



24 453

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LOS TEJIDOS
BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

**CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :**

MARGARITA DEL ROSARIO JIMENEZ RAMON

MEXICO D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

T E M A R I O

- I. - Prólogo.
- II. - Anatomía de los tejidos blandos de la cavidad oral.
- III. - Historia Clínica.
- IV. - Introducción al diagnóstico de la Patología Oral.
- V. - Enfermedades de labios, lengua, piso de la boca, carrillos y encía.
- VI. - Manifestaciones clínicas, signos, síntomas, etiología, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan los tejidos blandos de la cavidad oral.
- VII. - Conclusiones.
- VIII. - Bibliografía.

I. - Prólogo.

La Patología Oral la considero como una - de las materias esenciales e importantes para lograr detectar todas las enfermedades que afectan a la cavidad oral y es la base de todos los tratamientos - que posteriormente se derivarán al tratado de cada rama específica de la Odontología como la Endodoncia, Parodoncia, Operatoria Dental, Prótesis, Exodoncia, Cirugía Oral, Odontopediatría, etc., por lo cual, percatándome así de la importancia que reviste para un Cirujano Dentista el conocimiento de las principales enfermedades de los tejidos blandos, - aprovecho esta oportunidad para revisarlas, analizarlas, describirlas y presentarlas a su amable consideración y juicio, ya que todas las afecciones que - se presentan en la cavidad oral pueden ser leves - o representar el inicio de otras de suma gravedad; por lo que debemos aprovechar nuestros conocimientos para que la rehabilitación del aparato masticatorio tenga después del diagnóstico, pronóstico y tratamiento su funcionamiento normal.

II. - ANATOMIA DE LOS TEJIDOS DE LA CAVIDAD ORAL.

Para poder comprender, analizar, revisar y presentar las enfermedades de la cavidad bucal y - las complicaciones patológicas de los tejidos que la constituyen es fundamental conocer las estructuras - normales ya que sólo así podremos diagnosticar una lesión bucal.

Las enfermedades que se observan en la boca son tan frecuentes como variadas debido a que - el orificio de las vías respiratorias y digestivas - está constantemente expuesto por ese hecho a todos los contactos y no se protege contra la infección -- mas que por la integridad de su frágil revestimiento pavimentoso, ya que toda enfermedad, cualquiera que sea su etiología, es una respuesta de cambios - tisulares producidos por un factor específico.

Además, la boca es un foco de infección -- ideal para gérmenes de variedad infinita, de aquí la multiplicidad, variedad y frecuencia de las afecciones bucales, por lo que se empezará a mencionar - la anatomía de las estructuras a tratar.

BOCA O CAVIDAD ORAL

Situada en la parte inferior de la cara, abajo de las fosas nasales y por encima de la región - suprahioidea, dividida por los arcos dentarios en -- dos porciones. En la boca se distinguen seis paredes: anterior constituida por los labios; posterior, formada por el velo del paladar y por el istmo de las fauces; superior, integrada por la bóveda palatina; inferior correspondiente a la lengua y piso de

la boca y dos paredes laterales constituídas por las mejillas.

LABIOS

Constituyen la pared anterior de la boca, - son dos repliegues musculomembranosos (superior e inferior); verticales, delgados invertidos o gruesos dependiendo de la raza. Presentan 1° dos caras - (posterior y anterior), 2° un borde adherente y otro libre, 3° dos extremidades.

El labio superior en su cara anterior pre-
senta un surco mediano; en el labio inferior presen-
ta en la línea media la fosita media, la superficie -
del labio es plana o ligeramente cóncava; su cara -
posterior está cubierta por la mucosa y relacionada
con los arcos gingivodentarios.

El borde adherente se marca en la piel en
el labio superior por los surcos nasolabial y labio-
geniano y para el inferior por el surco mentolabial;
por su cara posterior, constituido por el surco gin-
givolabial donde se hallan los frenillos en la línea -
media.

El borde libre presenta una coloración ro-
ja o rosada. Las extremidades de los labios se --
unen formando la comisura de los labios y sus bor-
des libres limitan el orificio bucal.

Los labios están constituidos por: 1° piel -
adherida íntimamente a los músculos subyacentes y
con abundantes folículos pilosos; 2° capa delgada -
de tejido celular; 3° capa muscular (orbicular de --
los labios, elevador del labio superior, elevador del

labio inferior, cuadrados del mentón, triangulares de los labios, buccinador, cigomáticos, risorio de san torini, etc.), 4° capa submucosa formada por tejido conjuntivo, fibras elásticas que contienen glándulas labiales (serosas y mucosas); 5° capa mucosa, cubre la capa posterior del labio, se continua con la mucosa de las mejillas y se refleja a nivel del borde adherente para continuar la mucosa gingival.

La mucosa se halla constituida por epitelio pavimentoso estratificado, recibe arterias de las coronarias, ramas de la facial y arteriolas de la transversa de la cara, de la bucal, de la mentoniana y de la suborbitaria, venas que desembocan con la facial y ganglios submaxilares; nervios motores procedentes del facial y sensitivos del suborbitario para el labio superior y del mentoniano para el labio inferior.

LENGUA

Organo móvil musculoso, aplanado de arriba abajo en su extremidad anterior. En él radica el sentido del gusto y se le consideran dos caras, dos bordes, una base, un vértice o punta. Su cara superior es convexa transversalmente plana, presenta en su tercio posterior la "V" lingual (posición de las papilas caliciformes o circunvaladas). Atrás de estas están los pliegues oblicuos hacia atrás y abajo (glándulas foliculares) y más atrás tres pliegues llamados glosopiglóticos mediano y laterales.

Delante de la "V" lingual se observa el surco medio y a los lados las papilas que forman líneas paralelas a las ramas de éstas.

La cara inferior descansa sobre el piso de la boca, tiene una línea media un repliegue mucoso o frenillo de la lengua y a los lados de éste en su parte más posterior, dos tubérculos donde desembocan los orificios del canal de Wharton, las venas ra ninas están cerca del borde de la lengua. La mucosa es lisa y ligeramente rosada; los bordes de la lengua son convexos más gruesos por detrás que -- por delante, corresponden a la cara interna de los arcos dentarios.

La base es la porción más gruesa de la -- lengua, corresponde al hueso hioides en su origen y más arriba a la epiglotis a la que está unida por -- los repliegues glosopiglóticos en su parte anterior, corresponden a los músculos genihioideos y milohioideo.

Vértice o punta aplanada en sentido verti-- cal, presenta en la línea media un surco donde convergen los surcos medianos superior e inferior.

Se distinguen en la lengua:

- 1) Esqueleto fibroso.
- 2) Músculos de la lengua.
- 3) Mucosa lingual.

Las partes blandas apoyadas en el hueso -- hioides, dos membranas fibrosas y el corion de la mucosa; membrana hioyosa y séptum lingual.

Los músculos de la lengua son ocho pares y uno impar:

Pares: Geniogloso, hiogloso, estilogloso, palatogloso, faringogloso, amigdalogloso, lingual superior y lingual inferior.

Impar: Transverso de la lengua.

Dorso de la Lengua. La lengua presenta una consistencia firme de acuerdo con el espesor de la mucosa, más gruesa en los tercios anteriores y en los bordes y delgada y lisa en su cara inferior.

La mucosa del dorso de la lengua se encuentra fija a las fibras musculares por la cara profunda del corion, lo que hace que los movimientos de deslizamiento de la mucosa de la lengua sean limitados, aunque dicha capa es ligeramente más móvil en los bordes.

En sus partes laterales encontramos un color rosado dado por las papilas fungiformes y en la base un color blanquecino igualmente que en la porción posterior de la línea media, originado por la descamación del epitelio y las transformaciones que sufren los linfocitos en él.

Presenta un surco en la unión de sus dos tercios anteriores con su tercio posterior llamado surco terminal que divide al dorso de la lengua en porción anterior o palatina y en posterior o faríngea.

En su extremo posterior del surco limitante hay una depresión profunda llamada agujero ciego, el cual es considerado como un resto embrionario del conducto tirolingual. Por delante de la "V" lingual formada por las papilas circunvaladas encon

tramos pliegues que siguen la misma dirección de dicha "V"; en las porciones laterales y posteriores existen repliegues salientes formados por papilas fo liadas.

Por detrás de la lengua se observan emi- - nencias formadas por glándulas foliculosas y orifi- - cios de ellas que dan a la base de la lengua un aspecto rosado e irregular, en su parte más poste- - rior encontramos los repliegues glosopiglóticos me dios y laterales.

Cara inferior de la lengua. - La mucosa es transparente y se observa un repliegue simple o do ble, medio y saliente llamado frenillo, que puede - alcanzar la punta de la lengua. A los lados se observan por transparencia los vasos raninos.

Microscópicamente, en el dorso de la mu- - cosa de la lengua encontramos las glándulas folicu- - losas y las papilas en la cara inferior a los replie- - gues, los orificios de desembocadura de las glándu- - las salivales.

Por delante del surco terminal hay una se- - rie de salientes que son producidos por el corion, a los cuales se les denominó papilas, estas se divi- - den en simples y compuestas. Dentro de las sim- - ples encontramos a las hemisféricas (numerosas y - muy pequeñas) que presentan formas cónicas, cilín- - dricas, etc., entre las compuestas observamos las foliadas que se encuentran representadas por plie- - gues laterales escasas en el hombre, situadas por - detrás y a los lados de la "V" lingual, cerca del - borde de la lengua, se describen numerosos corpús- culos gustativos.

Las papilas fungiformes se caracterizan por presentar un segmento de esfera saliente de color rosado con una porción estrecha o cuello, el segmento saliente o cabeza presenta corpúsculos del gusto en su superficie.

Se mencionan cinco variedades de las papilas: fungiformes, foliadas, hemisféricas, filiformes y calciformes o circunvaladas. Estas se encuentran distribuidas irregularmente en el dorso de la lengua, pero son más numerosas en los bordes, en el vértice y por delante de la "V" lingual.

Las papilas fungiformes presentan un tallo corto o largo y su cabeza puede ser hemisférica u ovoide. Las papilas filiformes o coroliformes son las más numerosas (se calcula el número de 20.000) se encuentran distribuidas en surcos paralelos a la "V" lingual en los dos tercios anteriores de la lengua, varían en su aspecto de acuerdo con la posición de las prolongaciones epiteliales que cuando están libres dan la impresión de radiaciones filiformes superpuestas en el vértice de la papila o dispuestas de tal modo que las proyecciones epiteliales pueden encontrarse invertidas hacia dentro o hacia afuera. La porción basal o papila primaria se une al corion de la mucosa por su cuerpo cilíndrico, en general son de color más claro que las fungiformes.

En forma de "V" delante del surco limitante se encuentran dispuestas de 6 a 10 papilas circunvaladas o caliciformes, están formadas por un mamelón central convexo que recuerda las fungiformes, debido a que es más estrecha en su parte inferior que en la parte libre. Esta porción está rodeada por un surco profundo que la separa de un rodete

que guarda el mismo nivel del mamelón. A este rodete se le han asignado diferentes nombres tales como cáliz, anillo, vallum, por lo que son denominadas caliciformes, anulares o circunvaladas debido también a la apariencia de una muralla anular. En el foso se abren las glándulas mucosas.

En ocasiones en la parte central de la papila se describe un pequeño orificio cuya profundidad varía más notablemente en la papila colocada en el vértice de la "V" lingual.

Las papilas circunvaladas varían en su forma en relación con el surco y el rodete pudiendo adoptar formas elipsoidales, circulares e irregulares, surcos incompletos más o menos profundos en el mamelón que los divide en simples y segmentados.

Las papilas se unen frecuentemente dos o más, por lo cual podemos también señalar que pueden ser únicas, dobles o múltiples.

Las glándulas foliculosas situadas atrás de la "V" lingual son salientes, convexas cubiertas por la mucosa con aspecto de segmento de esfera irregular. En ocasiones son ovoideas o romboideas con uno o dos orificios y constituyen en conjunto la llamada amígdala lingual por la gran cantidad de folículos que contiene en su mucosa.

En la lengua encontramos epitelio plano - - estratificado, queratinizado, papilas y fibras musculares.

La mucosa de la cara inferior es delgada y lisa, la lámina propia se une al tejido fibroblástico que acompaña a los haces musculares sin existir -- submucosa.

El sentido del gusto radica en la "V" lingual, en los dos tercios anteriores del dorso de la lengua y sus bordes, tanto en las papilas circunvaladas como en las fungiformes.

Vasos y Nervios. - La lengua recibe sangre arterial de la lingual (ramo dorsal, ranina y sublingual, ramas arteriales de la palatina inferior y de la faringea inferior).

La circulación venosa desemboca a las ve--nas linguales, satélites de los ramos arteriales y -- afluentes de la yugular interna. Los linfáticos se -- originan en las papilas de la lengua.

La inervación de la lengua se realiza para -- la mucosa lingual por medio del lingual, el cual se distribuye en los dos tercios anteriores de la mucosa de la lengua y el glossofaríngeo que se ramifica en la "V" lingual y en la mucosa que está detrás -- de ésta.

El lingual termina por ramificaciones libres intradérmicas e intraepiteliales, también emite ramos que van a los corpúsculos de Pacíni Meissner y a los de Ruffini (corpúsculos del tacto existentes en la lengua.

Los músculos de la lengua están inervados -- por el hipogloso mayor.

Piso de Boca. - Posee forma triangular con vértice dirigido hacia adelante limitado por la porción anterior del arco dentario inferior adelante y a los lados y por la parte más posterior de la cara inferior de la lengua por atrás. Presenta en la línea media un pliegue mucoso que une la cara inferior de la lengua con el piso de la boca, llamado frenillo de la lengua, y a los lados de éste un tubérculo con un orificio en su vértice donde desemboca el canal de Wharton. Atrás y a los lados del tubérculo se encuentra un saliente amamelonado con varios orificios donde desembocan los canales de excreción de la glándula sublingual, y por delante de ellos unos salientes ovoideos de diámetro mayor transversal, formados por la presencia submucosa de las glándulas sublinguales llamados carúnculas sublinguales.

La mucosa de la región sublingual es lisa y limita por arriba un espacio comprendido entre ella y el milohioideo por abajo. Por delante y a los lados, el espacio está limitado por la rama horizontal del maxilar y presenta la fosita sublingual, por atrás por el geniogloso y el hiogloso. Dicho espacio contiene la glándula sublingual, sus canales de excreción, los vasos nervios, el canal de Wharton y parte de la glándula submaxilar, elementos contenidos en una atmósfera de tejido celular que comunica con el espacio submaxilar por el borde posterior del milohioideo.

El espacio descrito se encuentra lleno de tejido conjuntivo en medio del cual se encuentran los elementos citados; en él se desarrolla el flemón séptico del piso de la boca.

Paredes laterales de la Boca (carrillos). -Se hallan constituidas por las mejillas y comprendidas exteriormente entre el borde inferior de la órbita - por arriba, el borde del maxilar inferior por abajo, el borde posterior del masetero por atrás y la comisura de los labios por delante. Tiene forma cuadrilátera. La cara interna libre en su porción central se adhiere en su periferia al esqueleto de la cara y está limitada por arriba y por abajo por el surco mucoso gingivoyugal que es prolongación del surco gingivolabial. Por atrás se prolonga hasta el pilar anterior del velo del paladar y por delante se continúa con la cara posterior de los labios. Presente al nivel del segundo molar superior, el orificio de desembocadura del conducto de Stenon.

Las mejillas están constituidas de afuera adentro por la piel, tejido celular subcutáneo, una capa muscular y la mucosa.

La piel lisa se halla siempre ricamente vascularizada y presenta abundancia de glándulas sebáceas y sudoríparas. El tejido celular subcutáneo es abundante y contiene gran cantidad de grasa; una formación adiposa está situada entre la cara externa del buccinador por dentro y la piel y la cara interna del masetero por fuera.

Se llama bola adiposa de Bichat y además de su papel de relleno interviene en la succión y la masticación facilitando el deslizamiento de los músculos adyacentes durante su contracción, como lo hacen las bolsas serosas. La cara muscular se haya constituida por el buccinador y la aponeurosis que cubre su cara superficial, cara que está cruzada por el conducto de Stenon que es el conducto de

excreción de la parótida.

La mucosa cubre la cara interna del buccinador y es idéntica a la mucosa que cubre la cara posterior de los labios.

La mejilla está irrigada abundantemente por la arteria transversa de la cara, la alveolar y la bucal, ramas estas últimas de la maxilar interna.

La circulación venosa va a desembocar a la vena facial, a la temporal superficial y el plexo venoso pterigoideo. Los linfáticos cutáneos desembocan en conductos colectores que siguiendo el trayecto de la vena facial, van a los ganglios submaxilares; algunos se dirigen a los ganglios parotídeos superficiales y al ganglio premaseterino, cuando existe. Los profundos o mucosos atraviesan el buccinador y acompañan a la vena facial para desembocar en los submaxilares, algunos van a los ganglios cervicales superficiales.

Los nervios sensitivos proceden del nervio bucal, rama del maxilar inferior, y los motores del nervio facial.

Encía.- Es una fibromucosa que cubre los arcos alveolares por su cara vestibular y su cara lingual, reflejándose para continuarse con la mucosa de los labios y las mejillas al nivel del surco gingivolabial y gingivoyugal. Por su cara bucal cubren igualmente los arcos alveolares y la superior se continua con la mucosa palatina mientras la inferior se prolonga con la mucosa que reviste el piso de la boca.

Al nivel del borde libre de los arcos dentarios termina en festones cuya concavidad abarca la cara vestibular y la cara lingual del cuello del diente y cuyos extremos contiguos se unen entre sí. Estas extremidades se insinúan entre los intersticios dentarios, donde la encía se prolonga a manera de punta y llena más o menos dicho intersticio, para constituir la papila interdientaria.

La papila interdientaria posee forma de pirámide cuadrangular, cuya base corresponde a la apófisis interdientaria y cuyo vértice se aproximan más o menos a la superficie de contacto de las coronas dentarias. Tiene una cara vestibular oblicua que se extiende de la corona al borde alveolar y otra lingual con disposición semejante para facilitar el deslizamiento de los alimentos durante la masticación, una cara proximal en contacto íntimo con la cara distal del diente interno y una cara distal igualmente dispuesta y en relación con la cara proximal del diente externo, llena por consiguiente la papila el espacio interdientario y evita en dentaduras normales la acumulación de detritos en esos espacios que producen las fermentaciones ácidas y que ocasionan las caries.

III.- HISTORIA CLINICA

La historia clínica es esencial en la valoración de los enfermos y es uno de los medios más importantes para establecer un diagnóstico adecuado y correcto.

La realización de una buena historia es necesaria para ayudar a definir la entidad patológica; para profundizar el estudio clínico y para contar con un examen completo.

Se considera de suma importancia utilizar el siguiente esquema para realizar el interrogatorio:

- FICHA DE IDENTIFICACION:

Fecha, nombre, edad, sexo, dirección, teléfono, estado civil, ocupación, lugar de origen.

- ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES:

Antecedentes luéticos, fímicos, diatésicos, neoplásicos, alérgicos.

- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Habitación, construcción, ventilación, servicios, alimentación, cantidad y frecuencia, escolaridad, hábitos, menarca, ciclo menstrual, gestas, abortos, menopausia.

- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Enfermedades propias de la infancia, enfermedades del adulto, antecedentes luéticos, fímicos, diatésicos, neoplásicos, alérgicos.

Traumatismos, fractura, transfusiones, antecedentes quirúrgicos.

- ESTADO ACTUAL:

Padecimiento actual, síntomas y signos que el paciente nos refiere en cuanto a su enfermedad.

Fecha de iniciación, cambio, síntomas actuales, resultado, si fue tratado terapéuticamente.

- APARATOS Y SISTEMAS:

Aparatos digestivo, respiratorio, circulatorio, genitourinario, sistema nervioso, linfático, osteomusculoarticular, órganos de los sentidos, piel y sus anexos.

Hincapié del padecimiento actual enfocado en los aparatos y sistemas.

- SINTOMAS GENERALES:

Peso, temperatura, astenia y adinamia.

- EXAMENES PREVIOS:

Rx, pruebas de laboratorio, etc.

- TERAPEUTICA EMPLEADA.

- EXPLORACION FISICA:

Signos vitales, tensión arterial, pulso, respiración, temperatura, peso, estatura.

- INSPECCION GENERAL:

Paciente femenino o masculino, edad aparente o cronológica, conformación, constitución, marcha, facies, movimientos normales, actitud, cooperador o no cooperador, habitus exterior, ubicado o no en sus tres esferas.

- CABEZA (cráneo y cara):

(Normocéfala), implantación de pelo según la edad y raza, alopecia, frente, cejas simétricas, pobladas

o no, ojos simétricos, reflejos motomotor, reflejo luminoso, pupilas, movimientos, respuesta, nariz -- forma, tamaño narinas.

- EXPLORACION DE LA BOCA:

Debe realizarse de forma ordenada y total y debe comprender un examen detallado de cada tejido y estructura no omitiendo ninguno.

Se procederá en el siguiente orden:

1.- Labios.- Inspección, palpación, anotando la forma, contorno, color y configuración y la presencia o no de lesiones tanto con la boca cerrada como abierta; mucosas (forma, coloración y textura), frenillos presentes.

2.- Mucosa labial.- Inspección girando el labio inferior hacia abajo y el superior hacia arriba, anotando el color y cualquier irregularidad, la palpación determinará la configuración y la presencia de orificios de conductos anormales, adhesiones al frenillo o lesiones.

3.- Mucosa bucal.- Inspección y palpación para determinar el contorno, configuración, color, orificios de las glándulas parotídeas y la presencia o ausencia de lesiones en la mucosa bucal.

4.- Pliegues mucobucales.- Exploración de los pliegues mucobucales superiores e inferiores.

5.- Paladar.- Inspección y palpación del paladar duro y del blando, de la úvula y de los tejidos faríngeos anteriores, anotando su color, configuración, contorno, orificios y la presencia de anomalías o lesiones.

6.- Orofaringe.- Inspección en busca de señales de lesiones en la región tonsilar y en la garganta susceptibles de ser enviados al Cirujano de la cabeza y cuello o al Internista.

7.- Lengua.- Exploración de la lengua estando dentro de la boca, extendida y dirigida hacia afuera y luego hacia la derecha y a la izquierda, inspección, palpación para determinar el color o ambas; configuración, consistencia, movimientos funcionales, tamaño, la presencia o no de papilas, tejido linfoide y lesiones.

8.- Piso de boca.- Exploración visual con la lengua en reposo y luego en una posición elevada por detrás, palpación con los dedos del piso de la boca, base de la lengua y superficie ventral de la lengua.

9.- Encía .- Determinación del color, forma y configuración de las encías buscando anomalías y lesiones como inflamaciones, hipertrofias, retracciones y ulceraciones.

10.- Dientes.- Exploración completa realizando una amplia serie de radiografías dentales (estado de los dientes, orificios alveolares, imagen trabecular, límites anatómicos de las coronas).

11.- Cierre.- Análisis del cierre de la boca tanto en reposo como en posiciones funcionales.

12.- Cuello.- Tráquea central o móvil, forma, consistencia, si se palpa la tiroides o no. (Ganglios, adenopatías).

13.- Abdomen.- Peristaltismo visible, hepatomegalia, distensión generalizada, líquido en cavidad abdominal, muestras de cualquier anomalía.

14.- Columna vertebral.- Curvatura, posición, dislocaciones, etc.

15.- Extremidades.- Deformaciones, tumefacciones, enrojecimiento, atrofas musculares.

IV.- INTRODUCCION AL DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGIA ORAL.

La Patología Oral es la rama de la Odontología que se encarga del estudio de las enfermedades que afectan a la cavidad oral y sus anexos.

Tiene gran importancia para el Odontólogo -- ya que gracias a los conocimientos sobre esta materia se llega al diagnóstico oral reconociendo, diferenciando e identificando las diferentes enfermedades o anomalías existentes.

El último objetivo del diagnóstico es sugerir y proporcionar una base segura para que el plan terapéutico sea el más adecuado para obtener un tratamiento específico.

La habilidad y destreza del clínico para descubrir, reconocer y saber la naturaleza del proceso patológico son las cualidades o características propias de la enfermedad; la evolución, el desarrollo y la patogenia de la anomalía son los métodos en que podríamos basar el diagnóstico.

Los métodos de diagnóstico los podemos analizar teniendo en cuenta que no debemos limitarnos sólo en uno sino en todos los necesarios para obtener el diagnóstico, pronóstico y tratamiento estos son los siguientes:

- CUADRO CLINICO: Es la identificación de una enfermedad basándonos sólo en la observación y valoración de los signos y síntomas clínicos de la entidad patológica.

- **OBSERVACION RADIOGRAFICA:** constituye un medio rápido de identificación por medio de estudios radiográficos, debe limitarse a la identificación de aquellas enfermedades cuyas características y aspecto radiográfico corren el riesgo de error.

- **DATOS ANAMNESICOS:** Se obtienen valorando de forma adecuada la información obtenida al realizar la historia clínica.

- **PRUEBAS DE LABORATORIO:** Se obtienen los resultados positivos para el diagnóstico correcto mediante pruebas de laboratorio pertinentes (análisis de sangre, plasma, orina, biopsia, cultivos, valores séricos, etc.)

- **METODO QUIRURGICO:** El diagnóstico de la enfermedad se establece mediante la exploración quirúrgica, debido a que las características clínicas y radiográficas pueden darnos datos erróneos que son descubiertos por exploración quirúrgica obteniendo un diagnóstico postoperatorio diferente al preoperatorio.

- **DIAGNOSTICO TERAPEUTICO:** Se puede establecer antes o después del período inicial del tratamiento puesto que hay algunas enfermedades cuya identidad es difícil de establecer basándose en los métodos anteriores, pero se reconocen de forma segura por su rápida respuesta al tratamiento específico que nos da la clave del diagnóstico. Este método se recomienda sólo en aquellos casos en los que el diagnóstico no se establece fácilmente, de otra forma, limitándose sólo a períodos adecuados, y suprimiéndose si no hay mejoría para proceder a considerar otras alternativas.

- **DIAGNOSTICO INMEDIATO:** Se basa por lo general en sólo una o dos sugerencias clínicas o radiográficas sin que las corroboren datos de anamnesis, laboratorio u otros. Este procedimiento se evita lo más posible por los frecuentes errores a que nos puede llevar.

- **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:** Supone el empleo de métodos de diagnóstico amplios y completos, acumulación y elección de datos importantes a partir de todas las posibles fuentes, antes de establecer un diagnóstico definitivo.

Las características esenciales de un proceso patológico para identificar la enfermedad, se deben basar en los siguientes puntos:

- **ETIOLOGIA:** El conocimiento de la causa o causas de un proceso patológico es esencial para una mayor comprensión de la enfermedad e importante desde el punto de vista diagnóstico, terapéutico del tratamiento.

- **PATOGENIA:** Conjunto de conocimientos relativos a todo el proceso patológico, sobre todo a su comienzo, su desarrollo por etapas, sus variaciones, su evolución típica y finalmente su resolución que proporciona al clínico el entendimiento profundo de la enfermedad con su cuadro clínico, imagen radiográfica, estado histológico, pronóstico, etc.

- **SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS:** signos, manifestaciones, objetivos y síntomas subjetivos de un proceso patológico esencial en el diagnóstico.

- **CARACTERES RADIOGRAFICOS:** Reconocimiento de los caracteres radiográficos normales diferenciándolos de los anormales o patógenos.
- **HISTOLOGIA:** Características histológicas de un proceso patológico determinado por medio de biopsia.

Alteraciones en otros tejidos y sistemas del cuerpo debido a que gran número de enfermedades -- que afectan los tejidos y estructuras de la boca y de los maxilares son sistémicas por su naturaleza y ya que ciertas enfermedades locales de la boca pueden - afectar los tejidos y sistemas orgánicos de otras regiones del cuerpo.

Un punto importante dentro de nuestro diagnóstico se refiere a la diferenciación del tipo de trastornos que se presenten en el individuo.

Las enfermedades que afectan los tejidos blandos de la cavidad oral son múltiples, variadas y frecuentes y requieren de factores esenciales para producir lesiones dependiendo de la susceptibilidad del - individuo.

Pueden aparecer antes del nacimiento o durante éste (trastornos congénitos) y se consideran como anomalías, malformaciones o trastornos del desarrollo y tienen una base hereditaria, un ambiente patológico o un fundamento etiológico no demostrado.

Los defectos congénitos son debidos a la falta de crecimiento de ciertas formaciones embrionarias - en sus localizaciones adecuadas o falta de unión o fusión con elemento opuesto o adyacente, seguramente

los factores predisponentes a que se deben son intrínsecos o genéticos o extrínsecos, ambientales, traumatismos e infecciones. Las anomalías del desarrollo no deben necesariamente considerarse como estados patológicos evidentes.

Las enfermedades ulcerativas de la cavidad bucal son procesos que se observan a menudo, ya sea como manifestaciones clínicas únicas o como uno de los elementos de las manifestaciones clínicas de conjunto que resultan de la destrucción del revestimiento epitelial y de una parte del tejido conjuntivo subyacente; los factores desencadenantes de estas lesiones son numerosos y pueden ir desde un traumatismo hasta una alergia o infección.

Las infecciones víricas del estoma son lesiones clínicas debidas a un agente causal específico como el herpesvirus, se han reconocido estirpes de virus con efectos citopáticos diferentes sobre los tejidos que acusan manifestaciones diferentes dependiendo del grado de infección, desde una ligera elevación de la temperatura, fiebre elevada, linfadenopatías, fatiga, malestar, sialorrea, etc., las lesiones se presentan como vesículas que se colapsan, ulceran y hasta necrosan.

Existen también enfermedades crónicas no odontogénicas de origen infeccioso que tienen gran importancia para el odontólogo ya que son muy variadas y pueden ser causadas por agentes fúngicos, bacterianos, etc., que pueden producir contagio, o si no, son detectadas debido a que siguen un comienzo insidioso y progresivo.

Las enfermedades bucocutáneas pueden ser -- causadas por la aplicación local, ingestión o administración de medicamentos, las lesiones pueden adoptar casi todas las formas y simular muchas manifestaciones clínicas diferentes, su extensión y gravedad van desde un extremo leve, graves erupciones ampollas, dermatitis exfoliativa, urticaria, hasta reacciones -- mortales.

Las diversas enfermedades de los tejidos blancos de la boca son consideradas como estados patológicos evidentes, el clínico debe estar atento al hecho de cualquier desviación de la norma fisiológica, infección o anomalía pues esto representa una situación -- potencialmente patológica y su tratamiento requiere -- especial atención, por lo que serán descritas algunas de ellas en el siguiente capítulo.

V.- ENFERMEDADES QUE AFECTAN LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL

1.- LABIOS:

- a) Trastornos del Desarrollo, anomalías o malformaciones.
 - Fosas y fisuras congénitas.
 - Labio Doble
 - Labio hendido.
- b) Enfermedades Ulcerativas:
 - Herpe Simple.
 - Herpe recidivante secundario labial
 - Herpe Zoster.
 - Pénfigo vulgar.
 - Sarcoidosis.

2.- LENGUA:

- a) Trastornos del Desarrollo, anomalías y malformaciones.
 - Aglosia y Microglosia.
 - Macroglosia.
 - Anquiloglosia.
 - Lengua Geográfica - Migratoria o Glositis migratoria benigna.
 - Lengua supernumeraria.
 - Lengua pilosa o negra.
 - Lengua hendida o bifida.
 - Lengua fisurada o escrotal.
 - Glositis romboidea media.
 - Glositis aereolar exfoliativa.
- b) Enfermedades Diversas:
 - Papiloma.
 - Líquen Plano.
 - Moniliasis o candidiasis.
 - Leucoplasia.
 - Hemangioma.

3.- PISO DE BOCA:

- a) Trastornos del desarrollo de glándulas salivales:
 - Aplasia.
 - Hipertrofia.
 - Aberraciones.
 - Atresia.
- b) Pseudoquistes:
 - Mucocele.
 - Ránula.
 - Sialolitiasis, piedra o cálculo del conducto salival.
 - Quiste dermoide.
 - Quiste epidermoide.

4.- CARRILLOS:

- a) Trastornos del desarrollo :
 - Gránulos de Fordyce.
 - Anomalías fisurales de la mucosa bucal.
- b) Lesiones Específicas:
 - Fibroma.
 - Penfigoide de mucosas.
 - Estomatitis ulcerativa recidivante, Ulceras aftosas recurrentes.

5.- ENCLIA :

- Gingivitis.
- GUNA.
- Gingivoestomatitis estreptocócica.
- Gingivoestomatitis herpética.
- Absceso gingival.
- Absceso periodontal, lateral o parietal.

VI. - MANIFESTACIONES CLINICAS, SIGNOS, SINTOMAS, ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES QUE AFECTAN LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL.

1. - LABIOS:

a) Trastornos del Desarrollo, anomalías o malformaciones:

- Fosas, fístulas congénitas, foveas o recesos, senos paramedianos:

Una fovea es una depresión circular bien delimitada que se presenta en la porción bermellón de los labios, unilateral o bilateralmente de manera simétrica o en la comisura de los labios.

Las foveas suelen presentarse en los puntos de fusión de los esbozos faciales embrionarios y pueden por esto acompañar a las hendiduras.

En el labio superior las foveas se presentan en la unión de los esbozos globulares o maxilares o con menor frecuencia en la línea media, en el origen del frenillo labial.

Se denomina "fístula" cuando el defecto presenta comunicación con los conductos excretores de las glándulas mucosas del labio superior y puede extraerse moco de la depresión. Alcanzan 3 mm o más de diámetro; las foveas y las fístulas se presentan con mayor frecuencia en el labio inferior en donde suelen ser bilaterales, que en el labio superior.

Las foveas comisurales se presentan en el rojo de los labios, en el ángulo de la boca, en la -

misma área donde se originan las hendiduras faciales horizontales.

Se cree que estas anomalías labiales tienen una base hereditaria de carácter dominante autosómico. Pueden manifestarse solas o asociadas a fisuras de los labios o del paladar, son más frecuentes en las mujeres y a eso se debe su tratamiento cosmético.

- Labio Doble:

Es un pliegue de tejido superfluo en la superficie mucosa del labio superior e inferior, está caracterizado por un surco horizontal localizado entre las partes interior y exterior. El repliegue interno no es visible cuando el paciente sonríe o habla. Esta alteración se encuentra casi exclusivamente en el labio superior, aunque también se han observado casos en el labio inferior. Esta alteración recibe el nombre de síndrome de Ascher cuando está asociada con blefarocalasia y agrandamiento tiroideo no tóxico que tienen una base genética, la cual puede ser congénita o adquirida como consecuencia de un trastorno del labio (traumatismo).

- Labio Hendido:

Es más frecuente en los varones y es afectado más el lado izquierdo en el 70% de los casos; el labio hendido bilateral se presenta sólo en el 50% del número total de casos de labio hendido y 5% de casos de afección unilateral derecha. Casi siempre va acompañado por el paladar hendido.

Es rara la hendidura media verdadera del -- labio superior debido a la falta de unión de los esbozos medionasales, es en realidad un labio hendido bilateral con aplasia o hipoplasia del filtro. La falta de fusión de los esbozos medio nasal y maxilares - ya sea unilateral o bilateral, se denomina labio leporino debido a su aspecto clínico que afecta con frecuencia el esbozo alveolar. Se dice que es completo cuando se extiende a la ventana de la nariz y el paladar no está afectado, el premaxilar suele hacer prominencia o se bascula hacia delante a expensas del tabique nasal; esta a su vez, crece hacia el vómer ocasionando un aplastamiento de las alas de la nariz, y un ensanchamiento de las ventanas nasales. El alveolo del premaxilar se une al tabique nasal y el labio adherente puede quedar rudimentario o aumentado. Este premaxilar flotante constituye un difícil problema de tratamiento. El labio hendido mandibular es muy raro y es debido a la falta de unión del esbozo mandibular en la línea media y suele asociarse a la hendidura del esbozo alveolar mandibular y a la lengua bífida. Tratamiento: Técnica quirúrgica.

b) Enfermedades Ulcerativas:

-Herpe Simple:

Manifestación de erupciones vesiculares precedidas de parestesias y marcada sensación de ardor, haciéndose evidente a los 3 ó 4 días del comienzo de la fiebre, faringitis, rinitis o de alguna infección. Después de la aparición de las vesículas bucales suele disminuir la fiebre.

Las diferentes vesículas están diseminadas por toda la boca y la orofaringe. Con frecuencia -

están afectados los labios, lengua, mucosa de las mejillas, paladar duro y blando, suelo de la boca y encías.

Las vesículas resisten 24 a 36 horas a la maceración; una vez colapsadas, los pequeños cráteres ovalados y poco profundos se ulceran. La base de estas úlceras está cubierta por una placa blancogrisácea o amarilla, los márgenes de las lesiones necrosadas sobresalen y están acentuados por marcados halos inflamatorios, de reborde rojo vivo. Las úlceras que están en contacto entre sí, pueden fundirse o soldarse en forma de grandes úlceras de bordes curvilíneos, fragmentados e inflamados varían de tamaño en los casos graves, las escoriaciones de los labios pueden hacerse hemorrágicas y quedar cubiertas de un exudado seroso sanguinolento de aspecto fibrinoso, de manera que puede resultar muy dolorosa y difícil la separación de los labios durante la masticación y la conversación.

En los casos no complicados, los puntos ulcerados empiezan a formar costras del 8° al 9° día, en el momento en que se forman anticuerpos neutralizantes en el suero. Estas lesiones costrosas se llenan progresivamente de una nueva cubierta epitelial a partir de los bordes periféricos.

Del 14° al 15° día, la curación es completa, generalmente sin cicatriz.

El virus del Herpe Simple pertenece a un grupo común formado conjuntamente por los virus del Herpe Zoster, varicela. Las lesiones recidivantes inciden en diversas localizaciones, mostrando predilección por las zonas de transición entre piel y mucosa.

sa.

- Herpe Recidivante Secundario Labial:

Las infecciones herpéticas secundarias se --
presentan sólo en las personas que han sufrido la -
enfermedad herpética primaria.

Esta afección que es la más frecuente, de -
las formas de infección herpética, afecta posiblemente al 50% de toda la población adulta. Después de --
un período prodrómico de 24 a 48 horas, señalado -
por una sensación de quemadura en la zona donde -
se formen las lesiones, aparece la erupción que con --
siste en grupos de pequeñas vesículas claras que --
pronto se transforman en pústulas o erosiones cos-
trosas frecuentes.

La localización habitual suele ser la unión -
entre el labio y la piel, regiones genitales de am--
bos sexos y la córnea en la que la enfermedad pue --
de llegar a ocasionar la ceguera del paciente.

El cultivo del líquido vesicular pone de mani --
fiesto la presencia de virus puros del Herpe Simple.

Son numerosos los estímulos que pueden de --
sencadenar la aparición del Herpe Simple recidivan --
te, entre ellos podríamos citar: la fiebre, la luz -
solar, gastroenteritis, alergia alimenticia, resfria --
dos, menstruación e incluso, factores psicossomáti --
cos.

Las molestias subjetivas van desde una sensa --
ción quemante o pruriginosa moderada, hasta el do --
lor intenso, además de los inconvenientes estéticos
que supone; transcurridos de 4 a 10 días, las lesio

nes costrosas curan sin dejar cicatriz.

Debe establecerse el diagnóstico diferencial - entre esta enfermedad y Herpe Zoster y principio de Sifilis.

Tratamiento: medicamentos locales o genera-- les, aplicaciones de tintura de benjuí, vacuna antiva-- riolosa, esteroides, globulina gamma, vacunas antigé-- nicas, las cuales fracasan.

Se han obtenido excelentes resultados con coli-- rios de 5-yodo y 2-desoxiuridina.

- Herpe Zoster:

Es una enfermedad aguda producida por un - virus neurotrópico; sus lesiones se presentan en la - piel y en la mucosa bucal, labios, mentón, nariz.

Los síntomas son intensos, persistentes y pro-- longados, dolores intensos, prurito y sensación de -- ardor. Es principalmente una enfermedad del adulto - y suele presentarse en personas predispuestas a cau-- sa de disminución de resistencia.

Algunos síntomas y signos son imposibles de distinguir de los de la varicela (edad).

Las lesiones cutáneas suelen ser unilaterales, presentándose a lo largo de las vías periféricas de - los ganglios de las raíces dorsales o de los ganglios de los nervios craneales, especialmente trigémino. - Las lesiones consisten en grupos o agregados de vesí-- culas de base rojiza, distribuidos a lo largo de los - trayectos nerviosos. El líquido contenido en las ve--

sículas suele ser claro, pero algunas veces es amarillento o incluso de color oscuro, indicando respectivamente una infección secundaria o un contenido hemorrágico. Después de su aparición, generalmente algunos días, las vesículas se abren dando lugar a la formación de múltiples incrustaciones discretas, generalmente pequeñas, pero algunas veces grandes, confluentes, cuyo color varía según el líquido que contenían las vesículas.

Los primeros signos de la afección cutánea son lesiones papulosas más que vesiculares.

Los síntomas subjetivos del Herpe Zoster son importantes, no sólo desde el punto de vista diagnóstico, sino también desde el punto de vista terapéutico.

Son frecuentes los dolores intensos, el prurito y la sensación de ardor, los cuales pueden persistir después de los períodos activos de las lesiones, algunas veces continúan semanas después que las lesiones ya se han curado (neuralgia post-herpética).

Especial importancia tienen las lesiones del Herpe Zoster que aparecen a lo largo de la rama oftálmica del nervio trigémino, debido al peligro de que se produzcan lesiones corneales.

Hay malestar general, fatiga y fiebre.

El curso del Herpe Zoster suele caracterizarse por la curación progresiva pero continúa de las lesiones en un período de 2 a 3 semanas aproximadamente. La curación va seguida algunas veces

de la producción de cicatrices.

Tratamiento: el plan terapéutico es fundamentalmente paliativo y de sostenimiento, en algunos casos es necesaria la administración de analgésicos y sedantes, debido al dolor; localmente se aplican protectores (pomadas, cremas, calmantes), anestésicos locales y lavados antisépticos en las lesiones bucales para dominar dolor e infección. Vitamina B₁₂, vacunas antigénicas, gamma globulina y antibióticos cuyo efecto no es seguro; radioterapia sobre los ganglios dorsales afectados puede disminuir mucho el dolor si se practica precozmente.

-Pénfigo Vulgar:

Afecta los tejidos bucales y la piel; las lesiones bucales empiezan en forma de flictenas que pueden ser de tamaño de vesículas o de ampollas, las irritaciones locales producen a menudo su colapso.

Aparecen en formas de lesiones de cubierta delgada, llenas de líquido y a menudo relucientes, que manifiestan una acentuada fragilidad y se colapsan fácilmente a la exploración.

Las ampollas únicas o múltiples pueden encontrarse en cualquier lugar de la cavidad bucal; no existe ninguna región de la boca que se considere resistente al pénfigo. El tamaño de las lesiones es muy variable y oscila entre varios milímetros (vesiculares) a 1 ó más centímetros (ampollares) de diámetro; las flictenas parecen formarse en tejido de aspecto normal ya que los tejidos vecinos o inmediatos no presentan signos de inflamación.

Las flictenas, erosiones y ulceraciones están rodeadas de un área intensamente enrojecida y están

llenas de un líquido claro, pero a veces dicho líquido tiene un color pajizo, lo que hace pensar en un componente infeccioso, aún en otros casos la lesión tiene un color purpúreo (contenido hemorrágico).

La lesión bucal del Pénfigo que se observa con más frecuencia es la úlcera con el colapso de la lesión vesicular o ampollar y con la pérdida del epitelio de revestimiento se producen las erosiones y ulceraciones. Las úlceras son grandes con contornos irregulares, a menudo con bordes periféricos desiguales, planas y poco profundas.

A menudo sus bordes consisten en delgados apéndices de tejido, frágiles y en forma de película, que pueden levantarse fácilmente y desprenderse del tejido subyacente. En estos casos, como en el período de flictenas, las úlceras no traumatizadas carecen a menudo de inflamación a su alrededor; la base de la misma úlcera muchas veces tiene un color oscuro, dando una manifiesta impresión de crueta. En las flictenas colapsadas, el contenido líquido de ellas se han perdido, las paredes epiteliales exteriores siguen en contacto con el tejido subyacente y están ligeramente adheridas a él; los fragmentos ampollares se observan generalmente en forma de lesiones necróticas grisáceas ligeramente elevadas, de aspecto frágil, cuya escama superficial puede desprenderse con facilidad, hay ausencia de inflamación perilesional.

Las fases de curación del pénfigo bucal, se manifiestan por diferentes períodos de reepitelización, a menudo acompañados de hiperpigmentación, melanina gris negra o negra en forma de placas o manchas de diferentes tamaños, las cuales finalmen

te recuperan el color rosa pálido del tejido normal.

La curación se acompaña de formación de cicatrices. Las lesiones más leves pueden ser únicamente incómodas o sensibles al contacto aumentando las molestias con alimentos o líquidos irritantes y las más extensas ocasionan intenso dolor en la boca, el cual hace imposible masticar y deglutir y hablar. -- Puede haber complicación por infecciones.

Tratamiento de sostén: (mejoría de la nutrición, ingestión de líquidos, dieta hiperprotéica, etc.) antibióticos para evitar infecciones y administración de corticoesteroides de acción general o aplicación local en forma de pastas, polvos, pomadas o pastillas, colutorios, antisépticos, violeta de genciana, etc.

-Sarcoidosis:

Enfermedad de etiología desconocida que se presenta en adultos jóvenes o después de los 40 años; frecuente en raza negra.

Características clínicas: malestar general, tos, lesiones cutáneas, inflamación de ganglios linfáticos, glándulas salivales, piel y boca.

Las lesiones labiales se manifiestan clínicamente como pequeños nódulos papulares o placas que se asemejan a lesiones herpéticas o vesículas febriles, simples o múltiples, pequeñas y redondas, de superficie lisa y brillante, las vesículas o pápulas contienen un líquido amarillo.

También se presentan lesiones en paladar ampollas que contienen un líquido amarillento claro.

Histológicamente no hay degeneración, y se cree que esta enfermedad es una forma atípica de tuberculosis, ya que presenta cierta similitud a esta infección.

La sarcoidosis es una enfermedad crónica -- con períodos de exacerbación y de remisión. La enfermedad suele dominarse con dosis adecuadas de algún corticoesteroide como la prednisona.

2.- LENGUA:

a) Trastornos del desarrollo, anomalías o malformaciones:

- Aglosia y Microglosia:

La Aglosia es la ausencia completa de la lengua, y la microglosia lengua pequeña o rudimentaria; son anomalías congénitas raras.

La Aglosia suele asociarse a otras anomalías del desarrollo, especialmente micrognasia, paladar hendido, labio inferior hendido, hipertrofia de glándulas sublinguales y submaxilares.

Las facies son generalmente agudas y estrechas, con su mentón deprimido, que produce un aspecto de pájaro. No hay predilección por un sexo, aunque la lengua aparentemente falta por completo, puede estar presente en algunos pacientes en forma de una pequeña protuberancia localizada posteriormente dentro de la boca, y que consta de la parte que se ha desarrollado normalmente a partir de la cópula; el lenguaje no está muy trastornado. Los rebordes musculares sublinguales y las glándulas

salivales son hipertróficas.

-Macroglosia:

Lengua de gran tamaño que se observa más frecuentemente que la aglosia y la microglosia, puede ser de tipo primario o secundario.

La Macroglosia primaria congénita es debido al desarrollo excesivo de los músculos de la lengua, que puede estar relacionado con una hipertrofia muscular generalizada que afecta todo el cuerpo. La macroglosia secundaria adquirida es debida a la relajación de la musculatura lingual, cualquiera que sea su base etiológica.

Los trastornos endócrinos como el hiperpituitarismo y la acromegalia con aumento consecutivo de la mandíbula, origina la relajación muscular y aumento simultáneo de tamaño de la lengua.

La extracción de los dientes del maxilar inferior (o de todos los dientes) también permite la relajación de la musculatura de la lengua, ocasionando así, aumento de tamaño.

La macroglosia puede acompañar a los tumores de la lengua, o el aumento de tamaño puede ser debido a la amiloidosis, hipotiroidismo congénito, mixedema infantil, mongolismo y disposición dentellada o festoneada de los bordes de la lengua.

-Anquiloglosia:

La anquiloglosia indica la fusión completa de la lengua con el piso de la boca.

La anquiloglosia parcial (adhesión de la lengua, afección más frecuente, es el resultado de un frenillo lingual corto o insertado a la punta de la lengua, con ello, los movimientos de ésta quedan limitados en mayor o menor grado y con frecuencia está dificultada el habla. Al sacar la lengua hacia adelante, el cuerpo de la misma se arquea, con la punta dirigida hacia abajo, en esos casos la punta de la lengua no puede sobresalir de los incisivos inferiores.

-Lengua Geográfica- Migratoria o Glositis migratoria Benigna:

La lesión suele aparecer en forma de áreas solitarias o múltiples de placas aplanadas de color rojo brillante en el dorso de la lengua. Las superficies lisas están desprovistas de papilas filiformes, los bordes de las lesiones son bien manifiestas y a menudo destacados por una queratosis que las rodea, ligeramente elevada y de color blanco amarillento.

Las papilas fungiformes de las áreas rojas, en forma de placa, persisten en forma de pequeñas elevaciones brillantes y rojas, al crecer o cambiar de situación, las placas pueden hacerse confluentes y vastas, o pueden adquirir una forma irregular que a menudo presenta una disposición parecida a un mapa y de aquí, el nombre de lengua geográfica.

Las porciones rojas pueden persistir durante días o semanas, o al retroceder en un área y extenderse en otras, pueden presentar cuadros diferentes de un día a otro.

La lengua geográfica suele ser asintomática, - pero en algunos casos puede dar lugar a ligeras sensaciones de ardor, prurito o sensibilidad. Esto sucede especialmente en los enfermos en que se produce una erosión en el centro del enrojecimiento de las placas.

La etiología es desconocida, y se emiten teorías, entre ellas la de los factores psicógenos, irritación local y deficiencias nutritivas.

La lengua geográfica se considera como una - anomalía benigna, se observa en personas de cualquier edad, siendo más frecuente en niños y adultos jóvenes.

Las lesiones tienden a disminuir o desaparecer con el paso de los años.

-Lengua Supernumeraria:

Es necesario distinguirla de la lengua bífida, - es muy rara, pero se han descrito estructuras parecidas a la lengua que se proyecta desde el pilar tonsilar en lugar de una amígdala. En asociación con esta anomalía ha habido aplasia parcial del paladar - blando, atresia de la oreja y parálisis facial.

-Lengua Pilosa o Negra:

Reacción tóxica que se caracteriza por la hipertrofia y elongación de las papilas filiformes de la lengua con ausencia de la descamación normal, formando una capa opaca amplia en la superficie dorsal.

Es de etiología desconocida, muchas veces se ha asociado en personas que han recibido grandes - dosis de antibióticos.

El color negro se debe a una pigmentación exógena y la complicación de la ausencia de la descamación es la náusea, cosquilleo, mal olor; las molestias iniciales son ardor o dolor de la lengua. Cuando las papilas filiformes se hipertrofian y alargan aprisionan elementos extraños, entre los cuales se encuentran células epiteliales descamadas, restos de alimentos microorganismos y hemafes, de ellos resulta la formación como de pelo desgredado de color gris canela pardo, etc.

Tratamiento: eliminación del agente causal, medicamentos, sustancias químicas, tratamiento local de protectores como benjuf o colutorios, corticoesteroides y anestésicos locales.

-Lengua Hendida o Bífida:

La lengua hendida o bífida es debida a la falta de fusión de las mitades laterales de la lengua durante el desarrollo embrionario. Es una anomalía rara, que suele afectar sólo al tercio anterior de la lengua. Puede ir asociada a una hendidura media que afecta a la mandíbula. Es de tamaño normal, pero su función está perturbada.

Más frecuente que la verdadera hendidura es la presencia de un profundo surco en la superficie dorsal de la lengua que representa la fusión incompleta de los esbozos laterales del órgano. No es rara la inflamación en la base del surco, debido a la acumulación y retención de residuos.

Se sugiere mucha higiene en la lengua.

-Lengua Fisurada o Escrotal:

La lengua fisurada acanalada, arrugada, plegada no es una anomalía rara. Casi todas las lenguas tienen algún grado de arrugamiento si son examinadas cuidadosamente.

Las arrugas pueden dirigirse paralelamente a la fisura lingual media transversalmente u oblicuamente.

Parecen aumentar en número, anchura y profundidad al aumentar la edad; son raras antes de los 4 años de edad y se hacen más pronunciadas durante la pubertad, con predisposición genética para las arrugas (con carácter dominante autosómico). El arrugamiento intenso se denomina lengua escrotal.

Puede extenderse por toda la superficie dorsal o solamente por una porción de la lengua. No presenta ningún síntoma, se dice que la lengua sólo es más sensible a los alimentos picantes, se han hecho intervenir como factores etiológicos la irritación crónica y deficiencia nutritivas sin pruebas concluyentes.

-Glositis Romboidea Media:

Es una anomalía de la lengua que consiste en placas localizadas en el dorso de la lengua, inmediatamente por delante de las papilas caliciformes.

Las placas suelen ser aplanadas o ligeramente elevadas, de color rosado o rojo rosado y desprovistas de papilas filiformes. Destacan especialmente cuando el resto de la lengua es saburral. La glositis romboidea media es debida al aprisionamiento del tubérculo impar (que suele retraerse hacia abajo) entre las dos mitades laterales de la lengua cuando

éstas crecen y se fusionan,

Es de incidencia baja sin diferenciar sexo y raza. Se distingue del mioblastoma de la lengua del quiste del conducto tireogloso y de la glándula tiroides ectópica a los que puede parecerse.

Histológicamente se observa un infiltrado inflamatorio crónico en la capa subepitelial y muchas veces hay dilatación vascular.

-Glositis Aereolar Exfoliativa:

Eritema migratorio que da la apariencia de placas en el dorso de la lengua y se cree la lesión migra por todo el dorso de la lengua. Consiste en zonas de descamación múltiples de las papilas filiformes con un contorno circundado y regular.

La porción central de la lesión suele estar inflamada pero no ulcerada, en tanto que su borde puede estar contorneado por una línea o banda blanca amarillenta delgada.

Las papilas fungiformes persisten en las zonas descamadas como puntos rojos pequeños y elevados.

b) Enfermedades Diversas:

- Papiloma:

Neoplasia benigna de epitelio escamoso, frecuente en boca, labios, mucosa y lengua. Se presenta en ambos sexos y en todas las edades.

La lesión es de color gris o blanco grisáceo y su superficie es verrugosa, masa única o aislada de tejido anormal que hace prominencia en-

los tejidos orales, presentándose como un tumor bien limitado, sin induración de los tejidos vecinos; sin embargo, a veces se encuentran papilomas múltiples compuestos de varias formaciones verrugosas, diseminadas.

Histológicamente es un hiperplasia de epitelio escamoso estratificado de la mucosa oral, adoptando una forma ramificada parecida a un árbol que generalmente se adhiere al tejido subyacente por un pedículo estrecho.

Tratamiento: extirpación total generalmente con un amplio margen de tejido libre para evitar recidivas.

-Líquen Plano:

Enfermedad cutánea muy frecuente, demostrándose que en más del 50% de los enfermos afectados se localiza en la boca. Suelen preceder las lesiones orales a las cutáneas o ser el único dato patológico. Su diagnóstico diferencial es con la leucoplasia; se presenta en ambos sexos, en adultos de 20 a 40 años.

La etiología es desconocida, aunque se acepta que los factores emocionales como miedo, depresión y traumatismos sean causas predisponentes.

También parece tener un factor hereditario, mal nutrición, organismos bacterianos parasitarios y viriásicos, factores físicos e irritativos, reacciones alérgicas y tóxicas (fármacos, oro, arsénico, etc.)

Las lesiones que se presentan difieren en mucosa bucal, lengua, labios y tejidos gingivales, las partes de localización más frecuentes es mucosa y

lengua (superficies lateral y dorsal); las menos frecuentes son labios, piso de boca, paladar y encías.

Podemos encontrar lesiones liquenoides reticulares, papulares, en placas y erosivas o ulcerativas (solas o combinadas).

La forma reticular es más frecuente en la mucosa bucal formada por líneas estrechas ligeramente elevadas de color blanco, o gris, que se juntan a otras en distintos ángulos, formando una especie de malla o red. A veces la unión de las líneas da lugar a la formación de anillos circulares (forma anular), en otros casos las líneas son más gruesas debido a la unión paralela de varias líneas más estrechas.

Las membranas mucosas de los intersticios de las lesiones reticulares suelen ser de color y estructuras normales.

La forma papular consiste en manchas pequeñas del tamaño de una cabeza de alfiler, hemisféricas, prominentes, blancas de número reducido y difundidas por toda la superficie hística o numerosas y agrupadas con diversos aspectos clínicos que dependen del grado de unión; a veces forman estrías cortas blancas o grises, dando lugar a distintas configuraciones; en otros casos la agrupación de muchas lesiones da lugar a la formación de placas elevadas grisáceas, rodeadas por otras pápulas que aún no se han unido, aún hay otros casos en los que las pápulas son numerosas y están muy agrupadas de forma que sólo mediante una exploración cuidadosa con lente manual puede reconocerse su carácter papular.

La de placa es gris blanquecina, sólida elevada, de forma y tamaño variables; generalmente se acompaña de lesiones papulares o reticulares contiguas o en otros tejidos de la boca.

Las formas erosiva y ulcerativa son menos frecuentes, se encuentran en mucosa bucal y superficie dorsal y lateral de la lengua; la erosión es plana, ligeramente deprimida e intensamente roja o descamada; la lesión se rodea de la característica forma reticular o papular, o finas estrías, fáciles de reconocer que irradian hacia la periferia la erosión, pueden precederse también de lesiones vesiculares o bulbosas que después de su rotura, dejan zonas descamadas y denudadas.

Se observan úlceras de aspecto variable, desde pequeñas, planas o ligeramente deprimidas; circulares con base roja o descamada a úlceras grandes, extensas, de forma irregular con exudado serofibrinoso en su superficie.

El líquen plano atrófico es otra variedad que se limita generalmente al dorso de la lengua. Se caracteriza por presentar atrofia generalizada de las papilas del gusto, produciendo una placa lisa brillante de color violáceo o gris claro; frecuentemente encontramos ulceraciones debido a que el revestimiento epitelial es delgado y atrófico.

La afectación gingival del líquen plano es poco frecuente; los síntomas que acompañan las lesiones orales son variables, algunas veces no existe molestia, en otros hay hiperestesia, ardor, dolor mínimo moderado hasta intenso (aumenta con los alimentos irritantes).

Hay que practicar biopsia, histológicamente existe una queratosis o paraqueratosis superficial, - células basales apolilladas por degeneración hidrópi- ca y una amplia banda de un denso infiltrado infla- matorio compuesto de linfocitos, localizado por de- bajo y en estrecho contacto con el epitelio basal.

Tratamiento: No existe el especffico, la vita- minoterapia y la estabilización emocional del pacien- te parecen favorecer la recuperación; administración general de corticoesteroides eficaces en erosiones y ulceraciones.

-Moniliasis o Candidiasis:

Es una enfermedad causada por infección con el hongo "Candida Albicans" o monilia, éste se en- cuentra con relativa frecuencia en la cavidad oral - sin producir sintomatología clínica, por lo que pare- ce ser que la sola presencia del hongo no es sufi- ciente para producir la enfermedad, sino que deben existir otras condiciones tales como: desnutrición, - avitaminosis, debilidad, condiciones locales, etc. -- (anodoncia, falta de higiene, irritación por prótesis mal adaptadas); es frecuente en el recién nacido ya que puede infectarse por la candidiasis en el conduc- to vaginal materno.

El aumento en la prevalencia del padecimien- to se debe a la utilización indiscriminada de anti- bióticos de amplio espectro que produce un desequi- librio en la flora bucal y provoca la desaparición - de algunos microorganismos que coexisten con el - candida albicans y evitan su proliferación exagera- da. La lesión se observa como una placa blanca -- blanda ligeramente elevada, descrita algunas veces como nata de leche, formada esencialmente por co-

lonias de hongos.

Es más frecuente en la lengua y mucosa bucal, puede aparecer también en paladar, encía, piso de boca y comisura de los labios.

En casos severos, toda la cavidad bucal puede estar afectada, se observa también en los procesos alveolares de pacientes desdentados.

El diagnóstico diferencial se realiza con otras lesiones blancas en placas, ya que la moniliasis puede ser separada o retirada del tejido subyacente, dejando una superficie sangrante, en cambio la leucoplasia, leucodema y líquen plano permanecen adheridas.

En la mayoría de los casos los hongos quedan limitados a las capas superficiales del epitelio y sólo en casos severos invaden las capas internas formando micro-abscesos.

Tratamiento: Indicado el uso de agentes antifungicidas como la nistatina, tanto en forma sistémica como local.

-Leucoplasia:

Lesión precancerosa que se caracteriza por ser una placa fija de color blanco grisáceo o blanquizco que se presenta en cualquier lugar de la boca, con formas y tamaños variables. La lesión llana es elevada con superficie aspera, arrugada y correosa, de bordes periféricos bien limitados y de consistencia dura. A veces se observan erosiones persistentes o ulceraciones crónicas en la placa queratósica o

cerca de ella, por lo que se considera como lesión precancerosa.

Su diagnóstico diferencial es con los carcinomas o las neoplasias malignas (exploración biopsica).

Histológicamente hay una capa anómala o excesivamente gruesa de queratina, disqueratosis en el epitelio escamoso subyacente, con pérdida de la -- orientación y entrecruzamiento de las capas celulares y anomalías en el tamaño, forma, y tinción característica de las células.

Son más frecuentes en los varones que en -- las hembras, como causas predisponentes son la -- irritación crónica, hábito de fumar, tanto en pipa -- como cigarro, masticación de tabaco, utilización prolongada de pastillas con aceites esenciales, líquidos y alimentos calientes, factores sistémicos como malnutrición, insuficiencia vitamínica, alcoholismo, embarazo, síndromes de mal absorción.

Las placas localizadas tienen intensa reac- - ción inflamatoria, las lesiones muy redondeadas planas, erosivas acompañadas de síntomas de hiperestesia, dolor y sensación de ardor.

Tratamiento: deben identificarse los factores irritantes, si la lesión es pequeña y bien localizada, estará indicado realizar la extirpación quirúrgica, - pero si es extensa está contraindicada la extirpación puede intentarse un tratamiento con vitaminas, sobre todo con altas dosis de vitamina A; hay que pronos- ticar que no haya transformaciones del aspecto clíni

co de la lesión, si se observa se realizará una nueva biopsia.

-Hemangioma o Nevus Vascular:

Es una neoplasia benigna caracterizada por la proliferación de capilares sanguíneos. Generalmente de origen congénito y que en la mayoría de los casos sigue un curso benigno. Es más frecuente en la mujer que en el hombre, en la boca se observa como una placa de color rojo oscuro o azul, que generalmente palidece a la presión plana y bien circunscrita, aparece con más frecuencia en labios, lengua y paredes laterales de la boca extendiéndose muchas veces a la piel anexa de la cavidad bucal.

Histológicamente está compuesto por una gran cantidad de pequeños capilares y células endoteliales con núcleos hipercromáticos, así como de tejido conjuntivo.

Tratamiento: como el proceso es benigno en la mayoría de los casos no requiere tratamiento, pero cuando está indicado será quirúrgico por radioterapia, electrocauterización y en la extirpación de líquidos esclerosantes.

3.- PISO DE BOCA:

a) Trastornos del desarrollo de glándulas salivales:

- **Aplasia:**

Ausencia congénita de las glándulas salivales principales o mayores (Parótida, sublingual y submaxilar).

Puede faltar cualquiera de ellas o varias, -- unilateral o bilateralmente.

Esta anomalía es de etiología desconocida.

Si falta congénitamente la glándula submaxilar (que es la que secreta más saliva), se produce una xerostomía o disminución del flujo salival.

Se pueden considerar como factores etiológicos:

- Aplasia glandular salival.
- Radiación roentgen.
- Deficiencias vitamínicas.

En pacientes con xerostomía, hay tendencia a la lesión cariosa y enfermedad parodontal causada por la placa bacteriana. Clínicamente la mucosa se presenta lisa, seca o a veces multilobulada, con tendencia a acumular residuos, se presentan múltiples grietas en los labios y fisuramiento en las comisuras.

En la lengua, la deficiencia salival se manifiesta por la atrofia de las papilas, inflamación, fisuramiento y en casos graves, por zonas de desnudación por gran descamación epitelial.

El piso de boca y mucosas presenta sensibilidad, ardor, dolor de la membrana y lengua como síntomas comunes.

-Hipertrofia:

El aumento de tamaño de una sola glándula principal puede ser consecuencia de una inflama-

ción localizada, quiste o neoplasia asociada a sialorrea, xerostomía o secreción salival normal.

La hipertrofia bilateral se debe en ocasiones a un proceso inflamatorio como las paperas, sarcoidosis o una infiltración neoplásica difusa, o bien a factores desconocidos, relacionados con la mala nutrición, cirrosis alcohólica, trastornos hormonales.

- Aberraciones:

Cuando se desarrolla tejido glandular salival en lugares en los que no se haya normalmente (región cervical, ganglios linfáticos, intraparotídeos y paraparotídeos) o si el tejido glandular salivar está aislado y no tiene conducto secretor, hablamos de glándulas salivales aberrantes o heterotópicas.

- Atresia:

La oclusión congénita de uno o más de los conductos de las glándulas salivales principales. Es sumamente raro produciendo una xerostomía relativamente severa. Cuando existe un quiste por retención mucosa, también se produce una atresia.

b) Pseudoquistes (no presentan cubierta epitelial).

- Mucocele:

Pseudoquiste por retención mucosa que provoca aumento de volumen en tejidos blandos.

Etiología: pseudoquistes de retención (acumulación de sustancia salival sin salir al exterior o cavidad bucal, causada por obstrucción del conducto de la glándula dada por sialolitos (cálculo salival); estenosis (conducto con calibre pequeño) del conduc

to postraumático que no permita salida de saliva, - por un proceso infeccioso crónico (etapa de inflamación - cicatrización - tejido fibroso = estenosis del conducto).

Se encuentra en glándulas salivales menores (labiales, linguales, bucales, palatinas); casi siempre su secreción es mucoide.

Características clínicas: aumento de volumen de la mucosa que lo recubre (piso de boca), acumulación de secreción salival, el epitelio sigue la misma continuidad de la mucosa y es no patológico; tumefacción de consistencia blanda, fluctuante y bien definida, con aspecto azulado, asintomático, al momento de ingerir cualquier alimento se aumenta el diámetro del mucocele por la estimulación salival.

Tratamiento: quirúrgico o marsupialización, quirúrgico; eliminación excisional de la tumoración, disección roma con la eliminación de la glándula salival para evitar recidivas.

Marsupialización: quitar la cubierta superior de la glándula, se incide toda la periferia en forma circular y se quita toda la parte superior de la glándula con el fin de dejar el conducto comunicado a la cavidad oral.

- Ránula:

Es un quiste por retención, se presenta en forma característica en el suelo de la boca y es unilateral; se desarrolla asociado a los conductos secretores de las glándulas submaxilares o sublinguales y se debe generalmente a una obstrucción salival causada por un cálculo salival o por una sustancia orgánica blanda.

El aspecto clínico detallado depende muchas veces del tamaño y profundidad del quiste, generalmente es superficial, de pequeño tamaño de 1 a 3 cm. de diámetro. En estos casos, es una masa blanda, redondeada de superficie lisa, azulada o rojiza que hace protrusión en un lado del suelo de la boca. A veces es más grande, en cuyo caso desplaza la lengua e interfiere la función bucal, la ránula puede ser muy profunda, de forma que el grosor de los tejidos situados por encima enmascaran su aspecto generalmente translúcido y la proporciona un color rosado normal, lo más frecuente es que estas lesiones sean unas tumoraciones redondeadas de superficie lisa y de consistencia semisólida. Tiene importancia diagnóstica el hecho de que aumente de tamaño inmediatamente antes o durante las comidas y disminuya de tamaño después de las mismas.

Tratamiento: se elimina por la molestia que refiere el paciente o el dolor a la estimulación de la secreción salival en el momento de comer.

Marsupialización de la ránula: Se introducen dos agujas en la glándula, con una jeringa vacía se extrae el contenido quístico de color blanco hasta amarillo o ámbar, dependiendo del tiempo de evolución, posteriormente se introduce alginato fluido hasta tener el tamaño de la ránula, se espera a que gelifique, se hace una incisión en la base de la ránula y se corta todo alrededor eliminando toda la tapa de la lesión; posteriormente se sutura el piso de la boca con puntos aislados quedando el conducto con una salida hacia la cavidad oral; si hay sialolito se extrae por medio de sondas ensanchando el conducto y se elimina.

-Sialolitiasis, Piedra o Cálculo del conducto salival:

Es la presencia de concreciones cálcicas en conductos o glándulas salivales.

Características clínicas: muchos pacientes -- con sialolitiasis del conducto de una glándula salival principal se quejan de sentir dolor moderadamente intenso, en particular inmediatamente antes, durante y después de las comidas, debido a la estimulación psíquica del flujo salival junto con el aumento de tamaño de la glándula salival.

La glándula submaxilar y su conducto se ven frecuentemente afectado y se debe probablemente a que la saliva submaxilar es muy espesa y a causa de su elevado contenido de mucina.

Los sialolitos son redondos, ovoides o alargados, miden de unos milímetros a 2 cm o más de diámetro; el conducto afectado puede contener un -- sólo cálculo o varios, suele ser de color amarillo. Se forman por el depósito de sales cálcicas en torno a un núcleo central que puede componerse de células epiteliales descamadas, bacterias, cuerpos -- extraños o productos de descomposición bacteriana.

Tratamiento: los cálculos de mayor tamaño se eliminarán quirúrgicamente, si están cerca de -- la glándula o en ella y en particular, si son múltiples; puede ser necesario extirpar la glándula.

-Quiste Dermoide:

Variedad de quiste del desarrollo ya que se desarrolla a partir de las células epiteliales atrapadas debajo de la superficie durante el cierre o fu--

sión de los tejidos blandos durante la vida fetal, ya que estos atrapamientos pueden abarcar también - - células de otras capas germinales y ya que los componentes no epiteliales pueden participar también en el proceso del desarrollo, el quiste dermoide contiene siempre tejidos y estructuras de origen no epitelial.

Los quistes dermoides tienen diversas localizaciones, como son el paladar, ángulo de la mandíbula, glándulas salivales y en los testículos y los ovarios. Sin embargo, en la región de la boca, la localización más frecuente es en la línea media del suelo.

El aspecto clínico de un quiste dermoide en esta región depende de su profundidad.

Cuando está por encima del músculo geniohioideo o el quiste es una masa o tumoración de tamaño variable (2 ó más cms. de diámetro) redonda de superficie lisa, bien delimitada de color rosado, situada en la línea media del suelo de la boca. La palpación muestra muchas veces que la masa es semisólida, pero su consistencia depende a menudo del contenido variable del quiste.

Con frecuencia la lesión es de un tamaño lo suficientemente grande como para desplazar la lengua e interferir la función bucal.

Cuando el quiste dermoide se localiza por debajo de los músculos geniohioideos, se ve fuera de la boca como una tumoración de la línea media de superficie lisa, inmediatamente por debajo del mentón.

A veces el quiste dermoide se infecta secundariamente, en cuyo caso, los signos se superponen al cuadro y a veces se aprecia un conducto fistuloso que se abre en la boca o en la piel.

De gran interés en el diagnóstico es el hallazgo de anexos cutáneos en la pared del quiste como glándulas sebáceas, sudoríparas e incluso folículos pilosos.

Tratamiento: extirpación quirúrgica.

-Quiste Epidermoide:

El quiste de desarrollo epidermoide se parece al dermoide en que se forma también, a partir de las células epiteliales atrapadas al cerrarse las capas de tejidos blandos durante el desarrollo fetal. Su localización, patogenia y aspecto clínico se parece y no se pueden diferenciar de las del quiste dermoide, excepto, en que cuando el quiste epidermoide es más superficial, carece del carácter pastoso del dermoide. Sin embargo, histológicamente el quiste epidermoide se diferencia del dermoide ya que consiste únicamente en un revestimiento de epitelio escamoso estratificado, generalmente bien queratinizado y una pared de tejido fibroso, faltan los anexos cutáneos (glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y folículos pilosos), que es lo que le diferencian del quiste dermoide.

El quiste epidermoide puede considerarse también como un quiste de inclusión. Además de desarrollarse a partir de los atrapamientos suturales o fisurales de epitelio, puede formarse a partir de las masas epiteliales que se han separado de la superficie epitelial. Estas inclusiones pueden ocurrir durante el desarrollo o pueden resultar de un

traumatismo en el que el epitelio haya sido desplazado de manera anormal.

Los quistes epidermoides de inclusión pueden localizarse en diversos tejidos blandos como --suelo de la boca, repliegues mucobucales, mejillas, etc., dentro de los maxilares, donde se cree que --se deben a epitelio gingival desplazado o incluso a una causa odontogénica.

En la variedad por inclusión, los datos histológicos son de un quiste de desarrollo localizándose en líneas de sutura del desarrollo.

Tratamiento: extirpación quirúrgica.

4. - CARRILLOS:

a) Trastornos del desarrollo:

-Gránulos de Fordyce:

Es una denominación aplicada a glándulas --sebáceas aberrantes que se presentan en la mucosa de los labios y mejillas o paladar, esta anomalía --es debida a la inclusión de ectodermo con su potencial glandular en el momento de la fusión de los --procesos maxilares superiores e inferiores.

Es un trastorno del desarrollo. La afec--ción no produce síntomas y se manifiesta general--mente en la pubertad, cuando el número de gránu--los de Fordyce aumenta simultáneamente con el desarrollo cronológico de otras glándulas sebáceas de la piel. Se calcula que el 75% de las personas tie--nen gránulos de Fordyce. Clínicamente los gránulos aparecen como manchas maculopapulares, agrupadas o diseminadas, discretas, ligeramente elevadas --

de 1 a 2 mm de diámetro. Suelen ser amarillas, pero algunas veces adquieren una tonalidad blanca bronceada, la coalescencia de pequeños gránulos forma lesiones en forma de placa que miden 1 cm ó más de diámetro.

Con frecuencia los gránulos son bilaterales y simétricos; a veces se observa un pequeño orificio en el centro de cada uno.

La localización más frecuente de las lesiones es la mucosa de las mejillas en contacto con los molares y bicuspídeos, para el área retromolar al lado del pilar anterior de las fauces es una localización casi tan frecuente como la primera. A menudo también están afectados los tejidos de la mucosa labial, la encía palatal es la localización más rara. Algunas veces las glándulas se irritan por traumatismos, por el fumar, por infecciones y de esta manera se hipertrofian.

Como los gránulos de Fordyce no tienen importancia patológica, no es recomendable ninguna intervención.

-Anomalías Fisurales de la Mucosa Bucal:

La deficiente unión de los esbozos embrionarios maxilares y mandibulares, además de originar una macrostomía puede dar lugar a otras dos anomalías, el sulcus buccalis y el torus buccalis.

El sulcus buccalis es una indentación en la mucosa de la mejilla a nivel del plano de oclusión de los dientes estando más marcado en la comisura de los labios. El torus buccalis es un pliegue de tejido con la estructura de una franja fibro-

sa, que se presenta en la mucosa de las mejillas a nivel del plano de oclusión de los dientes. Puede sobresalir de la superficie hasta 5 mm y se extiende desde la comisura de los labios hasta la región molar, comprendiendo a esta su localización y forma; lo exponen a acciones irritantes y traumáticas durante la masticación y por este motivo puede ulcerarse, hipertrofiarse y queratinizarse.

b) Lesiones Específicas:

- Fibroma:

Es una neoplasia benigna, se presenta en personas de todas las edades y con igual frecuencia en ambos sexos, puede proceder de casi cualquier tejido blando de la boca, principalmente la mucosa bucal, lengua y encías.

Es una masa de tamaño variable, prominente, de unos pocos mm a varios cms. de diámetro. El tumor es de superficie lisa y de forma curva simétrica, redondeada, ovalada o elíptica. Su base puede ser sésil, pero generalmente se adhiere a los tejidos subyacentes por medio de un estrecho pedículo, con lo que resalta aún más su carácter localizado y bien limitado, su color es parecido a los tejidos normales contiguos o algo más pálido y su consistencia es semisólida o dura, debido al contenido de tejido fibroso menos compacto que el de la lesión típica. Cuando se localiza en el interior de tejidos que se pueden comprimir (mucosa bucal, lengua, tejidos de suelo de la boca, etc.), el fibroma puede desplazarse con facilidad de uno a otro lado sin alterar los tejidos que lo rodean.

Cuando las lesiones se localizan entre los dientes, su forma generalmente redonda se altera -

por las estructuras duras dentales y sus superficies están muy inflamadas o incluso ulceradas por las irritaciones debidas a la masticación; los fibromas de las otras regiones de la boca, la irritación y los episodios traumáticos pueden producir alteraciones ligeras o muy intensas, dando lugar a veces a masas deformes, infecciones secundarias muy extensas y profundas ulceraciones.

Histológicamente el fibroma consiste en haces de tejido conjuntivo fibroso con cierto número de fibroblastos y fibrocitos diseminados en el interior con vascularización variada.

Tratamiento: consiste en la extirpación quirúrgica total.

- Penfigoide de Mucosas:

Es una enfermedad de evolución crónica benigna e intermitente caracterizada por la presencia de lesiones bulosas, debe distinguirse del Penfigo vulgar y únicamente los estudios histopatológicos pueden establecer su diferencia.

Los sitios habituales de la lesión son la cavidad bucal y las encías, manifestándose en la región sublingual. Los tejidos circunvecinos a la lesión tienden a desprenderse con facilidad, produciendo lesiones ulcerativas, por lo cual el paciente asocia un estado de caquexia y desnutrición.

Las lesiones se caracterizan por ser elevaciones de color blanquecino, pequeñas, y tienden a unirse unas con otras, le causan al paciente sensación de ardor y dolor de intensidad media en la boca, su período de evolución es variable y no --

hay tratamiento específico. Debe establecerse tratamiento sintomático.

-Estomatitis Ulcerativa Recidivante, Úlceras Aftosas Recurrentes:

Son úlceras dolorosas con sensibilidad al contacto que causan dificultades funcionales; en general las ulceraciones son múltiples en número de 3 a 10, raras veces son más numerosas hasta llegar a 60 en un sólo episodio; en ciertos casos puede observarse una sola ulceración, se encuentran en cualquier sitio de la boca, más frecuentes en mejillas, labios y lengua.

Son de tamaño variable, entre 1 a 10 mm de diámetro o más grandes por la fusión de varias, son de forma redonda u ovalada, con bordes bien marcados, son aplanadas, ligeramente deprimidas o ligeramente elevadas, su color es blanco grisáceo con un exudado serofibrinoso, los bordes están rodeados de una delgada zona de inflamación, los síntomas más frecuentes son dolor, sensibilidad al contacto y malestar. A menudo están implicadas las funciones de la boca como comer, hablar y tragar; los alimentos salados y picantes, frutas y bebidas ácidas y alcohólicas provocan dolor intenso e insuportable.

Su etiología es desconocida a pesar de que se han hecho varias e intensas investigaciones dando diferentes teorías como la herpética, vírica, hormonal, nutritiva, traumática, gastrointestinal, psicógena, etc. pero no se ha podido establecer la causa específica.

Tratamiento: cáusticos locales, vacuna anti-variola, gamma globulina, aplicación local de corticoesteroides.

4. - ENCIA:

- Gingivitis:

Inflamación de la encía que abarca encía marginal, insertada y papila interdental, puede ser el cambio primario y único característico, clínicamente la encía está sana; histológicamente no, es un factor que se superpone a otro tipo de enfermedades sistémicas. Se instala con lentitud y es de larga duración e indolora, salvo que se complique con exacerbaciones agudas.

Las gingivitis de acuerdo a su tipo de evolución se divide en:

- Aguda (Repentina, hay dolor)
- Crónica (Progresiva, se instala y es indolora).

Puede ser localizada, generalizada, limitada difusa papilares; hay cambios de color de la encía; consistencia, pérdida de la textura forma y tamaño aumento de volumen, sangrado e indolora.

La gingivitis aguda se caracteriza por encía de color rojo con textura brillante, lisa y edematosa, exudado inflamatorio formado por mastocitos, leucocitos polimorfonucleares y linfocitos.

La gingivitis crónica se caracteriza por variar el color dependiendo del tiempo de evolución -

desde rojo, rojo azulado, rojo oscuro por la mayor vascularización. Más afluencia sanguínea, los vasos se congestionan y por eso se debe el color rojo magenta; hay extravasación de eritrocitos y descomposición de la hemoglobina.

Histológicamente hay un exudado inflamatorio con presencia de células plasmáticas y linfocitos.

Etiología: Factores locales; mal posición -- dentaria, impactación de alimentos en diastemas, - traumatismos, stress emocional, placa bacteriana, - administración de dilantin en los epilépticos o heparin, respiradores bucales.

Tratamiento: eliminación de placa bacteriana, técnica de cepillado, gingivectomía y gingivoplastia.

-GUNA (Gingivitis Ulcero necrosante aguda)
Inflamación inespecífica aguda necrotizante en el margen gingival que abarca epitelio escamoso estratificado y tejido conectivo subyacente. Es de súbita aparición y se manifiesta como lesiones ulcerativas que poco a poco se van necrosando.

Existe inflamación generalmente muy dolorosa, acompañada de hemorragia y olor fétido característico.

La lesión puede ser localizada o generalizada, sin existir un área de preferencia.

Suele presentar una pseudomembrana (debajo de ésta hay una línea eritematosa) de fibrina, --

células epiteliales necróticas, leucocitos polimorfonucleares y varias clases de microorganismos.

El exudado de la lesión necrótica contiene -- cocos, bacilos fusiformes y espiroquetas, la franja entre tejido necrótico y tejido vivo contiene bacilos fusiformes, espiroquetas, leucocitos y fibrina.

Los signos generales son linfadenopatía local, aumento leve de la temperatura, casos graves, fiebre alta, pulso acelerado, leucocitos, pérdida -- del apetito decaimiento.

Al M/E primer zona bacteriana (bacterias - de tamaño pequeño mediano y grande; segunda zona de neutrófilos (leucocitos espiroquetas de diferente clase) tercera zona necrótica (células desintegradas, material fibrilar, restos de fibras colágenas, espiroquetas); cuarta zona de infiltración de espiroquetas, se observa tejido sano infiltrado con espiroquetas intermedias y grandes con otro microorganismos (microorganismos principales Borrelia de Vincentti, espiroquetas, bacilos fusiformes, cocos, leucocitos fibrina, células descamadas).

Olor fétido característico. Etiología: no es--tablecida, causa predisponente, stress, carencias nutricionales.

La lesión necrotizante en las papilas margi--nales y el margen gingival carcomido con pseudo--membrana que se desprende y deja áreas vivas, la encía marginal está afectada, la duración de la enfermedad es indefinida y no hay inmunidad compro--bada, es de evolución aguda, dolorosa y no contagio sa.

Tratamiento: Penicilina, gingivoplastia, valium.

- Gingivitis Herpética:

Es una infección viral de la cavidad bucal causada por el herpes simplex, se presenta frecuentemente en lactantes y niños menores de 6 años.

Signos bucales, características clínicas: lesión difusa eritematosa y brillante de la encía y la mucosa bucal adyacente. Presenta edema y hemorragia gingival, vesículas circunscritas, esféricas, puntiformes grises en encía, mucosa labial o bucal, paladar blando, faringe, mucosa sublingual y lengua.

A las 24 horas las vesículas se rompen y dan lugar a pequeñas úlceras dolorosas con margen rojo elevado y porción central hundida amarillenta o grisácea.

Dura entre 7 a 10 días, no quedan cicatrices.

Síntomas bucales: irritación generalizada de la cavidad bucal, las vesículas rotas son un foco de dolor con sensibilidad al tacto, variaciones térmicas, condimentos, jugos de frutas y movimientos de alimentos ásperos.

Síntomas generales: Manifestaciones herpéticas en labios y cara, vesículas y formación de costras, adenitis cervical, fiebre, malestar general, irritabilidad.

Histopatología: Exudado purulento, degeneración de células epiteliales, leucocitos polimorfonu--

cleares. La base de las vesículas se compone de células epiteliales edematizadas de capa basal y es trellada, cuerpos de inclusión, colonias de partículas virales, restos protoplasmáticos, células gigantes multinucleares.

Etiología: viral específica, eritema difuso y erupción vesicular, vesículas que se rompen y dejan úlceras esféricas u ovales levemente hundidas, lesión difusa de encía que puede incluir mucosa y labios. Se presenta en niños, duración de 7 a 10 días, ataque agudo que produce cierto grado de inmunidad y es altamente transmisible y contagiosa a las personas sensibles, se difunde por contacto directo por las vesículas y por la saliva, en las heces, orina y otras secreciones orgánicas, los besos, la tos y el estornudo son los medios de transmisión más probables, su período de incubación es de 7 días; no hay agente quimioterápico que suspenda o resuelva por sí la enfermedad. El tratamiento es paliativo (de sostenimiento, alimentos suaves -- agua, lavados bucales) los enfermos con cardiopatías, reumáticos o congénitos, disfunciones renales pueden requerir antibiótico. Se ha probado la gamma globulina, complejo B, Vitamina C.

-Gingivitis Estreptocócica:

Caracterizado por eritema difuso de encía y otras zonas de la mucosa, dominio de estreptococos (*streptococcus viridians*) eritema marginal con hemorragia marginal, no hay lesiones necrotizantes ni olor fétido.

- Absceso Gingival:

Un absceso es una colección localizada de pus en una cavidad formada por la desintegración de tejidos.

El absceso gingival es una lesión poco común que usualmente es causada por un cuerpo extraño como una cerda de cepillo de dientes o una partícula de alimento duro que se impacta en la encía.

La lesión aparece como una elevación roja lisa, brillante y tensa en encía marginal o papilar.

Antes de drenar la lesión es fluctuante y puntiaguda, el extremo aparece gris amarillento por el pus, después de fistulizar queda una especie de costra que puede formarse por restos de sangre (tejido granulomatoso).

Durante el intervalo anterior al drenaje, cuando el absceso está aumentado rápidamente de tamaño, el diente puede ser sensible a la percusión lateral, puesto que el absceso gingival no alcanza el hueso. Los hallazgos radiográficos son negativos.

Tratamiento; extirpación de la bolsa paradontal o legrado.

- Absceso Parodontal Lateral o Parietal:

Es una exacerbación aguda de una bolsa paradontal generalmente infraósea por obliteración parcial o total del orificio de la bolsa.

Clínicamente son similares en apariencia a los abscesos gingivales, el diente puede estar móvil y sensitivo a la percusión en dirección lateral.

Se divide en: Agudo, Subagudo y Crónico.

Agudo. - Con su proceso vascular y exudativo, acompañado de polimorfonucleares, un fenómeno crónico con un predominio de linfocitos y de células plasmáticas, una proliferación de fibroblastos, un fenómeno subagudo que es en intermedio de los dos precedentes.

Se clasifica también con fines terapéuticos en: Absceso organizado, drenado, fistulizado, no drenado y no fistulizado, abscesos en vía de organización, accesible, inaccesible.

En el caso de un absceso en vía de organización, la cantidad de líquido purulento es muy pequeña para ser observado en términos de evacuación.

Si la lesión es accesible es que habrá una vía directa y si es inaccesible se deberá a una morfología del defecto óseo.

Tratamiento de absceso organizado, drenado y fistulizado y separación, si no drena ni fistuliza se hará una incisión.

Absceso en vía de organización accesible, vía recta curetaje.

Inaccesible. - Bolsa paradontal que lleva trayectos sinuosos, se administran antibióticos.

VII. - C O N C L U S I O N E S

Entendemos que el medio ambiente se ha - deteriorado negativamente y tiene una influencia decisiva sobre los alimentos, los animales, el agua, - la tierra, el aire; los que repercuten directamente en la vida del hombre, sin embargo, consideramos que la mayor parte de estas enfermedades tratadas anteriormente pueden evitarse con una vida sana y una profilaxis constante de la boca.

Hoy en día gracias a los grandes avances - que ha tenido la medicina y al descubrimiento de - nuevos antibióticos las esperanzas de vida se han - superado en número de años y nos corresponde a - nosotros tratar de que éstos sean los más gratos po sibles.

No es una posibilidad sino un hecho el po- der de un diagnóstico, pronóstico y tratamiento con resultados satisfactorios.

El futuro de miles de enfermos se encuen- tra en manos de los cirujanos dentistas.

VIII. - B I B L I O G R A F I A

- a) Zegarelli, U. E. et al, Diagnóstico en Patología Oral. Ed. Salvat, S.A. 1979, Barcelona, 651 pgs.
- 2) Patología Buco Dental, Sistema de Universidad Abierta (SUA); 2a. Edición UNAM, 264 pgs.
- 3) Thoma. Patología Oral, Editorial Salvat 1980, - Barcelona, 1273 pgs.
- 4) Quiroz, G.F. Tratado de Anatomía Humana, Editorial Porrúa 1965 México, Tomo I, II y III.
- 5) Ham Arthur, Tratado de Histología. Ed. Interamericana 1975, 935 pgs.
- 6) Giunta John, Patología Bucal, Ed. Interamericana 1978, 1a. Edición. México, 123 pgs.
- 7) Glickman y Irving, Periodontología Clínica. Ed. Interamericana 1974 4a. Edición, México 999 pgs.