

24/130



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

ESTOMATITIS Y SU TRATAMIENTO

MÉDICO HOMEOPÁTICO

DIRIGI Y REVISÓ

73 VII-82

11/0/82

CID. JOSÉ T. ESCOBAR

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a:

Ma. Guadalupe C. Cabrera Núñez

México, D. F.

1982





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

	Pag.
I. PROLOGO.	1
II. INTRODUCCION	3
III. GENERALIDADES.	5
1. Anatomía y Fisiología.	6
2. Etiología y Patogenia.	10
3. Diagnóstico General.	13
4. Terapéutica.	16
4.1 Homeopatía.	16
4.2 Cómo actúa la Homeopatía.	16
5. Tratamiento Preventivo	18
6. Tratamiento Curativo	19
6.1 Tratamiento Local	19
6.2 Tratamiento Local y Gene ral	20
6.3 Tratamiento General Ho-- meopático	21
IV. ESTOMATITIS.	27
FORMAS ANATOMOCLINICAS	28
1. Estomatitis Eritematosa.	28
2. Estomatitis Pseudomembranosa.	32
3. Estomatitis Ulcerosa	35

	Pag.
4. Estomatitis Gangrenosa	42
4.1 Noma.	46
5. Estomatitis Hipertrófica	51
6. Estomatitis Vesiculosas y Am-	
pollosas	52
Generalidades.	52
a) Estomatitis Vesiculosas.	53
a.1 Herpes.	53
a.2 Estomatitis Herpética	55
a.3 Zona.	61
a.4 Estomatitis Vesfculo	
Pustulosas.	73
a.4.1 Impétigo	73
a.5 Enfermedades Aftosas.	75
a.5.1 Estomatitis -	
Aftosas.	78
b) Estomatitis Ampollosas	85
b.1 Hydroa Bucal.	85
b.2 Péñfigo	86
7. Otras enfermedades con mani-	

	Pag.
festaciones de estomatitis	88
V. ACLARACION	91
VI. PRESENTACION DE LOS MEDICAMENTOS	
HOMEOPATICOS	93
VII. CONCLUSIONES	95
VIII. BIBLIOGRAFIA	97

PROLOGO

La Homeopatía desde que empieza la Historia de la Medicina ha sido utilizada para curar desde los más leves padecimientos hasta las enfermedades agudas o crónicas, aunque en este tiempo es en general poco utilizada, es sumamente importante, ya que se ha comprobado científicamente sus resultados positivos.

Este trabajo lo he hecho pensando en todos aquellos que se sienten inclinados, como yo, a conocer un poco más de este tema fascinante. Cuando realmente nos interesamos en la terapéutica, nos volvemos definitivamente en buenos clínicos.

Aunque es un trabajo verdaderamente pequeño, espero que sirva para ahondar un poco más el deseo de estudiar la Materia Médica Homeopática.

INTRODUCCION

Las estomatitis son una de las lesiones inflamatorias más comunes de la mucosa bucal.

Desde siempre las estomatitis han sido objeto de múltiples clasificaciones basadas en la morfología de las lesiones así como en su Etiología.

Es difícil incluir en un solo grupo, todas las manifestaciones bucales que se pueden observar debido a la complejidad de las causas que se asocian para provocar una determinada lesión.

Aquí describo lo que es más importante para cualquier médico o dentista, que en la práctica general puede llegar a encontrar dentro de su consultorio.

Con el objeto de presentar algo distinto, he incluido en este trabajo, una terapéutica poco usual "La Homeopática", creo que el tratamiento homeopático bien indicado, nos dará resultados satisfactorios y sobre todo, será agradable para el paciente,

GENERALIDADES

1. ANATOMIA Y FISILOGIA

En su conjunto la mucosa bucal se forma embriológicamente por una invaginación del ectodermo y por sus funciones está sometida, al igual que la piel a acciones mecánicas enérgicas, por ésto se dice que presenta caracteres aproximados a los del tegumento cutáneo.

En la mucosa estudiaremos un epitelio, un corión, glándulas, vasos y nervios.

EPITELIO. Es pavimentoso estratificado. De lo profundo a la superficie se encuentran las siguientes capas:

- a) Stratum Germinativum (capa generadora)
- b) Stratum Filamentosum (capa de Malpighi)

Como falta casi totalmente la eleidina no hay stratum granulosum, como en la piel.

- c) Sobre la capa de Malpighi, se encuentran varias capas de células planas, irregularmente poligonales y se deforman a medida que se acercan a la superficie.

CORION. La epidermis se apoya sobre un corión análogo a la dermis cutánea que se dividen en dos capas:

1. Una capa superficial y reticulopapilar (tejido conjuntivo joven muy vascularizado).

2. Una capa profunda que es la dermis propiamente dicha.

El corion contiene glándulas mucosas y seromucosas en las regiones no expuestas a la trituración de los alimentos, está separado de los planos profundos por la submucosa o hipodermis, lo que facilita la movilidad de la mucosa.

El Epitelio bucal está en evolución permanente, los elementos que lo forman se remueven rápidamente; nacen en la capa germinativa y después la célula nuevamente formada evoluciona con variable rapidez, se aplana, se acerca a la superficie, degenera, se descama y cae.

Esta descripción general, se debe modificar según las regiones:

Zona Labial.- Color rojo, constituye la zona de transición entre la piel y la mucosa bucal.

Mucosa Gingival.- No hay submucosa y la mucosa es fibrosa adherida a las capas profundas.

Se distingue la encía libre, que corresponde al festón gingival -- que rodea el cuello de los dientes y, la encía adherente, unida al perio

tio.

Mucosa Palatina y Paladar Duro.- Fibromucosa, sin submucosa.

Mucosa Bucal de Revestimiento.- Descansa en una submucosa. En el corion se encuentran glándulas mucosas y seromucosas, son glándulas salivales en miniatura.

Tiene abundante irrigación en vasos sanguíneos y linfáticos, tiene gran sensibilidad térmica, táctil y gustativa (trigémico). La irrigación e inervación regulan su buena nutrición pero existen factores perturbadores que son los dientes, elementos de irritación, etc. y también los traumatismos alimentarios y masticatorios. Por el contrario, su poder de cicatrización es muy rápido.

Flora Bucal.- La cavidad bucal presenta flora microbiana de riqueza incomparable. Unos microbios son saprófitos, para la cavidad bucal esta división es bastante ilusoria, pues por la influencia de causas diversas (traumatismos, descensos del estado general, fiebre, asociaciones microbianas, etc.). Los microbios pierden el saprofitismo y se hacen patógenos.

Saliva.- La saliva desarrolla a la vez una asociación antiséptica, química y mecánica.

Las glándulas salivales son una verdadera vía excretora.

Existe un equilibrio constante entre la infección y los dos medios de defensa, que son la mucosa y la saliva; pero la mucosa se puede inflamar, alterarse la saliva y romperse así el equilibrio entre asaltantes y defensores.

2. ETIOLOGIA Y PATOGENIA

En la etiología de las estomatitis intervienen dos factores especiales:

- a) Gérmenes patógenos y,
- b) Las causas favorecedoras, locales y generales.

a) Gérmenes Patógenos, son:

a.1 Gérmenes virulentos de aporte directo (contagio: tuberculosis, sífilis) o indirecto (por vía sanguínea).

a.2 Gérmenes saprófitos de la cavidad bucal, natural y ocasionalmente patógenos, que se hacen agresivos por una acción biotrófica directa ó indirecta o por una disminución de los medios de protección y defensa de la mucosa y del organismo en general.

b) Causas favorecedoras. Dependen de la acción patógena de una causa local y una general, sea una alteración anatómica, nutritiva o fisiológica de la mucosa.

Causas Locales. Dependen de la existencia del sistema dentario.

- Evolución de las dos denticiones y, después de los terceros molares.
- Acciones recurrentes o prolongadas de agentes mecánicos, -- químicos o físicos (sarro, caries, prótesis mal ajustada, - trastornos de la articulación, corrientes galvánicas).
- Lesiones pulpares y los ligamentos (pulpoartritis, peria- - pexitis).
- Lesiones crónicas (malposiciones, inclusiones, ectopías).

Causas Generales. A través de los trastornos neurovasculares intervienen en el trofismo de la mucosa:

- Las disendócrinas
- Las avitaminosis
- Los trastornos vasculares aparecen en las alteraciones de - la crisis sanguínea y en las hemopatías.
- Las intoxicaciones endógenas y exógenas desempeñan un papel favorecedor.
- Por último, las fiebres eruptivas y sus enantemas, todas -- las enfermedades, infecciones generales agudas y graves y - las enfermedades infecciosas crónicas acompañadas de astenia y caquexia pueden complicarse con estomatitis, a causa

del descenso de los medios de defensa general del organismo; factor que favorece las infecciones sobreañadidas o por microbios de salida y de las modificaciones del medio bucal - debidas a la pérdida del equilibrio biológico bucal, a la aceleración o lentitud de la descamación epitelial de la mucosa, a la menor actividad fagocitaria de los leucocitos bucales, al aumento o disminución de la secreción salival, pobres en fermentos, rica en productos tóxicos de pH neutro o ácido y de escasa actividad químico láctica.

Si bien la mayor parte de las estomatitis son de naturaleza infecciosa, la infección no se puede desarrollar sin una predisposición que -- condiciona los tipos de reacción de la mucosa.

La Patogenia se basa en los datos fundamentales de la dermatología; suspensión de la inmunidad, estado anormal previo, sensibilidad y sensibilización, anafilaxia y alergia, trastornos vasculares y capilares, tras--tornos reflejos, distonias neurovegetativas.

Hay que añadir las predisposiciones especiales como la edad, sexo, raza, circunstancias patológicas o fisiológicas.

La infección toma su forma de las condiciones del terreno más que de la naturaleza de los gérmenes causales.

3. DIAGNOSTICO GENERAL

El diagnóstico de una estomatitis comprende un diagnóstico morfológico de las lesiones y el diagnóstico nosológico.

DIAGNOSTICO MORFOLOGICO. Se explora la cavidad bucal y la farínge, con método y buena iluminación.

Permite tener una primera impresión del estado general de la mucosa y sobre la localización, el aspecto, extensión, el número, distribución y localización típica de las lesiones. Se observará si hay dolores, dificultad para abrir la boca o separar los labios, trismus, fetidez en aliento, sequedad de boca o sialorrea, presencia de sangre en la mucosa o la saliva.

Conviene lavar con agua tibia y secar suavemente con un algodón hídrico montado en fibras o compresas los exudados y las membranas que cubren las lesiones, maniobra que permite descubrir una capa saburral que tapa un eritema o una queratosis o descubrir un magma pútrido de una falsa membrana adherente. También se pone de manifiesto la tendencia hemorrágica de las lesiones y su sensibilidad al contagio. Por último, se hacen más visibles los elementos lesionales.

La lesión elemental puede ser un eritema simple, difuso o circunscrito, en manchas o elementos figurados, un eritema purpúrico que no desa

parezca con la presión del dedo, una pápula (elevación sólida) una vesícula (elevación circunscrita de la epidermis que contiene un líquido claro) y una ampolla (se diferencia de las vesículas por su mayor volumen) una exulceración conviene precisar la forma, la profundidad, la existencia, el aspecto de los bordes, el fondo, la mucosa contigua, la induración de la base, la sensibilidad y la evolución y una coloración pigmentaria o no.

Si las lesiones son múltiples, difieren en sus fases evolutivas a menos que hayan aparecido al mismo tiempo; se agrupan en ramilletes o están diseminadas, confluentes o espaciadas.

En algunas estomatitis de breve duración, el elemento inicial es difícil de observar y su búsqueda justifica la realización de exámenes repetidos.

DIAGNOSTICO NOSOLOGICO. Antes de iniciar el examen general, el interrogatorio servirá para precisar la fecha y el modo de comienzo de la enfermedad, las condiciones de aparición y los signos funcionales y generales que acompañan a su evolución; los antecedentes hereditarios, familiares y personales; la profesión, el medio ambiente, la higiene alimentaria y general, etc. Así queda el examen general, que comprenderá la observación cuidadosa de la piel y de las restantes mucosas, de las zonas ganglionares del aparato digestivo con sus anexos y del sistema vascular y sanguíneo.

Si el enfermo se halla en tratamiento, deben obtenerse todos los datos necesarios en cuanto a la naturaleza del producto utilizado y la posología.

El que requieren a veces exámenes complementarios:

- Frotis para examen microbiológico y citológicos

- Biopsia y examen histológico

- Punción ganglionar

- Radiografías (búsqueda de lesiones o de anomalías del sistema - dentario).

En la mayor parte de los casos son indispensables los exámenes de orina (glucosa, albúmina), la determinación de la urea, la glucosa, el colesterol en la sangre, el recuento globular, la determinación de la fórmu la sanguínea, la búsqueda de una eosinofilia (estomatitis ampollosa, hel- mintiasis), las reacciones serológicas, las pruebas para demostrar la - - existencia de una alergia, el análisis de las heces, etc.

4. TERAPEUTICA

4.1 HOMEOPATIA

Literalmente quiere decir "semejante al padecimiento" y, es la ciencia y el arte de curar a los enfermos ayudando a la naturaleza en sus esfuerzos curativos.

4.2 COMO ACTUA LA HOMEOPATIA

La homeopatía es capaz de curar en el enfermo los mismos síntomas que se presentan, si se administra a una persona aparentemente sana.

Con esto quiero decir que la experimentación de la homeopatía se hace en el ser humano y se llama "experimentación pura".

La homeopatía actúa en el ser humano estimulando su fuerza vital para que éste mismo se libere de la enfermedad. La homeopatía obra en el mismo sentido y dirección que las causas o padecimientos que aquejan al organismo humano, estimulando así sus propias defensas para que por sí solo se defienda, empleando cantidades muy pequeñas de medicamento.

La homeopatía considera enfermo al hombre en su totalidad, esto quiere decir que no se toma en cuenta el que el enfermo padezca gastroenteritis, rinitis y conjuntivitis a la vez, sino que, aunque presente va-

rias enfermedades, sólo es un enfermo, y se toma en cuenta la totalidad de los síntomas, como quiera que se llamen, para buscar el medicamento adecuado y administrarlo produciendo con ésto la curación de ese enfermo.

Para elegir el medicamento homeopático, se deben tomar en cuenta - no solo los signos locales y generales, sino que es muy importante tomar en cuenta los síntomas mentales. Hay muchos en el tipo de enfermedad que describo. Citaremos algunos: el enfermo se desespera, siente miedo por su enfermedad o cree que no podrá ser curado o debido a su dolor tiene deseos de golpearse o de matarse incluso. Son ejemplo de dichos síntomas.

También para prescribir un medicamento homeopático, hay que individualizar al enfermo, como se explicó antes, ya que no todos los seres humanos somos iguales, por lo tanto, el sentir de cada uno es distinto. - Hay quien presente un dolor de tipo ardoroso y algún otro, con la misma enfermedad, tendrá el dolor de tipo quemante y otro más, referiría la misma molestia, pero con un dolor como si estuvieran clavando algo. Los medicamentos homeopáticos varían en todos estos detalles, y si no se toman en cuenta, probablemente no podremos encontrar el medicamento adecuado. - Un ejemplo muy pronunciado de ésto es: un paciente refiere tos seca, con cosquilleo como único síntoma y otro paciente, el mismo síntoma, pero sin cosquilleo. No se prescribirá el mismo medicamento porque es otro síntoma.

También hay que tomar en cuenta las modalidades que serán la mejo-

ría o agravación del enfermo.

Por ejemplo, Belladonna agrava por el tacto, las corrientes de aire estando acostado y mejora estando erguido, en un cuarto caliente; mientras que Bórax se agrava con el tiempo caluroso y mejora con el tiempo frío. Esto es importante con este tipo de enfermedad, ya que hay gran variedad de modalidades que también cambian el medicamento.

5. TRATAMIENTO PREVENTIVO

El tratamiento profiláctico comprende:

- Los cuidados de higiene bucal corrientes (lavado de dientes y encías después de las comidas).
- Los cuidados estomatológicos regulares (eliminación del sarro, tratamiento de las caries y de las lesiones apicales, etc.).

Estos cuidados tienen una importancia fundamental en el curso de la evolución de los dientes y las infecciones agudas, crónicas y todas las intoxicaciones.

6. TRATAMIENTO CURATIVO

Aquí se menciona el tratamiento curativo general de todas las estomatitis. Cada forma etiológica tendrá un tratamiento especial, complemento indispensable del tratamiento sintomático y antiinfeccioso.

6.1 TRATAMIENTO LOCAL

- Limpieza total de las arcadas dentarias con tampones de algodón impregnados en jabón líquido o en agua oxigenada pura de 12 vol.
- Enjuague y pulverización de la boca, seguidos de una instilación de los cuellos dentarios con productos caústicos -- (ácido crómico en dilución acuosa o alcohólica de ácido -- tricloracético de concentración media).
- Colutorios prolongados y frecuentes con agua tibia adicionada de Borato Sódico o de Clorato Potásico a razón de 30 g. por litro de agua.

El enfermo se lavará los dientes y las encías varias veces al día; se le recomendará el uso de pastas dentífricas medicamentosas de acción bacteriana y también la utilización de cepillo esterilizados con agua hirviendo.

Sólo se procederá a la eliminación del sarro y a las extracciones

y cuidados dentarios necesarios, cuando la estomatitis esté en trance de curación para evitar el riesgo de abrir puertas de entrada suplementarias a los microbios dotados de cierta virulencia.

6.2 TRATAMIENTO LOCAL Y GENERAL (Estomatitis de intensidad media, fuertes, generalizadas y graves)

El tratamiento local va dirigido contra el dolor y la infección.

Contra del Dolor.- Es tan intenso en algunos casos, que se ha de prescribir un tratamiento a base de enjuagues bucales de cloral o cocaína:

HIDRATO DE CLORAL	12 G
FORMOL	1 G
ESENCIA DE MENTA	XX G
AGUA	150 CM ESP.

Estos baños son superiores a las cocciones de malva/isco o a los baños salicilados. Se recomendarán enjuagues con Cantharis en solución tres veces al día, dado que este medicamento homeopático se puede utilizar localmente como analgésico con resultados excelentes y darlo por vía oral al mismo tiempo.

Contra la Infección.- Limpieza de las arcadas dentarias y de la -

mucosa con jabón líquido o de agua oxigenada.

Prescripción de lavados muy frecuentes con agua tibia adicionada - con una de los antisépticos siguientes:

LICOR DE LABARRAQUE	15 G/L
LICOR DE DAKIN.	15 G/L
AGUA OXIGENADA DE 12 VOL.	20 G/L
BORATO SODICO	30 G/L
CLORATO POTASICO.	40 G/L
ACIDO FENICO.	1 G/L
FENOSALIL	5 G/L
FORMOL AL 40%	2 a 5 gotas por vaso de agua tibia.

En las úlceras se aplica de una forma alterna azul de metileno, no varsenol en polvo o en suspensión de glicerina o solución de gonacrina al 2%.

6.3 TRATAMIENTO GENERAL HOMEOPATICO

En la terapéutica homeopática no hay medicamentos específicos, - - pues todos los casos serán diferentes, de acuerdo al tipo de paciente, no

tivo por el cual no se dará el mismo medicamento a dos pacientes, pues -- presentará algún síntoma diferente o alguna modalidad que los hará inde-- pendientes.

Se tomará en cuenta la totalidad de los síntomas y de acuerdo a és to y, sabiendo el medicamento que se prescribirá, se elegirá la potencia a la que será administrado el mismo.

La potencia se elige de acuerdo a la cantidad de síntomas que tene mos; mientras más semejanza haya en los síntomas del medicamento con los del enfermo y más síntomas sean, se darán potencias más altas, se repeti-- rán las dosis cuando se comprenda que ha dejado de actuar la primera.

La mejor manera de administrar las dosis homeopáticas es:

Colocar sobre la lengua un glóbulo seco, impregnado en la más alta dinamización de un medicamento, es administrar la dosis más pequeña, la -- más débil y cuya acción dura el menor tiempo. Sin embargo, entre las per-- sonas afectadas de enfermedades agudas ligeras, se encuentran algunos de naturaleza demasiado excitable, para quienes esta dosis es suficiente pa-- ra curar, cuando la substancia ha sido elegida perfectamente homeopática. No obstante la infinita diversidad que reina entre los enfermos, en lo -- que se refiere a su excitabilidad, a su edad, a su desarrollo físico y mo-- ral, su fuerza vital y, sobretudo a la naturaleza de su enfermedad (natu-- ral y simple, pero reciente; natural y simple, pero antigua, o bien, com--

plicada por la asociación de varias enfermedades, en fin, alteradas por un tratamiento medicinal mal calculado), implican también una variedad en la regulación de las dosis que deben ser administradas.

En las enfermedades agudas es más ventajoso prescribir los glóbulos disueltos y hacer tomar esta disolución en dosis fraccionadas; por ejemplo: disolver los glóbulos en siete a veinte cucharadas de agua y administrarlas cada seis, cuatro o dos horas y aún si hay necesidad, cada hora o cada media hora, en forma de cucharadas. En las enfermedades crónicas es mejor dar una cucharada cada día, y a veces, cada dos días únicamente.

Si se puede observar al paciente, lo mejor será dejar actuar al máximo la primera dosis antes de administrar la segunda; con frecuencia la primera dosis es suficiente.

Una anotación importante es que nuestro principio vital no soporta sin perjuicio mas que una repetición inmediata de la misma dosis. Resulta de esto por un lado, que los buenos efectos de la dosis precedente son destruidos en parte, o bien, se presentan nuevos síntomas no pertenecientes ya a la enfermedad sino al medicamento; de manera que aún con un medicamento perfectamente elegido falla la finalidad o se logra de una manera incompleta.

Pero tratándose de repetir el mismo medicamento, lo que se hace in

dispensable en una enfermedad crónica, se usa en cada vez diferente grado de dinamización o potencia, y así la fuerza vital (organismo), soporta -- que se repita más frecuentemente, aún a cortos intervalos, haciendo ésto con gran éxito, es decir, con ventaja para el enfermo.

Si se emplean las disoluciones en fricciones al exterior del cuerpo, ayuda a acrecentar la eficacia de los medicamentos homeopáticos en las enfermedades crónicas y es un medio para obtener una curación mucho más rápida que cuando se limita únicamente a hacerla ingerir.

Cuando se medicina un enfermo tomando en cuenta solamente los síntomas generales, entonces el grado de fuerza o potencia que se usará en las dosis de los medicamentos homeopáticos que se administran a dicho enfermo cuando manifieste con mucha claridad y muy fuertemente marcados los síntomas generales deberá ser a la treinta y no más alta, si el enfermo es un niño muy pequeño, un anciano de edad muy avanzada o simplemente un enfermo muy debilitado; pero si se trata de un enfermo poseedor de cierta energía física, entonces la potencia o dinamización deberá ser de la doscientas a la mil.

Al usar estas potencias (treinta, doscientas, un mil), habrá que administrar al enfermo solamente una sola dosis, la que no se repetirá a no ser que las circunstancias así lo exijan; pero si esta repetición tiene que hacerse, como ya lo mencioné anteriormente, entonces no se repetirá la misma potencia del medicamento, porque el efecto será mediocre, por

lo que, si fue administrada una potencia treinta, se repetirá una sola -- vez una potencia treinta y uno, treinta y cinco o cuarenta, si fué una po -- tencia a la doscientos, entonces se repetirá una dosis a la potencia dos -- cientos uno o doscientos tres, etc.

Ahora, si trabajamos con un enfermo usando sólo los síntomas loca -- les, es conveniente utilizar las potencias comprendidas entre la sexta y treinta, repitiendo varias veces la misma potencia del medicamento cada -- cinco minutos, cada hora, cada dos, cinco, ocho o veinticuatro horas, - - etc. Esto será de acuerdo con lo reciente o crónico que sea el padeci -- miento por combatirle al enfermo, porque mientras más reciente sea, más -- frecuentemente se repetirá la misma dosis; mientras más viejo o crónico -- sea dicho padecimiento, más distanciadas deberán estar entre sí, dichas -- dosis.

Con mucha frecuencia se presenta el caso en que el enfermo no mani -- fiesta todos los síntomas que combate el medicamento homeopático elegido, ésto no es ningún inconveniente porque los síntomas que combate el medica -- mento y que no presenta el enfermo, no le acusan ningún daño, siempre y -- cuando este medicamento no sea administrado al enfermo por un TIEMPO DEMA -- SIADO LARGO, porque entonces sí afecta, por realizarse lo que en homeopa -- tía se llama "Experimentación Pura".

La terapéutica homeopática se debe basar en la Ley de los Semejan --

tes (Similia Similibus Curentur), o sea, que se debe curar lo semejante - con lo semejante.

ESTOMATITIS

Definición: Inflamación aguda o crónica, localizada o difusa de la mucosa bucal.

FORMAS ANATOMOCLINICAS:

1. ESTOMATITIS ERITEMATOSA

El eritema es la manifestación más sencilla de la congestión inflamatoria de la piel y las mucosas. Se debe a una vasodilatación intradérmica.

Así pues, la estomatitis eritematosa es la lesión fundamental de la mayor parte de las enfermedades de la mucosa bucal, cuando no constituye por sí misma toda la enfermedad.

Signos_Objetivos

El eritema presente una intensidad variable que va desde un rosa más marcado que el de la mucosa sana, al rojo luz de vino o "sangre de buey". Puede ocupar toda la cavidad bucal o localizarse en una región, zonas únicas o múltiples, separadas por intervalos de mucosa sana. Puede estar recubierto de un velo opalino no adherente causado por la infiltra-

ción leucocitaria del epitelio; se percibe además, la turgencia de las --
lenguetas interdentarias y el edema de la lengua y de los carrillos que -
conservan la huella de los dientes (eritema pultáceo, eritema erosivo, se
co o húmedo).

El eritema puede ser purpúreo. La búsqueda del punteado hemorrági-
co exige el empleo de la lupa. La vitropresión permite distinguir entre
los elementos purpúreos y el eritema simple, pues éste se borra bajo la -
presión, que no ejerce efecto sobre la petequias.

Signos Subjetivos y Funcionales

Sensación de sequedad, calor y de irritación al contacto de los ali-
mentos, molestias para la masticación y la fonación sialorrea y fetidez -
del aliento.

Signos Generales

Pueden ser intensos o por el contrario, escasos o nulos, según sea
la causa de la estomatitis.

Diagnóstico Etiológico

El eritema se integra en un síndrome de infección general aguda, se
descubre durante una exploración o aparece como una afección local.

Si forma parte de un síndrome de infección general aguda, puede permitir, si ofrece algunos caracteres especiales, descubrir precozmente la naturaleza (enantemas) o facilitar una indicación sobre la evolución de una infección ya conocida (complicaciones de las enfermedades infecciosas). Puede preceder a una estomatitis vesículo-ampollosa (zona, herpes, ectodermosis erosiva pluriorificial).

Puede constituir un hallazgo exploratorio, si no produce signos subjetivos; éste es el caso de las glositis crónicas superficiales de origen hemático y del eritema bucal de la hepatitis.

Si se presenta como una afección local, la causa puede ser de las generales ya citadas en la etiología, que dan al eritema caracteres especiales (hipovitaminosis, trastornos endocrinos).

Tratamiento

KALI-BICHROMICUM

Actúa sobre las mucosas, el tejido fibroso, el perlostio y la piel.

Sus características son: inflamación de la mucosa con secreciones viscosas, tenaces, dolores erráticos localizados en pequeños lugares, apareciendo y desapareciendo rápidamente.

SINTOMAS

Mal humor, indiferencia, pereza mental, no puede dormir tranquilo, empeora después de haber dormido, calor frío por fiebre y transpiración de todo el cuerpo.

Hay vértigos al levantarse del asiento, dolor de cabeza, sensibilidad de los huesos, del cráneo y cuero cabelludo. El rostro es pálido, -- con barros, los ojos hinchados o conjuntivitis, punzadas en los oídos.

En la boca, hay inflamación y ulceración de la mucosa bucal; boca - seca, saliva viscosa, sabor ácido o metálico, lengua revestida en su base de una gruesa capa amarilla, ancha, extendida, conservando la huella de - los dientes.

Lengua seca, roja, brillante, lustrosa, resquebrajada, como carta - geográfica. Sensación de un cabello en la parte posterior de la lengua, hinchazón de las parótidas.

Ulceración de los pilares, amígdalas y paladar. Enronquecimiento.

2. ESTOMATITIS SEUDOMEMBRANOSA

Estas estomatitis son muy raras.

Signos Objetivos

Se caracterizan por la existencia de falsas membranas blancuzcas o amarillas, de consistencia dura, muy adheridas a la mucosa, que puede estar ulcerada y sangrante.

La falsa membrana es una película mas o menos gruesa y adherente - que no se disocia en el agua; su reproducción es muy rápida después de haberla quitado. Las lesiones se encuentran en la lengua, carrillos y labios.

Etiología

Está producida en particular por el bacilo de la difteria.

Evolución y Pronóstico

Guardan relación con los de la difteria, pronóstico grave en general.

Tratamiento

LACHESIS

Tez plumiza, terrosa, nariz y labios rojos, tumefactos.

SINTOMAS

Tiene agitación, melancolía, ansiedad, rigidez tetánica, temblores, paraplejia y hemiplejia, fiebre, calosfríos, cefalea, neuralgia, trismus. Dolores picantes.

Encías tumefactas, fungosas, sangrantes. Odontalgia que se propaga hasta los oídos. Agrava por líquidos fríos y calientes, aftas ardorosas, salivación abundante, lengua roja, brillante, agrietada y seca, con protusión difícil. Hemorragias en todas las mucosas. Sangre oscura que coagula difícilmente. Pulso débil, síncope frecuentes.

Conjuntivitis

Faringe y amígdalas purpúreas. Deglución extremadamente trabajosa. Dolor al deglutir líquidos, sensación de cuerpo extraño en la faringe con necesidad continua de deglutir, absorción de mucosidades escasas pero pegajosas, parálisis del velo del paladar.

En la piel si hay úlceras, pústulas malignas y escamas. Agrava en algunas estaciones.

3. ESTOMATITIS ULCEROSA

La lesión elemental es la ulceración.

La pérdida de sustancia es superficial y solo interesa a la dermis mucosa dejando intacta la submucosa. Es irregular en su forma y en sus dimensiones. El fondo está recubierto de un magma grisáceo no adherente que se desprende con facilidad si se utiliza una torunda de algodón y que es muy fétido. Si se quita con cuidado, pues esta maniobra produce un dolor intenso, aparece un fondo anfractuoso sembrado de un punteado equimótico, que sangra fácilmente al contacto.

Alrededor de la úlcera, la mucosa está roja, edematosa y no indurada; a veces adopta un aspecto purpúrico.

Estudio Clínico

Sobre un fondo de edema y eritema más o menos intensos, las úlceras no son en general múltiples y tienen tendencia a predominar en un lado tanto por su número como por su extensión. En un principio son más numerosas alrededor de los focos sépticos: dientes cariados, depósitos de sarro, dientes en erupción, desinclusión o malposición.

Su localización selectiva es la mucosa gingival.

Decapitan las lengüetas interdentarias y roen la unión de la mucosa en el cuello de los dientes.

Esta gingivitis ulcerosa puede permanecer localizada y segmentaria o generalizarse. En la estomatitis generalizada, las úlceras asientan:

- En la cara interna de las mejillas por debajo del conducto de Stenon.
- En la cara interna de los labios.
- En los bordes de la lengua.
- En el paladar.

Pueden afectar los pilares del velo y las amígdalas.

La estomatitis se acompaña siempre de adenopatías submaxilares moderadas, poco dolorosas.

El aliento es fétido; a veces el enfermo siente una sialorrea y sufre pequeñas hemorragias gingivales.

A estos síntomas se añaden signos subjetivos y funcionales:

- Dolores espontáneos, acompañados de escozor.
- Dificultad para abrir la boca a causa de los dolores provocados por las úlceras.

- Síntomas generales de intensidad variable: fiebre, quebrantamiento general, taquicardia.

Evolución

El comienzo puede ser muy insidioso y se caracteriza sólo por la aparición de signos subjetivos: fetidez del aliento y dificultades para masticar.

La lesión va precedida localmente de una fase catarral y eritematosa, de duración más o menos breve.

La estomatitis ulcerosa puede permanecer localizada durante toda su evolución (gingivitis ulcerosa, hemiestomatitis) o generalizarse desde el comienzo.

En su forma aguda, la estomatitis cede con facilidad a los tratamientos antiinfecciosos y etiológicos, pero si no se trata, puede durar semanas y meses e incluso hacerse crónica.

Complicaciones

Inmediatas. Son raras: Adenoflemones, accidentes septicémicos, estomatitis gangrenosa.

Mediata. La efracción de las articulaciones alveolodentarias expone a lesiones de ligamentitis y a la formación de una poliartritis crónica que termina con la pérdida de los dientes.

FORMAS CLINICAS

ESTOMATITIS ULCEROSA

Según la intensidad: varían entre la forma leve y la forma generalizada.

Según su evolución: agudas o subagudas, pueden hacerse crónicas desde el comienzo.

Según la etiología: La estomatitis puede tener los caracteres de una enfermedad autónoma o presentarse como la complicación de una toxoinfección general endógena o exógena. Puede asociarse a una angina de Vincent o a una estomatitis aftosa o Herpética.

En el niño puede complicar la evolución de las enfermedades infecciosas graves (fiebres tifoideas), de las fiebres eruptivas y de todos los estados de debilidad orgánica.

La evolución dentaria es una causa predisponente importante.

En el adulto la sepsis bucal y las causas dentarias son a veces, - los únicos factores responsables, si bien se encuentra frecuentemente una causa general (estudio de las funciones digestivas y de la nutrición).

La estomatitis ulcerosa aparece así como una enfermedad esporádica con recrudescencias estacionales (primavera, otoño); incluso ha adoptado a veces un carácter epidémico (estomatitis de Bergeron, 1958).

La estomatitis ulcerosa puede tomar, por último, un carácter pseudoescorbútico, fungoso o hemorrágico, que exige la búsqueda de un avitaminosis C y P P o de una discrasia sanguínea. Hay que pensar en la posibilidad de una estomatitis leucémica o agranulocitaria y practicar los análisis de sangre necesarios.

Tratamiento

MERCURIUS VIVUS

Actúa sobre la sangre, glándulas salivales, sistema nervioso.

SINTOMAS

Hipertrofias ganglionares con tendencia a la supuración, tendencia a las hemorragias.

Salivación abundante, sudores profusos que no alivian.

El rostro es abotagado principalmente alrededor de los ojos, de tez pálida y terrosa. Los párpados están tumefactos y rojos, los labios secos, agrietados y ulcerados en las comisuras. Las manos están húmedas.

El aliento generalmente es fuerte y fétido, hay mal olor de todo el cuerpo.

El enfermo está de mal humor, hay agitación, angustia, abatimiento, miedo, debilidad de la memoria. Hay contracturas, trismus.

Dolores lancinantes, desgarrantes o picantes, agravados por la noche por el calor del lecho.

Calosfríos, sudores nocturnos, cefalea con sensación de plenitud; encías hinchadas, tumefactas y sangrantes, lengua ancha, blanca, floja, húmeda, amarillenta, conservando la huella de los dientes.

Dientes móviles en los alveolos, pareciendo muy largos. Las coronas están cariladas, las raíces intactas. Hay ulceraciones de forma irregular sobre las encías, la lengua y la cara interna de los carrillos con salivación abundante, sed intensa, sabor amargo, metálico, amigdalitis -- con sensación de ardor y deseo constante de tragar. Deglución difícil. Abscesos en las amígdalas.

Las fosas nasales están escorreadas, ulceradas.

Hay taquicardia al menor movimiento. Hemorragias.

Se agrava en determinadas épocas, en otoño, por el tiempo húmedo y frío.

Piel. Comezones, escozores, erupciones, úlceras con bordes indurados.

4. ESTOMATITIS GANGRENOSA

La gangrena se caracteriza por la aparición de una escara, es decir, de una lesión necrótica, esfacélica, que destruye la mucosa en bloque y en profundidad y deja desnudo el hueso subyacente. En esta pérdida de sustancia, el fondo es negrozco y putrefacto y los bordos están despegados, lívidos, rodeados de un borde edematoso.

Las escaras destruyen las encías y las mucosas yugales y linguales. Los dientes pierden su apoyo y quedan sueltos. El hueso alveolar se necrosa y se forman secuestros.

Signos Funcionales

Son intensos: dolores atrocés, aliento fétido, masticación y deglución penosas y a veces imposibles.

Signos Generales

La alteración del estado general muy marcada. La facies es igual a la que se encuentra en las grandes toxoinfecciones septicémicas: respiración acelerada, pulso taquicárdico, temperatura de 40° y más, orina escasa y albuminosa.

Evolución

La estomatitis gangrenosa es extremadamente grave y su evolución es casi siempre mortal. En la actualidad su pronóstico ha mejorado gracias al empleo de la buena terapéutica.

Etiología

Era muy frecuente, hoy es rara y sólo se observa en enfermos cuyos medios de defensa se han visto profundamente alterados por una toxoinfección o por tara sanguínea.

La estomatitis gangrenosa del aceite gris, debe su gravedad más a las alteraciones hepáticas, renales y sanguíneas que a la extensión de las escaras.

En la estomatitis gangrenosa diabética, el pronóstico depende más de la hiperglucemia y de la acidosis que de la infección.

La menor herida mucosa puede desencadenar en el diabético la aparición de una gangrena.

A veces la estomatitis es una complicación de la polialveolitis -- tan frecuente en la diabetes, en la que adopta una forma de evolución rápida, supurativa, dislocante y expulsiva (gingivitis expulsiva de Magilgot)

Entre las enfermedades de la sangre, las de la serie blanca, la --

leucemia aguda y las agranulocitosis, pueden presentar como complicación una gangrena bucal o un noma típico.

Todas las enfermedades infecciosas graves cuentan entre sus complicaciones, hoy excepcionales, la angina y la estomatitis gangrenosa.

Tratamiento

SULFUR

Actúa principalmente en piel y mucosas.

Sus características principales son: enrojecimiento de todos los orificios (labios, oídos, párpados, etc.).

Nervioso, impresionable, violento, insociable, perezoso.

Quebrantamiento general, debilidad mental o pérdida de la memoria.

Dolores en las articulaciones, convulsiones, debilidad muscular.

Calosfríos, calor ardiente en todo el cuerpo, sed.

Cefalea con pulsaciones y plenitud.

Hiperestesia del cuero cabelludo, los cabellos están secos y caen.

Tez color amarillo sucio, labios secos, ardientes.

Conjuntivitis, ardor en los ojos, queratitis.

Otitis externa supurada, zumbidos en los oídos, otalgia agravada - por el calor del lecho.

Aliento fétido, encías tumefactas y sangrantes, aftas.

Lengua blanquecina, pero roja en los bordes y punta.

Boca amarga,

Pulso acelerado, más rápido en la mañana que en la noche.

Dolores de tirón en los hombros.

En la piel hay comezón, ardor al rascarse.

Rubor, ardor y comezón en el meato urinario. Orina más en la noche; la orina es clara o revuelta con deslente blanco o rojo o de color oscuro.

4.1 NOMA

El noma (roer), es una forma localizada de estomatitis gangrenosa que se caracteriza por:

- La unilateralidad del proceso necrótico, su localización exclusiva en la mucosa yugal, su extensión rápida de adentro hacia afuera en todo el espesor del carrillo.
- La extrema gravedad de su pronóstico.
- Los factores etiológicos que sirven de base a su aparición.

El noma es una enfermedad típica del niño de 2 a 5 años que vive en ambientes miserables; es una infección secundaria que aparecen en el curso de las plexias graves y en especial del sarampión, enfermedad que entre todas las fiebres eruptivas es la que más predispone a las gangrenas.

PATOGENIA

La necrosis es inicialmente isquémica y se infecta secundariamente. Las lesiones ganglionarias vasculares que producen la gangrena del carrillo estarán favorecidas por la compresión del carrillo entre la arcada dentaria y la almohada en los niños que se acuestan siempre del mismo la-

do.

ANATOMIA PATOLOGICA

Se trata de una escara redondeada, negra y seca. Los vasos que a ella llegan están trombosados. Por fuera de la escara se encuentra una infiltración difusa de los músculos y tejido celular con serosidad y putrefacción saniosa.

SINTOMAS

Periodo Inicial:

El comienzo es insidioso. El niño está a punto de entrar en convalescencia cuando poco a poco cambia su cara. Los ojos se ahondan y el tinte de la piel adquiere un tono plomizo; la temperatura oscila alrededor de los 38° , el niño no siente ningún dolor y nada llamaría la atención a la boca a no ser por la existencia de una salivación abundante y un aliento fétido.

El niño se arranca sin dolor láminas de su mucosa gangrenada, pues desde el comienzo la gangrena ya es total.

El examen de la boca pone de manifiesto la existencia en el relleno gingivoyugal, casi siempre en la cara interna del carrillo, una

mancha violácea que se hace cada vez más negruzca, verdaderamente una escara que se desprende y deja en su lugar una úlcera rodeada de un reborde saliente y húmedo. Al propio tiempo se percibe una especie de empastamiento blanquizco de la boca.

Periodo de Mortificación:

A los 6 días ya no sólo se percibe el empastamiento blando en el carrillo, sino también un núcleo de hinchazón duro y profundo. Después de la úlcera de la boca se extiende y toda la cara interna de la mejilla constituye una amplia herida que invade los fondos de saco vestibulares y llega a las encías, los alveolos y los labios. Los dientes pierden su apoyo y caen y el maxilar queda desnudo en algunos puntos. La piel de la mejilla que hasta entonces había permanecido normal, adquiere un aspecto rojizo y brillante; después, a los 8 ó 10 días, aparece una escara análoga a la que en un principio se hallaba en la mucosa.

Signos Generales

Son casi siempre muy marcados, en el 80% de los casos, la muerte sobreviene en 8 a 15 días.

Periodo de Eliminación y Reparación:

Es excepcional que la evolución se dirija hacia la eliminación de

una escara limitada y hacia la mejoría de los fenómenos tóxicos y la curación. Persisten en tal caso importantes secuelas, cicatriz, alteraciones anatómicas, caída de los dientes, fístulas salivales, constricciones.

El riesgo de gangrena diabética exige un tratamiento insulínico urgente. El tratamiento local consistirá en la limpieza del foco de gangrena con eliminación de los tejidos esfacelados; se utilizará también la -- oxigenoterapia mediante la colocación de drenajes de Carree dispuestos en el foco gangrenoso y por los que se hace circular una corriente de oxígeno durante diez minutos por hora.

Tratamiento

GRAPHITES

Actúa sobre la piel, aparato digestivo.

En el paciente hay incertidumbre, intranquilidad, desesperación y tristeza.

Hay fiebre con calosfrío, cefalalgia, náuseas.

Tez amarilla, pálida con círculos oscuros alrededor de los ojos.

Comisuras de los labios ulceradas, erupciones costrosas alrededor

de la boca y barba. Costras secas en la nariz, epístaxis.

Oftalmia, conjuntivitis, orzuelos.

Zumbidos en los oídos.

Olor pútrido en la boca, salivación abundante, sabor amargo o salado.

A veces hay erupción en forma de vejigas y pústulas en la vulva.

Piel: Hay erupción húmeda, costrosa de la cual exuda un líquido - pegajoso, esta erupción se localiza a nivel de los orificios.

Ganglios linfáticos tumefactos.

5. ESTOMATITIS HIPERTROFICA

En realidad, se trata por lo general de una gingivitis hipertrófica más que de una estomatitis. Se caracteriza por el número reducido de signos funcionales y se pone de manifiesto por una hipertrofia más o menos generalizada de las encías que predomina en las lenguetas interdentarias. La mucosa tiene un color que oscila entre el rosa claro y el de poso de vino. Existen todas las formas intermedias entre la gingivitis hipertrófica localizada, los épulis y la hipertrofia difusa o elefantiasis de las encías. Se trata de reacciones o de tumores hiperplásicos ligados a una alteración de las crisis sanguíneas. Las estomatitis son hereditarias o adquiridas; en este caso, se observan 4 etiologías principales:

- El de fenilhidantoinato sódico (tratamiento de la epilepsia)
- Los trastornos endócrinos
- Las leucosis y en especial las leucosis agudas (examen hematológico)
- Algunas carencias: escorbuto.

Tratamiento

Es etiológico. La terapéutica local es exclusivamente quirúrgica. Consiste en la exéresis con bisturf o galvanocauterío de las superficies cruentas; el empleo del bisturf eléctrico se halla especialmente indicado.

6. ESTOMATITIS VESICULOSAS Y AMPOLLOSAS

GENERALIDADES:

La vesícula es una pequeña elevación circunscrita del epitelio que contiene un líquido claro, de un volumen que oscila en el de una cabeza de alfiler y un guisante. Si supera esas dimensiones (de un guisante grande o una almendra) la elevación toma el nombre de ampolla; la ampolla o flictena se forma por el despegamiento en masa de las capas epidérmicas superficiales o de toda epidermis. Debajo de las capas despegadas se acumula un líquido seroso, claro, transparente, algunas veces seropurulento o hemorrágico.

Las vesículas aparecen en grupos pequeños de 2 a 6 elementos como término medio; su contenido es en principio fluido y cetrino, pero secundariamente puede hacerse turbio y purulento y dar así origen a una vesícula-pústula; es excepcional que el contenido se haga hemorrágico. Las vesículas pueden formarse de una mucosa de aspecto normal, pero en general, su erupción se produce en una pequeña placa eritematosa.

La vesícula es muy efímera; su duración rara vez pasa de algunas horas: una vez rota queda sustituida por una erupción muy superficial y del mismo tamaño. Esta erosión de un color rojo intenso se recubre a veces secundariamente de una capa grisácea y difterolde.

Las lesiones pueden asentar en la mucosa bucal solamente, o también, en otras mucosas; entonces tienen un carácter rápidamente atípico a causa de los traumatismos que sufren y de su evolución en un medio húmedo y séptico. Es frecuente encontrarlas también en la piel.

Se distinguen las estomatitis vesiculosas, las estomatitis vesículo-pústulosas y las estomatitis ampollosas.

a) ESTOMATITIS VESICULOSAS

a.1 HERPES

El herpes es una erupción aguda de vesículas agrupadas en forma de ramillete, que originan una capa eritematosa y asientan en cualquier punto, pero con predilección en la cara, alrededor del orificio bucal y en la región genital. El herpes se presenta también en la mucosa bucal, pero con mucho menos frecuencia.

BACTERIOLOGIA

Las investigaciones bacteriológicas, han demostrado que todas las formas de herpes se deben a la misma causa: el virus herpético.

Etiología

Las erupciones de herpes aparecen en cualquier edad.

El herpes puede formar parte de la sintomatología de muchas infecciones agudas: Neumonía, Meningitis Cerebro Espinal, Gripe, Espiroquetosis Hicterohemorrágica, Paludismo, Fiebre Amarilla.

También se observa en algunas intoxicaciones medicamentosas accidentales: óxido de carbono, benzol, éter, cocaína, algunas vacunas.

Otra causa pueden ser las irritaciones ligeras de la mucosa bucal y de los labios o los traumatismos bucales.

A veces el herpes tiene un carácter reflejo: crisis de pulpitis monoartritis.

Estudio Clínico

La lesión pasa por tres fases: eritematosa, vesiculosa y ulcerosa.

Después de unas manifestaciones funcionales bastante intensas, aparece una mancha color rojo oscuro muy fugaz y con rapidez se forma el ramillete de vesículas redondeadas.

En la mucosa bucal, las vesículas están bañadas constantemente

en saliva, se rompen en unas horas y dan lugar a ulceritas superficiales de bordes micropolicíclicos, muy dolorosas.

Una hora más tarde, la erosión se cubre de una capa pseudomembranosa (equivalente mucoso de la costra cutáneo) muy adherida a la mucosa. En 8 a 10 días, la falsa membrana cae espontáneamente y la lesión cicatriza, sin que quede señal de ninguna clase.

En la cara las lesiones son en general peribucales y asientan en los labios, el mentón o las alas de la nariz.

FORMAS CLINICAS

El herpes recidivante se reproduce periódicamente y en un territorio casi fijo. Su prototipo es el herpes cataménial. También se observa a consecuencia de irritaciones alveolares o rinofaríngeas crónicas o en ciertos sífilíticos mal tratados.

a.2 ESTOMATITIS HERPETICA

Asociada con frecuencia a la angina herpética, es una enfermedad infecciosa que da lugar a veces, a epidemias localizadas. Se encuentra especialmente en la primera infancia. Por lo general es primitiva, pero a veces complica el curso o la convalecencia de una enfermedad infecciosa.

El comienzo es brusco y se acompaña de signos generales importantes.

Al cabo de 24 a 48 horas, el estado general se mejora y aparece la estomatitis herpética en la totalidad de la cavidad bucal con predominio en los labios; se observa un edema marcado. Los dolores son muy intensos y dificultan la alimentación.

En todas las formas es frecuente la existencia de ganglios submaxilares o incluso carotídeos, que son contemporáneos de la evolución.

También se pueden observar formas lavadas atípicas del herpes: herpes sin vesículas, la lesión se reduce simplemente a una mancha eritematosa.

Por último, he de citar las formas todavía más degradadas sin eritema, sin infiltrado y sin edema apreciable; en una palabra, sin síntomas cutáneos subjetivos. Todo se reduce a la aparición de trastornos sensitivos: son las formas sensitivas, pruriginosas, dolorosas, específicas del herpes.

Tratamiento

El brote único y corriente se trata con lavados antisépticos débiles y los dolores se combaten con colutorios clorados.

En el herpes recidivante hay que buscar y suprimir las causas de irritación crónica alveolodentaria o amigdalina.

Arsénico Album

Actúa sobre las mucosas, la sangre, la piel.

Hay angustia, agitación hipocondría, disminución de la memoria.

Debilidad general, postración, dolores ardientes, como causados por agujas al rojo vivo, agrava con el frío.

Tiene pesadillas, fiebre, sudores copiosos.

Pesadez de la cabeza, zumbidos de oídos, cefalalgia frontal.

La cara es pálida, caquéctica, con círculos oscuros alrededor de los ojos.

Maxilar inferior colgante; párpados hinchados.

Labios secos, resquebrajados, el enfermo los humedece constantemente. Mal olor y resequedad de la boca. Aftas, encías que sangran con facilidad, tumefactas, ardientes, los dientes parecen demasiado largos, la lengua irritada. Frecuente sensación de sed por pequeñas cantida

des de líquido; amígdalas ulceradas, edema de la glotis. En la nariz hay acné y lupus, epistaxis. Pulso rápido, débil. Tendencia a las hemorragias.

Piel. Edema con erupciones papulosas y vesiculosas: úlceras con escurrimiento fétido, sensación de ardor y comezón.

Natrum Muriaticum

Actúa sobre la sangre, piel y mucosas, sistema nervioso.

Deprimido, apático, irritable, distraído, torpe.

Casi no puede dormir y despierta fatigado.

Caiosfríos en la mañana o calor ardiente por la tarde. Sudores.

Dolor de cabeza, a veces anemia.

Tez pálida, terrosa, labios secos, hinchados. Ulceración en las comisuras labiales, herpes.

Erupción de pequeños granos con prurito en la cara.

Párpados rojos, sensación de que los ojos están oprimidos. --
Otalgia.

Sensación de sequedad con sed, inflamación, hinchazón y sangra-
miento de las encías. Odontalgia por contacto.

Lengua en forma de carta geográfica, sialorrea, sabor amargo y
pastoso. Inflamación, dolor y escozor en la garganta que hacen muy diffi-
vil la deglución. Epistaxis.

Naríz o riza seca y fluída, con pérdida del gusto y del olfato,
violentos estornudos, costras en la naríz, sensación de hormigueo en las
fosas nasales.

Pulse-acelerado, fuerte.

Prurito de la piel, erupción acneiforme bordeando el cuero ca-
belludo, atrás de las orejas, forúnculos, herpes, eczema húmeda.

Cantharis

Actúa sobre la piel y mucosas.

Ansiedad, confusión, delirio, trismus, contracciones; dolores
de excoriación, desgarramiento y punzantes. Hipersensibilidad.

Calosfrío con frío o calor sin sed.

Cefalalgia, punzadas.

Cara roja, ardiente, erupción de vesículas en la cara, labios hinchados.

La mucosa bucal está inflamada con vesículas. Ulceración de las encías.

Hinchazón de la lengua, que está cubierta de vesículas con bordes rojos. Salivación, con sabor a brea.

Sensación de ardor en la boca, extendiéndose a la faringe, empeora bebiendo agua fría.

Gran dificultad para deglutir líquidos.

Moco tenaz en la garganta. Disnea.

Palpitación con ansiedad.

En la piel hay erupciones de grandes vesículas con dolores ardientes al tocarlas.

a.3 ZONA

El zona se caracteriza por la erupción de elementos eritematovesiculosos sobre el territorio de una rama nerviosa y se acompaña de dolores neuróticos intensos y persistentes que ponen de manifiesto la presencia de una poliomielitis posterior. La evolución del zona es cíclica y rara vez se observan recidivas. La enfermedad se debe a un virus descubierto por Rake; este virus tiene una afinidad neurotrófica especial, como lo demuestran la constancia de la reacción meníngea, de las lesiones de los ganglios raquídeos, del asta posterior de la médula y de las ramas simpáticas anexas y la topografía radicular de la erupción.

Los signos generales que acompañan siempre al zona y la inmunidad que otorga la enfermedad la encuadran entre las enfermedades infecciosas.

Etiología

El zona afecta por igual a ambos sexos y a todas las edades. Su contagiosidad es real, pero despreciable en la práctica.

Las circunstancias de aparición son variables, pues el zona se manifiesta a veces como una enfermedad aislada y en otros casos es secundaria a:

- Una enfermedad aguda (meningitis cerebroespinal, neumonía, po-

Periodontitis anterior aguda o crónica, tuberculosis, sífilis, -
cáncer).

- Intoxicación (en especial arsenical, diabética o urénica).
- Un traumatismo, en este sentido hay que insistir en el papel de las irritaciones acumulativas alveolodentarias crónicas.

Estudio Clínico

En cualquier localización el zona presenta signos generales y loca
les.

SINTOMAS GENERALES INFECCIOSOS. Semejan un estado gripal.

SINTOMAS LOCALES NEUROLÓGICOS. Son de distinto tipo:

Erupción vesicular: después de la fase de dolores aparecen brus-
camente y en un solo lado placas eritematosas (una a veinte), ligeramente
elevadas, agrupadas en ramilletes de seis y separados por intervalos de -
piel sana. En unas horas o días se forman estas placas, vesículas del ta-
maño de una cabeza de alfiler.

El líquido es en un principio claro pero luego se hace opalescente,
turbio e incluso purulento; al propio tiempo la placa se pone pálida y se

hunde. La desecación de las vesículas comienza a los cuatro días y termina entre el octavo y duodécimo día, rara vez se rompen.

Las vesículas que asisten en mucosas estallan rápidamente y dejan en su lugar una úlcera crateriforme que se recubre de una capa pseudomembranosa. La erupción se acompaña de una adenitis unilateral poco dolorosa (mono ó poliadenitis del territorio afectado).

Síndrome de la lesión del sistema nervioso sensitivo

Los dolores que acompañan al zona son clásicos: los trastornos objetivos son inconstantes y variables: hiperestesia al principio y después, hipo o anestesia.

Se ha señalado la anosmia y la ageusia en el zona bucofaríngeo.

Lesión del sistema nervioso motor

Se manifiestan por trastornos variables, siendo los más corrientes las parálisis de tipo radicular.

Las parálisis asociadas al zona bucofaríngeo son variables y múltiples.

En cualquier localización del zona se puede observar:

- Una parálisis facial (en especial en el zona ótico)
- Una parálisis del velo del paladar (zona del glosofaríngeo)
- Una parálisis de la faringe y de la laringe

La curación de estas parálisis es habitual y más o menos rápido.

Síndrome de lesión del sistema nervioso vegetativo

Enrojecimiento, congestión de las placas eritematosas.

Trastornos nerviosos de origen central: reacción meníngea.

FORMAS CLINICAS

La región bucofaríngea tiene una inervación sensitiva bastante -- compleja, en la cual intervienen el trigémino, el facial, el glosofaríngeo y el neumogástrico.

Se pueden presentar varias formas clínicas:

ZONA DEL FACIAL

(Síndrome del ganglio geniculado). Puede anotar cuatro tipos:

- Herpes zoster auricular (zona oftico parcial de Sicard)
- Zona auricular con parálisis facial y trastornos auditivos (zona oftico total de Sicard)
- Zona auricular asociado a zonas de la cara y del cuello
- Zona auricular con parálisis facial

ZONA LINGUAL

Se distingue de un zona puramente lingual, un zona lingual asociado a un zona del maxilar inferior, un zona lingual o debido a un zona del nervio facial y un zona lingual de la base de la lengua.

Lo más típico es la dificultad para la masticación y la fonación - ocasionada por la lesión de la mitad de la lengua, que está tumefacta, inmovilizada y cubierta de úlceras dolorosas.

ZONA DEL TRIGEMINO

Las vesículas asientan en el territorio de las tres ramas: oftálmica, maxilar superior y maxilar inferior.

ZONA PARCIAL DEL TRIGEMINO

ZONA OFTALMICO: no ocasiona ninguna lesión bucofaríngea.

ZONA DEL NERVIO MAXILAR SUPERIOR

Se caracteriza por la presencia de una erupción vesiculosa que - -
afecta a la piel y la mucosa.

Es corriente que la erupción sea bilateral y poco dolorosa. Dura tres días y es substituida por pequeñas úlceras crateriformes. Despues - puede aparecer un síndrome de lesión del sistema motor: parálisis del velo del paladar o parálisis facial.

ZONA DEL NERVIO MAXILAR INFERIOR

La erupción afecta a todo el territorio del nervio maxilar o una -
de sus ramas, en especial la lingual.

ZONA ASOCIADA DEL TRIGEMINO

Es una zona del trigémino con parálisis motora ocular o masticato-
ria o un zona trigémino facial.

ZONAS BILATERALES

Tratamiento

Syphilinum

Actúa sobre las mucosas; el sistema nervioso; los huesos.

SINTOMAS

El paciente está nervioso, teme no volver a recobrar la salud.

Indiferente, obsesionado.

Hay calosfríos precedidos de dolores de cabeza y vértigos.

Calor seco con mucha sed.

La cara es pálida, escamosa y con prurito.

Neuralgia facial y parálisis de un lado de la cara.

Labios agrietados y ulcerados.

Edemas de los párpados, conjuntivitis.

Parálisis de los músculos del ojo.

En la boca la lengua está escorreada, sensible con cuarteaduras pro

fundas.

Lengua blanca, conserva la huella de los dientes, ulceración. Parálisis de un lado de la lengua.

Sensación como si hubiera un gusano en los dientes.

Ulceración del velo del paladar.

Aliento fétido, salivación abundante.

Inflamación de la faringe y de las amígdalas.

Hay epistaxis por ulceración de las mucosas.

Resequedad de la nariz, escurrimiento nasal espeso.

Coriza fluida. Tos seca.

Se agrava por la noche, por el calor; mejora con el aire.

Tuberculinum

Actúa sobre las mucosas, la piel, la sangre.

SINTOMAS

El paciente está melancólico, sin deseos de hacer nada, hay debiliidad y abatimiento.

Fiebre, calosfríos.

Cefalalgia: dolor agudo en la frente. Neuralgia sobre los ojos.

El rostro pálido, edematoso. Rubor de las mejillas.

Labios secos, herpes.

Zumbidos y dolores en los oídos.

Otitis media con parálisis facial del mismo lado.

En la boca, la lengua está seca, con vesículas que dejan pequeñas úlceras superficiales muy dolorosas.

Aftas en la lengua y mucosa bucal.

Inflamación de las encías; sensación como si los dientes estuvieran flojos.

Salivación abundante.

Inflamación de las amígdalas.

Dolor que se extiende de la faringe al oído.

Sensación de resequedad y de ardor en la garganta que hace la deglución difícil.

Palpitaciones por la noche, taquicardia.

Hemorragias frecuentes de diversos órganos, anemia.

En la piel. Sensación de prurito, ardor.

Urticaria; herpes, erupción semejante a la erisipela.

Acné, eczema.

Agrava por el ejercicio, mejora por el reposo.

Rhus Toxicodendron

Actúa sobre el tejido fibroso; sobre la piel, sobre el sistema nervioso.

Hay inquietud, agitación, fatiga cerebral, memoria débil.

Tendencia al suicidio, pero temor de hacerlo.

Hay dolores de dislocación acompañados de frío y adormecimiento.

Insomnio.

Fiebre adinámica con agitación. Calosfrío.

Cefalea con dolor opresivo en las sienas, en la frente y en la órbitas.

Rostro pálido, ulceraciones de las comisuras labiales.

Herpes febril alrededor de la boca.

Fácil luxación de las mandíbulas. Neuralgias faciales.

Erisipela de la cara.

Sensación de zumbido en los oídos al caminar.

En la boca hay resequedad en la mucosa, la lengua y la faringe con mucha sed.

Los dientes parecen largos y blandos. La lengua está dolorida con triángulo rojo en la punta; los bordes conservan la huella de los dientes. Sabor amargo.

Garganta adolorida con picoteos causados por los movimientos de la deglución.

El pulso es pequeño, débil, irregular, con adormecimiento de los miembros superiores, parálisis en éstos.

La piel está roja, hinchada, vesfculosa con comezón que no mejora al rascarse. Hay erisipela, urticaria, zona, herpes.

Agrava por el frío y el reposo. Mejora por el tiempo cálido y el movimiento.

a.4 ESTOMATITIS VESICULO PUSTULOSAS

a.4.1 IMPETIGO

Aparece en especial en el niño y está causado por el estrepto coco, el estafilococo o generalmente por una asociación de ambos. Es con tagioso y auto y heteroinoculable.

El impétigo se puede localizar en la mucosa bucal y originar la estomatitis impetiginosa de Bergeron y Comby, conocida también con el nombre de estomatitis anterior, de estomatitis difteroiide de Sevestre y Gastrou o de Queilitis de Morfan.

Esta estomatitis aparece sobre un terreno predispuesto des- - pués de un impétigo cutáneo. La infección se produce por antigüedad o -- más simplemente por rascado.

Estudio Clínico

Se trata de una lesión elemental que aparece en una mucosa sa na. Se observan una o varias úlceras superficiales que se recubren de -- una capa difteroiide y que no guardan orden ninguno. Después de quitada -- la membrana aparece una úlcera ligeramente saliente sobre una mucosa ede- maatosa; la localización es estrictamente anterior y se produce especial- -- mente en el labio y el vestíbulo, si bien puede llegar a las encías (re-

gión incisivo canina) o la parte anterior a la lengua.

En las formas graves puede extenderse aún más atrás.

La evolución dura quince días o tres semanas; no quedan hue- - llas y la anamnesis permite encontrar signos cutáneos que suelen ser cons- - tantes.

En conjunto, esta estomatitis no es dolorosa; se acompaña siem- - pre de una adenopatía bilateral inflamatoria. En cuanto a la afección del estado general es prácticamente nulo. El diagnóstico es fácil si existen elementos cutáneos.

Tratamiento

Consiste en colutorios con soluciones débiles antisépticas y - toques con azul de metileno.

En las lesiones cutáneas se aplicarán apósitos húmedos, desti- - nados a reblandecer la costras para después quitarlas.

a.5 ENFERMEDADES AFTOSAS

Aún no se sabe su etiología y por lo tanto, no han delimitado su -
cuadro nosológico.

Algunos autores opinan que el afta es solo un síntoma de distintas
enfermedades y describen:

- I. Las aftas simples, corrientes.
- II. Las estomatitis aftosas.
- III. La fiebre aftosa humana.
- IV. Los síndromes aftosos de alguna avitaminosis.
- V. El síndrome de Haluci-Bechet.

Algunas investigaciones han dado lugar al concepto de que la afta
es la lesión elemental de una misma ectodermosis de sintomatología varia-
da, según los casos, que han denominado "aftosis". Con arreglo a la dis-
tribución de las aftas y las manifestaciones que la acompañan. Touraïne
describe:

- i. Una aftosis pura de las mucosas, que puede ser unipolar, bucal

o genital, bipolar, que afecta a las mucosas bucal y genital - de una forma alternante o simultánea.

2. Una aftosis cutáneo-mucosa.
3. Una aftosis cutánea pura.
4. Una aftosis importante generalizada.

La fiebre aftosa es una entidad típica, pero cuya existencia en la especie humana es discutible.

Estudio Clínico

La afta es un elemento eruptivo del tamaño de la cabeza de un alfiler al de una lenteja, evoluciona en cuatro fases sucesivas: maculosa, - papulosa, vesiculosa y ulcerosa. Las dos primeras fases son efímeras y - pasan por lo general inadvertidas; la vesícula tiene un contenido blanquecino y pruriforme, se rompe rápidamente y deja una pequeña úlcera dolorosa y causante de escozor, por la que consulta el enfermo.

La afta es redondeada y ovalar, en forma de cúpula; su fondo, poco excavado, está recubierto de una capa pultácea del aspecto de mantequilla fresca, que después se vuelve grisácea y adherente. La mucosa situada al rededor de la úlcera es normal, excepto en los casos de sobreinfección.

La cicatrización comienza a los cuatro o cinco días y termina a los ocho días, sin dejar huella. La afta puede asentar en cualquier punto de la mucosa.

Anatomía Patológica. La lesión inicial es una arteriolitis de los vasos submucosos seguida de una espongirosis del cuerpo mucoso de Malpighi.

El epitelio se necrosa y cae dejando una úlcera que se recubre de una capa fibrinosa con células epiteliales degeneradas.

FORMAS CLINICAS

Formas Sintomáticas. Las condiciones de aparición, el número y la agrupación de los elementos aftosos y los signos asociados dan origen a las distintas formas patológicas.

Aftas Simples o Vulgares. Son de observación corriente en los dos sexos y en cualquier edad. Aparecen en personas de temperamento neuroartrítico como manifestación de una sensibilización a determinadas sustancias: tabaco, pastas dentífricas, algunos alimentos.

Algunos sujetos pueden tener aftas "a voluntad".

En ciertas mujeres aparecen las aftas en el curso de las reglas o durante el embarazo; en el niño se observan sobre todo al aparecer los --

dientes (estomatitis de erupción eritematosa) y en el curso de infecciones gastroduodenales.

En otros casos evolucionan las aftas en el curso de una anemia macrocítica o ferropénica. También se han descrito elementos "aftoides" en el curso de toxoplasmosis en el adulto.

El brote de aftas se limita a la aparición de tres o cuatro elementos. La evolución se efectúa sin signos generales hacia la curación espontánea de cinco a ocho días, pero son frecuentes las recidivas.

a.5.1 ESTOMATITIS AFTOSA (Aftosis bucal aguda)

Esta estomatitis, esporádica en algunos casos, sigue con frecuencia al contagio por un sujeto afecto de la misma enfermedad después de un breve periodo de incubación de uno a dos días.

La aparición de las aftas va precedida por un periodo de invasión de unos tres días, que se caracteriza por la presencia de cefalea, anorexia, quebrantamiento y fiebre de 39°. Las aftas son de diez a veinte esparcidas por toda la mucosa bucal.

Se asocian a una tumefacción de las mucosas gingivales y yugales, y causan sialorrea y molestias para la masticación, la deglución y la fonación.

La curación se produce de ocho a diez días y a veces después de varios brotes. Pueden observarse distintas formas clínicas de la estomatitis aftosa.

Formas Difusas. Las úlceras son muy numerosas, se hacen confluentes y adoptan un aspecto macropolifclico. En la periferia se observa una intensa inflamación de la mucosa. Los ganglios submaxilares están infartados. El ptialismo es muy marcado y los dolores son tan intensos que producen insomnio. La temperatura llega a 40°. La presencia de aftas esofágicas y gástricas asociados se revelan por endoscopía. La infección secundaria de las aftas puede dar una estomatitis e incluso gangrenosa o una faringo esofagitis.

La evolución en su mayoría es rápidamente resolutive.

Formas Localizadas. Se acompañan de una alteración general: En el lactante se pueden localizar en la cresta desdentada o en el paladar, con lo que producen trastornos de la succión que repercuten en la alimentación.

Formas Asociadas. Las Estomatitis aftosas al igual que las demás aftas simples, puede asociarse a aftas genitales.

La aftosis cutáneo-mucosa es más rara. Se manifiesta por la presencia de aftas bucales o genitales y de elementos cutáneos que evolu-

cionan en cuatro fases: papulosa, vesiculosa, costrosa y ulcerosa. Pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo, pero tienen predilección por la cara, el cuello, la nuca, el pecho, la región vertebral, la región pregenital y sobre todo los espacios interdigitales de las manos y los pies. Nacen y desaparecen al mismo tiempo que los elementos cutáneos.

Esta enfermedad comprende lesiones aftosas fugaces y manifestaciones no aftoides:

- Manifestaciones cutáneas. Como eritema nudoso, exantemas o púrpura.
- Manifestaciones oculares. Como conjuntivitis, queratitis, glaucoma, catarata, iritis.
- Manifestaciones nerviosas. Meningoencefalitis difusas que evolucionan por brotes sucesivos.
- Manifestaciones articulares. Artralgias simples mono u oligoarticulares. Hidartosis.
- Manifestaciones vasculares. Arteritis, tromboflebitis de los grandes vasos.
- Manifestaciones generales. Fiebre de 38° a 39°, que precede

de en un día o dos a la aparición de las aftas y se acompañan de cefaleas, quebrantamiento general y, en casos raros de un estado tífico. A veces, se observa una anemia hipocrómica o una leucocitosis discreta.

La enfermedad evoluciona en brotes a lo largo de varios años.

En las manifestaciones aftosas de algunas avitaminosis, las aftas no son mas que un epifenómeno incostante.

Ejemplo: La Pelagra comprende trastornos vitales motores, -- torpor, adelgazamiento, trastorno intestinal, queilitis comisural y estomatitis aftoide. Los elementos son en verdad distintos de las aftas verdaderas, pues tienen un color más grisáceo y son más numerosos, grandes y tenaces.

El aspecto rojo y liso de la lengua, agltada por pequeños temblores reafirman la avitaminosis pp. El aporte vitamínico logra en unos días la desaparición de los elementos aftoides en la pelagra reciente.

Etiología

Las manifestaciones aftosas son muy numerosas, pero se piensa que su etiología es común, es decir, que se trata de la infección por un virus especial, análogo, pero distinto al del Herpes. Se ignora la natu-

raleza exacta del virus causal de la aftosis humana.

Se debe tener en cuenta la existencia de cierta predisposición individual a contraer la infección o a exteriorizarla. Este estado podría ser familiar y hereditario con transmisión regular.

Tratamiento

Permanece todavía sin definir. Están indicados los cuidados bucales, en particular el arreglo de la cavidad bucal.

BORAX VENNETA

Actúa sobre el sistema nervioso; las mucosas; la piel.

El paciente está excesivamente nervioso, de mal humor y con pereza debilidad. Temor al descenso.

Calosfrío, cefalea con náuseas.

Tez pálida, temblores fibrilares en las comisuras de los labios, hinchazón del labio inferior.

Punzadas en los oídos.

Aftas en la boca que aparecen violentamente y cubren toda la mucosa de la boca (lengua, carrillos, etc.) con vegetaciones blancas y esponjosas.

Salivación abundante; sabor amargo.

En el aparato urinario se presenta escozor después de haber orinado.

Diarrea excoriante.

Dismenorrea membranosa, esterilidad por haber aftas en el cuello de la matriz.

En la vagina hay aftas. Comezón, leucorrea corrosiva.

Agrava por el ruido, el calor.

Mejora por la presión, el frío.

NITRI ACIDUM

Actúa sobre los huesos, piel y mucosas.

El paciente es irritable, malvado, deprimido, preocupado.

Hay fiebre principalmente por las tardes. Fiebre hética.

Cefalea, como si la cabeza estuviera oprimida.

Palidez de la cara, erupción de granitos pustulosos con costros diseminadas por toda la cara.

Sensación de punzada en los ojos.

Otorrea purulenta, muy sensible al ruido.

En la boca. Hay ulceración de las comisuras de los labios, encías hinchadas, descoloridas y sangrantes. Ptialismo con fetidez del aliento. Odontalgia por la noche.

Aftas en los lados de la lengua y en el paladar con dolores agudos como causados por astillas de madera.

Faringe. Seca con dolor agudo al deglutir, amígdalas hipertrofiadas o ulceradas.

Los toques con nitrato de plata o con ácido tricloracético, permiten a veces conseguir la desaparición de determinadas aftas tenaces.

b) ESTOMATITIS AMPOLLOSAS (Estomatitis de las dermatitis)

b.1 HYDROA BUCAL

Es la localización mucosa de una forma de eritema polimorfo, - la forma ampollosa o vesículoampollosa de Bazin o Herpes iris de Bateman.

Bucalmente se caracteriza por lesiones mucosas que son manchas eritematosas que evolucionan en ampollas, posteriormente es substituída - por una erosión redondeada de color carmín, rodeada de un círculo difte--roides, que descansa en una base eritematosa. En general esta disposición en escarapela no es siempre tan manifiesta. El hydroa puede acompañarse de signos funcionales de variable intensidad: dolores, picazón, saliva--ción y disfagia. La evolución se hace por brotes y pueden observarse re--cidivas con intervalos variables.

En una de sus formas clínicas la base vesiculosa es breve y a veces pasa inadvertida, sólo hay un estado infeccioso, no contagioso, es--calofrío, fiebre y quebrantamiento general. A los tres días la mucosa bu--cal está agrietada por pequeñas exulceraciones múltiples recubiertas de - un exudado fibroso que dificultan la alimentación. No hay adenopatías.

La curación se produce de 3 a 6 semanas.

Tratamiento: Colutorios.

b.2 PENFIGO

Dos formas de pénfigo empiezan por la boca:

El pénfigo agudo y el pénfigo vegetante.

Pénfigo agudo o Enfermedad de Nodet. Síndrome de carácter -- septicémico que sigue en general a una herida en sujetos que manipulan -- animales muertos. Producen lesiones mucosas asociadas a ampollas cutá- - neas que invaden todo el cuerpo. Los signos generales son intensos. El pronóstico es grave.

Pénfigo vegetante de Newman. Las lesiones bucales suelen ser las primeras en aparecer, a veces durante meses o años son los únicos elementos de diagnóstico. La erupción asienta en el labio, en la cara interna de los carrillos, en el fondo de los vestíbulos, en el borde o el dorso de la lengua, en el velo o las paredes de la faringe. Su aparición se anuncia por una sensación de sequedad y quemazón en la boca, seguida de la aparición de ampollas del tamaño de la uña. Al cabo de unas horas -- esas ampollas se rompen y son substituidas por amplias erosiones recubiertas de una capa difterolide; son dolorosas y dificultan la masticación.

También pueden afectarse las mucosas nasales y vulvares; más tarde y por brotes sucesivos las ampollas invaden progresivamente la piel; por lo general no hay dolor, pero aparece un estado de caquexia.

Aquí también el pronóstico es casi siempre mortal.

7. HARE MENCION DE OTROS CASOS DE ENFERMEDADES CON MANIFESTACIONES EN --
FORMA DE ESTOMATITIS:

VARICELA

Es raro que afecte a las mucosas. A veces aparecen al mismo tiempo que el exantema unas vesículas en la cara interna de los carrillos y en el paladar, vesículas que se transforman en erosiones circulares u ovaladas de 1 a 2 milímetros de diámetro, rodeadas de un reborde violáceo. Su número, confluencia y extensión al velo - del paladar y a la laringe condicionan la intensidad de los tras-- tornos subjetivos y funcionales.

LIQUEN PLANO VESICULOSO

Esta forma clínica de líquen plano, cuyo aspecto típico es el de una leucocitosis queratosis, es bastante rara. En las placas - de líquen se pueden observar vesículas pequeñas, si bien son más - frecuentes las erosiones, que serían la consecuencia de una fase - vesiculosa muy fugaz.

EZCEMA BUCAL

Aunque muy discutido, el eczema de los labios tiene una individualidad clínica manifiesta. Las lesiones asientan en el labio inferior y predominan en la zona de Klevi; se extienden habitualmente hacia la parte cutánea del labio, pero no es raro observar lesiones de la porción mucosa del labio de extensión gingival.

En un fondo de eritema aparecen vesículas muy numerosas que se rompen con rapidez y son substituídas por erosiones minúsculas.

VIRUELA

Características:

Hay enanemas que coinciden con el exantema. Su intensidad es proporcional a la de las lesiones cutáneas. Se acompaña de salivación y dolores a la deglución. Los elementos que lo componen son manchas rojas que predominan en la bóveda palatina, el velo del paladar y la cara interna de los carrillos. Sobre esas áreas eritematosas, se forman en breve plazo vesículas que se rompen apenas formadas y dejan erosiones más o menos profundas rodeadas de un reborde eritematoso. Los signos generales son muy marcados.

En la viruela hemorrágica, además de la epistaxis y hemopti--
sis, existen hemorragias de la mucosa bucal.

ACLARACION

Los medicamentos descritos al final de cada tipo de estomatitis como tratamiento homeopático, es sólo uno entre muchos que la Materia Médica Homeopática nos señala; solamente menciono algunos que de acuerdo a la sintomatología descrita, es el que más semejanza tiene, pero que qualquier modalidad o síntoma puede variar y entonces ser otro medicamento distinto el elegido.

**PRESENTACION DE LOS
MEDICAMENTOS HOMEOPATICOS**

En cuanto a la presentación de los medicamentos homeopáticos, son de uso interno y externo, y los hay en: glóbulos, tabletas, cápsulas y diluciones; de uso interno y de uso externo, también hay presentaciones en loción, cremas y gotas.

El uso de cada presentación es de acuerdo al tipo de paciente, a sus condiciones físicas y a criterio del médico, ya que a un paciente diabético será preferible administrar el medicamento por vía oral y en dilución con agua bidestilada; si el paciente no puede deglutir, no podemos darle cápsulas y a los niños, será fácil darles glóbulos o gotas de dilución.

Las de uso externo se utilizan para las lesiones de piel y mucosas.

CONCLUSIONES

Para poder hacer uso de la Materia Médica Homeopática se debe tener conocimiento de la capacidad curativa de los distintos medicamentos que se utilizan, por lo que hay que empezar por hacer un estudio más profundo de éste y después de leer algo más de la Medicina Homeopática, nos daremos cuenta que se debe ser mucho más observador y tener conciencia de que una buena historia clínica nos dará la clave para encontrar el medicamento adecuado para cada caso, cada paciente, y así, obtener los buenos resultados que aquella terapéutica nos puede dar.

Repito; este trabajo difícilmente se puede llamar tratado de Homeopatia, pues simplemente hago mención de que la medicina Homeopática nos puede dar el resultado curativo que esperamos si estudiamos un poquito -- más y en forma extensa cada caso.

BIBLIOGRAFIA

1. CHIRON PAUL DR. Elementos de Materia Médica Homeopática. México, D. F. 1978.
2. ESTRADA ALVAREZ, VICENTE DR. Primer Curso de Farmacia Homeopática. - México, D. F. 1962.
3. FLORES TOLEDO, DAVID DR. Enfermedades Crónicas. Samuel Hanemann. - México, D. F. 1979.
4. HANEMANN SAMUEL F. DR. Organón de la Medicina.
5. PEREZ HIGINIO G. DR. Doctrina Homeopática.
6. PRAXIS MEDICA, S. A. Madrid, España. 1972.
7. SELA T. FRANCISCO DR. Materia Médica Homeopática Ilustrada.
8. SELA T. FRANCISCO DR. Terapéutica Homeopática Práctica. México, D. F. 1966.
9. VANNIER LEON DR. Compendio de Terapéutica Homeopática. México, D. F. 1978.