



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

7/12/61  
REVISE  
C2. CUIS EDV B200 AIDRUBCEZ  
24-12-85

# LESIONES BLANCAS DE LA MUCOSA BUCAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN

MYRIAM ALICIA LOPEZ BAEZ

JUAN PALACIOS ROMAN

MEXICO, D. F. 1985



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está 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

CAPITULO	PAGINA
	INTRODUCCION..... 1
I	GENERALIDADES HISTOLOGICAS DE LA CAVIDAD BUCAL..... 2
II	PUNTOS DE FORDYCE..... 15
III	QUISTE DE LA LAMINA DENTAL DEL RECIEN NACIDO..... 19
IV	LENGUA VELLOSA BLANCA..... 21
V	GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA..... 23
VI	GINGIVITIS DESCAMATIVA..... 26
VII	NEVO ESPONJOSO BLANCO..... 29
VIII	QUERATOSIS FOLICULAR..... 32
IX	QUEMADURAS QUIMICAS..... 35
X	ESTOMATITIS NICOTINICA..... 38
XI	CANDIDIASIS..... 41
XII	LEUCOPLASIA..... 48
XIII	LIQUEN PLANO..... 59
XIV	CARCINOMA IN SITU..... 66
XV	CARCINOMA ESPINOCELULAR..... 69
XVI	BIOPSIA..... 94
	CONCLUSIONES..... 101
	BIBLIOGRAFIA..... 102

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

El presente trabajo tiene como objeto concientizar al odontólogo hacia el estudio de las lesiones bucales ya que es de elemental importancia su conocimiento, para que - dado el momento se pueda establecer un diagnóstico certero.

Dentro de las lesiones bucales existe un grupo de ellas que se caracteriza por su aspecto clínico blanco. Las lesiones blancas se destacan visiblemente porque resaltan sobre la mucosa rosada rojiza. Más aún, son importantes porque algunas de ellas pueden ser premalignas o malignas.

# CAPITULO I.

## GENERALIDADES HISTOLOGICAS DE LA CAVIDAD BUCAL.

La cavidad bucal, como primera parte del tubo digestivo, desempeña gran variedad de funciones. Es la puerta de entrada y el lugar de masticación de los alimentos. Contiene los órganos del sentido del gusto. La saliva secretada hacia la cavidad bucal no solamente lubrica la comida para facilitar la deglución sino contiene también enzimas que inician la digestión. La cavidad bucal está limitada en todas sus partes por una membrana mucosa.

La mucosa está adherida a las estructuras subyacentes mediante una capa de tejido conjuntivo, la submucosa, cuyo carácter también varía en las diferentes zonas. La mucosa bucal misma está formada por dos capas: la lámina propia y el epitelio superficial. La lámina propia está separada del epitelio escamoso estratificado por una membrana basal.

En el hombre el epitelio escamoso estratificado está cornificado solamente en algunas zonas, que son la encía y el paladar duro. El epitelio cornificado y el no cornificado difieren no sólo por la presencia o ausencia de la capa córnea; en ambos tipos las células basales forman una sola capa de células cuboidales altas enclavadas a la membrana basal por medio de prolongaciones citoplásmicas cortas. En las siguientes

tes capas las células son irregularmente poliédricas más - - grandes en las zonas no cornificadas que en las cornificadas.

La lámina propia es una capa de tejido conjuntivo denso de espesor variable, sus papilas que forman indentaciones en el epitelio, llevan los vasos sanguíneos y los nervios. -- Las papilas de la lámina propia varían considerablemente en - longitud y anchura en diferentes zonas. Las prolongaciones -- epiteliales hacia dentro, entre las papilas se describen como clavijas epiteliales por su aspecto en los cortes histológi-cos. La disposición de las papilas aumenta la superficie de - contacto entre la lámina propia y el epitelio y facilita el - intercambio de material entre los vasos sanguíneos y el epitelio. La presencia de las papilas permite hacer la subdivisión de la lámina propia en capa papilar externa y la reticular, - más profunda.

La submucosa está formada por tejido conjuntivo de espesor y densidad variables y une a la mucosa con las estruc-- turas subyacentes. El tipo de unión es laxo o firme, depen-- diendo del carácter de la submucosa. En esta capa se encuen-- tran glándulas, vasos sanguíneos, nervios y también tejido -- adiposo. Es en la submucosa donde las arterias grandes se di-

viden en ramas más pequeñas, las cuales penetran en la lámina propia. Aquí se dividen otra vez para formar una red capilar subepitelial en las papilas. Las venas originadas en la red capilar siguen el recorrido de las arterias y los vasos sanguíneos están acompañados por una rica red de vasos linfáticos. Los nervios sensitivos de la mucosa atraviesan la submucosa; las fibras son meduladas pero pierden su vaina de mielina en la mucosa antes de dividirse en sus arborizaciones terminales. En las papilas se encuentran terminaciones sensitivas de diversos tipos, algunas fibras penetran en el epitelio, donde acaban entre las células epiteliales como terminaciones libres.

La cavidad bucal se puede dividir en dos partes: el vestibulum oris (vestíbulo) y el cavum oris proprium (cavidad bucal propia). El vestíbulo es la parte de la cavidad bucal limitada por los labios y las mejillas en el lado externo y por los dientes y las apófisis alveolares en el lado interno. La cavidad bucal propia se encuentra dentro de los arcos dentales y los huesos de los maxilares, estando limitada posteriormente hacia la faringe por los pilares anteriores de las fauces o arcos glosopalatinos.

La mucosa bucal se puede dividir principalmente en -- tres tipos diferentes. Durante la masticación algunas partes estan sometidas a fuerzas intensas de presión y fricción; -- corresponden a la encía y a la cubierta del paladar duro y -- pueden ser llamadas mucosa masticatoria. El segundo tipo re-- presenta tan sólo una cubierta protectora de la cavidad bu-- cal, esta zona se denomina mucosa de revestimiento. Comprende la mucosa de los labios y las mejillas, del surco vestibular y la de las apófisis alveolares superior e inferior si-- tuada en la periferia de la encía propia, la mucosa del piso de la boca que se extiende hasta la superficie interna de la apófisis alveolar inferior, la mucosa de la superficie infe-- rior de la lengua y, finalmente la mucosa del paladar blando. El tercer tipo está representado por la cubierta de la super-- ficie dorsal de la lengua y es muy especializada; de ahí el término de mucosa especializada.

## E N C Í A

La encía y la cubierta del paladar duro tienen en -- común el espesor y la cornificación epiteliales, el espesor, densidad y dureza de la lámina propia y finalmente, su unión inmóvil a las estructuras profundas. En la encía la forma-- ción de queratina verdadera u ortoqueratosis está sustituida en la mayoría de los individuos, por paraqueratosis. A veces el epitelio no es cornificado, aunque la encía debe conside-- rarse como normal.

No se puede identificar una capa submucosa bien dife-- renciada en la encía. En su lugar el tejido conjuntivo denso e inelástico de la lámina propia se fusiona con el periostio de la apófisis alveolar, o está adherida a la región cervi-- cal del diente y a las zonas marginales de la apófisis.

La cubierta del paladar duro tiene a excepción de -- zonas estrechas una capa submucosa bien clara; a pesar de la existencia de una capa submucosa bien definida en los campos laterales anchos del paladar duro, entre el rafe palatino y la encía palatina, la mucosa es inmóvil sobre el periostio - del maxilar superior y los huesos palatinos. La adherencia - se efectúa por bandas y trabéculas densas de tejido conjuntivo

vo fibroso que une a la lámina propia de la mucosa con el --  
periostio.

La encía que rodea a los dientes está sometida a - -  
fuerzas de fricción y presión durante el proceso de la masti-  
cación, está limitada claramente sobre la superficie externa  
de ambos maxilares por una línea festoneada la unión mucogin-  
gival, que la separa de la mucosa alveolar. Normalmente la -  
encia tiene color rosado a veces con tinte grisáceo, lo que  
depende del espesor variable del estrato córneo.

La mucosa alveolar es roja, mostrando pequeños y nu-  
merosos vasos cerca de la superficie. Se encuentra una línea  
similar de demarcación sobre la superficie externa del maxi-  
lar inferior entre la encía y la mucosa del piso de la boca.  
Sobre el paladar no hay una línea divisoria clara, a causa -  
de la estructura densa y la unión firme de toda la mucosa --  
palatina.

De acuerdo con la conducta de la capa superficial, -  
se pueden distinguir cuatro tipos de epitelio gingival:

1.- En el epitelio completamente co-rnificado las ca-  
pas superficiales están formadas de escamas córneas, planas,  
densamente colocadas, las células superficiales transforma--  
das. No hay núcleos.

2.- En la paraqueratosis las células superficiales - parecen estar constituidas por queratina, pero detiene el núcleo pignótico.

3.- En la paraqueratosis incompleta las tinsiones específicas, muestran la capa superficial dividida en dos zo--nas. La más profunda se tiñe con queratina, pero esta tin---ción se pierde en la capa superficial, probablemente por la influencia de los líquidos bucales sobre la queratina compie--tamente diferenciada de las células con núcleos.

4.- Donde falta la queratinización, las células pla--nas superficiales retienen sus núcleos.

El epitelio gingival cubre el margen de la encía y - se continúa hacia el revestimiento del surco gingival, para terminar sobre la superficie dentaria en forma de fijación - epitelial.

Las células de la capa basal pueden contener granu--los de pigmento (melanina), el pigmento melánico se almacena en las células basales del epitelio, pero estas no la produ--cen sino que la melanina es elaborada por células especifi--cas llamadas melanoblastos situados en la capa basal del epitelio.

La lámina propia de la encía está formada de tejido conjuntivo denso no muy vascularizado. En el tejido conjuntivo laxo perivascular de la encía normal se identifica macrófagos que tiene un importante función en los mecanismos de - defensa del cuerpo y en la reparación.

## L E N G U A

La lengua llena la cavidad de la boca propiamente dicha. Esta fija solamente en su base o parte posterior; la punta anterior queda libre y se llama vértice y viene a descansar en las caras linguales de los incisivos superiores, su base está conectada con el hueso hioides por medio de los músculos genioglosos; con la epiglotis por tres repliegues de mucosa, y con la faringe, por los músculos faríngeos y la membrana mucosa. La cara inferior de la lengua está unida a la mandíbula por el músculo geniogloso, y su mucosa se fusiona con la mucosa del suelo de la boca. La membrana mucosa del suelo de la boca se eleva formando un repliegue vertical en la línea media, entre los dos incisivos centrales inferiores y en la cara lingual de éstos; esta porción se llama frenillo lingual. En cada lado del frenillo hay un repliegue triangular de mucosa, cuyo borde libre, por lo común, es frangeado por el surco medio; este surco generalmente, termina en su parte posterior en una depresión, que es el agujero ciego de la lengua, de donde sale un surco superficial, llamado surco terminal, que corre hacia un lado hasta el borde de la lengua.

El cuerpo y la base de la lengua difieren ampliamente en la estructura de la mucosa. La parte anterior de la mucosa lingual dorsal se puede denominar porción papilar, y la posterior linfática. Sobre la anterior se encuentran numerosas papilas cónicas, de punta fina que le dan un aspecto de terciopelo, Estas proyecciones, las papilas filiformes en forma de hilo, consisten de un centro de tejido conjuntivo dotado de papilas secundarias. El epitelio que las cubre es cornificado y forma, en la punta de las papilas, borlas como pelos sobre las papilas secundarias del tejido conjuntivo.

Entre las papilas filiformes se encuentran intercaladas las papilas aisladas en forma de hongo o fungiformes, que son prominencias redondas y rojizas. Su color se debe a la rica red capilar, visible a través del epitelio relativamente delgado.

Frente al surco terminal divisorio en forma de V, entre el cuerpo y la base de la lengua, se encuentran las papilas caliziformes o circunvaladas, que en su superficie libre muestra numerosas papilas secundarias cubiertas por epitelio delgado y liso. Además de ser el órgano sensible del gusto, la lengua contribuye de manera importante a las funciones de la masticación, la deglución y la fonación, está -

constituída por músculos estrínsecos. Los músculos estrínsecos son los componentes principales y fijan la lengua al esqueleto; los músculos estrínsecos son:

GENIOGLOSO, que nace en la apófisis geni de la mandíbula.

HIOGLOSO, que nace en el hueso hiodes.

ESTIOLOGLOSO, que nace en la apófisis estiloides.

Los músculos intrínsecos se insertan únicamente en la mucosa de la lengua, también se les denomina fibras musculares intrínsecas y estas son; las fibras longitudinales, fibras transversales y fibras verticales.

#### PALADAR BLANDO

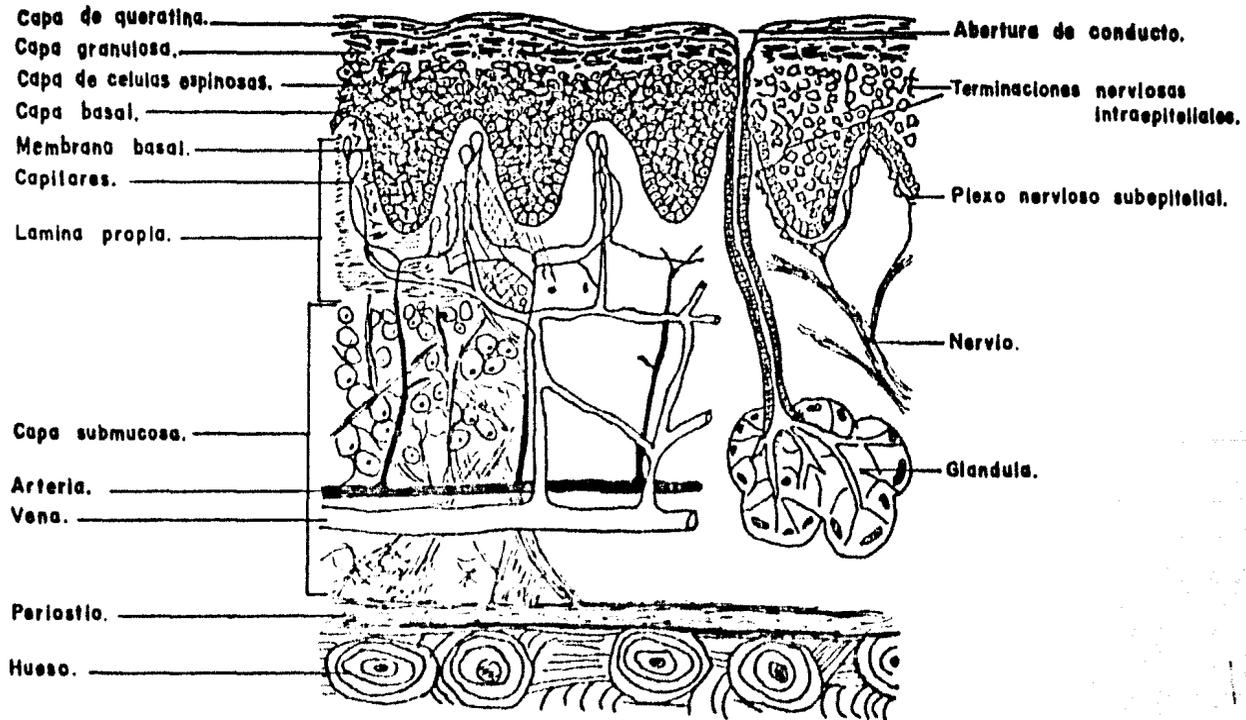
La mucosa de la superficie bucal del paladar blando está muy vascularizada y tiene color rojizo, difiriendo notablemente del color pálido del paladar duro.

Las papilas del tejido conjuntivo son escasas y cortas. El epitelio escamoso estratificado no es cornificado. -- La lámina propia muestra una capa bien definida de fibras -- elásticas, que la separan de la submucosa. La última es relativamente laxa y contiene una capa casi continua de glándulas mucosas. La mucosa bucal típica se continúa alrededor --

del borde libre del paladar blando por distancia variable y después es sustituida por mucosa nasal con su epitelio seudoestratificado, cilíndrico y ciliado.

## FARINGE

La íntima relación que existe entre el paladar y la faringe es evidente tanto desde el punto de vista anatómico como funcional. El faringoestafilino y el salpingofaríngeo - forman una capa vertical incompleta de fibras que se extienden hacia abajo en la cara interna de los constrictores de la farínge. Hay tres constrictores de la faringe superior, - medio e inferior. Forman una hoja muscular continua que se extiende del músculo buccinador hacia el esófago y forman la mayor parte de la musculatura de la faringe. Cada uno de estos constrictores tiene la forma de una hoja en U, cuyos bordes anteriores libres se fijan en el esqueleto.



Dibujo esquemático de la mucosa bucal.

## CAPITULO II.

### PUNTOS DE FORDYCE.

## PUNTOS DE FORDYCE

### CONCEPTO

También llamados gránulos de Fordyce. Esta no es una enfermedad de la mucosa bucal, sino una anomalía del desarrollo.

### ETIOLOGIA

Se caracteriza por la acumulación heterotópica de -- glándulas sebáceas en la boca; podrían ser producto de la inclusión en la cavidad bucal de ectodermo con ciertas capacidades potenciales de la piel, en el curso del desarrollo de las apófisis maxilares y mandibulares durante la vida embrionaria.

### EPIDEMIOLOGIA

No tiene predilección por raza o por sexo y se presenta en la edad adulta.

### CARACTERISTICAS CLINICAS

Se presenta como pequeños puntos blancos o amarillos

circunscritos separados o formando placas relativamente grandes; es frecuente que se proyecten ligeramente sobre la superficie del tejido. Se disponen con mayor frecuencia en forma simétrica bilateral en la mucosa de los carrillos opuesta a los terceros molares, pero también se localizan en las superficies internas de los labios en la región retromolar, a los lados del pilar anterior de las fauces y ocasionalmente, en la lengua, encía y paladar; se presentan además de la cavidad bucal, en esófago, órganos genitales masculinos, pezones, palma de las manos y planta de los pies, glándula parótida, laringe y la órbita.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Estas colecciones heterotópicas de glándulas sebáceas son idénticas a las que normalmente se ven en la piel, pero no tienen relación con el folículo piloso. Por lo general las glándulas son superficiales y se componen en pocos o muchos lóbulos, agrupados alrededor de uno o más conductos que se abren en la superficie de la mucosa. Estos conductos pueden presentar tapones de queratina.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se debe diferenciar de otras lesiones como la candidiasis.

## TRATAMIENTO

Estas glándulas son inocuas, no tienen importancia clínica o funcional y no requieren tratamiento. Sin embargo aunque muy raramente, pueden formarse un adenoma sebáceo maligno en estas estructuras intrabucales.

## PRONOSTICO

Excelente debido a que solo es una anomalía del desarrollo.

## CAPITULO III.

### QUISTE DE LA LAMINA DENTAL DEL RECIEN NACIDO.

## QUISTE DE LA LAMINA DENTAL DEL RECIEN NACIDO.

### ETIOLOGIA

Estos quistes son nódulos múltiples, algunas veces - solitarios, del reborde alveolar del recién nacido o criaturas muy pequeñas, que se originan en los restos de la lámina dental. A este quiste se le han aplicado los epónimos "Perlas de Epstein" y "Nódulos de Bohn"; son nódulos quísticos, llenos de queratina, que se encuentran a lo largo de la hendidura palatina media o en la unión del paladar blando con el duro, probablemente relacionados con el desarrollo de conductos de glándulas salivales.

Se encuentran localizados en el corión debajo de la superficie epitial. Los de la parte interna de los maxilares se localizan desplazados hacia lingual con respecto a incisivos y caninos temporales. Los de la parte posterior de la mandíbula se hallan por oclusal de las coronas de los molares.

### EPIDEMIOLOGIA

Predilección por recién nacidos ambos sexos.

## CARACTERISTICAS CLINICAS

Clinicamente se aprecian como pequeñas tumefacciones circunscritas blancas del reborde alveolar que en ocasiones aparecen isquémicas por la presión interna. Estas lesiones son asintomáticas y no parecen producir molestias a los infantes.

## CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Estos son verdaderos quistes con un delgado revestimiento epitelial y una luz, por lo común ocupada por queratina descamada, y a menudo, células inflamatorias.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se confunde con erupciones prematuras y nódulos submucosos.

## TRATAMIENTO

No se requiere tratamiento, las lesiones desaparecen por apertura en la superficie mucosa o al ser desechadas por los dientes en brote.

**PRONOSTICO****Excelente.**

## CAPITULO IV.

### LENGUA VELLOSA .BLANCA.

## LENGUA VELLOSA BLANCA O LENGUA SABURRAL

### ETIOLOGIA

Posiblemente, los factores causales de la lengua vellosa blanca sean la deshidratación, una mala higiene bucal y la xerostomía fisiológica de la vejes, tratamientos con -- antibióticos y padecimientos gástricos.

### EPIDEMIOLOGIA

Se presenta en personas del sexo masculino en la -- edad adulta y en ancianos.

### CARACTERISTICAS CLINICAS

Se caracteriza por la mala descamación de las papilas filiformes y la elongación de las mismas, presenta un -- aspecto blanco vellosa de la superficie dorsal media y posterior; pero también puede abarcar los bordes laterales.

Los restos de comida se acumulan entre las vellosidades de lo que puede resultar una inflamación e irritación secundaria. La afección habitualmente cursa asintomática, en -- algunas ocasiones se produce un cambio de coloración en las

vellosidades, que se tornan pardas o negras debidas a algún pigmento exógeno de alimentos o medicamentos.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Los cortes microscópicos revelan hiperplasia de las papilas filiformes ( espesamiento y acumulación del epitelio), pero todas las células epiteliales son normales. El tejido debajo del epitelio puede evidenciar infiltración de plasmocitos y linfocitos.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debido a su coloración puede confundirse con liquen plano, candidiasis y leucoplasia.

#### TRATAMIENTO

Como la lesión es benigna no requiere tratamiento, - el cepillado o raspado diario de la lengua es curativo, sin provocar trauma importante que pudiera generar otra lesión.

#### PRONOSTICO

Excelente.

## CAPITULO V.

### GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA.

## GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA

### ETIOLOGIA

También llamada lengua geográfica; enantema errante de la lengua; glositis areolar exofoliativa; eritema migratorio.

La glositis migratoria es una lesión interesante, de etiología desconocida, aunque se ha sugerido que podría tener un fondo psicossomático.

### EPIDEMIOLOGIA

No tiene predilección por sexo ni por raza.

Resulta interesante la ausencia de papilas fungiformes y caliciformes en personas con disautonía familiar. Los órganos del gusto localizados en estas papilas también están presumiblemente ausentes, se explica así la carencia del gusto en pacientes con esta enfermedad.

### CARACTERISTICAS CLINICAS

La lesión consiste en múltiples zonas de descamación de las papilas filiformes de la lengua, con forma irregular.

La porción central de la lesión está a veces, inflamada, - - mientras que en el borde puede estar contorneado por una línea o banda blanca amarillenta delgada. Las papilas fungiformes persisten en las zonas descamadas como puntos rojos elevados.

Las zonas de descamación permanecen por muy corto -- tiempo en un sitio y luego cicatrizan y aparecen en otro sitio; dando así origen a la idea de migración. No es raro que las lesiones pequeñas se unan. Pueden persistir por semanas o meses y después ceder espontáneamente sólo para reaparecer posteriormente.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Las zonas descamadas muestran pérdida de papilas y - células inflamatorias en el tejido conectivo subyacente, las zonas blancas aparecen como elongación de las papilas filiformes.

#### TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Su tratamiento es empírico debido a su etiología des conocida. Puesto que la lesión es benigna no hay más que - -

tranquilizar al paciente.

## PRONOSTICO

Excelente.

## CAPITULO VI

### GINGIVITIS DESCAMATIVA.

## GINGIVITIS DESCAMATIVA

## ETIOLOGIA

Se cree que en su mayor parte es de origen somático, sin embargo el ambiente local puede aportar diversos factores por ejemplo: Cálculos, placa bacteriana, acumulación de restos alimenticios.

La gingivitis descamativa ha sido atribuida a la disminución de la estimulación estrógena que acompaña la menopausia, liquen plano ampollar y erosivo consecutivo a desequilibrios emocionales, deficiencias nutricionales (complejo B), enfermedades de la sangre (anémia perniciosa), idiosincrasias medicamentosas. Ha habido enfermedades gingivales con la administración de diversos agentes quimioterápicos como el 5-flourauracilo, 6-mercaptopurina etc., las lesiones vesiculares y ampollares pueden coexistir en las encías y otros tejidos bucales.

Así pues, la gingivitis descamativa puede ser considerada como una entidad clínica con diversas posibles etiologías.

## EPIDEMIOLOGIA

Principalmente se localiza en encía libre e incertada, con predominio en el sexo femenino en la cuarta década de la vida.

## CARACTERISTICAS CLINICAS

El cuadro clínico es bastante característico, la principal queja del paciente es la gran sencibilidad de los tejidos gingivales, siendo las molestias aumentadas por los ácidos cítricos y comidas picantes y disminuidas con líquidos frescos y templados.

Al exámen clínico la encía presenta numerosas zonas en las cuales el epitelio se levanta (descama) fácilmente dejando placas hemorrágicas. Por esta característica clínica el estado se llama gingivitis descamativa. A veces las lesiones pueden comenzar como vesículas que posteriormente se abren y dejan superficies llagadas.

El epitelio puede ser desprendido por frotamiento, exponiendo un corión de tejido conjuntivo rojo e hipersensible. La denudación tiene forma de manchas y es de extensión irregular, la encía incertada está muy alterada.

## CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Al estudio microscópico, se observan zonas donde el revestimiento epitelial está levantado o ausente y el tejido conjuntivo queda expuesto (úlceras) la úlcera está cubierta - por fibrina y el tejido conectivo muestra infiltración polimorfonuclear.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIA

Se debe diferenciar del liquen plano erosivo, manifestaciones bucales de pénfigo y el eritema multiforme.

## TRATAMIENTO

El tratamiento de este padecimiento puede ser a base de corticoides, hormonas, escisión quirúrgica, o la administración de vitaminas.

## PRONOSTICO

El pronóstico para este tipo de lesión es favorable.

## CAPITULO VII

### NEVO ESPONJOSO BLANCO.

## NEVO ESPONJOSO BLANCO

### CONCEPTO

También llamado, Displasia plegada blanca familiar de las mucosas; gingivostomatitis plegada blanca; nevo epitelial bucal; leucoqueratosis congénita; enfermedad de Cannon.

### ETIOLOGIA

Es una lesión relativamente rara de la mucosa bucal - descrita por Cannon en 1935. La enfermedad sigue una pauta hereditaria como rasgo dominante autosómico, pero con penetración irregular y sin predilección definida por el sexo.

### EPIDEMIOLOGIA

Se presenta en ambos sexos, desde la niñez

### CARACTERISTICAS CLINICAS

Esta anomalía de la mucosa es congénita en muchos casos y hay criaturas que nacen con la entidad. Otras veces no aparecen hasta la infancia, o aún, la adolescencia, época en la cual por lo general alcanza la magnitud total de su intensidad.

Las lesiones bucales pueden extenderse y afectar ca-  
rrillos, paladar encía, piso de la boca y algunas zonas de -  
la lengua. La mucosa está engrosada y plegada con textura es-  
ponjosa y un tono blanco opalescente peculiar, algunas veces  
las lesiones se presentan con cantidad mínima de pliegues;  
estas son casi invariablemente asintomáticas.

En algunos pacientes las lesiones bucales van acompa-  
ñadas de lesiones similares de otras superficies mucosas - -  
como vagina, labios, ano, recto y fosas nasales.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El epitelio suele estar engrosado con hiperqueratosis  
y acantosis, y la capa basal intacta. Las células de la capa  
espinosa que se continúa hasta la misma superficie, presenta  
edema intracelular (esponjiosis). Estas células vacuoladas -  
tienen algunos núcleos picnóticos. Además, es típico encon-  
trar tapones de paraqueratina que penetran profundamente en  
la capa espinosa.

Los estudios hechos con microscopio electrónico del -  
nevo esponjoso blanco, comprobaron una falta casi total de -  
diferenciación de las células epiteliales más allá del nivel

parabasal. Sugirió que el defecto básico de esta enfermedad es doble.

1) La proteína fibrosa, que es morfológicamente normal presenta una considerable variación en la manera en que es almacenada en el citoplasma de las células epiteliales, lo cual sugiere que se trataría de un defecto hereditario en su maduración.

2) El engrosamiento del epitelio se debería a una falta de descamación normal de las células epiteliales como consecuencia de mayores cantidades de substancia francamente -- extracelular producidas por los gránulos que cubren la membrana.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se debe diferenciar de Liquen plano, disqueratosis -- intraepitelial, candidiasis.

#### TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

No existe tratamiento para esta enfermedad, pero como es totalmente benigna su pronóstico es excelente. No hay complicaciones clínicas serias.

## CAPITULO VIII.

### QUERATOSIS FOLICULAR.

## QUERATOSIS FOLICULAR

### ETIOLOGIA

Esta enfermedad es una genodermatosis transmitida como característica dominante autosómica.

### EPIDEMOLOGIA

Edad adulta, sexo masculino.

### CARACTERISTICAS CLINICAS

Las lesiones cutáneas son pequeñas pápulas firmes y rojas cuando aparecen, pero que característicamente se tornan pardogrisáceas o hasta violáceas, ulceradas y cubiertas por costras. En especial en pliegues cutáneos, las lesiones tienden a coalescer y producir masas verrucosas o vegetantes melolientes. Se localizan en la zona frontal, cuero cabelludo, cuello y genitales.

Las lesiones bucales son minúsculas pápulas blanquecinas que se perciben ásperas a la palpación. En algunos casos se describen zonas rugosas o irregulares con placas blancas verrucosas o guijarrosas. Se les encuentra con mayor fre

cuencia en encía, lengua, paladar duro y blando, mucosa vestibular y hasta en faringe.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

La lesión se caracteriza por células bastantes típicas denominadas cuerpos redondos y granos. Los cuerpos redondos son de mayor tamaño que las células escamosas normales y tienen un núcleo redondo homogéneo y basófilo con citoplasma eosinófilo y una membrana celular nítida. Se encuentran en la capa granular y la espinosa superficial. Los granos son pequeñas células paraqueratósicas alargadas situadas en la capa queratósica. Tanto los cuerpos redondos como los granos representan células parcialmente queratinizadas y también se encuentran en las típicas vesículas intradérmicas a modo de hendiduras inmediatamente sobre la capa de células basales. Los rasgos microscópicos de las lesiones bucales son idénticos, excepto que los cambios hiperqueratósicos no suelen ser pronunciados.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

A la clínica esta lesión debe ser diferenciada del carcinoma berrucoso, pápulas y papilomatosis.

**TRATAMIENTO**

El tratamiento consiste en la administración de grandes dosis de vitamina A, pero los resultados son variables.

**PRONOSTICO**

Favorable

## CAPITULO IX.

### QUEMADURAS QUIMICAS.

## QUEMADURAS QUIMICAS

### ETIOLOGIA

La etiología de estas lesiones es debida a diferentes tipos de sustancias principalmente del tipo ácido.

### EPIDEMIOLOGIA

Se puede presentar a cualquier edad y en ambos sexos.

### CARACTERISTICAS CLINICAS

Los ácidos suelen formar una costra de cauterización de color característico: Acido clorhídrico, blanco grisáceo; ácido carbónico, gris blanquecino, ácido oxálico, gris blanquecino y ácido acético, blanquecino. Las lesiones de ácido salicílico y acetato de aluminio provocan una costra blanca con un borde grueso y muy enrojecido, que no obstante, muestra una buena tendencia a la curación.

Mucha gente utiliza, equivocadamente, las tabletas de aspirina como obturante, en especial para el alivio del dolor dental. Aunque muy eficaces si se usan por vía bucal, aplicadas localmente son particularmente dañinas para la mucosa bucal. La manera de usarlos localmente consiste en colg

car la tableta contra el diente, de manera tal que el carrillo o el labio la sostenga, y dejar que se disuelva lentamente. A los pocos minutos percibirá una sensación de ardor en la mucosa, y la superficie palidece o se blanquea, la acción cáustica del medicamento separa y desprende el epitelio y -- con frecuencia causa la salida de sangre, en especial si la zona está traumatizada.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Microscópicamente se observa el epitelio y parte -- del tejido subyacente necrótico, infiltración neutrófica y - edema periférico.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se debe diferenciar de la candidiasis y lesiones -- queratósicas.

#### TRATAMIENTO

No requiere tratamiento, pues la cicatrización de - la dolorosa quemadura por aspirina (ácido acetilsalicílico) suele tomar una semana o un poco más.

**PRONOSTICO**

**Excelente.**

## CAPITULO X.

### ESTOMATITIS NICOTINICA.

## ESTOMATITIS NICOTINICA

### ETIOLOGIA

Esta lesión presenta una clara relación con el hábito de fumar, principalmente en los fumadores de pipa durante -- tiempos prolongados, siendo menos frecuente en los fumadores de cigarros y claramente inferior si se trata de cigarrillos

### EPIDEMIOLOGIA

Se presenta casi exclusivamente en varones pero tam-- bién se llega a presentar en mujeres; teniendo predilección por personas de edad avanzada y fumadores crónicos.

### CARACTERISTICAS CLINICAS

Hay dos fases en la estomatitis nicotínica, la estoma-- titis nicotínica de grado moderado y la fase avanzada.

La estomatitis nicotínica de grado moderado se obser-- va como un ligero blanquecimiento o un aspecto blanco grisá-- ceo difuso del paladar; la característica clínica más llama-- tiva es una exageración de los orificios de los conductos -- correspondientes a los glándulas mucosas, que ofrecen el as-- pecto de pequeños puntos rojos que contrastan con el resto -

de la mucosa.

En la lesión en fase avanzada, la mucosa se observa - más queratinizada y aparecen fisuras, quedando una superfi-- cie arrugada e irregular con zonas papulosas elevadas situa-- das entre las fisuras. Cada una de las lesiones papulosas -- tienen tendencia a presentar un centro deprimido de color ro jo, que proporciona un aspecto umbilicado.

Las lesiones suelen estar limitadas al paladar duro - pero también puede afectar al paladar blando, suelen ser - - asintomáticos, el grado de hiperplasia palatina está en relaci ón significativa con la duración y magnitud del hábito de fumar.

Se considera como una variante anatómica de la leuco- plasia, pero también se considera como una entidad distinta pero con afinidad leucoplásica. No es considerada premaligna pues la estomatitis nicotínica raras veces llega a originar un carcinoma epidermoide del paladar, pues este puede origi- narse en un mayor porcentaje en una leucoplasia.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Se observa hiperqueratosis con grado variable de acento sis. Los orificios de los conductos de las glándulas muc-

ses suelen ser muy prominentes y pueden estar total o parcialmente ocluidos por residuos.

La metaplasia escamosa del conducto puede ser de cierta importancia y extenderse en profundidad a lo largo del mismo; es frecuente observar la presencia de un infiltrado celular inflamatorio crónico en la lámina propia, que tiene su mayor intensidad alrededor de los conductos salivales. Las glándulas salivales subyacentes suelen presentar una adenitis crónica con signos de retención mucosa y dilatación quística.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debemos hacer diagnóstico diferencial con queratosis folicular papilomatosis y papilas hiperplásicas.

#### TRATAMIENTO

Eliminar la causa irritativa.

#### PRONOSTICO

Favorable, pues la lesión es claramente reversible, con una mejoría habitual cuando el paciente deja de fumar.

## CAPITULO XI.

### CANDIDIASIS.

## CANDIDIASIS, MONILIASIS O MUGUET

### ETIOLOGIA

Es una enfermedad causada por infección con el hongo denominado Candida (Monilia) albicans; este microorganismo es habitante relativamente común en cavidad bucal y aparato gastrointestinal de personas sanas.

Para presentarse la afección debe haber una penetración real en los tejidos, aunque tal invasión suele ser superficial y ocurre cuando son favorecidas por distintos factores tales como la edad (lactantes, personas ancianas), Status hormonal (diabetes, embarazo) y herencia. Además existen otros factores locales de importancia como la carencia de dientes, dentaduras totales mal adaptadas y en general disminución de las defensas orgánicas, enfermedades malignas sistémicas, uremia y diversas infecciones crónicas.

La micosis puede presentarse en cavidad bucal, piel, vagina, aparato gastro intestinal, vías urinarias y pulmones. La candidiasis bucal, o muguet suele ser una enfermedad localizada, pero a veces extiende a faringe o hasta pulmones, y entonces suele ser mortal.

## EPIDEMIOLOGIA

Esta enfermedad se presenta comunmente en niños pequeños, personas debilitadas y en ocasiones en pacientes con alguna enfermedad crónica como diabetes o avitaminosis.

## CARACTERISTICAS CLINICAS

La candidiasis oral puede ser difusa o localizada como una queilitis angular, una estomatitis moniliásica superficial, una estomatitis dentaria o una candidiasis granulomatosa profunda.

En la queilitis moniliásida profunda, los autores -- acostumbran diferenciar los tipos erosivo y granuloso del -- muguet habitual de los labios con estomatitis asociada. La forma erosiva se caracteriza por unas erosiones brillantes, de color rojo con descamación del epitelio e hiperqueratosis circundante. Los pacientes que tienen la costumbre de lamerse los labios presentan amenudo una eccema cutánea perioral de la que pueden cultivarse monilias. En el tipo granuloso, existe una tumefacción difusa del labio inferior o, en algún caso, de los dos labios, en algunos casos, los folículos pilosos de la barba se ven afectados por una reacción inflamatoria.

La queilosis angular (queilitis marginal, rágades), - caracterizada por la presencia de lesiones simétricas en los ángulos bucales, es producida en la mayoría de los enfermos por la *Candida albicans* que, en ocasiones, aunque no la produce, obstaculiza su curación. Existen, por otra parte, algunos factores como la disminución de la dimensión vertical -- por carencia de dientes, dentaduras mal adaptadas o m jillas flácidas y colgantes y comisuras labiales profundas y humedecidas comunmente con la saliva, que desempeñan un papel -- importante en el origen de estas molestas lesiones fisurales. También puede observarse la presencia de raras en los pacientes con aquilia, anemia hipocromática o hipovitaminosis B

En la estomatitis moniliásica superficial, el cuadro clínico varía desde un ligero eritema con depósitos finos de color blancuzco hasta la boca blanca difusa e inflamada. En los lactantes, las primeras alteraciones aparecen en el tercio anterior dorsal, bordes y superficie ventral de la lengua pasando más tarde al vestíbulo oral. Estas lesiones, parecidas a pequeños coágulos de leche, de color blanco níveo, pueden presentarse en forma de tiras, placas o pseudomembranas difusas que generalmente se fragmentan con mucha más facilidad que las membranas diftéricas. Normalmente, cuando --

más sencilla es una extirpación mecánica, más superficial y menos peligrosa es la invasión epitelial. Las manchas blancas están formadas por un entretejido denso de *Candida albicans* junto con dentritos celulares, partículas residuales de comida y bacterias; su superficie tiene un aspecto aterciopelado, en tanto que la mucosa adyacente aparece de un color rojo oscuro y moderadamente tumefacta. La presencia de lesiones ulceradas o necróticas indica una invasión hística -- más profunda, en contadas ocasiones, hay enterocolitis, neumonía micótica o septicemia.

En la estomatitis dentaria, el paciente aqueja tumefacción, hipersensibilidad y dolor en la mucosa oral en los puntos de contacto de la dentadura. En la mucosa inflamada se encuentran numerosas colonias de *Candida albicans*, y no es raro que existan simultáneamente enfermedades predisponentes tales como diabetes mellitus, anemia, mal nutrición o trastornos digestivos. Por otra parte, las infecciones por *Candida* pueden complicarse secundariamente el pénfigo oral u otras enfermedades ampollares, enmascarando así el proceso fundamental.

El amplio uso de los antibióticos plantea un serio problema a la hora de combatir el saprofitismo latente de la

Candida. Esto, junto con el riesgo de la sensibilización, es la razón fundamental para desaconsejar el uso tópico de antibióticos para el tratamiento local de las lesiones orales. - También pueden verse candidiasis asociadas a la acrodermatitis enteropática.

En la candidiasis granulomatosa profunda, se produce una invasión por gérmenes moniliásicos con formación de granulomas tuberculoides. Al parecer se trata de un carácter -- autosómico recesivo y puede asociarse al hipoparatiroidismo y a la enfermedad de Adisson.

La infección suele empezar de forma relativamente inofensiva en la cavidad oral de los recién nacidos y niños durante los primeros años de la vida. Posteriormente se extiende hacia la cara y por la totalidad de la cabeza, originando unas placas infiltradas y costrosas y provocando reacciones granulomatosas importantes en los tejidos, que alcanzan la intensidad de la blastomycosis granulomatosa. Los labios están tumefactos, con una ploriferación papilomatosa y fisuras radiales, mientras en las húmedas comisuras aparecen rágades bien establecidas. La mucosa oral está enrojecida y recubierta en parte por una capa blanca y adherente, infiltrada o -- circunscrita por la infiltración.

El curso de la candidiasis granulomatosa es crónico o subagudo.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

En la estomatitis moniliásica superficial, los hongos quedan limitados a las capas superiores del epitelio, en las que puede verse las esporas y las pseudohifas. En los casos graves, los elementos micóticos pueden avanzar por debajo -- del epitelio y originar microabscesos granulocíticos e invadir los pequeños vasos sanguíneos en los que son dispersados por la vía hematógena. En la candidiasis granulomatosa, existe una inflamación tuberculoide con células epiteloides que contienen microorganismos moniliásicos.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se debe hacer diagnóstico diferencial con leucoqueratosis y liquen plano.

#### TRATAMIENTO.

La introducción de nuevos antimicóticos específicos -- como la nistatina ha sido benéfica para el tratamiento de la candidiasis. Las suspensiones de nistatina mantenidas en - -

contacto con la lesión bucal dio buenos resultados aún en -  
casos crónicos y graves de la enfermedad. El uso de tabletas  
de fungicida, preparadas especialmente para tratamiento del  
muguet intestinal son de poco valor para las lesiones buca--  
les, puesto que el medicamento debe estar en estrecho con---  
tacto con los microorganismos para surtir efecto.

#### PRONOSTICO.

Sobre todo en niños es incierto, aunque aparentemente  
mejor que en la pubertad. Cuando se presenta una invasión --  
hística más profunda, su pronóstico es desfavorable.

## CAPITULO XII.

### LEUCOPLASIA.

## LEUCOPLASIA

### CONCEPTO

El término leucoplasia implica una característica clínica de una placa blanca en la mucosa y que no es alguna - - otra entidad específica.

Aparece en la superficie de la mucosa, no solo bucal sino también de la vulva, cuello uterino, vesículo biliar, - pelvis renal, y órganos respiratorios superiores.

### ETIOLOGIA

A esta lesión se le atribuyen numerosos factores, los más frecuentemente citados son el tabaco, alcohol, irritaciones mecánicas, sífilis, deficiencias vitamínicas, alteraciones hormonales, galvanismo, mal nutrición, trastornos endocrinos, la radiación actínica en el caso de la leucoplasia labial.

Muchos factores tanto de influencia local como sistémica, actuando aislada o conjuntamente pueden dar lugar a la mancha blanca designada clínicamente como leucoplasia.

Examinemos brevemente algunos de los factores etiológicos mencionados.

**TABACO:** El tabaco ha sido mencionado frecuentemente - como agente agresor y existen pruebas considerables para esta suposición. Muchos de los componentes químicos del tabaco y sus productos terminales de combustión como los alquitranes y resinas del tabaco son sustancias irritantes capaces de producir alteraciones leucoplásicas de la mucosa bucal. - Está aceptado que son importantes fuentes de irritación de - las mucosas no sólo los productos derivados de la combustión del tabaco y calor, sino también los materiales extraídos -- del tabaco cuando se masca.

**ALCOHOL:** El consumo de alcohol tendría importancia -- etiológica por que irrita las mucosas. Pero las personas que habitualmente consumen cantidades considerables de alcohol - también suelen ser fumadores crónicos de manera que es difícil establecer los efectos del alcohol solo.

**IRRITACION CRONICA:** Se ha considerado que el trauma-- tismo o la irritación crónica es de suma importancia en la - etiología de la leucoplasia, y hay que sospechar de todo factor irritante crónico en la cavidad bucal como maloclusiones que producen mordisqueo crónico del carrillo, prótesis mal - adaptadas, o dientes filosos o fracturados que irritan constantemente a la mucosa. También los alimentos calientes y --

y condimentos son mencionados con frecuencia como factores etiológicos y por lo menos es considerable que su consumo -- tenga cierta relación de importancia.

**SIFILIS:** La frecuencia de la leucoplasia es algo más elevada en pacientes que han tenido glositis sifilítica que entre quienes carecen de antecedentes sifilíticos.

**DEFICIENCIA VITAMINICA:** La deficiencia de vitamina A inducirá metaplasia y queratinización de ciertas estructu-- ras epiteliales particularmente de las glándulas y mucosa - respiratoria. Por lo tanto se ha sugerido que la deficien-- cia de esta vitamina está relacionada con la aparición de - la leucoplasia. Asimismo se pensó que la deficiencia del -- complejo de vitamina B era un factor predisponente en el de-- sarrollo de la leucoplasia. El mecanismo de esto es descono-- cido, pero podría guardar relación con la alteración de los patrones de oxidación del epitelio haciéndolo más sucepti-- ble a la irritación. Sobre esta base es elástico el trata-- miento con levadura de cerveza.

**HORMONAS:** Se ha comprobado en ciertas circunstancias el efecto queratogénico de las hormonas sexuales femeninas y masculinas.

**GALVANISMO.** En una época el galvanismo fue considerado de importancia etiológica aunque los autores actuales - - tienden a quitar tal significación a este mecanismo.

**CANDIDIASIS.** La presencia de *Candida albicans*, un hongo bucal relativamente común frecuente en asociación con la leucoplasia.

#### EPIDEMIOLOGIA

Se presenta con frecuencia en la edad adulta sobre todo alrededor de la cuarta década, tiene ligera predilección por sexo masculino.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS

Las lesiones de leucoplasia bucal varían considerablemente en tamaño, localización y aspecto clínico.

Aunque se notan placas leucoplásicas en cualquier - - sector de la cavidad bucal, se distinguen algunos sitios de predilección como la mucosa vestibular y las comisuras labiales, también es afectada la mucosa alveolar, lengua, labios, paladar blando y duro, piso de la boca y encía.

La extensión de las lesiones varía de pequeñas placas

irregulares bien localizadas a lesiones difusas que cubren una porción considerable de la mucosa bucal. Las placas leucoplásicas varían de una zona blanca débilmente translúcida, no palpable, a lesiones gruesas fisuradas, papilomatosas e induradas. La superficie de la lesión suele estar finamente arrugada y es áspera a la palpación. Las lesiones son blancas, grises o blanco amarillentas, pero cuando hay consumo de tabaco adquieren un color pardo amarillento, por lo que es importante una buena observación de los antecedentes de los pacientes.

Sharp describió tres fases de la leucoplasia:

1.- Lesión incipiente de color blanco, débilmente translúcida no palpable.

2.- Posteriormente se forman placas localizadas o difusas levemente elevadas de contorno irregular, estas son de color blanco opaco y tienen textura granular fina.

3.- En algunos casos las lesiones se transforman en formaciones engrosadas blancas induradas fisuradas y con úlceras.

Se ha diferenciado dos formas principales de leucoplasia: "plana" y "verrucosa". Se dice que toda leucoplasia co-

mienza como tipo liso y sin elevación, pero que después de - periodos muy variables se engruesa y adquiere la forma verru- cosa. También se ha propuesto una clasificación clínica de - leucoplasia que incluye los tipos agudo, crónico e interme- - dio. La leucoplasia aguda se describe como una lesión que -- evoluciona rápidamente en varias semanas o meses, la leuco- - plasia crónica es mas difusa y delgada asemejándose a una -- pelicula blanca sobre la superficie mucosa; esta lesión pue- de durar entre 10 y 20 años. El grupo intermedio probablemen- te es una forma incipiente de leucoplasia crónica, su dura- ción y fase de desarrollo está entre los dos primeros tipos.

Quedan pocas dudas de que una cierta proporción de -- casos de leucoplasia se transformará en carcinoma epidermoi- de, por lo que es de gran importancia el diagnóstico certero de esta lesión.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Microscopicamente la leucoplasia puede ir desde un - simple engrosamiento de la capa de queratina (callo oral), hasta un carcinoma infiltrante en fase inicial.

Básicamente las lesiones leucoplásicas se dividen en dos grandes grupos, la que no presenta atipia celular (dis-

queratosis) y las que la presentan en grado variable.

Las lesiones queratósicas del primer grupo presentan combinaciones de hiperqueratosis, paraqueratosis y acantosis algunas de las lesiones sólo muestran una hiperqueratosis acentuada con una capa granulosa prominente pero sin acantosis significativa. Otras veces se observa paraqueratosis con engrosamiento apreciable de la capa de células espinosas o sin él. Algunas lesiones blancas clínicamente no revelan microscópicamente un incremento apreciable de la queratina de superficie, aunque sí una acantosis pronunciada; estas lesiones pueden presentar una actividad mitótica considerable, limitada en gran parte a los estratos profundos del epitelio, con mitosis aparentemente normales. La lámina propia subyacente puede no presentar alteración o revelar un infiltrado de linfocitos y células plasmáticas, la presencia o ausencia de un infiltrado inflamatorio por debajo de una lesión leucoplásica es de razón desconocida y al parecer no está relacionada con el grosor de la queratina o paraqueratina, grado de acantosis o con el supuesto agente etiológico.

Los términos diagnósticos microscópicos, tales como queratosis focal o difusa, hiperqueratosis simple o paquidermia oral se utilizan a menudo para designar lesiones leucoplásicas.

sicas con las características microscópicas antes mencionadas.

El segundo grupo de lesiones leucoplásicas es en aquellas que microscópicamente exhiben grados variables de disqueratosis o atipia además de las características atribuidas al primer grupo. Estas alteraciones pueden variar desde una hiperplasia e irregularidad casi sutil de las células basales hasta una afectación extensa de buena parte de la capa epitelial, las formas más graves se relacionan con el carcinoma in situ.

Sprague clasificó las leucoplasias disqueratósicas en:

- 1) Con atipia leve
- 2) Con atipia moderado
- 3) atipia intensa

En las formas leves, las alteraciones celulares atípicas tienden a quedar limitadas a las zonas basales y profundas de la capa celular espinosa. Entre las características histológicas observadas están diversas combinaciones de hipertrofia celular basal, pérdida de polaridad de estas células basales, variaciones de tamaño, forma y reacciones de tinción de las células basales y espinosas más profundas, aumento de las mitosis especialmente formas anómalas de las

mismas, incremento de la relación celular nucleocitoplasmática y queratinización prematura de células aisladas en los estratos más profundos.

En las formas de mayor gravedad, todas estas manifestaciones afectan a casi todo el espesor de la epidermis.

En raras ocasiones, la queratinización es notablemente excesiva, conociéndose la lesión como cuerno cutáneo o -- mucoso.

Las lesiones disqueratósicas con cambios atípicos en los estratos epiteliales más profundos pueden aparecer cubiertos por una capa relativamente gruesa de queratina o paraqueratina. Cuando la mayor parte del espesor epitelial presenta células atípicas, es raro que la lesión esté recubierta por queratina, si bien puede tener una cubierta de paraqueratina de grosor variable. Cuando la atipia intensa abarca desde la parte alta hasta el fondo, atravesando todas las capas del epitelio, es mejor considerar a la lesión como un carcinoma in situ.

Estas lesiones solo raras veces están recubiertas por una apreciable capa de paraqueratina, adoptando clínicamente un aspecto rojo más bien que blanco, sin embargo, el epitelio adyacente y menos afectado está con frecuencia hiperque-

retinizado y presenta un color blanco. La magnitud de la inflamación en la lámina propia subyacente es variable, algunas lesiones muestran escasa o nula inflamación, mientras -- que otras presentan un denso infiltrado de células redondas. La verdadera leucoplasia va asociada a una intensa reacción inflamatoria.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Desde el punto de vista clínico, el liquen plano es -- probablemente la lesión mas importante a considerar en el -- diagnóstico diferencial de leucoplasia.

Otras lesiones blancas de la mucosa bucal que deben -- ser diferenciadas de la leucoplasia incluyen las quemaduras químicas, placas mucosas sifiliticas, infecciones micóticas (principalmente candidiasis), lupus eritematosos y nevo esponjoso blanco o gingivo estomatitis plegada blanca.

#### TRATAMIENTO

El tratamiento de la enfermedad apunta a la eliminación de todo factor identificable. Además se aconseja la suspensión del consumo de tabaco o alcohol, la corrección de toda posible mal oclusión, el remplazo de prótesis mal adaptadas.

das. Es probable que la corrección de todos los factores locales es de mejor beneficio que el tratamiento de los posibles factores sistemáticos.

#### PRONOSTICO

Tratada la lesión a tiempo el pronóstico es bueno.

## CAPITULO XIII.

### LIQUEN PLANO.

## LIQUEN PLANO

### CONCEPTO

Liquen rojo plano, es una de las enfermedades dermatológicas más comunes que se manifiestan en cavidad bucal; su diagnóstico generalmente es posible establecerlo sin biopsia

### ETIOLOGIA

Su etiología es desconocida. Es interesante destacar que la enfermedad es rara en personas despreocupadas; casi invariablemente, la enfermedad aparece en personas nerviosas y sumamente tensas. El curso de la enfermedad es largo, de meses a varios años y sufre periodos de problemas emocionales, exceso de trabajo, ansiedad o algunas formas de tensión psíquica. Otras causas sugeridas incluyen el traumatismo, puesto que suele desencadenarse a partir de rasguños, desnutrición e infección. Grinspan describió una interesante asociación de liquen plano, diabetes mellitus e hipertensión vascular; Grupper denominó a esta triada síndrome de Grinspan. Además, se ha observado el liquen plano en varios miembros de una familia, lo cual suscita lo interrogante de una pauta hereditaria. Sin embargo no existen pruebas que confir

men esta idea.

## EPIDEMIOLOGIA

Esta lesión se presenta en la edad adulta no teniendo predilección por sexo.

## CARACTERISTICAS CLINICAS

Las lesiones cutáneas del liquen plano son pápulas pequeñas, angulares y de superficie plana de unos milímetros de diámetro. Pueden ser circunscritas o coalescer en forma gradual en placas de mayor tamaño, cada una de las cuales está cubierta por una escama fina y brillante. Las pápulas se destacan con nitidez de la piel circundante. Al comienzo de la enfermedad, las lesiones son rojas, pero pronto adquieren un tono purpúreo o violáceo. Más tarde, aparece un color pardo sucio. Su superficie está cubierta por líneas blancogrisáceas muy finas características, denominadas estrías de Wickham. Las lesiones pueden aparecer en cualquier parte de la superficie cutánea pero por lo común se distribuyen en forma bilateral simétrica, con mayor frecuencia en las superficies de flexión de muñecas y antebrazos, parte interna de rodillos y muslos, y en la región sacra; la cara no suele --

ser atacada.

En casos crónicos, se forman placas hipertróficas en especial sobre la tibia. El síntoma primario del liquen plano es intenso prurito que llega a ser intolerable.

#### CARACTERISTICAS BUCALES

En la cavidad bucal, la enfermedad adquiere un aspecto diferente que en piel, y clásicamente se caracteriza por pápulas radiantes blancas o grises aterciopeladas y filiformes, con disposición lineal, anular o reticular que forma -- placas con aspecto de encaje o reticulares, anillo y bandas sobre la mucosa vestibular, y en menor cantidad en labios, - lengua y paladar, algunas veces se localiza un punto pequeño blanco y elevado en la inserción de las líneas blancas, conocidas también como estrías de Wickman. Cuando las lesiones son en placas, es común ver estrías radiantes en su perife-- ria.

Se ha dicho que hay formación de vesículas y ampollas en las lesiones de liquen plano, pero esto no es común y el diagnóstico de esta enfermedad por el aspecto clínico es muy difícil. Esta forma ampollar de liquen plano fue estudiada - por Shklar y Andreasen. La denominada forma erosiva del - --

liquen plano comienza como tal y no como un proceso progresivo derivado del liquen plano "no erosivo". Sin embargo, la forma vesicular o ampollar puede asemejarse al liquen plano erosivo cuando las vesícula se rompen. Las lesiones erocionadas o francamente ulceradas son de forma y tamaño irregular y aparecen como zonas vivas y dolorosas en los mismos sitios de la forma simple de la enfermedad. Pese a la erosión de la mucosa, las características estrías radiantes son visibles - en la periferia de las lesiones individuales.

La forma atrófica de liquen plano clínicamente se observa como zonas lisas y rojas mal delimitadas, por lo general con estrías periféricas.

En la mucosa bucal también puede darse una forma hipertrófica de liquen plano, que por lo general es una lesión elevada blanca, bien circunscrita que se asemeja a queratosis focal. En estos casos, suele ser necesaria la biopsia para establecer el diagnóstico.

Las manifestaciones bucales aparecen semanas o meses antes que las lesiones cutáneas; en realidad, se dice que -- según las experiencias clínicas, la mayoría de pacientes no tienen lesiones cutáneas cuando se originan las bucales, inclusive muchos pacientes con liquen plano bucal jamás pade--

cen la forma cutánea de la enfermedad, aunque no se tiene la completa seguridad de ello.

También pueden ser atacadas otras mucosas: en pene, - vagina y epiglotis. Las lesiones en estas localizaciones pueden producirse independientemente de las bucales.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El aspecto microscópico del liquen plano es característico y patognomónico. Los hallazgos característicos incluyen hiperqueratosis con engrosamiento de la capa granular, - en algunos casos aspecto de "dientes de sierra" de los brotes epiteliales, necrosis o degeneración por licuefacción de células basales con la aparición de una delgada banda de coágulo eosinófilo en lugar de estas y, por último, infiltrado de linfocitos y algunos plasmacitos en la capa subepitelial de tejido conectivo; no hay una verdadera disqueratosis. En algunos casos, la hiperqueratosis y acantosis no son los rasgos sobresalientes. En el epitelio hay cuerpos coloides, en mayor cantidad en capas de células espinosas y basales; son glóbulos eosinófilos redondos que probablemente representan leucocitos degenerados. Debido a la degeneración de la capa

basal, las espinosas parecen apoyarse directamente sobre el tejido, separadas de esto sólo por una delgada banda de material eosinófilo.

En estudios realizados con microscopio electrónico - se encontraron dos cambios epiteliales que no son visibles con el microscopio óptico.

1) Una irregularidad de la membrana nuclear de las células.

2) Un mayor engrosamiento y granulación de las tonofibrillas epiteliales.

La infiltración de los linfocitos está característicamente limitada a la porción papilar y más superficial de las capas reticulares del tejido conectivo; las zonas más profundas de éste casi no tienen células inflamatorias.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es importante que el liquen plano sea diferenciado - de otras lesiones de la cavidad bucal, que pueden presentar un aspecto clínico similar, como son leucoplasia, candidiasis, pénfigo, eritema multiforme, sífilis, aftas recurrentes y lupus eritematoso discoide crónico.

## TRATAMIENTO

No hay tratamiento específico, regresión espontánea en pocos meses; en casos avanzados se ha recurrido al tratamiento de corticoides para aliviar la inflamación y reducir el prurito de las lesiones cutáneas.

## PRONOSTICO

Excelente, aunque se han presentado casos en que un liquen plano sea transformado en carcinoma epidermoide o espinocelular.

## CAPITULO XIV.

### CARCINOMA IN SITU.

## CARCINOMA INTRAEPITELIAL O IN SITU

### CONCEPTO

Es una lesión que generalmente se presenta en piel, - pero también se presenta en membranas mucosas incluidas las bucales.

### ETIOLOGIA

Al igual que en la mayoría de las lesiones cancerosas no hay un agente etiológico bien conocido.

### EPIDEMIOLOGIA

Se presenta tanto en hombres como en mujeres y se presenta generalmente en personas ancianas.

### CARACTERISTICAS CLINICAS

Puede parecerse a la leucoplasia, pues la queratinización es un rasgo común, la presencia de la queratosis no es invariable; la manera en que la enfermedad de la mucosa bu--cal puede presentarse, es como una capa aterciopelada y eritomatosa, elevada o no, en la cual hay en algunos casos pla-

ces blanquisinas. Esta forma de carcinoma intraepitelial es una entidad específica conocida como eritroplasia.

Generalmente se presenta en encía, paladar, úvula, -- pilares amigdalinos, lengua, piso de la boca, mucosa bucal y labios.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Se caracteriza por hiperqueratosis, acantosis, disqueratosis y variación de la forma y el tamaño de las células - epiteliales de la capa espinosa. Los nucleos hiper cromáticos son comunes, como también las figuras mitóticas extrañas y - la poikilocariosis (división de los nucleos de una célula, lo cual produce una célula multinucleada). La capa basal se encuentra intacta.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se debe hacer diagnóstico diferencial con la leucopla sia y el liquen plano.

#### TRATAMIENTO

Escisión quirúrgica total amplia.

**PRONOSTICO**

Es igual que para las leucoplasias y solo es desfavorable en las lesiones de piso de boca o base de la lengua; - si la lesión no es tratada se producirá la invasión carcinomatosa.

## CAPITULO XV.

### CARCINOMA ESPINOCELULAR.

**CARCINOMA ESPINOCELULAR**  
**(CARCINOMA EPIDERMÓIDE)**

**ETIOLOGIA**

El carcinoma espinocelular es la neoplasia maligna más común de la cavidad bucal. Aunque se produce en cualquier sector de la cavidad bucal, hay ciertas zonas que son afectadas con mayor frecuencia: lengua, piso de boca, mucosa alveolar, paladar, mucosa vestibular.

Los factores etiológicos a los que más se les atribuye la formación del cáncer bucal son: tabaco, alcohol, sífilis, deficiencias nutricionales, luz solar (en el caso de cáncer de labio), factores varios, que incluyen al calor, -- particularmente el de la boquilla de la pipa en el caso del cáncer de labio; traumatismo; sepsis e irritación creada por prótesis agudas o por dientes en malas condiciones (ásperos o puntiagudos).

**TABACO.-** El fumar es un factor importante en la generación del cáncer bucal, el consumo de tabaco y el uso de sustancias inhaladas son influencias predisponentes pero no específicamente factores desencadenantes del cáncer bucal.

**ALCOHOL.-** El alcohol también aparece como factor de sencandente del cáncer bucal especialmente en aquellos pa---  
cientes que ingieren más de 207 ml. de whisky por día (refe-  
rencia).

**SIFILIS.-** La sífilis tiene importancia en los casos de cáncer de labio, y los dos tercios anteriores de la len-  
gua. Pero no se ha establecido si el cáncer es producto de -  
glositis sífilítica o de arsenoterapia que la mayoría de los  
pacientes reciben.

**DEFICIENCIAS NUTRICIONALES.-** Las deficiencias nutri-  
cionales fueron difíciles de valorar, pero no presentaban re-  
lación evidente con el cáncer bucal y problemas médiconutri-  
cionales o de otra naturaleza.

**LUZ SOLAR.-** La luz solar en casos de cáncer de la-  
bio tendrá importancia etiologica.

**FACTORES VARIOS.-** El traumatismo y la irritación --  
dental no fueron considerados como factores etiológicos im--  
portantes en el cáncer bucal.

La búsqueda de los virus oncógenos del ser humano -

prosigue con marcada rapidéz y mientras todavía se carece de pruebas, se ha acumulado cantidades de evidencias circunstanciales indicadoras de que una serie de cánceres del ser humano son causados por virus; son ellos: el carcinoma de la nasofaringe, mama, útero, tejidos linfoides, incluyendo el linfoma africano de maxilar, así como ciertas formas de leucemia y ciertos sarcomas. Si bien se ha pensado en cierta cantidad de virus, uno de los que con mayor frecuencia se sospecha es el de Epstein-Barr (EB), un virus semejante al del herpes.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

En los carcinomas epidermoides intrabucuales hay considerables variaciones histológicas, aunque por lo general tienden a ser neoplasias moderadamente diferenciadas con ciertas manifestaciones de queratinización. Se producen lesiones altamente anaplásicas pero son raras; estas lesiones tienden a dar metástasis temprano y en gran extensión, y causan la muerte con rapidez. El carcinoma epidermoide bien diferenciado se compone de capas y nidos de células cuyo origen obvio es el epitelio escamoso. Estas células suelen ser

grandes y presentan una membrana celular definida, aunque -- con frecuencia es imposible observar los puentes intercelulares o tonofilamentos. Los núcleos de las células neoplásicas son grandes y tienen gran variabilidad en la intensidad de la reacción tintorial. Los núcleos que se tificen intensamente con hematoxilina se denominan hipercromáticos.

Una de las características más salientes del carcinoma epidermoide bien diferenciado es la presencia de queratinización celular individual y la formación de numerosas -- perlas epiteliales o de queratina de diversos tamaños.

Los carcinomas epidermoides menos diferenciados --- pierden ciertas características de manera que su semejanza con el epitelio escamoso es menos pronunciada. Puede estar -- alterada la forma característica de las células, así como la típica disposición de una respecto a la otra. El ritmo de -- crecimiento de células individuales es mas rápido y esto se refleja con mayor cantidad de figuras mitóticas, aún la mayor variación de tamaño, forma y reacción tintorial y el incumplimiento de la función de una célula escamosa diferen-- ciada.

Los carcinomas mal diferenciados conservan poca se-- mejanza con sus células originales y suele presentar difi--

cultades diagnósticas debido al aspecto primitivo e inespecífico de las células malignas de división rápida. Estas células presentan aún mayor falta de cohesividad y son sumamente caprichosas.

Las metástasis de los carcinomas bucales de las diferentes localizaciones afectan principalmente los ganglios submaxilares y los cervicales superficiales y profundos. A veces pueden estar atacados otros ganglios como los submentonianos, preauriculares y posauriculares y ganglios supraclaviculares, pero la metástasis del cáncer bucal por la corriente sanguínea es rara. Haremos una breve descripción del carcinoma epidermoide en sus diferentes localizaciones.

#### CARCINOMA DE LABIO

El carcinoma epidermoide de labio es una enfermedad que se produce principalmente en edad avanzada, en varones, esta neoplasia ataca más comunmente el labio inferior que el superior.

#### ETIOLOGIA

Uno de los factores comunes es el consumo de tabaco principalmente por fumar en pipa. La sífilis no es probable-

mente un factor etiológico tan importante en el cáncer de labio como lo es en otros sectores de la cavidad bucal. Así -- mismo se asocia la mala higiene en pacientes con carcinoma - de labio, pero en sí su etiología no está definida.

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Hay una considerable variación del aspecto clínico del cáncer de labio que depende fundamentalmente de la duración de la lesión y la naturaleza de la proliferación. Los - tumores suelen comenzar en el borde del bermellón del labio a un lado de la línea media. Al principio es una pequeña zona de engrosamiento, induración y ulceración o irregularidad de la superficie; a medida que la lesión se agranda crea un pequeño defecto crateriforme o produce un crecimiento exofítico y proliferativo de tejido tumoral. Algunos pacientes -- tienen grandes masas fungosas en un lapso relativamente corto mientras que en otros pacientes el avance es muy lento.

El carcinoma de labio suele tardar en hacer metástasis y puede producirse una lesión voluminosa antes que haya - manifestaciones de la afección de los ganglios linfáticos regionales, sin embargo algunas lesiones, en particular las -- anaplásicas, hacen metástasis más temprano.

Cuando se produce la metástasis suele ser ipsolateral y ataca los ganglios submentonianos y submaxilares puede haber metástasis contralateral especialmente si la lesión está cerca de la línea media del labio donde hay drenaje cruzado de los vasos linfáticos.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

La mayoría de los carcinomas de labio son lesiones bien diferenciadas, por lo general clasificadas como grado I; este tipo de cáncer tiende a hacer metástasis en la fase tardía de la evolución.

#### TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El carcinoma de labio ha sido tratado por excisión quirúrgica o con rayos X, con éxito aproximadamente igual -- según en cierta medida la duración y la extensión de la lesión y la presencia de metástasis.

## CARCINOMA DE LENGUA

### ETIOLOGIA

El carcinoma de lengua comprende entre el 25 y 50 % de todos los cánceres intrabucales, se ha encontrado una relación de esta enfermedad con la sífilis en la fase activa o por lo menos antecedentes de ella, esa relación se explica sobre la base de una glositis crónica producida por la sífilis, irritación crónica reconocida desde hace mucho tiempo como carcinógeno, pero se planteó la interrogante de que la neoplasia podría estar relacionada con la arsenoterapia, tratamiento de elección antes del advenimiento de los antibióticos, y no con la sífilis propiamente dicha.

La leucoplasia es una lesión común de la lengua, -- que fue observado muchas veces asociada con el cáncer de la lengua. No es raro ver lesiones típicas de carcinoma en zonas leucoplásicas; por otra parte, dichas lesiones leucoplásicas persisten durante años sin degeneración maligna, y muchos casos de carcinoma de lengua se desarrollan sin manifestaciones de una leucoplasia preexistente.

Otros factores que se relacionan o contribuyen a la generación del carcinoma de lengua incluyen la mala higiene

bucal, traumatismo crónico y el consumo de alcohol y tabaco. La mala higiene bucal, el consumo de alcohol y tabaco son -- tan prevalentes que casi impiden la posibilidad de sacar con clusiones sobre una posible relación de causa y efecto. Se - han observado una considerable cantidad de casos en que el - cáncer de lengua se había formado en un sitio que correspon- día exactamente a una fuente de irritación crónica como un - diente cariado o fracturado o una prótesis mal adaptada.

#### EPIDEMIOLOGIA

Este tipo de cáncer bucal tiene predilección por el sexo masculino, aunque también se presenta en personas del - sexo femenino, teniendo un promedio de edad de 63 años y co- mo límite de 32 a 87 años.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS

El signo más común del carcinoma de lengua es una - masa o una úlcera indolora, aunque en algunos pacientes la - lesión se hace finalmente dolorosa, especialmente cuando se infecta en forma secundaria. El tumor comienza como una úlce ra indurada en la superficie, con bordes levemente elevados y evoluciona hasta convertirse en una masa fungosa exofítica

o se infiltra en las capas profundas de la lengua, produciendo fijación e induración sin grandes alteraciones superficiales.

La lesión típica se produce en el borde lateral o en la superficie ventral de la lengua. Cuando en raras ocasiones el carcinoma aparece en el dorso de la lengua es por lo común, en un paciente con una historia pasada o presente de glositis sífilíticas. Las lesiones cercanas a la base de la lengua son particularmente insidiosas, puesto que pueden ser asintomáticas hasta fases muy avanzadas. Incluso entonces -- llegan a producir como únicas manifestaciones, dolor de garganta o disfagia. Tiene gran importancia el sitio específico de aparición de estos tumores porque las lesiones de la parte posterior de la lengua suelen ser de un grado más elevado de malignidad, hacen metástasis antes y ofrecen peor pronóstico, especialmente debido a su inaccesibilidad al tratamiento.

La metástasis se produce con mayor frecuencia en casos de cáncer de lengua, las lesiones metastásicas son ipsolaterales, bilaterales o debido al drenaje linfático cruzado contralaterales respecto de la lesión de la lengua.

## TRATAMIENTO

El tratamiento de esta neoplasia no es fácil pero - la combinación de la cirugía y rayos X brindarán los mayores beneficios al paciente. Muchos radioterapeutas prefieren el uso de agujas del elemento radio o perlas de radón a los rayos X porque con aquellos elementos son capaces de limitar - la irradiación del tumor, cuidando el tejido normal adyacente. Los nódulos metastásicos son factores altamente compli-- cantes, pero es inútil tratarlos sin controlar primero la le sión primaria.

## PRONOSTICO

El pronóstico del cáncer en esta localización no es bueno y también depende de la presencia de metástasis o no.

## CARCINOMA DE LA MUCOSA VESTIBULAR

### ETIOLOGIA

La etiología del carcinoma de la mucosa vestibular no es mejor conocida que la de otros carcinomas de la boca. Sin embargo, son varios los factores de indiscutible importancia, como el mascado del tabaco y el hábito de mascar nuez de betel, muy difundido en el lejano oriente. Es una observación clínica común que el carcinoma de la mucosa vestibular aparece en la zona contra la cual una persona apoya el trozo de tabaco durante años; el carrillo opuesto está normal por no haber colocado nunca el paciente en ese sitio.

La leucoplasia es predecesora común del carcinoma de la mucosa vestibular, su duración suele ser en extremo prolongada y puede o no ir asociada al consumo del tabaco. El traumatismo crónico por el mordisqueo del carrillo y la irritación producida por dientes irregulares no parece tener relación con la aparición del carcinoma, aunque cuando ellos existen, a veces se observan zonas focales de leucoplasia.

### EPIDEMIOLOGIA

El carcinoma de la mucosa vestibular se presenta --

más comunmente en varones que en mujeres y se genera principalmente en personas mayores.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS

Las lesiones aparecen a lo largo de la línea correspondiente al plano de oclusión, o debajo de ella. La posición anteroposterior es variable, algunos casos se dan cerca del tercer molar; otros hacia delante en dirección a la comisura.

La lesión es ulcerada y dolorosa, en la cual es común la induración e infiltración de los tejidos más profundos. Algunos casos empero, son superficiales y proliferan de la superficie hacia afuera, en vez de invadir los tejidos, - Los tumores de este último tipo reciben el nombre de proliferación exofítica o verrucosa.

La frecuencia de la metástasis derivada del carcinoma epidermoide común de la mucosa vestibular varía considerablemente, pero es relativamente alta. Los sitios más comunes de las metástasis son los ganglios linfáticos submaxilares.

#### TRATAMIENTO

El tratamiento de esta neoplasia es a base del em--

pleo combinado de la cirugía y por la irradiación con rayos X.

#### PRONOSTICO

El pronóstico de esta neoplásia depende de la presencia o ausencia de metástasis.

## CARCINOMA DEL PISO DE LA BOCA

### ETIOLOGIA

El fumar, especialmente la pipa o el cigarro, ha sido considerado importante por algunos investigadores en la etiología del cáncer en esta localización. Sin embargo, se recogieron pocas pruebas que señalan una clara relación de causa y efecto con respecto del tabaco u otros factores como la mala higiene bucal o la irritación dental. En esta localización se produce leucoplasia y hay ciertos datos para pen--ser que la displasia epitelial y la transformación maligna de la leucoplasia ocurre aquí con mayor frecuencia que en otros sitios de la boca.

### EPIDEMIOLOGIA

El carcinoma del piso de boca se presenta preferentemente en varones teniendo como edad promedio los 57 años.

### CARACTERISTICAS CLINICAS

El carcinoma típico de piso de boca es una úlcera de tamaño variable, situada a un lado de la línea media, puede ser dolorosa o no. Esta neoplasia es, por lejana, más fre

cuenta en la porción anterior del piso en la zona posterior. Debido a esta localización, la extensión temprana hacia la mucosa lingual de la mandíbula propiamente dicha, al igual que hacia la lengua, se produce con apreciable frecuencia. El carcinoma de piso de boca puede invadir los tejidos más profundos o incluso extenderse hacia las glándulas submaxilares y sublinguales. La cercanía de estos tumores a la lengua, que produce cierta limitación del movimiento de ese órgano, suele inducir un peculiar embotamiento de la voz.

Las metástasis desde el piso de boca son más comunes en el grupo de ganglios linfáticos submaxilares, y como la lesión primaria se genera cerca de la línea media donde el avenamiento linfático es cruzado, suele haber metástasis contra laterales, afortunadamente, las metástasis a distancia son raras.

#### TRATAMIENTO

El tratamiento del cáncer del piso de la boca es di ficil, y con demasiada frecuencia, infructuoso. Las lesiones grandes debido a la anatomía de la región, suelen constituir un problema quirúrgico. Incluso los tumores pequeños suelen tener propensión a recidivar después de la excisión quirúrgi

ca. Por ello, la irradiación con rayos X y el uso de radio -  
(elemento) suelen brindar resultados mucho mejores que la ci  
rugía. El problema se complica si también se encuentra ataca  
da la mandíbula.

#### PRONOSTICO

El pronóstico para los pacientes con carcinoma del  
piso de la boca es regular.

## CARCINOMA DEL PALADAR

### CONCEPTO

El carcinoma epidermoide del paladar no es una lesión muy común de la cavidad bucal, Tiene aproximadamente el mismo porcentaje de aparición que el carcinoma de la mucosa vestibular, piso de la boca y encía.

### ETIOLOGIA

La etiología del carcinoma palatina se asocia a --- aquellos pacientes con el hábito de fumar al revés.

### EPIDEMIOLOGIA

Se presenta con mayor frecuencia en hombres teniendo como edad promedio 58 años.

### CARACTERISTICAS CLINICAS

El cáncer del paladar se suele manifestar como lesiones mal definidas, ulceradas y dolorosas, a un lado de la línea media, sin embargo, frecuentemente cruza la línea media y llega o extenderse en sentido lateral para incluir la encía lingual o hacia atrás para abarcar el pilar amigdalino

o incluso la úvula. El tumor de paladar duro avanza hacia el hueso, o a veces hacia la cavidad, en tanto que las lesiones del paladar blando lo hacen hacia la nasofaringe.

El carcinoma epidermoide es, casi invariablemente, una lesión ulcerada, mientras que los tumores originados en las glándulas salivales accesorias, aunque lesiones malignas no están ulcerados sino que están cubiertos de mucosa intacta. Este hecho es de cierta utilidad para distinguir entre estos dos tipos de neoplasia.

Las metástasis a los ganglios linfáticos regionales ocurre en una considerable proporción de casos, pero hay pocos datos sobre si estos son más comunes en el carcinoma del paladar blando o del duro.

#### TRATAMIENTO

Se han utilizado tanto la cirugía como los rayos X en el tratamiento del carcinoma epidermoide del paladar.

#### PRONOSTICO

El pronóstico del carcinoma palatino varía según el tamaño, localización y grado histológico del tumor. Las lesiones del paladar duro, en general, posee en un pronóstico algo más favorable que los originados en el paladar blando.

## CARCINOMA GINGIVAL

### CONCEPTO

El carcinoma gingival constituye un grupo sumamente importante de neoplasias. La similitud de las lesiones cancerosas incipientes de la encía con infecciones dentales comunes ha llevado a la demora del diagnóstico o incluso el diagnóstico equivocado.

### ETIOLOGIA

Como debido a la presencia de cálculos y la acumulación de microorganismos la encía es, en casi todas las personas, sitio de irritación crónica en la formación del cáncer gingival. A veces se origina un carcinoma después de una extracción, sin embargo, si se examina tales casos, se podría asegurar que el diente fué extraído debido a la lesión o la afección gingival, o porque el diente estaba flojo. De hecho el diente fue extraído a causa del tumor que, en la cirugía, no había sido diagnosticado.

En algunos casos, se plantea una situación poco común después de la extracción, cuando el carcinoma evoluciona con rapidez, y crece hacia fuera del alveolo. Los casos que presentan este fenómeno probablemente se deben a que el car-

cinoma gingival se extiende por el ligamento periodontal y -  
prolifera bruscamente después de la extracción dental.

#### EPIDEMIOLOGIA

El carcinoma gingival se presenta con mayor frecuencia en hombres, teniendo como edad promedio los 61 años.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS

Hay coincidencia casi general en que el carcinoma -  
gingival mandibular es más común que el de maxilar superior.

El carcinoma gingival se manifiesta como una zona ulcerada que puede ser una zona puramente erosiva o si no, - una proliferación exofítica, granular o verrucosa. Muchas veces el carcinoma gingival no tiene el aspecto clínico de una neoplasia maligna. Es doloroso, o no, el tumor aparece más frecuentemente en zonas desdentadas, aunque también lo hace en sectores donde hay dientes. La encía insertada suele presentar lesiones primarias más a menudo que la encía libre.

La cercanía del periostio y del hueso subyacente invita a la invasión temprana de estas estructuras. Aunque muchos casos sufren la invasión y la infiltración irregular -- del hueso, a veces se observa una eroción superficial que --

nace aparentemente como un fenómeno de presión. En el maxilar superior, el carcinoma gingival va hacia el seno maxilar o se extiende hacia el paladar o hacia los pilares amigdalinos. En la mandíbula, la extensión hacia el piso de la boca o, en sentido lateral, hacia los carrillos (mejillas) así como hacia el hueso es bastante común. A veces, en las fases tardías, se producen fracturas.

Las metástasis son una secuela común del carcinoma gingival; más frecuente la del maxilar superior que la del inferior. En la mayoría de los casos, las metástasis en los ganglios submaxilares o en los cervicales.

#### TRATAMIENTO

La utilización de los rayos X en el tratamiento del carcinoma gingival está acompañada de riesgos en razón del bien conocido efecto lesivo de los rayos X en el hueso. Por lo general, el tratamiento del carcinoma en este sitio es -- por medio de la cirugía.

#### PRONOSTICO

El pronóstico del cáncer gingival no es particularmente bueno.

## CARCINOMA DEL SENO MAXILAR

### CONCEPTO

El carcinoma antral es una lesión sumamente peligrosa. Aunque no es posible determinar la frecuencia real de la enfermedad con respecto al carcinoma intrabucal, se observa que es considerablemente menos frecuente que cualquier otra forma de cáncer bucal.

### ETIOLOGIA

La sinusitis crónica no parece predisponer al carcinoma del seno maxilar. Se podría señalar que, sin bien la mayoría de los casos de carcinoma del seno maxilar son del tipo epidermoide, algunos del tipo adenocarcinoma provendrían de las glándulas alojadas en la pared del seno.

### EPIDEMIOLOGIA

Es algo más común en varones, frecuentemente es una enfermedad de personas mayores, ocasionalmente se presenta en adultos jóvenes.

## CARACTERISTICAS CLINICAS

El primer signo clásico del carcinoma antral es la hinchazón o el abultamiento del reborde alveolar superior, el paladar o el pliegue mucovestibular, aflojamiento o alargamiento de los molares superiores y la hinchazón del sector inferior de la cara, y el costado del ojo. La molestia primaria suele ser la obstrucción unilateral o la descarga nasal. En pacientes desdentados portadores de prótesis completa superior, el aflojamiento del aparato, o la incapacidad de usarlo puede producirse antes de que haya ninguna otra manifestación clínica de la enfermedad.

La expansión real de la neoplasia que determina la manifestación clínica de la enfermedad está reflejada por la extensión de la lesión en las paredes del seno. En algunos casos, sólo está invadido el piso del seno, de manera que las manifestaciones de la enfermedad se vinculan únicamente con las estructuras de la cavidad bucal. Si está atacada la pared mesial del seno, suele haber obstrucción nasal. La afeción de la pared superior o techo produce el desplazamiento del ojo, en tanto que la invasión de la pared lateral origina el abultamiento de la mejilla; puede producirse la

ulceración de la cavidad bucal o la piel, pero solo en fases tardías.

Las metástasis no ocurren sino hasta que el tumor - está muy avanzado, pero cuando se produce abarca los ganglios linfáticos submaxilares y cervicales. La ausencia de metástasis no indica una evolución favorable, puesto que muchos pacientes con esta enfermedad mueren por la infiltración local.

#### TRATAMIENTO.

Para tratar esta forma neoplásica se han empleado - tanto la cirugía como los rayos X. Si el cáncer se halla confinado al seno y estructuras inferiores la hemimaxilectomía da resultados clínicos favorables en algunos casos. El tratamiento por irradiación suele administrarse con agujas de radio insertadas en el seno o en la masa tumoral. Esto resultó eficaz en algunos casos, si bien se produjo una considerable invasión de las estructuras adyacentes.

#### PRONOSTICO

El pronóstico general de los pacientes con carcinoma entral no es bueno.

## CAPITULO XVI.

### BIOPSIA.

## B I O P S I A.

La biopsia es la toma de tejido vivo del organismo -- humano para su examen microscópico. El procedimiento de la biopsia es una técnica que todo dentista deberá ser capaz de realizar. Antes de efectuar la biopsia es indispensable hacer una historia clínica adecuada, así como un examen incluyendo inspección y palpación de las lesiones existentes. El examen también debe incluir una evaluación de linfadenopatía así como sus características, por ejemplo, fija o móvil, dolorosa o indolora, así como un cálculo de su tamaño.

Existen varios tipos de procedimiento para la obtención de la biopsia.

La biopsia por incisión, es la eliminación de una porción de tejido de la lesión junto con tejido normal para su identificación, también se recomienda tomar una porción de tejido en el centro de la lesión para su estudio. Esta técnica se utiliza en lesiones grandes, y cuando exista un alto grado de sospecha con respecto al tipo de tumor. El dejar una porción de tumor para confirmar su localización mejorará el diagnóstico así como el pronóstico y su tratamiento final.

La biopsia por excisión es la eliminación completa de

la lesión circunscribiéndola de tal manera que sea totalmente extirpada, debe llevar bordes libres de tejido sano en forma de rombo, con una profundidad adecuada en forma de cufia.

La biopsia por aspiración es ideal para quistes, tumores no ulcerados y lesiones de hueso, así como para ganglios cervicales. La biopsia por punción se vale de un forceps espacial, tipo punzón, para la extirpación de una porción de tejido de la lesión. La biopsia exploratoria o transoperatoria es aquella que en tejidos profundos como su nombre lo dice se realiza durante el acto quirúrgico, se tomará la porción de tejido y será mandada al patólogo para su estudio su conservación es por medio de la congelación a base de nitrógeno y se espera el resultado del patólogo para poder realizar el tratamiento indicado.

Para la conservación de las porciones de tejido obtenido se deberán colocar en frascos color ambar para protegerlos de la luz, y si se toman varias muestras de una lesión se deberá colocar cada muestra en un frasco por separado, en formol al 10 % que es el más indicado porque hay una alteración mínima de los tejidos, se pueden colocar en alcohol al

70 % pero este deshidrata los tejidos, puede colocarse también en suero, pero por su solución salina deforma y degenera el tejido. Con respecto a las muestras obtenidas por el método de aspiración se colocará en tubos de ensayo en refrigeración.

El papel de la citología exfoliativa en la detección del cáncer bucal ha causado controversia, y no ha provado ser una fuente de información precisa para la detección del cáncer bucal. En esta técnica se raspan células de la superficie de la lesión, se colocan sobre un portaobjetos, se fijan y se tiñen, pudiendo identificar células sospechosas.

En cada caso, el material para biopsia deberá presentarse de inmediato al laboratorio clínico para su evaluación. Se deberá mandar la porción de tejido en el frasco color ámbar en formol al 10 %, acompañada con los datos apropiados relativos al caso. Además del nombre y edad del paciente, la historia clínica que puede incluir una historia previa al tratamiento, así como la impresión clínica o el diagnóstico clínico. Deberá incluirse también una cuidadosa descripción de la lesión y de su localización, señalando en particular, su color, movilidad inserción, ulceración, induración o cual

quier término descriptivo que favorezca la impresión clínica. El tamaño de la lesión en milímetros puede ser muy importante para el diagnóstico diferencial final. Muchos patólogos proporcionan una forma específica para dar informes sobre la lesión y para describirla. Con frecuencia un simple dibujo - mostrando el sitio donde se tomó el tejido ayudará al patólogo. Si se tomara más de una muestra de biopsia de una lesión determinada, cada una deberá ser colocada en un frasco diferente y marcarse respectivamente tanto en el diagrama como en la botella. Si las radiografías son meritorias, tal como en el caso de lesiones óseas, también deberán acompañar a las muestras tomadas.

La técnica para la biopsia es la siguiente:

1.- Lograr la anestesia, por medio de puntos periféricos que no estén en contacto con la lesión, pero esto deberá hacerse a una distancia adecuada para evitar cualquier cambio arquitectónico o distorsión de los tejidos durante el procedimiento. El colocar demasiado anestésico cerca de la lesión provocará cambios, dificultando la técnica de biopsia.

2.- Inmovilización de los tejidos haciendo incisiones elípticas. La profundidad de la incisión se determina por la

cantidad de tejido deseado. En una biopsia por excisión, la lesión deberá ser palpada con mucho cuidado, deberá determinarse su profundidad calculando las incisiones iniciales para que sean ligeramente más profundas que la lesión total. - En una biopsia por incisión, basta cualquier incisión que -- permita obtener el suficiente material para la evaluación.

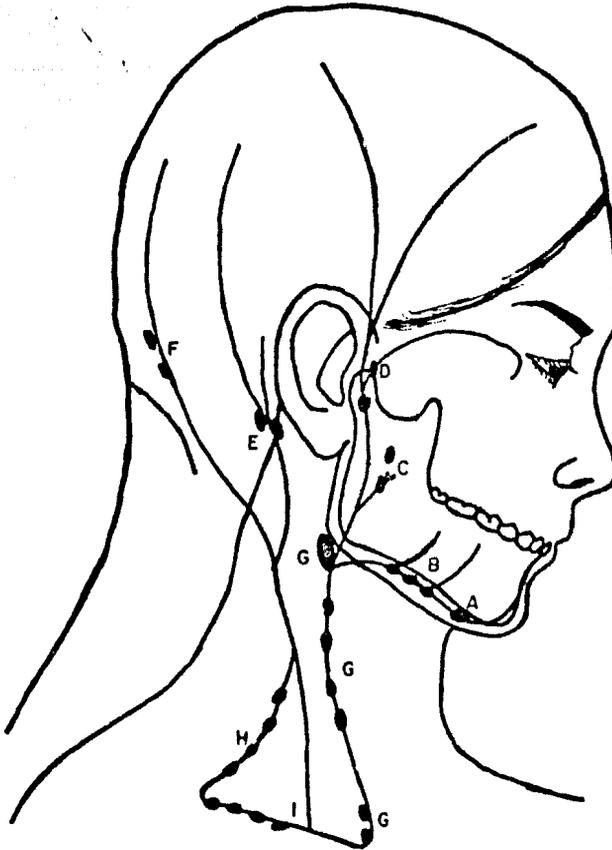
3.- Puede emplearse una sutura por tracción, gancho o forceps para tejidos, con el fin de inmovilizar el área que será extirpada. La sutura de tracción, dejada dentro de la muestra, ofrece la ventaja de orientar al menos una superficie de la lesión para el patólogo. También proporciona consi-derable facilidad para la extirpación quirúrgica, evitando -- la compresión o destrucción de los tejidos de la muestra, -- que ocurre con instrumentos afilados o punzantes.

4.- Deberá cortarse la base de la muestra con tijeras curvas o con un bisturí. Se colocará el tejido en una solución de formol al 10 %. Los bordes de la herida deberán soca-vase, controlarse la hemorragia y cerrarse la incisión con suturas aisladas. Al realizar una biopsia sobre el carrillo o la lengua, debemos colocar suturas adicionales, ya que el movimiento de estas estructuras pueden provocar la pérdida -

inoportuna de las suturas.

5.- Cuando haya sido tomada la muestra de tejido de la encía o del paladar y resulte difícil cerrar la lesión, deberá dejarse abierta para que cicatrice por segunda intención, o deberá aplicarse un apósito quirúrgico.

Las biopsias del hueso pueden ser más difíciles y exigen la utilización de un colgajo de tejido blando y una técnica quirúrgica. Debemos prestar atención cuidadosa a la obtención de material adecuado, tanto en calidad como en cantidad, para su examen. Después de obtener la muestra, debemos volver a colocar el colgajo, administrando los cuidados postoperatorios habituales igual que para cualquier procedimiento quirúrgico.



ESQUEMA SIMPLIFICADO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS DE CABEZA Y CUELLO.

- A. Submentonianos.
- B. Submaxilares.
- C. Paratiroideos.
- D. Preauriculares (Temporomaxilares).
- E. Posauriculares.
- F. Occipitales.
- G. Cervicales.
- H. Cervicales posteriores.
- I. Supraclaviculares.

## CONCLUSIONES

El odontólogo como responsable en el cuidado de la cavidad bucal, tiene una importante labor en el diagnóstico de las lesiones que se producen en la misma, y deberá estar capacitado para efectuar el tratamiento de las lesiones bucales y estar alerta ante cualquier tipo de lesión - por insignificante que fuera, ya que no debemos descartar la posibilidad de que estamos en presencia de un proceso - maligno.

En caso de sospechar una lesión maligna (carcinoma), se debe realizar la exploración de la cadena ganglionar, para observar si no se encuentran los ganglios indurados, no móviles. Así mismo se debe pensar la posibilidad de realizar la extirpación de una porción de tejido para su estudio (biopsia), el cual corroborará nuestro diagnóstico.

Para concluir, debemos recordar que cualquier lesión que no se regenere en un promedio de dos semanas debe ser considerada premaligna hasta que se pruebe lo contrario.

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

BHASKAR, S. N.  
PATOLOGIA BUCAL  
SEGUNDA EDICION  
EDITORIAL ATENEO 1974.

MOSES DIAMOND, D.D.S.  
ANATOMIA DENTAL  
SEGUNDA EDICION 1978  
EDITORIAL UNION TIPOGRAFICA  
HISPANO-AMERICANA

JOHN GIUNTA  
PATOLOGIA BUCAL  
PRIMERA EDICION 1978  
EDITORIAL INTERAMERICANA

ORBAN  
HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA  
BUCALES  
REIMPRESION 1981  
EDITORIAL INTERAMERICANA

SHAFFER; WILLIAM G.  
TRATADO DE PATOLOGIA  
BUCAL WILLIAM G./SHAFFER  
MOYNARD K. HARNE Y BARNET  
M. JEVY  
TERCERA EDICION MEXICO 1977  
EDITORIAL INTERAMERICANA

THOMA  
PATOLOGIA ORAL  
ROBERT S. GORLIN Y  
HENRY M. GOLDMAN  
BARCELONA, ESPAÑA 1973

DANIEL E. WALTE, D.D.S., MS.  
CIRUGIA BUCAL PRACTICA  
SEGUNDA IMPRESION 1982  
EDITORIAL CONTINENTAL, S.A. DE C.V.  
MEXICO.