

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

LEUCEMIA
Y
MANIFESTACIONES ORALES

POR

JORGE M. FERNANDEZ HERRERA

TESIS DE GRADO

Presentada a la FACULTAD DE ODONTOLOGIA
para optar al Título de
DOCTOR EN CIRUGIA DENTAL

Dr. Jorge Elizondo C.
Padrino de Tesis

A mis padres y
hermanos con todo
cariño

A todos aquellos que
contribuyeron a la
conclusión de este
trabajo.

CAPITULO I

LEUCEMIA Y MANIFESTACIONES ORALES

La leucemia representa un problema que adquiere día con día una importancia mayor. En efecto, su ocurrencia, que de ninguna manera se puede considerar como rara, se caracteriza por un incremento constante, y se ha demostrado por medios estadísticos, que su duplicación en un período de catorce años, es un hecho real. También es evidente que en la actualidad son más frecuentes las formas agudas, lo que hace más grave aun al padecimiento. (1).

La causa de la leucemia no se conoce aun con certeza, sin embargo, se sabe que los mecanismos genéticos juegan un papel importante. Otro agente que indudablemente es capaz de provocarla es la irradiación, lo demuestra el hecho que en los radiólogos, su frecuencia es nueve veces mayor. (2).

Probablemente los supervivientes del bombardeo atómico sobre Hiroshima y Nagasaki, constituyan la prueba más palpable del efecto leucemogénico de la radiación, pues presentan una frecuencia trece veces mayor que la de la población japonesa no irradiada. (3).

La leucemia es una enfermedad sistémica con múltiples

manifestaciones en los diversos órganos; la boca, muchas veces es asiento de lesiones provocadas por la enfermedad. (4), (5), (6), (7), (8).

En base a lo anterior, es que se ha procedido a realizar esta revisión y hacer énfasis sobre la importancia de conocer y más aun reconocer en la boca de un enfermo las lesiones orales de esta enfermedad, pues no hay que olvidar que es el dentista, en muchas ocasiones el primero en ser consultado por un enfermo leucémico. (9).

Clasificación:

Los diversos tipos de leucemia se pueden clasificar de la siguiente manera:

- 1) Leucemias agudas
- 2) Leucemias subagudas monocíticas
- 3) Leucemias crónicas mieloides
linfoides
- 4) Cloromas

Leucemia Aguda: Hasta hace unos veinte años se aceptaba que por dos casos de leucemia crónica había uno de aguda o subaguda. En los últimos años se ha visto que esta proporción ha cambiado completamente al punto que actualmente, por cada tres agudas o subagudas hay dos crónicas. Las leucemias agudas tienen su mayor ocurrencia en las edades tempranas, especialmente en los primeros diez años.

Su frecuencia disminuye conforme avanza la edad especialmente después de los treinta años.

Los síntomas generales se asemejan en cierto modo a los de un proceso infeccioso: iniciación brusca, fiebre, ataque al estado general (10), apareciendo luego manifestaciones más específicas: anemia, adenopatías, esplenomegalia, hepatomegalia, hemorragias, manifestaciones orales.

Las leucemias monocíticas subagudas se clasifican en dos tipos principales: el tipo Naegeli o mielomonocítica y el tipo Schilling o histiocitaria (11), son procesos de evolución larvada subaguda que se caracterizan, estomatológicamente, por las lesiones infiltrativas gingivales que provocan.

Las leucemias crónicas se dividen o clasifican en dos tipos fundamentales: mielocítica crónica y linfocítica crónica. La primera cursa con síntomas clínicos escasos, es habitual llegar al diagnóstico a través del hallazgo físico de esplenomegalia o bien por diagnóstico ocasional de laboratorio. Se encuentra leucocitosis marcada con niveles que oscilan de 200.000 a 600.000 leucocitos por milímetro cúbico siendo el recuento de plaquetas normal o alto.

Las leucemia linfocíticas crónicas son procesos frecuentes de observar en personas de edad avanzada, de curso usualmente benigno. Se caracterizan clínicamente por presentar adenopatías y esplenomegalia moderadas, pueden condicionar lesiones dermatológicas. El hallazgo en el exa

men de laboratorio, se caracteriza por leucocitosis de 200.000 a 400.000 leucocitos por milímetro cúbico con linfocitosis absoluta de elementos linfocíticos maduros. La médula ósea se encuentra infiltrada por estas células.

El cloroma no es en realidad más que una leucemia aguda, que tiene la particularidad de acompañarse de lesiones óseas, principalmente periorbitarias. Se menciona que las tumoraciones encontradas en estos casos, ofrecen al corte un color verdoso.

Existen otros tipos de leucemias no incluidos en la clasificación anterior, tales como la leucemia de células plasmáticas, la leucemia eosinofílica, la leucemia megacariocítica, la leucemia basofílica, el leucosarcoma, las eritroleucemias; estos tipos de leucemias, por ser extremadamente raros y constituir variedades de las ya anotadas, no se incluyen en la clasificación y solamente se mencionan.

Debido a que el propósito fundamental de este trabajo es el de el estudio de las manifestaciones orales, la descripción del padecimiento leucémico en sí resumióse al máximo, para insistir principalmente sobre el problema estomatológico.

Las manifestaciones orales observadas en enfermos leucémicos son fundamentalmente de tres índoles:

- A) Lesiones hemorrágicas
- B) Lesiones infiltrativas

C) Lesiones infecciosas

A): Conviene señalar que las manifestaciones orales de tendencia hemorrágica ocurren fundamentalmente en las leucemias agudas y son debidas a la trombocitopenia habitual de estos casos. También son observables en las etapas terminales de los casos crónicos.

Las manifestaciones hemorrágicas se pueden presentar en forma de petequias, de distribución arbitraria y variable pueden ser observadas en cualquier parte de la boca, pero más frecuentemente en la mucosa de los carrillos, en la en
ciña y en el paladar, en especial el paladar blando, la lengua a menudo presenta este tipo de lesiones. Pueden observarse lesiones equimóticas de tamaño, forma y distribución irregular o pueden presentarse sangramientos (gingivorragias) que pueden ser provocados por traumas pequeños o pueden ser espontáneos.

B): Las lesiones infiltrativas ocurren por invasión leu
cémica de los tejidos orales, se observan principalmente en las encías y en la lengua y son características, como se mencionó anteriormente, de las leucemias monocíticas.

C): Las lesiones infecciosas son realmente una complicación del cuadro leucémico y son provocadas por los mi
croorganismos saprofitos de la boca (espiroquetas, bacilos, hongos) los cuales pueden condicionar cuadros infecciosos graves, usualmente rebeldes a los tratamientos terapéuti -

cos habituales.

Se observan estas lesiones, como zonas necróticas con esfacelo de los tejidos, pueden presentar cuadros como los observados en agranulocitosis, difteria y angina de Ludwig.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 57 casos de enfermos leucémicos, de un total de ingresos de 68.031 del Hospital San Juan de Dios y de 22.948 del Hospital de la Caja Costarricense del Seguro Social, comprendidos entre los años de 1960-1961.

El material se ha analizado en la forma siguiente:

1) Enfermos leucémicos del Hospital San Juan de Dios: 35 casos.

2) Enfermos leucémicos del Hospital de la Caja Costarricense del Seguro Social; 22 casos.

Los enfermos se han tabulado por edad, sexo, raza, sitio de procedencia y diagnóstico clínico, así como también diagnóstico anatómico-patológico, en los casos en que se practicó autopsia.

Se ha realizado la evaluación de las historias clínicas y de los exámenes de laboratorio practicados, que indican el curso de la enfermedad, estos exámenes, por ser múltiples, no se han incluido. Todo lo relacionado con los casos que presentaron patología oral extensa o mínima, ha sido de cuidadosa atención.

De dicho material se ha aprovechado lo siguiente:

- a) Número total de enfermos
- b) Diagnóstico
- c) Tipos de leucemias en relación con edad y sexo
- d) Sitio de procedencia
- e) Casos ejemplo con patología oral.

Se ha realizado esta revisión, con el propósito de observar la frecuencia de la leucemia en nuestro medio, lo que dará por resultado el subrayar la relación entre leucemia y patología oral.

Clasificación por edades y sexo de los casos de Leucemias
 Diagnosticados en el Hospital San Juan de Dios y el Seguro
 Social

Año 1960 - 1961

EDAD	SEXO	
	VARONES	MUJERES
1- 4 años	5	5
5- 9 años	2	2
10-14 años	2	1
15-19 años	3	2
20-24 años	4	2
25-29 años	3	6
30-34 años	3	1
35-39 años	1	2
45-49 años	1	2
50	8	3
TOTAL	32	25

Tipos de Leucemias

Clasificadas según la edad del paciente

Años 1960 - 1961

EDAD	Total	Leucemia Aguda	Leucemia Mielocítica Crónica	Leucemia Linfocítica Aguda	Leucemia Monocítica Crónica	Leucemia Mielocítica Aguda	Leucemia Monocítica
1- 4 años	10	9		1			
5- 9 años	4	3					1
10-14 años	3	2		1			
15-19 años	5	1	2	1		1	
20-24 años	5	2	2				1
25-29 años	9	2	5	1	1		
30-34 años	4	2	1	1			
35-39 años	3	1	2				
45-49 años	3		3				
50	11	1	6		2	1	1
TOTAL	57	24	21	5	3	1	3

Casos de Leucemia Clasificados por provincias y por sexo.

Tasas por 100.000 habitantes.

Año 1960-1961

PROVINCIAS	TOTAL	SEXO		Tasa por 100.000 habitantes
		Varones	Mujeres	
Total	<u>57</u>	<u>34</u>	<u>23</u>	<u>4.75</u>
San José	27	14	13	6.56
Alajuela	8	5	3	3.58
Cartago	6	5	1	4.04
Heredia	4	2	2	5.42
Guanacaste	3	3	-	2.14
Puntaremas	5	4	1	3.54
Limón	4	1	3	6.61

CAPITULO III

CASOS EJEMPLO

Es el propósito de esta comunicación ejemplarizar algunos casos de los enfermos estudiados, anotando los resúmenes de las Historias Clínicas, en los que se puede seguir el curso de la enfermedad; estos casos, casos ejemplo como los hemos llamado, son los representantes de varios otros similares del total de enfermos vistos y hemos decidido incluir solamente un caso de cada tipo de leucemia, con la idea de no caer en una tediosa repetición, que sería el resultado de incluir la totalidad de los mismos.

CASO I

Enfermo de 7 años de edad, de sexo femenino, raza blanca, con residencia en Puriscal, fue admitida el día 9 de agosto de 1960 y murió el día 3 de noviembre del mismo año.

Resumen de Historia Clínica:

Paciente pálida, desnutrida, con gingivorragia profusa y con poliadenitis dolorosa en cuello y regiones axilar e inguinal. Hepatomegalia dolorosa y esplenomegalia dudosa. Por los síntomas anteriores el cuadro impresionó como una leucemia aguda.

Evolución:

La niña continuó en malas condiciones generales, intensamente pálida. Por los exámenes de laboratorio practicados impresionó como un cuadro de anemia refractaria; las condiciones generales de la enferma empeoraron, la curva febril sostenida, no se modificó con los tratamientos administrados; la enferma se quejó de dolores en pierna y abdomen; mediante hemocultivos realizados, se comprobó que la enferma era portadora de una septicemia estafilococcica y de una reacción aplásica medular, secundaria a la septicemia. Con el tratamiento administrado observó una ligera mejoría, volviendo a presentarse el cuadro primitivo: temperatura, dolores en el cuerpo, más acentuado en la cabeza, con ganglios cervicales, axilares e inguinales dolorosos.

Días después, la condición general se deterioró ósten-

siblemente, a la exploración física se encontró dolor en senos paranasales, en huesos parietales, malares y apófisis mastoideas; presentó manifestaciones purpúricas en cuello, tórax y miembros inferiores.

La evolución de este caso, como se ve, es sumamente interesante salió de un proceso primario septicémico, mejorando en forma completa el cuadro citológico periférico; la septicemia se comprobó por hemocultivo. Nunca, sino hasta el final de su proceso se evidenciaron blastos en sangre periférica.

Están descritas por Block (12), en simposium de leucemia, fases preleucémicas semejantes a la inicial de este cuadro.

En la boca presentó una zona de necrosis en el paladar, extendida en sentido anteroposterior a lo largo de la línea media desde las rugosidades palatinas hasta la úvula. La zona amplia en su parte anterior (3 cm.) disminuía hacia atrás hasta la unión de los paladares duro y blando para volver a hacerse amplia (2.5 cm.) Figura N° 1.

En el maxilar inferior observaba, en el vestíbulo, en el fondo del surco dos zonas úlcero-necróticas, una a la derecha y otra a la izquierda: la del lado derecho, se extendía desde C hasta E y desde el cuello de estas piezas hasta la pared externa del vestíbulo, profundamente llegaba hasta el plano muscular. Figura N° 2. La del lado izquierdo, de me-

nor tamaño que la anterior se extendía frente a D e igualmente del cuello de la pieza a la pared externa del vestíbulo; profundamente llegaba también hasta el plano muscular. Figura N° 3.

Las Figuras N° 4 y N° 5 muestran los frotis de médula ósea y sangre.

Puede observarse como a pesar de ser un caso de leucemia aguda y tener factores de irritación local (erupción de incisivos permanentes inferiores) el aspecto gingival no es a normal.

El diagnóstico clínico final fue de leucemia aguda.

El diagnóstico anatómo-patológico reveló: leucemia aguda con infiltración de hígado, bazo y riñón.



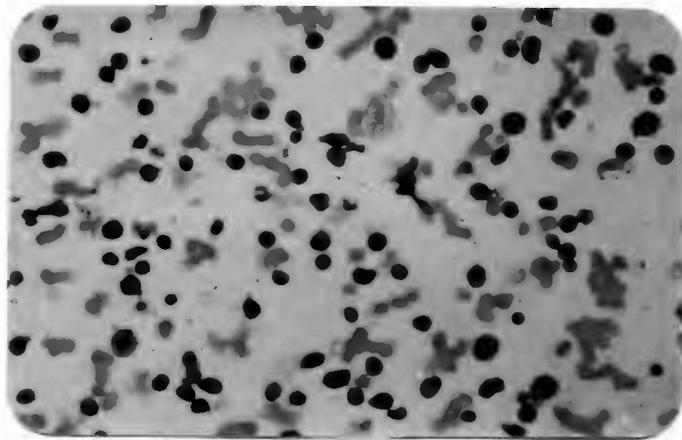
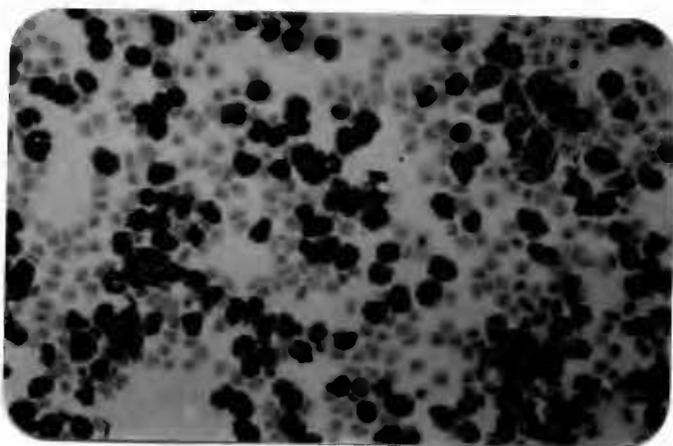


Fig. 4



CASO II

Enfermo de 51 años de edad, de sexo masculino, raza blanca, con residencia en Escazú, fue admitido el día 1° de abril de 1961 y murió 11 días después.

Resumen de Historia Clínica:

Enfermo con cuadro de un mes de evolución consistente en fiebre, astenia, anorexia, pérdida de peso. A la palpación presentó adenopatías cervicales e inguinales. El recuento de leucocitos muestra franca leucocitosis con 66% de blastos, lo que corresponde a una leucemia aguda.

En la boca el enfermo presentó dolor de encías y mal aliento; en la mucosa del carrillo izquierdo mostró dos pequeñas lesiones ulcerosas, una anterior de 3 x 2 mm y otra posterior de 1/2 x 1 y 1/2 mm., a nivel de la línea de oclusión de las primeras molares. Figura N° 6.

En el piso de la boca se podían observar a ambos lados del frenillo lingual, numerosas petequias de tamaño variable y de color rojo intenso. Figura N° 7.

Aunque el paciente se quejó de dolor de encías, éstas no observaban ninguna anormalidad fuera de una intensa palidez.

Las Figuras N° 8 y N° 9 muestran los frotis de médula ósea y sangre periférica.

El diagnóstico clínico fue de leucemia aguda.

El diagnóstico anatómo-patológico reveló:

Leucemia mieloblástica con infiltración de bazo, hígado

do, suprarrenales y médula ósea.



Fig. 6

FIG. 7



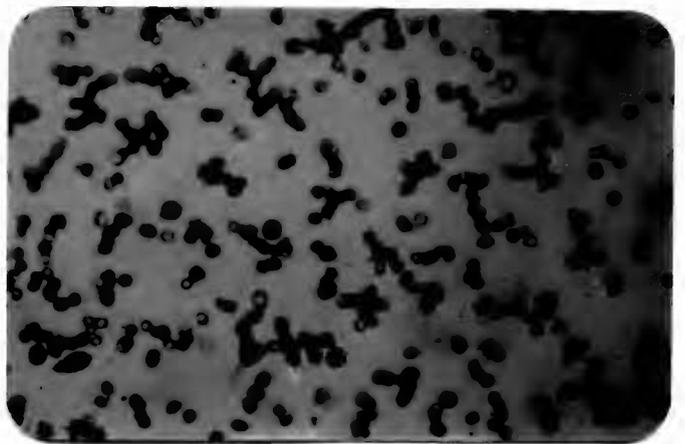
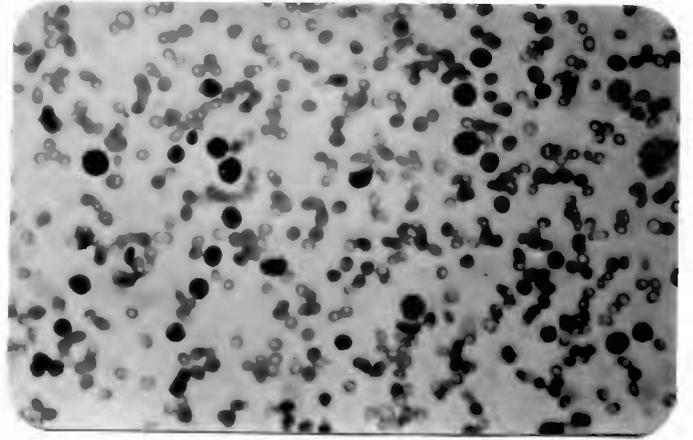


Fig. 9

CASO III

Enfermo de 6 años de edad, sexo masculino, raza blanca, con residencia en Pérez Zeledón, fue admitido el día 20 de junio de 1960 y murió el 13 de julio del mismo año.

Resumen de Historia Clínica:

Pálido, febril, en mal estado general, en la boca presenta placa úlcero-necrótica en la comisura derecha de aproximadamente 2 cm. en su diámetro mayor y 1 cm. en su diámetro menor, de bordes irregulares, cubierta por una costra de color café-grisáceo. En el labio inferior, hacia la línea media también observa una lesión necrótica de 2 y 1/2 cm. de largo por 1 y 1/2 cm. de ancho de borde lobulado, cubierta por una membrana adherente de color gris - amarillento. Figuras N° 10 y N° 1.

A nivel de las piezas C y D superiores, en el lado palatino, se observan lesiones de tipo infeccioso, cubiertas por una membrana purulenta. Figura N° 11. Presenta intenso enrojecimiento de los tejidos en el paladar blando. La amígdala izquierda y el pilar anterior del velo aparecen casi completamente destrozados, así como también el suelo de la boca adyacente. Figuras N° 12 y N° 13.

En la región retromolar de la encía inferior izquierda se observan numerosas lesiones infecciosas en forma de vesículas amarillentas. Figura N° 13.

En la encía inferior, lado derecho, a nivel de C, se observa una petequia rodeada por una zona infiltrada. Figura

Nº 14.

El resultado de necropsias de lengua y faringe revela:

a) infiltración de monocitos alrededor de un capilar en lengua. Figuras Nº 15 y Nº 16; b) úlcera de faringe. Figura Nº 17.

Dos aspectos de la médula ósea pueden observarse en las Figuras Nº 18 y Nº 19.

El diagnóstico clínico final fue de anemia severa secundaria a leucemia monocítica. El diagnóstico anatómo-patológico reveló:

- 1) Leucemia Monocítica,
- 2) Petequias en piel,
- 3) úlceras en boca y faringe,
- 4) Caquexia.





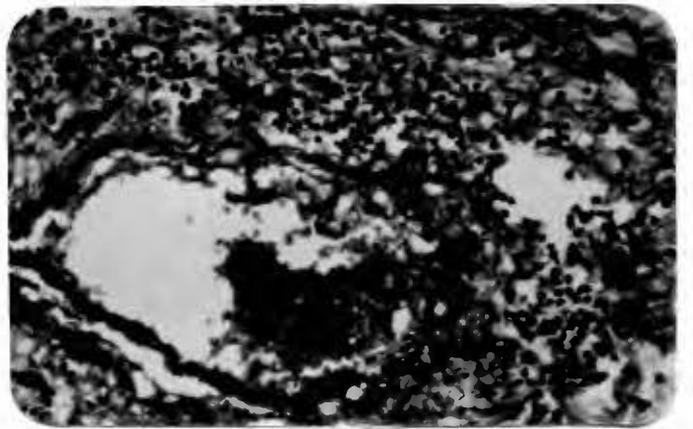
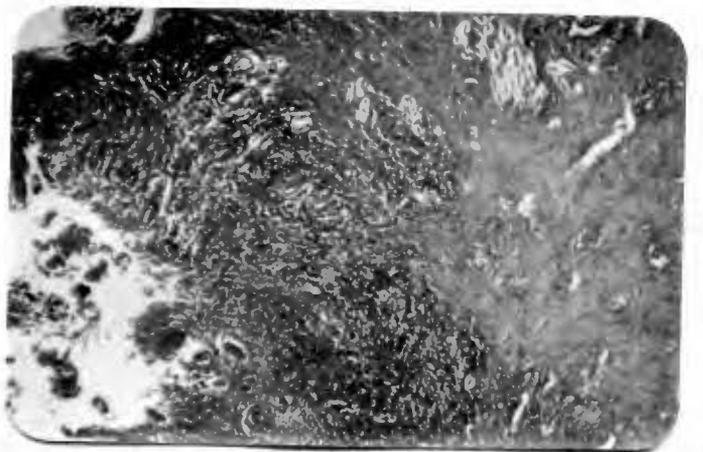
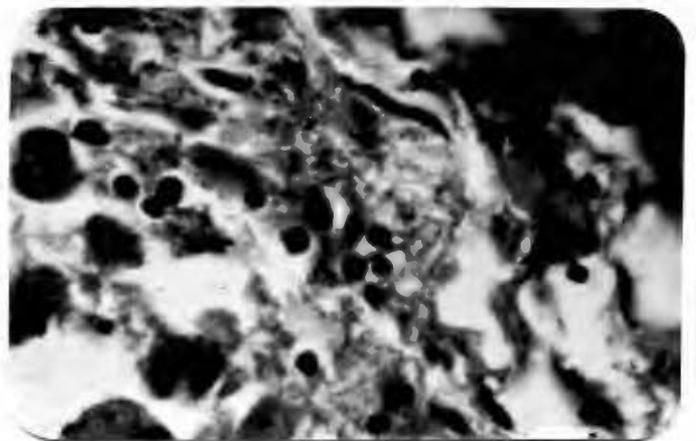


Fig. 15



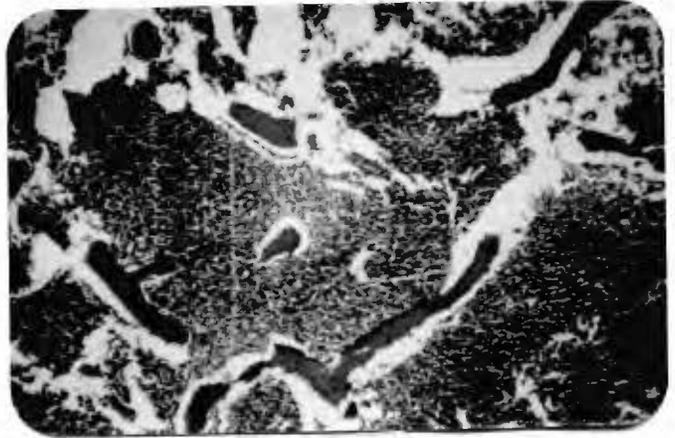
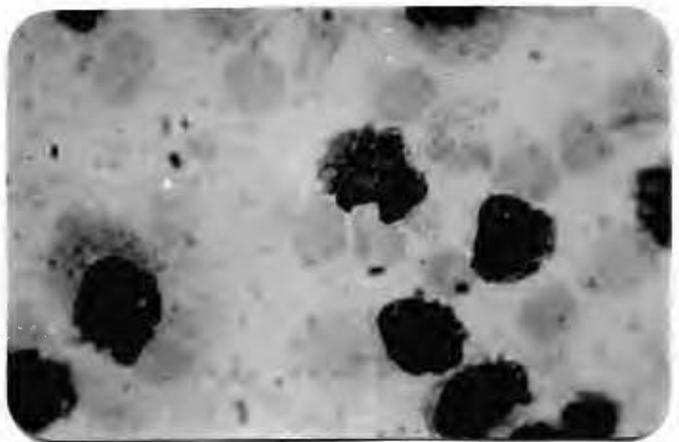


Fig. 18



CASO IV

Enfermo de 63 años de edad, sexo masculino, raza blanca, con residencia en Nicoya, ha sido internado en varias ocasiones.

Resumen de Historia Clínica:

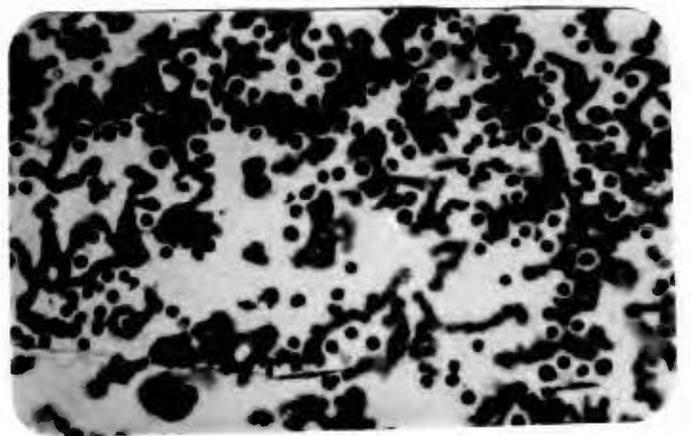
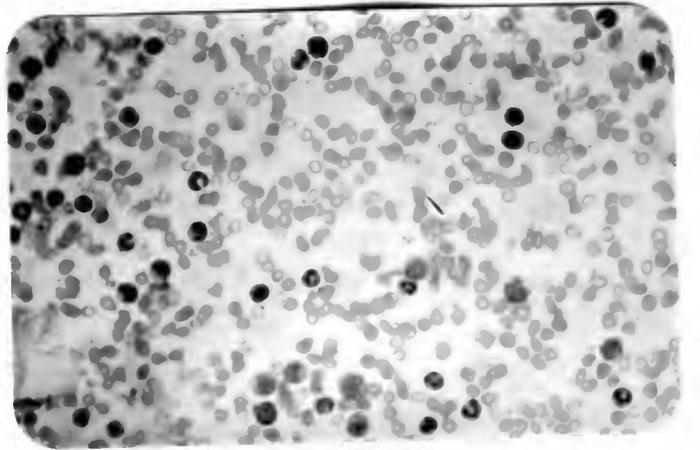
Enfermo con cuadro de un mes de evolución, consistente en dolor en hipocondrio derecho, fiebre, anorexia, astenia y adinamia, cefaleas con sudoración profusa, ganglios submaxilares y carotídeos palpables, esplenomegalia grado cuatro. Figura N° 20.

En boca no presentó lesión de tejidos suaves de ningún tipo. Figura N° 21.

Las figuras N° 22 y N° 23 muestran los frotis de sangre periférica y médula ósea.

Fig. 27





CASO V

Enfermo de 19 años de edad, sexo masculino, raza blanca, procedente de Cedral de Aserrí, fue admitido el 7 de noviembre de 1959 y murió el día 26 de octubre de 1960.

Resumen de Historia Clínica:

El enfermo ingresó con historia de dolor muy agudo en flanco izquierdo, de 8 días de duración, sin ninguna otra manifestación clínica, el dolor disminuyó de intensidad, pero le quedó una vaga molestia. A la palpación se nota tumorción en hipocondrio izquierdo correspondiente a bazo grado cuatro. El paciente había ingresado en anteriores oportunidades al hospital, en donde los estudios hematológicos de sangre periférica y médula ósea fueron característicos de leucemia mielocítica crónica.

La Figura N° 24 muestra la extensión de la esplenomegalia. En boca no presentó ningún tipo de lesión de tejidos suaves. Figura N° 25. Las Figuras N° 26 y N° 27 muestran los frotis de sangre periférica y médula ósea.

El diagnóstico clínico final fue de leucemia mielocítica crónica, el diagnóstico anatómo-patológico reveló: leucemia mielocítica crónica.



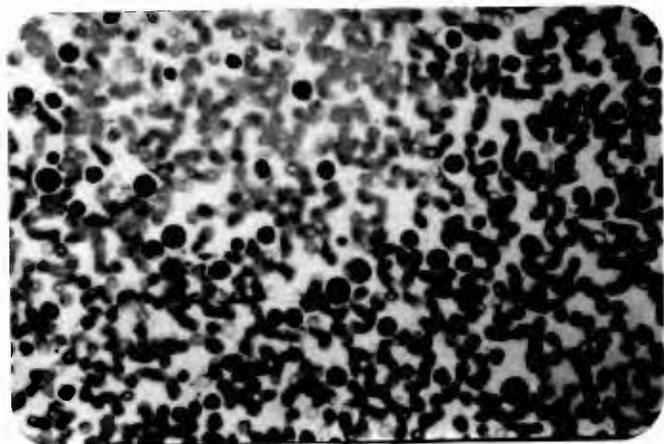
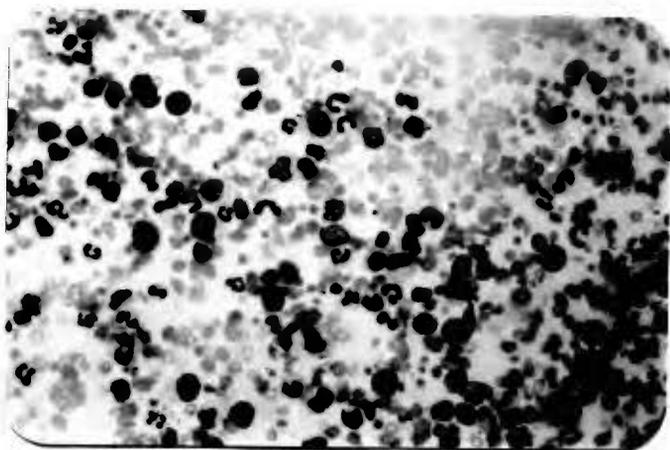


Fig. 26



CASO VI

Niño de tres años de edad, sexo masculino, raza blanca, con residencia en San Isidro del General, fue admitido el día tres de mayo de 1961, muriendo veintisiete días después.

Resumen de Historia Clínica:

Niño en malas condiciones generales, anémico, con tumuraciones en la cara que parecen de origen óseo, además, adenopatías inguinales y cervicales medianas. No se palpa ni hígado ni bazo; la asociación de lesiones óseas periorbitarias con cuadro leucémico, permite sospechar la existencia de un cloroma.

La interconsulta con el odontólogo reveló: "Boca en ma las condiciones higiénicas con piezas temporales cariadas. Presenta tumoración en el paladar duro, a ambos lados de la línea media, es posible que haya destrucción ósea del maxilar superior". En el maxilar inferior, a nivel de la pieza E izquierda, se observa otra tumoración que obliga a dicha pieza a inclinarse en sentido lingual; como la pieza no presenta caries, es posible que esta tumoración al igual que la del maxilar superior sean del mismo origen y es presumible que entre estas y las tumoraciones periorbitarias haya estrecha relación. Figuras N° 28 y N° 29.

El día de su muerte, el niño presentaba una condición grave sangrando por nariz y tubo digestivo. Las lesiones periorbitarias eran de 4 por 4 cm., de consistencia dura pe ro no leñosa, color azulado. Figura N° 30.

Niño de tres años de edad, sexo masculino, raza blanca, con residencia en San Isidro del General, fue admitido el día tres de mayo de 1961, muriendo veintisiete días después.

Resumen de Historia Clínica:

Niño en malas condiciones generales, anémico, con tumuraciones en la cara que parecen de origen óseo, además, adenopatías inguinales y cervicales medianas. No se palpa ni hígado ni bazo; la asociación de lesiones óseas periorbitarias con cuadro leucémico, permite sospechar la existencia de un cloroma.

La interconsulta con el odontólogo reveló: "Boca en ma las condiciones higiénicas con piezas temporales cariadas. Presenta tumoración en el paladar duro, a ambos lados de la línea media, es posible que haya destrucción ósea del maxilar superior". En el maxilar inferior, a nivel de la pieza E izquierda, se observa otra tumoración que obliga a dicha pieza a inclinarse en sentido lingual; como la pieza no presenta caries, es posible que esta tumoración al igual que la del maxilar superior sean del mismo origen y es presumible que entre estas y las tumoraciones periorbitarias haya estrecha relación. Figuras N° 28 y N° 29.

El día de su muerte, el niño presentaba una condición grave sangrando por nariz y tubo digestivo. Las lesiones periorbitarias eran de 4 por 4 cm., de consistencia dura pero no leñosa, color azulado. Figura N° 30.

El diagnóstico clínico final fue de cloroma. El diagnóstico anatómo-patológico reveló: Leucemia linfoblástica, cloromas.



CAPITULO IV

COMENTARIO

Es importante tener presente el hecho de que en nuestro medio la incidencia de leucemia es alta. De acuerdo con el trabajo presentado por cada 100.000 habitantes, hubo 4.75 casos de leucemia; si se compara esta cifra con las registradas por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, en las que encontraron una tasa creciente desde 1930 a 1952 (13), oscilante entre 2.1 y 6.3 por cada 100.000 habitantes y las tasas registradas en Inglaterra y Gales de 1940 a 1953 que aumentaron de 2.6 a 4.8 por cada 100.000 habitantes, podemos observar que la tasa nuestra es semejante a la mencionada por la literatura extranjera.

Si se reduce la incidencia de casos no ya a población civil, sino a población hospitalaria, los resultados por nosotros encontrados indican que aproximadamente hay unos 62 casos de leucemia en 100.000 enfermos.

En los casos revisados por nosotros, encontramos leucemia en todas las edades, desde los dos y medio años, hasta los noventa y con frecuencia semejante en ambos sexos.

En relación con el tipo de leucemia y la edad, las agudas, fueron de observación habitual en las tres primeras décadas

cadavé de la vida, especialmente en la primera, sin embargo, paradójicamente, el único enfermo de noventa años, de los ca sos vistos, murió de leucemia aguda.

Las leucemias crónicas tuvieron una aparición más definida circunscribiéndose únicamente en personas adultas.

Las leucemias monocíticas subagudas fueron de aparición irregular, manifestándose en diversas edades. (Gráfico).

Se hizo el análisis de clasificación por provincias, con tasas por cada 100.000 habitantes, de acuerdo con los datos recogidos (Gráfico), la tasa mayor de población en relación con incidencia de leucemia correspondió a Limón, siguiéndole en orden decreciente San José, Heredia, Cartago, Alajuela, Puntarenas y Guanacaste.

Los casos tomados como ejemplo ponen de manifiesto algunas de las lesiones orales que puede presentar un leucémico.

El caso primero es el de una enferma con leucemia aguda que presentó lesiones de tipo úlcero-necrótico exclusivamente. Este caso evidencia las dificultades que hay que ven cer para llegar a un diagnóstico correcto, aun con el con curso de los más seguros métodos de diagnóstico.

El caso segundo, con diagnóstico de leucemia aguda, es el de un enfermo que presentó dolor de encías, mal aliento y lesiones de tipo ulceroso y hemorrágico.

En el caso tercero, con diagnóstico de leucemia monocítica, se encontraron los tres tipos de lesiones comentados: hemorrágicas, infiltrativas e infecciosas. En este caso, a pesar de que la alteración gingival es típica de las leucemias monocíticas, la encía no apareció agrandada.

Los casos cuarto y quinto corresponden a dos leucemias crónicas sin manifestaciones orales y se incluyen como ilustración.

El caso sexto con diagnóstico establecido de cloromas muestra las infiltraciones subperiosticas periorbitarias e intraorales (?).

Como puede demostrarse en el material presentado en los procesos leucémicos la aparición de lesiones estomatológicas es característica en los procesos agudos y subagudos. no siéndolo en los procesos crónicos, en los que la única manifestación es una palidez cuya intensidad varía de acuerdo con el grado de anemia.

Como elementos coadyuvantes en la formación de las lesiones orales, la trombocitopenia y el grado de actividad invasora del proceso, juegan un importante papel; estos dos elementos son de observación común en los casos agudos.

El porque las leucemias crónicas sean menos ricas en sus manifestaciones estomatológicas no es bien claro; ocurre que en estos cuadros es raro encontrar las plaquetas disminuídas, sin embargo, las leucemias del tipo de las lin

focíticas crónicas, se acompañan muy a menudo de lesiones dermatológicas tegumentarias y las mucosas orales en estos casos no son afectadas.

En el único caso de leucemia linfocítica crónica observado en el Hospital San Juan de Dios durante los años 1960-1961, el enfermo no presentó lesiones orales.

Es importante hacer notar que las manifestaciones orales en los enfermos leucémicos no son lesiones aisladas, sino que son manifestaciones de una enfermedad sistémica.

CAPITULO V

RESUMEN

Se estudian 57 casos de leucemia vistos durante el período 1960 - 1961 en un total de 90.979 ingresos hospitalarios.

De este estudio se desprende que la incidencia de leucemia en nuestro medio es alta; se hace hincapié en el hecho de que las lesiones orales ocurren principalmente en los procesos agudos y subagudos, hecho éste que ha sido consigna - do en la literatura médica desde el siglo pasado (14).

Se hace una clasificación de las lesiones orales obser - vables en estos casos, en tres tipos principales:

- 1) Hemorrágicas
- 2) Infiltrativas
- 3) Infecciosas

La inclusión de gráficos y fotografías de algunos de los casos contribuye a ilustrar mejor la presentación de este trabajo.

Lógico es, por consiguiente que el médico y el odontó - logo aborden en forma conjunta aquellos casos de leucémi - cos con alteraciones orales de importancia. Se establecerá así, un diagnóstico adecuado y el tipo de tratamiento a se - guir, la indicación o no de intervenciones quirúrgicas, los

pasos a seguir para la eliminación de focos infecciosos con comitantes, ya sea mediante la dosificación de antibióticos o de cualquier sucedáneo; en caso de sangramientos, la administración de trasfusiones y la aplicación de hemostáticos de acción local, en fin, el tratamiento del enfermo leucémico con el concurso del médico y del odontólogo, en aquellos casos que lo ameriten, no solo beneficiará al enfermo si no también a los profesionales y por ende a la Medicina y a la Odontología.

BIBLIOGRAFIA

- 1) JOSE BAEZ VILLASEÑOR: Nociones de Hematología Clínica. Ediciones del Hospital de Enfermedades de la Nutrición. México, 1957.
- 2) MARCH, H. C.: Leukemia in Radiologist in a Twenty Year Period. American Journal of Medical Sciences. Vol. 220, Pag. 1950.
- 3) AMANO, S.: Radiation Injury and Leukemia in Japanese. Case observed in Hiroshima. International Congress of Hematology. Mar del Plata, Argentina, 21 Sept. 1952.
- 4) THOMA, K.H.: Patología Oral. Pags. 1295 - 1301. Segunda Edición Hispano Americana.
- 5) WINTROBE, W.W.: Hematología Clínica. Pags.: 617, 625, 628, 649, 650, 651, 652, 662. Primera Edición en Español. Editorial Interamericana S.A.
- 6) ORBAN, B. J. y WENTZ, F.: Atlas de Patología Clínica de la Mucosa Bucal. Pags.: 128 - 129. Editorial Mundi, 1957.
- 7) U. S. NAVAL MED. SCHOOL,: Color Atlas of Pathology. Pags. 281 y 258, J. B. Lippincott Co.
- 8) BURKET, Medicina Oral, Pags. 261 - 269. Editorial Interamericana S.A. 1954.
- 9) GLICKMAN, IRVING.: Clinical Periodontology. Chapter Number 28. W. B. Saunders Co.
- 10) SHAFER, W. G., HINE, M. K., LEVY, B. M.: A Textbook of Oral Pathology. Pag. 591. W. B. Saunders Co.
- 11) TRATADO GENERAL DE ODONTOESTOMATOLOGIA. Tomo 2º, Pag. 839. Editorial Alhambra S.A. 1957.

- 12) BLOCK, M., JACOBSON, L. O. AND BETHARD, W. F.
Preleukemic Acute Human Leukemia. J. A.
M. A. 1952, 1953.
- 13) U. S. DEATH REGISTRATION STATES. 1910 - 1944.
- 14) FORKNER, C. E.: Leukemia and Allied Disorders. Pags.:
75 y 119, The Macmillan Co. 1938.