

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Lo Bo



# DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES BLANCAS EN CAVIDAD ORAL

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A N:**  
GERARDO ATILANO DE LA TORRE  
FERNANDO MERCADO CERECEDO



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## I N D I C E

	Pág.
P R O L O G O	1
INTRODUCCION	3
HISTORIA CLINICA	8
ANATOMIA DE TEJIDOS BLANDOS EN CAVIDAD ORAL	15
DIAGNOSTICO SISTEMATICO	34
LESIONES BLANCAS SIN HIPERQUERATOSIS	36
LESIONES BLANCAS CON HIPERQUERATOSIS O PRE- MALIGNAS O PRECANCEROSAS	71
C O N C L U S I O N E S	81
B I B L I O G R A F I A	88

P R O L O G U E

La patología oral es una de las ramas más importantes dentro de la Odontología, que estudia el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a la cavidad oral. Constituye una base principal, conocer, identificar y diferenciar cada una de las enfermedades existentes para lograr dar un enfoque terapéutico completo y correcto.

Aprovecho la oportunidad para describir y analizar las numerosas lesiones blancas existentes en la cavidad oral, ya que hoy en día son de gran interés estos padecimientos, pues algunas de ellas son consideradas como premalignas o precancerosas. Por lo cual es de suma importancia para el Cirujano Dentista diferenciar la patogenia de cada una de las lesiones y sus complicaciones patológicas, haciendo el diagnóstico en base a la exploración clínica referente a la consistencia, cambios de color, aspecto de la superficie, tiempo de evolución, sensibilidad y respuesta al tratamiento para lograr una rehabilitación bucal adecuada.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

La Patología Oral, rama fundamental de la Odontología -- Clínica, constituye una base principal del diagnóstico y enfoque terapéutico de las lesiones de la cavidad oral.

Las enfermedades son una respuesta de cambios tisulares-- producidos por un factor etiológico, los cuales se reconocen en el cuadro clínico. La cavidad oral está constantemente ex puesta a cualquier tipo de infección y su funcionamiento puede ser perturbado por múltiples enfermedades, cuya evolución-- puede llevar a la multiplicidad, variedad y frecuencia de las diferentes afecciones bucales.

Las lesiones blancas ya sean sin hiperqueratosis o hiperqueratósicas son un grupo de enfermedades las cuales están re lacionadas por tener al menos una característica común, sobre todo cuando se presentan en los tejidos de la boca. Son le-- siones no móviles de color gris o blanco grisáceo, su blancu-- ra característica se debe a la queratina (proteína o sustan-- cia fundamental de la capa córnea del tejido epidérmico) que-- forma en su totalidad o en parte la porción más externa de la lesión, considerando a este grupo de enfermedades como producto ras y que depositan queratina.

Las lesiones sin hiperqueratosis son padecimientos bas-- tante frecuentes y de poca importancia clínica, ya que se con-- sideran como pequeñas alteraciones caracterizadas por cambios

de color de superficie, edema e hiperplasia epitelial sin relacionarla con cambios en la queratinización, sino por irritaciones, hábitos orales, traumatismos y microorganismos.

Las lesiones con hiperqueratosis se caracterizan por la hipertrofia de la capa córnea o la existencia de una capa anormal de queratina, considerada como una lesión precancerosa o disqueratósica, puede localizarse en cualquier parte de la boca con tamaños y formas distintas y para diagnosticarse es necesario hacerlo histológicamente.

Para poder describir, analizar y diferenciar las lesiones blancas de la cavidad oral es necesario seguir una serie de pasos para poder dar un diagnóstico, pronóstico y tratamiento adecuados.

El clínico se debe basar en los siguientes pasos:

#### MANIFESTACIONES CLINICAS.

Es la identificación del aspecto de la lesión basándose en la observación y valoración de los signos y síntomas de la patología.

#### SIGNOS.

Son las manifestaciones objetivas percibidas por el clínico.

#### SINTOMAS.

Son las manifestaciones de la enfermedad, que se presen-

tan durante o después de la agresión de un agente morboso. Pueden ser síntomas subjetivos, que solamente el paciente aprecia: síntomas patognomónicos, característicos de una determinada enfermedad.

#### DATOS ANAMNESICOS.

Se obtienen valorando de forma adecuada la información obtenida al realizar la historia clínica.

#### OBSERVACION RADIOLOGICA.

Es un medio rápido de identificación a través de estudios radiográficos, en aquellas enfermedades cuyas características radiográficas sean específicas y patognomónicas.

#### PRUEBAS DE LABORATORIO.

Teniendo resultados mediante pruebas que nos llevarán a un diagnóstico correcto.

#### DATOS HISTOLOGICOS.

Con esto se logra el diagnóstico definitivo y se diferencia con exactitud las lesiones a tratar, ya que nos da las características histológicas de un proceso patológico determinado por medio de una biopsia.

#### HISTORIA.

Es la base de un proceso patológico, un diagnóstico que nos ayuda a entender la enfermedad, desde un diagnóstico terapéutico y pronóstico.

#### PATOGENIA.

Son los conocimientos que se refieren a todo el proceso patológico, su comienzo, desarrollo, variedad, evolución y -- por último su resolución.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Es el método de diagnóstico de más confianza, ya que proporciona un grado de seguridad efectivo con la acumulación y elección de datos importantes de la enfermedad para poder establecer posteriormente un diagnóstico definitivo correcto.

#### DIAGNOSTICO.

Se establece antes o después del período inicial del tratamiento, se basa por lo general en manifestaciones clínicas -- radiográficas, datos anamnésicos e histológicos que corroboren la enfermedad.

#### PRONOSTICO.

Es la predicción de la evolución probable de una enfermedad.

#### TRATAMIENTO.

Es el conjunto de medios de toda clase, ya sea higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos que se ponen en práctica para la curación y alivio de las enfermedades.

HISTORIA CLINICA



ticos, fímicos, diatésicos, neoplásicos, alérgicos, traumatismos, fracturas, transfusiones y antecedentes quirúrgicos.

ESTADO ACTUAL.- Padecimiento actual, síntomas y signos- que el paciente nos refiere en cuanto a su enfermedad, fecha- de iniciación, evolución, cambio, síntomas actuales, resulta- dos y si fue tratado terapéuticamente.

APARATOS Y SISTEMAS.- Aparato Digestivo, Respiratorio,- Circulatorio, Genito-urinario, Sistema Nervioso, Linfático, - Osteomuscular, Organos de los sentidos, piel y sus anexos. -- Hincapié del padecimiento actual enfocado en los aparatos y - sistemas.

SINTOMAS GENERALES.- Peso, temperatura, astenia y adina- mia.

EXAMENES PREVIOS.- Rayos X, 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, mar- cha, facies, movimientos anormales, actitud - cooperador o --

no — habitus exterior, ubicado o no en sus tres esferas.

CABEZA - (cráneo y cara), forma (normocéfala), implantación del pelo según edad y raza, alopecia, frente, cejas simétricas pobladas o no, ojos simétricos, reflejos motomotor, reflejo luminoso, pupilas, movimientos, respuestas, nariz-forma, tamaño, narinas (permeables o no).

EXPLORACION DE LA BOCA.- Debe realizarse de forma ordenada y total, debe comprender un examen detallado de cada tejido y estructura no omitiendo ninguno. Debe procederse en el siguiente orden:

a) Labios.-

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

b).- 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.

c).- Mucosa bucal.-

La inspección y la palpación para determinar el contorno,

configuración, color, orificios de las glándulas parótidas y la presencia o la ausencia de lesiones en la mucosa bucal.

d).- Pliegues Mucobucales.-

Exploración de los pliegues mucobucales superior e inferior.

e).- 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.

f).- Orofarínge.-

Inspección en busca de señales de lesiones en la región tonsilar y en la garganta, susceptible de ser enviados al cirujano de la cabeza o cuello o al internista.

g).- Lengua.-

Exploración de la lengua estando dentro de la boca, extendida, 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 linfóide y lesiones.

h).- 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.

i).- Encía.-

Determinación del color, forma y configuración de la encía, buscando anomalías y lesiones como inflamaciones hipertróficas, retracciones y ulceraciones.

j).- Dientes.-

Exploración completa, realizando una amplia serie de radiografías dentales (estado de los dientes, orificios alveolares, imagen trabecular, límites anatómicos y de las coronas), interpretación del diagnóstico y tratamiento.

k).- Cierre.-

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

CUELLO.- Tráquea, posición central o móvil, forma, consistencia, si se palpa la tiroides o no, ganglios (adenopatías).

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

COLUMNA VERTEBRAL.- Curvaturas, posición, dislocaciones,

etc.

EXTREMIDADES.- Deformaciones, tumefacciones, enrojecimiento, atrofas musculares.

ANATOMIA DE TEJIDOS BLANDOS EN  
CAVIDAD ORAL

Para poder comprender la patogenia de las enfermedades de la mucosa bucal, así como analizar, precisar y describir sus complicaciones patológicas de los diversos tejidos, es fundamental conocer las estructuras normales y la anatomía de cada una de ellas para poder diagnosticar una lesión bucal.

Las enfermedades que se observan en la boca son tan frecuentes como variadas, pueden propagarse por contigüedad de la superficie cutánea hasta la cavidad bucal, manifestándose en ella los trastornos patológicos comunes a todas las mucosas y las afecciones generales que dibujan en ella sus rasgos más sobresalientes.

La boca es un orificio común de las vías respiratorias y digestivas y está constantemente expuesta a todo tipo de infección, por lo que se empezará a mencionar la anatomía de las estructuras a tratar.

#### CAVIDAD BUCAL

Es una cavidad situada en la cara, por debajo de las fosas nasales y por encima de la región suprahioidea y dividida por los arcos dentarios en dos porciones.

En la boca se distinguen seis paredes: pared anterior o por delante, los labios y el orificio bucal, pared posterior o por detrás formada por el velo del paladar y los del istmo-

de las fauces, la pared superior o por arriba integrada por la bóveda palatina y el maxilar superior, la inferior o por debajo que corresponde a la lengua, al piso de la boca y a la mandíbula, finalmente las dos paredes laterales constituidas por las mejillas.

### LABIOS

Constituyen la pared anterior de la cavidad bucal, son dos repliegues músculomembranosos móviles, uno superior y uno inferior. Son verticales y delgados o gruesos dependiendo de la raza. Presentan una cara anterior y la otra posterior, un borde adherente y otro libre y dos extremidades.

La cara anterior en el labio superior posee un surco medio que se extiende del subtabique al borde libre del labio, donde termina en el tubérculo superior. (Figura No. 1)

El labio inferior, su cara anterior presenta una 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 el labio geniano y para el inferior por el surco mentolabial, por su cara posterior constituida por el surco gingivolabial, donde se hallan los frenillos en la línea media. (Figura No. 2)

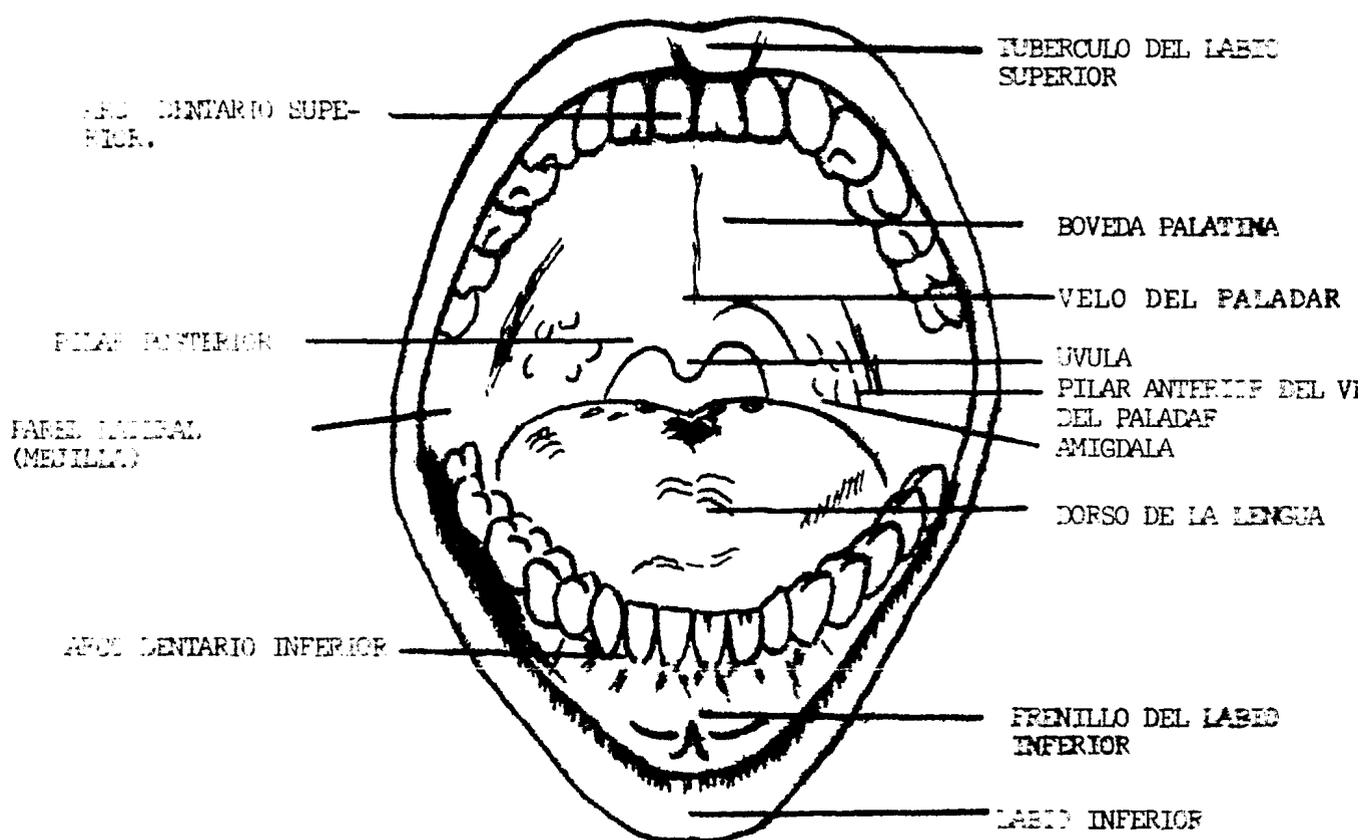


FIGURA No. 1 - CAVIDAD BUCAL

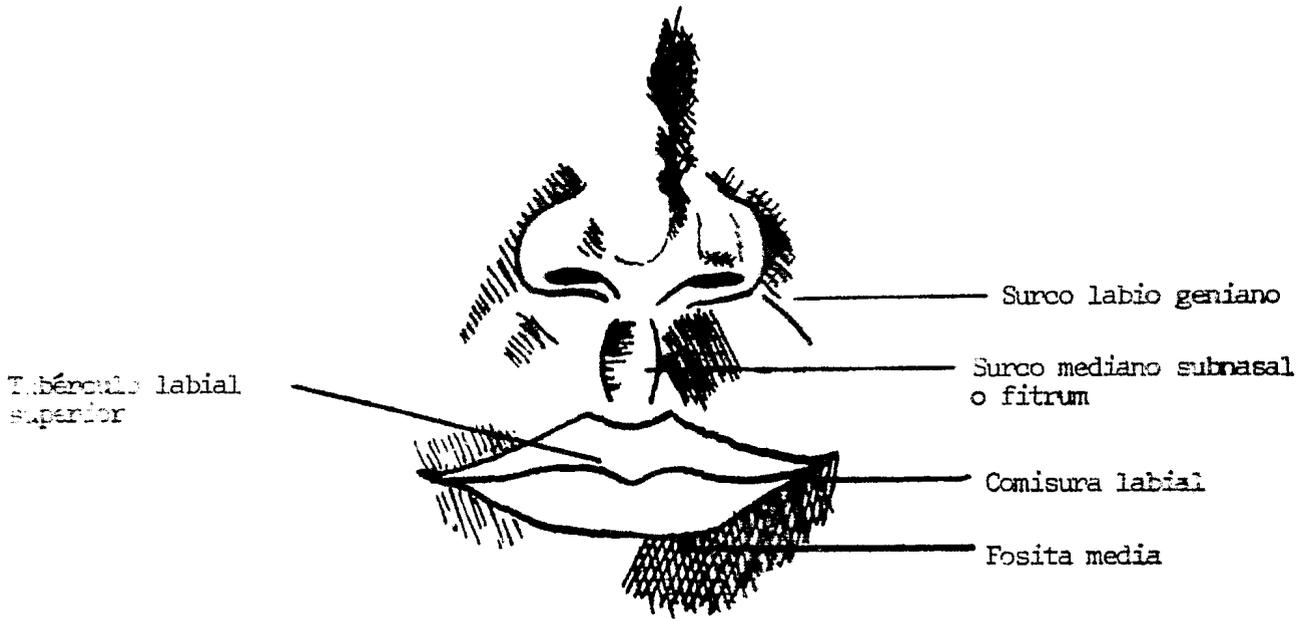


FIGURA No. 2 - CARA ANTERIOR

El borde libre presenta una coloración roja o rosada. --  
Las extremidades de los labios se unen formando las comisuras de los labios y sus bordes 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 DEL TEJIDO CELULAR.

3.- CAPA MUSCULAR.

Orbicular de los labios, elevador del labio superior, -- elevador del inferior, cuadrados del mentón, triangulares de los labios, buccinador, cigomáticos, risorio de Santorini.

4.- CAPA SUBMUCOSA.

Formada por tejido conjuntivo, fibras elásticas que contienen glándulas labiales (serosas y mucosas).

5.- CAPA MUCOSA.

Cubre la cara posterior del labio, se continúa 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, nervioso 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 a abajo en su extremidad anterior. En él radica el sentido del gusto, 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 califormes o circunvaladas; atrás de éstas los pliegues oblicuos hacia atrás y abajo (glándulas foliculares) y más atrás tres repliegues llamados gloscepiglóticos medianos 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 en el piso de la boca, tiene una línea media, un repliegue mucoso o frenillo de la lengua o a los lados de éste en su parte más posterior los tubérculos donde desembocan los orificios del canal de Wharton. Las venas raninas 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.

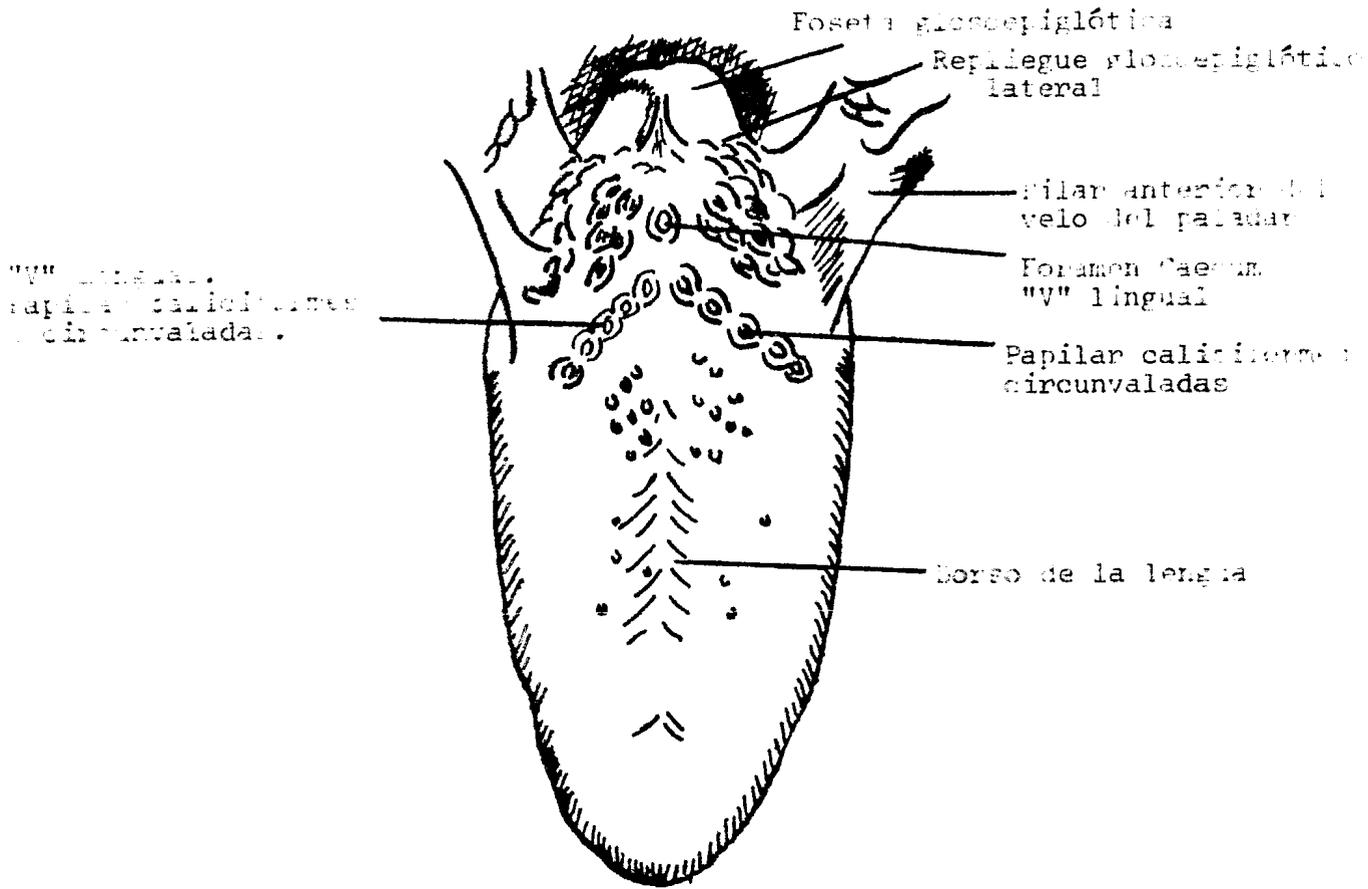


FIGURA N. 4 - LENGUA

**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 gloepiglóticos en su parte anterior corresponden a los músculos genihioides y milo hioides.

**VERTICE PUNTA.-** Aplanado en sentido vertical, presenta en la línea media un surco donde convergen los surcos medianos superior e inferior.

Se distinguen en la lengua las siguientes partes: un esqueleto fibroso, músculos de la lengua, mucosa lingual.

Las partes blandas apoyadas en el hueso hioides, dos membranas fibrosas y el corión de la mucosa, membrana hieglosa y septum..

**LINGUAL.-** Los músculos de la lengua son ocho pares y un impar.

Pares: Geniogloso, Hiegloso, Estilogloso, Palatogloso, - Faringogloso, Amigdalogloso, Lingual Superior y Lingual Inferior.

Impar: Transverso de la lengua.

La consistencia y adherencia de la mucosa a los músculos es fuerte y su sensibilidad más delicada. Esta consistencia es muy marcada en el tercio medio de la cara superficial.

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; 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 corión, 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, originando 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 faríngeo.

En su extremo posterior el 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 formadas por las papilas circunvaladas encontramos pliegues que siguen la misma dirección de la dicha "V".

En las porciones laterales y posteriores existen replie-

gues salientes formados por papilas foliadas.

En las porciones laterales y posteriores existen repliegues salientes formados por papilas foliadas.

Por detrás de la lengua se observan eminencias formadas por las glándulas foliculosas y orificios de ellas, que le dan a la base de la lengua un aspecto rosado e irregular. En su parte más posterior encontramos los repliegues glosopiglóticos medios y laterales.

CARA INFERIOR DE LA LENGUA.- La mucosa de la cara inferior es transparente y se observa un repliegue simple o doble 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 mucosa de la lengua encontramos las glándulas foliculosas y las papilas; en la cara inferior a los repliegues, los orificios de desembocadura de las glándulas salivales.

Por delante del surco terminal encontramos una serie de salientes que son producidos por el corión a las cuales se denominan papilas, éstas se dividen en simples y compuestas. Dentro de las simples encontramos a las hemisféricas (numerosas y muy pequeñas) que presentan formas cónicas, cilíndricas, etc.

Entre las compuestas observamos las foliadas, que se encuentran representadas por pliegues 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 corpúscu- los 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 presente cor- púsculos del gusto en su superficie.

Se mencionan cinco variedades de las papilas: fungifor- mes, foliadas, hemisféricas, filiformes y calciformes o cir- cunvaladas.

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 son las más numerosas (se calculan en número de 20,000), se encuentran distribuidas en surcos paralelos a la "V" lingual, en los 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; en otras ocasiones están dispuestas de tal -

modo que las proyecciones epiteliales pueden encontrarse invertidas hacia dentro o hacia fuera. La porción basal o papila primaria se une al corión 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 seis a diez papilas circunvaladas o calciformes, están formadas por un mamelón central convexo que recuerda a 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 las 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 calciformes, anulares o circunvaladas, debido también a la apariencia de una muralla anular. En el foso se abren glándulas mucosas.

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

Las papilas circunvaladas varían 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 un aspecto de segmento de esfera irregular. En ocasiones son ovoides o romboidales, 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 fibroelástico que acompaña a los haces musculares sin existir su mucosa.

El sentido del gusto radica en la "V" lingual, en los 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 faríngea inferior).

La circulación venosa, desemboca a las venas linguales, catélices 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 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 o por terminaciones intraepiteliales; también emiten ramos que van a los corpúsculos de Pacini, a los de Meissner y a los de Ruffini (corpúsculos del tacto existente de la lengua).

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

#### PISO DE LA 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 es paco contiene la glándula sublingual, sus canales de excre-- ción, los vasos, nervios, el canal de Wharton y parte de la -- glándula submaxilar, elementos todos contenidos en una atmós-- fera de tejido celular, que comunica con el espacio submaxi-- lar, por el borde posterior del milohioideo.

El espacio descrito se encuentra lleno de tejido conjun-- tivo, en medio del cual se hallan los elementos citados. En -- el 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 órbi-- ta por arriba, el borde del maxilar inferior por abajo, el -- borde posterior del masetero por atrás y la comisura de los -- labios por delante, tienen 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. Presenta al nivel del segundo molar superior, el orificio de desembocadura del conducto de Stenon.

Las mejillas están constituidas de afuera a dentro 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 halla 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 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. Presenta al nivel del segundo molar superior, el orificio de desembocadura del conducto de Stenon.

Las mejillas están constituidas de afuera a dentro 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 halla 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 al 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 paratídeos 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.

#### ENCIA

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, cubre igualmente los arcos alveolares y la superior se continua con la mucosa palatina mientras la inferior se prolonga con la mu

cosa que reviste el piso de la boca.

Al nivel del borde libre de los arcos dentarios terminan festones cuya concavidad abarca la cara vestibular y la cava lingual del cuello del diente y cuyos extremos contiguos se unen entre sí. Estas extremidades se insinúan en 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 p<sup>o</sup>fisis interdientaria y cuyo vértice se aproxima 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 la caries.

DIAGNOSTICO    SISTEMATICO

Un buen diagnóstico es esencial para el éxito del tratamiento y el pronóstico y para establecer las medidas necesarias para evitar la recurrencia de una enfermedad. Para diagnosticar correctamente una afección, debe seguirse un orden sistemático.

Nos valemos del diagnóstico clínico para descubrir los síntomas subjetivos: como son dolor, tumefacción, descoloración, hemorragia, supuración, salivación perturbada y trastornos de la deglución, los signos subjetivos no son de gran valor, como: localización de la lesión, color, tamaño, características de la superficie, consistencia, relación de la lesión con su base y secreción. Cuando los síntomas subjetivos y los signos objetivos no son característicos, hacemos una correlación entre los hallazgos clínicos y los histológicos. Con esta mira efectuamos una biopsia de la lesión, la cual consiste en un simple procedimiento quirúrgico para remover una parte de la lesión o toda ella, incluyendo una porción de tejido normal adyacente.

El tipo de examen médico al cual vamos a someter al paciente, es dado por el tipo de padecimiento y lesión; así por ejemplo si se presumen trastornos en los órganos generadores de la sangre debe hacerse un análisis de sangre. Una vez obtenidos todos estos datos podemos llegar a tener nuestra historia clínica.

LESIONES BLANCAS SIN HIPERQUERATOSIS

MORDEDURA DE LABIO Y MEJILLA.- La mordedura de labio y mejilla forma parte de un hábito nervioso del que el enfermo puede no haberse dado cuenta, pudiendo ocurrir incluso durante el sueño.

Los tejidos orales adquieren un color blanco lechoso, se vuelven rugosos y se maceran, pudiendo apreciarse en ocasiones pequeñas hemorragias submucosas.

La lesión tiene forma, tamaños variables, o puede ser -- única o múltiple, dolorosa o no con olor desagradable, está -- claramente limitada en la zona de los labios y mejillas dentro del alcance de los dientes.

Se presentan en traumatismos directos, en riñas o caídas o por la hipermotividad en el enfermo.

El tratamiento es a base de asepsia y antisepsia y administración de antibiótico terapia en caso de infección.

#### QUEMADURAS

Las quemaduras son causadas por lesión térmica, por flama, líquidos o gases calientes, sustancias químicas, electricidad, radiación, galvanismos, congelación, etc.

Las quemaduras pueden causar desde ulceraciones hasta ne crosis, pueden dar en ocasiones complicaciones severas super-

ticiales o invadir tejidos profundos.

Las zonas más afectadas en la boca son: lengua, paladar, labio, tienen un curso evolutivo al quedar establecida la lesión, con sensación ardorosa, pueden dejar una zona expuesta y como resultado con necrosis consecutiva.

#### a) QUEMADURAS CON CORRIENTE ELECTRICA

La mucosa oral a causa de su humedad tiene una menor resistencia.

La mayor parte de las quemaduras orales se observan en niños de uno a dos años de edad que han succionado o mordido el terminal libre de algún cable de prolongación o una auténtica mordedura a un cable eléctrico.

Las localizaciones más frecuentes son a nivel de ambos labios y sobre todo a nivel de la región de las comisuras, -- así como en la lengua. No es raro que los procesos alveolares resulten gravemente afectados. El tejido necrótico que suele desprenderse por lo general, dentro de las dos semanas siguientes.

Las hemorragias de la arteria labial, precoces o tardías, se producen con una frecuencia similar en 25% de los niños -- aproximadamente. En cuanto a la microstomía y formación de membrana, se observan a veces como secuelas de las cicatrificaciones.

#### b) QUEMADURAS POR INSTRUMENTOS Y MATERIALES DENTALES

Son lesiones debidas al calor en la cavidad oral mediante los instrumentos médicos o dentales o que han estado expuestos a antisépticos enérgicos y no se tuvo el cuidado adecuado de su enjuague.

El uso de instrumentos odontológicos que han estado expuestos en la flama o también el uso de ceras calientes como los utilizados para la toma de impresión que pueden provocar daños intensos. Las zonas más afectadas en la boca son la lengua y paladar.

#### c) QUEMADURAS POR ALIMENTOS Y BEBIDAS DEMASIADO CALIENTES

La cavidad oral se lesiona con alimentos y bebidas demasiado calientes, en los casos leves sólo resulta afectada la punta de la lengua, aunque no son raros los casos de quemaduras del paladar por pizza o café caliente.

La naturaleza física del agente lesivo desempeña un papel importante, por ejemplo uno puede aguantar el aire a 100°C, sin sufrir lesiones, pero los líquidos sobre todo (aceites y grasas) y sólidos, al ser buenos conductores del calor, pueden ocasionar lesiones celulares aunque estén tan solo a 40°C-50°C. y durante un corto espacio de tiempo.

## d) DE CANDELA PA-DEN FOGU A INTRU.

La colocación del extremo ardiente del cigarrillo en la boca, práctica llevada a cabo en diversas partes del mundo -- origina lesiones de evolución prolongada. En el Caribe esta costumbre recibe el nombre de candela pa-den y en Cerdeña Fogu a intru. La costumbre de fumar al revés obedece a varias razones.

- 1.- Las sensaciones placenteras del calor y los derivados alquitranados sobre la mucosa oral.
- 2.- Motivos económicos ya que de este modo los cigarrillos se consumen con mayor lentitud.
- 3.- Evitar que el fuerte viento lance la ceniza hacia la cara o hacia la ropa.

Las consecuencias intraorales de este modo de fumar, consisten en intensos depósitos de alquitrán sobre las superficies palatinas y linguales de los dientes, hiperqueratinización de la mucosa palatina, carbonización de zonas de mucosa palatina, labial y lingual y escasez de salivación. El mecanismo de destrucción parece ser el de quemaduras por radiación.

La llamada Estomatitis o Palatitis nicotínica debido al hábito de fumar en pipa es particularmente frecuente entre los hombres de edad avanzada. Es característica en estos casos observar unas pápulas umbilicadas en el paladar blando --

con enrojecimiento de los conductos estrechos de la glándula mucosa palatina.

#### e) LESIONES BLANCAS TERMICAS

Alergia al calor, en algunos casos excepcionales, existe una hipersensibilidad frente al calor que se manifiesta sólo en la región expuesta o bien como una reacción urticariforme generalizada.

Se ha observado en repetidas ocasiones daños en la región labial debido al frío, así como esporádicamente la lengua. Los labios están desproporcionadamente hinchados, con ampollas y recubiertos de costras o ulceraciones con aumento de tamaño de los ganglios linfáticos regionales, estas lesiones tardan en curar y muchas veces queda una macroqueilía de larga duración.

#### f) QUEMADURAS POR HIELO SECO

La colocación de hielo seco o nieve carbónica en la boca provoca escaras considerables en los tejidos orales.

Es una liberación inhabitual de histamina. Los labios y la cavidad oral pueden sufrir una gran tumefacción.

#### g) LESIONES GALVANICAS

Los metales situados en diversas posiciones de la escala

electromotriz producen una corriente eléctrica cuando se colocan en un electrolito como la saliva, pero si bien puede ocasionar un cierto sabor metálico o incluso un aumento de flujo salival, no hay pruebas convincentes de que lleguen a originar lesiones en los tejidos.

#### h) LESIONES POR RAYOS X Y SUSTANCIAS RADIOACTIVAS.

Las radiaciones ionizantes pueden ocasionar manifestaciones cutáneas y mucosas agudas, secuelas crónicas a largo plazo.

Clínicamente las alteraciones agudas se caracterizan por la aparición de un eritema al cabo pocos días de la exposición, que va seguido de una hiperpigmentación de varias semanas, si la dosis es suficiente pueden llegar a producirse ulceraciones y necrosis.

Los efectos a largo plazo consisten en atrofia, hipopigmentación e hiperpigmentación, telangiectasias, queratosis -- por radiación e incluso carcinomas basales o de células escamosas. Por otra parte, según la dosificación, puede producirse una alopecia temporal o permanente, así como pérdida de -- glándulas sudoríparas o sebáceas.

La reacción aguda presenta lesiones en la mucosa bucal -- caracterizándose por un enrojecimiento inicial, seguido de -- edema y a veces equimosis. En último término aparece una seu

domembrana fibrosa de color amarillento, la mucosa de la lengua y paladar está recubierta por unas placas opalescentes -- que pueden ser lisas e irregulares o verrugosas, desgarrándose con facilidad.

Más adelante, se forma una pseudomembrana amarillenta parecida a la observada en la mucosa labial o bucal, junto con atrofia y pigmentación.

Tanto los ácidos como los álcalis y las sales causan lesiones graves en la mucosa oral y los labios. Estas lesiones pueden producirse accidentalmente o por intentos suicidas o criminales, la mayoría de las alteraciones se observan en la orofaringe. Aunque también pueden afectarse los labios.

Los ácidos suelen formar una costra de cauterización de color característico:

Acido clorhídrico	blanco grisáceo
Acido carbónico	amarillo naranja
Acido oxálico	gris blanquecino
Acido sulfúrico	marrón, rojizo a negro
Acido crómico	amarillo
Acido acético	blanquecino

Las soluciones de ácido salicílico y acetato de aluminio provocan una costra blanca con un borde grueso y muy enrojecido que no obstante muestra una buena tendencia a la curación.

Son peores las lesiones provocadas por los álcalis, los tejidos afectados se tumefactan y se vuelven transparentes y jabonosos.

La curación da lugar a la formación de notables cicatrices y en ocasiones a trastornos del habla.

Las sales ejercen su acción a través del efecto hidrolítico en parte como ácido y en parte como base.

Especial relieve merecen el permanganato potásico, los carbonatos de sodio y potasio, el nitrato argéntico y el sulfato de cobre.

Los dentistas pueden provocar lesiones a causa del manejo descuidado de diversas medicaciones como el clorofenol, - trigresol, formalina, cloroformo, alcoholes concentrados y otros.

Las inyecciones con alcohol en lugar de un anestésico local, originan a veces una necrosis de la mucosa oral.

El ácido acetil-salicílico (aspirina) puede ser considerada como agente causal de quemadura, cuando ésta queda en la boca y se va disolviendo lentamente sin deglutir.

La zona de la mucosa que está en contacto directo con el ácido es de color blanco; superficie irregular dolorosa y puede ser localizada o extenderse paulatinamente al resto de la boca, al desprenderse la mucosa afectada deja una submucosa-

rosada muy ardorosa.

Las quemaduras se tratan con enjuagatorios suaves y calmantes y enjuagatorios anestésicos a base de benzocaina, asepsia y antisepsia.

#### LEUCODEMA

Se le puede considerar un proceso patológico de poca importancia clínica y más probable una anomalía hereditaria. Se cree que se trata de un defecto de maduración del epitelio escamoso que es de origen hereditario y puede ser una forma leve de la displasia blanca plegada familiar.

Se presenta en más del 75% de todos los negros.

Se puede afectar la mucosa labial y bucal, pero puede presentarse en cualquiera de los tejidos blandos de la boca.

El leucodema es una mucosa extensa llana de color gris claro que tiene una consistencia lisa aterciopelada. En algunos casos su color gris blanquizco hace pensar una hiperqueratosis con la que debe establecerse el diagnóstico diferencial.

A veces la lesión contiene pliegues o arrugas superficiales en su interior, y en los casos más marcados se parecen mucho y puede ser indistinguible de la displasia blanca plegada familiar.

En muchos casos de leucodema se observa una línea estrecha ligeramente elevada, blanquizca, en la mucosa bucal, en el plano de oclusión (línea alba) o en los bordes laterales de la lengua; que se deben a una protrusión o acentuación del leucodema debido a las violencias físicas de estas lesiones. El enfermo se queja de mudación de los tejidos o de desnudación de los tejidos de la lengua o de la mucosa bucal.

Siendo solo pliegues descamados de células leucoedematosas de descamación ocasional (síntoma principal y único).

Sin embargo si la descamación es importante puede presentarse una ligera y transitoria hiperestesia de la zona.

Histológicamente la lesión es un edema intracelular de las células espinosas. No se recomienda ningún tratamiento ya que el leucodema no tiene importancia patológica.

DISPLASIA BLANCA PLEGADA FAMILIAR. (Nevo esponjoso, Blanco, leucoqueratosis, congénita, gingivoestomatitis blanca plegada).

Anomalías de los tejidos de la mucosa que se cree que es de origen hereditario. Los caracteres clínicos son característicos, pero pueden confundirse con hiperqueratosis, leucoplasia y leucodema intenso o indistinguirse de la disqueratosis intraepitelial hereditaria benigna; excepto en las típicas lesiones oculares que invariablemente acompañan a esta ú

tíma.

Las lesiones orales suelen ser difusas y generalizadas - afectando a la mucosa bucal únicamente, o también a cualquier otro tejido blando de la boca. Las mucosas están algo engrosadas de color gris o blanco grisáceo y de consistencia blanda esponjosa.

En los primeros estudios (durante la infancia), los tejidos afectados son lisos y planos, pero cuando el niño se hace adolescente las lesiones forman muchos repliegues y arrugas y adquiere una blancura mucho más opalescente. Luego tiende a permanecer constante la intensidad observada en la adolescencia.

Las lesiones suelen ser asintomáticas, pero puede haber hiperestesia o dolor.

Las lesiones en otros tejidos mucosos pueden acompañar a los de la boca, por lo que pueden presentarse lesiones similares en los tejidos vaginales, anales, rectales y nasales.

Los hallazgos clínicos e histológicos establecen un diagnóstico definitivo y la historia familiar tiene un gran valor - (se transmite con carácter autosómico dominante).

Histológicamente hay engrosamiento del epitelio, acantosis, una capa de células basales intactas, edema intracelular y vacuolización que afecta la mayor parte de las células de -

la capa espinosa y que se continua hasta la superficie. No está indicado ningún tratamiento ya que esta alteración no tiene carácter patológico.

### PSORIASIS

Las lesiones psoriásicas de la mucosa oral son raras, son lesiones de gran tamaño, de color gris blanco, sobresalientes, con bordes discretos y de superficie parecida a una piedra, difícil de distinguir la de la leucoplasia clínica, tiene forma de erupciones múltiples, papulares de las mucosas y encía o bien como erimetas ligeramente elevados, de forma irregular recubiertos por una superficie grisosa, escamosa.

El diagnóstico se basa en la existencia de lesiones cutáneas que histológicamente se han identificado como psoriasis.

### SIFILIS

Es una enfermedad causada por el *Treponema pallidum*, microorganismo que se mueve gracias a la flexión activa de su cuerpo espiral, se ha clasificado como una enfermedad venérea, pero puede transmitirse por maniobras intraorales.

La transmisión tiene lugar generalmente por contacto sexual adquirida o por traspaso placentario desde la madre al feto (congénito).

En las fases iniciales de la sífilis, incluso en la for-

ma congénita del lactante, las características, lesiones de los labios y boca pueden sugerir el diagnóstico. Pueden dividirse en el período precoz y en el período tardío, el primero comprende la lesión primaria o chancro y el secundario, consiste principalmente en una función generalizada y placas mucosas. El período tardío se caracteriza por afecciones cutáneas cardiovasculares, óseas y del sistema nervioso central.

Cuando la enfermedad queda sin tratar, manifiesta tres etapas o períodos (dentro de la sífilis adquirida).

PERIODO PRIMARIO.- La lesión se desarrolla en el punto de inoculación unas tres semanas después del contacto e infección. El chancro es la primera manifestación de la reacción local de los tejidos, a la invasión de las espiroquetas. La lesión generalmente es un nódulo indoloro, circunscrito e indurado, con erosión o ulceración central, más común en el pene del hombre, y en la vulva o cuello del útero de la mujer, se pueden encontrar también en los labios, lengua, encía y amígdalas (el chancro intracanal es una lesión ulcerada por una membrana blanco grisácea que puede ser bastante dolorosa a causa de la infección secundaria).

Al cabo de una a tres semanas de la producción del chancro se tumefactan los ganglios linfáticos regionales. Son duros, elásticos e indurados. Generalmente se observa lesión de los ganglios, pero pueden existir chancros múltiples.

La duración de la sífilis primaria es muy variable, sin embargo en todos los casos los chancros retroceden espontáneamente y curan lentamente sin ningún tratamiento en un período de tres a ocho semanas, dejando una pequeña cicatriz. Generalmente se manifiestan lesiones de sífilis secundaria antes de que desaparezca el chancro.

Como datos importantes para el diagnóstico hay que valorar la dureza, carácter indoloro y superficie limpia de la erosión o úlcera de color rojo marrón de aspecto esmaltado.

PERIODO SECUNDARIO.- Suele comenzar unas seis semanas después de la primaria, se caracteriza por erupción difusa de la piel y mucosas.

Las lesiones orales denominadas placas mucosas suelen ser múltiples, indoloras, blanco grisáceas y rodeadas por una zona eritematosa. Mientras se está desarrollando el chancro la persona infectada ya ha tenido una diseminación por vías sanguíneas.

Los microorganismos viven y se multiplican en la sangre y en la linfa. Pronto invaden los demás tejidos del cuerpo; con ellos se producen las lesiones características del segundo período de la sífilis. Estas lesiones contienen un gran número de treponemas, las manifestaciones clínicas con variadas, la forma más precoz de la erupción cutánea de la sífilis es una roncha maculosa localizada generalmente en los antebra-

zos y lados del abdomen. Al ir progresando la enfermedad, - las lesiones se hacen papulosas, escamosas, agrupadas y algunas veces pustulosas o foliculares, ampliamente diseminadas, - simétricas y con desarrollo rápido. Más tarde las lesiones - secundarias disminuyen de número y se agrupan en las caras de extensión o en las superficies sometidas a fricción. Suelen - desaparecer sin dejar cicatrices permanentes, puede existir - alopecia, condiloma plano que suele encontrarse en regiones - húmedas, el pliegue interglúteo, vulva o región anal, o en -- las ingles. Se manifiesta en forma de una pápula o placa - - aplanada y húmeda.

Las lesiones secundarias de piel o mucosa contienen abundantes espiroquetas y son las fuentes más frecuentes de trans - misión de la enfermedad.

En general los demás síntomas son tan ligeros que pasan - inadvertidos, sin embargo puede haber malestar, fiebre, cefa - lalgia y dolores en los huesos y articulaciones.

En ausencia de tratamiento en el período secundario va se - guido de una fase de latencia (sífilis latente precoz de dos - a cuatro años de duración, sífilis latente tardía si tiene - más de cuatro años).

En la sífilis latente, todos los signos y síntomas desa - parecen pero la infección continua extendiéndose en el órga - nismo, es posible que se estén produciendo alteraciones infla

matorias progresivas, crónicas en la piel, aparato cardiovascular, sistema nervioso central u otros órganos. El paciente no se da cuenta de que está infectado y no observa nada anormal y sólo puede descubrirse mediante pruebas de laboratorio (período en que la mujer gestante puede transmitirlo al niño por nacer, llamándose sífilis congénita).

La sífilis latente puede evolucionar en tres sentidos: - persistir como tal a lo largo de toda la vida de la persona infectada, progresar hasta dar signos y síntomas de la sífilis tardía o terciaria. Acabar en forma de curación espontánea de la infección.

PERIODO TERCIARIO.- Las lesiones sifilíticas tardías inciden a menudo en la zona de los labios y la cavidad oral, -- formándose granulomas indoloros que se necrosan por colicua--ción (gomas). Después de la perforación se forman unas úlce--ras bien delimitadas, en sacabocados que cicatrizan al cabo - de varios meses.

Cuando no se produce la necrosis central de estos granu--lomas, aumentan su tamaño por confluencia y se extienden periféricamente con aspecto serpiginoso. Su crecimiento se efec--túa más en amplitud que en profundidad y su centro puede ulce--rarse y cicatrizar. Las manifestaciones tardías pueden oca--sionar daños irreparables y si no se lleva a cabo el trata--miento incluso puede llegar a la muerte. La enfermedad reapa

rece en piel, huesos, sistema nervioso, corazón, etc. Son lesiones de tipo degenerativo en las que el tejido parenquimatoso, va siendo progresivamente reemplazado por tejido fibroso.

Existe tendencia a cicatrización central o unilateral -- con extensión periférica que suele ser atrófica y superficial.

#### SIFILIS CONGENITA

Se transmite a la descendencia sólo por una madre infectada.

Los niños con sífilis congénita manifiestan una gran cantidad de lesiones incluidas:

RINITIS (inflamación de la cavidad nasal)

COROIDITIS (inflamación de la coroides, casi siempre sale afectada la retina).

La Rinitis desemboca en una necrosis gomosa o ulcerativa o en una perforación del tabique o de los huesos nasales lo que, a su vez, origina la nariz en silla de montar, Sifilides que son manifestaciones de la piel, pápulas combinadas con -- otras lesiones ricas en treponemas, osteocondritis (muerte de osteocitos con resorción ósea).

La patogneumónica de esta afección -- presencia de la -- triada de Hutchinson:

1.- Hipoplasia Adamantina de incisivos y molares.

2.- Sordera por el octavo par.

3.- Queratitis intersticial.

#### TRATAMIENTO:

Penicilina, tratamiento de elección en todos sus períodos.

#### ESTOMATITIS NICOTINICA.

La estomatitis por nicotina es un término que se utiliza para referirse a las lesiones que se presentan en los tejidos blandos del paladar y que se debe a fumar en cantidad excesiva, principalmente a fumar en pipa. Muchos consideran que no se trata más que de una variante anatómica de la leucoplasia.

En la estomatitis nicotínica de grado moderado, se observa un ligero blanqueamiento o un aspecto blanco grisáceo difuso del paladar. No obstante, las características clínicas -- más llamativas es una exageración de los orificios de los conductos correspondientes a las glándulas mucosas, los cuales ofrecen el aspecto de pequeños puntos rojos que contrastan -- con el fondo pálido del resto de la mucosa. En las lesiones de fase avanzada la mucosa se vuelve más queratinizada y aparecen fisuras quedando una superficie arrugada e irregular y con zonas papulosas elevadas situadas entre las fisuras, suelen ser asintomática.

En muchos enfermos la lesión es claramente reversible, - con una mejoría espectacular habitual cuando el paciente deja de fumar.

#### LIQUEN PLANO

Enfermedad cutánea, muy frecuente, demostrándose que 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 50 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, mala nutrición, organismos bacterianos, parasita-- rios y viriásicos, factores físicos e irritativos, reacciones alérgicas y tóxicas (fármacos, oro, arsénicos, etc.).

Las lesiones que se presentan difieren en mucosa bucal, - lengua, labios y tejidos gingivales. Las partes de localiza-- ción más frecuente es mucosa y lengua (superficie lateral y - dorsal), las menos frecuentes son labios, piso de la boca, pa-- ladar y encía.

Podemos encontrar lesiones liquenoides reticulares, papu-- las, en placas y erosivas o ulcerativas (solas o combinadas)

La forma reticular 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 muy 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, hemisféricos prominentes, blancas, de número reducido y difundido por toda la superficie --ística o numerosas y agrupadas, con diversos aspectos clínicos, que dependen del grado de unión, a veces forman estrías cortas, blancas o gruesas, 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 o con la ayuda de un lente manual puede reconocerse su carácter papular.

La forma en placa como su nombre lo indica consiste en una Placa esférica, gris o blanquecina, elevada; generalmente -

se acompaña de lesiones papulares o reticulares contiguas o - en otros tejidos de la boca.

Las formas erosivas y ulcerativas son menos frecuentes, - se encuentran en mucosa bucal y sus superficies dorsal y lateral de la lengua; la erosión es plana, ligeramente deprimida - e intensamente roja o descarnada. La lesión se rodea de la - característica forma reticular o papular, o finas estrías, fáciles de reconocer, que irradian hacia la periferia de la erosión. La erosión puede desprenderse también de lesiones vesiculares o bulbosas que, después de su rotura, dejan zonas descarnadas y denudadas.

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

El líquen plano atrófico es otra variedad; 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 reves timiento epitelial es delgado y atrófico.

La afectación gingival por el líquen plano es poco frecuente. Los síntomas que acompañan las lesiones orales son - variables algunas veces no hay molestias, en otros hay lígero

restesia, ardor, dolor mínimo moderado hasta intenso (aumenta con los alimentos irritantes).

Hay que practicar biopsia, histológicamente hay una queratosis o paraqueratosis superficial, unas células basales -- apolilladas debido a la degeneración hidrópica y una amplia -- banda de un denso infiltrado inflamatorio compuesto de linfocitos, localizado por debajo y en estrecho contacto con el -- epitelio basal.

#### TRATAMIENTO

No existe el específico, la vitaminoterapia y la estabilización emocional del paciente parecen favorecer la recuperación.

Administración general de corticoesteroides, eficaces en erosiones y ulceraciones.

#### MANULOS FORBYEL

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

En la literatura del desarrollo. La afeción no predile-

síntomas y se manifiesta generalmente en la pubertad, cuando el número de gránulos de fordyce aumenta simultáneamente con el desarrollo cronológico de otras glándulas sebáceas de la piel. Se calcula el 75% de las personas tienen gránulos de fordyce.

Clinicamente los gránulos aparecen como manchas maculopapulares, agrupadas o diseminadas, discretas, ligeramente elevadas, de uno a dos mm. de diámetro. Suelen ser amarillas pero alguna vez adquieren una tonalidad blanco bronceada. Algunas veces la coalescencia de pequeños gránulos forma lesiones en forma de placa que miden un centímetro o 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 bicúspides, pero 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 rápida. Algunas veces las glándulas se irritan por traumatismos, por el fumar o por infecciones y de esta manera se hipertrofian.

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

## PAPILOMA

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

Las lesiones de color gris o blanco grisáceo y su superficie es verrugosa, como 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 una 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.

## DISQUERATOSIS INTRAEPITELIAL HEREDITARIA BENIGNA

Es una enfermedad de origen genético que se transmite -- por herencia como un carácter autosómico dominante, se limita a un grupo de tres razas: caucásianos, indios y negros,

Afecta principalmente a los tejidos orales (mucosa bucal y labial, superficies laterales de la lengua y suelo de la boca). En los que aparecen lesiones parecidas a la displasia blanca familiar, y las conjuntivas en las que aparece una placa espumosa, gelatinosa.

Las lesiones de la boca, son totalmente asintomáticas, - se desarrollan en las primeras épocas de la vida y crecen de forma progresiva hasta que el enfermo tiene unos 15 años. En la boca ligeramente afectada, las lesiones mucosas son de color blancuzco o blanco, ligeramente elevadas, difusas o limitadas y de consistencia esponjosa y blanda. En los casos con afectación más intensa, son blancas de aspecto ligeramente velloso, y más gruesas que en los casos ligeros, con las superficies algo ásperas y a menudo tienen pliegues. Las células superficiales están maceradas y pueden arrancarse con facilidad. Si no se acompañan de lesiones oculares, estas lesiones orales pueden diagnosticarse erróneamente con hiperqueratosis, leucoplasia o displasia blanca plegada familiar.

Histológicamente hay hiperplasia epitelial con vacuolización marcada de las porciones media y superior de la capa de células espinosas. Hay numerosas células disqueratóticas rodeadas por células normales.

## TRATAMIENTO

No está indicado ningún tratamiento.

## PAQUIONIQUIA CONGENITA

Enfermedad heredada de forma dominante autosómica. Caracterizada por un engrosamiento de la queratina subungueal de la porción distal de las uñas, existen lesiones palmares, - - plantares prales y corneales asociadas.

Las lesiones orales se caracterizan por capas blancas en la mucosa bucal, generalmente localizadas por detrás, a lo -- largo de las líneas interdentes. La lengua puede estar tam-- bién afectada. Por lo común se aprecia dientes natales.

Histológicamente esta entidad se parece a nevo esponjoso blanco y a la disqueratosis intraepitelial benigna heredita-- ria. Existe una extensa paraqueratosis en ausencia de estra-- to granuloso, acantosis, edema intracelular y núcleos pictóni-- cos.

No existe tratamiento para esta enfermedad.

## MONILIASIS

Es una enfermedad causada por infección con el hongo Can-- dida Albicans o Monilia, caracterizadas por lesiones elevadas de color grisáceo o blanca grisácea en la mucosa bucal. Es--

tas áreas papulosas o parecidas a placas varían en cuanto a tamaño, forma, frecuencia y distribución. Las lesiones que parecen formaciones de leche cuajada, tienen una consistencia moderadamente blanca, ya que están compuestas de células epiteliales necróticas y gérmenes de monilia. En general están débiles o moderadamente adheridas a los tejidos subyacentes, y se desprenden fácilmente con una torunda de algodón sujeta por unas pinzas. Una vez separada, los tejidos subyacentes tienen a veces aspecto normal, pero muchas veces la separación de la placa necrótica ocasiona una formación de tipo erosivo o se observan puntos hemorrágicos del tamaño de una cabeza de alfiler o petequias. Esta variedad clínica de moniliasis bucal se parece muchas veces a las lesiones de hiperqueratosis, leucoplasia o hasta de liquen plano, y se conocen como tipo subagudo o queratósico de la moniliasis.

Algunas veces la moniliasis aparece como una lesión inflamatoria (llamada alguna vez variedad crónica), desprovista de placas de tejido necrótico. La lesión es difusa, intensamente roja, brillante, viscosa y ligeramente tumefacta. La inflamación moniliásica puede limitarse a una región determinada de la boca, como la mucosa de las mejillas, paladar, encías o lengua, o puede afectar a todos los tejidos de revestimiento. Esta forma de infección bucal no es fácil de diagnosticar ya que se parece mucho a otros tipos de estomatitis pro

ducidos por la alergia, mala nutrición o hipovitaminosis.

Las manifestaciones de moniliasis bucal pueden comprender características de ambos tipos, placas grisáceas de aspecto de leche cuajada, desparramadas sobre una mucosa difusamente inflamada. La distribución puede ser local o general. Los síntomas subjetivos no suelen ser importantes, pero los enfermos suelen aquejar ardor, malestar y sequedad en la boca, -- acompañados algunas veces de dolor moderado.

El diagnóstico sólo puede establecerse mediante los exámenes de laboratorio.

Se presenta con mayor frecuencia en personas de los grupos extremos de edad, es decir en los niños y en los ancianos.

La moniliasis se presenta fácilmente en los enfermos que sufren mala nutrición o hipovitaminosis, ya que la causa primaria puede ser una insuficiencia dietética o un síndrome de mala absorción. El alcoholismo y la diabetes no compensada -- también pueden actuar como factores predisponentes. También predisponen a la moniliasis bucal las enfermedades debilitantes como la anemia crónica, leucemia, pénfigo y fases terminales de los procesos malignos. La frecuencia de la moniliasis en los trastornos crónicos o debilitantes se explica por el hecho que la *Cándida Albicans* es un morador habitual de la cavidad bucal que puede hacerse invasor e infectante cuando disminuye la resistencia individual. También aparece después --

del empleo elevado local o general de antibióticos ya que - trastornan el equilibrio microbiano de la cavidad bucal, disminuyendo el número de los microorganismos sensibles al antibiótico y permitiendo la multiplicación continuada de los que no son sensibles como la *Cándida Albicans*. Además puede ocasionar una disminución de algunos componentes del complejo vitamínico B en los tejidos de la mucosa bucal, rebajando de esta manera las defensas hísticas frente a la invasión de los - microorganismos.

En algunos casos las manifestaciones de la moniliasis bucal aparece durante o después de una radioterapia intensa en la cara, boca o maxilares. Por la administración local o parenteral de los córticoesteroides, medicamentos empleados en la quimioterapia del cáncer.

Se identifica mediante exámenes de laboratorio practicando cultivo de germen fúngico.

#### TRATAMIENTO.

Corrección de factores predisponentes o desencadenantes, locales y generales, suplementos vitamínicos, corrección de - factores locales como mala higiene bucal y dentaduras irritantes.

Administración de medicamentos antifúngicos.

### ENFERMEDAD DE ADDISON

El primer signo de la enfermedad de Addison puede ser la pigmentación de la mucosa oral. El tamaño de la zona pigmentada varía de uno a varios milímetros de diámetro, son planas y de tamaño irregular. El color varía desde el color marrón oscuro hasta blanco grisáceo.

La localización más frecuente es en la mucosa bucal, pero también puede verse estas discoloraciones en la lengua, en el paladar y en la lengua. La pigmentación se debe a la producción de melanina por las células epiteliales basales. Se cree que el estímulo para producción de melanina se debe a la secreción de la hormona melanotropa, hormona hipofisiaria parecida a la córticotropas.

En los casos de hipofunción suprarrenal que se presenta en la infancia, se ve algunas veces un retraso de la erupción de los dientes. Debe señalarse que en el enfermo addisoniano existe algún riesgo quirúrgico y que antes de cualquier intervención dental extensa o quirúrgica de la boca debe consultarse al médico del enfermo.

### LESIONES MECANICAS

Los traumatismos que pueden ocasionar lesiones mecánicas en las partes blandas orales son muchos y variados.

## 2.- ENFERMEDAD DE RIGA-FEDE

Con este nombre se hace referencia a las lesiones traumáticas sufridas por la lengua de los lactantes con dientes natales o perinatales.

Al succionar, la punta de la lengua se pone en contacto con los bordes incisivos, desarrollándose una ulceración blanca inespecífica que cura sin complicaciones.

## 3.- AFTAS BEDNAR.

Estas aftas llamadas también pterigoides, consisten en unas úlceras superficiales y bilaterales de la mucosa del paladar de los recién nacidos. Curan espontáneamente, y al parecer se deben a la presión ejercida por el pezón contra el paladar durante la lactancia.

## 4.- TRAUMAS MECANICOS

Los traumatismos mecánicos de los labios y la lengua suelen guardar relación con accidentes de tráfico, luchas, caídas y convulsiones epileptiformes.

La herida, por lo general de contornos mellados y con frecuencia infectada, se acompaña de hemorragia, edema y dolor. En todos los casos, es obligado obtener radiografías de las partes blandas para descartar la presencia de cuerpos extraños como fragmentos de piezas dentarias. Los accidentes,

por otra parte puede originar tatuajes labiales por suciedad, alquitrán o asfalto.

La estomatitis del apósito de algodón es debida a la falta de humectación del algodón adhesivo empleado antes de retirarlo de la boca.

Todas estas lesiones se caracterizan por ser úlceras que varían con la clase e intensidad del traumatismo y la importancia de la infección secundaria existente suele tener un tamaño moderado, desde varios milímetros a un centímetro o más de diámetro, de forma redonda ovalada o elíptica y plana o ligeramente deprimida. Su superficie consiste en un exudado serofibrinoso grisáceo compuesta de una escara necrótica grisácea que cuando se separa deja un tejido de base cruenta.

La úlcera se acompaña de síntomas como dolor o sensibilidad al contacto.

#### TRATAMIENTO

En general las úlceras traumáticas cicatrizan sin incidentes, pueden resultar útiles los colutorios antisépticos con soluciones diluidas de peróxido de hidrógeno, Cepacol o sustancia de acción semejante, si la infección es grave utilizar antibiotico-terapia.

#### 4.- DENTADURAS MAL AJUSTADAS

Cuando las dentaduras o prótesis totales no ajustan correctamente, pueden dar lugar a la producción de úlceras de descrito y tejido hiperplásico. Con el tiempo la presión anormal ejercida por la dentadura y sus aletas sobre los tejidos de los surcos bucales provoca la hiperplasia de la mucosa. Por debajo de la dentadura del maxilar inferior, sobre todo en las zonas de relieve, el tejido se vuelve hiperplásico. Posteriormente se vuelve nodular, sangra con facilidad y puede confundirse con un cáncer.

Microscópicamente, es frecuente observar una hiperplasia pseudoepiteliomatosa.

#### 5.- ESTOMATITIS AFTOSA ULCERATIVA RECIDIVANTE

Estomatitis vesicular, ulceraciones recidivantes, úlceras disépépticas, estomatitis máculo-fibrinosa o aftosis habitual.

Son ulceraciones dolorosas con sensibilidad al contacto que causan dificultades funcionales, en general las ulceraciones son múltiples en número de tres a diez, raras veces son más numerosas hasta llegar a sesenta en un solo episodio, en ciertos casos puede observarse una sola ulceración, se encuentran en cualquier sitio de la boca más frecuente 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 ovaladas, con bordes bien marcados, son aplanados ligeramente deprimidos 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 el comer, hablar y tragar, los alimentos salados y picantes, frutas y bebidas ácidas y alcohólicas que provocandolor intenso e insoportables.

Su etiología es desconocida a pesar de que se han hecho varias e intensas investigaciones dando diferentes teorías:

La Herpética, la virina, hormonal, nutritiva, traumática, gastrointestinal, psicógena, etc.

Pero no se ha podido establecer la causa específica.

#### TRATAMIENTO

Cáusticos locales, vacuna antivariolosa, gamaglobulina, aplicación local de córticoesteroides.

LESIONES BLANCAS CON HIPERPLASIA  
EPITELIAL Y PRECANCEROSAS.

## HIPERQUERATOSIS (Leucoqueratosis, leucoplasia simple y leucoplasia)

### A.- LEUCOPLASIA.

Se caracteriza por signos histológicos de disqueratosis y por tanto es una enfermedad precancerosa.

La leucoplasia se distingue por ser una placa fija, de color blanco grisáceo o blanquizco, que se puede presentar en cualquier lugar de la boca y puede ser de tamaños variables.- Esta lesión es elevada, tiene una superficie áspera, 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 y su existencia subraya que esta lesión sea precancerosa.

Su etiología ha sido atribuida a numerosos factores que incluyen tabaco, alcohol, irritaciones mecánicas, sífilis, déficit vitamínico, alteraciones hormonales y mala nutrición.

Debe anularse el hábito de fumar tanto en pipa como cigarrillo, ya que son causas de irritación química que puede ocasionar lesiones queratósicas. También es importante mencionar que la masticación de tabaco como la utilización de pastillas de uso prolongado que contengan proporciones elevadas de

aceites esenciales, pueden causar también irritación crónica.

Es evidente que las irritaciones físicas locales pueden ser con frecuencia la causa de las lesiones queratósicas, debiendo diagnosticarse mediante una completa exploración bucal y un detallado interrogatorio del enfermo sobre los hábitos irritantes físico locales; morderse o chuparse la mejilla, -- así como la succión de artefactos sobre la mucosa oral.

La sífilis terciaria se asocia de forma característica a la queratosis oral y especialmente a aquellas lesiones que se presentan en el dorso de la lengua. Sin embargo, no se sabe con seguridad si es una manifestación directa de la sífilis o si ésta actúa como factor predisponente.

La histología de la leucoplasia muestra de forma parecida una capa anómala o excesivamente gruesa de queratina. Además se encuentran características específicas de 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 características de las células. Ya que la disqueratosis se considera precursora de una neoplasia maligna, a esta variedad de la lesión queratósica se le conoce con el término de leucoplasia verdadera.

Para asegurar el diagnóstico histológico definitivo, es importante obtener muestras de varias zonas de la lesión, sobre todo aquellas en las que el tejido se muestre más caracte

rístico, principalmente las más duras y en las que la queratosis es más gruesa y firme.

Cuando el estudio de estas muestras no evidencie una enfermedad neoplásica, es decir, cuando en el tejido no hay características de disqueratosis o de neoplasia maligna, pero el médico sospecha aún que la lesión no es benigna, se repetirá la biopsia, obteniendo muestras de otras localizaciones de la lesión.

#### B.- HIPERQUERATOSIS.

Es un engrosamiento anormal del estrato córneo.

La hiperqueratosis es una enfermedad benigna pero se le puede considerar también como una lesión precancerosa.

La hiperqueratosis y la leucoplasia son de gran parecido clínico y muchas veces se diagnostican erróneamente.

El odontólogo debe saber que estas lesiones queratósicas de la boca presentan diversos cuadros clínicos.

La hiperqueratosis puede presentarse en cualquier localización de la boca, con tamaños y formas muy distintos. Se presentan generalmente como una placa grisáceo o blanco grisácea, adherente cuya superficie suele ser lisa, con pocas o ninguna señal de rugosidades queratósicas y cuyos bordes periféricos se están mal limitados, confundiéndose en forma gradual-

con la mucosa contigua normal.

La lesión es blanda a la palpación y su consistencia se parece a la de la mucosa normal en el lugar de la lesión. Muy pocas veces hay erosiones o ulceraciones crónicas en el interior de la hiperqueratosis.

El dato histológico más importante de la hiperqueratosis es la existencia de una capa anormal de queratina, o la paraqueratosis; o ambas, cuando la lesión tiene una localización en la que esta capa no está normalmente, o bien una capa de queratina de grosor excesivo cuando la lesión se localiza en un sitio que normalmente hay una capa. Este es el único dato histológico importante, ya que el epitelio escamoso que hay debajo carece de signos de disqueratosis, es decir, las capas de células epiteliales están orientadas normalmente y no muestran signos de anomalías en su tamaño, forma o tinción característica de sus componentes celulares.

La hiperqueratosis y la leucoplasia tienen distinto significado, estas lesiones se pueden diagnosticar por su aspecto clínico, sin embargo el diagnóstico definitivo debe ser -- histológico.

#### TRATAMIENTO

El tratamiento de estas lesiones queratósicas dependen -- sin lugar a dudas: si la lesión es una hiperqueratosis o una-

neoplasia, por ello el primer paso consistirá en una valoración cuidadosa de los caracteres clínicos de la lesión. Deben identificarse todos los factores irritantes y se harán los pasos necesarios para eliminarlos. Ya que se han eliminado, se hará una nueva exploración; generalmente dos semanas después de la exploración inicial. Si la placa queratósica ha disminuido o ha desaparecido el diagnóstico definitivo será de hiperqueratosis, por otro lado si la lesión empeoró debe obtenerse una muestra de la lesión para establecer un diagnóstico histológico. Si ésta es pequeña y bien localizada, estará indicando realizar la extirpación quirúrgica, mientras que si la lesión es extensa está contraindicada la extirpación, ya que es muy dificultosa, puede intentarse un tratamiento con vitaminas, sobre todo con altas dosis de vitamina A, en ningún momento debe creer que se trata de un tratamiento curativo. Cuando no hay mejoría apreciable a las seis semanas se realizarán revisiones periódicas a intervalos de un año intentando averiguar si ha habido alguna transformación del aspecto clínico de la lesión.

#### 1.- CARCINI IN-SITU (Enfermedad de Bowen).

Se refiere a un carcinoma superficial cuyas características neoplásicas quedan limitadas únicamente al epitelio escamoso, la lesión es una neoplasia intraepitelial que no tiene características invasivas. Puede decirse que no es un carci-

niza ya que no se le puede demostrar infiltración, que es una característica cardinal de las neoplasias malignas; y de hecho se cree que no es más que una disqueratosis avanzada o intensa, (Es una queratinización anormal de células individualizadas), o leucoplasia.

El aspecto del carcinoma in-situ no es característico, algunas lesiones tienen caracteres clínicos que no pueden distinguirse de la leucoplasia clínica, son placas queratósicas-grises o blancogrisáceas, ligeramente elevadas muy discretas, que muchas veces tienen una superficie irregular o tosca.

Aunque el carcinoma in-situ puede presentarse en cualquier lugar de la cavidad oral, se localiza con más frecuencia en el suelo de la boca, en la parte ventral de la lengua, o en los tejidos del paladar blando o de las amígdalas.

Histológicamente el carcinoma in-situ parece una leucoplasia avanzada, afectando todas las capas del epitelio escamoso. Se observan hiperqueratosis y sobre todo disqueratosis.

#### TRATAMIENTO

El tratamiento habitual es la extirpación quirúrgica. Es importante realizar una extirpación completa para evitar la posible transformación en un carcinoma infiltrativo.

## L.- CARCINOMA VERRUGOSO (Enfermedad de Arkenand).

El carcinoma verrugoso de la cavidad oral muestra una notable asociación con el hábito de mascar tabaco o aspirar rapé. La lesión va precedida a menudo de una zona de prolongada leucoplasia y evoluciona de modo indolo.

El carcinoma verrugoso suele originarse en el surco buco-maxilar, mucosa bucal adyacente y mucosa alveolar del surco maxilar inferior.

Clinicamente el carcinoma verrugoso se presenta como una gran masa papilar que a menudo se extiende, sobre una considerable zona de mucosa. A la palpación esta masa resulta relativamente blanda. Su color varía desde blanco a rojo, según la magnitud de la queratinización superficial.

El tumor está formado por numerosas excrecencias papilares múltiples con fisuras profundas entre las proyecciones papilares.

La ulceración no es un dato característico pero cabe encontrar pequeñas zonas ulceradas en las puntas o lados de las prolongaciones papilares.

El carcinoma verrugoso puede crecer hasta alcanzar tamaños considerables, caracterizándose más por la propagación lateral extensa que por la invasión en profundidad. En ocasiones, penetra a través de las partes blandas de la mejilla, en

tendiéndose hacia la superficie externa como una masa fungosa. También puede producirse la invasión de cualquiera de los maxilares, con destrucción progresiva del hueso subyacente.

Microscópicamente el carcinoma verrugoso se manifiesta como un complejo de múltiples pliegues de epitelio escamoso bien diferenciado, se observa a sí mismo una considerable acantosis con una profunda penetración de las crestas hacia los tejidos subyacentes. Las células tumorales están bien diferenciadas y no presentan atipias significativas.

La obtención de biopsias repetidas en el carcinoma verrugoso ha evidenciado en ocasiones una progresión, desde la leucoplasia con disqueratosis e hiperplasia pseudo epiteliomatosa hasta el comienzo de un cáncer.

La distinción entre los dos últimos procesos es, con frecuencia difícil de establecer.

El tejido conjuntivo subyacente al epitelio proliferante acostumbra a notar una notable respuesta inflamatoria crónica, la cual puede enmascarar la zona de la membrana basal.

Los índices de supervivencia para los pacientes con carcinoma verrugoso de la cavidad oral son relativamente mejores que en la mayor parte de los otros tipos de cáncer oral.

El índice de recidivas en este tipo de lesiones es relativamente elevado y parece ser debido al origen multicéntrico de estas lesiones localizadas sobre una amplia zona condisplásica.

da de mucosa. Esta afirmación es cierta sobre todo teniendo en cuenta que los pacientes se negaron en muchas ocasiones a abandonar el hábito de aspirar rapé o masticar tabaco. No es raro que los enfermos desarrollen dos o más carcinomas verrugosos independientes después del tratamiento aparentemente -- adecuado de la lesión inicial.

C O N C L U S I O N E

Es de gran importancia hacer un buen diagnóstico para poder realizar un plan de tratamiento adecuado.

Al instituir un tratamiento temprano que conduzca rápida y eficazmente a la salud bucal es de vital importancia el hecho de descubrir a tiempo cualquier lesión blanca para evitar complicaciones posteriores, ya que como explicamos anteriormente puede ser el inicio de lesiones cancerosas.

Hoy en día gracias a los grandes avances y descubrimientos que se tiene en la ciencia, la rehabilitación del aparato masticatorio después del diagnóstico, pronóstico y tratamiento correcto, puede llegar a recobrar su funcionamiento normal, estando a cargo de los cirujanos dentistas.

B I B L I O G R A F I A

- 1) Degarelli U.E. et al. Diagnóstico en Patología Oral, - Editorial Salvat, 1979, Barcelona, España, 851 págs.
- 2) Thoma, Patología Oral, Editorial Salvat, 1980, Barcelona, 1273 págs.
- 3) Patología Buco Dental, S.U.A. (Sistema de Universidades Abierta). 2a. Edición U.N.A.M. 264 págs.
- 4) Glantz, Patología Bucal, Ed. Interamericana 1978, - 1a. Edición. México, 123 págs.
- 5) Quíroz G.F., Tratado de Anatomía Humana, Editorial Ferría, 1965. Tomos I, II y III.
- 6) Glückman I. Periodontología Clínica, Editorial Interamericana, 1974, 4a. Edición. México, 999 págs.
- 7) Hall, A., Tratado de Histología, Ed. Interamericana, - 1974, 939 págs.