

108
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



LESIONES BLANCAS EN CAVIDAD ORAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
JOSE LUIS CRUZ TORRES

A large, stylized handwritten signature in black ink, likely belonging to the author or a supervisor.



México, D. F.,

1986



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

INTRODUCCION	
CAPITULO I LEUCOPLASIA	I
CAPITULO II CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS	13
CAPITULO III CANDIDIASIS	16
CAPITULO IV ESTOMATITIS NICOTINICA	28
CAPITULO V LIQUEN PLANO	31
CAPITULO VI PUNTOS DE FORDYCE	41
CAPITULO VII PENFIGO	45
CAPITULO VIII LUPÚS ERITOMATOSO	55
CAPITULO IX QUEMADURAS QUIMICAS	64
CONCLUSIONES	
BIBLIOGRAFIAS	

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

Este conjunto de lesiones de la mucosa bucal es importante para el clínico, pues permite comparar distintas enfermedades de la mucosa bucal cuya característica común es un color blanco o gris blanquizco. Los agentes etiológicos de éstas enfermedades varían desde la irritación traumática simple y las quemaduras de la mucosa, hasta las infecciones micóticas y las enfermedades infecciosas específicas como la Sífilis. Se ignora la causa exacta de algunos de los representantes más fundamentales del grupo, como la Leucoplasia bucal y el Liquen Plano. Es importante comprender la razón del color blanco de los tejidos en estas lesiones. Obedece a diversos cambios, sobre el tejido y dentro de él. El color rosado Normal de la Mucosa Bucal se debe a que la luz atraviesa las capas superficiales de los tejidos blandos y se refleja en el lecho capilar antes de volver a atravesar las capas traslucidas. Los cambios tisulares que pueden modificar la reflexión de la luz a nivel del lecho capilar, tienen como resultado un aspecto blanquizco. El engrosamiento y edema simple de los tejidos epiteliales produce palidecimiento difuso de los tejidos. Cuando se espesan las capas queratinizadas de la mucosa, como en la Leucoplasia y el Liquen Plano, la lesión es blanca o blancoazulosa. Las micosis, por ejemplo, las candidiasis con invasión del epitelio y a veces del tejido conectivo vecino por los micelios, significan pérdida de transparencia de la mucosa y tienen como resultado zonas blanquizcas o blancoazulosas. Los agentes caústicos o las quemaduras térmicas producen coagulación y opacidad de los tejidos superficiales, lo que también significa una lesión blanca. Las anomalías del epitelio o del tejido conectivo relacionadas con tumores alteran importantemente la reflexión de la luz en el lecho capilar; se observa una lesión blanca y dura típica de tumor maligno.

CAPITULO I
LEUCOPLASIA

EN UN PRINCIPIO SE UTILIZABA EL NOMBRE DE LEUCOPLASIA PARA REFERIRSE A CUALQUIER PLACA ADHERENTE DE COLOR GRIS BLANCUZCO O BLANCO -- QUE SE LOCALICE EN LA CAVIDAD ORAL, INDEPENDIEMENTE DE SU CARÁCTER HISTOLÓGICO. SIN EMBARGO SEGÚN EL PUNTO DE VISTA DE CADA CUAL TANTO LOS MIEMBROS DE LAS PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SALUD -- COMO EL PROFANO, HAN DADO EL TÉRMINO LEUCOPLASIA LA SIGNIFICACIÓN DE LESIÓN PRECANCEROSA. SI SE EMPLEA DE ESTA FORMA, DEBE LIMITARSE SU USO A LA DESIGNACIÓN DE AQUELLAS LESIONES DE LA BOCA QUE TIENEN CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE DISQUERATOSIS. POR ESTA RAZÓN EL TÉRMINO LEUCOPLASIA HA LLEGADO A SER, EN LA ACTUALIDAD, UN TÉRMINO MÁS HISTOLÓGICO QUE CLÍNICO, Y POR ENDE SE LE HA DENOMINADO LEUCOPLASIA CLÍNICA PARA REFERIRSE A AQUELLAS LESIONES QUERATÓSICAS DE LA CAVIDAD ORAL QUE PUEDEN SER, AUNQUE NO LO SON NECESARIAMENTE, -- DISQUERATÓSICAS. POR ELLO UNA LESIÓN QUERATÓSICA PUEDE SER DIAGNÓSTICADA CLÍNICAMENTE COMO HIPERQUERATOSIS O LEUCOPLASIA. ESTE -- DIAGNÓSTICO INDICA SÓLO EL ASPECTO CLÍNICO DE LA LESIÓN.

LA GRAN MAYORÍA DE LAS LESIONES HIPERQUERATÓSICAS SON VERDADERAMENTE HIPERQUERATÓSICAS EN EL DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO, PERO UN PEQUEÑO PORCENTAJE TIENE CARACTERES DE DISQUERATOSIS Y POR ELLO DEBEN -- DIAGNÓSTICARSE HISTOLÓGICAMENTE COMO LEUCOPLASIAS VERDADERAS. DEFORMA PARECIDA, NO TODAS LAS LEUCOPLASIAS APARENTEMENTE CLÍNICAS -- SON HISTOLÓGICAMENTE LEUCOPLASIAS VERDADERAS. YA QUE LA GRAN MAYORÍA DE ESTAS LESIONES NO PRESENTA SIGNOS DE DISQUERATOSIS Y POR -- ELLO DEBEN SER DIAGNOSTICADAS HISTOLÓGICAMENTE COMO HIPERQUERATOSIS. SIN EMBARGO AUNQUE EN LA GRAN MAYORÍA DE ESTAS LESIONES NO -- SE PRESENTA EL SIGNO DE DISQUERATOSIS SE DEBE DE TENER MUCHO CUIDADO EN EL DIAGNÓSTICO DE ÉSTA, YA QUE SE PUEDE TENER ENFRENTADO UN -- CARCINOMA EN POTENCIA.

ETIOLOGIA

SE OBSERVA QUE LA MAYORÍA DE LESIONES QUERATÓNICAS SE DEBEN A --- IRRITANTES CRÓNICOS LOCALES. ÚNICAMENTE UN PEQUEÑO NÚMERO SE DEBE A FACTORES SISTÉMICOS. UN NÚMERO MUY IMPORTANTE DE CASOS SE DEBE A LA COMBINACIÓN DE FACTORES GENERALES PREDISPONENTES Y DE --- IRRITACIONES LOCALES DESENCADENANTES.

ENTRE LAS CAUSAS LOCALES SE ENCUENTRA DIVERSAS ACCIONES ESPECÍFICAS CUALITATIVAMENTE DIFERENTES. ASÍ IRRITANTES CRÓNICOS FÍSICOS COMO LOS SALIENTES DENTARIOS AGUDOS O ROMOS QUE ROCEN CONTRA LA --- MUCOSA, LOS REBORDES DE LA DENTADURA EXCESIVAMENTE EXTENSOS, LOS EMPASTES O REBORDES IRRITANTES, EL CONTACTO EXCESIVO DE LAS BA---RRAS Y ABRAZADERAS DE LAS DENTADURAS CON EL TEJIDO Y EL ABUSO DEL CEPILLO DE DIENTES SON UNOS POCOS EJEMPLOS DE LOS MUCHOS EJEMPLOS CAPACES DE ESTIMULAR AL EPITELIO ESCAMOSO PARA PRODUCIR Y RETENER EN SU SUPERFICIE MÁ S QUERATINA DE LO NORMAL. OTRA CAUSA FRECUENTE SON LOS IRRITANTES QUÍMICOS CRÓNICOS Y PUEDEN SER EL FUMAR CL GARRILLOS (DOS O MÁ S CAJETILLAS DIARIAS), EL FUMAR EN PIPA, LA --- MASTICACIÓN DEL TABACO Y LA DEGUSTACIÓN DEL RAPÉ, Y A VECES, LOS ACEITES ESENCIALES CONTENIDOS EN VARIAS PASTILLAS. LAS IRRITACIONES TÉRMICAS CRÓNICAS, DEBIDAS A LA INGESTA HABITUAL DE ALIMENTOS Y LÍQUIDOS CALIENTES, PUEDEN SER LA CAUSA DE QUERATOSIS, AUNQUE --- ES POCO FRECUENTE.

SIN EMBARGO, SE HA DEMOSTRADO QUE EL DÉFICIT DE VITAMINA A PUEDE--- DAR LUGAR A HIPERACTIVIDAD DEL EPITELIO ESCAMOSO CON HIPERQUERATI--- NIZACIÓN TANTO EN LOS ANIMALES COMO EN LOS SERES HUMANOS, AUNQUE--- EN ÉSTOS ES MÁ S RARO. LAS HORMONAS SEXUALES, Y SOBRE TODO LOS ES--- TRÓGENOS SE SABE QUE SON ESTIMULANTES EPITELIALES Y POR ELLO, SU--- ADMINISTRACIÓN PROLONGADA PUEDE DAR LUGAR A LA FORMACIÓN DE HIPER--- QUERATÓNICAS ORAL. LA SÍFILIS TERCEARIA SE ASOCIA DE FORMA CARACTE--- RÍSTICA A LA QUERATÓNICAS ORAL Y ESPECIALMENTE A AQUELLAS LESIONES--- QUE SE PRESENTAN EN EL DORSO DE LA LENGUA; SIN EMBARGO, NO SE --- SADE CON SEGURIDAD SI ES UNA MANIFESTACIÓN DIRECTA DE SÍFILIS O ---

SI ÉSTA ACTÚA COMO FACTOR PREDISPONENTE. SIN LUGAR A DUDAS, HAY --
 MUCHOS OTROS FACTORES DISTÉMICOS QUE DESEMPEÑAN PAPELES DIVERSOS --
 EN LA QUERATOSIS ORAL, PERO SUS MECANISMOS ESPECÍFICOS DE ACCIÓN O
 NO SE CONOCEN O SON MAL COMPRENDIDOS. POR EJEMPLO, LAS LESIONES --
 QUERATÓSICAS SE PRESENTAN CON FRECUENCIA EN LAS BOCAS DE LOS PACIEN --
 TES QUE PRESENTAN HIPOPARATIROIDISMO IDIOPÁTICO, PERO NO SE SABE --
 NI EL CÓMO NI EL POR QUÉ DE SU EXISTENCIA. UN IMPORTANTE NÚMERO --
 DE QUERATOSIS ORALES SE DEBE A UNA COMBINACIÓN DE CAUSAS SOBRE TO --
 DO A FACTORES PREDISPONENTES SISTÉMICOS COMBINADOS A IRRITACIONES --
 CRÓNICAS LOCALES. ESTO SE DEMUESTRA MEJOR EN ENFERMOS QUE SUFREN --
 MAL NUTRICIÓN, INSUFICIENCIAS VITAMÍNICAS O AMBAS COSAS, ESPECIAL --
 MENTE DÉFICIT DE COMPLEJO B, COMO PUEDE OCURRIR EN LOS SÍNDROMES --
 DE MALA ABSORCIÓN QUE ACOMPAÑAN AL STRESS, ALCOHOLISMO, ÉTC. SE --
 SABE QUE LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS SE MANIFIESTAN MUCHAS VECES --
 EN LA CAVIDAD ORAL, POR LESIONES GENERALIZADAS O PLACAS LOCALIZA --
 DADAS DE INTENSA REACCIÓN INFLAMATORIA, ES DECIR, LESIONES MUY REDON --
 DEADAS, PLANAS, EROSIVAS, ACOMPAÑADAS DE SÍNTOMAS DE HIPERESTESIA,
 DOLOR Y SENSACIÓN DE ARDOR. AÚN MÁS, SE CREE QUE ESTOS TEJIDOS --
 AFECTADOS REACCIONAN MÁS QUE LOS NORMALES A LA MÁS LIGERA DE LAS --
 IRRITACIONES CRÓNICAS LOCALES, COMO ES EL FUMAR UN SOLO CIGARRILLO.
 POR SÍ MISMO Y BAJO CIRCUNSTANCIAS NORMALES, EL FUMAR NO BASTA ---
 PARA ESTIMULAR EL EPITELIO ESCAMOSO Y LA QUERATINIZACIÓN, PERO EN
 PRESENCIA DE LOS FACTORES YA SEÑALADOS, LA IRRITACIÓN PRODUCIDA --
 POR EL TABACO SOBREPASA EL UMBRAL NECESARIO PARA DAR UNA RESPUESTA
 QUERATINIZANTE DEL EPITELIO.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

LA LEUCOPLASIA DE LA BOCA VARIA DESDE UNA PEQUEÑA MANCHA BLANCA --
 BIEN LOCALIZADA HASTA UNA ZONA DIFUSA QUE AFECTE BUENA PARTE DE LA
 MUCOSA ORAL. ASÍ MISMO CADEN VARIACIONES CONSIDERABLES RESPECTO --
 AL COLOR Y TEXTURA DE LAS LESIONES. ALGUNAS ZONAS DE LEUCOPLASIA --
 SON COMO UNAS PLACAS LISAS, PLANAS O LIGERAMENTE ELEVADAS Y DE UN-

COLOR BLANCO TRASLÚCIDO. OTRAS EN CAMBIO SON GRUESAS, FISURADAS, PAPILOMATOSAS Y DURAS A LA PALPACIÓN. ES MUY FRECUENTE QUE LA SU PERFICIE DE LA LESIÓN SEA FINAMENTE RUGOSA O DE ASPECTO ARRUGADO. ALGUNAS MANCHAS LEUCOPLÁSICAS ESTÁN BIÉN DELIMITADAS CON BORDES — BIÉN DEFINIDOS, MIENTRAS OTRAS SE DEFORMABAN GRADUALMENTE CON LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES. EL COLOR PUEDE VARIAR, ASÍ MISMO, DESDE UN BLANCO (PERLA) HASTA UN BLANCO AMARILLENTO O GRISÁCEO. EN LOS — GRANDES FUMADORES DE TABACO, LAS ZONAS LEUCOPLÁSICAS PUEDEN PRE— SENTAR UNA COLORACIÓN BLANCOAMARRONADA.

ALGUNAS VECES SE OBSERVAN EROSIONES PERSISTENTES O ULCERACIONES — CRÓNICAS EN LA PLACA O CERCA DE ELLA Y SU EXISTENCIA SUBRAYA LA — POSIBILIDAD DE QUE ÉSTA LESIÓN SEA PRECANCEROSA. ÉSTA LESIÓN COM — PRENDE CERCA DEL 13% DE TODAS LAS LESIONES BLANCAS DE LA MUCOSA — ORAL. SE HA OBSERVADO CON MÁ S FRECUENCIA EN EL HOMBRE QUE EN LA — MUJER Y EL PROMEDIO DE DURACIÓN DE LA ALTERACIÓN ES DE APROXIMADA — MENTE 30 MESES. LA EDAD DE APARICIÓN ES APROXIMADAMENTE ENTRE LA CUARTA DÉCADA DE VIDA, SE HA OBSERVADO QUE CON MUY Poca FRECUEN — CIA SE PRESENTA EN INDIVIDUOS DE 35 AÑOS. EL SITIO DE APARICIÓN — CON MÁ S FRECUENCIA, EN ORDEN DE MAYOR FRECUENCIA: MEJILLAS, LA — BIOS, MUCOSA MANDIBULAR, PISO DE LA BOCA, LENGUA, PALADAR Y MUCO — SA MAXILAR.

DIAGNOSTICO

EL ASPECTO MICROSCÓPICO DE LA LESIÓN, LA DISTRIBUCIÓN DE LAS ALTE — RACIONES, Y LOS CAMBIOS FÍSICOS DE LOS TEJIDOS AFECTADOS, PERMI — TEN ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE LEUCOPLASIA, PERO ES INDISPENSA — BLE UN EXAMEN DEL TEJIDO PARA ESTABLECER SI EXISTEN O NO CAMBIOS — DISQUERATÓTICOS E INFLAMATORIOS. ES CADA DÍA MÁ S ÚTIL LA CITOLO — GÍA EXFOLIATIVA PARA ESTABLECER LA NATURALEZA DE ESTOS TRASTORNOS. CONFORME LA REALIZACIÓN Y LA INTERPRETACIÓN DEL MÉTODO VAYAN MEJO — RANDO, SE IRÁ GENERALIZANDO COMO AYUDA DIAGNÓSTICA. ASÍ MISMO, — LA FIABILIDAD DEL ESTUDIO CITOLÓGICO AUMENTA SI SE TOMAN SIMULTA — NEAMENTE VARIOS FROTIS, PUEDE SER ÚTIL LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA — CUANDO ESTÁN AFECTADAS GRANDES ZONAS DE LA MUCOSA. EN ESTE CASO,

LOS FROTIS POSITIVOS JUSTIFICAN LA TOMA DE VARIAS BIOPSIAS O DE NUEVAS BIOPSIAS. SI LA LESIÓN ES PEQUEÑA, DEBE TOMARSE UNA BIOPSIA POR EXCISIÓN. EN LAS LESIONES MAYORES, EL BORDE DE LA ZONA DE QUERATINIZACIÓN MÁS DENSA, NO ES SIEMPRE LA MEJOR MUESTRA PARA EL DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO. SUELE OBTENERSE MÁS INFORMACIÓN A NIVEL DE AQUELLAS PARTES DE LA LESIÓN QUE RECUERDAN UN TEJIDO DE GRANULACIÓN. A VECES SÓLO EXISTEN AHI PEQUEÑAS ZONAS BLANCAS DISMINUIDAS. TAMBIÉN DEBE FORMAR PARTE DEL ESTUDIO DIAGNÓSTICO UNA PRUEBA SEROLÓGICA PARA SÍFILIS. ES PRECISO DISTINGUIR ESTA ENFERMEDAD DE UNA IRRITACIÓN TRAUMÁTICA DE LA MUCOSA DE LAS MEJILLAS, DEL LIQUEN PLANO, Y EN OCASIONES DE LA CANDIDIASIS BUCAL. LAS GRANDES LESIONES BLANCAS EN NIÑOS, SOBRE TODO SI AFECTAN A VARIOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, DEBEN HACER SOSPECHAR GINGIVOSTOMATITIS BLANCA DE PLIEGUES. EL PRINCIPAL PROBLEMA DIAGNÓSTICO CONSISTE EN DISTINGUIR ESTAS LESIONES DEL LIQUEN PLANO DE LA MUCOSA BUCAL. AUNQUE HAY HIPERQUERATOSIS EN AMBOS CASOS, EL LIQUEN PLANO REPRESENTA UNA LESIÓN MÁS DIFUSA, CON MENOR RIGIDEZ, DISTRIBUCIÓN MÁS AMPLIA Y UN LIGERO TINTE AZUL, LO QUE SUELE BASTAR PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. CON UNA SIMPLE PRUEBA, CABE DISTINGUIR LAS LESIONES DE HIPERQUERATOSIS DE LAS QUE NO PRESENTAN TAL CAMBIO, POR EJEMPLO LOS SIMPLES TRAUMATISMOS DE MEJILLAS. LOS TEJIDOS AFECTADOS SE SECAN CON PAPEL, Y SE LES APLICA SOLUCIÓN DE LUGOL.

LA HIPERQUERATOSIS ACOMPAÑADA DE LEUCOPLASIA CLÍNICA NO MUESTRA EL COLOR MARRÓN INTENSO CARACTERÍSTICO DE LA MUCOSA BUCAL SANA. LAS LESIONES DE MEJILLAS DE ORIGEN TRAUMÁTICO MUESTRA UN COLOR MÁS INTENSO QUE LA MUCOSA SANA, EN TANTO QUE LAS LESIONES DE LIQUEN PLANO DE LA BOCA CASI NO CAMBIAN DE COLOR. SIN EMBARGO, ESTA MANIOBLA DIAGNÓSTICA CLÍNICA NO PUEDE SUBSTITUIR AL DIAGNÓSTICO MÁS EXACTO Y DEFINITIVO QUE CORRESPONDA AL ESTUDIO DE LOS TEJIDOS.

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

LA HISTOLOGÍA DE LA LEUCOPLASIA MUESTRA UNA CAPA ANÓMALA O EXCESI

VAMENTE GRUESA DE QUERATINA, PERO ADEMÁS SE ENCUENTRAN CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE DISQUERATOSIS EN EL EPITELIO ESCAMOSO SUBYACENTE, CON PÉRDIDA DE LA ORIENTACIÓN Y ENTRECruzamiento DE LAS CAPAS CELULARES Y ANOMALÍAS EN EL TAMAÑO, FORMA Y TINCIÓN CARACTERÍSTICA DE LAS CÉLULAS.

BASÁNDOSE EN LOS HALLAZGOS MICROSCÓPICOS, LAS LESIONES LEUCOPLÁSTICAS SE DIVIDEN GENERALMENTE; EN DOS GRANDES GRUPOS, LAS QUE NO PRESENTAN ATIPIA CELULAR (DISQUERATOSIS) Y LAS QUE PRESENTAN EN GRADO VARIABLE. LAS LESIONES QUERATÓNICAS DEL PRIMER GRUPO REVELAN DIVERSAS COMBINACIONES DE HIPERQUERATOSIS, PARAQUERATOSIS, Y ACANTOSIS. ALGUNAS DE ESTAS LESIONES MUESTRAN SOLAMENTE UNA HIPERQUERATOSIS ACENTUADA CON UNA CAPA GRANULOSA PROMINENTE PERO SIN ACANTOSIS SIGNIFICATIVA. OTRAS VECES, SE APRECIA PARAQUERATOSIS CON ENGROSAMIENTO APRECIABLE DE LA CAPA DE CÉLULAS ESPINOSAS O SIN ÉL. ALGUNAS LESIONES CLÍNICAMENTE BLANCAS REVELAN, AL EXAMEN MICROSCÓPICO, UN INCREMENTO APRECIABLE DE LA QUERATINA DE SUPERFICIE, AUNQUE SÍ, UNA ACANTOSIS PRONUNCIADA; TALES LESIONES PUEDEN PRESENTAR UNA ACTITUD NICÓTICA CONSIDERABLE, LIMITADA EN GRAN PARTE A LOS ESTRATOS PROFUNDOS DEL EPITELIO, CON MITOSIS APARENTEMENTE NORMALES. LA LÁMINA PROPIA SUBYACENTE PUEDE APARECER IGUALMENTE NORMAL O REVELAR UN INFILTRADO DE LINFOCITOS Y CÉLULAS PLASMÁTICAS. LA SIGNIFICACIÓN DE LA PRESENCIA O AUSENCIA DE UN INFILTRADO INFLAMATORIO POR DEBAJO DE UNA LESIÓN LEUCOPLÁSTICA ES DESCONOCIDA Y AL PARECER, NO ESTÁ RELACIONADA CON EL GROSOR DE LA QUERATINA O PARAQUERATINA, GRADO DE ACANTOSIS O CON EL SUPUESTO AGENTE ETIOLÓGICO. SHAFER Y WALDROM COMPROBARON QUE EL 82% DE LAS LESIONES LEUCOPLÁSTICAS REMITIDAS PARA BIOPSIA ENTRABAN DENTRO DE ESTE GRUPO. EL SEGUNDO GRAN GRUPO DE LESIONES LEUCOPLÁSTICAS ES EL DE AQUELLAS QUE, MICROSCÓPICAMENTE, EXHIBEN GRADOS VARIABLES ATRIBUIDAS AL GRUPO PRIMERO, ESTAS ALTERACIONES PUEDEN VARIAR DESDE UNA HIPERPLASIA E IRREGULARIDAD CASI SUTIL DE LAS CÉLULAS-BASALES HASTA UNA AFECTACIÓN DE BUENA PARTE DE LA CAPA EPITELIAL. LAS FORMAS GRAVES CABALGAN CON EL CARCINOMA IN SITU. LA ASEVERA-

CIÓN DE EN QUÉ PUNTO UNA LEUCOPLASIA INTENSAMENTE DISQUERATÓSICA DEBE SER CONSIDERADA COMO UNA LEUCOPLASIA INTRAEPITELIAL DEPENDE DEL CRITERIO UTILIZADO POR CADA ANATOMOPATÓLOGO.

HIPERQUERATOSIS.— ENGROSAMIENTO ANORMAL DEL ESTRATO CÓRNEO.

PARAQUERATOSIS.— ENGROSAMIENTO ANORMAL DEL ESTRATO CÓRNEO CON RETENCIÓN DE LOS NÚCLEOS O FRAGMENTOS NUCLEARES EN LA ZONA AFECTADA. EN ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LA PIEL, ES FRECUENTE DAR UNA CONSIDERABLE IMPORTANCIA A QUE UNA LESIÓN ESTÉ RECUBIERTA DE QUERATINA O PARAQUERATINA, YA QUE A MENUDO ESTE DATO POSEE VALOR DIAGNÓSTICO. SIN EMBARGO, EN EL CASO DE LAS LESIONES ORALES, NO PARECE CONSTITUIR UN DATO SIGNIFICATIVO Y NO ES RARO OBSERVAR ZONAS ALTERNANTES DE QUERATINA Y PARAQUERATINA EN UNA MISMA LESIÓN.

ACANTOSIS.— HIPERPLASIA DE LA CAPA DE CÉLULAS ESPINOSAS CARACTERIZADA, A MENUDO, POR LA ELONGACIÓN Y FUSIÓN DE LAS CRESTAS DE LA TRAMA.

DISQUERATOSIS.— EN SENTIDO ESTRICTO, ESTE TÉRMINO HACE REFERENCIA A UNA QUERATINIZACIÓN ANORMAL DE CÉLULAS INDIVIDUALIZADAS. EN LA LITERATURA DERMATOLÓGICA, SE HACE LA DISTINCIÓN ENTRE LA DISQUERATOSIS BENIGNA (REFERIDA A UNA QUERATINIZACIÓN ANORMAL COMO OCURRE EN EL MOLLUSCUM CONTAGIOSUM, ENFERMEDAD DE DARIER Y OTROS PROCESOS) Y LA DISQUERATOSIS MALIGNA, TENIENDO EN CUENTA QUE ESTE ÚLTIMO TÉRMINO IMPLICA UN MARGEN MÁS AMPLIO DE ALTERACIONES QUE UN SIMPLE TRASTORNO EN LA FORMACIÓN DE QUERATINA, INCLUYENDO EN ÉLLA ATIPIA CELULAR, ATIPIA NUCLEAR (LLAMADA, A VECES DISQUERATOSIS) HIPERCROMATISMO, VARIACIONES DE LA POLARIDAD CELULAR, AUMENTO DE LA RELACIÓN NÚCLEO/CITOPLASMA, Y MITOSIS ANORMALES. EN LA LITERATURA ODONTOLÓGICA, EL TÉRMINO DISQUERATOSIS SE EMPLEA GENERALMENTE COMO SINÓNIMO DE DISQUERATOSIS MALIGNA. A CAUSA DE LA CONFUSIÓN RELATIVA A ESTE TÉRMINO Y DE LAS DIFERENCIAS DE SIGNIFICADO SEGÚN EL CONTEXTO EN QUE SE UTILICE, ALGUNOS AUTORES PREFIEREN NO EMPLEARLO.

ATIPIA.— HACE REFERENCIA A LAS CÉLULAS IRREGULARES O QUE NO SE AJUSTAN AL TIPO HABITUAL. TAL COMO SE EMPLEA HABITUALMENTE, EL TÉRMINO IMPLICA ESENCIALMENTE LAS MISMAS ALTERACIONES CITADAS AL-

HABLAR DE LA DISQUERATOSIS MALIGNA.

DISPLASIA.- TÉRMINO AMPLIAMENTE UTILIZADO EN GINECOLOGÍA PARA REFERIRSE A LA ATIPIA DEL EPITELIO DE LA CÉRVIX UTERINA. SE MANIFIESTA POR VARIACIONES DE FORMA, TAMAÑO Y ORIENTACIÓN DE LAS CÉLULAS APIDÉRMICAS, PARTICULARMENTE DE LOS ESTRATOS EPITELIALES INFERIORES. LA DISPLASIA CABALGA SUTILMENTE CON EL CARCINOMA IN SITU, TAMBIÉN SE EMPLEA ESTE TÉRMINO, AUNQUE SÓLO OCACIONALMENTE EN LA LITERATURA ODONTOLÓGICA AL HABLAR DE LA HISTOLOGÍA DE LA LEUCOPLASIA ORAL, APARENTEMENTE, SUPONE EL MISMO ÁMBITO DE ALTERACIONES - AGRUPADAS CON MAYOR FRECUENCIA, BAJO EL ENCABEZAMIENTO DE DISQUERATOSIS.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA

EL EMPLEO DE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA LEUCOPLASIA ORAL HA SIDO OBJETO DE CONSIDERABLE ATENCIÓN EN LOS ÚLTIMOS AÑOS. UNIKER Y COLABORADORES ESTUDIARON FROTIS DE 45 ENFERMOS CON LEUCOPLASIA CLÍNICA, ENCONTRANDO DATOS CITOLÓGICOS SOSPECHOSOS EN NUEVE. SE OBTUVIERON MUESTRAS DE TEJIDOS EN 4 DE ESTOS 9 ENFERMOS; DOS DE ELLAS REVELARON UN CARCINOMA IN SITU Y LAS OTRAS DOS, UNA ATIPIA CELULAR SIGNIFICATIVA. TAMBIÉN SE OBTUVIERON BIOPSIAS DE LOS 36 PACIENTES CUYOS FROTIS NO EVIDENCIARON HALLAZGOS ATÍPICOS. UNA DE TALES BIOPSIAS FUÉ INTERPRETADA COMO UN CARCINOMA IN SITU, Y OTRA MOSTRABA DISQUERATOSIS SIGNIFICATIVA. SILVERMAN Y WARE DEMOSTRARON LA UTILIDAD DE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA COMO MEDIO ADJUNTO DE ESTUDIO DE LA BIOPSIA DE LA LEUCOPLASIA ORAL, COMPROBANDO QUE LA CITOLOGÍA PUEDE RESULTAR POSITIVA EN CASOS EN QUE UNA BIOPSIA LIMITADA NO REVELE SIGNOS ATÍPICOS. LA INTERPRETACIÓN CITOLÓGICA DE LA LEUCOPLASIA ORAL PRESENTA NUMEROSOS PROBLEMAS. LAS CÉLULAS ATÍPICAS PUEDEN SER MUY ESCASAS EN EL FROTIS, Y CON FRECUENCIA, EL ESTUDIO HISTOLÓGICO PONE DE MANIFESTO CASOS CON MÁXIMA ATIPIA CELULAR EN LAS CAPAS MÁS PROFUNDAS DE LA EPIDERMIS, CON ESCASOS O NULOS CAMBIOS DE INTERÉS EN LOS ESTRATOS SUPERFICIALES. LOS FROTIS DE LESIONES COMO ÉSTAS PUEDEN FÁCILMENTE INTERPRETARSE COMO NORMALES. HALSPER Y COLABORADORES DEMOSTRARON QUE CABE ENCONTRAR CITOLOGÍAS NEGATIVAS EN CARCINOMAS INFILTRANTES QUE NO HAN SUFRIDO ULCERACIONES. SON NECESARIOS MÁS ESTUDIOS CITOLÓGICOS E HISTOLÓGICOS CORRELATIVOS Y BIÉN CONTROLADOS ANTES DE PODER ESTABLECER LA UTILIDAD DE LA CITOLOGÍA EN LA LEUCOPLASIA ORAL. EL ESTUDIO DE LA BIOPSIA ADECUADA SIGUE SIENDO EL MÉTODO DE ELECCIÓN, SI BIÉN CABE CONSIDERAR A LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA COMO UN MÉTODO AUXILIAR DE UTILIDAD.

PRONOSTICO

EN LAS LEUCOPLASIAS CLÍNICAS QUE MUESTRAS HIPERQUERATOSIS SIMPLE-

(10)

DURANTE EL EXAMEN TISULAR, EL PRONÓSTICO ES BASTANTE BUENO.. SIN-
EMBARGO, SE CONOCEN CASOS DE DEGENERACIÓN MALIGNA DE ESTAS LESIO-
NES, A PESAR DE HABER TOMADO BIOPSIAS A INTÉRVALOS REPETIDOS, NO
ES TAN FAVORABLE EL PRONÓSTICO EN LAS LESIONES NO TRATADAS QUE --
PRESENTAN DISQUERATOSIS. EN LA SERIE DE HOBARK 10% DE 1272 PACIEN-
TES CON CÁNCER BUCAL HABÍAN SUFRIDO UNA LESIÓN LEUCOPLÁSICA PRECIA-
MAS DE 40% DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS POR MCKOW PRESENTABAN DEGE-
NERACIÓN MALIGNA. LA POSIBLE NATURALEZA PRECANCEROSA DE LA HIPER-
QUERATOSIS ES OTRA RAZÓN PARA EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE CUAL-
QUIER PACIENTE CON LEUCOPLASIA. PARA UN TRATAMIENTO RACIONAL Y -
EFICAZ, SE REQUIERE UN DIAGNÓSTICO EXACTO BASADO EN BIOPSIAS Y CI-
TOLOGÍA EXFOLIATIVA. EL CLÍNICO O DEBE TENER PRESENTE LA NATURA-
LEZA CAPRICIOSA DE LA LESIÓN CLÍNICA, LAS LEUCOPLASIAS DE ASPEC-
TO BENIGNO PUEDEN PRESENTAR YA DEGENERACIÓN MALIGNA, EN TANTO QUE
LAS LESIONES VERRUGOSAS PUEDEN CONSISTIR EN HIPERQUERATOSIS SIU-
PLE. DEBE PRESENTARSE ATENCIÓN ESPECIAL A LAS LESIONES ROJAS CON
ASPECTO GRANULOSO. LA ENFERMEDAD MERECE TODA CLASE DE CONSIDERA-
CIONES. ES UN EJEMPLO DE TRANSTORNO EN EL CUAL UN DIAGNÓSTICO IN-
MEDIATO Y UN TRATAMIENTO CORRECTO PUEDEN SALVAR LA VIDA DEL PA-
CIENTE.

TRATAMIENTO

SI LA BIOPSIA Y LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA NO APORTAN DATOS DE DIS-
QUERATOSIS, Y SI ES POSIBLE ESTUDIAR PERIODICAMENTE AL PACIENTE,-
EL DENTISTA PODRÁ RECURRIR A UN TRATAMIENTO CONSERVADOR. PARA --
ELLO, ES PRECISO CONTAR CON LA COOPERACIÓN TOTAL DEL ENFERMO. LA
MAYOR PARTE DE ESTAS PERSONAS NO SUELEN ATENDER MUCHO A SU SALUD.
DEBE DE INSISTIRSE EN LA NATURALEZA CRÓNICA DEL FENÓMENO PATOLÓGI-
CO Y LA REFRACTARIEDAD DE LA RESPUESTA CLÍNICA A CUALQUIER TRATA-
MIENTO. EL DENTISTA HABRÁ DE ELIMINAR TODAS LAS CAUSAS DE IRRITA-
CIÓN, TRAUMÁTICAS, MICROBIANAS U OTRAS. NO DEBE DE OLVIDARSE LA
IMPORTANCIA DE MANTENER UNA BOCA LIMPIA EN BUENA SALUD POR OTROS-
ASPECTOS. EL PACIENTE DEBE DE DEJAR EL TABACO Y ES PRECISO RES--

TRINGIR IMPORTANTEMENTE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y LOS ALIMENTOS - MUY GAZONADOS. PUEDE PRESCRIBIRSE COMO MEDIDA GENERAL UNA TERAPEÚTICA A BASE DE VITAMINA C Y COMPLEJO B, EN PARTICULAR SI HAY - CAMBIOS INFLAMATORIOS DE LA MUCOSA BUCAL, Y LA BIOPSIA NO MUESTRA ALTERACIONES POR DISQUERATOSIS.

ES POSIBLE PRESCRIBIR VITAMINA A DURANTE CUATRO A SEIS MESES.

ES PREFERIBLE LA APLICACIÓN LOCAL DE ESTA VITAMINA A SU ADMINISTRACIÓN GENERAL. EXISTEN PARA ELLOS TROCISCOS QUE CONTIENEN VITAMINA A. MULAY Y URBACH DEMOSTRARON QUE LA VITAMINA A COMBATIA LA QUERATINIZACIÓN CUANDO SE APLICABA LOCALMENTE BAJO FORMA DE TROCISCOS, DOS O TRES VECES AL DÍA. LA ABSORCIÓN LOCAL DE VITAMINA A IMPIDE LA QUERATINIZACIÓN PATOLÓGICA: JOHNSON Y COLABORADORES ENCONTRARON QUE DISMINUIA EL TAMAÑO DE LAS LESIONES DE LEUCOPLASIA Y QUE HABÍA TAMBIÉN MEJORA CUALITATIVA. ESTE HALLAZGO SE VERIFICÓ HISTOLÓGICAMENTE. EL ESTUDIO DURA 21 DÍAS. SILVERMAN Y COL. REPORTAN TAMBIÉN UN EFECTO BENÉFICO DE LA TERAPEÚTICA CON VITAMINA A. SEGÚN ESTOS AUTORES, DICHS EFECTOS, CUANDO SE MANIFIESTAN, SE PRESENTAN AL CABO DE DOS SEMANAS. ES RARO QUE ESTAS DOSIS DE VITAMINA A, ADMINISTRADA LOCALMENTE, TENGAN EFECTOS COLATERALES. HILLMAN NO ENCONTRÓ NINGUNA PRUEBA DE HIPERVITAMINOSIS, INCLUSO EN PACIENTES QUE RECIBEN TROCISCOS CON DOSIS ELEVADAS, HASTA POR NUEVE MESES. SI EL PACIENTE AQUEJA IRRITABILIDAD, MALHUMOR, COMEZÓN, FISURAS DE LOS ÁNGULOS DE LA BOCA Y SANGRADO DE LOS LABIOS, ES POSIBLE QUE EXISTEN ALGUNAS MANIFESTACIONES DE INTOXICACIÓN CRÓNICA POR VITAMINA A. DEBE SEGUIRSE OBSERVANDO EL PACIENTE A INTÉRVALOS DE ALGUNAS SEMANAS, PARA VIGILAR LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA LESIÓN. NO ES RARO ENCONTRAR QUE LAS LESIONES HIPERQUERATÓICAS SIMPLES DESAPAREZCAN CON EL TRATAMIENTO MENCIONADO. DE SER ASÍ, EL PACIENTE NO DEBE VOLVER A FUMAR. ESTA FORMALMENTE CONTRAINDICADO EL EMPLEO DE CAÚSTICOS DURANTE EL TRATAMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD. ES IMPORTANTE PREDECIR LA RESPUESTA CLÍNICA DE LAS ZONAS HIPERQUERATÓICAS DE LA MUCOSA BUCAL. DEBEMOS INSISTIR EN QUE LAS LESIONES HIPERQUERATÓICAS SIMPLES PUEDEN

SUFRIR CON FRECUENCIA CAMBIOS DISQUERATÓNICOS. POR LO TANTO ESTÁ INDICADA UNA NUEVA BIOPSIA O UNA NUEVA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CADA SEIS MESES O CADA AÑO, EN PARTICULAR LOS CAMBIOS EL TAMAÑO O EL ASPECTO FÍSICO DE LAS LESIONES.

CAPITULO II

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

ESTE TUMOR OCUPA UN PORCENTAJE MÍNIMO, PERO NO OBSTANTE A ESTE -- PORCENTAJE SE HA OBSERVADO QUE CONSTITUYE EL TUMOR MALIGNO MÁS -- FRECUENTE EN LA CAVIDAD ORAL. ESTE ES MÁS FRECUENTE EN EL HOMBRE QUE EN LA MUJER EN UN GRAN PORCENTAJE, PUEDE APARECER A CUALQUIER EDAD, AUNQUE SU MAYOR INCIDENCIA SE OBSERVA DESPUÉS DE LA CUARTA-- DÉCADA, SU SITIO DE MAYOR APARICIÓN ES MÁS OBSERVADA EN LABIOS -- QUE EN EL INTERIOR DE LA BOCA.

EL 95% DE LOS CARCINOMAS LABIALES AFECTA EL LABIO INFERIOR, POR -- LO GENERAL MÁS EN LA REGIÓN LATERALES QUE EN LA LÍNEA MEDIA, LA -- LESIÓN PRESENTA UN ASPECTO DE UNA ÚLCERA, VERRUGA, LLAGA O ESCAMA Y ES MÁS FRECUENTE EN LAS RAZAS DE PIEL CLARA QUE EN LOS DE PIEL-- OSCURA. LOS CARCINOMAS DE LABIALES SE DESCUBREN TEMPRANAMENTE, -- Y EN EL MOMENTO DEL TRATAMIENTO, SOLO UN PEQUEÑO PORCENTAJE MUES-- TRA METÁSTASIS EN LOS GANGLIOS LINFÁTICOS. LA MITAD DE UN GRAN -- TOTAL DE BIOPSIAS CORRESPONDEN A CARCINOMA INTRABUCAL DE LA LEN-- GUA, UNA TERCERA PARTE AL PISO DE LA BOCA Y LO RESTANTE SE DISTRI-- BUYE EN LA MUCOSA ALVEOLAR, EL PALADAR Y LA MEJILLA.

DE TODAS ESTAS VARIEDADES DE CARCINOMAS INTRABUCALES SE PUEDEN -- PRESENTAR DE LA SIGUIENTE FORMA: ÚLCERA, EXCRENCIAS Y COMO LE-- SIONES BLANCAS U OTRAS ANOMALÍAS EN LA MUCOSA, SIENDO MÁS FRECUEN-- TE LA FORMA DE ÚLCERA. LA LESIÓN SUELE ESTAR INDURADA, LOS TUMO-- RES DEL PALADAR, LA ENCÍA Y LA LENGUA SON LOS DE MAYOR TAMAÑO, EN LA LENGUA LA LESIÓN SE ORIGINA EN LOS DOS TERCIOS POSTERIORES Y -- EN LOS BORDES LATERALES, Y CON MUY Poca FRECUENCIA RESULTA AFECTA-- DO EL TERCIO ANTERIOR DE SU SUPERFICIE DORSAL.

LOS CARCINOMAS DE LA LENGUA PRODUCEN METÁSTASIS ANTES QUE LOS --- LABIOS. AL INICIARSE EL TRAMIENTO UNA GRAN PARTE DEL TOTAL DE - LOS PACIENTES MUESTRA METÁSTASIS EN LOS GANGLIOS LINFÁTICOS RE-- GIONALES. Y CON UN PORCENTAJE MÍNIMO ESTÁN AFECTADOS ÓRGANOS -- DISTANTES. UN 75% DE LAS METÁSTASIS EN LOS GANGLIOS LINFÁTICOS--

CERVICALES SE PRODUCEN EN EL MISMO LADO DEL TUMOR . EL 20% SON --
 BILATERALES Y EL 3% AFECTA AL LADO OPUESTO. LA MALIGNIDAD DEL --
 CÁNCER ES RELATIVA Y VA A DEPENDER DEL LUGAR DONDE SE ENCUENTRA --
 LA ALTERACIÓN. ESTO QUIERE DECIR QUE CUANTO MÁS ATRAS ESTÉ SITUA--
 DO EL TUMOR, TANTO MAYOR ES SU MALIGNIDAD. ALREDEDOR DE LA TERCE--
 RA PARTE DE LOS PACIENTES CON CÁNCER LINGUAL SOBREVIVEN DOS AÑOS--
 Y APROXIMADAMENTE UNA QUINTA PARTE VIVE MÁS DE CINCO AÑOS, SE ---
 CREE QUE EL ALCOHOLISMO Y LA GLOSITIS SÍFILITICA COANTITUYEN FAC--
 TORES PREDISPONENTES PARA EL DESARROLLO DEL CÁNCER LINGUAL. EL --
 CARCINOMA DEL PISO, AL IGUAL QUE EL LINGUAL PRODUCE METÁSTASIS --
 TEMPRANAS. Y EL PRONÓSTICO ES SUMAMENTE DESFAVORABLE. EL CARCI--
 NOMA DE MEJILLA NO SUELE SER MUY COMÚN PERO CON GRAN FRECUENCIA --
 OCASIONA METÁSTASIS EN ÓRGANOS DISTANTES. LA CAUSA DEL CARCINOMA
 DE CÉLULAS ESCAMOSAS ES DESCONOCIDA SIN EMBARGO SE CREE QUE ÉSTE--
 CARCINOMA ES PRODUCIDO DEBIDO A: MALA ADAPTACIÓN DE APARATOS --
 PROTÉSICOS, IRRADIACIÓN ACTÍNICA, TABAJO, GLOSITIS SIFILITICA Y --
 AL ALCOHOLISMO. CON LO QUE RESPECTA AL HÁBITO DE FUMAR ÉSTE ES --
 MUY IMPORTANTE, YA QUE CONSTITUYE UN FACTOR NO SOLO EN LA PRODUC--
 CIÓN DEL CÁNCER BUCAL SINO TAMBIÉN EN EL DESARROLLO DE UN SEGUNDO
 TUMOR, DESPUÉS QUE EL PRIMERO HA CURADO.

EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS, LAS CÉLULAS EPITELIALES MUESTRAN TO--
 DAS LAS CARACTERÍSTICAS DE LA DISQUERATOSIS, ES DECIR, PLEOMORFIS--
 MO, MITOSIS NORMALES Y ANORMALES, PÉRDIDA DE POLARIDAD, HIPEROMA--
 TOSIS, ETC. ADEMÁS DE LA DISQUERATOSIS, EXISTE UNA INVASIÓN DE --
 LOS TEJIDOS SUBYACENTES, ES POSIBLE OBSERVAR ISLOTES, CORDONES --
 HILERAS Y RACIMOS DE CÉLULAS TUMORALES ENTRE LOS HACES MUSCULARES
 EN LAS GLÁNDULAS SALIVALES MENORES EN TEJIDO COLECTIVO O EN OTROS
 TEJIDOS QUE PUEDAN ESTAR PRESENTES EN LA REGIÓN. EL GRADO DE IN--
 FILTRACIÓN O INVASIÓN DE LOS TEJIDOS SUBYACENTES DEPENDE DE MU---
 CHOS FACTORES DE LOS CUALES LOS MÁS IMPORTANTES SON; LA DURACIÓN--
 DEL TUMOR Y EL GRADO DE DIFERENCIACIÓN. EL EPITELIO FORMA ESTRU--
 CTURAS ARREMOLINADAS QUE RECIBEN EL NOMBRE DE PERLAS EPITELIALES, --
 CUANDO ÉSTAS EXPERIMENTAN UNA QUERATINIZACIÓN PARCIAL O TOTAL, SE
 DENOMINA PERLAS DE QUERATINA. EL GRADO DE MALIGNIDAD DE UN TUMOR

DEPENDE DE SU GRADO DE DIFERENCIACIÓN. EN OTRAS PALABRAS , CUANDO MÁS SE PAREZCA UN TUMOR MALIGNO A LOS TEJIDOS EN LOS CUALES SE ORIGINA, TANTO MENOR ES SU MALIGNIDAD. BRUDER ELABORÓ UNA CLASIFICACIÓN DE TUMORES DE ACUERDO A SU MALIGNIDAD Y LAS CLASIFICÓ -- DEL I A IV EN ORDEN ASCENDENTE DE MALIGNIDAD Y ASÍ TENEMOS QUE -- LOS DE GRADO I AL 75% O MÁS DE LAS CÉLULAS ESTAN NORMALMENTE DIFE -- RENCIADAS.

LOS DE GRADO II DEL 50% AL 75%.

LOS DE GRADO III DEL 25% A 50%.

Y EN LOS DE IV DEL 0 AL 25%.

POR LO GENERAL, LOS CARCINOMAS LABIALES ESTÁN MEJOR DIFERENCIADOS QUE LO DEL INFERIOR DE LA CAVIDAD BUCAL. DE ESTOS ÚLTIMOS LOS -- LINGUALES Y LOS DE PISO DE BOCA SON LOS MENOS DIFERENCIADOS. EL -- CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE LAS REGIONES BUCALES PRODUCE -- METÁSTASIS EN LOS GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES Y SÓLO MÁS TARDE EN ÓRGANOS DISTANTES.

EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN PARA EL CÁNCER BUCAL ES LA INTERVEN-- CIÓN QUIRÚRGICA. LA ESCESIÓN DE LOS TUMORES LABIALES PRODUCE UN -- ELEVADO PORCENTAJE DE CURACIONES, ESTO SE DEBE EN PARTE AL ALTO -- GRADO DE DIFERENCIACIÓN DE LAS LESIONES Y TAMBIÉN A SU LOCALIZA-- CIÓN Y DIAGNÓSTICO TEMPRANO. LA IRRADIACIÓN DEL CARCINOMA BUCAL -- NO ES RECOMENDABLE Y DEBERÍA DE EMPLEARSE ÚNICAMENTE CUANDO LA -- ESCISIÓN QUIRÚRGICA NO SEA FACTIBLE. EN ALGUNOS TUMORES GRANDES -- HA DADO BUENOS RESULTADOS LA IRRADIACIÓN ACOMPAÑADA DE LA INTER-- VENCION QUIRÚRGICA.

CAPITULO III

CANDIDIASIS (MONILIASIS)

ES UNA ALTERACIÓN DE ORIGEN MICÓTICO, CAUSADA POR EL HONGO CANDIDA ALBICANS QUE PERTENECE A LA SUBFAMILIA DE LAS CRIPTOCOCOIDEAS. LA ENFERMEDAD RECIBÍA ANTES EL NOMBRE COMO MONILIASIS Y CANDIDIASIS, PERO HOY EN DÍA HAY ACUERDO GENERAL EN ACEPTAR EL TÉRMINO -- CANDIDIASIS COMO EL MÁS LÓGICO. LA VARIEDAD COMÚN DE MONILIASIS-DE LA MUCOSA ORAL, SE LE LLAMA MUGETE. LA CANDIDA ALBICANS ES UN GERMEN UNIVERSAL Y PUEDE HALLARSE EN LA MAYOR PARTE DE LOS INDIVIDUOS SANOS. LOS RECIEN NACIDOS PUEDEN INFECTARSE POR LA CANDIDIASIS DEL CONDUCTO VAGINAL MATERNO, POR LO GENERAL LA CANDIDIASIS -- NEONATAL SE HACE EVIDENTE AL QUINTO O SEXTO DÍA DESPUÉS DEL PARTO. LA CANDIDA ALBICANS HA SIDO UN GERMEN IDENTIFICADO HASTA EN UN -- 40% DE LAS BOCAS DE LOS RECIEN NACIDOS. EN LA BOCA DEL PORTADOR-SANO, ESTE MICROORGANISMO ES ESCASO (MENOS DE 200 CÉLULAS POR ML. DE SALIVA); NO SE PUEDE ENCONTRAR POR ESTUDIO MICROSCÓPICO O DI-- RECTO DE FROTIS DE MUCOSA BUCAL, SINO QUE ES PRECISO RECURRIR A -- INOCULACIÓN DE MATERIAL DE LA BOCA EN UN MEDIO SELECTIVO COMO EL- AGAR DE SABOURAUD, QUE INHIBE EL DESARROLLO DEL RESTO DE LA FLORA. EL ESTADO DE PORTADOR ES PROBABLEMENTE MÁS FRECUENTE ENTRE LOS -- DIABÉTICOS; EN LOS SUJETOS CON PRÓTESIS COMPLETAS, ES DOS VECES -- Y MEDIA MÁS FRECUENTE QUE EN UN GRUPO TESTIGO SEMEJANTE SIN PRÓTE- SIS.

INFECCIÓN ENDÓGENA. COMO ESTE MICROORGANISMO ES PARTE NORMAL DE- LA FLORA BUCAL, EL MUGETE Y LAS DEMÁS VARIIDADES DE MONILIASIS SE CONSIDERAN INFECCIONES ENDÓGENAS ESPECÍFICAS. SE ENCONTRARON EN PORTADORES Y PACIENTES CON CANDIDIASIS BUCAL, LAS SEIS ESPECIES- CONOCIDAS DE CANDIDA. LA ESPECIE QUE INTERVIENE EN UNA INFECCIÓN DADA NO PARECE TENER IMPORTANCIA PARTICULAR, PERO LA MÁS COMÚN EN EL MUGETE ES CANDIDA ALBICANS (ESPECIE CON ESPORAS DE PARED GRUE- SA LLAMADAS CLAMIDOSPORAS EN MEDIOS ARTIFICIALES, Y QUE MUESTRA -- FORMACIÓN RÁPIDA DE YEMAS EN PRECENCIA DE SUERO); SE CONSIDERA --

MÁS PATÓGENA QUE OTRAS. COMO OTROS MICROORGANISMOS QUE INTERVIENEN EN INFECCIONES ENGÓGENAS. CANDIDA ES POCO VIRULENTE, NO ES TRANSMISIBLE, SÓLO PRODUCE INFECCIÓN DE LA MUCOSA EN PRESENCIA DE UNA PREDISPOSICIÓN LOCAL O GENERAL MANIFIESTA.

ETIOLOGIA

LA PRESENCIA DE CANDIDA ALBICANS, A PESAR DE TODO, NO SIGNIFICA NECESARIAMENTE QUE EXISTE UNA CANDIDIASIS CLÍNICA. PARA QUE RESULTEN VIRULENTAS, ESTAS INFECCIONES DEBEN SER 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 POSTIZAS MAL ADAPTADAS Y EN GENERAL, DISMINUCIÓN DE LAS DEFENSAS ORGÁNICAS POR PROCESOS DEL TIPO DE LA MALA ABSORCIÓN, ENFERMEDADES MALIGNAS SISTÉMICA, UREMIA Y DIVERSAS INFECCIONES CRÓNICAS. EN LOS ÚLTIMOS AÑOS, LA EXTENSA UTILIZACIÓN TERAPEÚTICA DE LOS ANTIBIÓTICOS HA CONDUCIDO A UN INCREMENTO DE LAS INFECCIONES POR CANDIDA EN LA BOCA, VÍAS RESPIRATORIAS Y DIGESTIVAS Y PIEL, SOBRE TODO EN LA REGIÓN ANOGENITAL, RESULTANDO QUE, HOY EN DÍA, LA CANDIDIASIS ES UNA DE LAS MICOSIS DE MÁS FRECUENTE OBSERVACIÓN. EN LA ACTUALIDAD NO SE COMPRENDE CLARAMENTE EL MECANISMO POR EL CUAL EL HONGO INVADIRÍA LAS CAPAS SUPERFICIALES DEL EPITELIO DE LA BOCA EN LA CANDIDIASIS; PERO LA OBSERVACIÓN CLÍNICA PUSO DE MANIFIESTO UNA SERIE DE FACTORES ETIOLÓGICOS ALGUNOS DE ELLOS YA MENCIONADOS, ENTRE OTROS TENEMOS:

1.- ALTERACIONES NOTABLES DE LA FLORA MICROBIANA DE LA BOCA.

ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS ANTIBACTERIANOS (EN ESPECIAL DE MAYOR ESPECTRO).

EMPLEO EXCESIVO DE ENJUAGUES BUCALES ANTIBACTERIANOS.

XEROSTOMÍA, SECUNDARIA A MEDICAMENTOS ANTICOLINÉRGICOS Y SECUNDARIA A ENFERMEDAD DE GLÁNDULAS SALIVALES.

2.- IRRITANTES LOCALES CRÓNICOS.

PROTESIS

USO INTENSO DEL TABACO.

3.- ESTEROIDES CORTICOSUPRARRENALES.

LOCALES.

GENERALES.

4.- IRRADIACIÓN DE CABEZA Y CUELLO.

5.- EDAD

INFANCIA.

EDAD AVANZADA.

6.- HOSPITALIZACIONES (EDAD, ENFERMEDADES AGOTADORAS, ANTIBIÓTICOS).

7.- ENFERMEDAD GENERAL.

SÍNDROME DE MONILIASIS ENDOCRINA.

LEUCEMIA Y LINFOMAS.

SON TAN IMPORTANTES EN LA ETIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN QUE ES RARÍSIMO EL CASO DE CANDIDIASIS BUCAL EN EL CUAL NO PUEDAN ENCONTRARSE UNO O VARIOS DE ELLOS. LA XEROSTOMÍA Y LOS, IRRITANTES LOCALES CRÓNICOS PODRÍAN ALTERAR LAS MUCOSAS DE LA BOCA, Y FACILITAR LA INVASIÓN POR EL HONGO. HAN SIDO MUY POCOS LOS ESTUDIOS ACERCA DEL EFECTO DE TALES CONDICIONES SOBRE LA FLORA BUCAL, Y SE IGNORA SI HAY O NO ALGÚN CAMBIO PRIMARIO DE DICHA FLORA. LA IRRADIACIÓN DE LA CABEZA Y CUELLO AFECTA TAMBIÉN LAS MUCOSAS DE LA BOCA, Y AL TAPAR GLÁNDULAS SALIVALES GRANDES Y PEQUEÑAS, DA LUGAR A XEROSTOMÍA. EN LA ENFERMEDAD DE SJOGEN, LA SARCOIDOSIS, Y OTROS TRANSTORNOS FIBROSANTES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES, LA XEROSTOMÍA SUELE SER PROGRESIVA, Y ES BIÉN TOLERADA POR EL PACIENTE, HASTA QUE APARECE UNA SUPERINFECCIÓN DE LA MUCOSA BUCAL POR CANDIDA Y LAS LESIONES DE LA BOCA, CON DOLOR Y OTROS SÍNTOMAS DE MUQUETE, OBLIGAN A QUE EL ENFERMO ACUDA CON EL DENTISTA O AL MÉDICO. NO SE COMPRENDE CABALMENTE EL TIPO DE TRANSMICIÓN DE ESTA ENFERMEDAD EN RECIÉN NACIDOS. PROBABLEMENTE, LA FUENTE PRINCIPAL DE INFECCIONES CONGÉNITAS SEA LA CANDIDIASIS VAGINAL -

MATERNA. WOODRUFF Y HESSELTINE OBSERVARON QUE EL RIEZGO DE MUGETE ERA 35 VECES MAYOR EN HIJOS DE MUJERES CON CANDIDIASIS VAGINAL QUE EN NIÑOS EN CUYAS MADRES NO ESTABAN CONTAMINADAS. KOZINN Y COL. NO ENCONTRARON AUMENTO DE LA FRECUENCIA DEL MUGETE ENTRE LACTANTES EN CONTACTO CON OTROS LACTANTES INFECTADOS. SEGÚN SU ESTUDIO, ES DESDEÑABLE EL PELIGRO DE TRANSMICIÓN AÉREA, O A TRAVÉS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL AISLAMIENTO DE LACTANTES CON MUGETE DE LA BOCA NO DISMINUYE LA FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD DURANTE LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE LA VIDA. ESTUDIOS SOBRE CANDIDIASIS BUCAL SECUNDARIA A TERAPEÚTICA CON ANTIBIÓTICOS. TOMASZEWSKI, Y STEPANISHCHEVA, Y MÁS RECIENTEMENTE BRIGHTMAN Y COL. ESTUDIARON LOS CAMBIOS QUE TIENEN LUGAR EN LA FLORA BUCAL DE ADULTOS DESPUÉS DEL EMPLEO LOCAL DE CLORTETRACICLINA BAJO FORMA DE LAVADO (FIGS. 10 Y 11), BRIGHTMAN Y COL. ENCONTRARON QUE A PARTIR DE UN VALOR NORMAL DEL ORDEN DE 10 MICROORGANISMOS POR MUESTRA ESTÁNDAR DE SALIVA, EL RECUENTO BACTERIANO DISMINUÍA POR UN FACTOR DE 10 AL CABO DE TRES DÍAS DE LAVADOS CON EL ANTIBIÓTICO. LOS RECUENTOS DE LA MAYOR PARTE DE CEPAS BACTERIANAS PERMANECIERON EN ESTE BAJO NIVEL DURANTE TODO EL TRATAMIENTO CON ACTIBIÓTICOS, AUNQUE CIERTAS ESPECIES SE VOLVIERON RESISTENTES. EL RECUENTO DE HONGOS MOSTRÓ UNA EVOLUCIÓN INVERSA. A PARTIR DEL QUINTO DÍA DE TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS, YA ERA POSIBLE CONTARLOS Y FUERON AUMENTANDO PROGRESIVAMENTE HASTA 10 MICROORGANISMOS POR MUESTRA AL CABO DE SEMANAS.

ESTE NIVEL SE MANTUVO DURANTE UNA SEMANA COMO MÍNIMO DESPUÉS DE LA SUSPENSIÓN DEL LAVADO CON CLORTETRACICLINA. PUDIERON DISTINGUIRSE TRES NIVELES DE RECUENTO DE LEVADURAS, CADA UNO CON UNA SINTOMATOLOGÍA Y DATOS DEL LABORATORIO CARACTERÍSTICOS. TODOS LOS PACIENTES POR DEBAJO DE 10 HONGOS POR MUESTRA ERÁN ASINTOMÁTICOS Y SOLO HABÍA LEVADURAS Y MICELIOS EN 6 POR 100 DE FROTIS BUCALES. POR ENCIMA DE 10 FUÉ AUMENTADO LA FRECUENCIA DE SÍNTOMAS, DESDE MAL SAVOR DE BOCA HASTA UN MUGETE FLORIDO CON QUELITIC ANGULAR, PASANDO POR DOLOR DIFUSO Y SENSACIÓN DE ARDOR EN BOCA Y GARGANTA. ENTRE ESTOS LÍMITES, 72 POR 100 DE LOS FROTIS CONTENÍAN -

HONGOS Y 33 POR 100 DE LOS PACIENTES SUFRIRÁN SÍNTOMAS. EL MUGETE FLORIDO SÓLO APARECIÓ CON RECUENTOS SUPERIORES A 10 MICROORGANISMOS POR MUESTRA. ESTOS ESTUDIOS INDICAN QUE LA CANDIDIASIS BUCAL SECUNDARIA A TERAPÉUTICA CON ANTIBIÓTICOS SE DEBE PRINCIPALMENTE A CRECIMIENTO SIN FRENO DEL HONGO Y QUE LA SINTOMATOLOGÍA ESTÁ RELACIONADA CON LA POBLACIÓN DEL MISMO. LA PERSISTENCIA DE UN RECUENTO ELEVADO DE HONGOS DESPUÉS DE SUSPENDER LOS ANTIBIÓTICOS EXPLICA TAMBIÉN QUE EN ESTE PERIODO CONTINÚEN LAS LESIONES Y LOS SÍNTOMAS.

SÍNTOMAS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

EN EL NIÑO, EL MUGETE PRESENTA UN CUADRO CLÍNICO BASTANTE HOMOGÉNEO; PERO EN EL ADULTO, DEBE ENCONTRAR UNA AMPLIA GAMA DE SÍNTOMAS Y SIGNOS. LAS LESIONES TÍPICAS DEL NIÑO CONSISTEN EN PLACAS ADHERENTES BLANCAS O BLANCOAZULOSAS EN LA MUCOSA BUCAL, QUE A VECES ABARCAN LOS TEJIDOS CIRCUMBOCALES. ESTAS LESIONES BLANCOAZULOSAS SON RELATIVAMENTE INDOLORAS. SE QUITAN CON DIFICULTAD, QUEDANDO LUEGO UNA SUPERFICIE SANGRANTE, DOLOROSA Y DESCARNADA.

EN EL ADULTO, LA ENFERMEDAD SE ACOMPAÑA DE INFLAMACIÓN, ERITEMA Y ZONAS ERSIONADAS DOLOROSAS; A VECES HAY POCAS LESIONES TÍPICAS, EN PLACAS PERLADAS O BLANCOAZULOSAS. PUEDE ESTAR AFECTADA CUALQUIER ZONA DE LA MUCOSA BUCAL. LLEGAN A ENCONTRARSE ZONAS BLANCAS O ERITOMATOSAS POR DEBAJO DE PRÓTESIS PARCIALES O TOTALES. LAS LESIONES PUEDEN AFECTAR TODA LA MUCOSA DE LA BOCA, O ZONAS BASTANTE LOCALIZADAS, DONDE LOS MECANISMOS NORMALES DE LIMPIEZA ACTÚANAL; TECHO DE LA BOCA, SURCOR GINGIVOGENIANO, REGIÓN RETROMOLAR.

NO ES RARO QUE EL PACIENTE Y A VECES EL DENTISTA PIENSE QUE LAS LESIONES DOLOROSAS INFLAMADAS SE DEBEN A UNA INFECCIÓN MICROBIANA Y QUE DEBE SEGUIRSE APLICANDO EL ANTIBIÓTICO CAUSAL, INCLUSO EN DOSIS MAYORES. COMO REGLA, NO HAY SÍNTOMAS GENERALES, O SON MUY LEVES EN COMPARACIÓN CON OTRAS VARIEDADES DE ESTOMATITIS Y FARINGITIS (GINGIVOSTOMATITIS DE VICENT, INFECCIÓN PRIMARIA POR HERPES SIMPLE Y ESTOMATITIS MEDICAMENTOSA). EN PACIENTES CON MAL ESTADO

GENERAL, LAS LESIONES DEL MUGETE QUIZÁ SE DESCUBRAN SOLAMENTE MEDIANTE UNA EXPLORACIÓN RUTINARIA DE LA BOCA, SIN QUE EL PACIENTE NO EL MÉDICO SE HAYAN PERCATADO DE LA EXISTENCIA DE LA ESTOMATITIS. MUCHOS ADULTOS DESCRIBEN COMO SÍNTOMA, LA APARICIÓN BRUSCA DE UN SABOR DESAGRADABLE (METÁLICO), CON PÉRDIDA DE SENTIDO DEL GUSTO. LAS LESIONES BLANCAS TAMBIÉN PUEDEN IR PRECEDIDAS POR SENSACIÓN DE ARDOR EN BOCA Y GARGANTA.

ESTOS SÍNTOMAS, EN UN PACIENTE QUE RECIBE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO, DEBEN HACER PENSAR EN MUGETE O ALGUNA OTRA VARIEDAD DE CANDIDIASIS BUCAL. SE CONOCEN TAMBIÉN OTRAS FORMAS DE MONILIASIS BUCAL, LEHNER Y CAWSON LAS CLASIFICARON EN FORMA PRECISA COMO SE MUESTRA:

AGUDAS.

CANDIDIASIS SEUDOMEMBRANOSA AGUDA (MUGETE).

CANDIDIASIS ATRÓFICA AGUDA (ESTOMATITIS POR ANTIBIÓTICOS).

CRÓNICAS

CANDIDIASIS ATRÓFICA CRÓNICA (ESTOMATITIS POR PRÓTESIS).

CANDIDIASIS HIPERPLÁSICA CRÓNICA.

LAS MANIFESTACIONES ORALES HAN SIDO CLASIFICADAS EN DIVERSOS TIPOS, DE LOS CUALES LA CANDIDIASIS SEUDOMEMBRANOSA AGUDA (AFTA) --- CONSISTE EN UNAS PÁPULAS CREMOSAS, DE UN BLANCO PERLADO O AZULADO QUE PUEDEN DESAPARECER CON EL RASCADO, DEJANDO UNA BASE ERITOMATOSA. LAS PÁPULAS ESTÁN COMPUESTAS POR EPITELIO DEGRADADO, QUERATINA, FIBRINA, TEJIDO NECRÓTICO, RESTOS ALIMENTARIOS, CÉLULAS --- INFLAMATORIAS Y BACTERIAS INTENSAMENTE INFILTRADAS POR HIFAS. LAS AFTAS PUEDEN APARECER EN TODAS LAS REGIONES DE LA MUCOSA BUCAL, --- EL PALADAR Y LA LENGUA; SON FRECUENTES EN LOS NIÑOS Y EN LOS --- RECIEN NACIDOS, LA FRECUENCIA OBSERVADA EN VARIAS GUARDERIAS OSCI LA ENTRE EL 0.5 Y EL 20 %. LAS AFTAS TAMBIÉN PUEDEN APARECER EN ADULTOS.

LA CANDIDIASIS ATRÓFICA AGUDA INCLUYE LA ESTOMATITIS POR ANTIBIÓTICOS. SI UNA CANDIDIASIS SEUDOMEMBRANOSA AGUDA NO SE TRATA, --- PUEDE EVOLUCIONAR A LA FORMA ATRÓFICA AGUDA QUE, AL CONTRARIO QUE

LA SEUDOMEMBRANOSA, ES DOLOROSA Y MOLESTA PARA EL PACIENTE. ESTA FORMA ATRÓFICA AGUDA PUEDE APARECER COMO COMPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO Y EN PACIENTES QUE RESIDEN GRANDES DÉRSIS DE FÁRMACOS INMUNOSUPRESORES, CITOTÓXICOS, O DE AMBOS TIPOS. LOS PROTIS TEÑIDOS CON ÁCIDO PERYÓDICO DE SCHIFF DEMOSTRARON NUMEROSAS HIFAS DE CANDIDA. LA LESIÓN DESAPARECIÓ CON RAPIDEZ, GRACIAS A UN TRATAMIENTO ANTIFÚNGICO LOCAL.

CLÍNICAMENTE, LA CANDIDIASIS ATRÓFICA AGUDA PUEDE RECORDAR A LA ATRÓFICA CRÓNICA REPRESENTADA POR UNA ESTOMATITIS DENTARIA. SIN EMBARGO, LA FORMA CRÓNICA RARA VEZ VA ACOMPAÑADA DE SÍNTOMAS SUBJETIVOS. NO SON ADECUADOS LOS CULTIVOS DE CANDIDA PARA EL DIAGNÓSTICO DE UNA PROBABLE CANDIDIASIS, YA QUE SE SABE QUE CANDIDA APARECE COMO COMENSAL, EN FORMA DE LEVADURA, EN UN 50% DE LAS BOCAS DE PERSONAS NORMALES.

LA CANDIDIASIS ATRÓFICA CRÓNICA (ESTOMATITIS POR PRÓTESIS). ES UNA INFLAMACIÓN DIFUSA DE LA ZONA DEL MÁXILAR SUPERIOR DONDE SE ENCUENTRA LA PRÓTESIS, CON QUELITIS ANGULAR O SIN ELLA. SI EXISTE TAMBIÉN HIPERPLASIA PAPÍLAR DEL PALADAR BAJO UNA PRÓTESIS MÁS AJUSTADA, LAS LESIONES SON ATERCIOPELADAS, O PUEDEN RECORDAR LA SUPERFICIE DE UNA FRESA MUY MADURA, SANGRANDO CON LA MENOR PRESIÓN. SUELE HABER DOLOR Y ARDOR DURANTE LAS EXACERBACIONES, PERO LA ZONA DESCARNADA ROJA PUEDE DURAR VARIOS AÑOS, MIEMBRAS SE SIGA USANDO LA PRÓTESIS. TAMBIÉN SE ENCUENTRAN TÍTULOS ALTOS DE ANTICUERPOS CONTRA CANDIDA ALBICANS EN EL SUERO Y LA SALIVA, HECHO DE GRAN IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA, PUES LA CANTIDAD DE HONGOS Y MICELIOS EN LAS LESIONES ES MUCHO MENOR QUE EN LA CANDIDIASIS AGUDA. LA DUDOSA ETIOLOGÍA DE LA ESTOMATITIS POR PRÓTESIS FUÉ OBJETO DE UN SIMPOCIO DONDE INTERVINIERON CAWSON, NEILL Y LEHNER.

AUNQUE PUEDEN DESEMPEÑAR CIERTO PAPEL, EN LAS LESIONES DE MUCOSA Y ÁNGULOS BUCALES DE LA ESTOMATITIS DE PRÓTESIS, EL TRAUMATISMO Y LA PÉRDIDA DE DIMENSIÓN VERTICAL DEBIDO A ÉSTAS Y LA DEFICIENCIA DE VITAMINA B, LA DESAPARICIÓN DE PALADAR Y DE LAS FISURAS ANGULARES DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO FUNGICIDA, HACE PENSAR QUE EN ESTE-

CASO CANDIDA PODRÍA ACTUAR COMO AGENTE INFECTANTE ENDÓGENO DE TEJIDOS PREDISPUUESTOS A LA INVASIÓN MICROBIANA POR UN TRAUMATISMO CRÓNICO. EN MÁS DEL 50% DE LOS PACIENTES CON QUELITIS ANGULAR, EXISTEN TAMBIÉN ESTOMATITIS POR PRÓTESIS; CAWSON OBSERVÓ CASOS EN LOS CUALES LA QUELITIS ANGULAR DESAPARECIÓ DESPUÉS DE HABER LA ESTOMATITIS CON ANTIMICÓTICOS. POR OTRA PARTE, LA QUELITIS ANGULAR ES MUY RARA EN PACIENTES QUE HAN CONSERVADO SUS DIENTES PROPIOS. EL TÉRMINO PERLECHE O NOQUERAS, APLICADOS INICIALMENTE A LOS CASOS DE QUELITIS ANGULAR POR DEFICIENCIA DE VITAMINA B, SE HA VUELTO HOY DÍA SINÓNIMO DE QUELITIS ANGULAR (QUEILOSI). EN LA ESTOMATITIS POR PRÓTESIS, LA RESPUESTA DE LOS FUNGICIDAS DE LAS LESIONES DEL PALADAR ES TAN CLARA QUE, ADEMÁS DE ELIMINAR LA PRÓTESIS, ES ACONSEJABLE MUCHAS VECES ESTA TERAPÉUTICA ANTES DE LA EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA DE LA HIPERPLASIA PAPILAR. EN UNA O DOS SEMANAS, DESAPARECE LA INFLAMACIÓN DE LA MUCOSA QUEDANDO UN TEJIDO MÁS FIRME, DONDE LA CIRUGÍA ES MÁS FÁCIL Y LA CANTIDAD DE TEJIDOS QUE SE DEBE DE EXTIRPARSE ES MENOR. CASI NUNCA SE OBSERVA ESTA VARIEDAD DE ESTOMATITIS BAJO LAS PRÓTESIS DEL MÁXILAR INFERIOR. LA ÚNICA POSIBLE EXPLICACIÓN ES QUE LA PRESIÓN NEGATIVA BAJO LA PRÓTESIS DEL MÁXILAR SUPERIOR IMPIDE LA LLEGADA A ESTA ZONA DE ANTICUERPOS SALIVALES, PERMITIENDO LA MULTIPLICACIÓN DEL HONGO EN EL ESPACIO LIMITADO POR LA PRÓTESIS Y LA MUCOSA. ANTES SOLÍA ADMITIRSE QUE LA CAUSA DE LA QUELOSI ANGULAR ERA LA FALTA DE OCLUSIÓN EN DIRECCIÓN VERTICAL. SIN EMBARGO, HOY SE RECONOCE DE UNA FORMA GENERAL QUE EL FACTOR MÁS IMPORTANTE ES LA INFECCIÓN POR CANDIDA ALBICANS PROCEDENTE DE UNA LESIÓN INTRABUCAL. PUEDEN SER FACTORES PREDISPONENTES LOS CARRILLOS FLÁCIDOS Y COLGANTES, LAS COMISURAS MUY HUNDIDAS CONSTANTEMENTE HUMEDECIDAS POR LA SALIVA Y LA REDUCCIÓN DE LA OCLUSIÓN EN SENTIDO VERTICAL. CLÍNICAMENTE, EL PROCESO SE CARACTERIZA POR FISURAS DOLOROSAS QUE IRRADIAN DESDE LOS ÁNGULOS DE LA BOCA. A VECES HAY UNA SOLA, PERO EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS SON VARIAS. LA SALIVA FLUYE POR LAS FISURAS, QUE A VECES ESTÁN CUBIERTAS POR PLACAS AMARILLENTAS. NO TODOS LOS AUTORES ESTÁN DE ACUERDO EN QUE SEA CANDIDA EL PRINCIPAL FAC-

ETIOLÓGICO. CUANDO EXISTE UNA QUEILOSI^S ANGULAR, HAY QUE TENER EN CUENTA QUE EL PROCESO PUEDE SER UNA MANIFESTACIÓN DE UNA ANEMIA POR DÉFICIT DE HIERRO. NO HAY PRUEBAS DE QUE LA CANDIDIASIS PRODUZCA ESPECÍFICAMENTE HIPERPLASIA PAPILAR DEL PALADAR.

LA CANDIDIASIS HIPERPLÁSICA CRÓNICA. LA LOCALIZACIÓN DE UNA INFECCIÓN CANDIDIÁSICA EN LA COMISURA LABIAL (LA REGIÓN RETROCOMISURAL), ES MÁS FRECUENTE DE LO QUE ANTES SE PENSABA, DEDIDO A SU NATURALEZA HIPERPLÁSICA RECUERDA CON FRECUENCIA LA LEUCOPLASIA, SOBRE TODO DE LA DE TIPO MUSCULAR, POR LO QUE SE HA SUGERIDO LA DENOMINACIÓN DE LEUCOPLASIA SANDIDIÁSICA. RESULTA CARACTERÍSTICA DE LA LESIÓN HIPERPLÁSICA, LA EXISTENCIA DE ZONAS DE ENROJECIMIENTO, QUE A VECES SON ASIENTO DE UNA ULCERACIÓN. LA LESIÓN RESPONDE POR LO GENERAL AL TRATAMIENTO CON NICOSTATINA Y SE TRANSFORMA EN UNA LEUCOPLAQUIA HOMOGENEA. LA CANDIDIASIS COMISURAL FORMA PARTE CON FRECUENCIA DE UNA CANDIDIASIS MULTIFOCAL QUE AFECTA LA LENGUA, EL PALADAR O AMBOS. EN UN ESTUDIO HECHO EN INGLATERRA SE DEMOSTRÓ EN LOS PACIENTES CON CANDIDIASIS HIPERPLÁSICA UNA FRECUENCIA ELEVADA DE DÉFICIT DE HIERRO, DE ÁCIDO FÓLICO O DE AMBOS, CIRCUNSTANCIAS QUE CONTRIBUYEN A FACILITAR LA PENETRACIÓN DE LAS HIFAS DE CANDIDA ALBICANS EN EL EPITELIO ORAL. SON IMPORTANTES UN DIAGNÓSTICO PRECOZ Y UN TRATAMIENTO INTENSO DE LA CANDIDIASIS COMISURAL HIPERPLÁSICA, YA QUE APARECE SER QUE EXISTE UNA CLARA PROPENSIÓN HACIA LA TRANSFORMACIÓN MALIGNA.

DIAGNOSTICO

BÁSICAMENTE LA CANDIDIASIS BUCAL SE DESCRIBE COMO UNA PELÍCULA BLANCA PERLADA, FÁCIL DE DESPRENDER DE LA MUCOSA, BAJO LA CUAL QUEDA UNA PLACA ROJA DESCARNADA. LA DESCRIPCIÓN QUE ANTECEDE MUESTRA QUE LA CANDIDIASIS BUCAL PUEDE TAMBIÉN ADOPTAR OTRAS FORMAS; ADEMÁS OTRAS LESIONES COMUNES, SE PARECEN AL MUGETE CLÁSICO. LA LECHE VOMITADA EN LOS LACTANTES, EN ADULTOS, LOS PREPARADOS ANTIÁCIDOS POR VÍA BUCAL, Y LOS RESTOS DE ALIMENTOS, PUEDEN PEGAR SE A LA MUCOSA BUCAL (MUGETE DEL INTERNO). OTRAS INFLAMACIONES-

SEUDOMEMBRANOSAS DE LA MUCOSA, PUEDEN PRESENTARSE COMO PELÍCULAS-BLANCAS PERLADAS, Y PARA CONFIRMAR UN DIAGNÓSTICO DE CANDIDIASIS, ES PRECISO RECURRIR AL EXAMEN MICROSCÓPICO DE LOS FROTIS. EN EL MUGUETE PUEDEN OBSERVARSE ABUNDANTES YEMAS Y MICELIOS; EN LAS VARIETADES CRÓNICAS DE CANDIDIASIS BUCAL, EXISTEN MENOS MICROORGANISMOS, PERO TODAVÍA BASTAN PARA EL DIAGNÓSTICO. EN LA CANDIDIASIS ATRÓFICA CRÓNICA (ESTOMATITIS POR PRÓTESIS). LOS RASPADOS -- DEL PALADAR SUELEN MOSTRAR POCOS MICROORGANISMOS, AUNQUE LA SUPERFICIE DE CONTACTO DE LA PRÓTESIS PUEDE ESTAR CUBIERTA DE MICELIOS MEZCLADOS CON EL ALIMENTO Y RESTOS CELULARES, Y SE ENCUENTREN --- TAMBIÉN CON CIERTA FRECUENCIA MICELIOS EN LAS LESIONES ANGULARES. EN LA CANDIDIASIS HIPERPLÁSICA CRÓNICA, LOS MICROORGANISMOS PUEDEN DESAPARECER DURANTE LA TERAPÉUTICA FUNGICIDA Y VOLVER A PRESENTAR SE EN CUANTO SE SUSPENDA DICHO TRATAMIENTO A PARTIR DE ZONAS PROFUNDAS DEL EPITELIO. TAMBIÉN ES IMPORTANTE SABER, ANTES DE RECOGER LA MUESTRA, QUÉ MEDICAMENTOS, ENJUAGUES O LIMPIADORES DE PRÓTESIS UTILIZA EL PACIENTE. EN VISTA DE LA GRAN FRECUENCIA DE PORTADORES SANOS DE ESTE MICROORGANISMO, LOS CULTIVOS EN MEDIO DE -- SABAOURAUD O ALGÚN OTRO MEDIO SELECTIVO, AYUDAN POCO, SALVO PARA -- CONFIRMAR LA NATURALEZA DE LOS MICROORGANISMOS OBSERVADOS EN EL -- FROTIS. ASIMISMO, LA ELEVADA FRECUENCIA DE PORTADORES IMPIDE --- APROVECHAR LA PRESENCIA O AUSENCIA DE ANTICUERPOS ESPECÍFICOS EN SUERO O SALIVA COMO PRUEBA DE DIAGNÓSTICO. SIN EMBARGO, LEHNER -- DEMOSTRÓ QUE LOS TÍTULOS DE ANTICUERPOS EN SUEROS Y SALIVA, OBTENIDOS POR TÉCNICAS DE MERCADO CON SUBSTANCIAS FLUORESCENTES, SE -- RELACIONAN CON LA PRESENCIA DE LA INFECCIÓN, Y QUE LA MEDICIÓN DE TALES TÍTULOS ES ÚTIL PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS VARIETADES CRÓNICAS DE CANDIDIASIS.

TRATAMIENTO

Lauria y Dineen encontraron que la anfotericina B por vía parenteral era eficaz en el tratamiento de la candida generalizada. Este producto causa graves efectos secundarios, especialmente en --

LOS RIÑONES, Y SOLO DEBE UTILIZARSE POR QUIENES TENGAN EXPERIENCIA CON ÉL. LA FUNCIÓN RENAL DEBE VIGILARSE CUIDADOSAMENTE DURANTE - EL TRATAMIENTO. LA RESPUESTA A LA TERAPEÚTICA PUEDE SER LENTA. - SE SABE DE MUERTES POR CANDIDIASIS GENERALIZADA. EL PROBLEMA DEL TRATAMIENTO DE ESTE TIPO DE CANDIDIASIS FUÉ REVISADO POR WINNER Y HURLEY. ANTES DE QUE EL DENTISTA INICIE UNA TERAPEÚTICA DE LESIO- NES BUCALES DE CANDIDIASIS, ES PRECISO SUSPENDER LOS ANTIBIÓTICOS LOCALES O GENERALES, Y EN SU CASO LOS ESTEROIDES CORTICO SUPRARRE- NALES. SE DEBE DESCARTAR UNA DIABETES MEDIANTE LOS ESTUDIOS DE - LABORATORIO APROPIADOS, Y DEBEN BUSCARSE OTRAS ENFERMEDADES GENE- RALES SI NO HAY UNA EXPLICACIÓN EVIDENTE PARA LAS LESIONES. SE - SUSPENDERÁN TAMBIÉN LOS LAVADOS BUCALES ANTIBACTERIANOS, Y SE DEBE DE SUBSTITUIR O CORREGIR LAS PRÓTESIS MÁS AJUSTADAS. LA NISTATI- NA Y LA ANFOTERICINA B SON ANTIBIÓTICOS EFICACES CONTRA CANDIDA - ALBICANS. SUS PROPIEDADES QUÍMICAS Y BIOLÓGICAS SON SEMEJANTES; - ACTÚAN FUNDAMENTALMENTE POR CONTACTO CON EL HONGO. SLAUGHTER Y - KUTSCHER OBTUVIERON BUENOS RESULTADOS CON ANFOTERICINA B AL 2% EN UN VEHÍCULO ADHERENTE. ESTE TIPO DE BASE, QUE PUEDE APLICARSE DE - BAJO DE LA PRÓTESIS, PERMITE UN CONTACTO PROLONGADO DEL FÁRMACO - CON EL AGENTE CAUSAL. SE PUEDE APLICAR LA NISTATINA DE LA MISMA - MANERA. FUERON EFICACES SUSPENSIONES DE NISTATINA (O MICOSTATINA) DE 100 A 200 000 U/ML. SE PUEDEN MANTENER EN LA BOCA, VARIAS VE- CES AL DÍA, PEQUEÑAS CANTIDADES DE ESTA SUSPENSIÓN, Y APLICAR AL- GUNAS GOTAS SOBRE LAS PRÓTESIS DESPUÉS DE LAS COMIDAS. SE REQUIE - RE APLICACIÓN REPETIDA DEL MEDICAMENTO, PUES ESTOS FUNGICIDAS TIE - NEN UNA ACCIÓN FUNDAMENTALMENTE LOCAL. LAS TABLETAS DE LA NISTA- TINA GENERALMENTE SE TOLERAN MÁL POR SU SABOR DESAGRADABLE Y SU - LENTA DISOLUCIÓN. SON ÚTILES SOBRE TODO PARA LA CANDIDIASIS IN- TESTINAL. CON FRECUENCIA, SE PUEDE EVITAR ESTOS INCONVENIENTES - EMPLEANDO COMPRIMIDOS VAGINALES QUE CONTIENEN LACTOSA. EL YOGUR- Y LA LECHE AGRIA, QUE CONTIENEN CULTIVOS DEL LACTOBACILLUS, SON - AYUDANTES ÚTILES EN EL TRATAMIENTO DEL MUGUETE BUCAL DIGESTIVO. EL PRONUNCIADO SABOR ÁCIDO AYUDA A COMBATIR EL SABOR METÁLICO DEL - MUGUETE, Y LAS BACTERIAS PUEDEN AYUDAR A RECONSTRUIR UNA FLORA - BUCAL NORMAL. ES FRECUENTE QUE VUELVAN A PRESENTARSE LAS LESIO-

NES DESPUÉS DE TERMINADO EL TRATAMIENTO, SI NO SE HAN ELIMINADO -
LOS FACTORES PREDISPONENTES EN PACIENTES CON XEROSTOMIA O EN LOS-
QUE NO PUEDEN SUSPENDER LA TERAPEÚTICA CON ESTEROIDES, LA REGLA -
ES QUE SÓLO PUEDA EMPLEARSE EN FORMA CONTINUA UNA PRÓTESIS SIN -
CAER EN EL PROBLEMA DEL MUGUETE, SI SE SIGUE UN TRATAMIENTO CON-
TINUO CON NISTATINA. SE LOGRARON BUENOS RESULTADOS EN EL TRATA-
MIENTO DE LA CANDIDIASIS BUCAL APLICANDO REPETIDAMENTE UNA SOLU-
CIÓN ACUOSA DE CAPRILATO DE SODIO AL 20%. SIN EMBARGO, EL EN--
FERMO NO SUELE APRECIAR ESTE TRATAMIENTO, PUES LA SOLUCIÓN TIENE
UN SABOR Y OLOR DESAGRADABLE. NO ACONSEJAMOS LAS SOLUCIONES DE
ÁCIDO BÓRICO, QUE SON TOXICAS, NI EL CRISTAL VIOLETA; EN CASI --
TODO EL MUNDO ESTOS AGENTES TERAPEÚTICOS FUERON DESPLAZADOS POR-
LOS FUNGICIDAS, MÁS EFICACES.

CAPITULO IV

ESTOMATITIS NICOTINICA

LA INCLUSIÓN O NO DE LA ESTOMATITIS POR NICOTINA (PALADAR DEL FUMADOR) EN EL GRUPO DE LAS LEUCOPLASIAS ES UN TEMA DISCUTIBLE. MUCHOS CONSIDERAN QUE NO SE TRATA MÁS QUE DE UNA VARIANTE ANATÓMICA DE LA LEUCOPLASIA, MIENTRAS OTROS SOSTIENEN QUE SE TRATA DE -- UNA ENTIDAD DISTINTA, AUNQUE CON AFINIDAD LEUCOPLÁSICA. CON TODO HAY SUFICIENTES DATOS CLÍNICOS E HISTOLÓGICOS PARA QUE EL TEMA -- MEREZCA UNA DISCUSIÓN EXCLUSIVA.

ETIOLOGIA

LA ESTOMATITIS POR NICOTINA PRESENTA UNA CLARA RELACIÓN CON EL -- HÁBITO DE FUMAR, NO HABIÉNDOSE APRECIADO LOS TRASTORNOS TÍPICOS -- DE ESTE PROCESO EN NINGÚN SUJETO NO FUMADOR. CONSTITUYE UNA OBSER-- VACIÓN CLÍNICA FRECUENTE QUE LA ENFERMEDAD ACOSTUMBRA A ASOCIARSE AL HÁBITO DE FUMAR EN PIPA INTENSAMENTE Y DURANTE PERÍODOS PROLON-- GADOS, MENOS A MENUDO CUANDO LO QUE SE FUMA SON CIGARROS Y CLARA-- MENTE INFERIOR SI SE TRATA DE CIGARRILLOS. LA ENFERMEDAD, POR -- OTRA PARTE, INCIDE CASI EXCLUSIVAMENTE EN LOS VARONES; NOSOTROS -- SÓLO HEMOS OBSERVADO UN CASO TÍPICO EN UNA MUJER, LA CUAL HABÍA -- FUMADO EN PIPA DURANTE 15 AÑOS. CHAPMAN Y REDISH PUBLICARON UN -- ESTUDIO CORRELATIVO CLÍNICO E HISTOLÓGICO DE 19 HOMBRES DE EDAD -- AVANZADA, TODOS LOS CUALES ERAN FUMADORES HABITUALES DE PIPA. LOS RESULTADOS OBTENIDOS ERAN MUY SUGESTIVOS DE QUE EN REALIDAD, EL -- GRADO DE HIPERPLASIA PALATINA ESTABA EN RELACIÓN SIGNIFICATIVA -- CON LA DURACIÓN Y MAGNITUD DEL HÁBITO DE FUMAR. SE COLOCARON TER-- MÓMETROS EN LA PARTE ALARGADA DE LAS PIPAS DE 11 DE LOS PACIENTES, COMPROBÁNDOSE QUE LAS TEMPERATURAS REGISTRADAS INDICABAN QUE LA -- INTENSIDAD DEL CALOR DEL HUMO NO ERA, PERO SI UN FACTOR DETERMI-- NANTE DE LA APARICIÓN DE LAS LESIONES.

CARACTERISTICAS CLINICAS

EN LA ESTOMATITIS NICOTINICA DE GRADO MODERADO, SE OBSERVA UN LI-
 GERO BLANQUEAMIENTO O UN ASPECTO BLANCO GRISÁCEO DIFUSO DEL PALA-
 DAR. NO OBSTANTE, LA CARACTERÍSTICA CLÍNICA MÁS LLAMATIVA ES UNA
 EXAGERACIÓN DE LOS ORIFICIOS DE LOS CONDUCTOS CORRESPONDIENTES A-
 LAS GLÁNDULAS MUCOSAS, LOS CUALES OFRECEN EL ASPECTO DE PEQUEÑOS-
 PUNTOS ROJOS QUE CONTRASTAN CON EL FONDO PÁLIDO DEL RESTO DE LA -
 MUCOSA. EN LAS LESIONES EN FASE AVANZADA, LA MUCOSA SE VUELVE --
 CADA VEZ MÁS QUERATINIZADA Y APARECEN FISURAS, QUEDANDO UNA SUPER-
 FICIE ARRUGADA E IRREGULAR CON ZONAS PAPULOSAS ELEVADAS SITUADAS-
 ENTRE LAS FISURAS. CADA UNA DE ESTAS ÁREAS PAPULOSAS TIENE TEN--
 DENCIA A PRESENTAR UN CENTRO O DEPRIMIDO DE COLOR ROJO, QUE LE --
 PROPORCIONA UN ASPECTO UMBILICADO. LAS LESIONES SUELEN ESTAR LI-
 MITADAS AL PALADAR DURO, SI BIÉN EL PROCESO PUEDE EXTENDERSE Y --
 AFECTAR A BUENA PARTE DEL PALADAR BLANDO. EN LOS PACIENTES QUE -
 HAN USADO DENTADURA POSTIZA DURANTE LARGO TIEMPO, LA ZONA PALATI-
 NA RECUBIERTA POR LA MISMA, PUEDE PERMANECER LIBRE DE LESIONES, -
 APARECIENDO ÉSTAS EXCLUSIVAMENTE EN LAS ZONAS DESCUBIERTAS. LA -
 ESTOMATITIS NICOTÍNICA SUELE SER ASINTOMÁTICA, AUNQUE SAUNDERS --
 DESCRIBIO LESIONES PALATINAS ULCERADAS EN EL CURSO DEL PROCESO.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS

MICROSCÓPICAMENTE, SE APRECIA UNA HIPERQUERATOSIS CON UN GRADO VA-
 RIABLE DE ACANTOSIS. LOS ORIFICIOS DE LOS CONDUCTOS DE LAS GLÁN-
 DULAS MUCOSAS ACOSTUMBRAN A SER MUY PROMINENTES Y PUEDEN ESTAR TO-
 TAL O PARCIALMENTE OCLUIDOS POR RESIDUOS. LA METAPLASIA ESCAMOSA
 DEL CONDUCTO PUEDE SER DE CIERTA IMPORTANCIA Y EXTENDERSE EN PRO-
 FUNDIDAD A LO LARGO DEL MISMO. ES TAMBIÉN CASI INVARIABLE LA PRE-
 SENCIA DE UN INFILTRADO CELULAR INFLAMATORIO CRÓNICO EN LA LÁMINA
 PROPIA QUE ALCANZA SU MÁXIMA INTENSIDAD ALREDEDOR DE LOS CONDUCTOS
 SALIVALES. LAS GLÁNDULAS MUCOSAS SUBYACENTES SUELEN PRESENTAR --
 UNA ADENITIS CRÓNICA, CON SIGNOS DE RETENCIÓN MUCOSA Y DILATACIÓN

QUÍSTICA. NO OBSTANTE, LA EXISTENCIA DE ATIPIAS CELULARES SIGNIFICATIVAS NO ES UN HECHO DEMASIADO FRECUENTE.

PRONOSTICO

EN MUCHOS ENFERMOS, LA LESIÓN ES CLARAMENTE REVERSIBLE, CON UNA MEJORA ESPECTACULAR HABITUAL CUANDO EL PACIENTE CESA DE FUMAR. SI BIÉN EN LA LITERATURA PUEDEN ENCONTRARSE ABUNDANTES AFIRMACIONES ACERCA DEL POTENCIAL PREMALIGNO DE LA ESTOMATITIS NICOTÍNICA, LA DOCUMENTACIÓN ES ESCASA. EL CARCINOMA EPITERMÓIDE DEL PALADAR ES UNA FORMA RELATIVAMENTE RARA DE CARCINOMA INTRAORAL, EN TANTO -- QUE LA ESTOMATITIS NICOTÍNICA ES UNA LESIÓN BASTANTE COMÚN. SI LA ESTOMATITIS NICOTÍNICA FUERA UN PROCESO SIGNIFICATIVAMENTE PRECANCEROSO, CABRÍA ESPERAR QUE LA PROPORCIÓN DE CARCINOMA DEL PALADAR FUERA MÁS ELEVADA DE LO QUE ES EN REALIDAD. ENCONTRAR UN CARCINOMA IMPLANTADO EN TEJIDO RODEADO DE MUCOSA CON LAS ALTERACIONES TÍPICAS DE LA ESTOMATITIS NICOTÍNICA ES UN HECHO DE NOTABLE RAREZA, Y QUE NOSOTROS NO HEMOS TENIDO OCASIÓN DE COMPROBAR NI EN UN SOLO CASO. SI BIÉN UN CIERTO PORCENTAJE DE CARCINOMAS DEL PALADAR PARECEN ORIGINARSE EN UNA LEUCOPLASIA, ÉSTA SÓLO EN RARAS OCA--SIONES, SI ES QUE EN ALGUNA, ES DEL TIPO CONSIDERADO COMO UNA ESTOMATITIS NICOTÍNICA TÍPICA.

CAPITULO V

LIQUEN PLANO

EL LIQUEN PLANO ES DE PARTICULAR INTERÉS PARA EL ODONTÓLOGO PORQUE LAS LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL PROCEDEN, POR LO COMÚN A LA APARICIÓN DE LAS CUTÁNEAS. ES UNA DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS MÁS COMUNES QUE SE MANIFIESTAN EN CAVIDAD BUCAL Y POR ELLO, DEBE SER COMPLETAMENTE FAMILIAR AL ODONTÓLOGO, EN PARTICULAR PORQUE ES POSIBLE ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO SIN BIOPSIA. ES UNA ENFERMEDAD MUY FRECUENTE, DEMOSTRÁNDOSE QUE EN MÁS DEL 50% DE LOS ENFERMOS AFECTADOS SE LOCALIZA EN LA BOCA. DE HECHO, LA APARICIÓN DE LAS LESIONES ORALES SUELE PROCEDER A LA DE LAS LESIONES CUTÁNEAS Y EN MUCHOS ENFERMOS, LAS LESIONES DE LA BOCA SON EL ÚNICO DATO DEL PROCESO PATOLÓGICO. EL LIQUEN PLANO SE DIFERENCIA DE LAS ENFERMEDADES QUERATÓSICAS MÁS FRECUENTES DE LA BOCA (HIPERKERATOSIS Y LEUCOPLASIA) POR SU INCIDENCIA EN RELACIÓN AL SEXO, YA QUE SE PRESENTAN CON IGUAL MANERA EN MUJERES QUE EN VARONES. SE DIFERENCIA TAMBIÉN EN SU DISTRIBUCIÓN POR EDADES, PRESENTÁNDOSE EN LOS ADULTOS DE 20 A 40 AÑOS CASI CON TANTA FRECUENCIA COMO EN PERSONAS MAYORES.

ETIOLOGIA

AÚN NO ESTÁ BIÉN CLARA LA CAUSA ESPECÍFICA DEL LIQUEN PLANO, AUNQUE SE ACEPTA QUE LOS FACTORES EMOCIONALES COMO EL MIEDO, LA DEPRESIÓN Y LOS TRAMAUMATISMOS, ASÍ COMO EN PERSONAS NERVIOSAS Y SU MAMENTE TENSAS, SEA CAUSA DESENCADENANTE DE LIQUEN PLANO. SE HA INTENTADO TAMBIÉN RELACIONARLO CON UN FACTOR HEREDITARIO, PERO ELLO TAMPOCO SE HA PODIDO DEMOSTRAR. SE HA PENSADO EN MUCHAS OTRAS CAUSAS, COMO EN ORGANISMOS BACTERIANOS, PARASITARIOS Y VIRIÁLISICOS, EN LA MALNUTRICIÓN Y EN LA DEFICIENCIA VITAMÍNICA, EN LOS FACTORES FÍSICOS E IRRITATIVOS Y EN LAS REACCIONES ALÉRGICAS Y TÓXICAS. EN RELACIÓN A LAS REACCIONES TÓXICAS, SE HA DICHO QUE

EL LIQUEN PLANO SE DEBERÍA A UNA REACCIÓN A LOS FÁRMACOS QUE CONTENGAN CIERTAS SUSTANCIAS COMO EL ORO, ARSÉNICO O ATABRINE.

SINTOMAS

LOS SÍNTOMAS QUE ACOMPAÑAN A LAS LESIONES ORALES DE LIQUEN PLANO, SON MUY RAVIABLES. A PESAR DE SU AMPLIA AFECTACIÓN DE LA MUCOSA, SI LAS LESIONES NO SON EROSIVAS NI ULCERATIVAS, EL ENFERMO NO PRESENTA CASI MOLESTIAS. DE HECHO, MUCHOS ENFERMOS DESCONOCEN LA EXISTENCIA DE LAS LESIONES HASTA QUE EL MÉDICO LES LLAMA LA ATENCIÓN SOBRE LAS MISMAS. ALGUNOS ENFERMOS SE QUEJAN DE HIPERESTESIA O DE ARDOR COMO ÚNICO SÍNTOMA. SIN EMBARGO, LAS FORMAS EROSIVA, ULCERATIVA, ATRÓFICA Y VESICULOAMPOLLAR DAN LUGAR CASI SIEMPRE A DOLOR COMO MÍNIMO MODERADO Y MUCHAS VECES INTENSO. EL CONTACTO CON ALIMENTOS PICANTES, FRUTAS ÁCIDAS O SUSTANCIAS CORTANTES Y DESMENUZABLES DA LUGAR MUCHAS VECES A UN DOLOR INTOLERABLE, NECESITANDO POR ELLO UNA DIETA RESTRINGIDA, QUE POR SÍ MISMA PUEDE EMPEORAR LAS LESIONES.

LA EXISTENCIA Y DESCUBRIMIENTO DE LAS LESIONES CUTÁNEAS DEL LIQUEN PLANO, SON DESDE LUEGO, DE GRAN VALOR PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DE LIQUEN PLANO ORAL, SOBRE TODO CUANDO LAS LESIONES MUCOSAS NO SON CARACTERÍSTICAS. DEBE REALIZARSE UNA EXPLORACIÓN CUIDADOSA DE LAS SUPERFICIES CUTÁNEAS EXPUESTAS, SOBRE TODO LAS DE FLEXIÓN DE LOS BRAZOS Y PIERNAS, ASÍ COMO INTERROGAR ACERCA DE LA EXISTENCIA DE LESIONES EN LAS REGIONES SACRA Y GENITAL. LAS LESIONES CUTÁNEAS MÁS TÍPICAS SE COMPONEN EN SU FASE MÁS INICIAL DE PÁPULAS PEQUEÑAS, APLANADAS POR ARRIBA, DE COLOR ROJO O VIOLÁCEO, PERO TAMBIÉN PUEDEN ENCONTRARSE EXTENSAS ESCAMAS DE BASE DE COLOR ROJO PÁLIDO Y EN ALGUNOS CASOS, ESTRIACIONES ESTRECHAS, LINEALES, BLANCAS, QUE RECUERDAN A LAS FORMAS RETICULARES DE LA DOCA.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

EL LIQUEN PLANO ES UNA DERMOPATÍA INFLAMATORIA BASTANTE COMÚN CARACTERIZADA POR LA PRESENCIA DE UNAS PÁPULAS PEQUEÑAS, POLIGONALES,

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 ADQUIEREN UN TONO PURPÚREO O VIOLÁCEO. MÁS TARDE, APARECE UN COLOR PARDUZCO SUCIO. EL CENTRO DE LA PÁPULA PUEDE SER UMBILICADO. 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 RODILLAS Y MUSLOS Y EN LA REGIÓN OCCIPITAL, 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 UN INTENSO PRURITO QUE LLEGAR A SER INTOLERABLE. EL CURSO DE LA ENFERMEDAD ES LARGO, DE MESES A VARIOS AÑOS Y SUFRE PERIODOS DE REMISIÓN SEGUIDOS DE EXACERBACIONES QUE SE CORRESPONDEN CON PERIODOS DE PROBLEMAS EMOCIONALES, EXCESO DE TRABAJO, ANSIEDAD O ALGUNA FORMA DE TENSION PSÍQUICA.

ESTO ES EN LO QUE SE REFIERE A LAS LESIONES CUTÁNEAS, YA QUE EN LA CAVIDAD BUCAL, LA ENFERMEDAD ADQUIERE UN ASPECTO ALGO DIFERENTE - QUE EN PIEL Y CLÁSICAMENTE, SE CARATERIZA POR PÁPULAS RADIANTES - BLANCAS O GRISES, ATERCIOPELADAS Y FILIFORMES, CON DISPOSICIÓN - LINEAL, ANULAR O RETICULAR QUE FORMA PLACAS CON ASPECTO DE ENCAJE - O RETICULARES, ANILLOS Y BANDAS SOBRE LA MUCOSA VESTIBULAR Y EN MENOR CANTIDAD EN LABIOS, LENGUAS Y PALADAR. CON FRECUENCIA, HAY UN PUNTO BLANCO PEQUEÑO Y ELEVADO EN LA INTERSECCIÓN DE LAS LÍNEAS - BLANCAS, CONOCIDA TAMBIÉN COMO ESTRÍAS DE WICKHAM.

CUANDO LAS LESIONES SON EN PLACA, ES COMÚN VER ESTRÍAS RADIANTES - EN SU PERIFERIA.

SHKLAR Y MCCARTHY ELABORARÓN UNA ESCALA EN LA QUE MENCIONAN LOS - SITIOS DE MAYOR APARICIÓN DE LIQUEN PLANO EN CAVIDAD BUCAL, Y ASÍ -

FORMA PAPULAR

CONSISTE EN MANCHAS PEQUEÑAS DEL TAMAÑO DE UNA CABEZA DE ALFILER, HEMISFÉRICAS, PROMINENTES, BLANCAS. ESTAS MANCHAS PUEDEN SER DE NÚMERO REDUCIDO Y DIFUNDIDAS POR TODA LA SUPERFICIE MÚSTICA O PUEDEN SER MUY NUMEROSAS Y AGRUPADAS.

COMO ES DE ESPERAR, CUANDO SE AGRUPAN, PRESENTAN DIVERSOS ASPECTOS CLÍNICOS QUE DEPENDEN DEL GRADO DE UNIÓN; A VECES SE FORMAN ESTRIAS CORTAS, BLANCAS O GRISAS, DANDO LUGAR A DISTINTAS CONFIGURACIONES; EN OTROS CASOS, LA AGRUPACIÓN DE MUCHAS LESIONES DA LUGAR A LA FORMACIÓN DE PLACAS ELEVADAS, GRISÁCEAS, RODEADAS POR OTRAS PÁPULAS QUE AÚN NO SE HAN UNIDO; AÚN HAY OTROS CASOS EN LOS QUE LAS PÁPULAS SON NUMEROSAS Y ESTÁN MUY AGRUPADAS, DE FORMA QUE SÓLO MEDIANTE UNA EXPLORACIÓN CUIDADOSA O CON AYUDA DE UNALENTE MANUAL PUEDE RECONOCERSE SU CARÁCTER PAPULAR.

FORMA EN PLACA

COMO SU NOMBRE INDICA CONSISTE EN UNA PLACA SÓLIDA, GRIS O BLANQUECINA, ELEVADA, LA LESIÓN ES DE FORMA Y TAMAÑO VARIABLE; SE PARECE MUCHAS VECES A LA HIPERQUERATOSIS O A LA LEUCOPLASIA, CON LAS QUE PUEDEN CONFUNDIRSE. AUNQUE PUEDEN SER QUE LA PLACA SEA LA ÚNICA LESIÓN CLÍNICAMENTE VISIBLE DEL LIQUEN PLANO, EN CUYO CASO ES NECESARIO EL ESTUDIO HISTOLÓGICO PARA REALIZAR UN DIAGNÓSTICO EXACTO, GENERALMENTE SE ACOMPAÑA DE LESIONES PAPULARES O RETICULARES CONTIGUAS O EN OTROS TEJIDOS DE LA BOCA. DESDE LUEGO, LA EXISTENCIA DE LAS LESIONES RETICULARES AYUDARÁ A ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO. ESTE TIPO DE LIQUEN PLANO SOBRE LA MUCOSA BUCAL, SE OBSERVAN EN LA PARTE POSTERIOR LAS TÍPICAS ESTRÍAS DE WICKHAM. LAS PLACAS BLANCAS DE ESTA ZONA TIENEN, SIN EMBARGO LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS DE UNA LEUCOPLASIA HOMOGÉNEA. LA PRESENCIA DE FINAS ESTRÍAS QUERATINIZADAS, MUCHO MÁS DELGADAS QUE LAS DE WICKHAM, EN LA REGIÓN ANTERIOR DE LA MUCOSA INDICARÁ QUE EL PACIENTE ERA UN GRAN FUMADOR.

EL TIPO EN PLACA SE ENCONTRÓ EN UN 51% DE 611 ENFERMOS DANESSES -- CON LIQUEN PLANO ORAL, Y SE DEMOSTRÓ QUE LOS FUMADORES HABITUA-- LES PRESENTAN CON FRECUENCIA SIGNIFICATIVAMENTE MENOR LOS TIPOS -- RETICULAR Y ATRÓFICO, MIENTRAS QUE LA INCIDENCIA DEL TIPO EN PLA-- CA ES MAYOR. SE HA SUGERIDO QUE EXISTE UN MECANISMO POR EL QUE -- LAS LESIONES DE TIPO ATRÓFICO Y RETICULAR SE TRANSFORMAN BAJO LA-- INFLUENCIA DEL TABACO EN LESIONES EN PLACA. EXISTE LA DUDA DE SI LAS LESIONES EN PLACA PUEDEN CONSIDERARSE COMO UNA LEUCOPLASIA -- QUE SE AÑADE AL LIQUEN PLANO DE LA MUCOSA ORAL.

FORMA EROSIVA O ULCERATIVA

SON MUCHO MENOS FRECUENTE QUE LAS OTRAS, PERO NO SON RARAS. SE -- ENCUENTRAN MÁS A MENUDO EN LA MUCOSA BUCAL Y EN LAS SUPERFICIES -- DORSAL Y LATERAL DE LA LENGUA; CON MENOS FRECUENCIA SE AFECTAN -- LOS TEJIDOS GINGIVALES, PALATINOS Y LOS LABIOS. LA EROSIÓN SUELE SER PLANA Y LIGERAMENTE DEPRIMIDA E INTENSAMENTE ROJA O DESCARNA-- DA; PUEDEN SER FORMACIONES PEQUEÑAS, PARECIDAS A FISURAS O MOSTRAR UN AMPLIO ENROJECIMIENTO PUSTULOSO DE FORMA IRREGULAR. LA DIFE-- RENCIACIÓN CLÍNICA SUELE SER MUY FÁCIL, YA QUE LA LESIÓN SE VEEN MUCHAS VECES DE LA CARACTERÍSTICA FORMA RETICULAR O PAPULAR, O SE OBSERVAN UNAS FINAS ESTRÍAS FÁCILES DE RECONOCER, QUE IRRADIAN LA PERIFERIA DE LA EROSIÓN. MUCHAS VECES LAS EROSIONES SE VEN PRECI-- DADAS DE LESIONES VESICULARES O BULBOSA QUE, DESPUÉS DE SU RCTURA DEJAN ZONAS DESCARNADAS, DENUDADAS, PERO MUCHAS DE LAS ULCERACIO-- NES, COMO LAS DEL PLANO DE OCLUSIÓN DE LA MUCOSA BUCAL, SE DEBEN-- PROBABLEMENTE A LOS EPISODIOS TRAUMÁTICOS Y DE DESTRUCCIÓN HÍSTI-- CA QUE SE SUPERPONEN A LAS LESIONES LIQUENOIDES. A VECES SE EN-- CUENTRAN UNA O MÁS ULCERACIONES EN EL INTERIOR DE LA LESIÓN LIQUE-- NOIDE.

LAS ÚLCERAS SON DE ASPECTO MUY VARIABLE, DESDE PEQUEÑAS, PLANAS O LIGERAMENTE DEPRIMIDAS, ÚLCERAS CIRCULARES CON BASE ROJA O DECAR-- NADA A ÚLCERAS GRANDES, EXTENSAS, DE FORMA IRREGULAR CON EXUDADO-- SEROFIBRINOSO EN SU SUPERFICIE. COMO EN LA FORMA EROSIVA, EL ---

DIAGNÓSTICO SUELE SIMPLIFICARSE POR LA PRESENCIA CONCOMITANTE DE FORMACIONES RETICULARES O PAPULARES. SIN EMBARGO, LAS ÚLCERAS DEL LIQUEN PLANO TIENEN A VECES EL ASPECTO PARECIDO A UN CRÁTER DE LAS ULCERACIONES CARCINOMATOSAS Y, POR ELLO DEBE REALIZARSE UNA BIOPSIA. LAS LESIONES DEL LIQUEN PLANO ORAL DE TIPO ATRÓFICO PUEDEN ULCERARSE Y FORMARSE ASÍ UN TRASTORNO DE TIPO EROSIVO O ULCERATIVO.

SE HA SUGERIDO QUE DEBE HACERSE UNA DISTINCIÓN ENTRE UNA FORMA MENOR Y OTRA MAYOR DE LIQUEN PLANO EROSIVO. LA FORMA MENOR SE CARACTERIZA POR EROSIONES SUPERFICIALES DE LA MUCOSA ORAL, ASOCIADAS CON FRECUENCIA A ZONAS BLANCOLECHOSAS DE LIQUEN PLANO NO EROSIVO. EL GRADO DE DOLOR QUE PRODUCE ES VARIABLE, PERO EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS HAY UN MALESTAR CONSIDERABLE. LA FORMA MAYOR DE LIQUEN PLANO EROSIVO ES MUCHO MÁS RARA QUE LA MENOR.

LA CARACTERÍSTICA PREDOMINANTE ES UNA ULCERACIÓN AMPLIA DE LA MUCOSA, PRINCIPALMENTE DE LA LENGUA, LA AFECTACIÓN PUEDEN AFECTAR TODO EL DORSO DE LA LENGUA; LA FORMA DE COMIENZO ES MUY RÁPIDA Y SIEMPRE EXISTEN MOLESTIAS SUBJETIVAS INTENSAS. EN LO PASADO, EL LIQUEN PLANO ORAL SE CONSIDERABA UN PROCESO COMPLETAMENTE INOCUO, PERO ESTE PUNTO DE VISTA HA IDO CAMBIANDO DE MANERA GRADUAL; HA INFLUIDO EN ESTE CAMBIO EL QUE SE HAYA PUBLICADO, CASOS DE CARCINOMA BUCAL ORIGINADOS A PARTIR DEL LIQUEN PLANO ORAL. LA MAYORÍA DE LOS CASOS DE CÁNCER PUBLICADOS CUYO ORIGEN SE HA ATRIBUIDO A UN LIQUEN PLANO ORAL HAN SURGIDO DE LOS TIPOS ATRÓFICOS, O EROSIVOS. HAY OTRAS DE LIQUEN PLANO PERO SON MENOS FRECUENTES. EN ALGUNOS CASOS RAROS SE ENCUENTRAN LESIONES EMPOLLARES O VESICULARES. CONSISTEN EN VESÍCULAS LLENAS DE LÍQUIDO, FRECUENTES DE DIVERSO TAMAÑO, QUE HACEN PROMINENCIA. SU DOLOR DEPENDE DE SU CONTENIDO LÍQUIDO, SIENDO CLARAS, ROJAS O AZUL (HEMORRÁGICO), O AMARILLO PÁLIDO (PURULENTO) DEBIDO A UNA INFECCIÓN SECUNDARIA. EL DIAGNÓSTICO DE ESTA FORMA DE LIQUEN PLANO DEPENDE DE LA PRESENCIA DE OTRAS LESIONES LIQUENOIDES, MÁS FÁCILES RECONOCIBLES Y DESDE LUEGO, DE LOS ESTUDIOS HISTOLÓGICOS.

EL LIQUEN PLANO ATROFICO

ES OTRA VARIEDAD; SE MILITA GENERALMENTE AL DORSO DE LA LENGUA. — EL CUADRO CLÍNICO ES DE UNA ATROFIA GENERALIZADA DE LAS PAPILAS — DEL GUSTO, PRODUCIENDO UNA PLACA LISA, MUCHAS VECES BRILLANTE DE — COLOR VIOLÁCEO O GRIS CLARO. A VECES ESTA FORMA SE PARECE A LA — GLÓSITIS ATRÓFICA DE LA SÍFILIS Y SI NO HAY FORMAS LIQUENOIDES — MÁS DEMOSTRATIVAS, PUEDE SER NECESARIO REALIZAR INVESTIGACIONES — SEROLÓGICAS. SIN EMBARGO, ES MÁS FRECUENTE QUE LOS TEJIDOS ATRÓFICOS PRESENTEN MÚLTIPLES LESIONES QUERATÓNICAS GRISAS DISPERSAS — QUE SE PRESENTAN COMO ASTRÍAS, PLACAS FINAS RETICULARES Y QUE — CONSTITUYEN UNA GRAN AYUDA PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO. COMO — ES DE ESPERAR, EN ESTA FORMA DE LIQUEN PLANO SON FRECUENTES LAS — ULCERACIONES DEBIDO A QUE EL REVESTIMIENTO EPITELIAL ES DELGADO Y ATRÓFICO. LA AFECTACIÓN GINGIVAL POR EL LIQUEN PLANO ES POCO — FRECUENTE PERO SE VEN LOS SUFICIENTES CASOS COMO PARA MEREZER UNA CONSIDERACIÓN ESPECIAL. LAS LESIONES TIENEN EL ASPECTO DE FORMAS RETICULARES DIMINUTAS, DIFÍCILMENTE DETECTABLES, CONCENTRADAS EN — LA ENCLÁ INTERPROXIMAL Y MARGINAL; MUCHAS VECES PARA HACER UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO SE PRECISA LA AYUDA DE UNA LENTE MANUAL. POR — LO GENERAL, ESTAS LESIONES SE ACOMPAÑAN DE LESIONES MUCOSAS TÍPICAS, POR LO QUE EL DIAGNÓSTICO ES MUY FÁCIL. EN ALGUNOS CASOS, — LA AFECTACIÓN GINGIVAL TOMA EL ASPECTO DE UNA GINGIVITIS DESCAMATIVA ES DECIR, DE LESIONES DIFUSAS O EN PLACA, MUY ROJAS, DENUDEADAS, DOLOROSAS. GENERALMENTE, ESTA FORMA SE ACOMPAÑA DE LESIONES GRISÁCEAS QUE FORMAN ESTRÍAS O FORMACIONES LINEALES QUE IRRADIAN — HACIA FUERA A PARTIR DE LAS ZONAS ROJAS, POR LO QUE HACEN PENSAR — TAMBIÉN EN LA NATURALEZA LIQUENOIDE DE LA LESIÓN. ES DE GRAN IMPORTANCIA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LA ERITROPLASIA, QUE ES UNA LESIÓN PRECANCEROSA OBSERVADA EN 1% DE 740 ENFERMOS CON LIQUEN PLANO ORAL. AL CONTRARIO QUE EL LIQUEN PLANO ATRÓFICO DE LA MUCOSA ORAL. LA ERITROPLASIA ES UNA LESIÓN INTENSAMENTE ROJA, DE LÍMITES NETOS Y LIGERAMENTE DEPRIMIDA.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

MICROSCÓPICAMENTE, EL LIQUEN PLANO MUESTRA HIPERQUERATOSIS Y ACANTOSIS CON UNA CAPA GRANULAR PROMINENTE. EXISTE DEGENERACIÓN O -- LICUEFACCIÓN DE LA CAPA BASAL Y UN ASPECTO DE DIENTES DE SIERRA -- DEL DEBORDE ESPINOSA INFERIOR.

EL CARACTERÍSTICO INFILTRADO INFLAMATORIO DENSO, EN FORMA DE BANDA, EN LA DERMIS SUPERIOR, SIN EL CUAL NO ES POSIBLE UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO, CONTIENE LINFOCITOS MADUROS Y MACRÓFAGOS CARGADOS DE PIGMENTO. LA DERMIS INFERIOR NO ES DESTACABLE. LAS LESIONES ORALES Y CUTÁNEAS PRESENTAN UNA HISTOLOGÍA ESENCIALMENTE SIMILAR, EXCEPTO QUE LAS LESIONES ORALES, EN GENERAL, MUESTRAN MENOS HIPERQUERATOSIS Y LA CONFIGURACIÓN EN DIENTES DE SIERRA DE LA ZONA RETICULAR NO ES SIEMPRE OBSERVABLE. LAS ALTERACIONES ULTRAESTRUCTURALES LAS HAN DESCRITO; LA LÁMINA BASAL MUESTRA CON FRECUENCIA -- SOLUCIONES DE CONTINUIDAD Y MULTIPLICACIONES.

LAS TONOFIBRILLAS PIERDEN SU DENSIDAD ELECTRÓNICA Y SU DISPOSICIÓN REGULAR Y ADHERENCIA A LOS DESMOSOMAS, QUE PRESENTAN UN ESTADO DE LISIS. SE HAN OBSERVADO DOS TIPOS DE ESTRUCTURAS INTRANUCLEARES: UNA MASA LAMELAR Y UNA MASA UNIDA A LA MEMBRANA DE MATERIAL GRANULAR. EN ALGUNOS CASOS LA HIPERQUERATOSIS Y ACANTOSIS -- NO SON LOS RAZGOS SOBRESALIENTES, AUNQUE SE LAS PUEDA ENCONTRAR -- EN ALGUNAS ZONAS. 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 LAS CÉLULAS DE LA CAPA BASAL. LAS ESPINOSAS PARECEN APOYARSE DIRECTAMENTE SOBRE EL TEJIDO, SEPARADOS DE ÉSTE, SOLO POR UNA DELGADA BANDA DE MATERIAL EISINÓFILO. EN ESTUDIOS CON MICROSCOPIO ELECTRÓNICO, PULLON ENCONTRÓ -- OTROS DOS CAMBIOS EPITELIALES QUE NO SE OBSERVAN CON EL MICROSCOPIO ÓPTICO; UNA IRREGULARIDAD DE LA MEMBRANA NUCLEAR DE LAS CÉLULAS Y 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 ESTE CASI NO TIENEN CÉLULAS INFLAMATORIAS. POR ÚLTIMO, SUELE--
 VERSE UN DESCARRAMIENTO ARTIFICIAL ENTRE EL TEJIDO CONECTIVO Y --
 EPITELIO, QUE SUGIERE UNA UNIÓN DÉBIL ENTRE ESTAS DOS ESTRUCTURAS.
 AUNQUE OBVIAMENTE SE TRATA DE UNA FALLA TÉCNICA POSQUIRÚRGICA, A--
 VECES SIRVE PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DE LIQUEN PLANO.

DIAGNOSTICO

CON ALGUNAS EXCEPCIONES, EL DIAGNÓSTICO DE LA MAYOR PARTE DE LAS--
 LESIONES ORALES DEL LIQUEN PLANO SE BASA EN SU CUADRO CLÍNICO CA--
 RACTERÍSTICO, ES DECIR, EN LAS FORMAS RETICULARES Y PAPULARES DE--
 FÁCIL DIAGNÓSTICO. CUANDO ESTAS FORMAS NO EXISTEN O ESTAN OCUL--
 TADAS, LA EXPLORACIÓN DE LA BIÓPSIA PROPORCIONA CASI SIEMPRE EL DIAG--
 NÓSTICO DEFINITIVO. SIN EMBARGO, LA HISTORIA CLÍNICA NOS PROPOR--
 CIONA UNA FUENTE DE DATOS SUPLEMENTARIOS O CONFIRMATORIOS EN RELA--
 CIÓN A LA NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD, POR LO QUE SIEMPRE DEBE REA--
 LIZARSE. CUANDO EL ENFERMO SE HA DADO CUENTA DE EXISTENCIA DE --
 LAS LESIONES, SE VE ÉSTAS EXISTEN DESDE HACE MESES O AÑOS Y QUE--
 HAN HAVIDO EXACERBACIONES O REMISIONES DURANTE ESTE TIEMPO, SIEN--
 DO AMBOS FENÓMENOS ESPONTÁNEOS. LOS ENFERMOS AFECTADOS DE LIQUEN
 PLANO SUELEN SER MÁS EMOCIONALES Y SUFREN ANSIEDAD Y ANGUSTIA; --
 LOS MÁS TÍPICOS SON GENTE MUY ESCRUPULOSA, MUCHAS VECES PERFECIO--
 NISTAS. UNA HISTORIA DE UN INTENSO TRAUMA EMOCIONAL ANTES DEL --
 BROTE DE LAS LESIONES ORALES SUELE SER DE GRAN VALOR PARA REALI--
 ZAR EL DIAGNÓSTICO. SIN EMBARGO, HAY QUE SUBRAYAR QUE LA ANSIE--
 DAD Y LA ANGUSTIA EXPRESADAS POR ALGUNOS ENFERMOS SIGUE MUCHAS --
 VECES AL DESCUBRIMIENTO DE LAS LESIONES ORALES Y SE ASOCIA AL ---
 TEMOR DE QUE PUEDAN SER PRECANCEROSAS O MALIGNAS.

PRONOSTICO

SE HA VISTO QUE ALGUNOS CASOS DE LIQUEN PLANO SON AUTOLIMITADOS Y
 QUE LAS LESIONES CURAN ESPONTÁNEAMENTE AL CABO DE VARIOS MESES O--
 AÑOS. OTRAS PERSISTEN AL CABO DE VARIOS O INCLUSO MUCHOS AÑOS, --

SIN NINGÚN SIGNO DE MEJORÍA, A PESAR DE INTENSO TRATAMIENTO. AÚN -
 HAY OTROS CASOS QUE SE CONTROLAN DE FORMA ADECUADA, POR LO MENOS -
 DESDE EL PUNTO DE VISTA SINTOMÁTICO, POR LAS MEDIDAS TERAPEÚTICAS-
 DESCRITAS MÁS ARRIBA. A PESAR DE LAS NOTICIAS DE TRANSFORMACIÓN -
 MALIGNA, EL LIQUEN PLANO NO DEBE CONSIDERARSE COMO UNA LESIÓN PRE-
 CANCEROSA, INCLUSO ADMITIENDO QUE LOS CASOS PUBLICADOS DE CARCINO-
 MA SE HUBIESES DESARROLLADO A PARTIR DE UN LIQUEN PLANO Y QUE ESTU-
 VIESEN RELACIONADOS CON ÉL SU NÚMERO ES MUY PEQUEÑO COMPARADO CON-
 LA FRECUENCIA DEL LIQUEN PLANO TOTAL. LOS AUTORES CREEN QUE SE TRA-
 TA DE UN PROCESO BENIGNO Y QUE EL POTENCIAL QUE TIENEN PARA LA ---
 TRANSFORMACIÓN MALIGNA ES MUY PEQUEÑA O INEXISTENTE.

TRATAMIENTO

SE HAN REALIZADO MUCHOS Y DIVERSOS INTENTOS TERAPEÚTICOS EN EL LI-
 QUEN PLANO, PERO NO SE HA VISTO QUE NINGUNO SEA BENEFICIOSO O CURA-
 TIVO. EN EL PASADO, SE UTILIZARON COMPUESTOS ARSENICALES, MERCU--
 RIALES Y BISMÚTICOS, PERO CON POCO ÉXITO. ES DE GRAN IMPORTANCIA-
 CONVENCER AL ENFERMO DE QUE EL LIQUEN PLANO ES BÁSICAMENTE UNA --
 LESIÓN BENIGNA, QUE NO ES PRECANCEROSA Y QUE SU ÚNICO CARÁCTER ---
 DESAGRADABLE ES EL MALESTAR QUE LO ACOMPAÑA.

EL MÉDICO DEBE SABER QUE EL LIQUEN PLANO SUELE SER RESISTENTE AL -
 TRATAMIENTO Y QUE EL NO PODER ELIMINAR LAS LESIONES PUEDE DECECA-
 DEÑAR EN EL ENFERMO EL TEMOR A PADECER CÁNCER. CUANDO LAS LESIO--
 NES SON EROSIVAS O ULCERADAS Y POR TANTO, DOLOROSAS, O CUANDO SON-
 LO SUFICIENTEMENTE ANCHAS PARA REQUERIR TRATAMIENTO, EL COM--
 PLEJO VITAMÍNICO A ALTAS DOSIS Y LA ADICIÓN DE SUPLEMENTOS DE NIA-
 CINAMIDA PUEDEN PRODUCIR MEJORÍA Y EN ALGUNOS CASOS, SER MUY BENE-
 FICIOSOS, RESULTA DIFÍCIL ESTIMAR EL VALOR DE ESTA TERAPÉUTICA. SE
 HA RECURRIDO AL TRATAMIENTO CORTICOSTEROIDE EN CASOS AVANZADOS PA-
 RA ALIVIAR LA INFLAMACIÓN Y REDUCIR EL PLURITO DE LAS LESIONES CU-
 TÁNEAS. NO ES RARO QUE LA ENFERMEDAD REMITA COMPLETAMENTE UNA VEZ
 ESTABILIZADO EL ESTADO EMOCIONAL DEL PACIENTE.

CAPITULO VI

PUNTOS DE FORDYCE (ENFERMEDAD DE FORDYCE)

ESTA EN UNA ENFERMEDAD DE LA MUCOSA BUCAL, COMO SU NOMBRE PODRÍA INDICARLO, SINO MÁS BIÉN UNA ANOMALÍA DEL DESARROLLO QUE SE CARACTERIZA POR LA ACUMULACIÓN HETEROTÓPICA DE GLÁNDULAS SEBÁCEAS EN DIVERSOS SITIOS DE LA CAVIDAD BUCAL. SE HA PROPUESTO LA TEORÍA DE QUE LA APARICIÓN DE LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS EN LA BOCA PODRÍA 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. LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS EN LOS LABIOS O LA MUCOSA BUCAL DEL HOMBRE Y SIMIOS SUPERIORES SON TAN FRECUENTES QUE SON UN HALLAZGO USUAL. TAMBIÉN PARECE ENCONTRARSE EN ERIZO Y CIERTA CEPA DE RATAS. AUNQUE RECIBE EL NOMBRE DE GRÁNULOS DE FORDYCE O INCLUSO ENFERMEDAD DE FORDYCE, ESTAS PÁPULAS BLANCOAMARILLENTAS DISCRETAS EN EL BORDE BERMELLÓN DE LOS LABIOS FUERON PROBABLEMENTE DESCRITAS PRIMERO POR LOLLIKER EN EL CHIMPANCÉ Y DIEZ AÑOS MÁS TARDE EN EL HOMBRE. WEITHEIMER REALIZÓ OBSERVACIONES SIMILARES, FORDYCE SEÑALÓ ESTRUCTURAS SEMEJANTES EN LA MUCOSA BUCAL, PERO CREYÓ ERRÓNEAMENTE QUE ERAN DEBIDAS A UNA DEGENERACIÓN DEL CITOPLASMA DE LAS CÉLULAS EPIDÉRMICAS. MÁS TARDE, AUDRY, DELBANCO Y MONTGOMERY Y HAY IDENTIFICARON MICROSCÓPICAMENTE A ESTOS GRÁNULOS COMO GLÁNDULAS SEBÁCEAS. CHAMBERS EFECTUÓ SU CONSTRUCCIÓN CON CERA. ESTAS PÁPULAS AMARILLENTAS, ÚNICAS O AGRUPADAS, TAMAÑO DE CABEZA DE ALFILER, ESTÁN SITUADAS SIMÉTRICAMENTE EN EL LABIO SUPERIOR, LA PORCIÓN LATERAL DEL LABIO INFERIOR Y LA MUCOSA BUCAL EN EL ÁNGULO DEL ORIFICIO BUCAL, PUEDEN ESTAR DISTRIBUIDAS POR LA MUCOSA BUCAL, SIENDO ESPECIALMENTE PROMINENTES EN LA MUCOSA LATERAL AL PILAR ANTERIOR DEL VELO DEL PALADAR. NO PARECE HABER NINGUNA CORRELACIÓN ENTRE SU FRECUENCIA EN LOS LABIOS Y EN LA MUCOSA BUCAL. SE OBSERVAN MEJOR ESTIRAN DO LA MUCOSA. EN EL LABIO SUPERIOR, LOS GRÁNULOS VARIAN ENTRE 10 Y 100. CUANDO SOLAMENTE HAY UNOS CUANTOS SUELEN ESTAR SITUADOS ---

CERCA DE LAS PARTES LATERALES DEL LABIO. LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS-ECTÓPICAS FUERON ESTUDIADAS EN UN EXCELENTE TRABAJO DE CUIDUCCI Y HYMAN Y 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. ESTUDIOS REALIZADOS POR HALPERIN Y SUS COLABORADORES, CONFIRMADOS POR MILES, INDICARON QUE ESTA EFECCIÓN BUCAL EXISTE EN ALREDEDOR DEL 80% DE LA POBLACIÓN. HNAPP SUGIRIÓ QUE DEBÍAN SER CONSIDERADAS COMO NEVOS-SEBÁCEOS Y NO COMO TEJIDO GLANDULAR ECTÓPICO.

LIEPMANN EXAMINÓ MÁS DE 1000 ADULTOS Y NIÑOS Y ENCONTRÓ QUE LOS 2 MM. SUPERIORES DEL BORDE BERMELLÓN DEL LABIO SUPERIOR ESTÁN LIBRES DE GLÁNDULAS SEBÁCEAS. ESTO LO AFIRMÓ KOLLIKER Y MÁS TARDE LO CONFIRMÓ MILES EN MATERIAL DE AUTOPSIAS. SE OBSERVARON GLÁNDULAS SEBÁCEAS SOLITARIAS O AGRUPADAS POSTERIORMENTE HASTA EL PILAR ANTERIOR DEL VELO DEL PALADAR Y LA ENCSA RETROMOLAR. WERTHEIMER SEÑALÓ LA AUSENCIA DE GLÁNDULAS SEBÁCEAS EN LOS LABIOS Y MUCOSA BUCAL DE NIÑOS RECIENTE NACIDOS. MILES OBSERVÓ QUE FALTABAN EN FETOS Y QUE ERAN RARAS EN NIÑOS DE MENOS DE 3 AÑOS DE EDAD. LAS GLÁNDULAS AUMENTAN DESPUÉS GRADUALMENTE DE FRECUENCIA HASTA LA PUBERTAD, CUANDO PRESENTAN UNA ACUSADA PROLIFERACIÓN EN LOS LABIOS. LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS DE LA MUCOSA BUCAL AUMENTAN SIGNIFICATIVAMENTE DE NÚMERO DURANTE LA EDAD ADULTA MADURA. PARECE DUDOSO QUE HAYA UNA VERDADERA DIFERENCIA ENTRE LOS SEXOS Y LA RAZA A PESAR DE DECLARACIONES EN ESTE SENTIDO. HALPERIN Y COLABORADORES ENCONTRARON QUE APROXIMADAMENTE EL 50% DE LOS ADULTOS TIENEN GLÁNDULAS SEBÁCEAS ECTÓPICAS EN LOS LABIOS Y EL 75% PRESENTAN ESTAS GLÁNDULAS EN LA MUCOSA BUCAL. MARTIN Y WALES ENCONTRARON VALORES SIMILARES. APROXIMADAMENTE EL 60% TIENEN DEPÓSITOS EN EL ÁREA RETROMOLAR. MCGOODWIN ENCONTRÓ GRÁNULOS DE DORDYCE EN EL 54% DE LOS NEGROS QUE ESTUDIÓ. TAMBIÉN SE HA COMUNICADO LA EXISTENCIA DE GLÁNDULAS SEBÁCEAS EN EL PALADAR, ENCSA, LENGUA Y EN LA PARED DE QUISTES DENTÍFICOS, EN LAS GLÁNDULAS SALIVALES PARÓTIDAS (APROXIMADAMENTE EL 20% AL 35%) Y EN LOS TUMORES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES. NO SE SABE QUÉ PAPEL JUEGAN ESTAS GLÁNDULAS, PERO MILES SUGIRIÓ QUE TAL VEZ -

CONTRIBUYAN CON UNA LIPASA AL MEDIO AMBIENTE BUCAL. MARTIN Y WALKER NO OBSERVARON NINGUNA CORRELACIÓN CON LA ARTERIOSCLEROSIS GENERAL.

LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS EN LA GLÁNDULA SALIVAL PARÓTIDA QUIZÁ GUARDEN RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE ESTAS ESTRUCTURAS EN LA MUCOSA BUCAL, YA QUE LA GLÁNDULA PARÓTIDA COMIENZA SU VIDA EMBRIONARIA EN EL ÁNGULO DEL ORIFICIO BUCAL Y SE EXTIENDE DORSALMENTE JUNTO CON EL ÓRGANO DE CHIEVITZ. SIN EMBARGO, UNA EXPLICACIÓN MÁS CONVINCENTE ES LA PLURIPOTENCIALIDAD DEL EPITELIO DE LOS CONDUCTOS INTERCALADOS.

MICROSCÓPICAMENTE

LOS GRÁNULOS DE FORDYCE SON GLÁNDULAS SEBÁCEAS RACIMOS TÍPICAS QUE CONSTAN DE UNO HASTA VEINTE LÓBULOS QUE SE ABREN DENTRO DE UN CONDUCTO COMÚN Y QUE DIFIEREN DE LAS QUE SE ENCUENTRAN EN LA PIEL SOLAMENTE POR LA AUSENCIA DE PELOS. LOS RACIMOS ESTÁN COMPUESTOS DE MASAS DE GRANDES CÉLULAS POLIÉDRICAS MUY APRETADAS. EL CITOPLASMA CERCANO AL CENTRO DE LOS LÓBULOS, ESTÁ CARGADO DE GLÓBULOS DE GRASA. LA DEGENERACIÓN DE ESTAS CÉLULAS DEJA SALIR A LA SUPERFICIE EL SEBO, QUE CONSTA DE GRASA, RESTOS CELULARES Y QUERATINA PRODUCIDA POR EL EPITELIO DEL CONDUCTO.

DIAGNÓSTICO

EL DIAGNÓSTICO SE BASA EN EL ASPECTO CLÍNICO Y EN LA SITUACIÓN CARACTERÍSTICA DE LAS LESIONES. ESTAS DEBEN DISTINGUIRSE DEL MILIO Y DEL XANTELASMA. EL PRIMER CUADRO CORRESPONDE A QUISTES PEQUEÑOS QUE CONTIENEN MATERIAL SEBÁCEO, EN EL PÁRPADO SUPERIOR Y EN LAS REGIONES MALAR Y TEMPORAL. EL XANTELASMA CONSISTE EN ZONAS ARRUGADAS Y ALARGADAS DE COLOR AGAMUZADO QUE SUELEN OCUPAR LOS TENDONES LAXOS DEBAJO DE LOS OJOS. EN CASO DUDOSO LA BIOPSIA RESUELVE LA SITUACIÓN.

TRATAMIENTO

EN GENERAL NO SE REQUIERE DE TRATAMIENTO. DEBE ASEGURARSE AL PACIENTE QUE ESTE TRASTORNO NO GUARDA RELACIÓN CON NINGÚN TUMOR MALIGNO. LAS LESIONES AISLADAS SE PUEDEN TRATAR POR CONGELACIÓN CON BIÓXIDO DE CARBONO, FULGURACIÓN O CAUTERIO.

CAPITULO VII

PÉNFIGO

EL PÉNFIGO ES UNA ENFERMEDAD GRAVE DE PIEL Y MUCOSAS, SE CARACTERIZA HISTOLÓGICAMENTE POR VESÍCULAS O AMPOLLAS INTRAEPITELIALES. HAY CUATRO SUBDIVISIONES DEL PÉNFIGO: PÉNFIGO VULGAR, PÉNFIGO VEGETANTE, PÉNFIGO ERITOMATOSO. AUNQUE SÓLO LAS FORMAS VULGAR Y VEGETANTE AFECTAN LA MUCOSA DE LA BOCA, DAREMOS UNA EXPLICACIÓN DE CADA UNO DE ELLOS. (FALTO DE MENCIONAR AL PÉNFIGO FOLIÁCEO), PÉNFIGO VULGAR: EL TIPO MÁS GRAVE, EL PÉNFIGO ORIGINABA CON FRECUENCIA LA MUERTE DEL PACIENTE ANTES DE LA ERA DE LOS CORTICOSTEROIDES. SE PRESENTA PRINCIPALMENTE A MITAD DE LA VIDA, PERO --- EXISTE UNA FORMA INFANTIL DEL PROCESO. LA FRECUENCIA SE HA SEÑALADO MAYOR EN JUDÍOS, ITALIANOS, GRIEGOS Y ÁRABES. LA ETIOLOGÍA ES DESCONOCIDA, PERO ESTUDIOS RECIENTES CULPAN UN MECANISMO INMUNOLÓGICO. EL PÉNFIGO VULGAR ES UNA ENFERMEDAD INTRAEPITELIAL. -- LA LESIÓN CLÁSICA DEL PÉNFIGO VULGAR ES UNA LESIÓN AMPOLLOSA DE PAREDES DELGADAS NACIDA EN PIEL Y MUCOSA POR LO DEMÁS NORMAL; -- LAS AMPOLLAS SE ROMPEN RÁPIDAMENTE Y SIGUEN EXTENDIÉNDOSE PERIFÉRICAMENTE, DEJANDO AMPLIAS ZONAS DENUDADAS. LA PRESIÓN SOBRE -- ÁREAS NO AFECTADAS ORIGINA UN DESLIZAMIENTO DE LA PIEL QUE SE -- SEPARA; ESTOS FENÓMENOS, LLAMADO SIGNO DE NIKOLSKY, ES CARACTERÍSTICO DEL PÉNFIGO VULGAR, PERO TAMBIÉN PUEDE OBSERVARSE EN LA EPIDERMÓLISIS AMPOLLOSA, LA ENFERMEDAD DE RITTERS Y EL EM GRAVE. HAY MUCHAS VARIACIONES DEL CURSO CLÍNICO, ALGUNOS PACIENTES DESARROLLAN LA ENFERMEDAD FULMINANTE AGUDA, PERDIENDO GRANDES ÁREAS DE PIEL Y MUCOSA EN POCOS DÍAS, PERO EN OTROS LA ENFERMEDAD SE -- DESARROLLO MÁS LENTAMENTE. CUANDO NO EXISTÍA EL TRATAMIENTO CORTICOSTEROIDE EL PÉNFIGO VULGAR ERA MORTAL, COMO YA LO MENCIONAMOS, ESTO SE DEBÍA POR INFECCIONES SECUNDARIAS O POR PERDIDA DE LÍQUIDOS O ELECTRÓLITOS A NIVEL DE LA PIEL.

LESIONES BUCALES

SE PRODUCEN LESIONES BUCALES EN CASI TODOS LOS PACIENTES DE PÉNFIL VULGAR; EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS LAS LESIONES BUCALES PROCEDEN A LAS DE LESIONES CUTÁNEAS. PISANTI ESTUDIÓ 76 PACIENTES CON PÉNFIL VULGAR; EL 56% TENÍAN LAS LESIONES INICIALES EN LA BOCA, EL 32% EN BOCA Y UNA ZONA CUTÁNEA; SOLAMENTE EL 12% TENÍAN LESIONES CUTÁNEAS AISLADAS COMO SIGNO INICIAL. LAS LESIONES BUCALES RARAMENTE MUESTRAN UNA FASE AMPOLLOSA. CASI SIEMPRE EMPIEZAN EN LA MUCOSA, FRECUENTEMENTE EN ZONAS DE TRAUMATISMO A LO LARGO DE ZONAS DE OCLUSIÓN. SE DESCAMA UNA DELGADA CAPA DE EPITELIO SEPARÁNDOSE EN FORMA IRREGULAR Y DEJANDO UNA BASE DESNUDA. LOS BORDES DE LAS LESIONES SIGUEN EXTENDIÉNDOSE PERIFÉRICAMENTE Y PUEDEN AFECTAR GRANDES PARTES DE LA MUCOSA BUCAL Y LABIAL. ES IMPORTANTE QUE EL CLÍNICO DISTINGA ESTAS LESIONES DE LAS CORRESPONDIENTES A LA ESTOMATITIS AFTOSA. LAS LESIONES DE SAR SUELEN SER GRAVES, PERO CURAN Y RECIDIVAN. EN EL PÉNFIL LAS LESIONES SIGUEN EXTENDIÉNDOSE PERIFÉRICAMENTE. LAS LESIONES DEL PÉNFIL NO SON REDONDAS Y SIMÉTRICAS COMO LAS DE SAR, SINO SUPERFICIALES E IRREGULARES. EN ETAPAS TEMPRANAS DE LA ENFERMEDAD, EL DESLIZAMIENTO DEL EPITELIO BUCAL SE PARECE AL DESPELEJAMIENTO DESPUÉS DE UNA QUEMADURA GRAVE. TODAS LAS REGIONES DE LA BOCA PUEDEN ESTAR AFECTADAS, INCLUYENDO LAS ENCIAS. EN ALGUNOS CASOS LAS LESIONES GINGIVALES PUEDEN SER EL SIGNO INICIAL.

PRUEBAS DE LABORATORIO

CUALQUIER PACIENTE CON LESIONES BUCALES MÚLTIPLES CRÓNICAS DEBE INTERROGARSE BUSCANDO LA PRESENCIA DE AMPOLLAS CUTÁNEAS. SI SE DESCUBRE UNA LESIÓN CUTÁNEA, DEBE MANDARSE AL DERMATÓLOGO PARA EFECTUAR UNA BIPSIA. SI LAS LESIONES ESTAN LIMITADAS A LA BOCA, HAY QUE TOMAR BIOPSIAS BUCALES. ESTAS BIOPSIAS SE TOMARÁN DE PREFERENCIA DE VESÍCULAS Y AMPOLLAS INTACTAS, DE MENOS DE 24 HORAS DE EDAD; COMO ESTAS LESIONES SON RARAS EN LA MUCOSA BUCAL, LA BIOPSIA DEBE TOMARSE DEL BORDE QUE AVANZA DE LA LESIÓN, DONDE PUE

DE OBSERVARSE ZONAS CARACTERÍSTICAS DE ACANTÓISIS POR EL PATÓLOGO. LAS BIOPSIAS TOMADAS DEL CENTRO DE UNA ZONA DEHUDADA HISTOLÓGICAMENTE RESULTAN INESPECÍFICAS, IGUAL QUE CLÍNICAMENTE. EN OCASIONES, HABRÁ QUE TOMAR VARIAS BIOPSIAS ANTES DE PODER ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO SEGURO. SI EL PACIENTE MUESTRA POSITIVO EL SIGNO DE NIKOLSKY, PUEDE EJERCERSE PRESIÓN SOBRE LA MUCOSA PARA PRODUCIR UNA NUEVA LESIÓN Y ESTA LESIÓN FRESCA PUEDE SOMETERSE A BIOPSIA. EL EXAMEN CITOLÓGICO, DESCRITO POR ARNAULT TZANCK, PUEDE SER ÚTIL PARA DIAGNÓSTICO DEL PÉNFIGO VULGAR, AUNQUE LOS RESULTADOS NO SON TAN DEFINITIVOS COMO LOS DE LA BIOPSIA. LA CITOLOGÍA HA SIDO MUY ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO DEL PÉNFIGO BUCAL. PUEDEN EMPLEARSE LAS TÉCNICAS DESCRITAS A CONTINUACIÓN. SE RASPA UNA LESIÓN FRESCA CON EL EXTREMO DE UNA ESPÁTULA. EL MATERIAL SE EXTIENDE SOBRE DOS PORTAOBJETOS QUE SE FIJAN CON ALCOHOL METÍLICO Y SE TIÑEN CON GIEMSA O COLORACIÓN DE PAPANICOLAOU. CUANDO EL FROTIS ES POSITIVO, SE OBSERVAN VARIAS CÉLULAS EPITELIALES AISLADAS ACANTOLÍTICAS REDONDAS, CON NÚCLEOS GRANDES, QUE SE TIÑEN INTENSAMENTE Y NÚCLEOS MANIFIESTOS. TAMBIÉN SE HAN DESCRITO RECIENTEMENTE PRUEBAS INDIRECTAS DE ANTICUERPOS INMUNOFLORESCENTE, ÚTILES PARA DISTINGUIR EL PÉNFIGO DEL PENFIGOIDE. EN ESTA TÉCNICA, EL SUERO DE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD AMPOLLOSA SE COLOCA SOBRE UN PORTAOBJETO PREPARADO DE UNA ESTRUCTURA EPIDÉRMICA, POR EJEMPLO ESÓFAGO DE CODAYO. EL PORTAOBJETO LUEGO SE RECUBRE CON GLOBULINA GAMMA ANTIHUMANA MARCADA CON FLUORESCINA. LA MAYOR PARTE DE LOS PACIENTES CON PÉNFIGO VULGAR DEMOSTRARÁN ANTICUERPOS ANTICÉLULA ESPINOSA. EL TÍTULO DEL ANTICUERPO SE HA RELACIONADA DIRECTAMENTE CON EL NIVEL DE ACTIVIDAD CLÍNICA. TAMBIÉN SE HA DESCRITO UNA PRUEBA DIRECTA PARA ANTICUERPO ANTICÉLULA ESPINOSA, UTILIZANDO EL PROPIO TEJIDO DEL PACIENTE.

MICROSCÓPICAMENTE

LA VESÍCULA SUELE SER SUPRABASILAR Y CONTIENE CÉLULAS ACANTOLÍTICAS ASÍ COMO UN NÚMERO VARIABLE DE CÉLULAS INFLAMATORIAS INESPECÍFICAS

CAS, ENTRE LAS QUE EXISTE UN MODERADO NÚMERO DE EOSINÓFILOS. EL ESTUDIO ULTRAMICROSCÓPICO DE LAS CÉLULAS ACANTOLÍTICAS LO DESCRIBIERON WILGRAM Y COLABORADORES. UNA EXTENSIÓN TEÑIDA DE LA BASE DE UNA AMPOLLA RECIÉN ROTA REVELA LA PRESENCIA DE CÉLULAS ACANTOLÍTICAS HIPERCROMÁTICAS AISLADAS O APELTONADAS. EN CASO POSITIVO, LA PRUEBA DE Tzanck ES MUY SUGESTIVA, AUNQUE NO ABSOLUTAMENTE PATOGNÓMICA DE PÉNFIGO. PUEDEN VERSE RARAS VECES PRUEBAS FALSA MENTE POSITIVAS EN LOS PROCESOS VESICULOSOS SUBEPITELIALES EN LOS QUE SE HA PRODUCIDO LA REPARACIÓN EPIDÉRMICA EN LA BASE. LAS CÉLULAS ACANTOLÍTICAS Y LAS CÉLULAS EPITELIALES EN EL SUERO DE LA VESÍCULA SON RICAS EN ARN. LA DERMIS SUPERIOR O EL CORION SUELEN REVELAR GRADOS VARIABLES DE INFLAMACIÓN QUE CONTIENEN UN NÚMERO MODERADO DE EOSINÓFILOS. A VECES, HAN DE EFECTUARSE MÚLTIPLES -- BIOPSIAS O EXTENSIONES PARA ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO.

TRATAMIENTO

SIEMPRE QUE SE ESTABLECE EL DIAGNÓSTICO DE PÉNFIGO, HAY QUE EMPEZAR INMEDIATAMENTE EL TRATAMIENTO CON DOSIS ELEVADAS DE CORTICOSTEROIDES POR VIA GENERAL. LA DOSIS INICIAL NECESARIA PARA SUPRIMIR LA FORMACIÓN DE LESIONES, SUELE SER MAYOR DE 100 MG. DE PREDNISON AL DÍA. COMO ESTE TRATAMIENTO SUELE TENER QUE PROLONGAR, -- EL PACIENTE DEBE MANDARSE A UN CLÍNICO EXPERIMENTADO EN EL USO DE ESTEROIDES EN DOSIS ELEVADAS Y POR PARGO TIEMPO. LEVER Y GOLDBERG HAN UTILIZADO ANTIMETABÓLICOS COMO EL METROTOXATO PARA TRATAR PACIENTES DE PÉNFIGO RESISTENTE A LOS ESTEROIDES. OTROS AUTORES -- HAN UTILIZADO ANTIMETABOLITOS PARA DISMINUIR LA DOSIS NECESARIA -- DE ESTEROIDES.

PENFIGO VEGETANTE. SE TRATA DE UNA VARIANTE RELATIVAMENTE BENIGNA DEL PÉNFIGO VULGAR EN LA CUAL EL PACIENTE MUESTRA CAPACIDAD DE CURAR LAS ZONAS DENUDADAS. SE RECONOCEN DOS FORMAS DE PÉNFIGO VEGETANTE; EL TIPO NEUMANN Y EL TIPO HALLOPEAU. EL TIPO NEUMANN ES MÁS FRECUENTE; LAS LESIONES INICIALES SON SIMILARES A LAS QUE SE OBSERVAN EN EL PÉNFIGO VULGAR, CON GRANDES AMPOLLAS Y ZONAS DENU-

DADAS. ESTAS ÁREAS INTENTAN CURAR DESARROLLANDO VEGETACIONES DE TEJIDOS DE GRANULACIÓN HIPERPLÁSICO. EL TIPO DE HALLOPEAU, LA LESIÓN INICIAL SON PÚSTULAS, NO AMPOLLAS; ESTAS PÚSTULAS VAN SEGUIDAS DE VEGETACIONES HIPERQUERATÓSI CAS VERRUGOSAS.

LESIONES BUCALES

LAS LESIONES BUCALES SON FRECUENTES EN AMBAS FORMAS DE PÉNFIGO VEGETANTE Y PUEDE CONSTITUIR EL SIGNO INICIAL DE LA ENFERMEDAD. RICE DESCRIBIÓ UN CASO DE PÉNFIGO VEGETANTE EN EL CUAL LAS LESIONES INICIALES ESTABAN EN LA ENCIA. LAS LESIONES GINGIVALES SE DESCRIBIERON COMO ÚLCERAS EN ENCAJE, CON SUPERFICIE PURULEN TA SOBRE UNA BASE ROJA. SCHWEERS DESCRIBIÓ LAS LESIONES GINGIVALES CON ASPECTO GRANULOSO O DE EMPEDRADO. SEÑALÓ LESIONES BUCALES EN LA MUCOSA DE BOCA Y SUBLINGUAL. LAS LESIONES ESTABAN SOBRE BASE ERITOMATOSA Y TENÍAN UNA SUPERFICIE VELLOSA CON PLACAS BLANCAS. COMO EN EL PÉNFIGO VULGAR, LA ÍNDOLE CRÓNICA DE LAS LESIONES BUCALES MÚLTIPLES SUGIERE PÉNFIGO Y OBLIGA A EFECTUAR UNA BIOPSIA.

MICROSCÓPICAMENTE

SE CARACTERIZA POR UNA FORMACIÓN VESICULOSA MENOS PROMINENTE, POR UNA MODERADA ACANTÓISIS Y POR UNA INTENSA INFLAMACIÓN QUE PUEDE CONducIR A LA FORMACIÓN DE ABSCESOS INTRAEPITELIALES QUE CONTIENE: NUMEROSOS EOSINÓFILOS. LAS MEMBRANAS MUCOSAS ESTÁN A MENUDO AFECTADAS Y PUEDEN MOSTRAR VEGETACIONES, EN ESPECIAL EN EL BORDE DE LOS LABIOS.

PENFIGO FOLIACEO

EL PÉNFIGO FOLIACEO ES MENOS GRAVE QUE EL PÉNFIGO VULGAR Y EL PÉNFIGO VEGETANTE. SUELE DURAR AÑOS, CAMBIANDO RARAMENTE, POR NO DECIR NUNCA, A LAS VARIANTES MÁS GRAVES. LAS LESIONES ORALES SON RARAS.

MICROSCÓPICAMENTE

LAS VESÍCULAS SON MENOS EVIDENTES Y GENERALMENTE SE LOCALIZAN EN LAS CAPAS ESPINOSAS SUPERIORES. EXISTE ACANTÓLISIS DE LAS CÉLULAS DE LA CAPA GRANULAR Y DE LAS PORCIONES SUPERIORES DE LA RED DE MALPIGHI.

PENFIGO ERITOMATOSO

EL PÉNFIGO ERITOMATOSO, LA FORMA MENOS GRAVE DE PÉNFIGO, SE PARECE CLÍNICAMENTE A LA DESCAMACIÓN Y ENROJECIMIENTO DE LA DERMATITIS SEBORREICA Y SUELE ESTAR DISTRIBUIDA POR LA CARA, CUERO CABELLUDO Y PARTE SUPERIOR DEL TRONCO. EN LA CARA, PRESENTA LA DISTRIBUCIÓN EN MARIPOSA DEL LUPUS ERITOMATOSO. LAS LESIONES ORALES SON RARAS, SI ES QUE SE OBSERVAN ALGUNA VEZ. EL CUADRO HISTOLÓGICO ES SIMILAR AL DEL PÉNFIGO FOLÍACEO.

PENFIGOIDE AMPOLLOSO

SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD QUE SE PRESENTA PRINCIPALMENTE EN NIÑOS DE MENOS DE CINCO AÑOS DE EDAD Y ADULTOS DE MÁS DE 60 AÑOS DE EDAD. EL EFECTO INICIAL NO ES INTRAEPITELIAL, COMO OCURRE EN EL PÉNFIGO VULGAR, SINO SUBEPITELIAL A NIVEL DE LA MEMBRANA BASAL. NO HAY ACANTÓLISIS NI SIGNO DE NIKOLISKY. LA ENFERMEDAD RARAMENTE PONE LA VIDA EN PELIGRO, PORQUE LAS AMPOLLAS NO SE EXTIENDEN EN LA PERIFERIA PARA FORMAR GRANDES ÁREAS DENUDADAS, COMO OCURRE EN EL PÉNFIGO. LAS LESIONES DE PENFIGOIDE AMPOLLOSO SIGUEN LOCALIZADAS Y CURAN ESPONTÁNEAMENTE. LA ETIOLOGÍA DE ESTA ENFERMEDAD ES DESCONOCIDA. PERO SE HA DESCRITO ANTICUERPOS CIRCULANTES CONTRA EL ANTIGENO DE UNA ZONA DE MEMBRANA BASAL. NO SE HA OBSERVADO PREDISPOSICIÓN SEXUAL O RACIAL.

LESIONES BUCALES

LA PARTICIPACIÓN BUCAL EN EL PÉNFIGO AMPOLLOSO ES MENOS FRECUENTE

QUE EN EL PÉNFIGO Y MENOS PROBABLE EL PRESENTARSE ANTES DE LESIONES CUTÁNEAS. LEVER INFORMÓ DE 33 PACIENTES CON PÉNFIGO AMPOLLOSO. - HABÍA LESIONES BUCALES EN 11. EN TRES CASOS LAS LESIONES BUCALES SE PRESENTARON ANTES QUE LAS CUTÁNEAS. LAS LESIONES BUCALES CASI SIEMPRE ESTADAN EN LA MUCOSA DE LA BOCA. LAS LESIONES BUCALES DE PÉNFIGOIDE SON MENORES, SE FORMAN MÁS LENTAMENTE Y SON MENOS DOLO ROSAS QUE LAS OBSERVADAS EN EL PÉNFIGO VULGAR. LA PARTICIPACIÓN- LABIAL EXTENSA OBSERVADA EN EL PÉNFIGO TAMPOCO EXISTE. SHKLAR PU BLICÓ UN CASO DE PENFIGOIDE AMPOLLOSO CON LESIONES CUTÁNEAS Y GIN GIVITIS DESCAMATIVAS. LAS LESIONES GINGIVALES CONSISTÍAN EN EDE- MA GENERALIZADO, INFLAMACIÓN Y DESCAMACIÓN, CON ZONAS LOCALIZADAS DE FORMACIÓN DISCRETA DE VESÍCULAS. ESTO ES SIMILAR A LAS LESIO- NES BUCALES CARACTERÍSTICAS DEL PENFIGOIDE BENIGNO DE LAS MEMBRA- NAS.

PRUEBAS DE LABORATORIO

HAY QUE EFECTUAR UNA BIOPSIA PARA DISTINGUIR ESTA ENFERMEDAD DEL- PÉNFIGO, ESPECIALMENTE EN LAS PRIMERAS ETAPAS, CUANDO LAS DIFEREN- CIAS CLÍNICAS SON DIFÍCILES. LA HISTOLOGÍA MOSTRARÁ LA FORMACIÓN DE AMPOLLAS SUPREPITELIALES, EN CONTRASTE CON LAS LESIONES INTRAE- PITELIALES OBSERVADAS EN EL PÉNFIGO. LA PRUEBA INDIRECTA DE ANTI CUERPO INMUNOFLORESCENTE DEMOSTRARÁ ANTICUERPO CIRCULANTE CONTRA ANTIGENOS DE MEMBRANA BASAL (EN CONTRASTE CON LOS ANTICUERPOS --- CONTRA CÉLULA ESPINOSA OBSERVADOS EN EL PÉNFIGO). ESTO PUEDE DIS- TINGUIR LA LESIÓN DEL PÉNFIGO, ASÍ COMO DE OTROS PENFIGOIDES BE-- NIGNOS DE MUCOSA. LOS FROTIS TZANCK SON NEGATIVOS PARA CÉLULAS - ACANTOLÍTICAS.

TRATAMIENTO

EL EMPLEO DE CORTICOIDES POR VÍA GENERAL, SUELE RESULTAR NECESA-- RIO PARA TRATAR EL PÉNFIGOIDE AMPOLLOSO, AUNQUE LAS DOSIS SON ME-- NORES Y SE DAN POR MENOR TIEMPO QUE EN CASO DE PÉNFIGO.

PENFIGOIDE BENIGNO DE MUCOSA

EL PENFIGOIDE BENIGNO DE MUCOSA (BMMP) SE DISTINGUIÓ INICIALMENTE DEL PENFIGOIDE AMPOLLOSO, PORQUE LAS LESIONES SE LIMITAN ESTRICTAMENTE A LAS SUPERFICIES MUCOSAS. ESTUDIOS RECIENTES UTILIZANDO MICROSCOPIO INMUNOFLORESCENTE HAN DEMOSTRADO QUE SE TRATA DE UNA ENTIDAD PATOLÓGICA SEPARADA. EL SUERO DE PACIENTES CON PENFIGOIDE AMPOLLOSO TIENE ANTICUERPOS CONTRA MEMBRANA BASAL, PERO EL SUERO DE PACIENTES CON BMMP NO LOS POSEE. ESTO SUGIERE QUE LAS DOS ENFERMEDADES TIENEN ETIOLOGIAS DIVERSAS. BMMP ES UNA ENFERMEDAD QUE SE PRESENTA SOBRE TODO EN PACIENTES DE MÁS DE 50 AÑOS DE EDAD. LAS MUJERES ESTAN AFECTADAS DOS VECES MÁS FRECUENTEMENTE QUE LOS VARONES. LAS LESIONES SON VESÍCULAS SUBEPITELIALES QUE SE PRESENTAN EN CUALQUIER SUPERFICIE O MUCOSA Y QUE PUEDEN DEJAR CICATRICES EN LA REGIÓN AFECTADA. ESTO ES PARTICULARMENTE GRAVE CUANDO LOS AFECTADOS SON LOS OJOS. PUEDEN DESARROLLARSE ADHERENCIAS ENTRE LA CONJUNTIVA BULBAR Y LA PALPEBRAL Y ES FRECUENTE LA LESIÓN DE LA CórNEA. TAMBIÉN PUEDEN PRESENTARSE LESIONES EN LAS MUCOSAS DE GENITALES, NARIZ, LARINGE, FARINGE, Y ANO. LA PARTICIPACIÓN DEL ESÓFAGO PUEDE ORIGINAR ESTENOSIS QUE DIFICULTE LA DEGLUCIÓN. SE HA DESCRITO LA PARTICIPACIÓN CUTÁNEA DE BMMP, PERO EN MUCHOS CASOS NO SE LLEVÓ A CABO UN ESTUDIO CUIDADOSO PARA EXCLUIR LA POSIBILIDAD DE PÉNFIGO AMPOLLOSO. PREFERIMOS LIMITAR EL TÉRMINO BMMP A CASOS DE VESÍCULAS SUBEPITELIALES LIMITADOS A LA MUCOSA EN LOS CUALES NO PUEDEN DESCUBRIRSE ANTICUERPO CONTRA CÉLULA ESPINOSA O CONTRA MEMBRANA BASAL EN EL SUERO POR MICROSCOPIO FLUORESCENTE.

LESIONES BUCALES

SON LO MÁS FRECUENTE EN EL BMMP Y PUEDEN CONSTITUIR LA ÚNICA AFECCIÓN LOCAL. LEVER HA PUBLICADO LOS DATOS DE 30 PACIENTES CON BMMP; HABÍA LESIONES BUCALES EN 27 DE ELLOS. LA PARTICIPACIÓN DE

LA CONJUNTIVA SE OBSERVÓ EN 23 PACIENTES. EL PROMEDIO DE EDAD, - AL INICIARSE LA ENFERMEDAD, ERA DE 60 AÑOS. LAS LESIONES DE BMMP PUEDEN EMPEZAR EN FORMA DE EROSIONES INESPECÍFICAS SIMILARES A -- LAS DEL PÉNFIGO O COMO VESÍCULAS INTACTAS. LAS PROBABILIDADES DE OBSERVAR VESÍCULAS INTACTAS EN EL BMMP SON MAYORES QUE EN EL PÉNFIGO, PUES LAS LESIONES TIENEN PAREDES MÁS GRUESAS, POR SER SUBEPITELIALES, QUE CUANDO SON INTRAEPITELIALES. EN LA EXPERIENCIA - DEL AUTOR, NO ES RARO OBSERVAR EROSIONES EN LOS CARRILLOS Y VESÍCULAS EN EL PALADAR, BMMP ES UNA ENFERMEDAD DE DESARROLLO MÁS -- LENTO QUE EL PÉNFIGO. LAS LESIONES SON MENORES Y SE EXTIENDEN -- MENOS PERIFÉRICAMENTE. LOS PACIENTES DE PÉNFIGO PUEDEN TENER LA MAYOR PARTE DE LA MUCOSA BUCAL DENUDADA, PERO EN CASO DE BMMP --- SOLO HAY ZONAS LOCALIZADAS AFECTADAS. LAS LESIONES GINGIVALES DE BMMP SE HAN DESCRITO COMO UNA FORMA DE GINGIVITIS DESCAMATIVA. EN ALGUNOS CASOS SE LIMITAN A LAS ENCÍAS Y MCCARTHY HA SUGERIDO QUE EN TODOS LOS CASOS DE GINGIVITIS DESCAMATIVA HABÍA QUE INCLUIR EL BMMP COMO CAUSA POSIBLE.

TRATAMIENTO

DEPENDE DE LA GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS. TODOS LOS PACIENTES ---- DEBEN VALORARSE PERIÓDICAMENTE POR UN OFTALMÓLOGO, EN BUSCA DE PO SIBLE PARTICIPACIÓN OCULAR. LA ELECCIÓN OCULAR SE TRATA CON CORTICOSTEROIDES POR VÍA GENERAL. CUANDO LAS LESIONES ESTÁN LIMITADAS A LA MUCOSA BUCAL. LOS CORTICOSTEROIDES SUPRIMIRÁN SU FORMACIÓN, PERO EL CLÍNICO HA DE PESAR LOS BENEFICIOS POSIBLES CONTRA LOS PELIGROS DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA DROGA. A DIFERENCIA DEL PÉNFIGO BMMP NO ES UNA ENFERMEDAD MORTAL, HAY QUE VALORAR CUIDADOSAMENTE EL EMPLEO PROLONGADO DE ESTEROIDES PARA TRATAMIENTO. EN MUCHOS CASOS SERÁN ÚTILES PREPARADOS TÓPICOS DE ESTEROIDES PERO EN OCASIONES RESULTARÁ NECESARIO EL EMPLEO POR VÍA GENERAL - DURANTE UNA FASE AGUDA. LAS DOSIS ELEVADAS NECESARIAS PARA CURAR EL PÉNFIGO NO SE NECESITAN AQUÍ. UNA DOSIS DE 20 O 30 MG. DE --- PREDNISONA AL DÍA SUELE SUPRIMIR LA ENFERMEDAD. EN TRES O CUATRO

DÍAS PUEDE DISMINUIRSE LENTAMENTE LA DOSIS. ESTE TRATAMIENTO GENERAL PUEDE SUPRIMIRSE LENTAMENTE EN DOS O TRES SEMANAS. EL TRATAMIENTO QUIZÁ NECESARIO UNA O DOS VECES AL AÑO DURANTE EPISODIOS INTENSOS DOLOROSOS, PERO ES PREFERIBLE A LA TERAPÉUTICA CONTINUA, SI SE UTILIZAN CORTICOSTEROIDES POR VÍA GENERAL DURANTE MÁS DE DOS O TRES SEMANAS, HAY QUE DARLOS EN DÍAS ALTERNOS SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, PARA DISMINUIR EL PELIGRO DE SUPRESIÓN SUPRARRENAL.

CAPITULO VIII

LUPUS ERITOMATOSO

EL LUPUS ERITOMATOSO PRESENTA UN AMPLIO ESPECTRO CLÍNICO QUE VARIA DESDE EL TIPO DISCOIDE CRÓNICO NO GENERALIZADO ESENCIALMENTE LIMITADO A LA PIEL, HASTA LAS FORMAS GENERALIZADAS, CARACTERIZADAS POR LESIONES VISCERALES CON AFECTACIÓN CUTÁNEA A SIN ELLA.

AHORA BIÉN AUNQUE ES MÁS FRECUENTE EL TIPO DISCOIDE CRÓNICO QUE EL GENERALIZADO AGUDO Y SUBAGUDO, SE TRATARÁN A TODOS EN ESTE CAPÍTULO. EL LUPUS ERITOMATOSO DISCOIDE CRÓNICO ES UNA ENFERMEDAD MUY FRECUENTE EN LA PIEL Y SE ENCUENTRA EN UN 15% A 25% DE ESTOS SUJETOS EN LA MUCOSA ORAL. ES MÁS FRECUENTE EN LAS MUJERES QUE EN LOS VARONES Y AUNQUE PUEDE PRESENTARSE EN PERSONAS DE TODAS LAS EDADES, ES MÁS FRECUENTE ENTRE LOS 20 Y LOS 40 AÑOS.

EL LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO, ES UNA ENFERMEDAD CON PARTICIPACIÓN DE ÓRGANOS DIVERSOS. UN PACIENTE PUEDE PRESENTARSE CON DERMATITIS Y ENFERMEDAD RENAL; OTRO CON ARTRITIS, ANEMIA Y PLEURESÍA. POR LO TANTO, SIEMPRE QUE UN PACIENTE MUESTRA SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PARTICIPACIÓN DE VARIOS ÓRGANOS, HAY QUE PENSAR EN EL LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, ESPECIALMENTE EN UNA MUJER DE 20 A 40 AÑOS DE EDAD.

ETIOLOGIA

POCO SE CONOCE SOBRE SU CAUSA. ENTRE LAS MUCHAS TEORÍAS HAY LAS SIGUIENTES; TEORÍA ALÉRGICA. SE HA CONSIDERADO PORQUE LAS CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD, ESPECIALMENTE LA ANGITIS, SON SOSPECHOSAS DE UN PROCESO ALÉRGICO. LA TEORÍA PARECE CONFIRMARSE AL OBSERVAR QUE REACCIONES A DETERMINADAS DROGAS, COMO HIDRALACINA O DILANTINA, PUEDEN PROVOCAR UNA ENFERMEDAD PARECIDA AL LUPUS. SIN EMBARGO, ESTA ENFERMEDAD DE ORIGEN MEDICAMENTOSO DESAPARECE DESPUÉS DE INTERRUPTIR LA MEDICACIÓN.

TEORÍA BIOQUÍMICA. LA TEORÍA DE EFECTOS BIOQUÍMICOS PARECE CON--

FIRMADA AL DESCUBRIR UN AUMENTO EN LA ELIMINACIÓN DE PRODUCTOS -- METABÓLICOS EN CIERTOS PACIENTES CON LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO COMO EN OTRAS ENFERMEDADES DE LA COLÁGENA. LAS SUBSTANCIAS -- MÁS ESTUDIADAS HAN SIDO TIROSINA Y FENIL ALANINA.

TEORÍA INFECCIOSA. LA TEORÍA DE LA INFECCIÓN COMO CAUSA PRIMARIA DE LUPUS ERITOMATOSO SE HAN ENFOCADO EN EL PASADO HACIA EL BACILO TUBERCULOSO Y LOS ESTREPTOCOCOS. INVESTIGACIONES EN CURSO ACTUALMENTE SE REFIEREN A MICOPLASMAS Y VIRUS. SE HAN AISLADO ESPECIES DE MICOPLASMA DE BIOPSIAS DE RIÑÓN Y MÉDULA ÓSEA EN PACIENTES CON LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO Y SE HAN DESCRITO PARTÍCULAS DE ASPECTO VIRAL EN MICROGRAFÍAS ELECTRÓNICAS DE TEJIDOS DE ENFERMOS -- CON LUPUS ERITOMATOSO. ALGUNOS INVESTIGADORES CREEN QUE LOS AUTO ANTICUERPOS RESULTAN DE UNA REACCIÓN DEL MICROORGANISMO CON TEJIDOS CORPORALES NORMALES QUE COMBIAN SU PODER ANTIGÉNICO; EL RESULTADO ES LA FORMACIÓN DE ANTICUERPO.

TEORÍA AUTOINMUNE.

TEORÍA ENDOCRINA. FUÉ SUGERIDA PRIMERAMENTE POR EL AUMENTO DE CASOS DE LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO EN MUJERES DE EDAD REPRODUCTORA Y POR INFORMES DE AUMENTO DE FRECUENCIA CON EL EMPLEO DE --- ANTICONCEPTIVOS. PERO LA TERAPÉUTICA CON ANDRÓGENOS Y LA SUPRE--- SIÓN DE ANTICONCEPTIVOS POR VÍA BUCAL, NO HA CAMBIADO EL CURSO DE LA ENFERMEDAD.

SINTOMAS

LOS SÍNTOMAS NO SON MUY EXPRESIVOS; EL ENFERMO PUEDE QUEJARSE DE UN LIGERO DOLOR O MOLESTÍA O PUEDE ESTAR TOTALMENTE ASINTOMÁTICO. LOS SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES SON RAROS. CUANDO HAY FIEBRE AR--- TRALGIAS Y LEUCOPENIA SE PENSARÁ EN OTROS TIPOS DE LUPUS ERITOMATOSO.

CARACTERISTICAS CLINICAS

LUPUS ERITOMATOSO DISCOIDE CRÓNICO; ESTE TIPO SE CARACTERIZA POR LESIONES CÚTANEAS, ESPECIALMENTE EN LA PIEL DE LA NARIZ Y DE LAS EMINENCIAS MALARES (FORMA DE MARIPOSA, PERO ESTE EXANTEMA MALAR --

NO SIEMPRE SE PRESENTA NI ES PATONOGMÓTICO DE LUPUS ERITOMATOSO - DISCOIDE CRÓNICO, TAMBIÉN SE PUEDE OBSERVAR EN OTRAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS, COMO LA DERMATITIS SEBORREICA). TAMBIÉN PUEDEN - AFECTARSE EL CUERO CABELLUDO, LAS OREJAS Y LAS MANOS, LAS LESIONES CUTÁNEAS CONSISTEN EN PLACAS ERITOMATOSAS BIEN DEFINIDAS, ESCAMAS QUERATÓICAS ADHERENTES Y TAPONES FOLICULARES. ADEMÁS, LAS LESIONES ANTIGUAS PRESENTAN CICATRICES ATRÓFICAS. CON RESPECTO A LA - FRECUENCIA DE LAS MANIFESTACIONES ORALES EN TODOS LOS TIPOS DE -- LUPUS ERITOMATOSO LAS CIFRAS DE LA LITERATURA VARIAN DESDE UN 5 % AL 50%. HABITUALMENTE, LA AFECTACIÓN DE LA MUCOSA ORAL EN EL --- TIPO DISCOIDE EMPIEZA CON LESIONES ERITOMATOSAS, A VECES CON IN--- FILTRADOS LIGERAMENTE ELEVADOS Y SIN INDURACIÓN. A DIFERENCIA DE LAS LESIONES DEL LABIO, LAS DE LA MUCOSA ORAL NO PASAN POR UN --- ESTADO DE FORMACIÓN DE ESCAMAS. SE PRODUCE QUERATINIZACIÓN, QUE SUELE MANIFESTARSE COMO UNA ZONA MÁS O MENOS ESTRECHA QUE RODEA - UNA LESIÓN ROJA ATRÓFICA. LA ZONA DE QUERATOSIS SE DISEMINA EN - LA PERIFERIA EN FORMA DE PEQUEÑAS LÍNEAS BLANCAS PARALELAS. POR FUERA DE ESTA ZONA PUEDE APRECIARSE LA IRRADIACIÓN DE ALGUNOS --- VASOS HIPERÉMICOS. LA MUCOSA BUCAL ES EL LUGAR DONDE ASIENTAN - CON MAYOR FRECUENCIA LAS MANIFESTACIONES ORALES DEL LUPUS ERITOMA TOSO DISCOIDE. EN ORDEN DE FRECUENCIA SE AFECTAN LA ENCÍA (APÓFI SIS Y CRESTA ALVEOLAR), LA MUCOSA LABIAL Y EL BORDE BERMEJO. LA PRIMERA ETAPA DE LA AFECTACIÓN DEL BORDE BERMEJO SE CARACTERIZA - POR UNA ZONA DE ERITOMA DIFUSA O LOCALIZADA CON ALGUNAS, TELANGI CTA SIAS. AL CABO DE CIERTO TIEMPO APARECE UNA DESCAMACIÓN ADHE-- RENTE, INDURADA Y QUERATÓICA Y CUANDO LA LESIÓN ESTÁ TOTALMENTE ESTABLECIDA SE APRECIAN PEQUEÑAS MANCHAS BLANCAS. LAS MANCHAS -- BLANCAS REPRESENTAN LO QUE HISTOLÓGICAMENTE SE DENOMINA TAPONES - CÓRNEOS. ALGUNOS AUTORES HAN DESCRITO EL DESARROLLO DE CÁNCER EN LESIONES DE LUPUS ERITOMATOSO DISCOIDE LOCALIZADAS EN EL BORDE -- BERMEJO Y AL PARECER LOS HOMBRES SON MÁS PROPENSOS QUE LAS MUJE-- RES A DESARROLLAR UN CÁNCER EN LAS LESIONES ORALES. EN UN GRUPO DE 32 ENFERMOS CON LESIONES ORALES DE TIPO DISCOIDE SE DESCUBRIÓ QUE EL TIEMPO MEDIO DE DURACIÓN EN EL MOMENTO DEL INGRESO ERA DE-

4.2 AÑOS. EL 75% DE ESTOS PACIENTES SE QUEJABAN DE UNA SENSACIÓN QUEMANTE AL TOMAR ALIMENTOS CALIENTES Y PICANTES COMO SÍNTOMA MÁS COMÚN. EN MÁS DE LA MITAD DE LOS CASOS LAS LESIONES ORALES ESTABAN INFECTADAS POR LEVADURAS. EN 21 PACIENTES HABÍA LESIONES CUTÁNEAS, MIENTRAS QUE 11 SÓLO PRESENTABAN LESIONES ORALES.

LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO. ES UNA ENFERMEDAD CON PARTICIPACIÓN DE ÓRGANOS DIVERSOS. UN PACIENTE PUEDE PRESENTARSE CON DERMATITIS Y ENFERMEDAD RENAL; OTRO CON ARTRITIS, ANEMIA Y PLEURE--SÍA. POR LO TANTO, SIEMPRE QUE UN PACIENTE MUESTRA SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PARTICIPACIÓN DE VARIOS ÓRGANOS, HAY QUE PENSAR EN LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, ESPECIALMENTE EN UNA MUJER DE 20 A 40 AÑOS DE EDAD. OTRAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS IMPORTANTES DE LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO INCLUYEN - ARTRITIS, QUE PUEDE SER MIGRATORIA COMO EN LA FIEBRE REUMÁTICA, O DEFORMANTE, COMO EN LA ARTRITIS REUMATOIDE; TAMBIÉN SON POSIBLES - LINFADENOPATÍAS, ATROFIA MUSCULAR, PERICARDITIS, INFILTRADOS PULMONARES, CONVULSIONES Y PSICOSIS. LA PARTICIPACIÓN RENAL, EN FORMA DE DESTRUCCIÓN GLOMERULAR, SE OBSERVA EN LA MITAD, APROXIMADAMENTE, DE LOS PACIENTES Y LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD RENAL MUCHAS VECES ES BUENA INDICACIÓN DEL PRONÓSTICO. LA GLOMERULONEFRITIS - RESULTA DEL DEPÓSITO DE COMPLEMENTO Y ANTICUERPOS EN LA MEMBRANA-BASAL DEL GLOMÉRULO. EL SÍNDROME NEFRÓTICO DEPENDE DE DESTRUCCIÓN MASIVA Y ES CAUSA COMÚN DE MUERTE EN EL LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO. LOS DATOS MÁS IMPORTANTES, CON EXÁMENES DE LABORATORIO, - INCLUYEN TROMBOCITOPENIA, QUE A VECES ES TAN GRAVE QUE PROVOCA -- PÚRPURA, VALORES ALTOS DE GLOBULINAS Y UNA REACCIÓN POSITIVA FALSA DE STS. (PRUEBA SEROLÓGICA PARA LA SÍFILIS).

LAS PRUEBAS DE LABORATORIO DE MAYOR IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA PARA LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO SON LA DE CÉLULA LUPUS ERITOMATOSO Y LA DE ANTICUERPO ANTINUCLEAR (ANA). SE OBTIENE UNA PRUEBA DE - CÉLULAS LUPUS ERITOMATOSOS POSITIVA INVITRIO OBSERVANDO COMO LOS LEUCOCITOS, INGIEREN PARTICULAS DE LEUCOCITOS TRAUMATIZADOS. EL - 80% DE LOS PACIENTES CON LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO TENDRÁN - POSITIVA LA PRUEBA DE CÉLULA LUPUS ERITOMATOSO EN ALGUNA ETAPA DE

SU ENFERMEDAD. EL NIVEL DE ANA ES UNA PRUEBA MÁS SENSIBLE PARA -
DESCUBRIR LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO.

LAS LESIONES CUTÁNEAS DE LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO DIFIEREN-
DE LAS LESIONES DE LUPUS ERITOMATOSO DISCOIDE ASÍ:

- 1.- HAY SIGNOS DE INFLAMACIÓN AGUDA, ESPECIALMENTE ADEMÁS DIFUSOS.
- 2.- LAS LESIONES TIENDEN A SER BILATERALES EN EL LUPUS ERITOMATO-
SO GENERALIZADO Y MÁS EXTENSAS.
- 3.- EN ALGUNOS PACIENTES, DURANTE AÑOS NO PUEDEN ESTABLECERSE LA-
DISTINCIÓN ENTRE LAS DOS FORMAS DE ESTA ENFERMEDAD.

MANIFESTACIONES BUCALES

LAS MANIFESTACIONES DE LUPUS ERITOMATOSO FUERON DESCRITAS PRIMERA
MENTE POR BAZIN EN 1861. EL PRIMER INFORME EN LA LITERATURA ODON
TOLÓGICA ESTADOUNIDENSE LO PUBLICÓ EL DERMATÓLOGO MONASH EN 1931.
MONASH EXAMINÓ 22 PACIENTES CON LUPUS ERITOMATOSO, DE LOS CUALES
LA MITAD TENÍA LESIONES BUCALES. LAS LOCALIZACIONES MÁS COMUNES-
DE LAS LESIONES ERAN MUCOSA BUCAL, LABIOS Y PALADAR. OTROS AUTO-
RES OBSERVARON QUE DEL 7 AL 15% DE LOS PACIENTES DE LUPUS ERITOMA
TOGO SUFRÍAN PARTICIPACIÓN BUCAL. EL LABIO ERA LA ZONA MÁS FRE-
CUENTEMENTE OBSERVADA POR VARIOS AUTORES, PERO ESTO PUEDE DEPEND-
DER, EN PARTE, DE UN EXAMEN MENOS CUIDADOSO DE LA MUCOSA INTRABU-
CAL. ANDREASEN DESCRIBIÓ LAS LESIONES BUCALES EXISTENTES EN 16 -
PACIENTES CON LUPUS ERITOMATOSOS. LAS LESIONES DE LOS LABIOS CON
SISTÍAN EN UNA ZONA ATRÓFICA CENTRAL CON PEQUEÑOS PUNTOS BLANCOS-
RODEADA DE UN BORDE QUERATINIZADO COMPUESTO DE PEQUEÑAS ESTRÍAS -
BLANCAS QUE SE IRRADIABAN. HABÍA ÚLCERAS OCASIONALES EN EL ÁREA-
CENTRAL. LAS LESIONES INTRABUCALES ERAN ALGO DIFERENTES A CONSE-
CUENCIA DEL EPITELIO RELATIVAMENTE DELGADO Y LA INFECCIÓN SECUNDA-
RIA POR LA FLORA BUCAL. LAS LESIONES INTRABUCALES ESTABAN COM-
PUESTAS DE UNA ZONA CENTRAL DEPRIMIDA, ATRÓFICA DE COLOR ROJO, RO
DEADA POR UNA ZONA QUERATÓTICA ELEVADA DE 2 A 4 MM. QUE SE DISOL
VÍA EN PEQUEÑAS LÍNEAS BLANCAS. ANDREASEN OBSERVÓ MÁS ÚLCERAS, -
EDEMA Y PETEQUIAS EN PACIENTES DE LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO-

QUE EN PACIENTES DE LUPUS ERITOMATOSO. OTROS AUTORES VIERON LESIONES SIMILARES. LAS LESIONES BUCALES SUELEN ACOMPAÑAR A LAS LESIONES CUTÁNEAS EXTENSAS, PERO SE HAN OBSERVADO PACIENTES CON LESIONES DE LA BOCA COMO SIGNO INICIAL, Y TAMBIÉN SE HA DESCRITO LA PARTICIPACIÓN INICIAL DE LAS ENCÍAS. LAS LESIONES BUCALES DE LUPUS ERITOMATOSO A VECES SE CONFUNDEN CON LAS LESIONES DE LIQUEM PLANO Y LA BIOPSIA POR SÍ SOLA MUCHAS VECES NO PERMITE DISTINGUIR ENTRE LAS DOS ENFERMEDADES. ES NECESARIA UNA REVISIÓN CUIDADOSA DE SISTEMAS PARA DETERMINAR SI EXISTEN SÍNTOMAS DE PARTICIPACIÓN DE VARIOS ÓRGANOS. SON PARTICULARMENTE PERTINENTES LOS SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD DE RIÑÓN, ARTICULACIONES, PIEL Y SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. HAY QUE ORDENAR UNA PRUEBA DE CÉLULA LUPUS ERITOMATOSO Y LA VALORACIÓN DE ANA, JUNTO CON UN RECUENTO SANGUÍNEO. UN PACIENTE CON LESIONES BUCALES Y PRUEBAS DE LABORATORIO NEGATIVAS PUEDE TENERSE QUE VIGILAR CUIDADOSAMENTE DURANTE MESES O AÑOS ANTES DE PODER ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO FINAL DE LUPUS ERITOMATOSO DISCOIDE O LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO.

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

EL ASPECTO HISTOLÓGICO DE TODAS LAS VARIEDADES DE LUPUS ERITOMATOSO ES SIMILAR Y DIFIEREN SOLO EN EL GRADO DE CIERTAS CARACTERÍSTICAS. SEGÚN LEVER, EL LUPUS ERITOMATOSO DISCOIDE CRÓNICO CUTÁNEO SE CARACTERIZA POR HIPERQUERATOSIS CON TAPONES QUERATÓNICOS, ATROFIA DE BROTES EPITELIALES, DEGENERACIÓN POR LICUEFACCIÓN DE LA CAPA DE CÉLULAS BASALES, INFILTRACIÓN PERIVASCULAR DE LINFOSITOS Y SU ACUMULACIÓN ALREDEDOR DE APÉNDICES DÉRMICOS Y DEGENERACIÓN BASÓFILA DE FIBRAS COLÁGENAS Y ELÁSTICAS, CON HIALINIZACIÓN, EDEMA Y ALTERACIÓN FIBRINOIDE, EN PARTICULAR PROMINENTE JUSTO POR DEBAJO DEL EPITELIO. NO TODAS LAS CARACTERÍSTICAS ESTÁN INVARIABLEMENTE PRESENTES EN CADA CASO. EN LA FORMA DISEMINADA DE LA ENFERMEDAD, LAS LESIONES CUTÁNEAS SON DE ASPECTO SIMILAR, AUNQUE LOS RASGOS DEGENERATIVOS Y DE ALTERACIÓN DE LA COLÁGENA SON MÁS NOTORIOS Y LOS INFLAMATORIOS MENOS ACUSADOS. EL ASPECTO HISTOLÓGICO DEL TEJIDO DE UNA LESIÓN CUTÁNEA DE CUALQUIER TIPO DE LUPUS-

ERITOMATOSO NO ES PATOGNOMÓNICO DE LA ENFERMEDAD, PERO SI SUGERENTE. ANDREASSEN Y POULSEN DESCRIBIERON EN DETALLE LOS HALLAZGOS HISTOLÓGICOS TANTO DE LUPUS ERITOMATOSO DISCOIDE CRÓNICO COMO DEL GENERALIZADO, LAS LESIONES PRESENTABAN HIPERQUERATOSIS O HIPERPARAQUERATOSIS C A MBAS, ALTERNADAS CON ZONAS DE ATROFIA EPITELIAL. EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS, HAY TAPONES DE QUERATINA QUE LLEGAN HASTA LA CAPA ESPINOSA, ACANTOSIS E HIPERPLASIA SEUDOEPITELIOMATOSA. TAMBIÉN ES INVARIABLE LA NECROSIS POR LICUEFACCIÓN DE LA --- CAPA BASAL. EN GRAN PARTE DE LOS CASOS, SE COMPRUEBA UN ENGROSAMIENTO DE LA MEMBRANA BASAL, QUE SE VE COMO UNA BANDA ACELULAR POSITIVA, EOSINÓFILA, ANCHA Y HOMOGÉNEA. POR ÚLTIMO, HAY UN INFILTRADO DIFUSO DE LINFOCITOS CON CANTIDADES MENORES DE PLASMOCIITOS Y ALGUNOS LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES EN EL TEJIDO CONECTIVO SUPERFICIAL Y PROFUNDO. A VECES SE ENCUENTRAN TAMBIÉN ALGUNOS GRUPOS PERIVASCULARES FOCALES PEQUEÑOS.

LA FORMA GENERALIZADA PRESENTA ALTERACIONES HISTOLÓGICAS DE LAS LESIONES DUCALES IDÉNTICAS A LAS DEL TIPO DISCOIDE CON LA ÚNICA EXCEPCIÓN DE LA AUSENCIA DE QUERATINIZACIÓN.

DIAGNOSTICO

LA MAYOR PARTE DE LOS ENFERMOS CON MUJERES, SOBRE TODO ENTRE LOS 20 Y 40 AÑOS DE EDAD. DEBE DE REALIZARSE UNA COMPLETA HISTORIA CLÍNICA Y UNA CONSULTA MÉDICA PARA DESCARTAR TOTALMENTE LA POSIBILIDAD DE OTRAS VARIEDADES DE LUPUS. LA HISTORIA DE LAS LESIONES ORALES SUELE MOSTRAR UN COMIENZO INSIDIOSO, CON LESIONES QUE HAN EXISTIDO DURANTE MESES O AÑOS, DESARROLLÁNDOSE LENTAMENTE Y CRECIENDO DE FORMA GRADUAL.

TRATAMIENTO

LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS DE LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO --- ERAN, EN UNA ÉPOCA, MORTALES. SIN EMBARGO, GRAN PARTE DE LOS CASOS AGUDOS SON AHORA DOMINADOS Y SE CONSIGUEN REMISIONES MEDIANTE EL TRATAMIENTO CON CORTICOESTEROIDES O MEDICAMENTOS ANTIMALARICOS,

O AMBOS. LA FORMA DISCOIDE AVANZA PROGRESIVAMENTE CON LENTITUD - DURANTE MUCHOS AÑOS. A VECES, SE PRODUCEN REMISIONES ESPONTÁNEAS O EN OTROS CASOS, LA FORMA GENERALIZADA SE SUPERPONE AL LUPUS ERI TOMATOSO DISCOIDE CRÓNICO. SIN EMBARGO, ESTO SUCEDE EN MENOS DEL 5% DE PACIENTES.

TRATAMIENTO DENTAL; AUNQUE FRECUENTEMENTE SE INSISTE EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES BUCALES DE LUPUS ERITOMATOSO, EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CON LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO ES UN PROBLEMA - MUCHO MÁS FRECUENTE PARA EL DENTISTA EN EJERCICIO. COMO PUEDE -- SER UNA ENFERMEDAD DEFUSA QUE AFECTA VARIOS SISTEMAS ORGÁNICOS, - EL TRATAMIENTO DENTAL DE UN PACIENTE CON LUPUS ERITOMATOSO GENERA LIZADO REQUIERE UNA BUENA COMPRENSIÓN Y CONOCIMIENTO DE MEDICINA - GENERAL. LOS PROBLEMAS QUE MÁS FRECUENTEMENTE SE ENCUENTRAN EN - PACIENTES CON LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO CON LAS SIGUIENTES:

- 1.- LA TROMBOCITOPENIA A VECES PUEDE SER INTENSA. HAY QUE DISPO-- NER DE LOS RESULTADOS DE UN RECUENTO RECIENTE DE PLAQUETAS ANTES DE EMPRENDER CUALQUIER CIRUGÍA BUCAL.
- 2.- ENDOCARDITIS BACTERIANA. PUEDEN PRODUCIRSE VEGETACIONES DE - LIBMAN-SACKS DEBAJO DE LAS HOJUELAS VALVULARES EN PACIENTES CON - LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO. ESTAS VEGETACIONES RARAMENTE AFEC TAN LA FUNCIÓN, PERO PUEDEN SER CAUSA DE ENDOCARDITIS BACTERIANA. A LOS PACIENTES CON LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO Y SOPLOS CAR-- DIACOS HAY QUE ADMINISTRARLES UNA SERIE ANTIBIÓTICA PROFILÁCTICA - ANTES DE CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL QUE TENGA PROBABILIDADES DE CAUSAR BACTEREMIA.
- 3.- EXACERBACIÓN POR TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA. LAS DROGAS QUE - SE HAN RELACIONADO CON ESTAS EXACERBACIONES INCLUYEN PENICILINA Y SULFAMÍDICOS. EVITAR EL UTILIZAR ESTAS DROGAS SIEMPRE QUE SEA PO SIBLE Y UTILIZAR TODA CLASE DE MEDICAMENTOS CON PRECAUCIÓN.
- 4.- EXACERBACIÓN POR CIRUGÍA. SE HA OBSERVADO EN PACIENTES CON - LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO. EVITAR TODA CIRUGÍA DE LA ELECCIÓN INCLUYENDO LAS TÉCNICAS DENTALES EN FRÍO.
- 5.- SUCEPTIBILIDAD PARA CHEQUE E INFECCIÓN. LOS PACIENTES CON - LUPUS ERITOMATOSO GENERALIZADO PUEDEN ESTAR TOMANDO DOSIS DE COR-

TICOSTEROIDES SUPRESORES DE LAS SUPRARRENALES O DROGAS CITÓXICAS,
Y TENER TENDENCIA AL CHOQUE Y LA INFECCIÓN.

CAPITULO IX

QUEMADURAS QUIMICAS

LAS QUEMADURAS DE LA MUCOSA BUCAL SON CAUSA FRECUENTE DE LESIONES BLANCAS TRANSITORIAS DOLOROSAS. SON RELATIVAMENTE RARAS LAS QUEMADURAS TÉRMICAS; CUANDO LAS HAY, ES RARA TAMBIÉN LA NECROSIS SUPERFICIAL. SE PUEDE DEBER AL CONTACTO ACCIDENTAL CON LOS TEJIDOS DE LA BOCA DE UN INSTRUMENTO ODONTOLÓGICO, CERA O MATERIALES DE IMPRESIÓN CALIENTES. LA INGESTIÓN ACCIDENTAL DE ALIMENTOS O BEBIDAS CALIENTES PRODUCE QUEMADURAS LIGERAS DE LOS TEJIDOS BUCALES. EN GENERAL NO TIENEN MAYOR IMPORTANCIA, PUES DURAN POCO TIEMPO Y AFECTAN UNA ZONA PEQUEÑA. LOS FOCOS MÁs FRECUENTES DE QUEMADURAS POR ALIMENTOS Y BEBIDAS SON EL TERCIO ANTERIOR DE LA LENGUA Y EL PALADAR. VARÍA MUCHO LA REACCIÓN DE LOS TEJIDOS DE UN INDIVIDUO A OTRO.

QUEMADURAS POR PIZZA

SON BASTANTE FRECUENTES LAS QUEMADURAS DEL CENTRO DEL PALADAR DEBIDAS A LA INGESTIÓN DE PIZZA. SUELEN PRESENTARSE COMO LESIONES ULCERADAS GRIS BLANCUZCAS, EN LA PARTE CENTRAL DEL TERCIO MEDIO DEL PALADAR DURO. EN GENERAL, EL PACIENTE NO RECUERDA LA CAUSA DE LA LESIÓN Y EL INTERROGATORIO DEBE SER ESPECÍFICO. LA NECROSIS O ÚLCERA SUPERFICIAL SE DEBE A UNA COMBINACIÓN DE QUESO DERRETIDO Y ESPECIES EN LA SUPERFICIE DE ESTE ALIMENTO, POR OTRA PARTE TAN RECOMENDABLE.

ESFACELO POR HIELO SECO

SE PRODUCEN GRAVES ESFACELOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA EN CASO DE ENTRADA ACCIDENTAL EN ELLA DE CO_2 SÓLIDO O HIELO SECO. ESTO SE OBSERVA DE CUANDO EN CUANDO EN NIÑOS. EN GENERAL LA LENGUA Y LOS LABIOS SON LAS ZONAS MÁs AFECTADAS.

QUEMADURAS POR ACIDO ACETILSALICILICO

LA ASPIRINA Y LOS PRODUCTOS QUE LA CONTIENEN SON FUENTE COMÚN DE LA MUCOSA BUCAL. ÉSTE CUADRO SE PRESENTA CUANDO SE APLASTA Y SE COLOCA EN EL PLIEGUE GINGIVOGENIANO ASPIRINA O ALGÚN ANALGÉSICO - QUE CONTIENE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO, PARA COMBATIR UNA PULPITIS, - PERICSTITIS O ABSCESO PERIAPICAL. SE PRESENTAN LESIONES BLANCAS, DOLOROSAS DE FORMA IRREGULAR, EN LOS PUNTOS DE CONTACTO ENTRE EL MEDICAMENTO Y LA MUCOSA O LA ENCSA. PUEDE ESTAR AFECTADA EN FORMA DIFUSA TODA LA MUCOSA DE LA MEJILLA. LOS TEJIDOS SON DOLOROSOS Y LAS REGIONES BLANCAS QUEMADAS SE PUEDEN QUITAR FÁCILMENTE DEJANDO UNA ZONA DESCARNADA DOLOROSA Y SANGRANTE. LAS GOTAS O POMADAS -- QUE SUELEN VENDERSE EN LAS FARMACIAS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DE MUELAS CONTIENEN CREOSOTA, GUAYACOL O ALGÚN OTRO DERIVADO FENÓLICO, QUE EJERCEN UN EFECTO CÁUSTICO SOBRE LA MUCOSA DE LA BOCA. COMO ES RARO QUE ESTOS MEDICAMENTOS CONTRA EL DOLOR DE MUELAS SE APLICAN SOLAMENTE A LAS CARIES, LA REGLA ES QUE APREZCAN QUEMADURAS DE ENCSAS Y MUCOSA CUANDO LAS USA EL PACIENTE. MUCHOS MEDICAMENTOS DE USO COMÚN EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA PUEDEN PRODUCIR -- QUEMADURAS DOLOROSAS Y LESIONES BLANCAS DE LA ENCSA Y LA MUCOSA -- BUCAL SI ENTRAN ACCIDENTALMENTE EN CONTACTO CON ELLA. ALGUNOS -- AJEMPLOS SON EL ÁCIDO CRÓMICO, ÁCIDO TRICLOROACÉTICO, NITRATO DE PLATA, CREOSOTA DE HAYA, EUGENOL Y FENOL. LA TINTURA DE YODO HABITUAL DE LA FARMACOPES ES DEMASIADO CONCENTRADA PARA SU APLICACIÓN A LA MUCOSA DE LA BOCA. EN ALGUNOS PACIENTES, INCLUSO LA -- SOLUCIÓN DE ALCOHOL ETÍLICO AL 70% PRODUCE ESFACEL DE LA MUCOSA -- BUCAL. LAS REACCIONES DE LA MUCOSA FRENTE A UN MEDICAMENTO DADO VARÍAN MUCHO DE UN PACIENTE A OTRO.

TABACO DE MASCAR

LOS PACIENTES QUE CONSERVAN TROZOS DE TABACO DE MASCAR EN LA FOSA CANICA DEL MAXILAR SUPERIOR O EN EL PLIEGUE GINGIVOGENIANO DE LA REGIÓN ANTERIOR DEL MAXILAR INFERIOR PUEDEN MOSTRAR ZONAS DE CO-

LOR BLANCO EN EL PUNTO DE CONTACTO ENTRE EL TABACO Y LOS TEJIDOS-BLANCOS. EN SUS PRIMERAS ETAPAS ESTAS LESIONES SON TRANSITORIAS- Y EN GENERAL DESAPARECEN EN 10 A 15 DÍAS SI SE ELIMINA SU CAUSA. LOS CAMBIOS TISULARES CORRESPONDEN A COAGULACIÓN O NECROSIS SUPERFICIAL DE LOS TEJIDOS, DEBIDA A LAS PROPIEDAD IRRITANTES DEL TABACO, A LOS AGENTES QUE CONTIENE, O AMBAS COSAS. SI LA SITUACIÓN - DURA MUCHO TIEMPO PUEDEN APARECER LESIONES HIPERQUERATÓICAS.

PERBORATO DE SODIO

EL PERBORATO DE SODIO HA SIDO MUY USADO COMO COLUTORIO Y DENTÍFRICO DEBIDO A SU SUPUESTO EFECTO TERAPÉUTICO EN LA ENFERMEDAD GINGIVAL. SIN EMBARGO, LOS ESTUDIOS CLÍNICOS REVELAN QUE ESTE COMPUESTO PUEDE PRODUCIR ERITEMA DE LA MUCOSA BUCAL QUE PUEDE PROGRESAR-HASTA DESPRENDER LOS TEJIDOS. ESTUDIOS HECHOS EN PERROS POR ----- GLICKMAN Y BIBBY CONFIRMARON QUE LA GINGIVITIS NO SE ALIVIA ME----- DIANTE APLICACIÓN DE PERBORATO DE SODIO. ALGUNAS VECES, LA INFLAMACIÓN EMPEORADA Y CON FRECUENCIA SE ORIGINABA EDEMA Y ULCERACIÓN DE MUCOSA. LAS LESIONES CICATRIZABAN ESPONTÁNEAMENTE AL SUSPENDER SE EL TRATAMIENTO. EL QUE ESTE COMPUESTO NO TENGA VALOR TERAPÉUTICO ESPECÍFICO EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES BUCALES Y EL --- QUE SEA POTENCIALMENTE CAPAZ DE DAÑAR LA MUCOSA IMPIDE QUE SE ACONSEJE SU USO EN CAVIDAD BUCAL.

FENOL

ES UNA DROGA MUY USADA EN ODONTOLOGÍA COMO ESTERILIZANTE DE CAVIDADES, ASÍ COMO CAUTERIZANTE EN DIVERSOS PROCEDIMIENTOS. ES MUY --- CÁUSTICO Y SI SE USA CON DESCUIDO PRODUCE INTENSAS QUEMADURAS EN MUCOSA BUCAL Y PIEL, QUE CICATRIZA LENTAMENTE.

NITRATO DE PLATA

ESTE MATERIAL TAMBIÉN ES USADO EN ODONTOLOGÍA COMO ESTERILIZANTE-

DE CAVIDADES, EN TÓPICOS PARA LA PREVENCIÓN DE CARIES Y COMO CAU-
TERIZANTE QUÍMICO. SU USO DESANPRESIVO O EXAGERADO PRODUCE QUEMA-
DURAS DOLOROSAS EN MUCOSA BUCAL.

ACIDO TRICLOROACETICO

ESTA SUSTANCIA SE UTILIZA EN ODONTOLOGÍA COMO SUSTANCIA CAUTERI-
ZANTE, EN PARTICULAR DEL TEJIDO GINGIVAL, COLOCAR UNA BANDA O TO-
MAR UNA IMPRESIÓN DE UNA CAVIDAD. DEBIDO A SU NATURALEZA EXTREMA-
DAMENTE CÁUSTICO, ESTE ÁCIDO PRODUCE LESIONES GRAVES DE MUCOSA O-
EN PIEL SI SE EMPLEA CON DESCUIDO.

ACEITES VOLATILES

UNA CANTIDAD DE ACEITES VOLÁTILES COMO EL DE CLAVO, EUCALIPTO Y -
SALICILATO DE METILO O ESENCIA DE WINTERGREEN, SON USADOS EN ODN-
TOLOGÍA Y PUEDEN PRODUCIR QUEMADURAS LEVES DE MUCOSA.

MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS QUIMICOS VARIOS

LAS DROGAS Y PRODUCTOS QUÍMICOS ENUMERADOS PREVIAMENTE CONSTITU--
YEN SOLO UNA CANTIDAD INFENTESIMAL DE LAS SUSTANCIAS POTENCIAL--
MENTE PELIGROSAS CUANDO SE USAN CON IMPRUDENCIA EN CAVIDAD BUCAL-
Y SE INCLUYEN SÓLO EN EL PROPÓSITO DE EJEMPLIFICAR. TODO ÁCIDO O
ÁLCALI FUERTE, SUSTANCIA GERMICIDA CONTRAIRRITANTE O AUN CIERTOS
IRRITANTES ANIMALES O VEGETALES, SON CAPACES DE PRODUCIR DIFEREN-
TES CLASES DE LESIONES.

SIGNOS

LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE QUEMADURAS DE LA MUCOSA BUCAL VARÍAN MU-
CHO, SEGÚN LA NATURALEZA DEL AGENTE CAUSAL. EN CASO DE CURACIÓN-
ESPONTÁNEA, COMO CON EL FENOL O EL NITRATO DE PLATA, HAY RELATIVA-
MENTE POCO DOLOR HASTA QUE SE PRODUCE EL ESFACELO, Y LOS TEJIDOS-

QUEDAN EXPUESTOS A LA FLORA BACTERIANA. CIERTOS AGENTES COMO LA-
ASPIRINA Y EL EUGENOL PRODUCEN UNA RESPUESTA DOLOROSAS TEMPRANAS.
SI LA QUEMADURA ES GRAVE, LA MUCOSA COAGULADA SUELE PODERSE SEPA-
RAR DE LOS TEJIDOS PROFUNDOS, AUNQUE ELLO SIGNIFIQUE BASTANTE DO-
LOR.

DIAGNOSTICO DE LAS QUEMADURAS

EN GENERAL ES FÁCIL DIAGNOSTICAR LAS QUEMADURAS DE LA MUCOSA BU-
CAL A PARTIR DEL INTERROGATORIO, BASÁNDOSE EN EL DESARROLLO, DURA-
CIÓN ASPECTO Y CARACTERÍSTICAS TÍPICAS DE LOS TEJIDOS AFECTADOS.
EL COÁGULO SUELE PODERSE QUITAR FÁCILMENTE. EL DIAGNÓSTICO DIFE-
RENCIAL DEBE DESCARTAR UNA MONILIASIS, LEUCOPLASIA BUCAL O LIQUEN
PLANO. LAS LESIONES DE LA SÍFILIS NO SUELEN PLANTEAR PROBLEMAS -
DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS

CUANDO EL CLÍNICO ES CONSULTADO POR QUEMADURAS DE LA MUCOSA BUCAL
LA REGLA ES QUE EL AGENTE CASUAL HAYA DESAPARECIDO O SE HAYA DI-
LUIDO POR LO TANTO, EL TRATAMIENTO ES PRINCIPALMENTE SINTOMÁTICO.
SI LAS QUEMADURAS ACCIDENTALES POR FENOL SE TRATAN DE INMEDIATO -
CON ALCOHOL AL 70% SE LOGRA DILUIR PRONTO EL CÁUSTICO. LA ANESTE-
SIA DE SUPERFICIE CON SOLUCIÓN DE DYCLONE AL 0.5 A 1 POR 100 ES -
ÚTIL, PARA ALIVIAR EL DOLOR. COMO REGLA, LA LESIÓN SANA PRONTO -
CUANDO SE ELIMINA POR COMPLETO EL AGENTE CAUSAL Y NO HAY MÁ S EXPO-
SICIONES.

REACCIONES NO ALERGICAS A MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS QUÍMICOS USADOS POR VIA SISTE- MICA

LA ADMINISTRACIÓN POR ESTA VÍA DE DIVERSOS MEDICAMENTOS Y PRODUC-
TOS QUÍMICOS CON FRECUENCIA PROVOCA UNA REACCIÓN BUCAL QUE NO SE-

ASA EN ALERGIA O SENSIBILIDAD. ESTA REACCIÓN EPIDÉRMICA GENERALIZADA, PERO OTRAS VECES SE DA COMO FENÓMENO ESPECÍFICO DEBIDO A LAS PECULIARIDADES ANATÓMICAS DE LA CAVIDAD BUCAL.

ARSENICO

EL ARSÉNICO, EN FORMA ORGÁNICA E INORGÁNICA, A VECES ES UTILIZADO CON FINES TERAPÉUTICOS Y PUEDE PRODUCIR SÍNTOMAS DE ENVENENAMIENTO AGUDO O CRÓNICO. MUCHOS DE LOS ENVENENAMIENTOS CON ESTA SUBSTANCIA SE PRODUCEN POR CAUSAS OCUPACIONALES DEBIDO AL USO DIFUNDO DE ESTE METAL EN LA INDUSTRIA.

MANIFESTACIONES BUCALES

LA MUCOSA BUCAL PUEDE LLEGAR A INFLAMARSE INTENSAMENTE Y APARECER UNA MARCADA GINGIVITIS. LOS TEJIDOS DOLOROSOS. EL CONTACTO CON EL TRIÓXIDO DE ARSÉNICO PRODUCE ÚLCERAS. EL ENVENENAMIENTO GENERALIZADO TAMBIÉN PRODUCE SALIVACIÓN EXCESIVA.

DILANTINA

LA DILANTINA (DIFENILHIDANTOÍNA SÓDICA) ES UN MEDICAMENTO ANTICONVULSIVO MUY USADO PARA EL CONTROL DE ATAQUES EPITÉPTICOS. UN EFECTO COLATERAL NEGATIVO DE SU USO ES UNA HIPERPLASIA FIBROSA DE LA ENCSA. LA MAYORÍA DE LOS CLÍNICOS SUPONE QUE ÉSTA SE PRODUCE EN MENOS DE LA MITAD DE CASOS, PERO SI SE CONSERVA UNA BUENA HIGIENE BUCAL, LA FRECUENCIA LLEGA A SER INFERIOR AL 10%. NO SE SABE POR QUÉ HAY PROLIFERACIÓN DEL TEJIDO FIBROSO EN UNOS PACIENTES Y EN OTROS NO, NI TAMPOCO SE COMPRENDE POR QUÉ ESTA SUBSTANCIA ESTIMULA LA PROLIFERACIÓN DEL TEJIDO FIBROSO GINGIVAL. LOS ESTUDIOS DE SHAFER Y COLABORADORES COMPROBARON LA ESTIMULACIÓN DE CICATRIZACIÓN DE HERIDAS EN ANIMALES DE EXPERIMENTACIÓN TRATADOS CON DILANTINA, QUIZÁ COMO RESULTADO DE ESTIMULACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN FIBROBLÁSTICA Y UNA MAYOR SÍNTESIS DE COLÁGENA. EN OTROS ES

TUDIOS, TAMBIÉN OBSERVÓ UNA NOTABLE ESTIMULACIÓN DEL CRECIMIENTO DE FIBROBLASTOS GINGIVALES HUMANOS EN UN SISTEMA DE CULTIVO DE TEJIDOS LUEGO DE LA EXPOSICIÓN DE ESTE MEDICAMENTO. ES INTERESANTE QUE ESTE MEDICAMENTO SE REVELARA COMO ESPECÍFICO PARA ESTAS CÉLULAS, YA QUE EN LA ENCÍA, PERO ES ALGO MÁS DIFUSO QUE LA DEL BISMUTO. TAMBIÉN SE ENCUENTRAN OCACIONALMENTE EN OTRAS ZONAS DE LA CAVIDAD BUCAL. LA SALIVACIÓN EXCESIVA, ASÍ COMO EL SABOR METÁLICO, SON MOLESTIAS COMUNES DE ESTA AFECCIÓN, ASÍ COMO HINCHAZÓN DE -- GLÁNDULAS SALIVALES.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES BUCALES ES SECUNDARIO AL TRATAMIENTO SISTEMÁTICO Y EL PRONÓSTICO DEPENDE DEL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE.

MERCURIO

EL ENVENENAMIENTO CON MERCURIO PUEDE SER AGUDO O CRÓNICO, PERO -- LAS REACCIONES SISTEMÁTICAS DE LA FORMA AGUDA SON TAN GRAVES QUE NO ES NECESARIO CONSIDERAR LAS CARACTERÍSTICAS BUCALES. EL MERCURIALISMO CRÓNICO OCURRE LUEGO DEL CONTACTO PROLONGADO CON COMPUESTOS MERCURIALES EN UNA SERIE DE SITUACIONES, QUE INCLUYEN EL USO TERAPÉUTICO DE ESTOS COMPUESTOS ASÍ COMO LAS LESIONES OCUPACIONALES.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

EL MERCURIALISMO CRÓNICO SE CARACTERIZA POR TRASTORNOS GÁSTRICOS, DIARREA, EXATIBILIDAD, INSOMNIO, CEFALEA Y DEPRESIÓN MENTAL. LOS PACIENTES SUELEN TENER TEMBLORES LEVES DE DEDOS Y MIEMBROS ASÍ -- COMO LOS LABIOS Y LENGUA. ADEMÁS EN ALGUNAS PERSONAS SE PRODUCE UNA DERMATITIS DESCAMATIVA. LA NEFRITIS ES COMÚN EN EL ENVENENAMIENTO MERCURIAL AGUDO, PERO NO ES INTENSA EN EL CRÓNICO.

2

MANIFESTACIONES BUCALES

LA CAVIDAD BUCAL SUFRE SERTIAMENTE EN EL MERCURIALISMO Y PRESENTA MUCHAS CARACTERÍSTICAS PERO NO NECESARIAMENTE SIGNOS Y SÍNTOMAS - PATOGNOMÓNICOS. HAY UN NOTABLE AUMENTO DE FLUJO SALIVAL (PTIALISMO) Y SABOR METÁLICO EN LA BOCA DEBIDO A LA EXCRECIÓN DE MERCURIO EN LA SALIVA. LAS GLÁNDULAS SALIVALES PUEDEN ESTAR TUMEFACTAS, Y A VECES, LA LENGUA ESTÁ AGRANDADA Y DOLOROSA. EN OCASIONES HAY - HIPEREMIA E HINCHAZÓN DE LA ENCSA. LA MUCOSA BUCAL ES PROPENSA - A ULCERACIONES GINGIVALES, PALATINAS Y LINGUALES. EN CASOS AVANZADOS, PUEDE HABER UNA PIGMENTACIÓN DE ENCSAS SIMILAR A LAS LÍNEAS DE PLOMO Y BISMUTO COMO CONSECUENCIA DEL DEPÓSITO DEL COMPUESTO - SULFÚRICO OBSCURO. SE HA COMUNICADO MOVILIDAD DE DIENTES Y AUN - SU CAIDA. EN ALGUNAS OCASIONES SE MENCIONÓ UNA REACCIÓN TÓXICA - POR LA ADSORCIÓN DEL MERCURIO DE LA AMALGAMA DENTAL. FRYKHOLM, - DESPUÉS DE UNA REVISIÓN MINUCIOSA DE LA LITERATURA Y MUCHOS ESTU- DIOS SOBRE LA ABSORCIÓN Y EXCRECIÓN DE MERCURIO CONCLUYÓ QUE LA - CANTIDAD DE EXPOSICIÓN ESTIMADA AL MERCURIO DE LA AMALGAMA DENTAL NO ES SUFICIENTE PARA CAUSAR ENVENENAMIENTO MERCURIAL EN EL SENTI- DO CORRIENTE. SIN EMBARGO, ESTA EXPOSICIÓN ES SUFICIENTE PARA --- DEENCADENAR REACCIONES ALÉRGICAS EN PACIENTES SENSIBLES AL MERCU- RIO, COMO EN EL CASO PUBLICADO POR FERNSTROM Y COLABORADORES.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

EL TRATAMIENTO DE LESIONES BUCALES DEL MERCURIALISMO CRÓNICO ES -- SOLO DE SOSTÉN Y SECUNDARIO AL TRATAMIENTO DEL ENVENENAMIENTO PRO- PIAMENTE DICHO. EL PRONÓSTICO ES POR LO GENERAL, BUENO, AUNQUE -- PUEDE LLEGAR A HABER INTENSA DESTRUCCIÓN PERIODONTAL Y PÉRDIDA DE- DIENTES.

TETRACICLINA

HAY CAMBIO DE COLOR DE DIENTES PRIMARIOS O PERMANENTES COMO CONSE-

CUENCIA DEL DEPÓSITO DE TETRACICLINA DURANTE REGÍMENES TERAPÉUTICOS O PROFILÁCTICOS INSTITUIDOS EN LA MUJER EMBARAZADA O EL LACTANTE; LAS TETRACICLINAS Y SUS HOMÓLOGOS TIENEN UNA AFINIDAD SELECTIVA POR DEPOSITARSE EN HUESO SUBSTANCIA DENTAL, POSIBLEMENTE MEDIANTE LA FORMACIÓN DE UN COMPLEJO CON IONES DE CALCIO EN LA SUPERFICIE DE LOS MICROCRISTALES DE HIDROXIAPATITA, SEGÚN URIST E IBSSEN. LA PORCIÓN PIGMENTADA DEL DIENTE POR LA TETRACICLINA ESTÁ DETERMINADA POR LA FASE DEL DESARROLLO DENTAL EN EL MOMENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO.

COMO LA TETRACICLINA CRUZA LA BARRERA PLACENTARIA, AFECTA DIENTES PRIMARIOS EN DESARROLLO ANTES DEL PARTO AUNQUE LA PIGMENTACIÓN PROPIAMENTE DICHA DEPENDE DE DOSIS, CANTIDAD DE TIEMPO QUE FUÉ ADMINISTRADA Y VARIEDAD DE TETRACICLINA. ES POSIBLE ESTABLECER LA EDAD A QUE SE ADMINISTRÓ, REMITIÉNDONOS A UN CUADRO CRONOLÓGICO DE LA ODONTOGÉNESIS. SEGÚN CROSSMAN Y COL; LA OXITETRACICLINA O POSIBLEMENTE LA DOXICICLINA, PUEDE DISMINUIR LA PIGMENTACIÓN DENTAL CUANDO SE REQUIERE EL TRATAMIENTO CON TETRACICLINA EN LA MUJER EMBARAZADA O DURANTE LOS PRIMEROS SEIS MESES A SIETE AÑOS DE VIDA. DESPUÉS DE ESTA EDAD, NO SE HA DE TOMAR EN CONSIDERACIÓN EL CAMBIO DE COLOR YA QUE LOS DIENTES ANTERIORES, IMPORTANTES ESTÉTICAMENTE, HAN COMPLETADO SU FORMACIÓN.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

LOS DIENTES AFECTADOS POR LA TETRACICLINA TIENEN UNA COLORACIÓN AMARILLENTO O GRIS PARDUSCA QUE ES MÁS ACENTUADA EN EL MOMENTO DEL BROTE DE DIENTES. ESTA SE TORNA GRADUALMENTE PARDUSCA LUEGO DE SU EXPOSICIÓN A LA LUZ. LA TETRACICLINA DA FLUORESCENCIA A LA LUZ ULTRAVIOLETA. SIN EMBARGO ESTA FLUORESCENCIA VA DISMINUYENDO CON EL TIEMPO. WALLMAN Y HILTON Y ZUGSMAN COMPROBARON QUE LA DENTINA SE PIGMENTA CON MAYOR INTENSIDAD QUE EL ESMALTE.

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

Los temas expuestos en este texto, son una de las muchas variedades de lesiones blancas, que se pueden presentar en cavidad oral. Estas enfermedades son de un gran parecido clínicamente y revisten una gran importancia para el odontólogo el saberlas diferenciar y diagnosticar a tiempo ya que algunas de éstas lesiones se pueden llegar a malignizar y provocar un cáncer-bucal, tal puede ser el caso de una leucoplasia, o el carcinoma de células-escamosas entre otras. Es muy importante que el dentista realice una exploración completa de la boca de cada paciente, tanto en la primer consulta como en las siguientes. Así podrá diagnosticar pronto una hiperqueratosis o disqueratosis simple y el tratamiento será generalmente más eficaz. De este grupo de lesiones se han observado que un gran porcentaje se presenta en personas de edad avanzada y un mínimo en jóvenes y niños.

Los agentes etiológicos de éstas lesiones varían desde la irritación -traumática simple y las quemaduras de la mucosa, hasta las infecciones micóticas. Se ignora la causa exacta y algunos de los representantes más fundamentales del grupo, como de leucoplasia bucal y el liquen plano. Es importante tener en consideración cualquier agente etiológico con respecto a la lesión o enfermedad no solo de la cavidad oral, sino de todo el organismo - en general, todo ello con fin de encaminar positivamente el tratamiento. - Si no es posible llevar a cabo el tratamiento por el odontólogo, este deberá remitirlo con un histopatólogo, el cual determinará el tratamiento a seguir.

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

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL

EDWARD V. ZEGARELLI

AUSTIN H. KUTSCHER

GEORGE A. HYMAN

EDITORIAL SALVAT, S.A.

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL

DR. WILLAM G. SHAFER

DR. MAYNARD K. HINE

DR. BARNET M. LEVY

EDITORIAL INTERAMERICANA

MEDICINA BUCAL

DE BURKET

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

DR. MALCOLM A. LYNCH

EDITORIAL INTERAMERICANA

ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL

J.J. PINDBORG

EDITORIAL SALVAT, S.A.

S.N. BHASKAR

EDITORIAL EL ATENEO