

FACULTAD NACIONAL DE ODONTOLOGIA

Tema de la Tesis

MANIFESTACIONES ORALES EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES VIRALES

Tesis que para obtener el Título de:
CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

Ma. Guadalupe Minerva Pardo Castañeda



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.

I N D I C E

	P&g.
INTRODUCCION	1
HISTORIA CLINICA	4
REGIONES ANATOMICAS DE LA CAVIDAD BUCAL	16
SARAMPION	21
RUBEOLA	25
VIRUELA	31
VARICELA	35
PAROTIDITIS	38
HERPES SIMPLE	42
HERPES ZOSTER	46
HERPANGINA	51
GLOSOPEDA	54

I N T R O D U C C I O N

La boca es una cavidad situada en la parte inferior de la cara, la limita por delante los labios; atrás, los pilares del paladar, la campanilla o úvula y la faringe; arriba, el paladar o bóveda palatina; abajo el piso de la lengua la región sublingual y la mandíbula inferior; a los lados las mejillas.

Los arcos alveolodentarios dividen a la boca en dos porciones, una anterolateral, llamada vestíbulo y otra que se localiza en la parte inferior de dichos órganos, denominada cavidad bucal cavumoris.

La exploración de la cavidad bucal es sin duda una de las más importantes de la cara por el gran número de datos -- que proporciona y es la meta del examen para diagnóstico.

La apreciación general y diagnósticos sistemáticos de la cabeza y el cuello, sirven de introducción a la cavidad bucal del niño. El odontólogo deberá enfocar su atención directamente en examinar los tejidos blandos de la boca y de la faringe, así hará una evaluación de diagnóstico de cualquier enfermedad sistemática que pudiera padecer el niño, ya que las-

infecciones crónicas y agudas que ocurren comúnmente durante la niñez pueden tener manifestaciones bucales temporales y para poder dar tratamiento completo a los pacientes, hay que tener siempre en mente la odontología preventiva como filosofía base, ya que esto representa un reto a la profesión dental, - que deberá recordar todos estos factores al diseñar las guías para el diagnóstico.

Los diferentes transtorños infecciosos de la niñez siguen un curso clínico que, para el odontólogo tiene especial importancia, ya sea por los síntomas faciales o bucales presentes durante las diferentes fases de la enfermedad o por los efectos a largo plazo en el desarrollo de mandíbulas y dientes.

Hace mucho se sabe que los virus causan ciertas enfermedades infecciosas y muchas de ellas producen inmunidad duradera contra la reinfección por el mismo virus.

Resulta difícil clasificar las enfermedades virales debido al tamaño de los virus y sus sistemas metabólicos no del todo comprendidos. Sin embargo su clasificación está basada sobre las propiedades biológicas, químicas y físicas de los virus, y están separados en grupos según el tipo de ácido nucleico, tamaño, forma, subestructura de la partícula.

En los últimos 20 años se han logrado enormes mejoras en la inmunización de niños contra las enfermedades infeccio-

sas. Las vacunas recientes de virus vivos contra sarampión, rubeola y parotiditis se han vuelto tan eficaces como la vacuna contra la viruela.

Este trabajo tratará algunas de las enfermedades especialmente frecuentes en la niñez causadas por virus, que a menudo perturbaban la salud bucal y crean problemas fisiológicos generales, y que pueden requerirse para diseñar tratamientos dentales más completos y específicos.

HISTORIA CLINICA

La historia clínica proporciona principalmente una técnica mediante la cual pueden investigarse los síntomas del paciente.

El estado de la cavidad oral es muy importante en orden a mantener la salud física y psicológica como la sensación de bienestar: el reconocimiento y tratamiento de las anomalías y enfermedades de la cavidad oral, sobre todo en la lactancia y primera infancia, requieren la observación odontológica del niño.

Numerosas anomalías de la cavidad oral se asocian a enfermedades sistémicas por lo que hay que percatarse de los síntomas que con frecuencia son las primeras manifestaciones de la enfermedad y es el dentista quien tiene más oportunidad para la observación periódica tanto del niño como de su boca. Antes que el niño sea introducido en el gabinete odontológico debe hacerse cuestionario con la historia clínica médico odontológica como asimismo el estado actual del paciente.

Los cuestionarios de las historias clínicas deben proporcionar conocimientos básicos acerca del paciente, y com-

prender la enfermedad principal, la historia de la enfermedad actual, antecedentes médicos y odontológicos, familiares y socioprofesionales, identificación de síntomas adicionales por sistemas orgánicos (revisión de sistemas).

Es necesaria una forma impresa para asegurarse de que toda la información necesaria se obtuvo.

Es obvio que para establecer un diagnóstico o determinar que pacientes son capaces de soportar ciertos regímenes terapéuticos, la presencia de una historia médica fidedigna es de suma importancia.

ENFERMEDAD ACTUAL

Una buena práctica psicológica consiste en pedir al paciente que relate su enfermedad actual, enseguida se le pide que explique desde cuando observó por primera vez la lesión, como se desarrolló. Debemos proceder con cuidado para asegurar la presentación cronológica de los hechos, sin embargo, debemos evitar las interrupciones frecuentes para no impedir que el paciente nos relate todos los hechos importantes.

La sinopsis suele incluir datos pertinentes respecto a la enfermedad en las siguientes categorías:

- 1) Localización
- 2) Duración y progreso

- 3) Carácter
- 4) Su relación con la función
- 5) Efecto de tratamiento anteriores

LOCALIZACION

Como el dolor es quizá el síntoma que suele presentarse con mayor frecuencia en la práctica odontológica, el examinador deberá insistir en que se le señale la localización exacta de la sensación. Debemos proceder con cuidado para determinar si el dolor es radiado o si permanece localizado.

DURACION Y PROGRESO

El momento de la presentación y las circunstancias que ocurrieron en el comienzo de los síntomas también deberán ser registrados. Muy importante es el curso de los síntomas entre el tiempo de su aparición y la entrevista; si los síntomas han empeorado o aumentado de intensidad en este lapso, o si ha habido exacerbaciones y remisiones de los síntomas.

CARACTER

Muy importante para la descripción del dolor o la molestia es la indicación de su carácter o naturaleza fundamental. ¿Es en realidad el dolor, o es una sensación de plenitud o -- una molestia inespecífica?. ¿Es agudo o sordo?. ¿Es leve, moderado o grave?. ¿Es intermitente o constante?.

SU RELACION CON LA FUNCION

La asociación de los síntomas a las actividades diarias normales puede proporcionar una valiosa pista hacia la etiología.

Debemos establecer si la hora del día, el comer, la postura, el ejercicio o el sueño afectan la presencia o la naturaleza de los síntomas. Además se deberá indagar con respecto a la presencia simultánea de otros síntomas en relación -- con el progreso de la enfermedad. Por ejemplo: ¿acaso el dolor en ocasiones se asocia con cefálea, náuseas o fiebre?

EFFECTO DE TRATAMIENTOS ANTERIORES

El conocimiento de los efectos de tratamientos anteriores, ya sea que hayan resultado en alivio, agravación o ningún efecto sobre el síntoma, puede ser valioso. Los pacientes con frecuencia han aplicado remedios caseros, tomando -- analgésicos suaves o han visitado ya a otro clínico que intentó sin éxito curar la enfermedad.

La reacción de el paciente a cualquiera de estas maniobras también deberá ser registrada.

ANTECEDENTES MEDICOS

Estos pueden resultar fundamentales en ciertas enfermedades de la boca, como liquer plano, eritema multiforme, etc.

aun cuando los antecedentes no ayuden al diagnóstico exacto - de la enfermedad principal, suministran al especialista información acerca del estado físico del paciente, su posible reacción a las infecciones, información acerca de cualquier enfermedad grave o importante que sufra o haya sufrido en el pasado. Las alergias como muchas veces los pacientes las olvidan es recomendable que el dentista pregunte específicamente acerca de las alergias a cualquier medicamento; por razones médico legales, debe de anotar esta información en la historia -- clínica.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Permiten obtener información acerca de enfermedades - - transmisibles o que tienden a afectar familias enteras. Es - el caso de la tuberculosis, fiebre reumática, migraña, trastornos psíquicos o neuróticos, cierta variedad de cancer (por ejemplo de la madre), alergias e hipertensión arterial.

ANTECEDENTES SOCIALES Y OCUPACIONALES

Permiten establecer el diagnóstico de ciertos transtor- nos. Un moteado obscuro sorprendente de la encía peridenta- - ria deja de ser misterioso cuando el paciente nos dice que -- trabaja con plomo, bismuto o cadmio.

En la odontología infantil el examen bucal es un proce-

dimiento perfecto para comenzar. Indoloro y grato ofrece una oportunidad única para que el odontólogo introduzca gradual y cómodamente al niño a los procedimientos odontológicos.

También da al odontólogo una oportunidad simpática durante la cual puede trabar conocimiento con su paciente.

REVISION DE SISTEMA

La revisión de los sistemas es una investigación minuciosa de los síntomas específicos relacionados con sistemas orgánicos individuales. La revisión se realiza primero para evitar la omisión inadvertida de datos que pudieran ser significativos para establecer una conclusión diagnóstica, y segundo, para verificar el estado de cada sistema orgánico individual en relación con alguna enfermedad concomitante o plan de tratamiento proyectado.

La revisión se hace de cabeza a pies y consiste en determinar la presencia o falta de síntomas específicos relativos a cada sistema. El conocimiento de la afección principal del paciente y de la historia de esa enfermedad puede guiar al clínico hacia la investigación de áreas de interés particular con mayor detalle, aunque un diagnóstico preconcebido no deberá propiciar la omisión de preguntas aceptadas. Es necesario insistir en que la falta de un síntoma suele contribuir tanto a la solución del problema diagnóstico como a la exis-

tencia de otro, por lo que la documentación completa de las "negativas significativas" se convierte en obligación. Además, el clínico deberá proceder con cuidado en la construcción y enunciación de las preguntas para equipararlas a la inteligencia y educación del paciente, de tal forma que éste comprenda cada una de las preguntas.

REVISION DE SISTEMAS:

Cabeza: Cefalea

Ojos: Agudeza visual, lentes correctivos, diplopía.

Oídos: Agudeza auditiva, tinnitus, dolor, otorrea.

Nariz: Epistaxis frecuentes, obstrucción.

Garganta: Infecciones, amigdalitis, disfagia.

Cuello: Hinchazón, dolor.

Respiratorio: Tos, sudación nocturna, hemoptisis, asma.

Cardiovascular: Disnea, ortopnea, edema, angina de pecho.

Gastrointestinal: Apetito, náusea, vómito, estreñimiento, diarrea, hematemesis, melena, ictericia, dolor abdominal.

Genitourinario: Frecuencia, incontinencia, disuria, hematuria, presentación y regularidad de heciclos menstruales.

Neurológicos: Anestesia, parestesia, debilidad muscular o parálisis.

Endocrino: Alteraciones de peso, alteraciones de las actividades diarias.

EXAMEN FISICO

El examen físico es la técnica mediante la cual se recaban los datos relativos a los signos de la enfermedad. La documentación de los signos parece sencilla cuando se compara con el problema de tratar los síntomas subjetivos, ya que los signos son fenómenos observables, capaces de ser descritos objetivamente y medidos. Sin embargo, los datos precisos solamente se obtienen cuando el clínico se apega persistentemente a los fundamentos y a técnicas de observación estrictas. Para que las técnicas mencionadas anteriormente sean significativas, es indispensable poseer un conocimiento amplio de las variaciones anatómicas normales, no solamente en términos de tamaño y posición de los órganos, sino también estar familiarizados con los colores asociados, consistencias y sonidos. Al igual que en el registro de los datos relativos a los síntomas, muchos datos físicos descubiertos dentro de los límites normales constituyen "normales significativos", por lo que deberán ser registrados.

El examen físico deberá seguir a la historia médica, ya que con frecuencia existen zonas afectadas que exigen un examen detallado específico, la historia médica permite que se desarrolle una relación entre el facultativo y el paciente antes de la realización del examen físico.

EXAMEN FISICO:

Signos Vitales

Pulso

Presión Arterial

Respiraciones

Temperatura

Cabeza: Deformidades del desarrollo, simetría.

Ojos: Movimientos musculares extraoculares, tamaño de la pupila, reacción de la pupila a la luz y acomodación, examen de fondo de ojo, agudeza visual.

Oído: Aspecto de la membrana timpánica, agudeza auditiva.

Nariz: Desviación del tabique, emisión, obstrucción,

Boca: Examen bucal completo, el examen bucal u oral del niño, debe consistir en una detallada inspección de los tejidos duros y blandos de la boca, en el siguiente orden y que se completará con un estudio radiográfico.

Labios: El nivel de los labios en relación con el plano incisal de los dientes, cualquier hábito que afecte los labios, cualquier cambio de color, tumefacción, ulceración o fisura.

Encía: Coloración, punteado y contornos de tejido blando que rodea los dientes.

Paladar: Altura, forma, tumefacciones y ulceraciones, fisuras totales o parciales.

Lengua: Tamaño en especial, es importante también el color de la mucosa que la recubre, hábitos en relación con ella.

Zona sublingual: Cualquier evidencia de infección o de crecimiento de tejido.

Amígdalas y Garganta: Infección, coloración, etc.

Saliva: Con frecuencia tiene relación con la salud dental, su exceso o falta puede servir para el diagnóstico de algunas enfermedades generales, también puede afectar los tejidos dentales.

Oclusión: Es muy importante observar la relación de -- los molares, hay que observar, registrar y evaluar la disponibilidad de espacio para los dientes de reemplazo, y si su faita se debe a pérdidas prematuras o a un apiñamiento general.

Traumatismos: Hay que anotar los traumatismos de los tejidos blandos bucales y de los dentales.

Garganta: Agrandamiento amigdalas, faringitis.

Cuello: Simetría, masas palpables, ingurgitación venosa, tiromegalia.

Respiratorio: Frecuencia y naturaleza de las respiraciones, expansión simétrica, frémitos, resonancia, ruidos, frotamientos.

Cardiovascular: Pulso, regularidad y frecuencia, punto de impulso máximo, soplos, calidad de los sonidos cardiacos, - murmullos, frotamientos y galopes.

Pechos: Simetría, masas, dolor, supuración, retracción.

Abdomen: Cicatrices, dolor por organomegalia, sonidos, - hernias.

Organos Genitales:

Masculinos.- Supuración, masas testiculares.

Femeninos.- Examen pélvico.

Extremidades: Límite de movimientos, pulsaciones arteriales.

Piel: Color, textura, pigmentación, lesiones.

Neurológicos: Nivel de conciencia, orientación, reflejos profundos de los tendones, examen de los nervios craneales.

Resumen de datos significativos.

EXAMEN RADIOGRAFICO

El examen radiográfico es el paso siguiente de importancia en la correcta evaluación de la salud dental.

Ningún examen dental es completo sin radiografías, es necesario el examen radiográfico bucal cada 6 años y posiblemente otro antes de los 12 años. Durante la etapa formativa-

y de desarrollo de la infancia, la radiografía es esencial para la evaluación de la oclusión y de los tejidos de sostén -- del diente.

El examen radiográfico de un niño es similar al de un - adulto, con algunas variantes en los tiempos de exposición, - tamaño de la película y en pocas ocasiones, posición del tubo.

REGIONES ANATOMICAS DE LA CAVIDAD BUCAL

ANATOMIA

La boca es una cavidad limitada hacia delante por los labios, hacia atrás por el velo del paladar, a los lados por las mejillas, arriba por la bóveda palatina y abajo por la lengua y el piso de la boca. Los rebordes alveolares de los maxilares y los dientes implantados en ellos, dividen la cavidad: vestíbulo y boca propiamente dicha. El vestíbulo queda comprendido entre los labios, las mejillas; los dientes y los rebordes alveolares; la cavidad queda situada atrás de los re bordes alveolodentarios. La boca y el vestíbulo comunican en tre sí por los espacios interdentarios y por un espacio retro molar situada entre la última muela y la rama ascendente del maxilar inferior. Esta última comunicación es particularmente interesante porque gracias a ella es posible pasar una son da y alimentar a los enfermos en los casos en que es imposi-- ble que abran la boca, como sucede en el trismus.

Toda la cavidad está tapizada por una mucosa ricamente vascularizada que sangra con facilidad; a nivel de los rebordes alveolares y de la bóveda palatina se hace más gruesa y -

resistente.

PISO DE LA BOCA.- En la parte media del piso inferior, la mucosa forma un repliegue; el frenillo, que va del piso inferior a la parte media de la cara inferior de la lengua. En esta misma cara lingual podemos notar, debajo de la mucosa, - dos venas paralelas que corren de atrás para adelante; son -- las raninas.

A los lados del frenillo se encuentran las desembocaduras de los conductos de las glándulas submaxilares y sublinguales.

PARED SUPERIOR.- Está formada por la bóveda palatina, - dura hacia delante y blanda hacia atrás, en donde está el velo del paladar; ésta es una formación musculomembranosa que - cabe verticalmente como una cortina, su función es ocluir las coanas al paso del bolo alimenticio. Está constituido por la úvula en la parte media y los pilares lateralmente; entre - - ellos queda un lóculo en donde se aloja la amígdala; ésta es una formación de tejido linfoide, con la forma y el tamaño de una almendra y con su diámetro mayor dirigido hacia abajo, adelante un poco hacia dentro.

PAREDES LATERALES.- Están constituidas por las mejillas; el único dato de interés en ellas es la desembocadura - del canal de Stenon a nivel del cuello del segundo molar.

PARED ANTERIOR.- Constituida por los labios.

DIENTES.- Su número varía según la edad: en la infancia, primera dentición, es de 20; en la edad adulta, segunda dentición, es de 32. Los primeros se llaman temporales o de leche; su brote principia a los 6 meses de edad con los dos incisivos medios inferiores y termina a los 3 años; empiezan a caer a los 6 ó 7 años y son substituídos por la segunda dentición-definitiva, que ya hemos dicho consta de 32 piezas; los primeros en caer son los incisivos, luego los caninos y por último los molares. Los molares principian a cambiarse a los 12 - - años con excepción de la primera pequeña molar que se cambia a los 6. Las últimas grandes muelas, o del juicio, tardan muchos años en aparecer, algunas veces hasta los 20, 30 ó más años.

LENGUA.- Se le consideran dos caras: una superior y - - otra inferior; dos bordes: uno derecho y otro izquierdo. Toda ella se encuentra cubierta por una mucosa pálida y rugosa en la cara inferior y en sus bordes. En su espesor se encuentran las distintas papilas gustativas.

EXPLORACION DE LA CAVIDAD BUCAL

Sin duda es una de las más importantes de la cara -- por el gran número de datos que proporciona. Para efectuar-- las se ordena al paciente abra bien la boca. Para obtener ma

por visibilidad se le pide que haga el esfuerzo como para vomitar, también nos podemos ayudar con un "abate lengua" o simplemente con una cuchara. Debemos tener muy buenas condiciones de iluminación, por lo que se pondrá al paciente de manera que la fuente luminosa proyecte su luz directamente a la boca; éste puede hacerse con la ayuda del espejo frontal siguiendo la técnica adecuada al caso, o también con instrumentos ad hoc.

Enumeraremos a grandes rasgos los datos que se pueden obtener: coloración y estado de la mucosa en general; coloraciones, heridas, tumores o ulceraciones localizadas en los labios, mejillas, piso, lengua, paladar, velo, etc. Estado de los dientes y de las encías, en las que es muy frecuente que haya supuraciones, (piorrea), defectos de la implantación o forma de los dientes, (estigmas de degeneración); caries o abscesos dentarios; ulceraciones, cortedad, etc. del frenillo; sequedad, enrojecimiento, estado saburral de la lengua; muy interesantes estos datos, sobre todo en los padecimientos febriles o en otros en los que el aspecto de la lengua es característico: lengua escrotal, lengua de perico, etc., anotaremos por último las condiciones del velo del paladar, de sus pilares, de las amígdalas, que pueden ser asiento, todos ellos, de alteraciones importantes de conocer, inflamaciones, hipertrofias, presencia de verdaderas o falsas membranas, ulceraciones, placas sifilíticas, etc. En la úvula encontramos

en la insuficiencia aórtica el signo de Muller, que consiste en el latido sincrónico de la úvula con el pulso.

Hemos hecho esta reseña rápida únicamente para hacer no tar la importancia que tiene una exploración cuidadosa de la boca, pues no hay que olvidar que sus alteraciones traducen - no sólo padecimientos locales, sino con mucha frecuencia son manifestaciones de padecimientos generales: difteria, afta, - etc.

MEJILLAS Y MENTON

El estudio de la superficie exterior de las mejillas y del mentón no presenta nada de particular y se hace más bien en el estudio conjunto de la cara.

SARAMPION

El sarampión es una enfermedad infecciosa "infantil" - aguda muy contagiosa, caracterizada por coriza, conjuntivitis, aparición de lesiones focales típicas en la boca, llamadas -- manchas de Koplik y exantema generalizado. El agente causal es un mixovirus. El virus es transmitido por las secreciones nasofaríngeas ya sea directamente o a través de las gotitas - transportadas por el aire y que llegan a las mucosas respiratorias o a la conjuntiva del individuo susceptibles. Las personas infectadas con el virus pueden transmitir la enfermedad durante un período que va desde 4 días antes hasta 5 días después de que hacen su aparición las lesiones de la piel.

Los lactantes resultan rara vez afectados antes de los seis a ocho meses de edad debido a la persistencia durante este período, de anticuerpos adquiridos por transmisión trans--placentaria.

Es probable que después de la infección el virus del sarampión se multiplica en el epitelio de las vías respirato- - rias y se disemina por medio del torrente sanguíneo hasta sitios distantes. Durante unos cuantos días antes y un par de-

días después de que aparezca la erupción, el virus puede aislarse de la sangre, el virus puede obtenerse de la orina hasta por 4 días después de la erupción.

En período temprano de la enfermedad hay fotofobia, dolor urente en los ojos y lagrimeo intenso.

Varios días después en la mucosa bucal se presentan pequeñas manchas características, de ordinario cerca del orificio de desembocadura del conducto Stenón. Estas máculas presentan ulteriormente vesículas centrales o focos blancos de necrosis y se convierten en las manchas de Koplik, casi patognómicas en esta etapa, a 1 ó 2 días después, se presenta exantema eritematoso generalizado. Comienza en la cara o detrás de las orejas y se extiende hacia abajo para cubrir el tronco y por último las extremidades. Las lesiones son pardo rojizas que apenas sobresalen de la piel, y suelen ser discretas.

En el día o los días ulteriores, las lesiones pueden experimentar coalescencia y producir áreas irregulares semejantes a mapas, este exantema característico palidece por la presión, pero en ocasiones ocurren hemorragias y el color rojo no desaparece al oprimir la piel. El exantema suele desvanecerse en término de una semana, y va seguido de descamación del epitelio. La erupción desaparece en plazo de 14 a 21 días, durante la fase aguda de la enfermedad hay leucopenia.

Las complicaciones más importantes de la enfermedad son infecciones respiratorias secundarias como bronquitis y bronconeumonía. Las manchas de Koplik permiten un diagnóstico -- temprano; la descamación furfurácea típica es útil para establecer el diagnóstico en las etapas últimas de la enfermedad. El sarampión debe distinguirse de la rubeola, la escarlatina y la varicela.

ASPECTOS BUCALES

Los aspectos bucales del sarampión incluyen:

- 1) Manchas de Koplik y Exantema.
- 2) Complicaciones bucales raras de esta enfermedad.

Las manchas de Koplik tienen importancia diagnóstica, ya que aparecen uno o dos días antes del exantema. Existen durante la mayor parte de la etapa infecciosa de la enfermedad en la mucosa del carrillo a lo largo de la línea de cierre de los dientes en la región de los molares.

El paciente puede percatarse de su presencia, o quejarse de una sensación de calor y quemadura. Las lesiones tienen aspecto de manchas blancas o blancoazuladas como puntas de alfiler, rodeadas de una zona de eritema. Es esencial una buena iluminación para poderlas descubrir; se ven de preferencia en la luz del día. Las manchas desaparecen gradualmente a medida que la mucosa de la boca se congestiona y aparece el

exantema.

La defensa intensa contra la luz del dentista en un niño, inquieto con resfriado, debe de despertar la sospecha de comienzo de un sarampión.

Un examen cuidadoso de la mucosa del carrillo puede descubrir las típicas manchas de Koplik.

Suele haber adenopatía cervical.

Se ha observado ostiomielitis del maxilar inferior y noma después de un sarampión epidémico.

MANIFESTACIONES ORALES

Lesión oral: manchas de Koplik (presentes en 95% ó 97% de los pacientes).

Ubicación de la lesión oral: mucosa bucal y encía.

Rasgos clínicos: la lesión oral comienza como gránulos rojos seguidos por áreas delgadas blancas o amarillas localizadas en una base roja; llamadas manchas de Koplik. La lesión oral ocurre varios días antes de erupción de la piel.

Complicaciones de noma: (raramente gangrena de ca, boca y labios).

Inflamación y ulceración de la encía y paladar, pueden hincharse los labios y cara.

La saliva es altamente infectiva en las primeras etapas.

RUBEOLA

Suele atacar a los niños de 2 a 10 años, es siempre muy leve y benigna, tanto que con frecuencia se sufre sin guardar cama y nunca origina complicaciones y secuelas morbosas, sólo es maligna cuando, incidiendo en embarazadas de 2 a 3 meses, ocasiona graves lesiones fetales (embriopatía rubeolar).

El virus causal se incluye en el género de los alfavirus.

El virus cabe detectarlo ya en la faringe al cabo de una semana de contagio la virencia sobreviene exactamente a los seis días del contagio, y en la gestante marca el comienzo de la infestación fetal. El período de contagiosidad puede extenderse hasta pasadas dos semanas del comienzo de la erupción.

La enfermedad se padece a menudo sin sintomatología.

Guggenheimer y Col. fueron los primeros en señalar defectos dentales después de la epidemia de rubeola materna. La rubeola materna se presentó entre la segunda y decimocuarta semana de embarazo.

Ochenta y cuatro por ciento de once niños, de esta serie mostraban defectos por hipoplasia del esmalte, que afectaban a 78 de los 253 dientes que habían salido en total.

Iban desde defectos localizados hasta aplasia del esmalte de más de la mitad de la corona.

Los autores demostraron que la infección persiste en el recién nacido mucho después de que la erupción y la viremia materna ha desaparecido.

El período crítico para la producción de la hipoplasia dental no coincide obligatoriamente con el momento de la infección materna.

La rubeola de la embarazada tiene trascendencia para el embrión.

El agente franquea la placenta y puede causar una embriopatía si la infección sobreviene en los dos primeros meses de la gestación, y particularmente en las cuatro primeras semanas. En el tercer mes la incidencia de malformaciones es también superior a la normal.

A partir del cuarto mes ya no se presentan anomalías. Si la madre se enferma de rubeola durante el primer mes de embarazo es muy frecuente el aborto.

La infección es al parecer crónica habiéndose recuperado el virus de la placenta y feto en abortos ocurridos varias

semanas después de la enfermedad de la madre.

Los recién nacidos afectados son portadores con frecuencia del virus, y por lo tanto, pueden infectar a sus compañeros de nursería y a los gestantes.

La rubeola congénita se le considera una infección crónica generalizada intrauterina y neonatal.

Las malformaciones clásicas constituidas en los primeros tres meses de la gestación no son sus únicas manifestaciones. El recién nacido puede presentar una erupción moclusa, púrpura trombopénica.

Las malformaciones que pueden atribuirse a la rubeola son las siguientes:

- 1) Defectos oculares como catarata, microftalmía y coriorretinitis, que se producen cuando la enfermedad se contrae entre la cuarta y octava semana del embarazo.
- 2) Anomalías cardíacas, que sobrevienen cuando la madre padeció el proceso alrededor de la octava semana, -- siendo las más comunes la persistencia del canal arterial y el defecto del septo.
- 3) Retraso del crecimiento intrauterino.
- 4) Circunferencia anormal de la cabeza y retraso del desarrollo funcional.

El tiempo desde la exposición hasta la aparición de la erupción de rubeola es de 14 a 21 días, generalmente es de 18.

En los adultos puede haber síntomas prodromicos que preceden al exantema 1 a 7 días, consistentes en malestar, cefalalgia, fiebre, conjuntivitis leve y linfadenopatía.

En los niños la erupción puede ser la primer manifestación de la enfermedad. Con base en los estudios serológicos es evidente que la infección de rubeola puede carecer de signos o síntomas o producir crecimiento de los ganglios linfáticos sin lesiones cutáneas, sin embargo, es raro encontrar linfadenopatía sin erupción.

Los síntomas respiratorios son leves o no existen.

MANIFESTACIONES ORALES

En ocasiones puede apreciarse sobre el paladar blando -- pequeñas lesiones rojizas (manchas de Forcheimer), pero no son patognomónicas de la enfermedad.

La erupción se inicia en la frente y en la cara y se disemína hacia el tronco y extremidades.

Las pequeñas lesiones maculopapulares de color rosa menos intenso que las del sarampión tiene habitualmente límites bien definidos pero pueden coalescer para formar un eritema difuso sugerente de fiebre escarlatina. La erupción puede durar de 1 a 5 días, pero por lo general perdura 3 días.

Antes de la erupción los ganglios linfáticos aumentan de volumen y duelen, pero adquieren mayor importancia durante el principio de la fase eruptiva y pueden persistir durante varios días después de que la erupción ha desaparecido.

Además de los signos característicos expuestos, es de importancia diagnóstica saber si el niño ha sufrido ya el sarampión. El exantema que brota el primer día de la enfermedad, puede parecerse tanto como el de la escarlatina, como al del sarampión; a veces es puntiforme en casos raros, ofrece pequeñas vesículas.

El exantema rubiólico también se parece mucho al súbrico medicamentoso gripal, etc. de los que se distinguirá por los antecedentes de aplicación de sueros, administración de medicamentos, infección gripal, etc.

La rubeola es muy contagiosa, sobre todo al iniciarse; su contagiosidad cesa unos 10 días después de curada.

El diagnóstico de la rubeola puede efectuarse por métodos serológicos y por aislamiento del virus.

En la actualidad disponemos ya de vacunas eficaces contra la rubeola.

Se utilizan sólo cepas atenuadas, pues siendo ya de por sí tan benigna la infección no tiene objeto el uso de vacunas de virus muertos que resultaría además inoperante.

La vía de administración es la subcutánea. Las reacciones secundarias son muy escasas.

RUBEOLA: (SARAMPION ALEMAN)

Lesión oral; manchas de Forchheimer en los paladares --
suaves y duro.

Ubicación de la lesión oral: encía y paladar.

Rasgos clínicos: encía alargada y dolorosa (no gingivitis).

Pequeñas máculas focales purpúricas (rojo oscuro) y vesículas finas que aparecen en el paladar.

No hay alteraciones clínicas detectables, ya sea en --
dientes de leche o permanentes.

No hay malformaciones congénitas orales de rubeola materna.

(Erupción de piel, cuello y cara).

VIRUELA

Es una enfermedad viral, febril, aguda, sumamente contagiosa caracterizada principalmente por erupción cutánea ampliamente diseminada, vesiculosa y después postulosa.

El virus de la viruela soporta la desecación incluso durante meses, y por este motivo, los casos activos inevitablemente contaminan el medio por virtud del polvo transportado por el aire. La vía de entrada es la mucosa de las vías respiratorias altas. Es característico de la viruela la tendencia de todas las lesiones de una zona a presentar la misma etapa evolutiva. El exantema comienza en forma de máculas rojas pequeñas, que rápidamente se tornan pápulas y vesículas. En términos de 5 a 10 días, las vesículas se convierten en pústulas y se rompen o comienzan a desaparecer y a secarse, con formación de costra superficial. En el período postuloso neto las vesículas están llenas de exudado purulento y espeso, el período contagioso persiste durante toda la fase eruptiva. Es necesario mantener un rígido aislamiento de los enfermos hasta que se haya desprendido la última de las costras, si se quiere prevenir con seguridad la diseminación epidémica de la

enfermedad.

La viruela típica suele presentar un período de incubación, una etapa febril con erupción prodrómica, y una fase de erupción vesicular y pustulosa. El período de incubación generalmente es de 12 días, pero puede variar de 10 a 14 días o más.

La fase prodrómica se presenta en forma brusca con escalofríos, fiebre de 40 a 41°C., inquietud, irritabilidad, cefalalgia, dorsalgia intensa, vómito y postración. En la mayor parte de los casos, la fiebre cede rápidamente de 2 a 4 días, y el enfermo se siente mejorado. En este momento se presenta la erupción en forma de máculas (que después se vuelven pápulas) que van creciendo poco a poco hasta que alcanzan un diámetro aproximado de 0.5 cm. Después de un período de 6 a 10 días, las pápulas evolucionan hasta convertirse en verdaderas vesículas multiloculadas, y por último, en pústulas pruriginosas sumamente dolorosas. Cuando aparecen las lesiones pustulosas, la fiebre y los síntomas generales vuelven a presentarse.

En la viruela es característico que la erupción se localice de preferencia en la cara y extremidades, pero, sobre todo, en las palmas de las manos y plantas de los pies. Las lesiones evolucionan en el orden de su aparición, pasando de pápulas a vesículas y finalmente a pústulas; en cada una de di-

chas etapas todos tienen el mismo aspecto.

El diagnóstico suele hacerse por las lesiones dérmicas-bastante características.

Todos los individuos en contacto con un caso sospechoso de viruela deberán vacunarse, aún cuando ya estén inmunizados.

La vacunación primaria durante el período de incubación no es capaz de provocar inmunidad suficiente para prevenir la viruela, pero puede atenuar la enfermedad.

MANIFESTACIONES ORALES

En la mucosa bucal aparecen pápulas y vesículas que se rompen y forman úlceras extensas.

VIRUELA

Lesión oral: Ulceraciones, pápulas y vesículas.

Ubicación de la lesión oral: Labios, mucosa bucal, lengua, paladar y orofarínge.

Edad: Niños.

Sexo: No hay predilecciones de sexo.

Pronóstico: Las complicaciones son graves, aislamiento-hasta que la última costra caiga.

Rasgos clínicos: Ulceración de la mucosa oral y orofaríngea, úlceras se convierten en lesiones.

Glositis, Pústulas (Labios).

Pápulas, vesículas y hemorragia, son las lesiones orales predominantes, dada la hidratación presente en la cavidad oral.

VARICELA

La varicela es una enfermedad infantil, aguda, benigna y transmisible. Se caracteriza por síntomas generales mínimos a moderados y erupción maculopapular y vesicular.

El exantema es semejante en muchos aspectos al de la viruela, pero suele ser menos grave, está formado por brotes sucesivos de pápulas dispersas pruriginosas, que más tarde se transforman en vesículas. Estas vesículas se secan primero - la parte-media y forman lesiones costrosas. Papulas, vesículas y lesiones costrosas están en estrecha proximidad en una misma zona corporal (dato diagnóstico). La erupción es muy - neta en la cara y cuero cabelludo. No quedan cicatrices definitivas a menos que se produzca infección secundaria. Las secuelas y complicaciones secundarias son raras.

El virus de la varicela, que pertenece al grupo del virus del herpes, parece ser idéntico al que causa herpes zos- - ter y, en consecuencia, a menudo se llama virus de varicela y zoster. No se ha precisado la vía de infección, pero se supone que sea por las vías respiratorias altas.

El período de incubación suele ser de 18 a 16 días y va seguido de malestar vago y fiebre y de exantema.

A diferencia de la viruela, el exantema de la varicela tiende a ser centrípeto y las lesiones son más abundantes en el tronco que en la cara y las extremidades. También ocurren en la mucosa bucal, aparecen pápulas y vesículas, que se rompen y forman úlceras pequeñas, estas vesículas son indoloras y temporales, también pueden estar en la mucosa de la faringe, que aparecen 12 a 24 horas antes de producirse la erupción cutánea.

Las vesículas de la mucosa bucal tienen calibres diversos y están rodeadas por una base eritematosa. Casi siempre se observa una zona de erosión superficial rodeada de pequeños restos de mucosa.

VARICELA

Lesión oral: Vesículas y Ulceraciones.

Ubicación de la lesión oral: Labios, mucosa bucal, paladar y orofaringe.

Edad: Niños preescolares y escolares.

Sexo: No hay predilección de sexo.

Pronóstico: Buena, la mayoría de los pacientes tienen - marcadas mejorías en 72 horas.

Rasgos Clínicos: Vesículas rodeadas de un área de hiperemia que llega a la ulceración.

Úlceras de labios y paladar.

Vejigas indoloresas en la mucosa bucal anteriores a máculas en la piel.

Dolor en garganta e inflamación de los nudos cervicales posteriores.

PAROTIDITIS

La parotiditis (paperas) es una enfermedad contagiosa - aguda, de etiología viral, que se caracteriza por tumefacción y dolor de las glándulas salivales; a veces también invade -- las gónadas, las meninges y el páncreas, sobre todo en los -- adultos. Su agente es el mixovirus parotiditis.

La incubación dura de 18 a 20 días. Con aumento en la temperatura ligero trastorno del estado general y a veces angina leve, se desarrolla una tumefacción dolorosa en una paró-- tida (con frecuencia a la izquierda) que suele pasar a la del otro lado. La glándula tumefacta levanta un poco la oreja y es blanda, pastosa y algo dolorosa a la presión; la mitad correspondiente de la cara se abotaga ligeramente, pero la piel que cubre no está roja. La injurgitación inflamatoria nunca-- supura. La abertura de la boca y la masticación están difi-- cultadas. La eliminación de la saliva no suele estar pertur-- bada, pero algunos enfermos aquejan sequedad en la boca. La enfermedad dura, poco más o menos una semana, y si es bilate-- ral dos. Sin embargo alguna vez, se comprobó la contagiosi-- dad aún después de transcurridas seis semanas desde la cura--

ción. El recién nacido posee una inmunidad adquirida de la madre por vía placentaria, que le dura hasta los 9 meses.

Las paperas dejan una inmunidad duradera. Las infecciones son raras antes de los dos años y después aumentan rápidamente de frecuencia alcanzando su máximo a la edad de 6 a 10 años. La parotiditis clínica puede ser más frecuente en los hombres que en las mujeres. Los adultos se infectan con frecuencia por contacto directo.

El virus se transmite por medio de las secreciones salivales infectadas, aunque su aislamiento de la orina sugiere que puede diseminarse por esta ruta. La saliva se mantiene infecciosa durante aproximadamente 6 días antes del comienzo de la parotiditis, por lo general el principio de la parotiditis es súbito, pero puede ir precedido por un período prodrómico de malestar general, anorexia, sensación de escalofrío, febrícula, dolor de garganta y dolor a la presión en el ángulo del maxilar. En muchos casos, sin embargo, la inflamación de la parótida constituye la primera indicación de la enfermedad. La glándula inflamada abarca desde la oreja hasta la porción inferior de la rama del maxilar, llegando por delante hasta el arco sigomático. La piel que cubre la glándula puede estar enrojecida, caliente y tensa; también se encuentra edema y enrojecimiento del orificio del conducto de Stenon. Frecuentemente el dolor espontáneo y provocado es intenso, --

aunque en ocasiones puede faltar. El edema de la parotiditis ha sido descrito como "gelatinoso" y cuando se toma la glándula afectada entre los dedos, tiembla como jalea. La inflamación puede afectar las glándulas submaxilares y sublinguales y abarcar hasta la cara anterior del tórax en forma de edema pre-esternal.

La parotiditis es bilateral en las dos terceras partes de los casos. La segunda glándula tiende a inflamarse cuando la primera está sanando, por lo general cuatro o cinco días después del comienzo de la enfermedad. Por lo general la parotiditis se acompaña de fiebre de 38.5 a 39°C., malestar general, cefalalgia y anorexia, pero en ocasiones los síntomas generales pueden faltar por completo, especialmente en los niños. La mayoría de los pacientes se quejan de molestias en cuanto a dificultad para comer, deglutir y hablar.

Los pacientes reciben higiene oral, analgésicos y dieta blanda.

MANIFESTACIONES ORALES

Agrandamiento doloroso de las glándulas parótidas, garganta llagada, tierna en el ángulo de la mandíbula.

Inflamación e hinchazón del orificio del ducto de Stenon.

Se hinchan las glándulas submaxilares y sublinguales.

PAROTIDITIS

Lesión Oral: Inflamación alrededor de los ductos de Stenon y glándulas parótidas.

Ubicación de la lesión oral: Mucosa bucal y glándulas - parótidas.

Edad: Niños de dos a seis o diez años de edad, adultos.

Sexo: Más común en el hombre que en la mujer.

Pronósticos: Los pacientes reciben higiene oral, analgésicos y dieta blanda.

Rasgos clínicos: (Aspectos orales).

Agrandamiento doloroso de las glándulas parótidas.

Garganta llagada, tierna en el ángulo de la mandíbula.

Inflamación e hinchazón del orificio del ducto del Stenon.

Se hinchan las glándulas submaxilares y sublinguales.

HERPES SIMPLE

Las infecciones cutáneas por virus de herpes simple son inofensivas, siempre que no se expandan a los ojos o al cerebro. Infección común, con tendencia a ser recurrente, consiste en la aparición de varias vesículas juntas ubicadas en los labios, cara y a veces en los ojos (queratitis herpética). y - piel de zonas eczematizadas (erupción variceliforme de Kaposi o exema Herpético). Cuando se generaliza puede causar también encefalitis graves y en la boca un gingivo-estomatitis - aftosa herpética.

La mayoría de los adultos poseen anticuerpos contra el virus, pues se halla muy difundido.

Permanece latente en muchos sanos. Los adultos que nunca han sufrido la enfermedad pueden contraer la infección primaria. Los niños recién nacidos a término, poseen inmunidad - gracias a que han recibido anticuerpos a través de la placenta, pero la van perdiendo en forma gradual en el transcurso - de los primeros meses de la vida.

Sin embargo, a los 5 años de edad el porcentaje de niños que poseen anticuerpos neutralizantes específicos, se - -

aproxima al de los adultos; ello demuestra la alta frecuencia de la infección, durante la infancia. El herpes simple a través de su evolución, es un caso excepcional donde la relación entre huésped-parásito hasta cierto punto es tolerada por el hombre. Casi todas las personas albergan el virus desde la infancia hasta la senectud, sin que sufran mayores trastornos e incluso, el contacto primario durante la niñez no suele acompañarse de enfermedad clínica manifiesta.

La inflamación herpética surge cuando con ocasión de resfriados, fatigas, insolaciones, menstruaciones, indigestiones u otros stress, el organismo decae en sus defensas y permite que el virus provoque la típica inflamación vesicular intraepidérmica casi siempre en la zona labial.

No deja cicatriz, comienza con una sensación de urencia seguida de la formación de varias vesiculitas. En sujetos con neumonía grave o meningococemias puede adoptar formas vesiculares gigantes, de las que resuma un exudado acaramelado que forma costra. Se localiza sobre todo junto a la boca y orificios nasales, durando de 4 a 12 días no se acompaña de por sí de fiebre ni linfadenitis regional.

Ciertos individuos están muy predispuestos a sufrir herpes labiales recidivantes y a veces tal repetición es despertada por traumatismos labiales previos.

En los recién nacidos existe una forma de sepsis vírica

herpética, en ocasiones contraída por prematuros de madres -- con vulvovaginitis herpética. La enfermedad tiene evolución limitada, y suele identificarse de acuerdo con su localización anatómica: herpes facial, labial, nasal, genital o vulvo vaginal.

La fuente de infección la constituyen: la saliva, las lesiones cutáneas, las heces fecales, la orina y las lesiones genitales de los sujetos infectados.

El mecanismo de transmisión es el contacto directo. El período de contagiosidad dura el tiempo que persisten activas las lesiones; sin embargo, se ha demostrado excreción salival intermitente del virus, durante varias semanas después que -- han desaparecido las lesiones bucales, así como en adultos -- asintomáticos. El período de incubación es de 2 a 12 días.

El cuadro clínico, los antecedentes epidemiológicos los cultivos y las pruebas específicas para herpes simple, casi -- siempre permiten un diagnóstico, correcto. Queremos insistir en la facilidad y utilidad del frotis para investigar las células gigantes características.

No se dispone de medidas preventivas efectivas.

MANIFESTACIONES ORALES

Se caracteriza por la presencia de vesículas, amarillentas y llenas de líquido, que se desarrollan en las amígdalas--

y mucosas oral y faríngea. La gingiva con dolor, se hincha e inflama antes de la formación de vesículas.

Las vesículas se rompen formando úlceras superficiales-irregulares cubiertas por un exudado. Una zona eritematosa rodea las úlceras. Hay una formación generalizada de vesículas.

HERPES SIMPLE (estomatitis herpética primaria)

Lesión oral: Vesículas y ulceraciones.

Ubicación de la lesión oral: Labios, Mucosa Bucal, gingiva, lengua, paladar, faringe y amígdalas.

Edad: Niños de más de un año y jóvenes adultos, no hay predilección de sexos.

Pronóstico: bueno. Las ulceraciones orales sanan espontáneamente en 7 ó 14 días. No hay cicatrices en la mucosa oral. Enfermedad autolimitativa.

Rasgos Clínicos: Infección primaria en niño: boca y garganta llagadas, dolor al tragar, vesículas amarillentas y llenas de líquidos que se desarrollan en la mucosa oral y faríngea. (Se desarrollan en las amígdalas).

La gingiva con dolor, se hincha e inflama antes de la formación de vesículas.

Las vesículas se rompen formando úlceras superficiales-irregulares cubiertas por un exudado.

HERPES ZOSTER

El Herpes Zoster, también llamado zona, es una enfermedad infecciosa aguda que ataca al hombre. Es producida por un virus y se caracteriza por la inflamación unilateral segmentaria de los ganglios de las raíces posteriores o de los ganglios extramedulares de los nervios craneales y por dolor y erupción herpética de la piel a lo largo del trayecto del nervio periférico afectado.

El virus del herpes zoster es relativamente grande (220 por 240 micras).

Es un parásito exclusivo del hombre.

El herpes zoster se considera como una reactivación de un virus de la varicela que ha permanecido latente en un individuo parcialmente inmune, sin embargo el mecanismo aún no queda aclarado.

La infección es rara en los niños pero la frecuencia, gravedad y duración aumentan con la edad. Se observa en todas las estaciones del año y es ligeramente más común en el hombre que en la mujer. Se han presentado brotes de herpes -

zoster por contacto de un paciente con varicela y viceversa.- El agrupamiento de estas infecciones secundarias sugiere que el herpes es infeccioso sólo durante los primeros dos o tres días después que se presenta la erupción. El sexo, la raza y la estación no constituyen factores predisponentes, aunque la frecuencia disminuye considerablemente después de los sesenta años.

Todavía no se sabe si el virus penetra a la piel y se transporta por los nervios sensitivos o se extiende periféricamente. El virus sólo se ha encontrado en las lesiones cutáneas, aunque la reacción inflamatoria es un signo constante - en los nervios correspondientes a la región afectada, el ganglio sensitivo y las astas posteriores de la sustancia gris - de la médula espinal.

Los ganglios linfáticos regionales muestran reacción inflamatoria aguda. Las vesículas de la piel se limitan a la epidermis mientras que en el corion muestra congestión e infiltración con células inflamatorias. En plazo de dos o tres días las células inflamatorias llenan la vesícula y la curación progresa desde la base, a menudo dejando ligera cicatriz. La enfermedad es rara suele relacionarse con trabajo excesivo, fatiga, desnutrición y enfermedades crónicas. Los síntomas clásicos de herpes incluyen sensación de hormigueo y dolor terebrante, quemante continuo o intermitente, generalmente unilateral, sobre una zona cutánea segmentaria. El dolor prodró

mico y el hormigueo pueden durar de cuatro a cinco días generalmente aparecen las primeras vesículas y se forman pústulas al cabo de 72 horas.

El herpes zoster en el territorio de la segunda y tercera ramas del quinto par craneal se manifiesta en piel y mucosa bucal.

Las lesiones bucales tienen el mismo aspecto que las del herpes simple, cuando coexisten lesiones cutáneas y bucales, las primeras duran más tiempo de cuatro a siete semanas.

El mecanismo de transfusión no está claramente establecido, se descarta la vía aérea ya que no ocurren epidemias de herpes zoster y el grado de contagiosidad es mínimo comparativo a la varicela. Los casos secundarios cuando ocurren son de niños y adoptan la forma de varicela; en un grupo de 184 casos de zoster que dieron lugar a diez infecciones secundarias, todas fueron varicela y nueve en niños.

Lo anterior es natural, dado que se trata de una infección con lesiones cutáneas en regiones cubiertas.

En ocasiones, el contacto físico en deportes o el uso común de prendas de vestir lleva a la aparición de lesiones de zoster dos semanas después del contacto con un caso activo.

MANIFESTACIONES ORALES

Los focos más frecuentes de lesiones intrabucales son -

la parte anterior de la lengua, el paladar blando y la mucosa de la mejilla. La mayor parte del dolor proviene de irritación de los ganglios sensitivos. Por lo tanto, la aplicación local de fármacos es ineficaz.

Burtschi estudió un paciente con lesiones de herpes zoster en las regiones de la boca inervadas por el trigémino y por el glossofaríngeo sólo había nomalias en la mucosa.

En caso de herpes zoster del trigémino, puede quedar afectado el ganglio geniculado del facial. Pueden quedar afectadas las fibras del facial que inervan la lengua.

En general el diagnóstico de herpes zoster se basa en el interrogatorio y la distribución unilateral típica de las lesiones en piel y mucosa.

Cuando la erupción se limita a la cavidad bucal, debe distinguirse de herpes simple, aftas recurrentes, manifestaciones de deficiencia nutricionales y pénfigo.

HERPES ZOSTER

Lesión Oral: Vesículas y úlceras unilaterales.

Ubicación de la Lesión Oral: Labios, mucosa bucal, paladar blando, lengua, úvula, farínge.

Edad: Rara en niños, adultos, incidencia que aumenta con la edad, ligeramente más frecuente en hombres.

Pronóstico: Bueno, curso de la enfermedad 10 días a 5 -
semanas.

Rasgos clínicos: Vesículas dolorosas unilaterales y úl-
ceras unilaterales en la mucosa oral.

Las vesículas están rodeadas de una base eritematosa.

Pérdida del gusto (síndrome de Hunt) que acompaña al --
Herpes Zoster oral.

HERPANGINIA

Es una enfermedad infecciosa, benigna y específica de la niñez aunque no es raro observarla en adultos jóvenes. La provoca un virus. Se le encuentra en todo el mundo en forma epidémica, generalmente en el verano y principios del otoño. El período de incubación para la herpangina es de 4 a 6 días. Los niños de 1 a 7 años son los más comúnmente afectados. La inmunidad persiste durante por lo menos un año, pero puede ocurrir reinfección con otra cepa de virus.

La Herpangina se caracteriza por fiebre de iniciación brusca, hasta 40°C., faringitis grave, náuseas y vómito. Es común observar anorexia, disfagia, excesiva salivación e intenso malestar general.

La faringe y la porción posterior de la boca se encuentra bastante enrojecida y congestionada y están cubiertas con muchas vesículas pequeñas (1 a 2 mm de diámetro). Que rápidamente se rompen, se erosionan y crecen para formar úlceras superficiales de 3 a 4 mm de tamaño, con centro gris, rodeadas de una aureola intensamente roja.

La cantidad y el tamaño de las lesiones aumentan durante 2 a 3 días y sanan en 4 a 5 días.

Generalmente están afectados los pilares anteriores de la faringe, las amígdalas y el paladar blando. A veces, se encuentran vesículas similares en la mucosa vaginal. Los síntomas generales y locales comienzan a mejorar en 4 a 5 días, lográndose la curación total en 7 días.

No hay cefalalgia, coriza u otros síntomas de las vías respiratorias.

Los enfermos curan siempre sin complicaciones.

El diagnóstico diferencial debe efectuarse primero con la estomatitis aftosa, segundo con la estomatitis labial del herpes simple, y angina herpética, tercero con una angina estreptocócica.

El pronóstico es siempre benigno y el tratamiento sintomático.

MANIFESTACIONES ORALES

Al examinar las fauces se encuentran de 2 a 6 vesículas del tamaño de una cabeza de alfiler al de un guisante, rodeadas o no de un halo eritematoso: casi siempre están varias juntas y se extienden más por el paladar blando (velo y pilares que por la superficie amigdalar.

Cuando estallan, dejan una pequeña úlcera, durante todo ello 3-5 días. Pocas veces se localizan en encías y carrillos.

HERPANGINA

Lesión Oral: Vesículas y Úlceras.

Ubicación de la Lesión Oral: Paladar, lengua, orofaringe y pilar anterior de las fauces.

Edad: Niños de menos de 4 años, más susceptibles, niños y jóvenes adultos.

Pronóstico: Excelente. Enfermedad autolimitativa. Las úlceras sanan entre 2 y 14 días.

Rasgos Clínicos: Aparición abrupta de numerosas vesículas orales, pequeñas úlceras con bordes rojos inflamados y base gris-blanca en la mucosa oral y en las fauces.

Las vesículas preceden a las úlceras.

Las úlceras son superficiales y limpias, siguiendo a la ruptura de las vesículas garganta llagada y salivación excesiva, fiebre y dolor de cabeza.

GLOSOPEDA (Fiebre Aftosa)

Se trata de una enfermedad virósica sumamente contagiosa que ataca al ganado vacuno y otros animales domésticos. En la actualidad la frecuencia de esta enfermedad en humanos es dudosa. Los raros casos de infección humana se han presentado después de la ingestión de carne o productos lácteos, o -- después del contacto con excreciones, pieles o víceras de animales enfermos. En el hombre la enfermedad comienza en forma brusca con fiebre, malestar y cefalalgia, estos síntomas se presentan después de un período de incubación de 2 a 18 días.

Inicialmente hay sequedad en la boca, pero poco después se presenta salivación excesiva y prurito generalizado. Después de muchos días aparecen grandes vesículas llenas de un líquido claro, que se localizan en la boca y en la faringe, -- así como en las palmas de las manos y plantas de los pies. Rara vez invaden otra región cutánea. Las lesiones de la mucosa y la piel son dolorosas y rápidamente se transforman en úlceras superficiales que sangran con facilidad. Las úlceras -- curan espontáneamente en dos a tres semanas sin dejar cic--
triz.

MANIFESTACIONES ORALES

Múltiples vesículas dolorosas y pequeñas con líquido claro, cuando viene la ruptura de estas vesículas se desarrollan úlceras superficiales muy dolorosas y éstas pueden sangrar fácilmente.

Hay una sequedad inicial de la boca seguida por salivación excesiva.

GLOSOPEDA (FIEBRE AFTOSA)

Lesión Oral: Vesículas Múltiples.

Ubicación de la Lesión Oral: Labios, lengua, mucosa bucal, encía-paladar y orofaringe.

Edad: Adultos.

Sexo: No hay predilección de sexo.

Pronóstico: Bueno. Las vesículas sanan espontáneamente en 2 a 3 semanas sin dejar cicatriz.

Rasgos clínicos: Múltiples vesículas dolorosas y pequeñas, con líquido claro.

Se desarrollan úlceras superficiales dolorosas después de la ruptura de las vesículas.

Las úlceras orales pueden sangrar fácilmente.

Sequedad inicial de la boca seguida por salivación excesiva.

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

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.

Williams G. Shafer

Naynard K. Hine

Barnet M. Levy

CLINICA PROPEDEUTICA MEDICA.

Luis Martínez Cervantes

TRATADO DE PATOLOGIA.BUCAL

Stanley L. Robbins

MEDICINA BUCAL

Burket

MEDICINA INTERNA

Farreras Rozman Harrison

MANUAL DE INFECTOLOGIA

Jesús Kumate

Gonzalo Gutiérrez

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Sidney B. Finn.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Samuel Leyt

C O N C L U S I O N E S

Surge de cuanto llevamos dicho que, al atender niños, -- el odontólogo acepta una variada responsabilidad. Debe saber como madura un niño en las distintas vertientes mencionadas - y como manejar su conducta con respeto y comprensión de sus - ansiedades y las de sus padres.

Debe registrar y evaluar adecuadamente todos los datos - que le permitan llegar a un diagnóstico correcto fundamental, lo que exige un examen minucioso.

Debe establecer un plan de tratamiento oportuno y resolver los problemas con aplicación de las técnicas indicadas. - No hacerlo así puede llevar a situaciones muy difíciles, no - solo en el campo terapéutico, con errores muchas veces grue-- sos, sino también, como consecuencia, de dificultades en relación con el niño.

En años recientes, gran parte de la práctica e investigación en el campo de la medicina pediátrica se ha dirigido a la prevención y tratamiento de infecciones causadas por virus principalmente. Aunque resolver estos problemas es esencialmente responsabilidad del médico, los odontólogos pueden y de

ben contribuir a este esfuerzo.

Como es aconsejable tener un equipo de salud compuesto de miembros de las profesiones médica y odontológica, es obligatorio para estos grupos coordinar sus esfuerzos para mantenerse alertas sobre los problemas a que se enfrenta cada uno de ellos, para poderse ayudar entre sí, y detectar las enfermedades infantiles con síntomas bucales característicos.

La base para tratamientos eficaces de cualquier enfermedad es el diagnóstico acertado de la afección existente. Si no se sigue este concepto fundamental, se llevará a ciegas cualquier intento de terapéutica, además existen ciertos signos patognomónicos que pueden llevar a decisiones tempranas de diagnóstico.

A menudo, es necesario que el odontólogo diagnostique antes de que todos los hechos hayan sido recogidos, para evitar que el proceso de la enfermedad siga su curso y se pueda llevar a cabo el tratamiento acertado para el paciente.