Hospital de Niños "Manuel Artizarán".
Sección Medicina Interna
del Prof. E. Cienfuegos.
Servicio de Lúes.

CHANCROS SIFILITICOS DE LA CARA EN EL NIÑO

Por el Dr. ALFREDO DABANCENS L.

Los casos de lúes adquirida en el niño, si bien por razones obvias, son mucho menos frecuentes que los de lúes congénita, no son, sin embargo, de una rareza extraordinaria, en especial en el ambiente popular, cuya proverbial falta de higiene y obligada promiscuidad entre adultos y párvulos facilita al máximo esta clase de contagio.

Lo que es un tanto raro de observar en el niño es el accidente primario mismo, pues es común y comprensible, por lo demás, que los padres no vean en esta lesión sino uno de los tantos "granos" que presentan sus criaturas, a saber: erosiones infectadas de la piel y mucosas, impétigos, ectimas y piodermitis en general; confusión a que contribuyen, por una parte, la marcha indolora del chancre sifilítico, y por otra, su tendencia espontánea a cicatrizar sin dejar huellas en un espacio de tiempo relativamente corto.

Así se explica que muchas veces la lúes infantil adquirida no sea llevada a presencia del médico en su fase primaria sino que llegue ante él revestida ya con el universal ropaje de las manifestaciones secundarias, que como se sabe, presentan caracteres comunes, tanto para la lúes congénita como para la adquirida, lo que hace bastante difícil y, a veces, imposible una clasificación retrospectiva exacta.

Se explica también que algunos de estos chancros sifilíticos, desfigurados por el uso de tópicos tan difundidos en la terapéutica dermatológica popular como los "polvos Juanes", "el solimán fino" o "la palma baja", logre desorientar al pediatra en su identificación e inducirlo al error de diagnóstico, como he podido comprobarlo una que otra vez.

La gran mayoría de las lúes adquiridas del niño corresponde, igual que en el adulto, a contagios genitales, eso sí que no de carácter venéreo propiamente tal, sino consecutivo a relaciones forzadas o violaciones.

En efecto, estos atentados no se realizan exclusivamente como pudiera imaginarse, contra niños o niñas en edad puerbal o próxima a ésta, sino que es común observar sus consecuencias en pre-escolares, lo que revela la incalificable depravación de sus autores.

El otro gran factor de transmisión de la sífilis infantil y que encabeza los mecanismos de contagio que podrían denominarse "inocentes", está constituido por el beso, ya sea de los propios padres o de personas extrañas.

El beso de los sifilíticos secundarios es el que da lugar a la casi totalidad de los chancros de la cara y en especial de los labios.

Finalmente, hay que recordar el contagio indirecto, que puede producirse con objetos contaminados recientemente como ser vasos, cuchara, instrumentos de viento, etc., que producen en general los chancros del interior de la boca, de la lengua, y amígdalas, y todavía ciertas prendas de vestir que suelen dar lugar a algunos chancros aberrantes de la piel.

La revisión de los archivos del Policlínico de Lúes del Hospital Arriarán, desde su fecha inicial, el 12 de agosto de 1926 hasta el 12 de agosto de 1940, o sea, exactamente, en 14 años, demuestra que se han fichado 2.707 enfermitos, de los cuales 73 han sido catalogados como de lúes adquirida, lo que da una incidencia de 27 por mil. También puede observarse que la lúes adquirida es algo más frecuente en los últimos años que en los primeros. En efecto, un primer período de poco más de 9 años, comprendido entre el 12 de agosto de 1926 y el 30 de septiembre de 1935, abarca 1.779 enfermos, de los cuales 41 fueron considerados como de lúes adquirida, lo que equivale al 23 por mil. En cambio, un segundo período de poco menos de 5 años, que comprende desde el 1.º de octubre de 1935 hasta la fecha, y que coincide con mi desempeño como médico de dicho policlínico, abarca 928 enfermos, entre los que la lúes adquirida alcanza un total de 32 casos, o sea, el 34 por mil.

Entre 32 casos de lúes adquirida, he tenido ocasión de observar 6 con accidentes primarios de la cara, lo que en cifras redondas significa una frecuencia de 20 %, mientras que el 80 % restante corresponde a accidentes primarios genitales o indeterminados.

Hospital de Niños Manuel Arriarán
Policlínico de Lúes.

12 de agosto de 1926 — 12 de agosto de 1940 = 14 años.

N.º de enfermos fichados 2,707

N.º de Lúes adquirida 73 = 27 por mil

12 de agosto de 1926 al 30 de septiembre de 1935 = $\pm$ 9 años.

N.º de enfermos fichados: 1,779

N.º de Lúes adquirida: 41 = 23 por mil

1.º de octubre de 1935 al 12 de agosto de 1940 = $\pm$ 5 años.

N.º de enfermos fichados: 928

N.º de Lúes adquirida: 32 = 34 por mil

N.º de chancros de la cara: 6 = 20 %

Diagnóstico diferencial de los chancros de la cara

El chancre duro de la cara en el niño puede confundirse a primera vista con las siguientes afecciones:

A) En la piel:

1) La placa solitaria de impétigo, sobre todo cuando el chancre está cubierto de exudado melicérico. Una vez limpia la lesión con suero fisiológico, se advierte en seguida su forma redondeada y sus bordes indurados.

2) La difteria cutánea, afección rara, observada en dos ocasiones por el Prof. Cienfuegos, tiene también cierta tendencia a la forma redondeada y se acompaña siempre de infarto ganglionar. No compromete el estado general y casi siempre evoluciona sin fiebre, igual que el chancre.

3) El lupus vulgar en su estado inicial, de preferencia el lupus del lóbulo nasal que en un comienzo tiene bordes regulares.

B) En las mucosas:

1) La "perlada" o "boquera" de la comisura labial, muy frecuente en los niños, generalmente es bilateral y no tiene la forma redondeada del chancre.

2) La úlcera callosa del carrillo, consecutiva al traumatismo continuo de la mucosa, ya sea por raigones dentarios aguzados o bien por el hábito de clavetearse el carrillo con palitos, con la cola de la lapicera, con caramelos, etc. Es de bordes irregulares y rara vez se acompaña de infarto ganglionar.

3) La enfermedad de Riga, o sea, el fibroma del frenillo sublingual que presentan algunos niños que conservan por mucho tiempo el hábito-reflejo de la succión.

4) La difteria faríngea tórpica unilateral puede simular en cierto modo el chancre de la amígdala, pero el compro-

miso del estado general y la sintomatología aguda de la difteria hacen contraste con la marcha sordida del chancro.

5) **El chancro tuberculoso de la conjuntiva ocular.** Lesión rara que he tenido ocasión de observar una sola vez, se caracteriza por una úlcera del fondo de saco conjuntival que carece de induración y se acompaña de infarto preauricular que tiende a la fistulización. Hay hipersensibilidad a la tuberculina y en el jugo ganglionar satélite se encuentra el Bacilo de Koch, ya sea por examen directo o por cultivo.

La única manera de establecer en forma precisa el diagnóstico diferencial con todas las afecciones señaladas, la constituye la ultramicroscopía, de la que no debe prescindirse. Tratándose de lesiones de la boca, la ultramicroscopía presenta algunas dificultades, pues hay que descartar las diferentes variedades de espiroquetas que se encuentran normalmente en la cavidad bucal y que no deben confundirse con la espiroqueta pálida.

OBSERVACIONES

Observación N.º 1.—Graciela M.—N.º 2097.

Antecedentes: Ingresó el 20 de febrero de 1937, a la edad de 1 año 6 meses. Padre seropositivo ++ hace 2 años. Se trata desde hace 1 año. Madre se trató durante todo el embarazo de esta niña como medida de seguridad, a pesar de que tenía serología negativa. Hace una semana tiene Wass. + y Kahn +++.

La niña nació sana, en parto normal, reacciones de Wass. y Kahn (—) a la edad de un año.

Hace un mes apareció pequeña erosión en la comisura labial izquierda, indolora, que ha ido en aumento.

Examen físico: Niña regular desarrollo, atraso ponderal, deambulación normal. Sin estigmas de lúes. En la comisura labial izquierda presenta induración de superficie ulcerada del tamaño de una moneda de 5 centavos, que cabalga sobre la mucosa y la piel.

Infarto ganglionar submentoniano, duro e indoloro.

Ultramicroscopía: Positiva.

Serología: Wass. + + +, Kahn ++.

Diagnóstico: Lúes adquirida. Chancro de la comisura labial.

Tratamiento: Cura de ataque con Neo y Cianuro.

Evolución: A los 21 días, el chancro está totalmente cicatrizado.

A los 3 meses interrumpe el tratamiento por enfermedad de la madre y después de otros 3 meses se presenta con condilomas perianales y vulvares que desaparecen al cabo de pocas semanas. Nuevamente se hace inasistente y abandona definitivamente el tratamiento, a pesar de repetidas citaciones.

Observación N.º 2.—Silvia E.—N.º 2162.

Antecedentes: Ingresó el 13 de julio de 1937 a la edad de 6 años. Padre sin serocontrol. Madre seronegativa hace 8 meses, pero hace un mes le aparecen placas mucosas comisurales y faríngeas. Hace 4 días tiene Wass. +++ y Kahn +++. No se ha tratado.

La niña estaba sana hasta hace dos semanas, en que le aparece una tumoración ulcerosa en la lengua.

FIG. 1.

Chancre del borde palpebral inferior derecho.

Examen físico: Estado general regular, atraso ponderal. No hay estigmas de ríes congénita. En el tercio posterior del borde derecho de la lengua presenta induración discoidea, ulcerada, indolora, del tamaño de una moneda de 5 centavos. Infarto submaxilar del mismo lado.

Sífilides pápulo-erosivas ano-vulvares escasas.

Ultramicroscopia: No se practicó.

Serología: Wass. ++, Kahn +++.

Diagnóstico: Lúes adquirida. Chancro de la lengua.

Tratamiento: Cura de ataque con Neo y Bismuto.

Evolución: Asiste regularmente. A los 40 días el chancro ha desaparecido. Piel y mucosas sanas. A los 2 meses abandona el tratamiento y cambia de domicilio, no siendo posible volver a ubicarla.

Observación N.º 3.—María S.—N.º 2242.

Antecedentes: Ingresó el 30-XII-37 a la edad de 1 año. Padre seronegativo. Madre seronegativa antes y después de reactivación. La niña presenta desde hace alrededor de un mes una lesión proliferante en el párpado inferior del ojo derecho.

Examen físico: Estado general regular. Palidez. Atraso ponderal. No hay estigmas de lúes congénita. En los tres cuartos internos del borde palpebral inferior derecho presenta induración elíptica, del tamaño de una moneda de diez centavos, de bordes lisos, indolora, de superficie ulcerada y húmeda. Pequeño infarto gangliionar duro, indoloro, preauricular del mismo lado. (Foto N.º 1).

Ultramicroscopia: Positiva.

Serología: Wass. +, Kahn ++.

Diagnóstico: Lúes adquirida. Chancro palpebral.

Tratamiento: Cura de ataque con Neo y Cianuro.

Evolución: Asiste regularmente. A los 20 días el chancro ha cicatrizado por completo. Termina primera cura con Wass. +, Kahn (—). Después de 2 meses y medio reanuda su tratamiento. A los 10 meses presenta una placa mucosa en el labio superior frente a los incisivos medianos, la que cicatriza rápidamente. No ha vuelto a tener manifestaciones de la piel ni de las mucosas. Tercera cura irregular, termina con serología negativa. Actualmente hace una cura de consolidación con Bi exclusivo.

Observación N.º 4.—Clementina S.—N.º 4833 (1932).

Antecedentes: Ingresó el 17-III-38 a la edad de 12 años. Padre seronegativo en 1937. Madre seronegativa en 1938.

Hace 1 semana, la niña tuvo "boquera" en la comisura labial izquierda, que se acompañó de adenitis submaxilar del mismo lado. En el Policlínico de Medicina se diagnosticó adenitis submaxilar por úlcera infectada de la comisura labial. Se indicó leche aséptica inyectable, pomada de alquitrán y lámpara sollux. Dos días después se aprecia fluctuación en la región submaxilar y se envía a Cirugía, donde se diagnostica adenitis aguda supurada submaxilar izquierda consecutiva a lesiones impetiginosas y se procede a incindir y drenar la adenitis.

Tres días más tarde el médico internista del servicio de Cirugía hace el diagnóstico de posible chancro luético.

Examen físico: Niña pálida, algo desnutrida, sin estigmas de

FIG. 2.
Chancro de la comisura labial.

lúes congénita, presenta induración redondeada y ulcerada del tamaño de una moneda de 10 centavos, cabalgando en la comisura labial izquierda. Infarto submaxilar del mismo lado con perladentitis y drenaje quirúrgico.

Ultramicroscopia: Positiva. (Foto N.º 2).

Serología: Wass. +, Kahn +.

Diagnóstico: Lúes adquirida. Chancro de la comisura labial.

Tratamiento: Cura de ataque con Neo. .

Evolución: A los 8 días el chancro ha regresado bastante. A los 11 días, la niña se va a Rancagua, llevando epícrisis e instrucciones para continuar su tratamiento en esa ciudad.

Observación N.º 5.—Pedro D.—N.º 2296.

Antecedentes: Ingresó el 22 de marzo de 1938 a la edad de 11 años. Padre luético, sin tratamiento. Madre seropositiva. Wass. +. Kahn ++. No se trata. Hace unos 10 días le aparece al niño lesión ulcerosa en el labio superior, que él relaciona con una bofetada recibida algún tiempo atrás en esa región.

Examen físico: Estado general regular. Ligero atraso ponderal. No hay estigmas de lúes congénita. Boca ligeramente desviada hacia abajo y a la derecha. Labio superior hinchado a nivel de la comisura derecha. Por encima de esta comisura, en la cara mucosa del labio presenta una induración redondeada, ulcerada, del tamaño de una moneda de 5 centavos, cuyo centro es rugoso, húmedo, de color pardo; indolora. Gran adenopatía submaxilar derecha y submentoniana.

Ultramicroscopia: Positiva.

Serología: Wass. (—), Kahn +.

Diagnóstico: Lúes adquirida. Chancro de la comisura labial.

Tratamiento: Cura de ataque con Neo y Bismuto.

Evolución: A los 16 días, el chancro ha desaparecido casi totalmente. Los infartos ganglionares en regresión.

A los 23 días abandona el tratamiento y cambia de domicilio, siendo imposible encontrarlo posteriormente.

Observación N.º 6.—Jorge C.—N.º 2700.

Antecedentes: Ingresó el 23 de julio de 1940 a la edad de 2½ años. Padre luético reciente. Chancro en enero del presente año, está en tratamiento. Madre se contagia en febrero del presente año. No se ha tratado. Serología +++ el 7 de junio de 1940. Presenta placas mucosas linguales y faríngeas.

El niño era sano hasta hace 10 días en que aparece erosión frontal, que aumenta rápidamente de tamaño y que la madre atribuye a un golpe. Consulta al Policlínico de piel, donde se diagnostica "sífilide gomosa de la frente".

Examen físico: Excelente estado general. No hay estigmas de lúes congénita.

A nivel de la protuberancia frontal izquierda presenta ulceración redondeada, de bordes regulares e inclinados, del tamaño de una moneda de 20 centavos. La lesión aparece desfigurada por costras y restos de pomada. Una vez limpia, sangra fácilmente y presenta el aspecto típico del chancro duro. Infarto satélite preauricular izquierdo indoloro. (Foto N.º 3).

Ultramicroscopia: Positiva.

Serología: Wass. +++, Kahn ++++.

Diagnóstico: Lúes adquirida. Chancro de la frente.

Tratamiento: Cura de ataque arsenical intensiva.

Evolución: Recibe durante 5 días consecutivos una dosis progresiva de Neo con un total de 0.70. Al 8.º día se presenta temperatura, ligero edema de la cara y un exantema rosado máculo papuloso de tipo morbilliforme que corresponde a una eritrodermia

FIG. 3.
Chancro de la frente.

arsenical, por lo que se sustituye el Neo por fricciones mercuriales y se le inyecta suero glucosado intramuscular.

La eritrodermia regresa rápidamente como así también el chancro que al cabo de 20 días está casi totalmente cicatrizado. Siguió tratamiento con cianuro y algunas semanas después volvió a recibir Neo sin inconveniente alguno hasta terminar su primera cura. El chancro cicatrizó completamente.

Del análisis de las anteriores observaciones puede establecerse, en resumen, las siguientes deducciones:

1.º) Entre 32 casos de lúes infantil adquirida, observados por el suscrito en los últimos 5 años, seis corresponden a chancros de la cara lo que da una proporción aproximada de 20%.

2.º) De los 6 chancros de la cara, 4 son de la boca (3 corresponden a la comisura labial y uno a la lengua), un chancre es del párpado inferior y otro de la frente.

3.º) El mecanismo de contagio más común para los chancros de la cara en el niño lo constituye el beso.

4.º) Cuando la lesión se presenta limpia y con sus caracteres bien nítidos, el diagnóstico no ofrece dificultad, pero puede ocurrir que el chancre esté desfigurado por costras o por tópicos locales que inducen a confundirlo con lesiones vulgares.

5.º) En toda lesión circunscrita de la piel o mucosas de la cara acompañada de infarto ganglionar satélite, es aconsejable practicar la ultramicroscopia y el serocontrol del enfermito.

6.º) La serología positiva y las manifestaciones secundarias en un niño hijo de padres luéticos, no indican obligadamente la existencia de una lúes congénita, pues puede tratarse de una lúes adquirida por el niño después del nacimiento.