar a su pareja o compañeros sexuales que está enfermo, ya que ellos deben también ser tratados para terminar con la infección y romper con el círculo de las reinfecciones.

d.- No tener relaciones sexuales con personas enfermas o convalescientes, o que se encuentren sometidas a tratamiento.

5.4- BIBLIOGRAFIA.

Dirección General de Servicios Médicos.(Departamento de Medicina Preventiva).IV.Enfermedades de Transmisión Sexual.Ciudad - Universitaria.1983.Págs: 7-9; 11; 13-14; 18; 34-35.

RESULTADOS.

En el primer capítulo se describe la definición de sífilis y el agente que la produce, así como su morfología para no confundirlo con otras espiroquetas que se encuentran en la boca, y las formas de como puede ser destruido.

La sífilis se ha clasificado de acuerdo a las formas de adquirir la infección y al período evolutivo.

Explicando las características de la sífilis en cada una de sus etapas y comprendiendo todas las manifestaciones de la signo-sintomatología que se presenta tanto a nivel general como en cavidad oral, se aporta una mayor información para detectar los signos y síntomas que se presenten.

Con la descripción de una Historia Clínica y explicación del llenado de la misma, principalmente enfocada a un paciente sífilítico, se podrá establecer con certeza un diagnóstico correcto, interrelacionando los conocimientos adquiridos acerca de sífilis y además un conocimiento sobre los auxiliares de diagnóstico como son todos los exámenes de laboratorio que se describen en el capítulo correspondiente.

Se describen los Exámenes de Laboratorio requeridos para detectar y así poder diagnosticar y confirmar con mayor seguridad la infección sífilítica.

Se da el Diagnóstico de cada etapa de la sífilis incluyendo el de sífilis congénita.

Con respecto al Tratamiento, se dan los regímenes de elección y alternativos para que, en el caso de que se presente un paciente con sífilis, se le dé un tratamiento adecuado, además de llevar una vigilancia después del mismo, mediante los exámenes de laboratorio indicados y con la periodicidad señalada con el fin de que el odontólogo proporcione un mejor servicio al paciente.

Los Medios de Protección para el Odontólogo y la Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual a nivel individual y colectivo, son indispensables para evitar o excluir la posibilidad de reinfección sifilítica.

Es necesario que las personas que presenten sífilis se les comunique y explique de lo que se debe y no hacer ante la sospecha o la presencia de una enfermedad transmisible sexual.

Como se muestra en los cuadros No.8 y 9 (anexos), se observa que de los 10 casos, 7 pertenecen al sexo masculino y 3 al sexo femenino.

Esto confirma las estadísticas de que en México, la sífilis se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino con relación de 12:1.

En otros países como E.U.A. los casos son casi el doble en el sexo masculino que en el femenino. En Dinamarca es de 5:1 y en Inglaterra es de 6:1.

La etapa con mayor número de casos es el de sífilis latente tardía, esto debido a que los pacientes al no presentar la signo-sintomatología de la sífilis precoz, quizá debido a que desaparecieron espontáneamente o tal vez a una automedicación y se podría pensar además en una antibioterapia concomitante que desaparece u. oculta las manifestaciones sifilíticas y es accidentalmente que se descubre el período de latencia.

Sigue en orden decreciente la sífilis tardía, al no haber presentado los signos y síntomas de la sífilis, el paciente se cree ya curado, sin embargo, es en ésta etapa cuando vuelven a aparecer y con mayor destrucción presentando en muchas ocasiones lesiones irreversibles.

La automedicación que no lleva un tratamiento adecuado permite que siga avanzando la sífilis.

La antibioterapia concomitante enmascara la signo-sintomatología, pasando en muchas ocasiones inadvertidas.

Además el desconocimiento de las enfermedades transmisibles sexuales, ocasiona que no se les dé la importancia que tienen.

Finalmente en orden decreciente se encontró la sífilis reciente. Pocas personas acuden a consulta en busca de ayuda médica, ya sea por conocer las ETS que presentan o, porque el médico las reconoce.

Los lugares afectados fueron los siguientes:

- 5 casos presentaron Lesiones genitales.
- 2 casos presentaron lesiones en cavidad oral.
- 1 caso presentó roséola y alopecia.
- 1 caso presentó dolor en área precordial.
- 1 caso presentó complicaciones neurológicas.

Todas las lesiones se manifestaron de acuerdo a su etapa en cavidad oral, es raro que se presenten.

La distribución por edades que se muestra en los cuadros No. 8 y 9 fue de un 50% para adultos jóvenes y otro 50% de personas de más de 50 años llegando hasta los 84 años. Según estudios epidemiológicos en nuestro medio, los grupos con mayor actividad sexual son los más afectados y abarca de 15 a 44 años. Pero se han notificado casos de niños de 2 años que son objeto de abuso sexual y presentan alguna ETS, así como de personas de 60-65 años, que también las padecen. Según datos de la OMS, son los estudiantes de enseñanza media y superior los que están más expuestos a contraer alguna ETS. En México, la sífilis se presenta con mayor frecuencia de los 25-34 años, sin embargo, no deja de ser importante el número de casos registrados en el grupo de 15-24 años. Como se aprecia en los casos clínicos No. 10-11, al realizar un examen clínico o bien por acudir a consulta presentando signos y síntomas, no se detectaron en las primeras consultas, se recurrió a los exámenes de laboratorio para confirmar en un caso clínico y descubrir en otro, el diagnóstico correcto. Los pacientes no comunicaron las lesiones que tenían después de tener relaciones sexuales y es en citas posteriores cuando aclaran lo sucedido. El desconocimiento de las consecuencias de las ETS por parte del paciente ocasiona una vez recibido el tratamiento, que no hayan sido controlados posteriormente, dejando pasar el tiempo sin recibir una adecuada vigilancia después del tratamiento, y llegando a la sífilis a su etapa final.

CONCLUSIONES.

En la actualidad la sífilis como enfermedad de transmisión sexual es considerada como una de las más trascendentes en vista de las complicaciones e invalidéz que ocasiona. Debe atribuirse a causas de orden gral. como la emancipación progresiva de la mujer, difusión de nuevos métodos anticonceptivos y por otro lado se debe a la falta de información o desconocimiento de las enfermedades de transmisión sexual y a la prescripción concomitante de antibióticos o a la automedicación. Entre los motivos que responsabilizan al médico es necesario considerar que en varias ocasiones no existe la suficiente información adecuada acerca de los signos y síntomas además de la prescripción indiscriminada de antibióticos capaces de decapitar la sífilis y la falta de cooperación en la notificación de casos. El incremento de los exámenes serológicos como prenupciales, seguros, prisiones migración, exámenes preoperatorios o en el caso de los estudiantes de Ciudad Universitaria que acuden a solicitar un examen médico para determinado fin, o en su defecto que van por presentar síntomas o secuelas de sífilis precóz y muchas veces de sífilis latente. Con respecto a ésta última, esos casos se deben a que la lesión primaria y secundaria han pasado inadvertidas por el paciente y/o médico o, al enmascaramiento de las manifestaciones clínicas de la sífilis precóz por antibioterapia concomitante o a la automedicación.

La sífilis al igual que otras enfermedades de transmisión sexual, constituyen ya un problema de salud pública y tienden a presentarse cada vez con mayor frecuencia en adolescentes y jóvenes adultos.

Todos los datos que se han mencionado, facilitarán la identificación de las lesiones sifilíticas. Haciendo uso de los auxiliares de diagnóstico y de una historia clínica. Esto capacitará aún más al odontólogo, para tener los suficientes conocimientos sobre la patología antes mencionada y con ello se dará un mejor servicio a los pacientes y una mayor protección hacia uno mismo

SUGERENCIAS.

Se pretende proporcionar al odontólogo el conocimiento su ficiente sobre los aspectos clínicos y de los exámenes de labo ratorio para que pueda ejercer su profesión en condiciones óp- ti mas y colaborar con los profesionistas relacionados con él.

Es conveniente que al examinar a cualquier paciente se usen las medidas preventivas destinadas para la protección tan- to del paciente, odontólogo y en dado caso a segundas o terce ras personas.

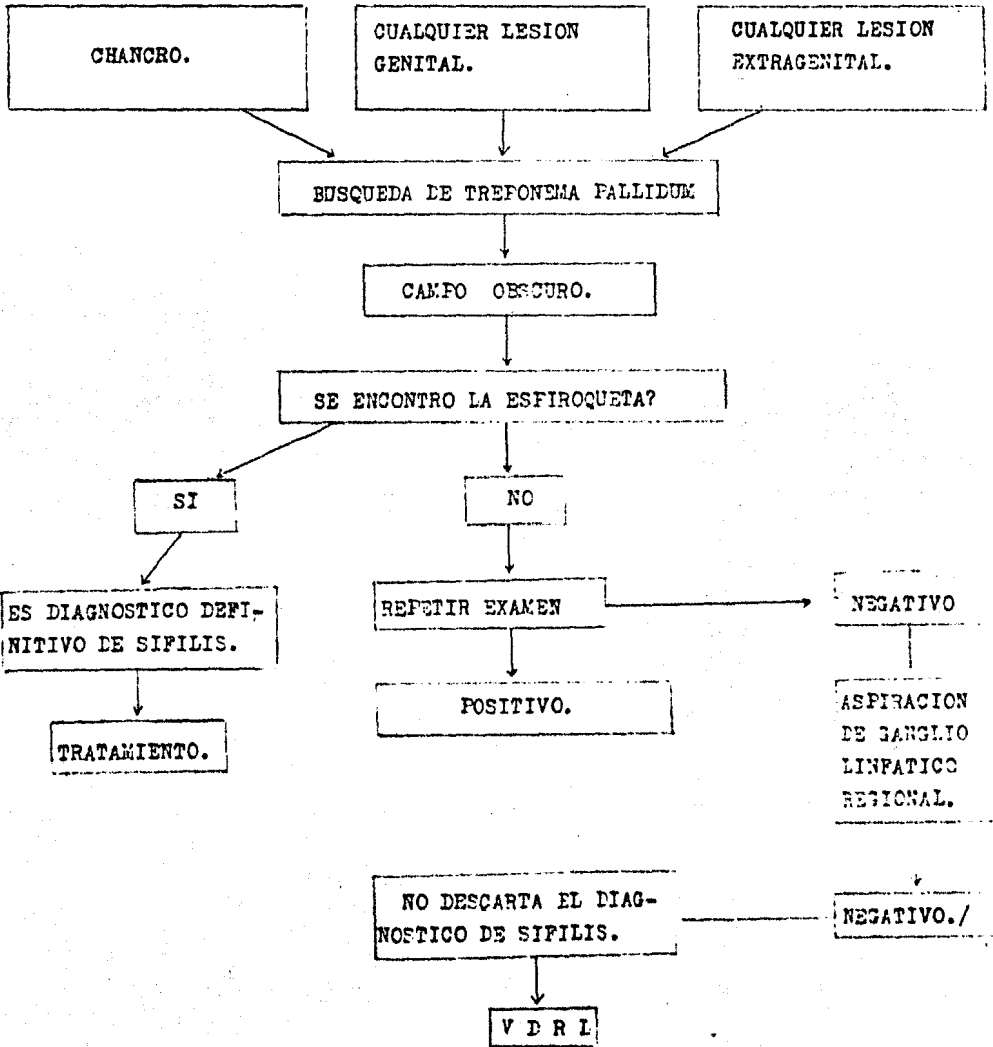
Entre las medidas de protección se encuentra la Historia Clínica que es sin duda un medio indispensable y útil.

Los exámenes de laboratorio se incluirán siempre que se sospeche no sólo de sífilis, sino de cualquier enfermedad para confirmar el diagnóstico.

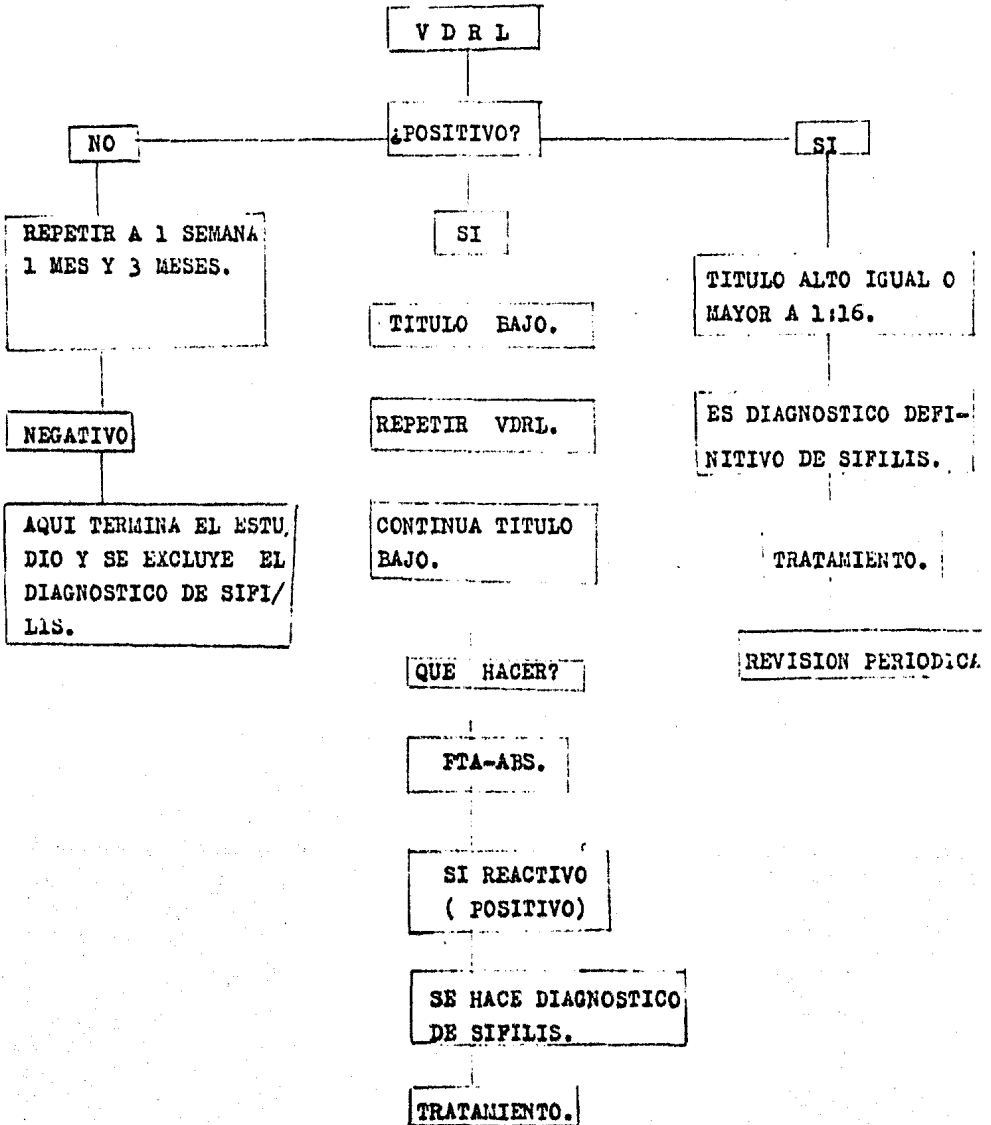
Lo ideal sería que a los alumnos de futuras generaciones se les llevara a hospitales en donde pudieran observar las le- sio nes de las enfermedades de transmisión sexual, porque gene- ral mente son muy raras las veces en que se presenta algún caso en las clínicas y de esa forma no se tendrá solamente un cono- ci miento teórico.

A N E X O S .

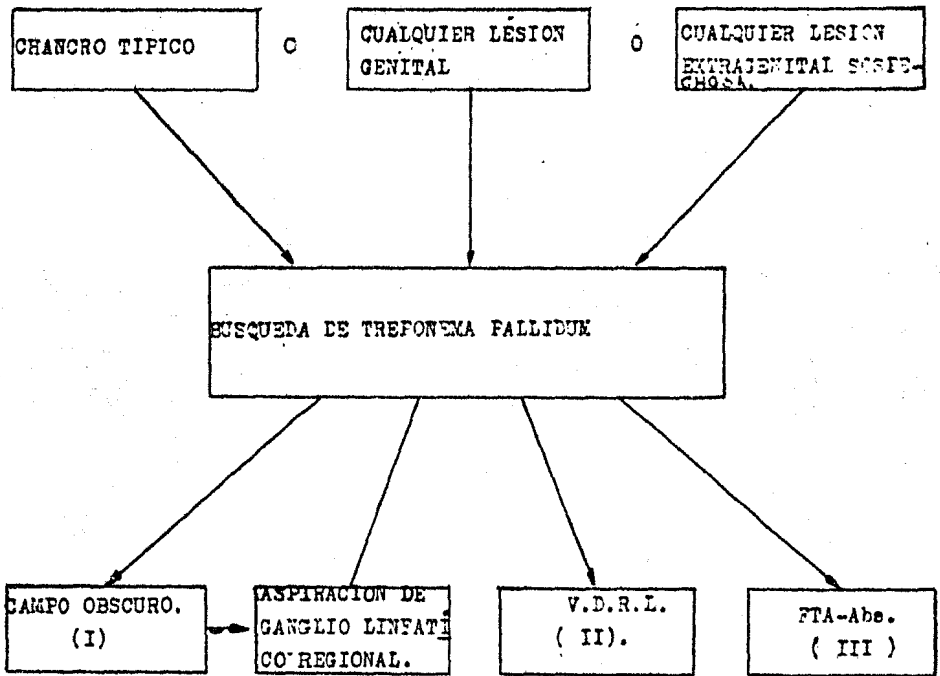
CUADRO No. 1.
DIAGNOSTICO DE SIFILIS PRIMARIA.



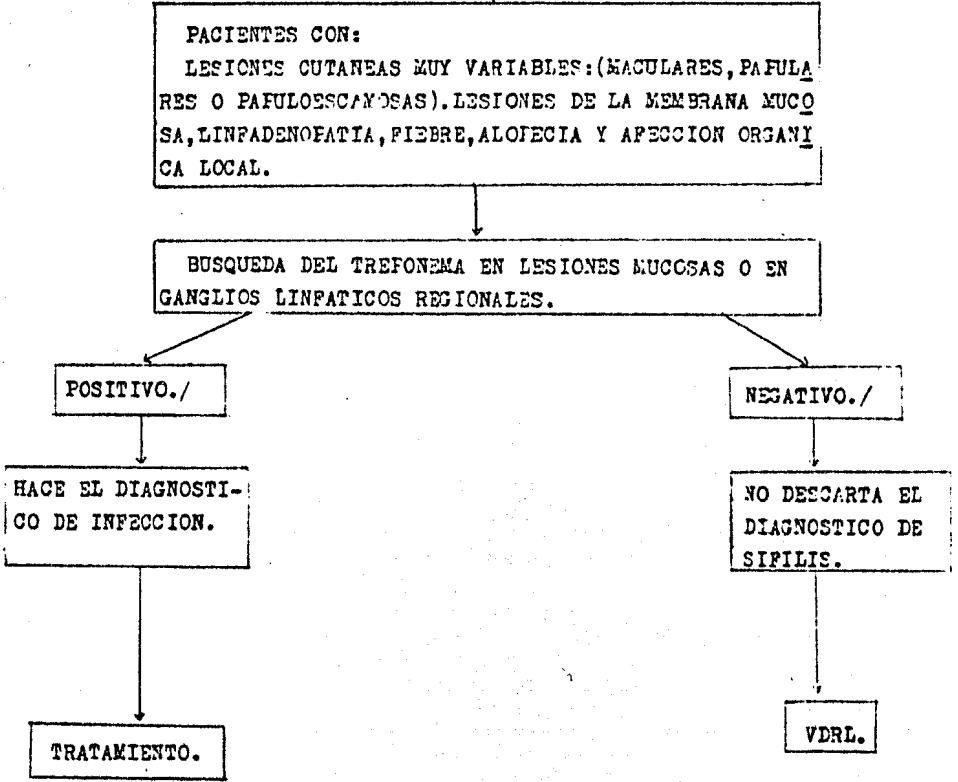
CUADRO No. 2.
DIAGNOSTICO DE SIFILIS PRIMARIA.



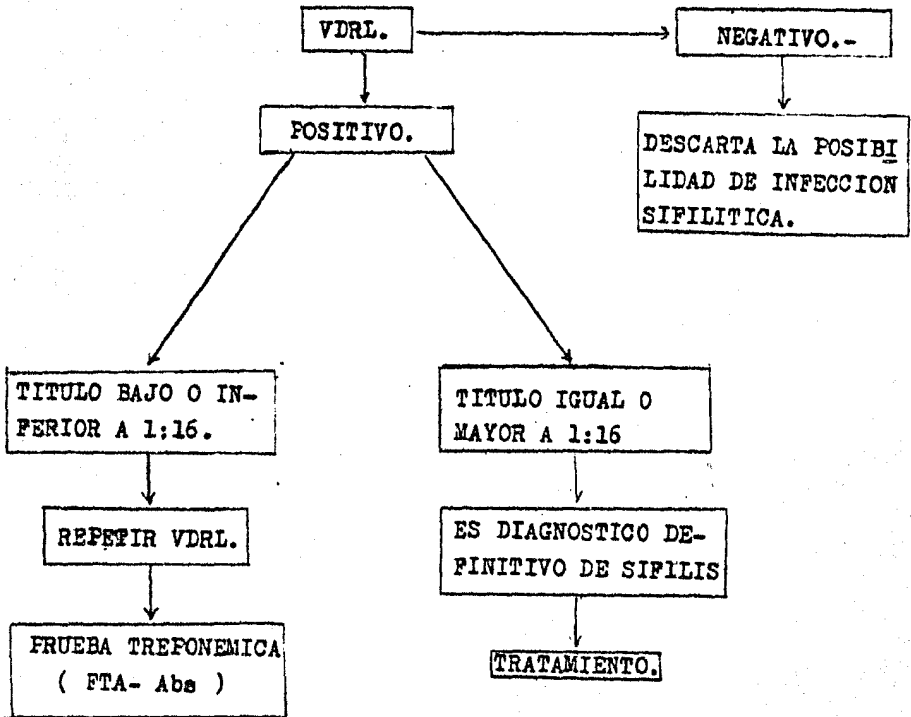
CUADRO No. 3.
DIAGNOSTICO DE SIFILIS PRIMARIA.



CUADRO No. 4.
DIAGNOSTICO DE SIFILIS SECUNDARIA.

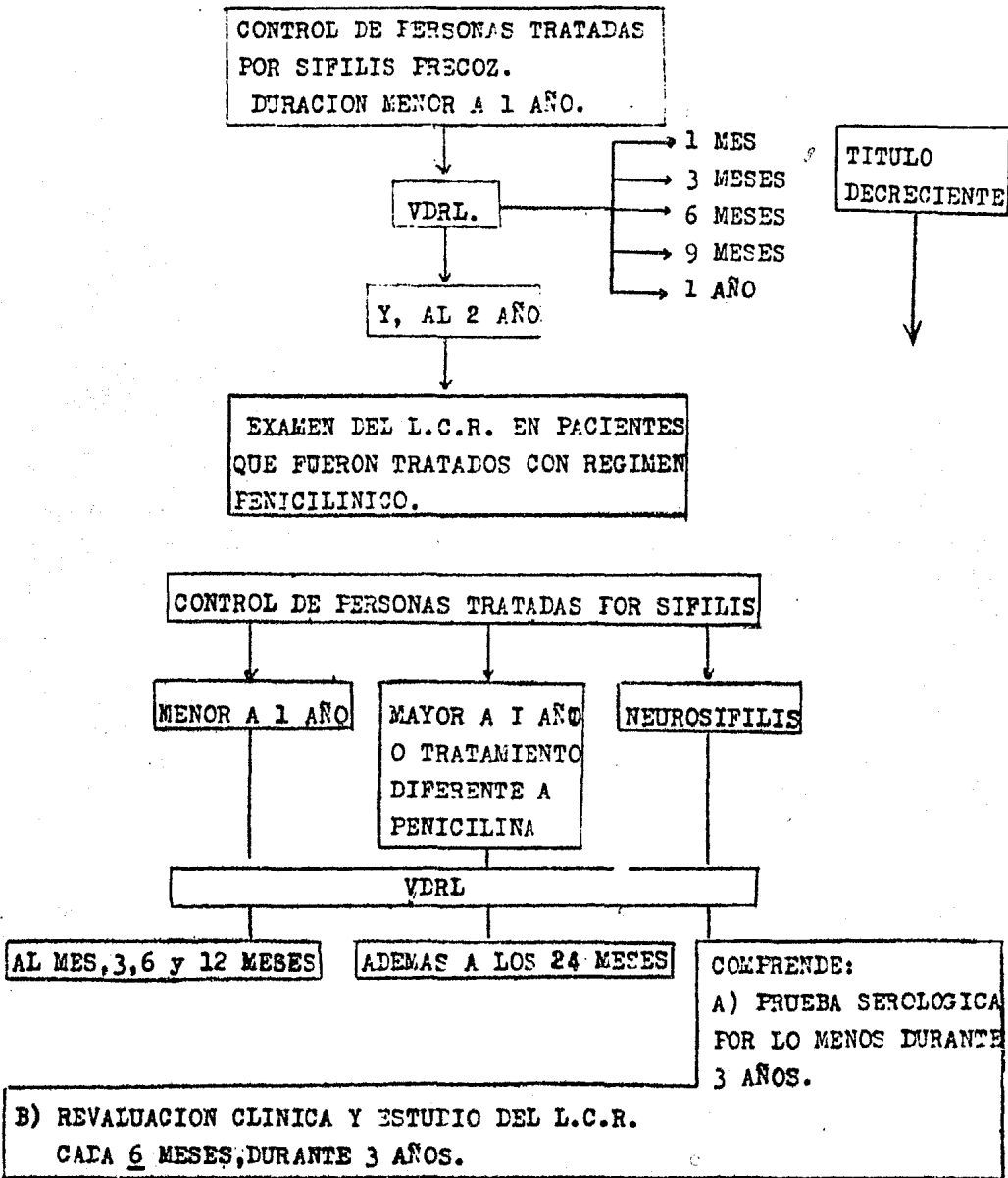


CUADRO No. 5.
DIAGNOSTICO DE SIFILIS SECUNDARIA.



CUADROS No. 6 y 7 .

VIGILANCIA ULTERIOR. (POST/TRATAMIENTO ANTISIFILITICO)



CUADRO No. 8. CASOS MASCULINOS.

FECHA	EDAD	SEXO	ETAPA	LUGAR ANATOMICO
8-III-83	22	masc.	Sífilis latente tardía.	Hipertrofia de amígdalas. Condiloma acuminado. Infección de vías urinarias bajas.
29-VI-81	24	masc.	Sífilis latente tardía.	Faringo amigdalitis, crónica. Dolor precordial. Lesión en glánde, parte interna del prepucio.
5-V-83	24	masc.	Sífilis reciente.	Condiloma acuminado en glánde.
19-IX-83	24	masc.	Sífilis Tardía.	Ganglios infartados a nivel de genitales.
	78	masc.	Sífilis Tardía.	Complicaciones Neurológicas.
	83	masc.	Sífilis Tardía.	Glánde, surco balano prepuccial y uretra. (Papilomas planos)
	84	masc.	Sífilis tardía.	Condiloma plano en glánde y meato uretral.

CUADRO No. 9. CASOS FEMENINOS.

4-XI-83.	33	Fem.	S. Tardía	Alopecia, roséola generalizada.
6-XII-83.	51	Fem.	S. Tardía asintomática.	
16-XII-83	65	Fem.	S. Tardía	Se detectó en el Servicio de Cirugía, al hacer exámenes preoperatorios.

CASO No. 10.

INTERCONSULTA: MEDICINA GENERAL.

- FECHA: 8-III-83.

Apellido paterno	materno	nombre
Edad: <u>22 años.</u>	Sexo: <u>masculino.</u>	Edo. civil: <u>soltero.</u>
Facultad o EHC: <u>Ciencias Políticas.</u>	Nacionalidad: <u>mexicano.</u>	

MOTIVO DE CONSULTA: acude para solicitar VDRL por probable infección de vías urinarias.

DIAGNOSTICO:

TRATAMIENTO: macrodentina; cápsulas de 100 mg. Tomar 1 cápsula 3 veces al día por 10 días.

Procto glivenol; crema aplicar en ano, 3 aplicaciones al día.

INTERCONSULTA A: INFECTOLOGIA

FECHA: 3-VIII-83

MOTIVO DE CONSULTA: es enviado a Infectología porque presen-
ta VDRL positivo y es tratado con macrodantina, procto glivenol
bactrim, y el VDRL ha persistido positivo 1:2, por lo que se en-
vía para valorar FTA. Hace 3 meses presento infección de vías -
urinarias. Actualmente presenta disuria ocasional y poliuria, -
probablemente acompañada de fiebre pero no se sabe exactamente.

A la exploración de la boca, se observan amígdalas hipertró-
ficas y caries dental, resto de la exploración sin alteración.

Solicitud de VDRL.

DIAGNOSTICO: probable infección de vías urinarias bajas. Y
probable sífilis latente tardía.

TRATAMIENTO: _____

CASO No. 11.

Fecha: 29-VI-81

Apellido paterno	materno	nombre
Edad: <u>24 años.</u>	Sexo: <u>masculino.</u>	Edo. civil: <u>soltero</u>
Facultad o Escuela: <u>Economía.</u>	Nacionalidad: <u>mexicano</u>	

DATOS CLINICOS: se presenta con lipotimias desde hace 1 semana, se procede a realizar estudios en busca de alguna patología que sugiera un tratamiento.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: B.H.

DIAGNOSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

INTERCONSULTA A: CARDIOLOGIA.

FECHA: 7-VII-81

MOTIVO DE CONSULTA: Lipotimias, cefalea frontal tipo migraña
so, dolor punzante en región precordial sin irradiaciones. F.C -
66 por min.

DIAGNOSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

INTERCONSULTA A: INFECTOLOGÍA.

FECHA: 16-V-91

MOTIVO DE CONSULTA: se trata de paciente masculino de 26 años de edad, estudiante de Economía, quien se presenta a consulta subsecuente a este servicio para valoración de resultado de laboratorio y tratamiento.

Refiere que en 1976 presentó posterior relación sexual, presentó un "granito" por encima del glande, en la parte interna del prepucio, recibiendo tratamiento no especificado, desapareciendo y no volviendo a aparecer.

Refiere posteriormente en abril de 1982 cuadro de gonorrea secundaria a relación sexual con amiga ocasional, manejado con penicilina I.M. de 800.000 U durante 15 días, efectuando hacia finales del mes de febrero del presente año un estudio de VDRL, en el ISSSTE, el cual se reportó positivo 1:4, siendo entonces que se presentó con nosotros encontrándose asintomático. Se realizaron nuevos estudios VDRL el cual fue positivo nuevamente, motivo por el cual se solicitó ante la duda el FTA. Actualmente se refiere asintomático.

DIAGNOSTICO: sífilis latente (terciaria) de más de un año de duración.

TRATAMIENTO: penicilina 7.2 millones de U. (G benzatínica) - en 3 aplicaciones de 2.4 millones de U, vía intramuscular, con intervalos de una semana.

FECHA	EVOLUCION Y DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO
19-IX-83	Se refiere asintomático, su primer VDRL	
	de control se efectuó el 14-X-83, terminó	
	el tratamiento prescrito en el mes de -	
	mayo.	
	VDRL negativo.	
	Se cita en 3 meses para control de	
	VDRL.	
	Refiere presentar episodios de inflama	
	ciones y malestar faríngeo desde hace -	
	1 año, refiriendo como molestia importan	
	te la producción excesiva de flema de co	
	lor blanquecino.	
20-III-84	Presenta anorexia y astenia con flatu-	
	lencia.	
	Necesita lentes.	
23-V-84	Refiere flatulencia con comida condi-	Con dieta y
	mentada y picante, dolor ardoroso, piro-	gel, sedante
	sis, estreñimiento.	leve.
	Diagnóstico:	
	Estreñimiento crónico.	
	Gastritis aguda.	
	VDRL negativo.	

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- American Society for Microbiology. Test for Syphilis. Manual of Clinical Immunology. Editorial Board. 1979. Págs: 36 - 39.
- 2.- Borghelli Ricardo F. Temas de Patología Bucal Clínica. Tomo I. Editorial Mundi. 1979. Págs: 1026-1027.
- 3.- Burket Lester. Medician Bucal. Diagnóstico y Tratamiento Editorial Interamericana. 1979. Págs: 3; 13.
- 4.- Campos Salas Antonio. Sífilis. Editorial Secretaría de - Salubridad y Asistencia. 1959. Págs: 19; 21; 22-25; 36-37; 45-47.
- 5.- Dirección General de Servicios Médicos. (Departamento - de Medicina Preventiva). IV. Enfermedades de Transmisión Sexual. Ciudad Universitaria. 1963. Págs: 7-9; 11; 13-14; 18; 34-36.
- Normas Diagnósticas y Terapéuticas en las Principales Enfermedades de Transmisión Sexual. Págs: 5-10; 14-15; 18-20
- 6.- ENEP Zaragoza. Modelo de Historia Clínica de Odontología
- 7.- Farreras Valenti. Medicina Interna. Tomo II. Editorial Ma rín. 8a. edición. Págs: 914; 915; 918.
- 8.- Gay Prieto José. Treponematosi s y Enfermedades Venéreas Editorial Científico Médica. 1979. Barcelona. Págs: 20; 38-39; 78-80; 82-88; 97-123; 127-129; 131-150; 153-165; 177.
- 9.- Grinspan David. Enfermedades de la Boca. Tomo II. Editorial Mundi. 1976. Págs: 1027-1029; 1035; 1053; 1054-1058; 1073.

- 10.- Harrison. Medicina Interna. Tomo I. Editorial La Prensa Médica Mexicana. 1979. Págs: 992-992; 995-997; 1000; 1003-1004.
- 11.- Jawetz Ernest. Manual de Microbiología Médica. Editorial El Manual Moderno. 1977. 7a. edición. Págs: 5; 264-265.
- 12.- Public Hearth. Manual of Test Syphilis. Service Publication. 1969. Págs: 67-68.
- 13.- Rosenstein Emilio. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. Editorial Ediciones PLM. Págs: 125; 501; 731-732; 918.
- 14.- Thoma Kurt. Patología Bucal. Tomo II. Editorial Hispano-Americana. 1959. Págs: 1060; 1061-1065.
- 15.- Zegarelli Edward. Diagnóstico en Patología Oral. Editorial Salvat. 1979. Págs: 10; 30-31.
- 16.- Historias Clínicas del Hospital 20 de noviembre del (ISSSTE), y del Centro Médico de Ciudad Universitaria. Del (ISSSTE), se obtubieron 6 Historias Clínicas y del Centro Médico se obtubieron 4 Historias Clínicas.