

MOTIVACION

Me sentí motivada a elaborar este tema, al ver que en muchos tratamientos que se realizan, se ha obviado el examen bucal minucioso y detallado, puesto que al hacerlo se pueden determinar alteraciones en la mucosa o encontrar posibles manifestaciones bucales de enfermedades generales o de enfermedades infecto-contagiosas, y al hacer un buen examen bucal, se puede prevenir alteraciones mayores, o sea, se las puede controlar.

El examen bucal científico, bueno y minucioso, es esencial para el odontólogo, pues es una gran ayuda para así poder elaborar un diagnóstico diferencial de las posibles lesiones ulcerativas y erosivas de la cavidad oral.

El Diagnóstico es esencial puesto que mediante él podemos llegar a un rápido diagnóstico y consiguiente tratamiento.

Como en toda ciencia de la salud, en la práctica odontológica existen riesgos inherentes a la contaminación y el contagio por diversos microorganismos, lo que obliga a la revisión de procedimientos de prevención y control de las infecciones.

Está comprobado que un gran número de infecciones pueden transmitir durante los procedimientos relacionados con el tratamiento odontológico, esto no quiere decir que el proceso de tratamiento dental sea el causante de la infección, sino que se tiene en cuenta el área y el ambiente clínico donde se realizan estos procedimientos; existe la posibilidad de contaminación con microorganismos patógenos que pueden causar infección.

De ahí la importancia de tomar prevenciones en todo tratamiento.

INTRODUCCION

El presente tema "DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES EROSIVAS Y ULCERATIVAS DE LA MUCOSA BUCAL", nos brinda una valiosa información acerca de las posibles manifestaciones orales de las enfermedades generales y enfermedades localizadas.

Las lesiones en la mucosa oral pueden ser provocadas por múltiples agentes etiológicos, siendo diferentes en sus características clínicas y comportamientos clínicos.

Se las clasificó en lesiones únicas y lesiones múltiples.

Las lesiones únicas son aquellas que muestran un solo tipo de manifestación ya sea erosiva o ulcerativa.

Las lesiones múltiples son aquellas que muestran manifestaciones erosivas y ulcerativas, claro, unas pueden estar más marcadas que otras.

Para hacer un Diagnóstico de esta alteraciones, se debe primeramente describir lesiones erosivas y ulcerativas.

Ulceración

Es el proceso de formación de una úlcera que causa o puede causar úlceras.

Erosiva

Relativo a la erosión o que la produce.

Erosión

Es el desgaste o destrucción producido en las superficies.

Entonces, lesiones erosivas y ulcerativas, son procesos que pueden causar úlceras y erosión en las superficies de la mucosa ya sea por desgaste o por una destrucción de epitelio.

Las lesiones erosivas y ulcerativas son afecciones caracterizadas por presentar vesículas, ampollas y llagas con pérdida parcial o profunda de las superficies de epitelio, dejando una superficie muchas veces socabada.

En general, las vesículas son de color blanco amarillento, nítidamente limitadas que tienen líquido acumulado debajo del epitelio o dentro de él.

Todas estas afecciones conforman una ulceración que es una llaga caracterizada por tener pérdida de epitelio, con suelo amarillento. Muchas veces son dolorosas.

Tienden a veces a necrosarse o muestran una inflamación mínima en su base, otras presentan un fondo eritematoso.

De esta manera, en forma resumida se describió lesiones erosivas y ulcerativas.

Es esencial que el odontólogo sepa reconocerlas para así llegar a un rápido Diagnóstico y consiguiente tratamiento.

De ahí la importancia de un examen clínico minucioso y detallado.

Siempre se debe realizar el examen clínico frente a la luz natural, pues la luz artificial puede hacer que el color varíe o pasen desapercibidas muchas alteraciones.

La mucosa bucal es flexible y resistente, pero muchas veces está obligada a luchar constantemente con toda clase de agresiones.

Para hacer un Diagnóstico Diferencial tenemos antes que estudiar la mucosa bucal normal, pasaremos describiéndola:

LA MUCOSA BUCAL.

La cavidad bucal está revestida por una mucosa que por delante continúa con la de los labios y por detrás con la de la faringe. En general la mucosa bucal es fina y

movible, excepto a nivel de la bóveda palatina y encías, donde por su constitución fibrosa ofrece una consistencia y firmeza notables.

Histológicamente se describen en ella un epitelio, un corion o dermis, las glándulas, los vasos y los nervios.

El epitelio, de revestimiento como el de la piel y semejante a él, es de tipo pavimentoso estratificado, constituido por una capa basal o germinativa, cuya activa proliferación asegura su integridad, por el cuerpo mucoso de Malpighi o capa poliédrica, cuyas células a medida que ascienden se van aplanando al mismo tiempo que en su citoplasma aparecen granulaciones de queratohialina, dando lugar a la capa granulosa.

En el estrato siguiente o capa de las células pavimentosas, la queratohialina se convierte en substancia córnea, al mismo tiempo que las células se aplastan aún más, de donde proviene su nombre y el núcleo muestra una regresión cada vez más evidente, sin llegar a su desaparición total.

La cornificación del epitelio de la mucosa nunca alcanza, en condiciones normales, el mismo grado que la de la piel, es incompleta o paraqueratósica.

El estrato más superficial del epitelio experimenta fenómenos de descamación (furfur).

El corion o dermis presenta 2 capas, una superficial y otra profunda.

La capa superficial está erizada de numerosas protuberancias denominadas papilas, de dimensiones variables; simples o compuestas, perteneciendo casi todas al tipo vascular o nutritivo, fuera de las que están relacionadas con el sentido del gusto que asientan exclusivamente en la lengua.

Los elementos celulares están representados por

fibroblastos y las células de la serie blanca, particularmente linfocitos.

En las regiones en que la mucosa no está expuesta o frotamientos se encuentra separada de los planos profundos por un tejido conjuntivo más laxo o submucoso, que facilita la movilidad y desplazamiento de las capas superficiales. La dermis tiene por función nutrir al epitelio que lo recubre, de donde se deduce la importancia que la normalidad de dicho tejido tiene para mantener la integridad estructural y funcional del tejido apitelial.

Las glándulas de la mucosa bucal son de tipo arracimado, con acinos serosos, mucosos o mixtos, verdaderas glándulas salivales en miniatura están a nivel del velo y bóveda del paladar. En la mucosa bucal se encuentran glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas, estas últimas son escasas, generalmente atróficas.

Los vasos sanguíneos tienen la misma disposición que en la piel.

Los linfocitos constituyen un rico retículo a nivel de las papilas, y según las distintas regiones son tributarias de ganglios diferentes, submentonianos, submaxilares, etc.

Los nervios de la mucosa bucal son muy abundantes, los filetes sensitivos, todos dependientes del trigémino, envían ramificaciones ya intraepiteliales, ya dérmicas, del tipo de los corpúsculos de Meissner, etc.

La función gustativa depende de la cuerda del tímpano y sobre todo del glosofaríngeo.

La mucosa bucal ejerce distintas funciones: asegura por la secreción de las glándulas de la mucosa y salivares, la humedad necesaria para conservar la estructura normal de los tejidos bucales, facilitando la formación del bolo alimenticio y la deglución.

Además, la saliva y la mucosa conservan su integridad,

fibroblastos y las células de la serie blanca, particularmente linfocitos.

En las regiones en que la mucosa no está expuesta o frotamientos se encuentra separada de los planos profundos por un tejido conjuntivo más laxo o submucoso, que facilita la movilidad y desplazamiento de las capas superficiales. La dermis tiene por función nutrir al epitelio que lo recubre, de donde se deduce la importancia que la normalidad de dicho tejido tiene para mantener la integridad estructural y funcional del tejido apitelial.

Las glándulas de la mucosa bucal son de tipo arracimado, con acinos serosos, mucosos o mixtos, verdaderas glándulas salivales en miniatura están a nivel del velo y bóveda del paladar. En la mucosa bucal se encuentran glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas, estas últimas son escasas, generalmente atróficas.

Los vasos sanguíneos tienen la misma disposición que en la piel.

Los linfocitos constituyen un rico retículo a nivel de las papilas, y según las distintas regiones son tributarias de ganglios diferentes, submentonianos, submaxilares, etc.

Los nervios de la mucosa bucal son muy abundantes, los filletes sensitivos, todos dependientes del trigémino, envían ramificaciones ya intraepiteliales, ya dérmicas, del tipo de los corpúsculos de Meissner, etc.

La función gustativa depende de la cuerda del tímpano y sobre todo del glosofaríngeo.

La mucosa bucal ejerce distintas funciones: asegura por la secreción de las glándulas de la mucosa y salivares, la humedad necesaria para conservar la estructura normal de los tejidos bucales, facilitando la formación del bolo alimenticio y la deglución.

Además, la saliva y la mucosa conservan su integridad,

la invasión microbiana estará impedida, su deficiencia simultánea exalta por el contrario, la virulencia de los microorganismos que se encuentran en la cavidad bucal como huéspedes saprófitos habituales llevados por vía sanguínea.

De esta manera, en forma resumida, mostramos una mucosa oral normal.

CAPÍTULO I
DIAGNOSTICO

1. DIAGNOSTICO

La palabra diagnóstico proviene de las voces griegas *Diagnosis* = conocer, distinguir.

El diagnóstico es la parte de la medicina muy importante; pues tiene por objeto diferenciar una enfermedad determinada sobre la base de conocimientos semiológicos como los de los signos y síntomas.

1.1. CLASES DE DIAGNOSTICO

Entre los principales diagnósticos tenemos los siguiente:

1.1.1. DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO

Es lo que puede ser macroscópico, por la simple observación y comprobación de las alteraciones anatómicas de las vísceras enfermas, y el microscópico con el auxilio del microscopio, para determinar las perturbaciones anatomo-histológicas, de las mismas.

1.1.2. DIAGNOSTICO FISIOPATOLOGICO

Que comprende el de los síndromes, Ej. insuficiencia cardíaca.

1.1.3. DIAGNOSTICO FUNCIONAL

Nos permite apreciar el estado del funcionamiento de un determinado órgano, espirometría (del latín *spirare*, espirar, y el griego *metron*, medida), medición de la capacidad respiratoria de los pulmones, Ej. insuficiencia respiratoria, ergometría (del griego *ergon*, trabajo; *metro*, medida), en cardiología se usa este término para designar el electrocardiograma de esfuerzo para apreciar la capacidad funcional de las arterias coronarias, Ej. insuficiencia coronaria.

1.1.4. DIAGNOSTICO ANATOMICO

Se refiere a la lesión anatómica que presenta un determinado órgano, Ej. estrechez aórtica, labio leporino,

bronquiectasias, etc.

1.1.5. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

Este diagnóstico de gran importancia, pues no puede haber diagnóstico completo sin determinar éste, Ej. la observación microscópica en el punto del Bacilo de Koch, previa coloración de Ziehl Nielsen en la tuberculosis pulmonar, fiebre reumática, etc.

1.1.6. DIAGNOSTICO DE PRESUNCION

Cuando mediante los signos y síntomas indicios, sospechamos de una determinada enfermedad.

1.1.7. DIAGNOSTICO DE CONFIRMACION

Sobre la base del diagnóstico anterior y con la ayuda de métodos auxiliares, podemos aseverar un diagnóstico definitivo.

1.1.8. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Sirve para diferenciar 2 ó más enfermedades que tienen signos y síntomas comunes o similares, valiéndose de algún signo o síntoma que no tiene tal carácter, y de los métodos auxiliares de diagnóstico, Ej. hepatitis a virus con la fiebre amarilla, hepatitis tóxica, litiasis biliar, gripe, gastroenteritis, etc.

Siendo este último el de más interés, pues es el principal objetivo de este trabajo.

Para llegar al diagnóstico de una determinada enfermedad, tenemos que recurrir a los métodos de examen conocidos en semiología, como ser:

2. INTERROGATORIO

Conocido también como anamnesis, consistiendo en preguntar al paciente qué concurre a la consulta.

Es primordial crear un ambiente favorable para que el paciente adquiera confianza necesaria, se deja que éste

exponga libremente sus molestias y después el operador oriente y conduzca el interrogatorio.

El interrogatorio se debe realizar de la siguiente manera:

2.1. DATOS PERSONALES

Se debe consignar el nombre, apellido, domicilio, teléfono, nacionalidad, por la relación que pueda existir entre la enfermedad con su país de origen, Ej. pigmentaciones negruzcas en la encía, de carácter étnico en los filipinos.

- La edad es importante, pues hay enfermedades que son propias en determinadas edades, Ej. la fiebre reumática o enfermedad de Boullaud, entre los 6 a 15 años. Aparte, hay que considerar la gravedad que pueda imprimir la edad en la evolución de una determinada enfermedad, Ej. diabetes.

- La profesión, de gran importancia en la génesis de muchas enfermedades, Ej. el caso de las neumocosis en los mineros.

- El estado civil, como ejemplo citaremos las enfermedades venéreas en los solteros, o como el cáncer de útero en las casadas o el cáncer de mamas, que tiene mayor incidencia en las mujeres sin hijos.

- El sexo es otro dato a consignar ya que hay enfermedades frecuentes en un sexo en relación a otro, Ej. en las mujeres anemia ferropénicas.

- La residencia actual como las anteriores por la procedencia del enfermo de una determinada región con patología endémica especial, Ej. enfermedad de chagas. En las altiplanicies por la sobrecarga en el aparato circulatorio y respiratorio predisponen a la crisis de edema agudo de pulmón.

2.2. ANTECEDENTES PERSONALES

Se pregunta sobre las enfermedades padecidas en las etapas de la vida y los tratamientos realizados y en lo posible se indagará sobre los medicamentos que recibió la madre durante el embarazo.

Se deben considerar los hábitos, consumo de bebidas alcohólicas, el cigarrillo por su influencia en el cáncer de pulmón, leucoplasias, y el consumo de drogas.

2.3. ANTECEDENTES FAMILIARES

Son lo referente a las enfermedades del esposo o de la esposa, padres, hijos, los abuelos y colaterales; de mucho valor en las enfermedades de fondo hereditario, como ser la hemofilia, la diabetes, con predisposición a padecerla.

2.4. ENFERMEDAD ACTUAL

Se indagará desde cuándo y cómo comenzó la enfermedad, cuáles fueron los síntomas que le llamaron la atención, su evolución.

Terminado el interrogatorio, pasaremos a considerar el examen clínico.

3. PROCEDIMIENTO DE EXPLORACION

Para que la exploración sea eficaz, el examen tiene que ser sistemático, planificado de antemano y ordenado.

El orden a seguir es cuestión de preferencia personal. Sin embargo, independientemente del orden escogido, es de suma importancia comenzar siempre por el mismo sector y avanzar en forma predeterminada.

La exploración incluye los procedimientos de inspección (observación visual), palpación (tacto), exploración instrumental (tocar con un explorador) y percusión (golpeteo).

4. TECNICA DE EXPLORACION

En toda exploración física, la persona que explora ejecuta cuatro acciones: inspección, palpación, percusión y auscultación.

La siguiente técnica de exploración es la base para establecer un orden de sucesión lógica.

4.1. INSPECCION

4.1.1. EXAMEN EXTRABUCAL:

- Apreciación generalizada del paciente.
- Area de los ganglios linfáticos, submentonianos y submaxilares.
- Glándulas parótidas.
- Area del cuello y de los ganglios linfáticos cervicales.
- Area de la glándula tiroides.

4.1.2. EXAMEN INTRABUCAL:

- Labios y comisuras labiales.
- Mucosa labial, vestibular, bucal, encía.
- Mucosa vestibular (carrillos) y papilas de los conductos parótidos.
- Paladar duro y encía palatina.
- Paladar blando.
- Areas amigdalinas y faringe posterior.
- Lengua, dorso, bordes laterales (amígdalas linguales).
- Lengua superficie inferior.
- Piso de la boca y encía lingual.
- Dientes (oclusión y caries).

La exploración física del paciente comienza con una

valoración general del individuo. Esta parte de la exploración comienza con la observación del paciente cuando entra en la sala de espera y se sienta en el sillón dental.

Puede haber algo raro en su caminar, esto sucede en los pacientes con parálisis cerebral, o puede haber algo raro en su postura como ocurre en ciertas afecciones respiratorias, que sólo queda en evidencia una vez que el paciente se ha sentado.

Los tobillos del paciente pueden estar hinchados, sin que él mismo lo sepa, indicando alguna afección cardíaca.

La exploración física se la hace antes de hacer el interrogatorio, puesto que éste se realiza una vez que el paciente toma asiento.

4.2. LA PALPACION

La palpación es una técnica de exploración en la cual el operador presiona y percibe diversas estructuras del cuerpo. Para realizar la palpación nos valemos del sentido del tacto.

La palpación se hace por lo menos de cinco maneras, cada una de ellas está reservada para un área determinada:

- Palpación manual: con las dos manos. Especialmente adecuada para examinar el piso de la boca.

- Palpación digital: se usan dos dedos de la misma mano y especialmente para examinar labios y partes del carrillo.

- Palpación lateral: es la técnica que sirve para valorar glándulas salivales (parótida y submaxilar), la articulación temporomaxilar y cualquier otra hinchazón extrabucal.

- Palpación de los dientes: durante su función y cuando no funcionan para determinar si hay movilidad.

- Palpación por compresión: esta técnica se usa para

apreciar la textura y la densidad de la piel. Se efectúa sosteniendo la mano plana con los dedos juntos contra la piel.

4.3. LA PERCUSION

Se hace golpeando los dientes y otros tejidos con un instrumento o los dedos y escuchando los sonidos emitidos.

Es de sumo valor para aislar un determinado diente como causa etiológica.

Con frecuencia se transparentan glándulas amarillas en el borde bermellón. Se pide al paciente que junte los dientes, para ver la totalidad de la superficie mucosa.

El frenillo es un punto de referencia normal en la base del labio superior. Frecuentemente hay un pequeño apéndice de tejido normal unido al frenillo. De igual manera se inspecciona el labio inferior.

Si secamos esta superficie, veremos minúsculas aberturas de los conductos de glándulas salivales mucosas, de los cuales salen gotas de moco.

Ahora se observan el vestíbulo bucal de uno y otro lado, así como la encía libre y fija. También se separa la comisura labial para exponer la mucosa vestibular carrillos.

Aquí hay dos puntos de referencia, uno es la papila del orificio de salida del conducto parotídeo de Stenon. De este orificio se verá salir saliva transparente. El flujo puede ser probado apretando la zona de la glándula parótida sobre el borde posteroexterno de la rama ascendente del maxilar.

El otro punto de referencia no es anatómico, pero no se lo encuentra regularmente, es la línea blanca correspondiente a la línea oclusal de los dientes y se observa a la mitad de la mejilla, de la parte posterior a la anterior de la boca, es la llamada línea Alba.

Después se observa el paladar duro directamente o con el espejo dental. La parte anterior contiene los pliegues denominados rugosidades, se ve una línea blanca en la línea media porque aquí no hay glándulas ni grasa y el tejido conectivo está fuertemente unido al hueso firme que queda por debajo de esta área.

Con frecuencia, en esta zona hay un exceso de hueso del paladar (torus). En los sectores laterales hay abundantes aberturas de conductos glandulares que pueden hacerse más conspicuos en fumadores: se presentan como minúsculos orificios rosados.

Vemos hacia atrás, el explorador observará la totalidad del paladar blando. Esto incluye la visualización de toda la úvula. A cada lado del paladar blando se verán las amígdalas faríngeas en el área de las fauces. Si las amígdalas se han extirpado, desde las fauces hasta el paladar blando se ven cintas blancas anchas de tejido cicatrizal.

No es raro que queden pequeños restos de tejido amigdalino en las fauces, aunque las amígdalas hayan sido extirpadas.

Haciendo a un lado la lengua, llevándola hacia abajo y delante con el espejo dental y se pide al paciente que diga "ah", con buena luz se verá el área ovuloamigdalina y la faringe.

Los pacientes que padecen un resfriado pueden tener franjas rojas en la mucosa de esta área.

Luego observamos la lengua, es fácil ver la superficie dorsal pidiendo al paciente que estire la lengua, no toma en cuenta diversos aspectos de la anatomía. La capa blanca, que puede estar acentuada en ciertas enfermedades representa las papilas filiformes de la lengua.

En los fumadores éstas pueden estar teñidas de color

Después se observa el paladar duro directamente o con el espejo dental. La parte anterior contiene los pliegues denominados rugosidades, se ve una línea blanca en la línea media porque aquí no hay glándulas ni grasa y el tejido conectivo está fuertemente unido al hueso firme que queda por debajo de esta área.

Con frecuencia, en esta zona hay un exceso de hueso del paladar (torus). En los sectores laterales hay abundantes aberturas de conductos glandulares que pueden hacerse más conspicuos en fumadores: se presentan como minúsculos orificios rosados.

Vemos hacia atrás, el explorador observará la totalidad del paladar blando. Esto incluye la visualización de toda la úvula. A cada lado del paladar blando se verán las amígdalas faríngeas en el área de las fauces. Si las amígdalas se han extirpado, desde las fauces hasta el paladar blando se ven cintas blancas anchas de tejido cicatrizal.

No es raro que queden pequeños restos de tejido amigdalino en las fauces, aunque las amígdalas hayan sido extirpadas.

Haciendo a un lado la lengua, llevándola hacia abajo y delante con el espejo dental y se pide al paciente que diga "ah", con buena luz se verá el área ovuloamigdalina y la faringe.

Los pacientes que padecen un resfriado pueden tener franjas rojas en la mucosa de esta área.

Luego observamos la lengua, es fácil ver la superficie dorsal pidiendo al paciente que estire la lengua, no toma en cuenta diversos aspectos de la anatomía. La capa blanca, que puede estar acentuada en ciertas enfermedades representa las papilas filiformes de la lengua.

En los fumadores éstas pueden estar teñidas de color

pardo, intercambiadas entre las papilas filiformes hay pequeñas papilas en forma de cúpula, las fungiformes. Claro, éstas pueden ser más notorias en algunas personas, particularmente en estados patológicos en los que faltan las papilas filiformes.

Las calisiformes no son vistas, cuando las hay se ven como hinchazones grandes en la superficie posterior de la lengua, como están simétricamente dispuestas en la forma de V, con la punta hacia la faringe, se las distingue de las hinchazones patológicas, que suelen aparecer en un solo lado (unilaterales). Fácilmente se ve y se sostiene la lengua, envolviendo la punta con un trozo de gasa, y así se la puede llevar de derecha a izquierda y observar sus lados. Se tiene que observar el área amigdalolingual, inmediatamente por delante del borde postero-externo.

Aquí hay pliegues verticales de tejido que pueden estar hinchados o enrojecidos, particularmente en los fumadores.

Se le pide al paciente que toque el paladar con la lengua, y observamos la superficie ventral de la lengua y el piso de la boca, algunos tienen dificultad al tocar el paladar, debido al frenillo lingual, se inserta en la lengua (lengua adherente).

No sólo se observará el frenillo lingual, también las grandes venas que se extienden a cada lado. Estas son más visibles en los pacientes de edad y son análogas a las venas varicosas de las piernas.

Luego se examina el piso de la boca, en la parte anterior a cada lado, hay pliegues sublinguales que son cilindros horizontales de tejido elevado levemente, con orificios de salida de las glándulas linguales a la superficie. Con forma de V que apunta hacia los dientes anteriores, estos pliegues terminan en una prominencia algo mayor, con un orificio de conducto grande (conducto

submaxilar de Warthon), de estas aberturas es fácil extraer saliva, presionando las glándulas submaxilares contra el borde inferior del maxilar inferior. A veces en uno de los conductos se forma un cálculo y entonces el flujo se detiene y no como molestia principal, vaga y generalizada cuando el paciente no tiene noción de que la causa del dolor es el diente.

Un diente sensible a la percusión suele ser señal de inflamación del periodonto.

4.4. LA AUSCULTACION

La auscultación es una técnica para escuchar sonidos especialmente los producidos por el chasquido de la articulación temporomaxilar durante los movimientos del maxilar inferior, trastornos foniatricos que se producen porque faltan dientes o anomalías de la oclusión entre los maxilares que producen ceceo cuando el individuo coloca la lengua en esos espacios al hablar, debido a que están mal hechas.

Al explorar la cara, hay que fijarse en la simetría. Se palpará toda hinchazón porque entre las causas más comunes de las hinchazones faciales están los dientes.

Las investigaciones a fondo de esas hinchazones puede llevar a descubrir un diente con absceso.

Los ganglios linfáticos pueden agrandarse como resultado de procesos infecciosos, inflamaciones tumorales. En estos casos, su tamaño y consistencia varían.

Pueden estar sensibles o no, ser movibles o fijos, cuando no hay enfermedad, suele ser difícil palpar los ganglios, sin embargo, algunos ganglios linfáticos persisten y se palpan muchos años después de concluida la enfermedad. El orden a seguir en la exploración va desde el área submentoniano hasta la submaxilar y luego hacia el cuello. Es mejor la palpación bimanual y en el área

submaxilar puede hacerse tanto dentro como fuera de la boca.

Las glándulas parótidas se palpan para descubrir hinchazones. Cuando el paciente presiona los dientes, las hinchazones de la zona parótida se pueden percibir sobre el músculo masetero. Luego se palpa el área de la articulación temporomaxilar, frente al oído, se le pide al paciente que abra y cierre la boca, hay que tomar en cuenta todo chasquido y dolor.

Posteriormente se inspeccionará el área detrás del pabellón de la oreja. Luego se palpan los ganglios cervicales, éstos se localizan a lo largo de los bordes, superficial y profundo del músculo esternocleidomastoideo. Se le pide al paciente que degluta mientras la mano del explorador cubre el frente del cuello. Cuando degluta se siente la tiroides en el área de la Manzana de Adán (nuez).

Cuando hacemos la exploración bucal, primero observamos los labios, una cicatriz en la superficie cutánea puede representar el cierre de una fisura labial o de una herida accidental.

Con un espejo bucal y mediante la observación visual directa se estudia la encía fija y libre.

Por último, se estudian los dientes, se le pide al paciente que ocluya los dientes y se observa si hay maloclusión, con el explorador se busca si hay caries y otros defectos.

Realizando este examen sistémico, es posible observar desviaciones de lo normal. Estas van de defectos simples o inocuos a enfermedades muy graves y mortales. Lo importante es observar estas desviaciones.

El bienestar del paciente aumentará si se realiza un buen estudio y cuando sea necesario pedir interconsulta con otros especialistas.

5. EL EXAMEN GENERAL

Jamás se debe omitir un examen general, pues podemos aclarar la etiología de una lesión (sífilis, diabetes, etc.). Nos permite también prevenir complicaciones postoperatorias; el surmenage (pérdida de conciencia), los disturbios sanguíneos, la hipertensión, una deficiencia hepática, una alteración general reciente, son igualmente factores que deberán retener la atención para planificar un correcto tratamiento.

6. METODOS AUXILIARES O COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO

Los métodos auxiliares coadyuvantes de diagnóstico son de suma importancia, comprenden los de laboratorios y los instrumentales.

6.1. LOS DE LABORATORIO. Se nombrará los más usuales:

- **HEMATOLOGICOS.** Comprenden: recuento, fórmula, eritrosedimentación hemoglobina, recuento de plaquetas, tiempo de sangría, coagulación protombina. Bioquímica de la sangre, dosaje de calcio, fósforo, glucosa, úrea, dosaje de vitaminas, etc.

- **COPROLOGICOS:** Examen químico, bacteriológico y para citológico.

- **UROLOGICOS:** Estudio completo de la orina incluyendo el bacteriológico, con recuento de colonias.

- **BACTERIOLOGICOS:** De los exudados, esputo, la coloración del frotis por el método Ziehl Nielsen e inoculación al cobayo, estos últimos de gran importancia en la tuberculosis pulmonar.

- **SALIVA:** Estudio químico, bacteriológico, P.H.

- **REACCIONES CUTANEAS:** La cutireacción de Von Pirquet, la intradermoreacción de Mantoux, en la infección por el Bacilo de Koch, tests cutáneos para determinar el alérgeno responsable de un proceso alérgico.

Pruebas funcionales del hígado, riñón, glándulas endocrinas, etc.

6.2. INSTRUMENTALES. Entre los instrumentales tenemos:

- Radiografías, radioscópias. Las endoscopías, perfeccionadas con los fibroscopios flexibles de gran versatilidad de fibras de vidrio, son utilizadas en caso de úlceras gastrointestinales.

6.3. LOS METODOS GRAFICOS

Electrocardiograma, electroencefalograma, balistocardiograma, que tiene por objeto registrar los movimientos del cuerpo producidos por la actividad cardiovascular.

6.4. LA PRESION ARTERIAL

Para lo que se utiliza el esfigmómetro de gran utilidad, o en caso contrario podemos tomar al paciente el pulso arterial que es uno de los procedimientos más antiguos y de gran utilidad en Semiología, se lo determina en la arteria radial, se comprime la arteria sobre el plano óseo, aplicando el pulpejo de los dedos índice, mediano y anular de la mano derecha en la cara palmar de la muñeca, en cambio, el pulgar de la misma mano en el dorso de la misma. Se debe determinar las pulsaciones por minuto normalmente entre 60 a 85 en el adulto.

Estos serían los métodos más importantes y los más utilizados para elaborar un buen diagnóstico.

CAPÍTULO II
LESIONES UNICAS

Tabla 1.

ULCERACIONES UNICAS	
ULCERAS UNICAS.	
-	Lesiones por Agentes Mecánicos
*	Mordisqueamiento
*	Fibroma por irritación
*	Hematoma
*	La utilización de rollitos de algodón
*	Aparatos protésicos
*	Hiperplasias irritativas
-	Lesiones por Agentes Químicos
*	Por contacto (Aspirina)
*	Alcohol
*	Necrosis palatina post-anestésica
*	Estomatitis medicamentosa
-	Lesiones por Agentes Físicos
*	Calor
-	Infecciones Bacterianas
*	Tuberculosis
*	Lupus Vulgar
*	Sífilis
*	Adquirida
*	Secundaria
*	Terciaria
*	Sífilis Congénita
*	Dientes Hutchinson
*	Molares en Mora
*	Actinómicos Cervicofacial
-	Infecciones Micóticas
*	Candidiasis
-	Sialometaplasia
-	Carcinoma Epidermoide

1. LESIONES POR AGENTES MECANICOS

La mucosa bucal no se traumatiza fácilmente, por ser flexible y resistente, pero está obligada a luchar prácticamente siempre con toda clase de agresiones, que van desde fragmentos duros de comida hasta dentaduras mal adaptadas, hábitos neuróticos (mordeduras de carrillo, lengua, cortaduras con instrumentos cortantes, como lapiceros, etc.).

Estas agresiones van a ir a producir alteraciones, éstas pueden generar un cuadro patológico, y si no se hace un buen diagnóstico se las puede confundir con neoplasias. Por eso se debe antes obtener una historia clínica adecuada.

Lo importante de estas lesiones es la posibilidad de establecer una relación causa-efecto, la mayoría de las veces por la proximidad de la úlcera al defecto causante y su rápida curación tras eliminar éste.

Las lesiones por agentes mecánicos más comunes con los siguientes:

1.1. HABITOS NEUROTICOS

Existen personas extremadamente nerviosas y pueden adquirir un hábito como el de morderse los labios, la mucosa, o muchas veces hasta la lengua.

Al adquirir el hábito, lo hacen sin darse cuenta del daño que se hacen.

Las lesiones aparecen primero como lesiones blanquecinas, que luego llegan a ulcerarse, aparecen generalmente en la región de la oclusión dentaria. También elementos duros como dientes careados, abrasionados o con superficies cortantes pueden producir lesiones en la mucosa.

- FIBROMA DE IRRITACION

El fibroma es una masa nodular compuesta de tejido conectivo fibroso denso. Es una lesión más común de la cavidad bucal y se presenta en cualquier zona aunque es más frecuente en mucosa vestibular, lengua y labios.

El fibroma aparece como una masa firme de color rosado pálido o blanquecino, elevado y de superficie lisa, puede ser sesil o pediculada y de tamaño variable.

Debido a que coexiste con irritación o traumatismo, se le suele denominar fibrosa por irritación, lo cual indica, que no es un tumor benigno genuino. En cambio, refleja el período final de una reacción inflamatoria.

El mordisqueo del carrillo puede producir un fibroma en mucosa vestibular. Otros hábitos como el frotamiento de una zona áspera con la lengua, también puede dar lugar a una lesión llamada fibroma.

Los fibromas se diagnostican macroscópicamente con facilidad.

FIBROMA EN EL BORDE LATERAL DE LA LENGUA



- HEMATOMA

El hematoma es una vesícula sanguínea, es una acumulación de sangre debajo de la mucosa.

Por lo general de color violeta oscuro, es plana o elevada. Secundarios a traumatismos, la mucosa vestibular y el labio inferior son los sitios de aparición más frecuentes.

Los conductos vasculares pueden tornarse tortuosos al dilatarse, es frecuente en la lengua, en la superficie ventral.

Se presentan como lesiones prominentes de color violeta oscuro o negro azulado.

HEMATOMA, CARA DORSAL Y BORDE LATERAL DE LA LENGUA



1.2. LA UTILIZACION DE ROLLITOS DE ALGODON

Los rollitos de algodón se utilizan para aislar un campo operatorio y así tener una mejor comodidad y mantener

seco el campo operatorio. Se colocan en el fondo del vestíbulo y al estar tiempos prolongados, sobre todo en operatoria que se los utiliza por más tiempo, éstos pueden llegar a lesionar la mucosa.

Su capacidad absorbente lesiona la mucosa por desecación, y al ser retirados bruscamente, se llega muchas veces a desprender la mucosa, mostrando una zona cruenta, enrojecida.

Esta lesión no necesita tratamiento, sana rápidamente en unos 3 a 4 días. La mucosa se regenera fácilmente sin provocar ulceraciones graves.

1.3. APARATOS PROTESICOS

Además de los elementos duros propios de la cavidad bucal, la presencia de prótesis, férulas o aparatos protésicos de ortodoncia, pueden ser causa en ocasiones de lesiones ulceradas, ya sea porque están mal ajustadas, sobreextendidas en sus bordes libres o rotos.

Muchas veces también, el paciente sufre el síndrome de intolerancia protésica grave que puede ocasionar lesiones. Primeramente aparecen puntos congestivos dolorosos y ulceraciones después de largos períodos de uso de las prótesis. Otras veces puede deberse la ulceración a que una *partícula dura se encuentra entre la prótesis y la mucosa, ocasionando congestión en la mucosa.*

- HIPERPLASIAS IRRITATIVAS

Las hiperplasias constituyen una respuesta a la irritación crónica de baja intensidad, casi siempre asociadas al uso de prótesis incorrectamente confeccionadas.

Las lesiones varían considerablemente en color y consistencia, de acuerdo a su localización, tipo de irritante y tiempo de evolución.

Cuando se localizan al fondo del surco vestibular, se

las denomina "tejido redundante", "granuloma fisurado", los que se instalan en el borde alveolar se las llama "épulis".

Estas lesiones son iatrogénicas, pueden ser evitadas realizando buenos trabajos correctamente elaborados. El tratamiento es quirúrgico, consiste en la remoción de la lesión.

HIPERPLASIA TRAUMÁTICA DEL SURCO LABIAL



2. LESIONES POR AGENTES QUÍMICOS

Las sustancias químicas con propiedades caústicas (ácidos y alcalis) causarán heridas a la mucosa bucal.

- Frecuentemente una quemadura es causada por la aspirina, la condición habitualmente surge cuando un paciente coloca una tableta de aspirina en el pliegue bucal para aliviar un dolor de muelas, la acción del ácido acético produce una necrosis de coagulación de la mucosa que aparece como una placa blanca.

QUEMADURAS POR ASPIRINA EN EL SURCO LABIAL Y MEJILLA ADYACENTE

- No es muy frecuente, pero pueden en ocasiones presentarse en el consultorio, pacientes que a raíz de un fuerte dolor de muelas recurre a colocarse alcohol en la zona afectada por el dolor de muelas, o en hacer buchadas de alcohol para aliviar el dolor, también suelen retener el líquido por mucho tiempo en la cavidad.

Esto se da más que todo en personas del área rural.

El alcohol al entrar en contacto con la mucosa bucal va a quemarla, produciéndose una mancha blanquecina en la zona afectada.

Al entrar en contacto algún producto químico con la mucosa, va a ir a irritarla, y su acción caústica local produce una reacción inflamatoria con hiperemia y edema. La encía, la mejilla y la lengua pueden hincharse y doler. En las quemaduras por aspirina u otro producto caústico, la

curación será entre 5 a 7 días.

En las quemaduras graves y profundas se presenta un grave despellejamiento de los tejidos junto con ulceración profunda.

La curación se dilata durante semanas y finalmente ocurre con cicatrización. La primera reacción que se produce tras el contacto de uno de estos agentes químicos es una película blanquecina sobre un fondo eritematoso.

Esta capa está formada por restos de mucosa alterada y desprendida que al ser removida deja al descubierto áreas ulceradas.

El dolor no es tan intenso como cabría de esperar y el diagnóstico lo realizaremos en las características clínicas de la lesión, así como el antecedente de haber utilizado un determinado producto químico en esa zona.

- **La necrosis palatina post-anestésica:** aparece en el paladar duro al inyectar un agente anestésico especialmente si lleva un vaso constrictor asociado. Se combina la acción de este último más el efecto mecánico del anestésico introducido en una necrosis y consiguiente ulceración de la mucosa.

- **Estomatitis medicamentosa:** es una reacción alérgica provocada por fármacos tras su administración oral, ocurre antes de las 24 horas y puede manifestarse de muy diversas formas, eritema, vesícula, ampolla, erosión y costra. Una variante de este cuadro clínico es la erupción fija por medicamentos que provoca lesiones únicas y localizadas en la piel o mucosa con eritema, edema y vesiculización, es frecuente observarlos en el paladar. Las alteraciones desaparecen espontáneamente en el curso de los pocos días siguientes a la supresión del medicamento desencadenante.

La estomatitis por contacto se origina a diferencia de la anterior mediante un mecanismo de hipersensibilidad

retardada (inmunidad celular), y se debe al contacto entre la mucosa y determinados materiales odontológicos de impresión dentrífica, diversas soluciones de enjuagues y productos cosméticos.

Las lesiones pueden tardar en aparecer de 2 a 3 días caracterizándose por eritemas, vesículas y ulceraciones que se manifiestan en la zona de contacto con el alérgeno.

ESTOMATITIS MEDICAMENTOSA



3. LESIONES POR AGENTES FÍSICOS

Las lesiones por agentes físicos son comunes ver en pacientes que están bajo atención de radioterapia debido a la presencia de tumores de boca de cuello y cabeza, que al tratamiento mediante radioterapia provoca lesiones orales.

Estas lesiones provocan un cuadro de inflamación, que más tarde dan lugar a ulceraciones en directa dependencia de la dosis empleada.

El calor o el frío intenso actúan también como agentes capaces de provocar ulceraciones, aparecen después de

utilizar utensilios muy calientes o al ingerir líquidos calientes que irán a irritar y luego provocar lesiones en la mucosa. Por lo general, se observa en el paladar por la retención de alimentos muy fríos, como ser helados; estas lesiones no permanecen mucho tiempo, se aplican topicaciones en caso de lesiones por calor de algún medicamento como fenofuxina aliviándoles el dolor; la curación es rápida hasta que la mucosa se regenere. Estas lesiones por lo general se observan en niños con frecuencia en los labios o en la punta de la lengua.

**QUEMADURA DE LABIO SUPERIOR PRODUCIDA POR UNA PINZA
INSUFICIENTEMENTE ENFRIADA**



4. INFECCIONES BACTERIANAS

La mucosa bucal es muy resistente a las infecciones por los diversos componentes antibacterianos de la saliva. Pero cuando la resistencia del paciente está disminuida por enfermedad general, deficiencia nutricional, o tensión emocional, o también cuando la terapéutica antibiótica altera el equilibrio de microorganismos, la flora bucal

puede volverse patógena y producir enfermedades.

4.1. TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una enfermedad granulomatosa, causada por el *microbacterium tuberculosis*.

Las lesiones bucales de la tuberculosis son raras, aun en los tuberculosos pulmonares, en los que las lesiones aparecen como manifestación secundaria. El sexo masculino es el más afectado y la edad que suministra mayores casos es en hombres de 40 a 50 años, y en las mujeres de 30 a 40 años.

La etiopatogenia de la tuberculosis bucal, no está aclarada todavía, pero se relaciona por un lado con la localización del bacilo de Koch y por otro con una pérdida o disminución de la resistencia orgánica o inmunidad. En la mucosa bucal, se ha dicho que no existe la tuberculosis primaria o foco primario, que solamente existe teóricamente, pero no obstante se ha hallado casos clínicos.

En el foco primario pueden desarrollarse en la mucosa de la mejilla o en el borde de la lengua, según la correlación existente entre la virulencia de las bacterias y la capacidad de reacción del tejido afectado.

Hay que distinguir 2 formas de función del aspecto morfológico: la forma de reacción, en la que se observa una necrosis poco avanzada en el interior de los tubérculos, se denomina forma productiva de la tuberculosis.

En la forma exudativa o caseosa de la tuberculosis se desarrolla en el centro de los tubérculos una extensa necrosis caseosa. Presentando estas afecciones predilección por la lengua, con un aspecto crateriforme, bordes alterados, fondo sucio, doloroso, y con una tendencia al crecimiento lento.

Se acompañan adenopatías satélites que pueden

fistularias.

El foco secundario o TUBERCULOSIS ULCEROSA, esta forma de tuberculosis de la mucosa afecta sobre todo a pacientes caquecticos con tuberculosis pulmonares graves. Se caracteriza por la ulceración de la mucosa.

La fusión de varios nódulos en vías de descomposición origina úlceras de límites irregulares con fondo amarillento y bordes algo socavados.

El material quístico necrótico puede estar infiltrado de leucocitos.

En el contorno hay típicos tubérculos de células epiteliales y gigantes, en su mayoría presentan necrosis central.

En la periferie de las úlceras pueden apreciarse proliferaciones epiteliales atípicas pronunciadas que a menudo son difíciles de distinguir de neoformaciones carcinomatosas.

A partir de una infadenitis tuberculosa, pueden formarse en la lengua tubérculos dispuestos como cuentas de un collar que se pueden extender en profundidad entre los haces musculares.

Otra de las formas de tuberculosis bucal es:

- LUPUS VULGAR: El lupus vulgar es una forma más frecuente de tuberculosis de la cavidad bucal, esta afección aparece secundariamente y el foco primario que puede ser inactivo, suele estar en el pulmón, pero el lupus de la mucosa bucal puede coexistir también junto a una tuberculosis orgánica o cutánea primaria.

La forma luposa aparece como un nódulo minúsculo, verrugoso, por lo general del tamaño de la cabeza de un alfiler, pero que luego puede alcanzar el tamaño de una lenteja que hace relieve, es de color amarillento, es duro al tacto, insensible a la presión.

La necrosis está poco avanzada o no existe, los tubérculos se agrupan formando complejos bastante grandes, pero son distinguibles gracias a la zona de células redondas que rodea cada una de ellas.

En el epitelio superficial pueden aparecer según la situación de los tubérculos, una paraqueratosis o pequeñas ulceraciones que curan dejando una cicatriz deprimida de la mucosa y a veces con formación de queloides (tumores fibromastoides).

En la encía o en el paladar, el lupus toma el aspecto de una zona mamelonada, rosada, sembrada de ulceraciones. La encía se muestra despegada, en su borde libre existe un festón blanquecino con supuraciones debidas a infecciones secundarias y sangran al menor contacto.

En la lengua, el lupus reviste la forma de placas alargadas u ovals según el eje del órgano, determinando un relieve de la mucosa más o menos visible. El comienzo del lupus es lento e indolente, el proceso persiste sin cambiar de estado, se ulcera y termina por cicatrización.

LUPUS VUGAR EN LA MEJILLA ADYACENTE



4.2. SIFILIS

La sífilis es una enfermedad venérea infectocontagiosa en la que existen lesiones bucales.

Es una infección bacteriana originada por una espiroqueta (*Treponema pallidum*) que significa filamento pálido y espiralado. Se denomina enfermedad venérea porque las espiroquetas son transmitidas de una persona a otra por medio de relaciones sexuales.

Los microorganismos son frágiles y no viven mucho tiempo en contacto con la luz y el aire, necesitan un medio húmedo y tibio para sobrevivir. Para entrar en el organismo las espiroquetas deben penetrar por mucosa o piel, comúnmente a través de una herida o una zona que no está intacta. La sífilis es tratada con eficacia mediante dosis de antibióticos, éste mata las espiroquetas en cualquiera de las etapas y detiene la enfermedad. Sin embargo, una vez que ha entrado en la tercera etapa, las lesiones de nervios, corazón y otros tejidos seguirán su evolución pese al tratamiento.

Es posible prevenir la sífilis no sólo por medio de antibióticos y otras medidas profilácticas, sino también por medidas de escrupulosidad y por la adecuada educación en todos los niveles de edad.

La sífilis no es simplemente una enfermedad bacteriana, más que eso es una enfermedad social.

La sífilis puede ser adquirida y congénita.

4.2.1. LA SIFILIS ADQUIRIDA

Presenta 3 períodos: primario, secundario y terciario.

- SIFILIS PRIMARIA:

La sífilis primaria se presenta por lo general después del contacto sexual. Esta primera etapa se caracteriza por la aparición de un chancro.

Este chancro primario se forma en el lugar de la inoculación, unas 2 semanas del contacto sexual.

El chancro es una úlcera indurada, macrocópicamente inespecífica, que se asemeja a una úlcera traumática, sin embargo, contiene microorganismos. En razón de su induración se sospecha que es un cáncer y no sífilis, la úlcera suele ser indolora y se cura en pocas semanas. Luego de la desaparición del chancro hay un período de remisión de 2 a 6 semanas en que no hay síntomas de la enfermedad actual.

Los labios también constituyen la localización extragenital más común de la sífilis primaria. El labio superior es el más afectado que el inferior y las lesiones se sitúan en el tercio medio del mismo.

4.2.2. SIFILIS SECUNDARIA

La etapa secundaria se caracteriza por presentar erupción cutánea, fiebre y malestar. Estas lesiones de la sífilis secundaria comienzan cinco a seis semanas después de la desaparición del chancro.

La erupción cutánea no es específica y se compone de abundantes máculas y pápulas rojas.

Los dolores en la garganta, fiebre y escalofríos son característicos en esta etapa, y las erupciones cutáneas de color grisáceo, éstas en la mucosa reciben el nombre de placas mucosas.

Estas placas mucosas pueden presentarse en cualquier punto de la mucosa bucal pero la lengua, los labios y las amígdalas representan los sitios afectados con mayor frecuencia.

Aunque estas lesiones son asociadas habitualmente con una erupción cutánea pueden, no obstante, ser la única manifestación de la sífilis secundaria.

Esta etapa es muy contagiosa puesto que si el

odontólogo presenta alguna erosión en la piel de los dedos o algún corte de los mismos puede adquirir la enfermedad. Aparte de las placas mucosas, la sífilis secundaria puede estar representada en la mucosa genital con excreciones semejantes y verrugas y en algunos casos en la mucosa bucal.

Estas lesiones se denominan condilomas planos, microscópicamente aparecen como masas elevadas al tejido conectivo con infiltrados densos de células plasmáticas, macrófagos y linfocitos y una envoltura de epitelio hiperplásico.

PARCHE MUCOSO DE LA LENGUA EN LA SIFILIS SECUNDARIA



4.2.3. SIFILIS TERCIARIA

Esta fase se manifiesta años más tarde, presentando muchos síntomas que resultan de la afección del sistema nervioso central, el aparato cardiovascular, el esqueleto, las articulaciones, la piel.

Sin embargo, las lesiones son esencialmente de 2 tipos:

El primero, corresponde al Goma: se trata de un foco circunscrito de 2 a 10 cm. de tamaño, que consiste en una inflamación y necrosis gomosa que ocupa un órgano o tejido.

En el segundo tipo existe una inflamación prolongada o latente en un órgano o parte de él. Por consiguiente, los síntomas varían según el lugar de la afección.

LENGUA CON FISURAS E HIPERQUERATOSIS



Las lesiones de las sífilis en la cavidad bucal son de 2 tipos:

a) LOS GOMAS: que aparecen en el paladar perforándolo.

b) LA INFLAMACION CRONICA DE LA LENGUA (glositis sífilítica): asociada con arteritis (inflamación de la pared arterial).

La arteritis conduce a la proliferación de la túnica y el estrechamiento u oclusión de la luz con la consiguiente isquemia.

Es la razón por la cual se atrofian las papilas linguales, de lo que resulta una lengua lisa y atrófica.

En los casos más graves se observa fibrosis y fisuras de la lengua (lengua escrotal). La glositis sífilítica se asocia a menudo con la leucoplasia y en esos pacientes la incidencia del carcinoma de células escamosas es elevada.

4.2.4. SIFILIS CONGENITA

La sífilis congénita se adquiere en el útero, hasta la décimo octava semana, el embrión, de alguna manera está protegido contra la infección y el desarrollo prosigue sin complicaciones.

Si la madre es tratada con éxito antes de esa fecha, el niño será normal. La sífilis congénita puede presentar cualquiera de las manifestaciones secundarias y terciarias de la adquirida.

Las lesiones bucales consisten en dientes de Hutchinson, molares de Pfluger y moriformes, gomas, glositis, placas mucosas, fisuras y cicatrizaciones de las comisuras (ragades).

- DIENTES DE HUTCHINSON

La forma de los incisivos centrales está alterada en el 10 al 30% de los niños portadores de sífilis congénita.

Estos dientes pueden semejar un destornillador (los

bordes incisivos más estrechos de la parte media de la corona), o presentar una escotadura en los bordes incisivos.

Con frecuencia los incisivos centrales son los más afectados con frecuencia los laterales y los incisivos mandibulares también pueden mostrar el defecto, la dentición temporaria no se altera.

Aproximadamente en el 1% de los pacientes con sífilis congénita se relacionan con queratosis intersticial (inflamación y cicatrización de la córnea) y sordera. Este complejo de síntomas se denomina triada de Hutchinson.

La alteración de la forma de los dientes se debe a los cambios sufridos por el germen dentario durante la morfodiferenciación.

Estos cambios consisten en inflamación dentro y alrededor del germen dentario e hiperplasia del epitelio del órgano del esmalte.

INCISIVO DE HUTCHINSON, SE PUEDE APRECIAR LA ESCOTADURA INCISAL



- MOLARES EN MORA (moriformes y de Pfluger)

La forma de los primeros molares se altera del 10% de los pacientes con sífilis congénita.

Las superficies de oclusión son mucho más estrechas que de lo normal y confieren a la corona un aspecto comprimido. Los dientes también presentan hiperplasia del esmalte y se llaman molares en mora. El molar de Pfluger es idéntico al moriforme sólo que no existe hipoplasia.

4.3. LA ACTINOMICOSIS CERVICOFACIAL

La actinomicosis es causada por hongos bacteriformes, el *ACTINOMYCES ISRAELII*, anaerobio, y la *NOCARDIA ASTEROIDES*, aerobia. Se presenta en una de 3 formas: cervicofacial, abdominal o pulmonar.

La actinomicosis cervicofacial es la más común, comprende casi un 50% de todos los casos. Afecta la mandíbula y la porción superior del cuello y se supone que resulta de un traumatismo local, como la extracción de un diente o una fractura.

Estas circunstancias abren una puerta de entrada a los microorganismos, que son habitantes normales de la boca.

Clinicamente, la enfermedad comienza como una tumefacción por encima de la parte superior del cuello, debajo de la oreja o encima de la mandíbula. La piel se vuelve roja o rojo azulada y tirante.

Algunas zonas de la piel se abren y descargan pus, que a menudo contiene granos pequeños de color amarillo (granos de azufre) cada uno de los cuales representa una colonia de hongos.

Los senos que han descargado pus curan, pero aparecen otros, en un proceso continuo de ruptura y curación que se sucede, de modo que la enfermedad puede persistir durante años y deja cicatrices desfigurantes.

La mandíbula, los tejidos blandos suprayacentes y la parótida constituyen los lugares más comúnmente afectados. Por tanto, las radiografías pueden revelar una destrucción acentuada de tejido óseo.

El cuadro microscópico de las actinomicosis céntricofacial suele ser diagnóstico. Se observan numerosos abscesos cuyos centros por lo general están ocupados por colonias de hongos, compuestas por un filtro denso de filamentos con abultamiento en forma de clava en la periferia.

Debido a este aspecto, la actinomicosis recibe, asimismo, el nombre de HONGO RADIADO. Además de los abscesos, los tejidos afectados muestran células plasmáticas, linfocitos, macrófagos y cicatrización.

El tratamiento consiste en la administración de grandes dosis de penicilina.

ACTINOMICOSIS DEBIDO A UN ABSCESO EN EL 1º M.S.I.



5. INFECCIONES MICOTICAS

Se denomina micosis a todos los procesos causados por la acción patógena de diversos hongos.

Casi todas las micosis son producidas por el hongo del hongo CANDIDA. La mucosa oral puede sufrir infecciones raras como actinomicosis, blastinommicosis, estos procesos aparecen como úlceras que no curan.

El diagnóstico sólo puede establecerse excluyendo enfermedades más comunes y con técnicas adecuadas de cultivo y microscopio.

5.1. LA CANDIDIASIS

La candidiasis es una infección causada por el hongo candida (monilia) albicans, y por lo general afecta las tónicas de la boca, tracto gastrointestinal y vagina.

Las candidiasis es una infección superficial, las lesiones de la cavidad bucal se presentan en 2 extremos de la vida, la infancia y la vejez, ó en pacientes debilitados por alguna otra causa, como alcoholismo, leucemia o diabetes. También puede aparecer en enfermos sometidos a un tratamiento prolongado con antibióticos o corticosteroides.

Puede presentarse candidiasis en pacientes que usan placas totales, sucias y en pacientes con xerostemia.

Clínicamente, puede observarse en cualquier lugar de la mucosa bucal, con aspecto de placas blancas o blanco grisáceos que en ocasiones semejan leche cuajada.

Al contrario de muchas otras lesiones blancas, las placas muguet pueden borrarse cuando se las frota, dejando superficies expuestas, dolorosas y sangrantes. De vez en cuando las placas cambian de localización y tamaño.

Las lesiones de la cavidad bucal se llaman MUGUET; este hongo se halla presente en todas las bocas, sin embargo, se vuelve patógeno en aquellas personas en quienes la resistencia tisular ha disminuido (Ej. debido a diabetes o leucemias), en quienes el balance de la flora bucal esté alterado de manera que favorezca el desarrollo de candida

alvicans (Ej. el uso prolongado de antibióticos) y en le recién nacido, en que las bacterias de la cavidad bucal aún no se han establecido.

El muguet se trata mediante control de la causa del debilitamiento (Ej. Diabetes) cuando sea posible, suprimiendo el empleo de antibióticos y se realiza la limpieza de la mucosa con soluciones alcalinas.

En el paciente inmune comprometido se encuentra un aumento de bacterias, que no son miembros normales de la flor oral.

La más común es la Klepsiella y Escherichia coli, representando una flora respiratoria y coliforme. Cuando se encuentran se asocian con cambios mucosos eritematosos, ulceraciones e irritaciones concomitantes.

Los cuidados durante el manejo de drogas como el tratamiento de antibióticos facilitarían un sobrecrecimiento de organismos candidas, por lo tanto, el tratamiento generalmente une la combinación de antibióticos y antifongos.

CANDIDIASIS



5.2. SIALOMETAPLASIA NECROTISANTE

Es un cuadro benigno que afecta al paladar y que clínicamente y a veces también histológicamente, semeja una neoplasia maligna.

Clínicamente se muestra como una ulceración en el paladar, uni o bilateral, que no se cura.

Histológicamente se encuentra una necrosis de los acinos glandulares mucosos y su sustitución por un tejido conectivo y de granulación.

Se produce una llamativa metaplasia escamosa de los conductos y acinos mucosos. Esto da un aspecto que remeda al del cáncer bucal invasivo o al del tumor mucoepidermoides.

Para hacer el diagnóstico, es necesario un estudio detenido del patrón celular y del aspecto general de la lesión.

De etiología desconocida, se ha propuesto como origen el infarto localizado al que seguiría una actividad glandular desmesurada.

La infección puede también jugar un papel importante en este cuadro.

5.3. CARCINOMA EPIDERMÓIDE LINGUAL

El carcinoma epidermoide espino celular o carcinoma de células escamosas, es la afección maligna más frecuente de la cavidad oral.

Su manifestación inicial en más de la mitad de los casos, es una lesión ulcerada que aparece sobre zonas rojas (eritoplasia) o blandas (leucoplasias). Su localización más frecuente corresponde a los bordes laterales de la lengua en su porción más posterior y el suelo de la boca.

Lo más característico es la dureza e infiltración de la lesión con unos bordes evertidos y suelo sucio.

También los tumores, sobre todo malignos, de las glándulas salivales menores originan tumoraciones que se pueden ulcerar en superficies de la mucosa donde se desarrollan.

**CARCINOMA EPIDERMÓIDE LINGUAL EN LA CARA VENTRAL Y
BORDE LATERAL DE LA LENGUA**



CAPÍTULO III
LESIONES MÚLTIPLES

Tabla 2.

ULCERACIONES Y EROSIONES MULTIPLES	
ULCERAS Y EROSIONES MULTIPLES	
-	Lesiones por Agentes Físicos
	* RADIOTERAPIA
-	Lesiones por Agentes Químicos
-	Infecciones Bacterianas
	* GUNA
-	Infecciones Víricas
	* Herpes Simple
	* Herpes Recurrente
	* Herpes Zoster
	* Estomatitis Aftosa Recurrente
-	Enfermedades Mucocutáneas
	* Eritema Multiforme
	* Lupus Eritematoso
	* Pénfigo Vulgar
	* Pénfigo Benigno de las Mucosas
	* Liquen Plano
-	Enfermedades Digestivas Generales
	* Enfermedad de ADDISON
	* DIABETES
	* Diabetes Mellitus
	* Queilosis
	* Otras enfermedades
-	Por Inmunodeficiencias
	* Inmunidad
	* Inmunidad Natural
	* Inmunidad Adquirida
	* SIDA
	* Leucoplasia Velloso
	* CANDIDIASIS
	* Infecciones Víricas
	* Sarcoma de Kaposi
	* Leucemia
	* Granulocitopenias

1. LESIONES POR AGENTES FISICOS

Destacaremos las erosiones múltiples por las radiaciones.

La radioterapia provoca importantes lesiones y secuelas en la cavidad oral (xerostomía, alteraciones dentales y efectos óseos).

La sensibilidad de las células frente a las radiaciones se manifiesta hacia las dos semanas del tratamiento, apareciendo primeramente las irritaciones en la mucosa.

Las irritaciones consisten en un enrojecimiento de la mucosa oral, luego se observa una serie de placas blancas en el área irradiada que evoluciona hasta ulceraciones y pueden sobreinfectarse.

En dependencia a la dosis y el tiempo de irradiación aparece un eritema con formación de placas blancas sobre todo en la mucosa labial, yugal y la lengua que acaban dando ulceraciones.

Estas son múltiples, dolorosas y localizadas próximas a la zona de irradiación. Desaparecen una vez finalizadas éstas.

A LAS TRES SEMANAS DE INICIADA LA RADIOTERAPIA



A LOS MESES SIGUIENTES DE INICIADO EL TRATAMIENTO**2. LESIONES POR AGENTES QUIMICOS**

(Ver en Lesiones Unicas)

3. INFECCIONES BACTERIANAS

La mucosa puede ser agredida por innumerables microorganismos, y cuando existe una baja resistencia y al estar disminuida, puede la flora bucal volverse patógena y producir enfermedades.

Cabe especial mención:

3.1. GINGIVITIS ULCERONECROTISANTE AGUDA "GUNA"

Se trata de una infección bacteriana mixta de tipo inflamatorio y destructivo que afecta la encía.

Se caracteriza por necrosis del borde de la encía y de las papilas interdientales. En algunos casos la infección se extiende desde las lesiones gingivales a la mucosa yugal,

indicando poca resistencia al huésped.

Cuando la resistencia tisular está disminuida, la flora fusospiroquéticas puede difundirse ampliamente e invadir en profundidad para producir el "noma" o estomatitis gangrenosa.

La tensión emocional se considera que es un factor predisponente y puede explicar la aparición de la enfermedad en jóvenes de colegios.

Un término antiguo, empleado para esta enfermedad, durante la Primera Guerra Mundial, fue el de "boca de trincheras".

La gingivitis necrotizante no es contagiosa, pues las bacterias que la producen existen normalmente en todas las bocas.

GUNA



Factores predisponentes locales, como maloclusión y poca higiene bucal estimulan y favorecen la infección.

Las zonas necróticas y luego ulceradas afectan la encía de forma característica a las papilas interdetales y tejido gingival adyacente con formación de una pseudomembrana grisácea, por acúmulo de fibrina, restos de epitelio, células inflamatorias y bacterianas.

4. INFECCIONES VIRICAS

De las múltiples infecciones víricas en la cavidad bucal, las más frecuentes son las producidas por el virus herpes.

- HERPES SIMPLE

Son las más frecuentes. Si bien otros procesos víricos cada vez tienen mayor prevalencia, sobre todo en inmunodeprimidos, por lo general niños, las características son las vesículas, posteriores ulceraciones múltiples.

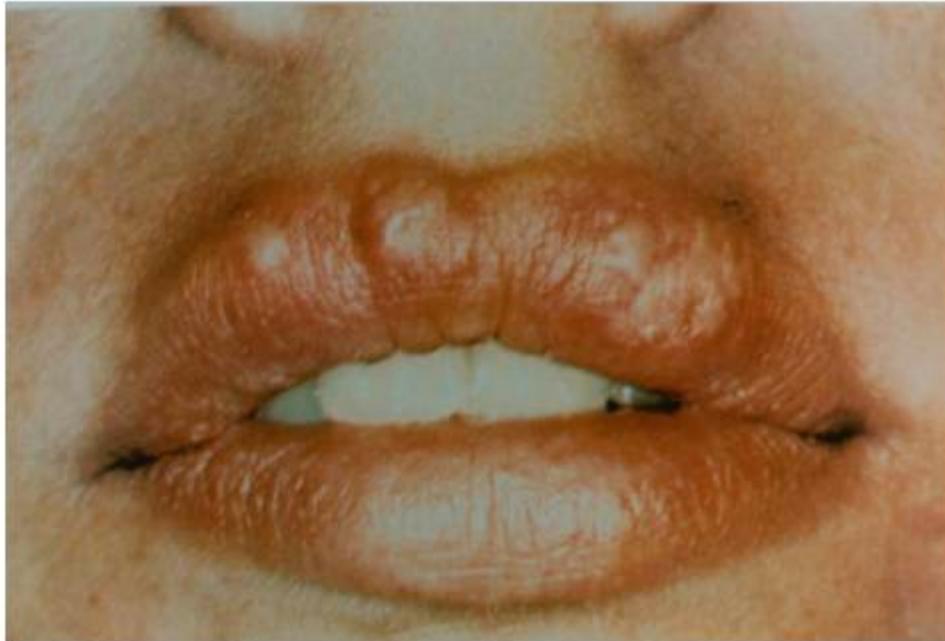
Primeramente cursa por una afectación general, cefaleas, fiebre, seguido de una gingivoestomatitis, en la cual se aprecia una encía sangrante roja tumefacta. El cuadro es doloroso y se curan las lesiones de 8 a 10 días.



- HERPES RECURRENTE

A diferencia del herpes simple, es que éste sólo afecta a adultos, comienza primeramente con escozor, picor y sensación de parestesia en una zona determinada, luego aparecen las lesiones; éstas consisten en vesículas agrupadas a modo de ramillete, de contenido claro amarillento en un número de 8 a 10 y luego al romperse se desecan apareciendo costras, dando un aspecto de forma irregular y acinada. Es característica la afectación de la encía masticatoria o queratinizada.

HERPES RECURRENTE



- HERPES ZOSTER

Es muy frecuente en individuos de más de 60 años, existen factores desencadenantes como radiaciones, tumores malignos. Provoca un dolor neurítico, las lesiones son vesiculosas, presentan una cubierta fibrinosa que aparece en el paladar blando u otras regiones de la cavidad oral.

El virus sobrevive en los ganglios raquídeos e invade

el epitelio. Su evolución es más larga y su mayor componente necrótico o agresivo, puede llegar a veces a la necrosis del hueso alveolar con pérdidas de piezas dentarias.

HERPES ZOSTER EN EL PALADAR



- ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE

Es una enfermedad psicósomática, afección inflamatoria, caracterizada por úlceras recurrentes ovales e irregulares, dolorosas, de tamaño variable e intensa destrucción tisular.

Las úlceras están recubiertas por una escara blanca amarillenta y parecen como lesiones horadadas en la membrana mucosa sumamente inflamada. El lugar más frecuente es el vestíbulo y el piso de la boca, las zonas menos frecuentes con el paladar, punta y los lados de la lengua.

La historia es de típicas cosechas o simples úlceras que pueden recurrir a intervalos, las erupciones pueden tener un modelo definitivo y aparecer durante cada período

menstrual en mujeres susceptibles.

Frecuentemente las lesiones bucales aftosas son a veces acompañadas por lesiones genitales y oculares.

Es de etiología desconocida, aunque con frecuencia se le atribuye a trastornos gastrointestinales.

ESTOMATITIS AFTOSA DEL LABIO



5. ENFERMEDADES MUCOCUTÁNEAS

Existe una serie de enfermedades mucocutáneas. Son aquellas que son afectadas tanto en la mucosa como en la piel, puede que primero se manifiesten en la mucosa o viceversa, estas lesiones cursan primeramente con erosiones, más o menos extensas en la mucosa oral. En la mucosa oral, aparecen lesiones blancas, reticulosas hiperqueratósicas.

- ERITEMA MULTIFORME

Es una enfermedad mucocutánea, que se presenta de un modo agudo, de crecimiento autolimitado de la mucosa y la piel. Se desconoce su causa, sin embargo, se ha pensado en

un origen viral o alérgico. Es una enfermedad no infecciosa, caracterizada por un intenso eritema, frecuentemente asociado con la formación de vesículas y ampollas.

Los pacientes suelen ser jóvenes, los sitios más frecuentes pueden ser la cavidad oral, los genitales, la piel; sin embargo, el proceso eruptivo puede estar limitado sólo a las membranas mucosas, limitado a la piel, y las membranas mucosas.

En la mucosa, las manifestaciones muestran el área afectada con un enrojecimiento con formación de vesículas que más tarde se abren, dejando una superficie ulcerada irregular, cubierta por una membrana amarillenta. la lesión tiene predilección por los labios, lengua y mejillas.

Las lesiones consisten en máculas rojas (eritema) que se transforman en vesículas, ampollas y úlceras (multiforme).

ERITEMA EXUDATIVO MULTIFORME



La enfermedad desaparece en pocos días o en semanas, pero puede residivar. Las vesículas bucales se abren pronto y dejan úlceras con bordes rojos. Las lesiones multiformes son muy dolorosas, consisten en máculas hiperémicas, pápulas o vesículoampollares que se erosionan sangrando con una intensidad y ocasionando las típicas costras serohemáticas.

El tratamiento es solamente paliativo, es importante mantener una nutrición adecuada y un buen aporte de líquido, sólo en caso de infección secundaria se administra antibióticos.

- LUPUS ERITEMATOSO

El lupus eritematoso es una enfermedad inflamatorio del tejido conectivo, producido por la aparición de múltiples anticuerpos e inmunocomplejos capaces de originar lesiones en uno o varios órganos diana.

Cuando sólo afecta la piel o la mucosa se le denomina lupus eritematoso discoide (LED), forma localizada de la enfermedad.

Cuando existen otros órganos implicados, con alteraciones hematológicas y serológicas, se le denomina lupus eritematoso sistémico (LES).

Las lesiones se acompañan, preceden, o siguen a las lesiones de la piel y en ocasiones se producen sin que éstas existan.

Tanto el LED como el LES, pueden cursar con erosiones en la mucosa bucal.

Los signos orales tenemos: lesión intraoral típica, está constituida por un área central algo deprimida, atrófica y eritematosa, enmarcada por una zona bordeante con estrías radiantes blancas y telangiectasias periféricas, estas lesiones tienen un carácter "dinámico".

Lesión intraoral discoide atípica: puede observarse

tanto en el LED como en el LES, consiste en estrías blanquecinas en la mucosa yugal, la encía o la lengua muy parecidas a las estrías de Wickham intraorales del liquen plano, cuya diferenciación es difícil. Tienen un carácter crónico, suele aparecer en esta forma máculas y pápulas blancas y escamosas en la zona molar y el puente de la nariz que adopta la forma de una mariposa, desaparecen espontáneamente, pero se agravan con la luz solar.

Lesiones intraorales no discoides: denominamos lesiones intraorales no discoides de lupus eritematoso a las lesiones caracterizadas por la ausencia de fenómenos de queratinización y por no presentar el carácter crónico de la lesión discoide puesto que desaparecen cuando concluye el brote agudo de la enfermedad.

En ocasiones se presentan como áreas hiperémicas o purpúricas y en otras (en las más crónicas) aparecen como úlceras superficiales dolorosas, de base sucia y amarillenta, rodeadas de un halo rojizo.

LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE DEL LABIO



Lesiones labiales: es posible hallar lesiones discoides típicas, con zonas de hiperqueratoris y áreas atróficas y en lesiones discoides atípicas.

Existen dos características clínicas diferenciales en el labio lúpico; el signo de "invasión cutánea" consiste en que la lesión del borde es rojo, desdibuja el límite con la piel, y luego invadiéndola, luego el signo de "engrosamiento asimétrico".

- PENFIGO VULGAR

El pénfigo es una enfermedad mucocutánea grave con importantes manifestaciones orales, en las que existen zonas de alcantolisis con pérdida de la adhesión normal entre los queratositos y producción de ampollas.

Esta enfermedad es autoinmune en la que existen anticuerpos contra las células espinosas del epitelio. Es de etiología desconocida.

Se ha demostrado una importante tendencia hereditaria, manifestada de forma especial en los judíos ashkenazi, con incidencia de 2,7 por 100.00.

Se la considera una de las pocas enfermedades orales con potencia para producir un desenlace mortal.

En la mucosa bucal, se ha demostrado que es raro el hallazgo de ampollas intactas, de forma típica las lesiones comienzan con una o dos áreas ulceradas muy molestas que, con el paso de los días se van extendiendo a partir de sus bordes, presentan un carácter eritematoso.

Cualquier traumatismo o presión en la periferia de la zona ulcerada es capaz de incrementar con gran rapidez el tamaño de la lesión inicial.

Al cabo de unas semanas, si no se instaura el tratamiento oportuno, las lesiones que están circunscritas en zonas se diseminan hasta ocupar toda la mucosa.

Primero cursan con ampollas en la piel y en la mucosa, siendo habitual encontrar en la cavidad oral erosiones y ulceraciones secundarias a éstas, con márgenes acantolíticos.

Se pueden localizar en cualquier lugar, si bien las zonas sometidas a traumatismos por roce, como la mucosa bucal, la lengua, el paladar y el labio inferior, son las áreas más afectadas.

En la encía se manifiestan como gingivitis descamativas. Junto a la cavidad oral es posible encontrar lesiones cutáneas y en otras mucosas.

No se conoce tratamiento curativo. Las lesiones bucales pueden preceder a las cutáneas.

PENFIGO VULGAR DEL LABIO



- PENFIGOIDE BENIGNO DE LAS MUCOSAS

También denominado penfigoide cicatrizal, es una rara enfermedad, autoinmune, es mucocutánea, en la que la cavidad oral representa la localización primordial.

Cursa con una producción de ampollas sub-epiteliales con un curso crónico y que a menudo originan, como consecuencia, las secuelas, las cicatrices causantes de importantes incapacidades, sobre todo, funcionales en los ojos y genitales. En la conjuntiva las cicatrizaciones pueden provocar ceguera.

Por lo general, el penfigoide ataca a personas mayores o que oscilan los 60 años. Las lesiones son menos extensas que las del pénfigo, con menor tendencia al sangrado y las ampollas más resistentes a la rotura.

La lesión elemental es la ampolla, que permanece intacta por 24 a 48 horas, debido a que poseen un grueso techo, si bien se rompen finalmente dejan unas erosiones cubiertas por el techo roto, el cual aparece como una membrana blanca friable.

Su sintomatología es dolorosa rara vez, pero el escozor es persistente. La enfermedad tiene un curso lento y progresivo, con exaservaciones y remisiones, pudiendo las lesiones permanecer estacionarias durante meses o años. La enfermedad es crónica pero no fatal.

PENFIGOIDE_CICATRIZAL EN LA MEJILLA



- EL LIQUEN PLANO

Es una enfermedad de etiología desconocida, aunque se le atribuye que la aparición de la enfermedad procede a un stress nervioso. Es una enfermedad autoinmune que afecta la piel y las mucosas, especialmente la bucal.

El liquen plano comprende cerca del 9% de las lesiones blancas de la mucosa oral.

La localización más habitual es la mucosa de la mejilla, a la que la siguen la lengua, el labio, la encía, el paladar y el suelo de la boca.

Si se presenta en la lengua, ésta ocasiona la desaparición de las papilas, con áreas más o menos extensas de depilación en el dorso.

Si se manifiesta en la encía, ésta presenta una textura fina, a través de la cual se transparentan los vasos del corión con un rojo intenso.

En la mucosa bucal se observa un fino epitelio que se fragmenta y origina erosiones, en cuyo caso se observa una ovarias soluciones de continuidad poco profundas, pero a veces muy extensa llegando a veces a ocupar casi toda la superficie de la mucosa oral.

Predominan las lesiones blancas, reticulares o hiperqueratósicas, lesiones ulceradas o erosivas y lesiones eritematosas o atróficas.

Clínicamente el liquen plano presenta sus lesiones bucales, con aspectos de líneas blancas o blanco amarillenta, dispuestas en forma de encaje, sin embargo, pueden aparecer como placas blancas o múltiples pápulas blancas. Son asintomáticas. El liquen puede desaparecer en pocos meses.

LIQUEN PLANO EN LA LENGUA Y MEJILLA ADYACENTE**6. ENFERMEDADES DIGESTIVAS. GENERALES**

Desde hace tiempo se viene diciendo, que la boca es el espejo del estado de salud del individuo.

Aunque este concepto es algo excesivo, hay cierto número de enfermedades y procesos metabólicos anormales que ocasionan manifestaciones en la boca.

Mencionaremos las más frecuentes, aquellas enfermedades que se manifiestan en la cavidad oral, como manifestación de una enfermedad general o sistémica.

- ENFERMEDAD DE ADDISON

Enfermedad causada por degeneración o destrucción de la corteza adrenal, que concluye en hipofunción, caracterizada externamente por pigmentación excesiva de la piel y mucosa.

La pigmentación de la mucosa bucal es una señal temprana y común, puede conducir al diagnóstico antes que aparezcan otros síntomas.

El color de la pigmentación puede variar desde un marrón claro hasta negro y habitualmente se presenta en forma de manchas o rayas de la mucosa de los labios, lengua, paladar o encía.

El curso de la enfermedad empieza con un incidioso ataque de debilidad, desarrollo gradual de excesiva pigmentación de la piel y membranas mucosas y trastornos gastrointestinales.

Ningún cambio se presenta en la mucosa tan sólo la pigmentación.

En el epitelio se depositan la melanina principalmente en forma de gránulos de pigmento en el citoplasma, alrededor de los núcleos de las células basales.

No hay reacción inflamatoria en el tejido conectivo, en algunos casos los gránulos de pigmento se encuentran también en macrófagos.

Las manchas melánicas se encuentran también en pólipos del intestino delgado (síndrome de Peutz-Jeghers).

PIGMENTACIONES MELANICAS EN LA LENGUA Y MUCOSA



**PACIENTE QUE PRESENTA INCISIVOS DE HUTCHINSON PERO MAS
MARCADAS ESTAN LAS PIGMENTACIONES DE LA ENFERMEDAD DE ADDISON**



- DIABETES

El metabolismo de los hidratos de carbono, está esencialmente controlado por el páncreas, la corteza suprarenal y la hipófisis.

La insulina, segregada por los islotes de Langerham, convierte el azúcar de la sangre en glucógeno, que es almacenado en el hígado y a su vez contribuye a la oxidación de la glucosa.

La adrenalina, segregada por la médula suprarenal, el azúcar a partir del glucógeno hepático y las hormonas adrenocorticoides (grupo 50 de azúcar), convierten los aminoácidos de azúcar en vez de proteínas.

Por último, el lóbulo anterior de la hipófisis segrega una hormona diabética, antagonista de la insulina (es decir, que eleva el nivel de azúcar en la sangre). Las manifestaciones de la diabetes no controlada en la cavidad

oral, son graves, y consisten en destrucción acentuada del tejido óseo que sirve de sostén a los dientes que conducen a lesiones similares a la priodontosis, un complejo de periodontitis, aflojamiento y pérdida de piezas dentarias, gingivitis y dolor de la encía, xerostomía, pulpitis en la cual el diente afectado puede estar libre de caries (el dolor atribuido a una arteritis), ulceraciones de la mucosa bucal, aliento con olor a acetona, y una disminución de la resistencia tisular que condiciona el marcado retardo en la curación de tejidos bucales.

HIPERTROFIAS GINGIVALES DEBIDO A LA DIABETES



- DIABETES MELLITUS

Las Diabetes Mellitus, es casi siempre el resultado de una insuficiencia de insulina. Esto significa que el azúcar de la sangre no se almacena ni se utiliza, por lo tanto, su nivel sube marcadamente (hiperglucemia) y es excretado con la orina (glucocemia).

Como no hay hidratos de carbono "aprovechables", el cuerpo utiliza las grasas. De esta manera se producen

"cuerpos cetónicos" que se acumulan, causan y llevan al coma y a la muerte.

Las alteraciones bucales del enfermo de diabetes mellitus presentan gran variabilidad, no poseen un cuadro histológico típico y aparecen con carácter secundario.

La mucosa bucal se distingue por su coloración rojiza clara, así como el aislamiento lingual, existe mayor propensión a las alteraciones inflamatorias, que dan lugar a la aparición de una estomatitis a menudo ulcerosa, con menos tendencia a la curación, hay aumento de inflamaciones crónicas de las mucosas. Existe en apariencia hiperemia de la mucosa lingual.

- QUEILOISIS

Se denomina queilosis a las lesiones de los labios, son lesiones inflamatorias inespecíficas, se caracteriza por la maceración inespecífica y fisuración con enrojecimiento, ulceración superficial y formación de costras en los ángulos de la boca que pueden muchas veces extenderse hacia la piel, en general no afectan a la mucosa bucal.

- Los factores mecánicos, se da en los pacientes desdentados, el labio superior que cae sobre el labio inferior, sobre los bordes del ángulo de la boca, el cual produce maceración de la piel en esta zona.

- Por enfermedades de la piel, en la dermatitis atópica se produce queilosis.

- Por agentes infecciosos, en un elevado porcentaje de los casos se ha hallado *stafilococos aureus*, *candida albicans*.

Clinicamente se manifiesta la queilosis como un área de forma triangular eritematosa y edematosa, localizada en uno o los dos ángulos de la boca. Puede haber exudación y formación de costras.

QUEILITIS ANGULAR



- OTRAS ENFERMEDADES

En algunas enfermedades que tienen como tratamientos medicamentosos fuertes, se puede observar que éstos van a ir a alterar la mucosa de múltiples maneras, por ejemplo, en el caso de la epilepsia; en esta enfermedad, al utilizar medicamentos como la fenilhidantoína, se produce también hipertrofias gingivales, dificultad en la masticación debido a las hipertrofias, también por el uso de estos medicamentos se pueden producir pigmentaciones grisáceas en la encía, aparecen primero como manchas hemorrágicas cianóticas, sangrado espontáneo al cepillado.

7. POR INMUNODEFICIENCIAS

7.1. INMUNIDAD

La inmunidad es la imposibilidad de sufrir el contagio de distintas enfermedades o venenos.

El cuerpo humano posee un número de mecanismos de

defensa capaces de protegerlo contra agentes nocivos u otros organismos que lo han invadido.

Existen 2 tipos de inmunidad:

7.1.1. LA INMUNIDAD NATURAL

Que es la que se da cuando no ha existido una anterior infección por organismos extraños.

7.1.2. LA INMUNIDAD ADQUIRIDA

Es cuando hay un ataque de una enfermedad contagiosa o infecciosa, conlleva protección como consecuencia de la cual el individuo se hace insensible o inmune durante un período más o menos largo de tiempo.

Dentro de la inmunidad adquirida tenemos una subdivisión:

- INMUNIDAD ADQUIRIDA PASIVA

Esta ocurre en los recién nacidos, los anticuerpos han sido transmitidos de la madre al hijo por medio de la placenta.

- INMUNIDAD ADQUIRIDA ACTIVA

Los mecanismos de defensa actúan durante el ataque de la enfermedad. O también puede haber inmunidad adquirida activa artificial que ocurre después de la administración de vacunas, microorganismos atenuados, que actúan como antígenos y provocan la formación de anticuerpos.

Pasa lo contrario cuando existe inmunodeficiencia, la economía humana no cuenta con mecanismos de defensa ante una invasión ya sea bacteriana o viral.

Al no existir mecanismos de defensa existe la posibilidad y está expuesta a la contaminación con microorganismos patógenos que pueden causar infección. La posibilidad de transmisión puede ser mediante las vías respiratorias o por transmisión sexual. Aquellas inmunodeficiencias primarias que se producen en las

hipogamaglobulinas, en los trastornos de las células T, en los trastornos mixtos y en los denominados síndromes por alteración leucocitos, presentan una mayor predisposición a las erosiones o ulceraciones bucales debido a la escasa respuesta inmunológica.

Las úlceras son grandes, regulares, abundantes en detritus y restos celulares así como redondeados de un tejido con escasa respuesta inmunológica.

7.2. SIDA

En Center for Disease Control (CDC) de Atlanta, define el síndrome de inmunodeficiencia como una enfermedad caracterizada por un déficit de la inmunidad celular en pacientes menores de 60 años de edad y en los cuales no se ha demostrado causas conocidas de inmunodeficiencia primitiva o secundaria, acompañada de graves infecciones por gérmenes oportunistas, en ocasiones asociadas a una variante agresiva del "sarcoma de Kaposi". Es un cuadro producido por un virus linfotrofo de células T, denominado en la actualidad virus de inmunodeficiencia humana.

Cuando una persona entra en contacto con el VIH, el sistema inmune lo reconoce y genera anticuerpos -no neutralizantes- frente a él, o presentar un cuadro inespecífico de tipo gripal.

Tras nuevos contactos con el VIH u otros virus, el paciente evoluciona hacia un estadio más avanzado denominado complejo relacionado con el SIDA, que se caracteriza por una serie de datos clínicos como ser linfadenopatías no inguinales, pérdida de peso, fiebre, diarreas, etc.

Pero un dato importante es la alta frecuencia de manifestaciones orales de esta enfermedad.

Entre todas ellas destaca la candidiasis oral, que es uno de los hallazgos más precoces y de mayor valor

predilectivo.

Entre los grupos más comunes asociados al VIH que se presentan en la cavidad oral tenemos los siguientes:

7.2.1. LEUCOPLASIA VELLOSA

La leucoplasia vellosa es una lesión blanca, muy distinta a la que se había descrito anteriormente.

Al principio se la consideró como CANDIDIASIS, pero ahora se cree que es la entidad nueva y totalmente diferente, que se denominó "leucoplasia oral o vellosa".

Características Clínicas: entre octubre de 1981 y diciembre de 1983 se presentaron 77 casos de esta enfermedad en la Universidad de California, todos eran pacientes homosexuales masculinos, sus edades entre 22 a 50 años. Los 70 pacientes aparentaban buena salud, los otros 7 manifestaban tener SIDA, 6 manifestaban sarcoma de Kaposi y 1 tenía pneumocystis carinni, todos los pacientes sin SIDA reportaron que estaban o utilizaron marihuana o cocaína. 60 tenían historia que tenían hepatitis, 61 tenían una historia de sífilis, 44 tenían una linfadenopatía difusa persistente y 49 estaban utilizando o habían utilizado recientemente tabaco.

Las lesiones consistían en áreas de cambios y engrosamiento anormal blanco de la mucosa de los márgenes laterales de la lengua, usualmente se levantaban ligeramente y variaban en tamaño desde unos cuantos milímetros hasta 3 cms. por 2 cms. y a menudo tenían márgenes difusos.

La superficie frecuentemente estaba corrugada vellosa. A lo largo de los márgenes laterales de la lengua, en los casos severos las lesiones llegaban en ocasiones hasta la superficie dorsal y ventral de la lengua.

Algunas veces las lesiones eran bilaterales, pero ésta no se presentaba siempre. Dos pacientes también tenían

lesiones similares sobre la mucosa bucal, usualmente las lesiones eran asintómaticas y algunos pacientes informaron que las lesiones "llegaban y se iban", hasta ahora no se ha visto una regresión espontánea completa.

El diagnóstico diferencial, la leucoplasia vellosa tiene que ser distinguida por medio de la biopsia, de las siguientes condiciones, leucoplasia epitelial, candidiasis, nevo esponjoso blanco, y la forma de placa del liquen plano.

LEUCOPLASIA VELLOSA



7.2.2. CANDIDIASIS

Forma pseudomembranosa: clínicamente se manifiesta en forma de placas blanquecinas cremosas o amarillentas, que se asientan sobre la mucosa oral enrojecida, con aspecto de copos de nieve o coágulos de leche.

Las placas se desprenden fácilmente al raspado con una gasa, dejando al descubierto una superficie eritematosa.

Esto las diferencia de otras lesiones blancas de aspecto similar, como la leucoplasia y el líquen plano, que no se desprenden.

La sintomatología es leve, sólo una ligera sensación de quemazón en la boca y faringe. Se puede localizar en cualquier lugar de la mucosa oral, aunque es más frecuente en la lengua, paladar y la mucosa yugal.

Forma eritematosa: Se manifiestan como una lesión lisa de coloración rojiza localizada en el paladar y en el dorso de la lengua, en la línea media, siendo para algunos autores, la responsable de la glositis romboidal media.

La candidiasis está presente en el 75% de los pacientes con SIDA, teniendo un valor predilectivo y su aparición es indicativa de una más rápida de la enfermedad.

CANDIDIASIS HIPERPLASICA EN LA LENGUA

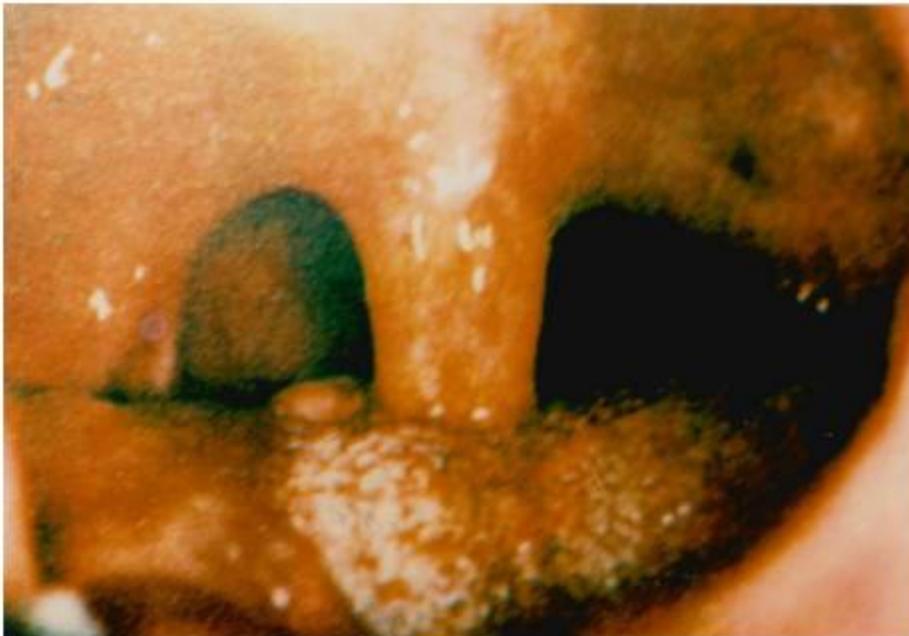


7.2.3. INFECCIONES VIRICAS

Por el virus herpes simple, se manifiestan con una gingivostomatitis herpética agudísima, con una

sintomatología muy florida y llamativa, que afecta toda la mucosa bucal y labial con aparición de pequeñas vesículas que tienden a confluir; que al romperse, originan úlceras extremadamente dolorosas. Las lesiones herpéticas de repetición aparecidas en pacientes con vesículas en el paladar duro o en las encías que posteriormente se ulceran, muy frecuentes y de curso muy prolongado.

AFTA ULCEROSA EN EL PALADAR BLANDO (LADO DERECHO)



7.2.4. SARCOMA DE KAPOSÍ

Es la neoplasia más frecuente en los enfermos de SIDA, y aparecen en el 40% de enfermos homosexuales.

Es un proceso neoplásico multicéntrico que presenta numerosas máculas rosadas rojas, que más tarde se oscurecen, tomando hasta coloraciones violáceas y pápulas o nódulos en la piel y en las mucosas, sobre todo en el cuello, tronco y cabeza. Clínicamente se confunde con un trauma o hemangioma, pero el diagnóstico es por medio de biopsia.

Las lesiones orales aparecen en el 51% de los casos y consisten en placas azuladas, negruzcas o rosadas de aspecto equimótico, generalmente planas en estadios iniciales.

Más tarde se oscurecen, se elevan y con frecuencia se lobulan y ulceran.

El lugar más frecuente es el paladar aunque pueden afectar también otras zonas de la mucosa oral.

Cuando el diagnóstico se ha establecido y puede incluir radiación, cirugía, rayos láser o quimioterapia sistémica o local.

SARCOMA DE KAPOSI



- SIGNOS Y SINTOMAS ASOCIADOS CON LA INFECCION VIH

Los pacientes enfermos con SIDA presentan los siguientes signos y síntomas:

- Nódulos linfáticos agrandados.

- Transpiración nocturna.

- Pérdida de peso.
- Diarrea.
- Malasia o reblandecimiento anormal de tejido óseo.
- Fiebre.
- Petequias, equimosis.
- Demencia.

7.3. LEUCEMIA

El término leucemia se aplica a aquellos tumores malignos de glóbulos blancos (linfoides y mielógenos) que se extienden a la corriente sanguínea. De este modo, las leucemias pueden ser de tipo linfático, agudo y crónico.

Las leucemias agudas empiezan como infecciones generalizadas, presentan escalofríos, fiebre y malestar, posteriormente se presenta agrandamiento del bazo y de los ganglios linfáticos.

Por lo general, se observa en niños y adultos jóvenes, y en el término de pocas semanas o pocos meses siguen un curso fatal. Los enfermos experimentan anemia, hemorragia de las mucosas y petequias.

Las lesiones bucales constituyen un hallazgo común, consiste en agrandamiento, hemorragia y necrosis de la encía, pérdida de sangre y exudado alrededor de los dientes.

La mucosa bucal puede mostrar equimosis y necrosis. Las exodoncias provocan hemorragias profusas.

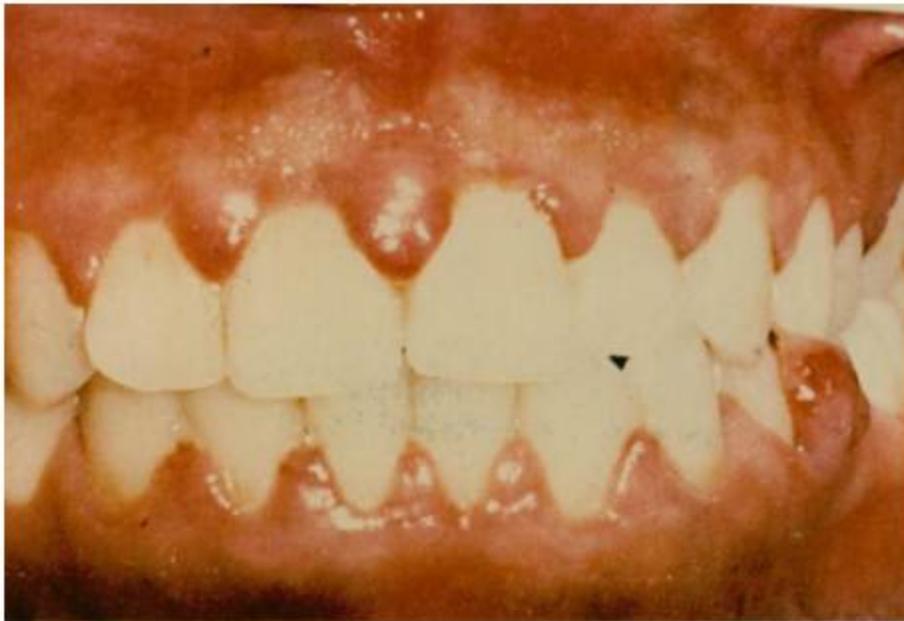
Las leucemias crónicas se presentan en adultos o en pacientes de edad avanzada, siguen un curso prolongado de hasta muchos años.

Su comienzo es insidioso. El agrandamiento del bazo y los ganglios linfáticos constituyen su primer síntoma, los pacientes se quejan de debilidad.

Las manifestaciones bucales son hiperplasias en la encía.

Las manifestaciones de la mucosa bucal se observan en todos los tipos de leucemias, pero en las crónicas la palidez de la mucosa, también la aparición de inflamaciones, cursan luego con úlceras; estas úlceras son grandes y están recubiertas por una pseudomembrana amarillenta, sangran con facilidad y se acompañan de escasa respuesta inflamatoria local.

PACIENTE CON LEUCEMIA



7.4. LA AGRANULOCITOSIS O GRANULOSITOPENIAS

La agranulocitosis se caracteriza por una disminución acentuada de los leucocitos granulados.

Por lo general, esta enfermedad afecta a los adultos, las mujeres son más susceptibles a contraerla que los hombres.

En la mayoría de los casos, la causa radica en los efectos tóxicos de ciertas drogas (antihistamínicos,

sulfamidas, estreptomina), otros casos en las infecciones, y en determinados cuadros hematopoyéticos.

Las lesiones bucales son: la presencia de infecciones que se presentan con ulceraciones de carácter necrótico en la mucosa bucal.

En la encía existe una ulceración gangrenosa, las úlceras poseen una membrana amarillenta o gris, pero carecen de halo rojo. La falta del mismo se debe a la ausencia de respuesta inflamatoria.

Las inflamaciones de la faringe se las conoce como Angina Agranulocítica.

En el manejo clínico de estos pacientes se debe evitar las infecciones en los períodos de desaparición de los neutrófilos, y se debe instaurar un plan exhaustivo de higiene oral completo.

INTENSA INFLAMACION GINGIVAL DEBIDO A UNA GRANULOCITOPENIA



CAPÍTULO IV
CASUÍSTICA

FICHA CLINICA Nº 1

Fecha: 11 Octubre 1996

Nombre y Apellido: M.J.D.

Edad: 21 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Estudiante

Estado Civil: Soltera

Dirección: Barrio SENAC

Nacionalidad: Argentina

Antecedentes Familiares: Ninguno

Antecedentes Personales:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| - Tiene algún problema de salud? | <u>SI</u> | NO |
| - Está bajo tratamiento médico? | <u>SI</u> | NO |
| - Toma medicamentos actualmente? | <u>SI</u> | NO |
| - Sufre desmayos con frecuencia? | <u>SI</u> | NO |
| - Ha sido intervenida quirúrgicamente? | SI | NO |
| - Ha tenido complicaciones o hemorragias después de una intervención? | SI | <u>NO</u> |
| - Ha tenido alguna de estas afecciones?: | | |
| - Afección al corazón | SI | <u>NO</u> |
| - Asma | SI | <u>NO</u> |
| - Anemia | SI | <u>NO</u> |
| - Alergias | <u>SI</u> | NO |
| - Lesión al riñón | <u>SI</u> | NO |
| - Lesión al hígado | <u>SI</u> | NO |
| - Epilepsia | <u>SI</u> | NO |
| - Nerviosismo | <u>SI</u> | NO |
| - Diabetes | SI | NO |
| - Fiebre Reumática | SI | NO |
| - Problemas de Coagulación | SI | <u>NO</u> |
| - Otras Enfermedades | SI | <u>NO</u> |

- Examen Extraoral:

Cara: Normal

Ganglios: No palpables

Glándulas Parótidas: Normales

- Articulación Témpero Maxilar: Normal
- Area del Cuello y Ganglios Linfáticos Cervicales: Normal
- Glándula Tiroides: Normal
- Examen Intraoral:
 - Labios: Pigmentados
 - Comisuras Labiales: Normales
 - Mucosa Labial: Normal
 - Vestíbulo Bucal: Normal
 - Mucosa Vestibular: Normal
 - Paladar Duro: Normal
 - Paladar Blando: Normal
 - Areas Amigdalinas y Faringe Posterior: Normal
 - Lengua: Normal
 - Bordes Laterales: Normales
 - Lengua Superficie Inferior: Normal
 - Piso de la Boca: Normal
 - Encía Lingual: Pigmentada
 - Encía: Pigmentación Melanica Generalizada
 - Dientes: Sin Caries
 - Oclusión Dentaria: Normal
 - Examen General: Regular
 - Exámenes o Métodos Auxiliares o Complementarios: No se realizó.
 - Motivación: Por propia voluntad, motivada por su apariencia estética.
 - Comentario: La paciente presenta toda la encía y alguna zona de la mucosa bucal. La paciente citó que notó que la encía se le pigmentó más cuando empezó a usar los medicamentos para la enfermedad de epilepsia, el Fenilhidantina, y señaló afecciones colaterales al hígado.
 - Diagnóstico: Pigmentación melánica de la encía y partes de mucosa oral.
 - Tratamiento: Despigmentación.
 - Pronóstico: Desfavorable, por el uso continuo de medicamentos.

PIGMENTACION MELANICA EN LA ENCIA



FICHA CLINICA Nº 2

Fecha: 14 Octubre 1996

Nombre y Apellido: S.S.D.

Edad: 25 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Ama de Casa

Estado Civil: Casada

Dirección: Barrio San Bernardo

Nacionalidad: Boliviana

Antecedentes Familiares: Ninguno

Antecedentes Personales:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| - Tiene algún problema de salud? | SI | <u>NO</u> |
| - Está bajo tratamiento médico? | SI | <u>NO</u> |
| - Toma medicamentos actualmente? | SI | <u>NO</u> |
| - Sufre desmayos con frecuencia? | SI | <u>NO</u> |
| - Ha sido intervenida quirúrgicamente? | SI | <u>NO</u> |
| - Ha tenido complicaciones o hemorragias después de una intervención? | SI | <u>NO</u> |
| - Ha tenido alguna de estas afecciones?: | | |
| - Afección al corazón | SI | <u>NO</u> |
| - Asma | SI | <u>NO</u> |
| - Anemia | SI | <u>NO</u> |
| - Alergias | SI | <u>NO</u> |
| - Lesión al riñón | SI | <u>NO</u> |
| - Lesión al hígado | SI | <u>NO</u> |
| - Epilepsia | SI | <u>NO</u> |
| - Nerviosismo | <u>SI</u> | NO |
| - Diabetes | SI | <u>NO</u> |
| - Fiebre Reumática | SI | <u>NO</u> |
| - Problemas de Coagulación | SI | <u>NO</u> |
| - Otras Enfermedades | SI | <u>NO</u> |

- Examen Extraoral:

Cara: Normal

Ganglios: No palpables

Glándulas Parótidas: Normales

- Articulación Témpero Maxilar: Normal
- Area del Cuello y Ganglios Linfáticos Cervicales: No palpables
- Glándula Tiroides: Normal
- Examen Intraoral:
- Labios: Normales
- Comisuras Labiales: Normales
- Mucosa Labial: Normal
- Vestíbulo Bucal: Normal
- Mucosa Vestibular: Normal
- Paladar Duro: Normal
- Paladar Blando: Normal
- Areas Amigdalinas y Faringe Posterior: Normal
- Lengua: Irritada, presenta fibromas
- Bordes Laterales: Irritados
- Lengua Superficie Inferior: Normal
- Piso de la Boca: Normal
- Encía Lingual: Normal
- Encía: Normal
- Dientes: Caries 2º Grado
- Oclusión Dentaria: Maloclusión
- Examen General: Paciente con nerviosismo marcado
- Exámenes o Métodos Auxiliares o Complementarios: No se realizó.
- Motivación: Por propia voluntad, paciente con odoltalgia, se le derivó a cirugía para realizarle una exodoncia.
- Comentario: La paciente presenta hábitos como el morderse la lengua, debido a un tic nervioso, a raíz del cual se le formó un fibroma por irritación, presentando a la vez hematoma en la cara dorsal y laterales de la lengua. El fibroma está localizado en la punta de la lengua.
- Diagnóstico: Fibroma por irritación
- Tratamiento: Quirúrgico
- Pronóstico: Favorable

FIBROMAS EN LOS BORDES LATERALES Y PUNTA DE LA LENGUA

FICHA CLINICA Nº 3

Fecha: 10 Noviembre de 1996

Nombre y Apellido: H.S.M.

Edad: 19 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Estudiante

Estado Civil: Soltero

Dirección: Av. Domingo Paz

Nacionalidad: Boliviana

Antecedentes Familiares: Ninguno

Antecedentes Personales:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| - Tiene algún problema de salud? | SI | <u>NO</u> |
| - Está bajo tratamiento médico? | SI | <u>NO</u> |
| - Toma medicamentos actualmente? | SI | <u>NO</u> |
| - Sufre desmayos con frecuencia? | SI | <u>NO</u> |
| - Ha sido intervenido quirúrgicamente? | SI | <u>NO</u> |
| - Ha tenido complicaciones o hemorragias después de una intervención? | SI | <u>NO</u> |
| - Ha tenido alguna de estas afecciones?: | | |
| - Afección al corazón | SI | <u>NO</u> |
| - Asma | SI | <u>NO</u> |
| - Anemia | SI | <u>NO</u> |
| - Alergias | SI | <u>NO</u> |
| - Lesión al riñón | SI | <u>NO</u> |
| - Lesión al hígado | SI | <u>NO</u> |
| - Epilepsia | SI | <u>NO</u> |
| - Nerviosismo | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Diabetes | SI | <u>NO</u> |
| - Fiebre Reumática | SI | <u>NO</u> |
| - Problemas de Coagulación | SI | <u>NO</u> |
| - Otras Enfermedades | SI | <u>NO</u> |

- Examen Extraoral:

Cara: Normal

Ganglios: No palpables

Glándulas Parótidas: Normales

Articulación Témpero Maxilar: Adolorida, presenta trismus
Area del Cuello y Ganglios Linfáticos Cervicales:
Palpables

Glándula Tiroides: Normal

- Examen Intraoral:

Labios: Normales

Comisuras Labiales: Normales

Mucosa Labial: Normal

Vestíbulo Bucal: Normal

Mucosa Vestibular: Irritada

Paladar Duro: Normal

Paladar Blando: Sensible a la deglución

Areas Amigdalinas y Faringe Posterior: Normal

Lengua: Sensible a la deglución

Bordes Laterales: Normales

Lengua Superficie Inferior: Normal

Piso de la Boca: Normal

Encía Lingual: Normal

Encía: Gingivitis margino papilar generalizada

Dientes: Todas las piezas sanas, sin Caries

Oclusión Dentaria: Maloclusión

- Examen General: Bueno

- Exámenes o Métodos Auxiliares o Complementarios: No se realizó.

- Motivación: Paciente acudió por propia voluntad.

- Comentario: El paciente tenía dificultad para abrir la boca, presentaba un capuchón coronario debido a la dificultad de erupción del 3er. molar, en la región de la misma presenta una úlcera debido al capuchón.

- Diagnóstico: Pericoronaditis

- Tratamiento: Quirúrgico

- Pronóstico: Favorable

**IRRITACION: AMPOLLA GRANDE EN LA MEJILLA DEBIDO
A LA DIFICULTOSA ERUPSION DEL 3er. MOLAR INFERIOR DERECHO**



FICHA CLINICA Nº 4

Fecha: 14 Noviembre de 1996

Nombre y Apellido: Y.T.C.

Edad: 32 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Profesor

Estado Civil: Casado

Dirección: Barrio Méndez Arcos

Nacionalidad: Boliviana

Antecedentes Familiares: Ninguno

Antecedentes Personales:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| - Tiene algún problema de salud? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Está bajo tratamiento médico? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Toma medicamentos actualmente? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Sufre desmayos con frecuencia? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Ha sido intervenido quirúrgicamente? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Ha tenido complicaciones o hemorragias después de una intervención? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Ha tenido alguna de estas afecciones?: | | |
| - Afección al corazón | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Asma | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Anemia | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Alergias | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Lesión al riñón | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Lesión al hígado | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Epilepsia | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Nerviosismo | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Diabetes | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Fiebre Reumática | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Problemas de Coagulación | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Otras Enfermedades | <u>SI</u> | <u>NO</u> |

- Examen Extraoral:

Cara: Asimetría, debido a una hinchazón lado derecho

Ganglios: No palpables

Glándulas Parótidas: Normales

Articulación Témpero Maxilar: Normal

Area del Cuello y Ganglios Linfáticos Cervicales:

Glanglios palpables

Glándula Tiroides: Normal

- Examen Intraoral:

Labios : Irritación en el lado izquierdo

Comisuras Labiales: Irritada debido a la ulceración

Mucosa Labial: Irritada debido a la ulceración producida por la quemadura

Vestíbulo Bucal: Normal

Mucosa Vestibular: Sensible debido a la irritación

Paladar Duro: Normal

Paladar Blando: Normal

Areas Amigdalinas y Faringe Posterior: Normal

Lengua: Normal

Bordes Laterales: Normal

Lengua Superficie Inferior: Normal

Piso de la Boca: Normal

Encía Lingual: Normal

Encía: Normal

Dientes: Sin Caries

Oclusión Dentaria: Maloclusión

- Examen General: Bueno

- Exámenes o Métodos Auxiliares o Complementarios: No se realizó.

- Motivación: El paciente vino por su propia voluntad, debido a molestias en la mucosa

- Comentario: Paciente que sufrió quemaduras con un utensilio de cocina, provocándole ulceraciones y vesículas en la mucosa interna de los labios.

- Diagnóstico: Irritación de la mucosa y comisura labial debido a quemaduras.

- Tratamiento: Ninguno, la mucosa se regeneró fácilmente

- Pronóstico: Favorable

IRRITACION EN LA MEJILLA Y COMISURA LABIAL



FICHA CLINICA Nº 5

Fecha: 18 Noviembre

Nombre y Apellido: J.S.S.

Edad: 78 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Mecánico, pero ya no ejerce su profesión

Estado Civil: Viudo

Dirección: Asilo de Ancianos

Nacionalidad: Boliviana

Antecedentes Familiares: Ninguno

Antecedentes Personales:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| - Tiene algún problema de salud? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Está bajo tratamiento médico? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Toma medicamentos actualmente? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Sufre desmayos con frecuencia? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Ha sido intervenido quirúrgicamente? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Ha tenido complicaciones o hemorragias después de una intervención? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Ha tenido alguna de estas afecciones?: | | |
| - Afección al corazón | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Asma | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Anemia | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Alergias | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Lesión al riñón | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Lesión al hígado | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Epilepsia | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Nerviosismo | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Diabetes | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Fiebre Reumática | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Problemas de Coagulación | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Otras Enfermedades | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| - Examen Extraoral: | | |
| Cara: Asimetría | | |
| Ganglios: No palpables | | |
| Glándulas Parótidas: Normales | | |

- Articulación Témpero Maxilar: Chasquido lado izquierdo
 Area del Cuello y Ganglios Linfáticos Cervicales: Normal
 Glándula Tiroides: Normal
- Examen Intraoral:
 - Labios: Normales
 - Comisuras Labiales: Normales
 - Mucosa Labial: Normal
 - Vestíbulo Bucal: Normal
 - Mucosa Vestibular: Normal
 - Paladar Duro: Normal
 - Paladar Blando: Normal
 - Areas Amigdalinas y Faringe Posterior: Normal
 - Lengua: Normal
 - Bordes Laterales: Normal
 - Lengua Superficie Inferior: Venas linguales más notorias y hematomas
 - Piso de la Boca: Anormal, la hiperplasia abarcó parte del piso bucal
 - Encía Lingual: Normal
 - Encía: Normal
 - Dientes: Edentado total
 - Oclusión Dentaria:
 - Examen General: Bueno
 - Exámenes o Métodos Auxiliares o Complementarios: No se realizó.
 - Motivación: Se le pidió al paciente que colaborara en este trabajo.
 - Comentario: El paciente debido al uso continuo de una prótesis, mal adaptada, se le originó una hiperplasia irritativa.
 - Diagnóstico: Hiperplasia irritativa
 - Tratamiento: Quirúrgico, y la elaboración de una nueva prótesis, pero no se le realizó, pues el paciente a mucha insistencia se le tomó las fotografías, rehusó un examen más detenido.
 - Pronóstico: Favorable

HIPERPLASIA IRRITATIVA EN DESDENTADO TOTAL

LADO DERECHO PRESENCIA DE AFTAS ALREDEDOR DE LA HIPERPLASIA



**LADO IZQUIERDO CARA VENTRAL DE LA LENGUA PRESENTA
HEMATOMA Y LAS VENAS LINGUALES MAS MARCADAS**



FICHA CLINICA Nº 6

Fecha: 19 Noviembre de 1996

Nombre y Apellido: C.O.B.

Edad: 16 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Estudiante

Estado Civil: Soltera

Dirección: Barrio Juan XXIII s/n

Nacionalidad: Boliviana

Antecedentes Familiares: Ninguno

Antecedentes Personales:

- Tiene algún problema de salud?	SI	<u>NO</u>
- Está bajo tratamiento médico?	SI	<u>NO</u>
- Toma medicamentos actualmente?	SI	<u>NO</u>
- Sufre desmayos con frecuencia?	SI	<u>NO</u>
- Ha sido intervenida quirúrgicamente?	SI	<u>NO</u>
- Ha tenido complicaciones o hemorragias después de una intervención?	SI	<u>NO</u>
- Ha tenido alguna de estas afecciones?:		
- Afección al corazón	SI	<u>NO</u>
- Asma	SI	<u>NO</u>
- Anemia	SI	<u>NO</u>
- Alergias	SI	<u>NO</u>
- Lesión al riñón	SI	<u>NO</u>
- Lesión al hígado	SI	<u>NO</u>
- Epilepsia	SI	<u>NO</u>
- Nerviosismo	SI	<u>NO</u>
- Diabetes	SI	<u>NO</u>
- Fiebre Reumática	SI	<u>NO</u>
- Problemas de Coagulación	SI	<u>NO</u>
- Otras Enfermedades	SI	<u>NO</u>
- Examen Extraoral:		
Cara: Normal		
Ganglios: No palpables		
Glándulas Parótidas: Normales		

Articulación Témpero Maxilar: Normal

Area del Cuello y Ganglios Linfáticos Cervicales: Normal

Glándula Tiroides: Normal

- Examen Intraoral:

Labios: Normales

Comisuras Labiales: Normales

Mucosa Labial: Presenta fibroma en la mucosa labial inferior

Vestíbulo Bucal: Normal

Mucosa Vestibular: Normal

Paladar Duro: Normal

Paladar Blando: Normal

Areas Amigdalinas y Faringe Posterior: Enrojecida, debido a un resfriado

Lengua: Normal

Bordes Laterales: Normales

Lengua Superficie Inferior: Normal

Piso de la Boca: Normal

Encía Lingual: Normal

Encía: Normal

Dientes: Sin Caries

Oclusión Dentaria: Maloclusión

- Examen General: Bueno

- Exámenes o Métodos Auxiliares o Complementarios: No se realizó.

- Motivación: Se le pidió que colaborara con la elaboración del presente trabajo

- Comentario: El paciente por su constante nerviosismo se muerde el labio inferior, produciéndosele un fibroma por irritación.

- Diagnóstico: Fibroma por irritación

- Tratamiento: Quirúrgico, no se le realizó

- Pronóstico: Favorable

FIBROMA EN EL LABIO INFERIOR



FICHA CLINICA Nº 7

Fecha: 18 Marzo de 1997

Nombre y Apellido: G.A.

Edad: 17 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Estudiante

Estado Civil: Soltero

Dirección: Av. Domingo Paz s/n

Nacionalidad: Boliviana

Antecedentes Familiares: Ninguno

Antecedentes Personales:

- | | | |
|---|----|-----------|
| - Tiene algún problema de salud? | SI | <u>NO</u> |
| - Está bajo tratamiento médico? | SI | <u>NO</u> |
| - Toma medicamentos actualmente? | SI | <u>NO</u> |
| - Sufre desmayos con frecuencia? | SI | <u>NO</u> |
| - Ha sido intervenido quirúrgicamente? | SI | <u>NO</u> |
| - Ha tenido complicaciones o hemorragias después de una intervención? | SI | <u>NO</u> |
| - Ha tenido alguna de estas afecciones?: | | |
| - Afección al corazón | SI | <u>NO</u> |
| - Asma | SI | <u>NO</u> |
| - Anemia | SI | <u>NO</u> |
| - Alergias | SI | <u>NO</u> |
| - Lesión al riñón | SI | <u>NO</u> |
| - Lesión al hígado | SI | <u>NO</u> |
| - Epilepsia | SI | <u>NO</u> |
| - Nerviosismo | SI | <u>NO</u> |
| - Diabetes | SI | <u>NO</u> |
| - Fiebre Reumática | SI | <u>NO</u> |
| - Problemas de Coagulación | SI | <u>NO</u> |
| - Otras Enfermedades | SI | <u>NO</u> |

- Examen Extraoral:

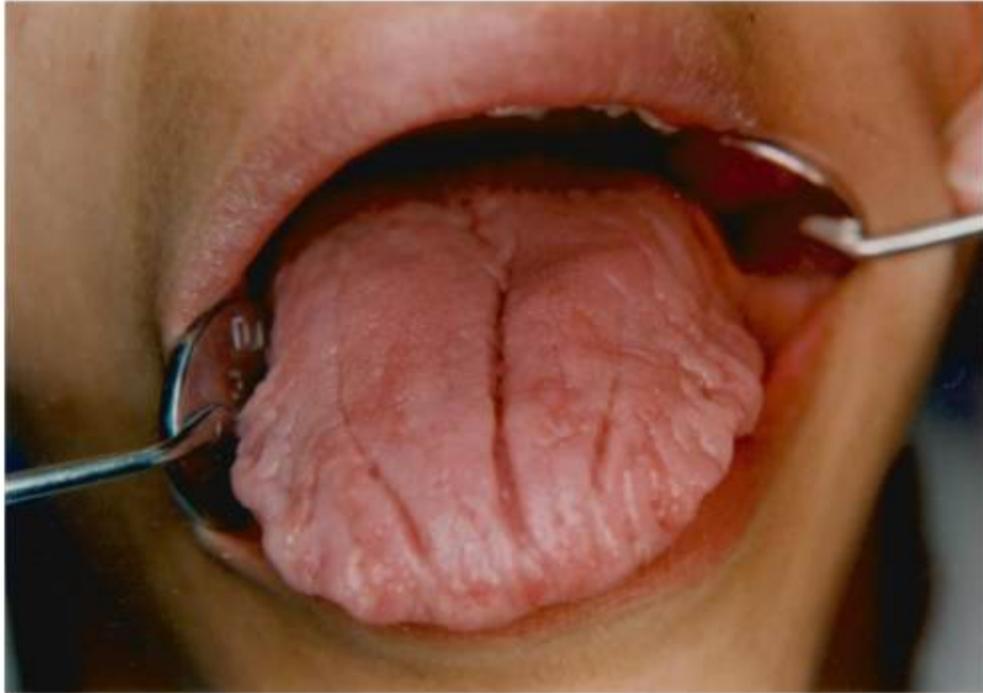
Cara: Normal

Ganglios: No palpables

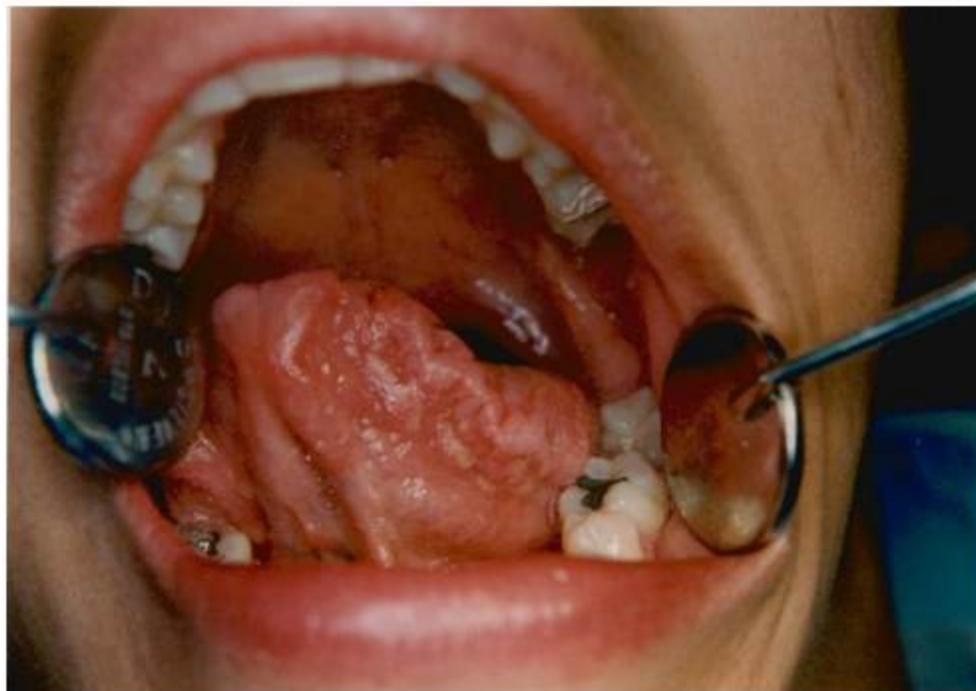
Glándulas Parótidas: Normales

- Articulación Témpero Maxilar: Chasquido lado izquierdo
- Area del Cuello y Ganglios Linfáticos Cervicales: No palpables
- Glándula Tiroides: Normal
- Examen Intraoral:
 - Labios: Normales
 - Comisuras Labiales: Sin alteración
 - Mucosa Labial: Normal
 - Vestíbulo Bucal: Normal
 - Mucosa Vestibular: Normal
 - Paladar Duro: Normal
 - Paladar Blando: Normal
 - Areas Amigdalinas y Faringe Posterior: Enrojecida, debido al resfriado
 - Lengua: Presenta macroglosia
 - Bordes Laterales: Los presenta festoneados, presentando a la vez ulceraciones debido a la fricción constante de la lengua contra las piezas dentarias
 - Lengua Superficie Inferior: Irritada
 - Piso de la Boca: Irritada
 - Encfa Lingual: Irritada
 - Dientes: Presenta caries 4º Grado en tratamiento
 - Oclusión Dentaria: Maloclusión
- Examen General: Bueno
- Exámenes o Métodos Auxiliares o Complementarios: No se realizó.
- Motivación: El paciente acude a tratamiento operatorio por propia voluntad
- Comentario: Paciente que presenta la mucosa lingual irritada. La irritación más marcada en los bordes laterales de la lengua y la cara ventral de la misma, se pueden observar vesículas de color blanco amarillentas.
- Diagnóstico: Macrogllosia
- Tratamiento: Ninguno

**MACROGLOSIA ESCROTAL BORDES LATERALES DE LA LENGUA
IRRITADOS**



**BORDES LATERALES IRRITADOS POR EL FROTE CONTINUO CON LAS
PIEZAS DENTALES**



FICHA CLINICA Nº 8

Fecha: 17 Marzo de 1997

Nombre y Apellido: A.B.G.

Edad: 18 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Estudiante

Estado Civil: Soltero

Dirección: Ballivián s/n

Nacionalidad: Boliviana

Antecedentes Familiares: Ninguno

Antecedentes Personales:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| - Tiene algún problema de salud? | SI | <u>NO</u> |
| - Está bajo tratamiento médico? | SI | <u>NO</u> |
| - Toma medicamentos actualmente? | SI | <u>NO</u> |
| - Sufre desmayos con frecuencia? | SI | <u>NO</u> |
| - Ha sido intervenido quirúrgicamente? | <u>SI</u> | NO |
| - Ha tenido complicaciones o hemorragias después de una intervención? | SI | <u>NO</u> |
| - Ha tenido alguna de estas afecciones?: | | |
| - Afección al corazón | SI | <u>NO</u> |
| - Asma | SI | <u>NO</u> |
| - Anemia | SI | <u>NO</u> |
| - Alergias | SI | <u>NO</u> |
| - Lesión al riñón | SI | <u>NO</u> |
| - Lesión al hígado | SI | <u>NO</u> |
| - Epilepsia | SI | NO |
| - Nerviosismo | <u>SI</u> | NO |
| - Diabetes | SI | <u>NO</u> |
| - Fiebre Reumática | SI | <u>NO</u> |
| - Problemas de Coagulación | SI | <u>NO</u> |
| - Otras Enfermedades | SI | <u>NO</u> |

- Examen Extraoral:

Cara: Presencia de lunares

Ganglios: No palpables

Glándulas Parótidas: Normales

Articulación Témporo Máxilar: Normal

Area del Cuello y Ganglios Linfáticos Cervicales: No palpables

Glándula Tiroides: Normal

- Examen Intraoral:

Labios: El inferior alterado debido a traumatismos

Comisuras Labiales: Normales

Mucosa Labial: Irritada

Vestíbulo Bucal: Normal

Mucosa Vestibular: Normal

Paladar Duro: Normal

Paladar Blando: Normal

Areas Amigdalinas y Faringe Posterior: Enrojecida

Lengua: Normal

Bordes Laterales: Normal

Lengua Superficie Inferior: Normal

Piso de la Boca: Normal

Encía Lingual: Normal

Dientes: Caries de 20 Grado

Oclusión Dentaria: Normal

- Examen General: Bueno

- Exámenes o Métodos Auxiliares o Complementarios: No se realizó.

- Motivación: Se le pidió que colaborase para la elaboración del presente tema.

- Comentario: Paciente que constantemente se muerde el labio inferior, ocasionándose un trauma en la mucosa del labio, asintomática; es una vesícula gigante con líquido en su interior.

- Diagnóstico: Hiperplasia irritativa de tipo traumático

- Tratamiento: Quirúrgico

- Pronóstico: Favorable

VESICULA TRAUMATICA EN EL LABIO INFERIOR (LADO IZQUIERDO)

SE OBSERVA A MAYOR AUMENTO LA FORMACION TRAUMATICA



CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al concluir mi trabajo, llegué a las siguientes conclusiones y recomendaciones:

- 1.- Es muy importante un Diagnóstico de las lesiones erosivas y ulcerativas, puesto que no todas las lesiones bucales tienen las mismas características.
- 2.- Si un paciente llega a nuestra consulta, se le debe realizar la historia clínica, puesto que la anamnesis nos puede servir de marca referencial para llegar a un óptimo Diagnóstico.
- 3.- Mediante el Diagnóstico Diferencial Clínico de las lesiones erosivas y ulcerativas, sabremos que existen manifestaciones de algunos estados generales que requieren precauciones.
- 4.- Cuando inspeccionamos al paciente y nos percatamos que existen signos y síntomas que nos hagan sospechar que pueda tratarse de una enfermedad general, debe ser enviado donde un especialista.
- 5.- Se debe preguntar al paciente si está bajo atención médica, si está siguiendo un tratamiento médico y qué medicamentos está utilizando, puesto que el odontólogo debe conocer todos estos detalles por si haya efectos secundarios.
- 6.- La prevención es muy importante, ya que estamos dispuestos a contagios pues la cavidad oral puede albergar manifestaciones de enfermedades contagiosas.
- 7.- Como medidas de prevención se debe utilizar guantes, barbijos y lentes de protección; los guantes se deben desechar después del tratamiento de cada paciente, pues el contagio no sólo puede darse por medio de una herida en los dedos del operador, sino también por la sangre, por gotas que pueden salpicar.
- 8.- Debe realizarse una debida esterilización de los instrumentos utilizados; la limpieza y desinfección de la unidad dental.

- 9.- El manejo de instrumentos punzo cortantes, como agujas, bisturios, deben ser considerados infecciosos y por lo tanto deben manipularse con cuidado y evitar accidentes y pinchazos.
- 10.- La prevención no sólo debe realizarse en el diagnóstico, sino en todos los tratamientos operatorios y quirúrgicos para prevenir contagios y por higiene.
- 11.- Por último, terminaré citando la importancia de la elaboración de la Historia Clínica para la exactitud de un Diagnóstico perfecto.